



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

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

# Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

**NUMÉRO 014**

Le mercredi 30 mars 2022

Président : M. Sean Casey





## Comité permanent de la santé

Le mercredi 30 mars 2022

• (1610)

[Traduction]

**Le président (M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.)):** La séance est ouverte. Bienvenue à la 14<sup>e</sup> séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Aujourd'hui, nous nous réunirons pendant deux heures pour entendre des témoins dans le cadre de notre étude sur la situation d'urgence à laquelle les Canadiens font face avec la pandémie de COVID-19. J'aimerais d'abord remercier nos témoins de leur présence et de leur patience. Le début de notre réunion a retardé en raison des votes à la Chambre. Je crois comprendre qu'il est fort possible que nous soyons interrompus de nouveau par des votes, mais nous avons très hâte de vous entendre. Encore une fois, merci de votre patience.

La réunion d'aujourd'hui se déroulera selon une formule hybride, conformément à l'ordre pris par la Chambre le 25 novembre 2021. Conformément à la directive du Bureau de régie interne du 10 mars 2022, toutes les personnes qui assistent à la réunion en personne doivent porter un masque, sauf lorsque les députés sont à leur place pendant les délibérations. Pour la gouverne des témoins et des membres du Comité, veuillez attendre que je vous donne la parole avant de parler. Si vous participez par vidéoconférence, cliquez sur l'icône du microphone pour l'activer. Lorsque vous n'avez pas la parole, votre microphone devrait être en sourdine. Pour ceux qui assistent à la séance par le truchement de Zoom, vous avez le choix, au bas de votre écran, du parquet, de l'anglais ou du français. Pour ceux qui sont dans la salle, vous pouvez utiliser l'écouteur et sélectionner le canal désiré.

Je vous rappelle que toutes les interventions doivent être adressées à la présidence et qu'on vous demande fortement de ne pas prendre de captures d'écran. Tout ce que nous faisons ici sera disponible sur le site Web de la Chambre des communes. Conformément à notre motion usuelle, j'informe le Comité que tous les témoins ont terminé les tests de connexion requis avant la réunion.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à nos témoins qui sont avec nous cet après-midi pour deux heures. À titre personnel, nous avons le plaisir d'accueillir le Dr Isaac Bogoch, professeur adjoint en médecine, University of Toronto, et médecin membre du personnel des maladies infectieuses, Toronto General Hospital. À titre personnel, nous accueillons également la Dre Emilia Liana Falcone, directrice, Clinique de recherche post-COVID-19, Institut de recherches cliniques de Montréal, et infectiologue, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal.

Nous accueillons également Barry Hunt, président de la Canadian Association of PPE Manufacturers. De la Société canadienne du cancer, nous accueillons Stuart Edmonds, vice-président principal, Mission, recherche et défense de l'intérêt public, et Kelly Ma-

sotti, vice-présidente, Défense de l'intérêt public. De l'Association canadienne pour la santé mentale, nous accueillons Rebecca Shields, directrice générale, York and South Simcoe Branch, et de l'Association canadienne des pharmacies de quartier, Sandra Hanna, directrice générale.

Encore une fois, merci à tous d'être venus aujourd'hui. Nous allons commencer par entendre les témoins dans l'ordre qui figure sur l'avis de convocation. Comme on vous l'a probablement déjà dit, si vous pouvez limiter votre déclaration préliminaire à cinq minutes, cela nous laisserait plus de temps pour poser des questions.

Docteur Bogoch, nous allons commencer par vous. Bienvenue au Comité. Vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes.

• (1615)

**Dr Isaac Bogoch (professeur adjoint en médecine, University of Toronto, médecin membre du personnel des maladies infectieuses, Toronto General Hospital, à titre personnel):** Merci beaucoup.

Je vous remercie de m'avoir invité à prendre la parole devant le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Je m'appelle Isaac Bogoch. Je suis médecin spécialiste des maladies infectieuses et scientifique à l'Université de Toronto et à l'Hôpital général de Toronto. Pendant cette période, j'ai travaillé de façon formelle et informelle en étroite collaboration avec divers ordres de gouvernement.

Pendant que nous avançons lentement et que nous sommes quelque peu épuisés en raison des deux dernières années, il convient de reconnaître que la COVID n'est pas près de disparaître et que nous assisterons constamment à une accélération et un ralentissement de l'activité de la maladie au Canada ainsi que dans des collectivités partout dans le monde, ce qui, bien sûr, sera malheureusement associé à la morbidité et à la mortalité. De toute évidence, la COVID-19 est un problème mondial, mais je vais me concentrer sur les enjeux locaux.

Dans cette optique, comment pouvons-nous faire des plans pour que la société canadienne ne soit pas perturbée de façon importante par les vagues ou variants à venir? Autrement dit, comment vivons-nous avec la COVID-19? Par « vivre avec la COVID-19 », je veux dire comment protégeons-nous tous les Canadiens, y compris et surtout les personnes vulnérables et les collectivités à risque?

J'aborde la question en me disant que nous ne devrions plus jamais fermer d'entreprises ou d'écoles. Nous avons les outils pour éviter cela. Il s'agit d'être proactif et de ne pas se faire prendre au dépourvu.

À mon avis, nous devrions nous attaquer à deux grands piliers. Le premier consiste à bâtir des systèmes de soins de santé résilients, et le deuxième vise à vraiment favoriser des collectivités et des environnements résilients.

Pour ce qui est du premier, soit la mise en place d'un système de soins de santé résilient à la COVID, il s'agit véritablement de se doter d'un approvisionnement proactif en vaccins et en produits thérapeutiques, et peut-être d'une production. Nous avons constaté très tôt que notre incapacité de produire ces produits localement constituait une véritable menace pour la sécurité sanitaire. D'ailleurs, nous prenons maintenant des mesures pour remédier à la situation, mais nous avons encore besoin de nous mobiliser pour le faire.

En ce qui concerne l'approvisionnement en vaccins et en produits thérapeutiques, il s'agit de la vaccination de la population et du déploiement des produits thérapeutiques. Nous devons continuer de faire preuve de souplesse et de diligence dans nos politiques pour être en mesure de rester au fait des nouvelles données en temps réel et de les transformer en politiques solides. Cela signifie également déployer des vaccins et des produits thérapeutiques de façon équitable et en fonction de données probantes, et ce, avec le moins d'obstacles possible. Cela peut sembler abstrait, mais la façon dont, dans certaines régions des États-Unis, on va déployer des traitements contre la COVID dans certaines pharmacies en est un bon exemple. Les pharmacies sont présentes dans la plupart des quartiers et comptent sur des professionnels de la santé compétents; il n'est souvent pas nécessaire de prendre de rendez-vous et elles sont souvent plus accessibles que les voies traditionnelles pour les soins de santé. Les produits thérapeutiques sans ordonnance contre la COVID dans les pharmacies ne sont qu'un exemple parmi tant d'autres de la façon dont nous pouvons réduire les obstacles aux soins de santé et fournir rapidement et de façon significative des soins de santé de grande qualité aux populations.

L'autre gros problème dans le système de soins de santé, c'est la préparation à la capacité de pointe. Ici, je parle de soins externes, de soins hospitaliers et, bien sûr, de soins intensifs. Il y aura plus de variants. Il y aura plus de vagues. Tôt ou tard, nous aurons une véritable saison de la grippe associée à la COVID, et ce sera un défi. Nous ne pouvons pas continuer d'annuler des chirurgies prévues chaque fois que nous avons une vague et que notre système est surchargé. Il est essentiel d'avoir des stratégies à moyen et à long terme pour créer plus de lits et les doter en personnel, non seulement avec des médecins, mais aussi avec des fournisseurs de soins paramédicaux. Cela suppose des investissements importants pour faire du secteur des soins de santé un milieu de travail plus attrayant et, bien sûr, il faut réduire les formalités administratives qui empêchent les fournisseurs de soins de santé qualifiés formés dans d'autres pays et qui vivent maintenant au Canada de travailler.

Concentrons-nous maintenant sur la création de populations et d'environnements plus résilients. C'est facile à dire, difficile à faire. Le fruit le plus facile à cueillir est la normalisation de l'utilisation du masque pendant les périodes de pointe de la COVID. Il s'agit d'une intervention peu contraignante. Évidemment, bien que le port du masque ne soit pas parfait, il aide toujours la personne, il aide les personnes vulnérables, il aide la collectivité et je pense que c'est ce qu'il y a de plus facile.

Une autre stratégie consiste à poursuivre l'étude sur la façon de construire des espaces intérieurs plus sûrs. C'est là que la COVID et d'autres virus respiratoires se transmettent. Cela comprend, par exemple, l'amélioration de la qualité de l'air intérieur. Il s'agit d'une

approche interdisciplinaire où l'on retrouve des spécialistes des sciences sociales, des ingénieurs, des spécialistes des infections, des propriétaires d'immeubles, des gestionnaires d'immeubles et d'autres intervenants. Il ne suffit pas d'installer tout simplement des filtres HEPA.

Enfin, je crois qu'il y a lieu d'améliorer la participation de spécialistes des sciences sociales, d'experts en changement de comportement et de spécialistes des communications aux plans plus généraux de lutte contre la pandémie. Nous continuerons de voir des progrès scientifiques rapides. Nous allons voir des variants, des vagues, une bonne partie de l'inconnu. La politique doit être axée sur les données et être pertinente. Elle doit aussi suivre le rythme rapide des découvertes. Ce qui est vrai aujourd'hui pourrait ne pas l'être dans un proche avenir. Nous avons besoin de la confiance et de l'adhésion du public. Les spécialistes des sciences du comportement et des communications peuvent aider à communiquer le changement et l'adaptation et à communiquer l'inconnu d'une manière adaptée à l'âge, à la langue et à la culture. Je pense qu'ils seraient d'une valeur inestimable dans notre lutte future contre la pandémie.

• (1620)

J'ai plusieurs autres idées et je serai heureux de poursuivre la conversation pendant la période des questions. Merci de votre temps.

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

Docteure Falcone, vous avez la parole. Bienvenue au Comité.

**Dre Emilia Liana Falcone (directrice, Clinique de recherche post-COVID-19, Institut de recherches cliniques de Montréal, infectiologue, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, à titre personnel):** Merci, monsieur le président, et mesdames et messieurs les membres du Comité, de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui. Les réflexions dont je vais vous faire part sont un reflet de mes expériences pendant la pandémie de COVID-19 à titre de spécialiste des maladies infectieuses, chercheuse et directrice de la Clinique de recherche post-COVID-19 de l'Institut de recherches cliniques de Montréal. Les opinions exprimées aujourd'hui sont les miennes.

La pandémie de COVID-19 a commencé un an après mon recrutement à l'Institut de recherches cliniques de Montréal. Avant d'être recrutée, j'ai passé huit ans au National Institutes of Health des États-Unis, où j'ai terminé ma formation sur les maladies infectieuses au sein du National Institute of Allergy and Infectious Diseases, dirigé par le Dr Anthony Fauci. Pendant cette période, j'ai aussi obtenu mon doctorat à l'Université de Cambridge. Cette formation combinée en médecine et en recherche fondamentale en laboratoire était essentielle pour me permettre de prévoir, au début de la pandémie, qu'il y aurait des séquelles à long terme de la COVID-19. Par conséquent, j'ai fait parvenir une proposition de financement aux IRSC en mai 2020, qui n'a malheureusement pas été retenue. Or, huit mois plus tard, j'ai obtenu un financement suffisant du gouvernement du Québec pour permettre l'ouverture de la première clinique de recherches sur la COVID-19 au Québec.

Cette clinique de recherches représente une infrastructure clinique novatrice où chaque patient est inscrit dans un protocole de recherche, ce qui permet une évaluation clinique complète, la collecte de données en parallèle, la mise en banque d'échantillons de matériel biologique humain et, par extension, la réalisation de recherches en laboratoire presque simultanément dans le même bâtiment. Nous sommes donc en mesure d'effectuer des recherches translationnelles, c'est-à-dire des recherches où nous avons le privilège d'apprendre directement de l'expérience vécue par des patients qui ont une COVID-19 longue, et nous pouvons ensuite utiliser ces renseignements pour éclairer nos questions de recherche dans le laboratoire.

[Français]

Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'OMS, les affections post-COVID-19, ou la COVID-19 de longue durée, correspondent à un état de santé survenant chez des personnes ayant eu la COVID-19, généralement trois mois après l'infection initiale, avec des symptômes qui durent au moins deux mois et qui ne peuvent être expliqués par un autre diagnostic. Les symptômes peuvent survenir même après une infection aiguë asymptomatique ou après un rétablissement initial, et ils peuvent fluctuer dans le temps.

Le diagnostic de la COVID-19 de longue durée est donc complexe et nécessite souvent un suivi longitudinal. De plus, les symptômes associés à la COVID-19 de longue durée sont nombreux, et beaucoup d'entre eux, comme la fatigue et l'essoufflement, se chevauchent avec d'autres maladies. Certaines séquelles de la COVID-19 de longue durée peuvent durer plus de deux ans, être extrêmement débilitantes et avoir des répercussions négatives sur la vie personnelle et professionnelle des patients, faisant en sorte qu'un certain nombre de patients sont incapables de retourner au travail.

Avec une prévalence conservatrice estimée à 10 %, le nombre de patients atteints de la maladie dépasse de loin les capacités des cliniques spécialisées déjà établies au Canada, ce qui peut s'avérer coûteux pour le système de santé canadien, car certains patients pourraient développer des complications supplémentaires, tandis que d'autres auront subi plusieurs tests additionnels, en plus d'être envoyés à plusieurs spécialistes.

[Traduction]

La COVID-19 longue est un diagnostic complexe à établir, rendu encore plus complexe par le fait que nous n'en comprenons pas encore pleinement la cause. La gestion de la COVID-19 longue est également difficile, car elle nécessite une approche multidisciplinaire et il nous manque actuellement des options de traitement pharmacologique précises. Sans comprendre pleinement les mécanismes qui sous-tendent la nouvelle entité de la COVID-19 longue, il est difficile de cerner des biomarqueurs fiables qui peuvent prédire qui développera la COVID-19 longue ou aider à établir un diagnostic de COVID-19 longue. Ces biomarqueurs sont particulièrement importants dans le contexte où les tests de dépistage de la COVID-19 par PCR ne sont pas accessibles à tous. Plus important encore, il est essentiel de comprendre le mécanisme de la maladie pour déterminer des cibles thérapeutiques qui pourraient accélérer le rétablissement de la COVID-19 longue, surtout si ces traitements sont administrés tôt dans le processus de la maladie.

C'est dans ce contexte que nous devons penser à l'avenir et maximiser notre apprentissage lorsque nous faisons face à une nouvelle entité clinique, comme la COVID longue ou même une nouvelle maladie infectieuse. L'une des façons de maximiser cet apprentis-

sage au moyen d'une approche structurée et efficace consiste à mettre en place une infrastructure de recherche translationnelle qui est intégrée aux voies de soins cliniques. L'intégration d'un modèle de clinique de recherches, comme celui établi à l'Institut de recherches cliniques de Montréal, dans des centres spécialisés partout au Canada serait essentielle pour déterminer rapidement des biomarqueurs diagnostiques et de nouvelles cibles thérapeutiques. Ce modèle serait encore plus efficace s'il était intégré à un réseau qui utiliserait des protocoles normalisés et aurait une infrastructure établie pour le partage et l'intégration des données en temps réel. Grâce à cette approche coordonnée et rapide, nous nous démarquons davantage comme pays, non seulement dans le contexte de la COVID longue, mais aussi dans la gestion d'autres maladies complexes et chroniques.

De plus, une telle infrastructure favoriserait la collaboration entre le gouvernement, l'industrie et le milieu universitaire aux niveaux national et international. Il ne fait aucun doute que ces efforts nous permettront également d'être mieux préparés pour gérer rapidement la prochaine pandémie.

• (1625)

Je vous remercie encore une fois de m'avoir donné l'occasion de parler de ces questions, et je suis prête à répondre à vos questions.

**Le président:** Merci beaucoup, docteur Falcone.

Nous allons maintenant entendre la Canadian Association of PPE Manufacturers.

Monsieur Hunt, vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes.

**M. Barry Hunt (président, Canadian Association of PPE Manufacturers):** Merci, monsieur le président, et mesdames et messieurs les membres du Comité de m'avoir invité à prendre la parole aujourd'hui.

La Canadian Association of PPE Manufacturers se compose de 30 sociétés privées sous contrôle canadien, des PME, qui ont répondu à l'appel du gouvernement pour produire de l'équipement de protection individuelle ici, au Canada.

Au début de la pandémie, le Canada n'avait pas de fabricants de N95, de laboratoires d'essais ou de normes nationales. Les hôpitaux canadiens n'ont acheté des N95 que de multinationales s'approvisionnant à l'étranger. La date de péremption des N95 de la réserve nationale stratégique d'urgence était dépassée depuis longtemps et la plupart avaient été détruits.

Lorsque la pandémie a frappé, la Chine, Taiwan et les États-Unis ont interdit les exportations de N95, et les États-Unis ont exclu le Canada de la certification NIOSH N95. Lorsque les choses vont mal, nous ne pouvons tout simplement pas compter sur les multinationales ou les pays étrangers pour protéger notre pays. La CAP-PEM a été créée pour veiller à ce que le Canada ne soit plus jamais vulnérable face aux pays étrangers et aux multinationales pour s'approvisionner en EPI.

Lorsque la COVID-19 a frappé, le Canada cherchait désespérément de l'équipement de protection individuelle, mais les multinationales n'ont pas pu livrer la marchandise. La réponse du gouvernement a été triple. Premièrement, faire concurrence sur le marché mondial pour faire venir par avion des milliards de dollars d'EPI hors de prix, dont 30 % ont été jugés défectueux, contrefaits ou contaminés. Deuxièmement, des contrats pluriannuels à fournisseur unique et des subventions aux deux mêmes multinationales, 3M et Medicom, qui ne pouvaient pas livrer des N95 étrangers au Canada lorsque le Canada en avait le plus grand besoin. Troisièmement, un appel à l'action lancé aux entreprises canadiennes pour créer une nouvelle industrie nationale d'équipement de protection individuelle.

Les PME représentent 99 % de l'économie canadienne. Elles emploient 90 % de la main-d'œuvre du secteur privé et 10 millions de Canadiens. Les PME canadiennes sont le moteur économique du Canada et nous sommes là pour les aider.

Aujourd'hui, nous avons besoin de votre aide. Medicom et 3M représentent le 1 %. Les multinationales qui fabriquent des produits étrangers ont été invitées par le gouvernement à fabriquer des N95 ici, au Canada, dans des usines achetées et payées par les contribuables canadiens. Elles ont obtenu des contrats à fournisseur unique d'une valeur de 600 millions de dollars pour vendre des N95 en concurrence avec l'industrie canadienne. Cela nuit à toute l'industrie canadienne de l'équipement de protection individuelle.

Malgré les promesses faites par le gouvernement de soutenir la nouvelle industrie de l'équipement de protection individuelle en offrant un approvisionnement souple, les PME canadiennes sont exclues des contrats fédéraux et hospitaliers depuis près de deux ans maintenant. À moins que le gouvernement ne change de cap, nous continuerons d'en être exclues pendant la prochaine décennie, et peut-être pour toujours. Le gouvernement fédéral dit qu'il n'a plus d'intérêt pour l'approvisionnement en EPI. Autrement dit, il n'y aura pas de contrats pour l'industrie canadienne. Plus de 100 PME canadiennes ont répondu à l'appel à l'action du gouvernement, et 70 % d'entre elles ont maintenant quitté le secteur de l'équipement de protection individuelle — bon nombre sont maintenant en faillite, et d'autres sont en voie de le devenir.

Les PME restantes de la CAPPEM, qui se sont engagées envers une industrie durable, peuvent maintenant produire 800 millions de N95 de haute qualité, deux milliards de masques médicaux et des millions de N95 réutilisables chaque année. Cependant, alors que l'industrie canadienne souffre d'un manque de contrats hospitaliers et de contrats promis par le gouvernement, elle fait maintenant face à une concurrence déloyale supplémentaire en raison de pratiques de travail déloyales et de dumping, parce que l'exemption tarifaire pour les EPI en cas de pandémie a depuis longtemps dépassé son utilité.

L'innovation des PME est le moteur de la croissance économique du Canada. Il y a eu plus d'innovation dans les EPI canadiens en deux ans qu'au cours des 50 années précédentes dans le monde. Nous avons créé de nouveaux matériaux filtrants, de nouveaux N95 élastomériques qui ressemblent à des masques en tissu et une nouvelle norme nationale de la CSA pour les N95 qui comporte les exigences de rendement les plus élevées au monde. Nous avons également élaboré la première norme industrielle au monde pour les masques de protection contre les bioaérosols afin de protéger le grand public contre les maladies virulentes transmissibles par voie aérienne.

À l'heure actuelle, il n'y a pas de réserve de masques appropriés de protection contre les bioaérosols destinés au public. Nous croyons qu'il s'agit d'un échec majeur en matière de préparation aux situations d'urgence. Quelque 14 variants préoccupants majeurs sont déjà apparus, et rien n'indique que cette tendance va s'arrêter. Nous devons nous préparer à la possibilité très réelle qu'un jour nous fassions face à une souche très virulente. La réserve de huit semaines de N95 du Canada disparaîtrait en huit jours. Nous n'avons rien en réserve pour nos huit millions d'enfants.

Une industrie nationale durable d'équipement de protection individuelle est absolument la bonne chose à faire pour le Canada. Elle jouit d'un appui écrasant de la population, mais pas du gouvernement.

Nous n'étions pas préparés il y a deux ans à une pandémie d'un virus virulent transmissible par voie aérienne. Nous ne sommes toujours pas préparés aujourd'hui. Nous avons entendu le témoignage de l'ASPC selon lequel nous sommes « maintenant bien placés [...] avec des masques N95 fabriqués au Canada ». Je peux vous assurer que ce n'est pas le cas. Nous devons soutenir notre industrie nationale d'équipement de protection individuelle maintenant, sinon elle ne sera pas là quand nous en aurons besoin.

Merci.

• (1630)

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

Nous entendrons maintenant M. Edmonds et Mme Masotti, de la Société canadienne du cancer.

**M. Stuart Edmonds (vice-président principal, Mission, recherche et défense de l'intérêt public, Société canadienne du cancer):** Je vais commencer, monsieur le président.

Je remercie les membres du Comité de nous donner l'occasion de témoigner aujourd'hui.

Je m'appelle Stuart Edmonds. Je suis vice-président principal, Mission, recherche et défense de l'intérêt public à la Société canadienne du cancer. Je suis accompagné aujourd'hui de Kelly Masotti, vice-présidente, Défense de l'intérêt public.

Avec respect et gratitude, je me joins à vous aujourd'hui depuis le territoire de nombreuses Premières Nations, dont les Mississaugas de Credit, les Anishnabeg, les Chippewa, les Haudenosaunee et les Wendats, qui abrite maintenant de nombreux peuples autochtones, inuits et métis. Je reconnais également que Toronto est visée par le Traité n° 13 et les Mississaugas de Credit.

Deux Canadiens sur cinq devraient recevoir un diagnostic de cancer au cours de leur vie. Le cancer est la principale cause de décès au Canada, représentant 28 % de tous les décès.

Aujourd'hui, nous vous parlerons des répercussions de la pandémie de COVID-19 sur l'expérience de nombreuses personnes atteintes du cancer au Canada et sur leurs proches.

Les multiples vagues de COVID-19 ont exercé une pression énorme sur le système de santé du Canada. Pour veiller à ce que la capacité du système de santé soit suffisante pendant les fortes augmentations de COVID-19, on a demandé aux hôpitaux des provinces et des territoires de suspendre toutes les interventions jugées non urgentes, y compris le dépistage du cancer, les diagnostics et les chirurgies, ce qui a entraîné un arriéré croissant de retards dans le dépistage du cancer, les diagnostics et les chirurgies. Il s'ensuit donc que les personnes atteintes de cancer attendent plus longtemps pour recevoir des soins.

Nous savons que lorsque le cancer est détecté tôt, il est souvent plus facile à traiter. Les retards dans le dépistage et le diagnostic peuvent avoir des conséquences néfastes pour les patients, notamment un risque accru de décès.

L'impact de la COVID-19 sur la prévention, le diagnostic et le traitement du cancer se fera sentir pendant des mois et des années à venir. Des études commencent à être publiées sur l'incidence des retards liés à la COVID-19 sur les personnes atteintes de cancer. Selon une récente étude de modélisation de l'Ontario publiée dans le Journal de l'Association médicale canadienne, des temps d'attente plus longs pour les chirurgies du cancer peuvent mener à une survie écourtée. Cette étude souligne l'importance de maintenir un accès rapide à la chirurgie du cancer afin de prévenir les effets néfastes du report des soins chez les personnes atteintes de cancer, même lorsque les ressources en santé sont limitées.

Dans des sondages menés par la SCC entre juillet 2020 et mars 2022, des personnes atteintes de cancer ont indiqué que leurs rendez-vous pour des traitements en cancérologie avaient été reportés ou perturbés. Près de la moitié des patients ont signalé des perturbations lors de la première vague de la pandémie. Bien que les perturbations aient diminué au fil du temps, elles ont légèrement augmenté depuis août 2021. Dans notre dernier sondage, un cinquième des répondants ont signalé des perturbations dans leurs rendez-vous pour des traitements en cancérologie.

Pour de nombreux patients, il y a une fenêtre de traitement. Les retards dans les rendez-vous et le traitement peuvent entraîner des occasions manquées, et le cancer peut s'être propagé.

Les sondages menés par la SCC ont révélé que les personnes atteintes de cancer affichaient des taux d'anxiété plus élevés au début de la pandémie. Cette anxiété était plus élevée chez les aidants naturels, plus des trois quarts des répondants ayant déclaré qu'ils étaient plus anxieux que la normale.

Des personnes atteintes de cancer continuent de dire à la SCC qu'elles sont frustrées par le manque d'accès à leurs équipes de soins de santé. Bien que cette préoccupation ait diminué au fil de la pandémie, nous continuons de les appuyer grâce à nos programmes de soutien, et des gens nous disent encore qu'ils ont le sentiment d'être oubliés.

Nous avons besoin du leadership du gouvernement fédéral. La SCC s'est réjouie du dépôt du projet de loi C-17 vendredi, qui fournirait 2 milliards de dollars supplémentaires pour répondre aux pressions immédiates liées à la pandémie sur le système de soins de santé, en particulier l'arriéré des chirurgies, interventions médicales et diagnostics. Nous encourageons tous les partis à collaborer et à adopter rapidement le projet de loi C-17. Chaque instant compte, comme l'a démontré le récent document du JAMC. Le cancer n'attend pas, et le gouvernement ne devrait pas non plus.

La SCC exhorte également le gouvernement fédéral à continuer de faire les investissements nécessaires pour accroître la capacité nationale pour ce qui est des vaccins, des produits thérapeutiques et d'autres médicaments vitaux. Nous nous sommes réjouis lorsque le gouvernement a lancé en juillet dernier la Stratégie en matière de biofabrication et de sciences de la vie, dans le cadre de laquelle il s'est engagé à verser 2,2 milliards de dollars sur sept ans.

L'un des principaux investissements de la stratégie a permis de créer un nouveau volet de financement de 250 millions de dollars, le fonds pour les essais cliniques. La SCC se réjouit de ce financement et attend avec impatience les détails concernant l'élaboration et la mise en œuvre de ce fonds. Ces investissements sont essentiels pour que le Canada demeure à l'avant-garde des innovations en matière de soins de santé et pour offrir aux Canadiens des possibilités d'accéder très rapidement à de nouvelles thérapies et à de nouveaux diagnostics qui pourraient changer la donne.

Je cède maintenant la parole à ma collègue, Kelly Masotti.

● (1635)

**Mme Kelly Masotti (vice-présidente, Défense de l'intérêt public, Société canadienne du cancer):** Merci, Stuart.

Je tiens à souligner que j'assiste à la séance de façon virtuelle à partir d'Ottawa, qui se trouve sur le territoire non cédé de la Nation algonquine Anishinabe.

La pandémie de COVID-19 nous a également montré que des lacunes importantes persistent dans l'accès aux soins palliatifs, particulièrement à domicile ou dans la collectivité. Les aidants d'un être cher à la maison ont connu une forte augmentation de leurs tâches, ce qui a exacerbé la nécessité d'un soutien psychosocial, physique et pratique accru pour les aidants naturels. En ma qualité de membre de la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada, nous exhortons le gouvernement à continuer de mettre en œuvre le cadre et le plan d'action sur les soins palliatifs, y compris un bureau des soins palliatifs pour aider à coordonner des aspects comme la collecte de données sur les soins palliatifs, et à continuer d'investir dans la recherche sur les soins palliatifs.

Enfin, nous encourageons le gouvernement fédéral à jouer un rôle en veillant à ce que les Canadiens soient bien préparés pour faire des choix sains et éclairés qui feraient qu'il est plus facile de vivre sans fumée, de maintenir un poids santé, d'adopter une alimentation saine, de faire de l'activité physique, d'être à l'abri du soleil et de réduire la consommation d'alcool. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de premier plan dans la mise en œuvre de politiques et de programmes qui auront d'importantes répercussions sur la santé de la population.

Nous aimerions également profiter de l'occasion pour remercier le gouvernement d'appuyer la prolongation des prestations de maladie de l'assurance-emploi. Cette prolongation d'au moins 26 semaines changera la vie de Canadiens.

Nous nous réjouissons à l'idée de continuer à travailler ensemble pour mettre en œuvre ces recommandations très importantes pour les personnes atteintes de cancer et celles qui survivent au cancer, notamment en encourageant tous les partis à travailler ensemble pour adopter rapidement le projet de loi C-17, les améliorations à la prestation des soins palliatifs, la mise en œuvre et la prolongation des prestations de maladie de l'assurance-emploi et de veiller à la mise en œuvre du fonds pour les essais cliniques.

Nous vous remercions beaucoup du temps que vous nous avez consacré aujourd'hui et nous serons heureux de répondre à vos questions.

**Le président:** Merci, madame Masotti, et merci, monsieur Edmonds.

Nous entendons maintenant Rebecca Shields, de l'Association canadienne pour la santé mentale. Vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes.

**Mme Rebecca Shields (directrice générale, York and South Simcoe Branch, Association canadienne pour la santé mentale):** Merci, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité, de me donner l'occasion de témoigner aujourd'hui...

**M. Michael Barrett (Leeds—Grenville—Thousand Islands et Rideau Lakes, PCC):** J'invoque le Règlement, monsieur le président.

**Le président:** Un instant, je vous prie, madame Shields.

Allez-y, monsieur Barrett.

**M. Michael Barrett:** Je m'excuse de cette interruption, madame Shields.

Monsieur le président, la sonnerie d'appel se fait entendre à la Chambre pour un vote. La dernière fois que nous avons discuté de cette question au Comité, certains membres ont indiqué qu'à l'avenir ils n'accorderaient pas le consentement unanime, invoquant leur privilège, qui est tout à fait indéniable, de voter en personne à la Chambre. Par votre entremise, monsieur le président, j'aimerais demander le consentement unanime des membres du Comité pour entendre, si le temps le permet, les déclarations préliminaires de tous les témoins avant de passer au vote à la Chambre. Je le demande simplement au cas où l'un ou l'autre de nos témoins ne serait pas en mesure de se joindre à nous après le vote à la Chambre.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Barrett.

Chers collègues, M. Barrett a tout à fait raison de dire que, sans le consentement du Comité, nous serons obligés de suspendre la séance. Avons-nous le consentement du Comité pour entendre le reste des déclarations préliminaires avant la suspension de la séance?

**Des députés:** D'accord.

**Le président:** Je crois comprendre qu'il y a consentement unanime.

Merci beaucoup, monsieur Barrett.

Madame Shields, veuillez continuer.

**Mme Rebecca Shields:** Merci beaucoup.

Je crois que nous sommes tous conscients que la pandémie a eu des répercussions sur la santé mentale des Canadiens. Mes propos, pour l'essentiel, porteront aujourd'hui sur deux domaines particuliers dans lesquels le gouvernement fédéral, il me semble, peut jouer un rôle utile. J'ai été très heureuse d'apprendre la création, par le gouvernement fédéral, de la charge de ministre de la Santé mentale et des Dépendances. Je parlerai de certains des résultats attendus de cette initiative.

Nos études montrent qu'un Canadien sur cinq estimait avoir besoin d'aide en matière de santé mentale pendant la pandémie, mais qu'il ne l'a pas reçue parce qu'il ne savait pas où l'obtenir. Certains

ne pensaient pas qu'une aide était disponible, d'autres pensaient qu'ils n'avaient pas les moyens de la payer. Allant au-delà de la simple création de nouveaux services, j'aimerais parler un peu aujourd'hui de la manière de les offrir.

Le premier sujet que je veux aborder est celui des services à la jeunesse. L'un de ces résultats attendus a été la création d'un nouveau fonds pour la santé mentale des étudiants, qui facilitera l'embauche de conseillers en santé mentale, réduira les temps d'attente pour les services, améliorera généralement l'accès et permettra des soutiens ciblés pour les étudiants noirs et racialisés dans les établissements d'enseignement postsecondaire. C'est essentiel. Le nombre d'enfants et d'adolescents ayant souffert de dépression et d'anxiété a doublé depuis le début de la pandémie; 11 % de toutes les personnes qui vivent dans l'itinérance sont des jeunes; un jeune sur quatre présente des symptômes cliniques élevés de dépression; un sur cinq présente des symptômes cliniques élevés d'anxiété; 70 % de toutes les maladies mentales commencent chez les jeunes entre 12 et 17 ans. Cependant, ce qui m'inquiète, c'est que le gouvernement remettra de l'argent aux collèges et universités, qui l'utiliseront pour embaucher des conseillers en santé mentale, créant ainsi un autre silo de soins non intégrés. Nous entendons tous dire que la grande difficulté, c'est que les gens ne savent pas comment obtenir des services.

Plutôt que de financer un système de soins déjà établi... J'aimerais vous donner un exemple montrant comment les choses se déroulent. Dans sa sagesse, le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire d'IRCC, a financé notre organisme de soins holistiques en santé mentale, soins fournis par l'entremise des organismes d'établissement et des centres d'accueil depuis le début de la pandémie. Depuis le début de ce programme, 292 clients ont eu recours à ces services. De ce nombre, 85 % ont connu un allègement de leurs symptômes liés à la dépression et 89 % de leurs symptômes liés à l'anxiété, ces derniers demeurant en contact avec leurs services d'établissement. L'intégration des soins est essentielle, préférable à la mise en place d'une toute nouvelle section où il nous faudrait établir des relations, plutôt que de les relier à un système général de soins.

Le deuxième sujet dont je veux parler est la montée de la toxicomanie. J'aimerais toutefois vous présenter la situation sous l'angle des sous-groupes de la population. La COVID-19 n'a pas affecté les différents sexes, ni les sous-groupes de la même façon. En effet, ce sont les hommes qui ont enregistré un taux plus élevé de consommation problématique d'alcool, en hausse de 28 %, tandis que chez les femmes, il n'était que 18 %. La consommation problématique de cannabis a aussi augmenté, en hausse de 39 % chez les hommes, un peu moins chez les femmes. Nous avons également constaté, dans l'ensemble, que les femmes, surtout celles avec des enfants à la maison, ont plus souffert d'anxiété et de dépression que les hommes. Nos études montrent que les hommes ont été davantage affectés par l'isolement social et les soucis financiers, tandis que les femmes l'étaient par les soucis financiers et la garde des enfants. Les situations sont très différentes. Une approche « universelle » n'est pas une la solution. J'exhorte le gouvernement fédéral, lorsqu'il conçoit un système de soins pour lutter contre la toxicomanie, à envisager des solutions locales plutôt que des stratégies générales de santé publique. Il doit investir dans les collectivités locales, où il peut cibler directement les sous-groupes de la population.

Je veux donner un autre exemple de la façon dont cela peut fonctionner. Qu'il s'agisse des ESO ou des autorités sanitaires, la plupart ont des équipes qui s'occupent spécifiquement de certains sous-groupes et qui réunissent des organismes chargés de leurs problèmes particuliers. Nous devons en tirer parti et offrir de modestes subventions communautaires afin de pouvoir toucher ces sous-groupes, plutôt que d'atteindre la population dans son ensemble, puisque la COVID, comme nous le savons, a eu une incidence sur la santé mentale et la santé des nouveaux arrivants et des groupes minoritaires beaucoup plus fréquente ou à des taux beaucoup plus élevés que chez les Canadiens de race blanche.

• (1640)

En somme, ce sur quoi je veux vraiment insister, c'est qu'il faut intégrer les soins en santé mentale aux services des soins locaux existants et faire des interventions hyperlocales.

Je vous remercie de votre attention.

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

Pour terminer, nous accueillons Sandra Hanna, directrice générale de l'Association canadienne des pharmacies de quartier.

Vous avez la parole, madame Hanna.

**Mme Sandra Hanna (directrice générale, Association canadienne des pharmacies de quartier):** Merci, monsieur le président.

Mesdames et messieurs, je vous remercie de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui.

Je suis d'abord et avant tout une pharmacienne en exercice qui a eu le privilège de travailler aux côtés de mes partenaires du système de santé et des gouvernements dans le cadre de nos efforts collectifs pour répondre aux besoins des Canadiens aux prises avec les bouleversements causés par la pandémie de COVID-19 ces deux dernières années.

Aujourd'hui, je me joins à vous en tant que directrice générale de l'Association canadienne des pharmacies de quartier, une association commerciale sans but lucratif qui représente les principales entités pharmaceutiques, dont les chaînes, les enseignes, les pharmacies en milieu de soins de longue durée, les pharmacies spécialisées, ainsi celles installées dans les épiceries et magasins à grande surface. Nous contribuons aux soins de santé des Canadiens par la présence de près de 11 000 pharmacies à la grandeur du pays, dans presque toutes les collectivités, en tant que points centraux des services de santé communautaire.

Les pharmacies sont souvent le premier et le plus fréquent point de contact des Canadiens avec le système de soins de santé, et 95 % des Canadiens vivent à moins de cinq kilomètres d'une pharmacie. Les pharmacies dans nos collectivités exécutent plus de 750 millions d'ordonnances par année, administrent la plus grande part des vaccins antigrippaux et, depuis 12 mois, ont administré plus de 18 millions de doses de vaccin contre la COVID-19 aux Canadiens, réduisant ainsi le taux de maladie et la pression sur le système de soins de santé déjà débordé... [*Difficultés techniques*]

Alors que nous sommes toujours confrontés aux défis incessants de la pandémie et que nos dirigeants politiques fédéraux se penchent sur les besoins futurs de notre système de santé pour soutenir les citoyens, traiter ceux qui en ont besoin et protéger les plus vulnérables, les occasions se multiplient de libérer le potentiel inexploité de la pharmacie en tant que partenaire dans les collectivités

partout au pays dans nos efforts pour bâtir des systèmes de santé résilients.

Les pharmacies, soutenues par une solide chaîne d'approvisionnement, ont fait preuve d'un engagement inébranlable envers les Canadiens et les systèmes de santé tout au long de la pandémie en tant que partenaires essentiels permettant de fournir dans de brefs délais les produits et services de façon à surmonter les difficultés d'approvisionnement du début de la pandémie et à aider les Canadiens à avoir facilement accès aux vaccins et aux tests de dépistage dans presque toutes les collectivités du pays. Sans nos services, les Canadiens auraient tout simplement été privés de soins médicaux.

Notre priorité est et sera toujours de maintenir et de sans cesse améliorer l'accès des Canadiens aux médicaments d'ordonnance. Bien qu'il y ait des divergences d'opinions dans plusieurs dossiers d'importance, notamment les programmes nationaux d'assurance-médicaments ou la réforme des prix des médicaments brevetés, nous pouvons tous nous entendre sur un point, que tous les Canadiens devraient avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin.

De récentes études montrent que, bien que 82 % des personnes interrogées soient en faveur d'un régime national d'assurance-médicaments, 70 % d'entre elles s'opposent à un programme qui remplacerait leurs régimes d'assurance-médicaments existants. En fait, 80 % d'entre elles demeurent satisfaites de leurs prestations existantes. La priorité du Canada doit être d'aider ceux qui n'ont pas d'assurance-médicaments ou dont la couverture est insuffisante, notamment ceux atteints d'une maladie rare, sans perturber la situation de la majorité des Canadiens déjà couverts par l'assurance-médicaments. Cette approche nous permettrait de réduire au minimum les dépenses et les frais inutiles à assumer par les contribuables et d'affecter des fonds aux nombreuses autres priorités en matière de soins de santé dont nous discutons aujourd'hui.

Le gouvernement fédéral peut faire preuve de leadership en établissant des principes nationaux permettant une approche équitable tout en maintenant l'intégrité des régimes existants. Le gouvernement a déjà invoqué la COVID-19 comme principale raison pour retarder la mise en œuvre des réformes réglementaires du CEPMB. Même si nous voyons la réouverture des économies, nous devons tous convenir que la pandémie n'est pas encore terminée. Les Canadiens méritent de payer un prix juste et raisonnable pour leurs médicaments d'ordonnance. Cependant, les diminutions de prix ont des répercussions imprévues en aval sur les services de pharmacie professionnels sur lesquels les Canadiens comptent au quotidien pour obtenir un accès rapide à leurs thérapies et s'assurer qu'elles sont sans danger, pertinentes et efficaces. Nous craignons que les répercussions des règlements et lignes directrices proposés du CEPMB sur les programmes destinés aux patients soient graves et que leur mise en application au cours de la pandémie continue d'alourdir le fardeau des pharmaciens et du personnel des pharmacies, déjà aux prises avec les répercussions de ces changements sur leurs activités.

Nous avons vu des pharmacies offrir un soutien essentiel pour le dépistage et la vaccination et nous savons que nous ne faisons qu'effleurer la surface des possibilités d'accroître leurs activités dans de nombreux domaines de santé publique et des soins primaires. Nous savons qu'il y a un énorme arriéré dans les services de soins de santé, comme les chirurgies, les diagnostics de maladies chroniques et les immunisations. Nous devons travailler ensemble pour rattraper le retard. Pour cela, tous les fournisseurs de soins de santé doivent travailler à la hauteur de leurs capacités afin d'améliorer l'accès aux soins des Canadiens.

Comme les pharmacies de tout le pays participent maintenant à la distribution des trousseaux de dépistage de la COVID-19 et que beaucoup d'entre elles effectuent le dépistage sur place, elles sont particulièrement bien placées pour soutenir le système de santé en matière de dépistage de maladies et de prescription et de distribution d'antiviraux comme le Paxlovid.

Les pharmacies peuvent également offrir une capacité en santé publique dans notre effort de rattrapage auprès des Canadiens, dont un adulte sur quatre et jusqu'à 35 % des enfants, ont manqué ou retardé une vaccination de routine en raison de la pandémie. Les données montrent que la commodité est un facteur clé de la vaccination. Or, l'accessibilité des pharmacies dans les collectivités offre une commodité sans pareille.

• (1645)

Nous avons beaucoup de pain sur la planche, non seulement pour alléger les pressions que la pandémie de la COVID-19 a exercées sur notre système de soins de santé, mais aussi pour faire en sorte que l'équité et l'accès égal aux services soient offerts partout au pays dans les collectivités sous-représentées.

Les pharmacies de quartier et nos membres demeurent engagés à travailler avec le gouvernement fédéral et tous les intervenants pour mettre à profit les compétences de nos équipes afin de créer une capacité et de combler les lacunes en matière de soins.

Je vous remercie encore une fois de m'avoir donné l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui. Je serai heureuse de répondre à vos questions.

**Le président:** Merci beaucoup, madame Hanna.

Comme cela a été décidé à la suite du rappel au Règlement de M. Barrett, la séance sera suspendue.

J'informe les témoins que, dans 17 minutes, les députés seront appelés à voter. S'ils décident de se rendre à la Chambre pour voter, il faudra ajouter au moins 10 à 20 minutes à ces 17 minutes.

C'est l'occasion de vous étirer les jambes, de boire quelque chose et... [*Difficultés techniques*]... reprendre la séance pour répondre aux questions, à moins qu'il y ait une motion de levée de séance. Selon ce que je peux prévoir en ce moment, vous aurez probablement 25 minutes ou plus à vous-mêmes, à compter de la suspension de la séance.

Je vous remercie. La séance est suspendue.

• (1645)

(Pause)

• (1730)

**Le président:** Nous reprenons nos travaux. Je crois savoir qu'il y a quorum.

Je vois que les caméras des témoins sont éteintes, mais qu'ils commencent à revenir.

Avant de passer aux séries de questions, j'aimerais informer le Comité que la Chambre des communes nous accorde 80 minutes, mais c'est 80 minutes en dehors de la plage horaire que les témoins et les membres ont prévue.

Je voudrais savoir s'il y a eu des discussions dans la salle et si vous vous êtes entendus sur la durée de la séance, pour peu que les témoins soient disponibles. Ou préférez-vous simplement reprendre où nous en étions, quitte à ce qu'une motion de levée de séance puisse être présentée à peu près n'importe quand?

Monsieur Barrett, voulez-vous ouvrir le bal?

**M. Michael Barrett:** Monsieur le président, je crois qu'il y a eu des discussions à ce sujet, mais je ne suis pas sûr qu'un moment précis ait été fixé. Je peux dire que les membres conservateurs sont disposés à utiliser les 80 minutes qui restent de ce qu'a accordé la Chambre, pourvu que des témoins soient disponibles.

**Le président:** Je propose que nous commençons et que, à la fin de deux tours complets, nous fassions le point.

Je m'adresse aux témoins. Pouvez-vous rester avec nous pour une heure, peut-être un peu plus?

Je vois que tous les pouces sont levés. Je vous remercie.

Nous allons maintenant passer aux questions.

**M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD):** Monsieur le président, puis-je dire un mot sur la motion, s'il vous plaît?

**Le président:** Allez-y, monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Merci.

Je suis conscient du fait que nous commençons la période des questions au moment où la séance était censée se terminer. Je suis heureux de ces 80 minutes qui ont été accordées. Pour ma part, je ne peux rester au-delà de 18 h 30, et ce n'est donc pas vraiment une solution pour moi.

Je ne sais pas combien de temps les témoins attendent depuis 15 h 30, heure de l'Est, mais par respect pour eux et pour ceux d'entre nous qui ont d'autres obligations, je dirais qu'il devrait y avoir un arrêt ferme à 18 h 30. Cela nous laisserait suffisamment de temps pour deux tours, je crois.

**Le président:** Cela nous permettrait deux tours complets.

**M. Don Davies:** Nous pourrions peut-être nous entendre pour faire deux tours ou arrêter à 18 h 30, selon la première éventualité qui se présente.

**Le président:** Je vais demander une motion pour lever la séance à 18 h 30. J'espère qu'elle sera adoptée.

Très bien, nous allons commencer les tours de questions, d'abord avec M. Barrett, pour six minutes.

Monsieur Barrett, vous avez la parole.

**M. Michael Barrett:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Par votre entremise, monsieur le président, je tiens à remercier sincèrement nos témoins de leur présence aujourd'hui et de leur patience pendant que nous votions à la Chambre des communes aujourd'hui, en application des règles de la démocratie. Merci beaucoup de votre patience et de vos déclarations d'aujourd'hui.

Je m'adresse maintenant au Dr Bogoch.

Il semble qu'il y a longtemps que vous avez parlé. Vous avez dit qu'il ne nous est plus possible d'annuler les chirurgies, de fermer les entreprises et les écoles, puisque nous disposons des outils qu'il faut pour l'éviter. Je suis d'accord.

Je me demande si vous pourriez prendre un moment pour expliquer certaines des façons dont nous pouvons innover pour accroître la capacité de notre système de soins de santé.

**Dr Isaac Bogoch:** Il va sans dire que nous pourrions y consacrer des heures, mais je serai aussi bref que possible.

Pour ce qui est de l'expansion des soins de santé, nous devons faire preuve d'un peu de créativité. Nous avons besoin de plus de travailleurs de la santé et de plus de lits. Il s'agit d'un investissement productif à la longue et utile pour la formation des gens.

De plus, nous avons au Canada des professionnels de la santé très qualifiés qui ne sont pas en mesure de travailler. Je parle des diplômés formés à l'étranger et des étrangers diplômés en médecine. Ils travaillent dans de multiples professions de la santé autres que la médecine, les soins infirmiers et autres professions paramédicales, mais ne peuvent exercer leur profession ici parce que le Canada ne reconnaît pas leurs titres de compétence. Il y a beaucoup de tracasseries administratives au Canada qui les empêchent de travailler. Nous avons beaucoup plus de professionnels des soins de santé au pays, tout désireux de travailler, que le nombre de ceux qui sont actuellement mobilisés. C'est une situation que devons regarder de plus près.

Pour ce qui est d'éviter les fermetures, nous avons les outils nécessaires. Il y en a qui sont très simples, comme le port du masque. Les masques à eux seuls n'arrêtent pas une vague d'infections, mais ils l'atténuent certainement. Ils protègent les personnes vulnérables. Nous avons des vaccins et une gamme croissante d'outils thérapeutiques, qui s'implantent lentement dans les milieux de consultation externe. C'est une très bonne chose. Les vaccins réduisent le nombre d'hospitalisations. Les thérapeutiques en font autant. Nous devons y avoir accès en temps opportun et de façon équitable.

Sur ce point, ma collègue pharmacienne est beaucoup mieux placée que moi pour répondre à cette question, mais n'oublions pas qu'il y a des pharmacies dans tous les quartiers. Elles sont accessibles, elles peuvent faire les tests, elles peuvent assurer des traitements. Je sais bien qu'il y a des interactions médicamenteuses, mais qui est mieux placé qu'un pharmacien pour les examiner? Ce sont des fournisseurs de soins de santé qualifiés qui peuvent assurer un accès rapide aux soins de santé dans le quartier, sans certains des obstacles qui existent dans la prestation plus traditionnelle des soins, par exemple la nécessité de consulter son fournisseur principal de soins.

Nous pouvons prendre de l'expansion sur tous ces fronts, mais nous avons déjà les outils, et nous en aurons de plus en plus, pour vraiment aider à empêcher les gens de tomber malades et d'être hospitalisés, si bien que nous n'aurons plus à annuler des chirurgies comme nous l'avons dû le faire dans le passé.

• (1735)

**M. Michael Barrett:** Merci beaucoup de cette réponse...

**Le président:** Monsieur Barrett, je suis désolé de vous interrompre.

Le greffier vient de me faire savoir que Mme Shields devra nous quitter dans une dizaine de minutes. Je tenais à vous le signaler. Si les prochains intervenants ont des questions à lui poser, ils [*Difficultés techniques*].

Allez-y, monsieur.

**M. Michael Barrett:** Merci, monsieur le président.

Madame Hanna, pour faire suite au point soulevé par le Dr Bogoch, quels sont les freins réglementaires qui limitent la capacité des pharmacies d'élargir leur offre de services pour compléter et soutenir notre système de soins de santé, débordé par certaines situations que le Dr Bogoch vient de décrire et que vous avez vous-même mentionnées dans votre déclaration préliminaire?

**Mme Sandra Hanna:** Le Dr Bogoch en a fait état et m'a volé les mots de la bouche.

Les pharmacies et les pharmaciens ne sont pas seulement présents dans toutes les collectivités, mais ils sont également soutenus par une chaîne d'approvisionnement très solide qui leur permet de rendre ces thérapies rapidement accessibles dans chaque collectivité. À l'heure actuelle, selon la province... Évidemment, les différentes autorités et provinces déterminent chacune le champ d'application et la capacité de prescription des pharmaciens. Le Dr Bogoch mentionne que ces produits devraient être disponibles sans ordonnance et que les pharmaciens peuvent quand même conseiller, éduquer les gens, fournir ces produits et veiller à ce qu'ils soient offerts aux patients de façon équitable, accessible et sécuritaire.

Pour ce qui est des obstacles réglementaires, lorsqu'il ne s'agit pas d'un produit prescrit, c'est une question d'approvisionnement, d'accès et de disponibilité par l'entremise du secteur pharmaceutique, chose qui n'est pas assurée dans beaucoup de provinces à l'heure actuelle. C'est limité aux principaux... [*Difficultés techniques*] au dépistage ou aux centres de santé publique.

Je pense qu'il s'agit davantage d'une question de planification et de disponibilité dans le secteur pharmaceutique pour les Canadiens.

**M. Michael Barrett:** Merci beaucoup.

Il me reste un peu moins d'une minute. Nous avons entendu parler des vaccins et de la disponibilité de certains de ces différents produits.

Dans le temps qu'il me reste, monsieur le président, je veux donner avis d'une motion au Comité. Je ne la présente pas; j'en informe le Comité. Le greffier a reçu, dans les deux langues officielles, l'avis de la motion, qui est libellée comme suit:

Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité entreprenne une étude sur le rôle du gouvernement dans le développement et l'approvisionnement du vaccin Medicago et que le ministre de l'Innovation et le ministre de la Santé soient invités à comparaître devant le Comité pour témoigner.

La motion a également remise au greffier par écrit dans les deux langues officielles.

Dans les cinq secondes qui me restent, je tiens à remercier encore une fois tous les témoins de leur patience, de leurs compétences et de leur dévouement constant à la cause de la santé et du bien-être des Canadiens.

Merci beaucoup.

• (1740)

**Le président:** Je vous remercie, monsieur Barrett. Merci surtout du souci que vous avez de surveiller l'horloge.

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

**M. Majid Jowhari (Richmond Hill, Lib.):** Merci, monsieur le président, et merci à tous nos témoins. Nous vous sommes très reconnaissants de votre patience et de votre connaissance du dossier à l'étude aujourd'hui.

J'aimerais également remercier mon collègue de m'avoir permis d'intervenir à sa place.

Madame Shields, même si vous êtes sur le point de nous quitter, je veux vous souhaiter la bienvenue au Comité. Voilà quelques années que vous et moi travaillons en étroite collaboration dans le domaine de la santé mentale dans la région de York. Dans votre déclaration préliminaire, vous avez parlé des services aux jeunes et des soins intégrés. Tout d'abord, je tiens à vous remercier du travail que vous faites dans la région de York à titre de directrice générale de l'ACSM.

J'aimerais également que vous nous donniez un aperçu des initiatives novatrices actuellement en cours dans votre section, qui est le centre de crise de la santé mentale. Vous pourriez peut-être nous en dire un peu plus sur les soins intégrés et la base communautaire, sur les raisons qui font que ce système est à l'avant-garde au Canada et sur la façon dont le gouvernement fédéral peut vous soutenir.

**Le président:** La parole est à vous.

**M. Majid Jowhari:** Je crois qu'elle est en mode sourdine.

Mme Shields est peut-être partie...

**Le président:** Elle est toujours à l'écran, mais sa caméra et son micro sont éteints.

Bon. Avez-vous une autre question, monsieur Jowhari?

**M. Majid Jowhari:** Non, je vais céder mon temps de parole à mon collègue, M. Powlowski.

**Le président:** Monsieur Powlowski, c'est à vous.

**M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.):** Docteur Bogoch, je voulais vous poser une question sur les thérapies médicales.

Au cours des deux dernières années, nous avons tous deux participé à plusieurs réunions du Comité, et vous avez probablement entendu mes questions à ce sujet. En Ontario, nous avons maintenant deux formes de thérapeutiques qui, je crois, sont assez facilement accessibles, soit le Paxlovid, un antiviral, et le sotrovimab, un anticorps monoclonal. Les deux se sont avérées passablement efficaces pour prévenir l'hospitalisation et les maladies graves lorsqu'elles sont administrées tôt aux personnes à risque élevé.

D'après les chiffres que j'ai en mémoire, le sotrovimab entraîne une diminution de 80 % des hospitalisations et, dans le cas du Paxlovid, je crois que les études initiales montraient une diminution de 90 %. Ces chiffres sont probablement désuets. Il me semble que cela devrait jouer un rôle important dans nos efforts pour éviter d'être submergés par les vagues futures. Lorsque des personnes à risque élevé tombent malades, elles devraient avoir accès à ces traitements, ce qui nous permettrait d'éviter beaucoup d'hospitalisations, d'admissions aux soins intensifs et de décès.

Permettez-moi de commencer en vous demandant si vous avez souvent recours à ces formes de thérapeutiques et si les médecins au Canada y ont recours autant qu'ils le devraient.

**Dr Isaac Bogoch:** Je vous remercie de votre question.

Oui, il s'agit évidemment d'un domaine en expansion rapide au Canada. J'aimerais revenir rapidement en arrière, au début de la pandémie. Nous avons de très bons traitements pour les patients hospitalisés... [*Difficultés techniques*]... un arsenal de thérapies pour les patients non hospitalisés, avec comme objectif global de prévenir la maladie et les hospitalisations.

Il y a eu des ratés, malheureusement. Le sotrovimab, par exemple, et les autres monoclonaux ne semblent pas très bien fonctionner pour l'actuel variant Omicron. Ils ne sont pas utilisés ni recommandés. Le Paxlovid est disponible en très petites quantités et ses utilisations sont très limitées. Il doit être utilisé très tôt, soit dans les quatre ou cinq jours suivant l'apparition de la maladie.

Cela cadre très bien avec notre conversation de tout à l'heure sur la distribution rapide et sans obstacle de produits thérapeutiques. Par exemple, nous avons bien sûr les médecins de famille, peut-être les services d'urgence, de même que les centres dédiés à la COVID, mais aussi les pharmacies et les pharmaciens, parce qu'ils sont disponibles et qu'ils sont partout. Les pharmaciens sont des fournisseurs de soins de santé hautement qualifiés qui peuvent fournir ce médicament rapidement. Ils peuvent également effectuer des tests sur place et y donner suite en temps réel en fournissant un médicament au moment où il est nécessaire.

Nous utilisons ces médicaments, mais nous le faisons de façon restreinte, pour deux raisons: a) l'approvisionnement est limité et b) malheureusement, le variant Omicron fait en sorte que les monoclonaux ne font plus partie de notre arsenal, parce qu'ils ne fonctionnent tout simplement pas aussi bien dans ce cas. Il y en a quelques autres qui fonctionnent bien pour les patients externes, par exemple, le remdesivir, mais encore une fois, c'est un médicament administré par voie intraveineuse, ce qui fait qu'il est un peu plus difficile à utiliser. Avec le temps, l'accès sera élargi et plus de médicaments seront disponibles, et nous pourrions en faire bon usage.

• (1745)

**M. Marcus Powlowski:** J'ai une impression qui découle du fait que, n'étant déjà pas assez occupé en tant que député, je travaille le samedi dans une clinique sans rendez-vous. Je vois pas mal de gens qui toussent, et plus personne ne fait de tests PCR; les gens font des tests rapides, et tout le monde connaît la marche à suivre. Les gens savent que le test est négatif la première fois, alors ils refont un test le lendemain et le jour suivant et finissent par obtenir un test positif. Les gens sont familiers avec cette marche à suivre.

Je ne pense pas — et corrigez-moi si je me trompe — que beaucoup de gens savent que des thérapies fonctionnent ou sont disponibles, alors je m'inquiète un peu du fait que de nombreuses personnes qui pourraient être traitées ne le sont pas parce qu'elles ne savent pas si elles sont à risque élevé. Les gens qui ont 65 ans, qui sont obèses et qui n'ont eu qu'une dose devraient peut-être prendre du Paxlovid ou quelque chose du genre.

**Dr Isaac Bogoch:** Je suis d'accord à 100 %. Je reviens à mon intervention précédente. Je pense qu'il est extrêmement important de faire intervenir des spécialistes des sciences sociales et des communications et de les faire participer d'une manière culturellement appropriée, afin que tous sachent que les vaccins sont largement disponibles et nécessaires et que des traitements sont de plus en plus disponibles, et qu'ils apprennent comment les obtenir. Nous pouvons faire beaucoup. Nous sous-utilisons certainement nos spécialistes des sciences sociales et des communications. Il y a des populations à risque qui demeurent à risque, et elles auront de plus en plus accès à ces médicaments qui sont sous-utilisés.

**Le président:** Merci, docteurs Bogoch et Powlowski.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

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

Docteure Falcone, je suis très content que vous ayez accepté notre invitation. J'espère que l'IRSC, ou les Instituts de recherche en santé du Canada, va faire preuve d'autant de sens de l'innovation et d'esprit de recherche que l'a fait le gouvernement du Québec.

Cela dit, j'ai près de 15 questions à poser — on va voir ce qu'on peut faire en six minutes — qui sont réparties en différentes catégories. D'abord, il y a les facteurs de risques, les effets de la vaccination sur la COVID-19 de longue durée et les symptômes. Pourquoi semble-t-il y avoir davantage de cas chez les femmes, par exemple? Qu'en est-il du rétablissement et des effets de la COVID-19 de longue durée? On a effectué moins de TAAN, ou tests d'amplification des acides nucléiques. Cela a-t-il un lien avec les effets de la COVID-19 de longue durée? Bref, je vais commencer.

Y a-t-il des facteurs de risque particuliers qui pourraient accentuer la possibilité de faire la COVID-19 de longue durée?

Je suis conscient qu'en huit mois, vous n'avez peut-être pas pu obtenir toutes les réponses aux questions que je me pose aujourd'hui. Soyez bien à l'aise de me le dire.

**Dre Emilia Liana Falcone:** Je vous remercie beaucoup de ces questions très intéressantes. D'ailleurs, nous avons des débuts de réponses à ces questions.

Premièrement, en ce qui concerne les facteurs de risque, il y a certainement un lien avec la gravité de la maladie aiguë. Ainsi, si celle-ci est plus grave, on a plus de chances d'avoir des complications à long terme. Cela dit, même les patients qui ont une maladie moins grave peuvent avoir la COVID-19 de longue durée, voire une infection asymptomatique.

En ce qui concerne les autres facteurs de risque, on voit certainement plus de femmes. On constate aussi une association avec le diabète de type 2, ainsi qu'avec [*difficultés techniques*]. Une étude a démontré une association avec un antécédent d'asthme, des antécédents de problèmes de santé mentale ainsi que plusieurs comorbidités avant l'infection.

Dans des articles plus récents, qui sont un plus de nature fondamentale, on voit des associations avec certains auto-anticorps — on entre dans le domaine de la recherche —, avec une virémie, c'est-à-dire la présence d'une charge virale de SRAS-CoV-2 élevée dans le sang, ainsi qu'avec une réactivation du VEB, le virus d'Epstein-Barr. Ce sont des exemples.

Il y a une équipe, en Allemagne, qui a conçu un outil pour calculer le risque qui consiste à utiliser certaines données cliniques, dont je vous ai déjà parlé, combinées avec des mesures d'immunoglobulines sanguines totales.

Voilà l'état des connaissances sur les facteurs de risque.

• (1750)

**M. Luc Thériault:** D'accord.

On sait que les variants Omicron et BA.2 sont moins virulents et plus contagieux. Cela peut-il avoir un effet sur la prévalence de la COVID-19 de longue durée?

Peut-on penser qu'il va y avoir une augmentation? Avez-vous perçu une augmentation en lien avec ces variants qui sont plus contagieux mais moins virulents, ou est-ce plutôt la virulence, au début, qui détermine si on va développer la COVID-19 de longue durée?

**Dre Emilia Liana Falcone:** C'est une excellente question.

Ici, il faut considérer deux facteurs: la virulence et la contagiosité, bien sûr, du variant, mais aussi l'état de vaccination de l'hôte, puisque la vaccination diminue aussi le risque d'avoir la COVID-19 de longue durée. La majorité des études à ce sujet ne sont pas révisées par des pairs. Par contre, les données semblent suggérer une diminution d'environ 50 % du risque d'avoir la COVID-19 de longue durée dans ce contexte. Alors, il faut considérer cette partie de l'équation quand on évalue cette question. Il y a beaucoup plus de cas, alors théoriquement, il devrait y avoir plus de cas de COVID-19 de longue durée. Cependant, dans un contexte où la maladie serait moins grave et où les hôtes seraient vaccinés, je m'attendrais à ce qu'il y ait un pourcentage moindre de cas de COVID-19 de longue durée. C'est ce que nous espérons, du moins.

Cela dit, nous voyons déjà dans notre clinique des patients qui ont des symptômes de COVID-19 de longue durée après avoir été infectés par le variant Omicron.

**M. Luc Thériault:** En résumé, on pourrait penser que le fait d'être vacciné induit, en quelque sorte, une protection supplémentaire contre la contraction de la maladie dans sa forme la plus grave, n'est-ce pas?

**Dre Emilia Liana Falcone:** Oui.

**M. Luc Thériault:** D'accord.

Pensez-vous qu'à long terme, une quatrième dose du vaccin serait nécessaire pour protéger les gens de la COVID-19 de longue durée?

**Dre Emilia Liana Falcone:** Pour le moment, les données sont encore incomplètes. Les données préliminaires que j'ai déjà vues au sujet de la quatrième dose semblent montrer un avantage très modéré dans ce contexte. Je crois qu'il faudrait plutôt avoir des vaccins adaptés aux variants émergents pour que cela ait un effet sur la COVID-19 de longue durée. Je dis cela avec beaucoup de réserve, parce qu'il nous faut encore beaucoup de données.

**M. Luc Thériault:** Merci.

Il y a plusieurs personnes atteintes de la COVID-19 de longue durée qui expliquent qu'elles demeurent dans un brouillard mental.

**Le président:** Monsieur Thériault...

**M. Luc Thériault:** Pouvez-vous nous expliquer ce que cela signifie, « brouillard mental »?

**Le président:** Avez-vous entendu la question, docteure Falcone?

**Dre Emilia Liana Falcone:** Oui, je l'ai entendue.

**Le président:** D'accord.

Répondez brièvement, s'il vous plaît. J'ai essayé d'interrompre le député, mais sans succès.

**Dre Emilia Liana Falcone:** C'est un terme assez subjectif. Littéralement, les patients sentent que leur capacité de traiter de nouvelles données est ralentie. Ils trouvent que leurs capacités cognitives sont diminuées. Cela est associé à une perception que les choses sont floues, pour ainsi dire.

**Le président:** Merci, monsieur Thériault et docteure Falcone.

[Traduction]

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

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

Je remercie les témoins de leur patience et de leurs excellents témoignages.

Docteur Bogoch, il y a deux jours, à Global News, vous avez dit ceci:

Je crois vraiment que nous devrions porter le masque. Nous constatons une augmentation du nombre de cas dans l'ensemble de la province. Les chiffres provenant de la surveillance des eaux usées sont en hausse dans la plupart des administrations, pas seulement en Ontario, mais dans de nombreuses régions du Canada. Il y a probablement plus de cas de COVID-19 dans la collectivité aujourd'hui qu'il y a une semaine ou deux.

Ma question pour vous, docteur, est la suivante: croyez-vous qu'il est prématuré de lever l'obligation de porter le masque en Ontario ou ailleurs au pays?

**Dr Isaac Bogoch:** Je vous remercie de cette question.

Oui, à mon avis, il est trop tôt. Ce n'est pas parce que les exigences relatives au port du masque sont levées que vous ne pouvez pas le porter. Les gens peuvent toujours choisir de porter un masque.

J'espère que de nombreuses personnes choisissent de le faire, étant donné que nous voyons plus de cas de COVID-19 maintenant qu'il y a quelques semaines et que nous sommes au milieu d'une vague. Selon l'endroit où l'on se trouve, la taille de la vague peut être un peu différente. Je pense que nous devrions continuer de porter un masque, et je continue de le porter à l'intérieur.

• (1755)

**M. Don Davies:** Est-ce que j'ai raison, docteur, de supposer que lorsque le port du masque est obligatoire, il y a probablement plus de gens qui le portent que lorsque c'est purement volontaire?

**Dr Isaac Bogoch:** Oui, je suis tout à fait d'accord. Nous constatons que les obligations de porter le masque fonctionnent.

Je ne sais vraiment pas quelle proportion des gens portent le masque maintenant qu'ils ne sont plus obligés de le faire, mais... [Difficultés techniques]... que si c'était obligatoire. Il y aurait encore peu de gens qui porteraient le masque si cela était obligatoire que si ce ne l'est pas.

**M. Don Davies:** J'aimerais que vous me répondiez par oui ou par non. Ai-je raison de dire que le port du masque a des effets salutaires dans une certaine mesure pour empêcher la propagation des maladies par aérosol ou par gouttelettes?

**Dr Isaac Bogoch:** Oui.

**M. Don Davies:** Merci.

De plus, le sous-variant d'Omicron connu sous le nom de BA.2 semble plus transmissible que la souche originale BA.1, et il est actuellement à l'origine d'éclousions en Europe et en Asie, et en fait dans d'autres régions du monde.

Selon vous, docteur, avons-nous atteint la phase endémique de la COVID-19?

**Dr Isaac Bogoch:** Non, je ne pense pas que ce soit le cas. Le terme endémique signifie différentes choses pour différentes personnes. Je ne crois pas que nous en soyons à une phase endémique.

Nous sommes probablement sur la voie d'y arriver, mais je ne pense pas que nous soyons encore là.

**M. Don Davies:** Merci.

Je me tourne maintenant vers M. Hunt. Dans un article de décembre 2021 de CBC News, vous avez souligné que l'industrie canadienne de l'équipement de protection individuelle se sentait « trahie » par le gouvernement canadien parce qu'il n'achète pas de petites entreprises locales, après les avoir encouragées à faire ce qu'il fallait pour produire des fournitures essentielles. Vous auriez dit que ce que nous avons vu, c'est exactement le contraire, c'est-à-dire que l'on achète seulement des multinationales, que l'on achète seulement des produits de base, que l'on empêche les travailleurs de la santé d'avoir accès à des produits nouveaux et novateurs et, essentiellement, que l'on décime la nouvelle industrie de l'équipement de protection individuelle.

Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet, monsieur Hunt?

**M. Barry Hunt:** Au départ, en mars 2020, le gouvernement a demandé à l'industrie canadienne de créer une nouvelle industrie de l'équipement de protection individuelle et a promis à la population canadienne qu'il s'associerait à l'industrie canadienne pour trouver des solutions à la COVID-19. À ce sujet, laissez-moi vous citer ceci: « En vue d'offrir un soutien à plus long terme, le gouvernement du Canada assouplira le processus d'approvisionnement, afin de soutenir l'innovation et renforcer la capacité de fabrication nationale pour fournir aux Canadiens des fournitures médicales essentielles. »

Cela ne s'est pas produit. Le nombre de contrats fédéraux accordés à l'industrie canadienne de l'EPI, aux membres de la CAPPEM, la Canadian Association of PPE Manufacturers, est nul. Les contrats qui ont été accordés aux deux multinationales s'élèvent à environ 600 millions de dollars. Il s'agit essentiellement d'une mesure active à l'encontre de l'industrie canadienne de l'équipement de protection individuelle. Dans ce marché potentiel de 600 millions de dollars, il ne reste essentiellement que des miettes.

**M. Don Davies:** En même temps, en décembre 2021, la Chambre des communes a adopté à l'unanimité une motion demandant au gouvernement fédéral de fournir de l'équipement de protection individuelle fabriqué au Canada dans la Cité parlementaire et aux divers ministères, organismes et organismes fédéraux d'ici le 31 janvier 2022.

À l'époque, monsieur Hunt, vous aviez répondu que la CAPPEM et ses membres de partout au Canada applaudissaient sans réserve la motion unanime de la veille.

Pouvez-vous confirmer que le gouvernement fédéral a réussi à mettre en œuvre cette motion avant la date limite du 31 janvier, et même à ce jour?

**M. Barry Hunt:** Nous avons reçu une lettre du Président de la Chambre pour confirmer qu'ils se conformeraient d'ici le 31 janvier, et je crois que c'est ce qui s'est produit. Nous avons reçu une lettre de la ministre de l'Approvisionnement, ou d'une personne désignée par celle-ci, dans laquelle il est indiqué que les règles s'appliquant aux ministères et organismes fédéraux seraient respectées.

Cela nous a beaucoup encouragés. Cependant, cela a été suivi par un commentaire selon lequel on n'avait plus besoin d'EPI, ou on ne souhaitait plus obtenir d'EPI, mais que si cela était nécessaire à l'avenir, on envisagerait d'acheter de l'EPI canadien.

**M. Don Davies:** Je crois que dans votre témoignage, si je ne m'abuse, monsieur Hunt, vous avez dit que les réserves de huit semaines de N95 du Canada pourraient disparaître en huit jours.

Pouvez-vous nous expliquer cela, monsieur Hunt? Comment une réserve de huit semaines peut-elle disparaître en huit jours?

**M. Barry Hunt:** À l'heure actuelle, nous fournissons des N95 au secteur de la santé et aux divers gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux par l'entremise d'un approvisionnement central.

Si un variant particulièrement mortel se présentait et si nous voulions protéger toute notre population — 38 millions de Canadiens —, cela représenterait une augmentation de près du centuple de la quantité d'EPI nécessaire, ou de N95 dont nous aurions besoin. À l'heure actuelle, nous n'avons pas la capacité de soutenir une demande de ce genre.

• (1800)

**Le président:** Merci, messieurs Hunt et Davies.

Vous avez couvert beaucoup de matière pendant ces six minutes, monsieur Davies.

Nous allons maintenant passer à M. Ellis, s'il vous plaît, pour cinq minutes.

**M. Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC):** Merci, monsieur le président, et merci, bien sûr, aux témoins d'être ici.

J'aimerais commencer par le Dr Bogoch.

Nous avons parlé un peu de l'utilisation accrue du masque et de choses du genre. Y a-t-il des points de repère ou des paramètres particuliers que nous devrions, selon vous, faire connaître aux Canadiens, afin d'accroître leur utilisation du masque?

**Dr Isaac Bogoch:** Il faudrait que j'y réfléchisse un peu plus, mais je pense que ce serait très facile à faire. Lorsque le fardeau de la COVID-19 est  $x$  dans une collectivité en particulier, il pourrait être recommandé de porter un masque à un moment donné. Bien sûr, le port du masque serait volontaire à tout moment, mais c'est quelque chose qui pourrait certainement être modélisé et examiné avec une équipe interdisciplinaire.

**M. Stephen Ellis:** C'est peut-être beaucoup vous demander, docteur Bogoch, mais seriez-vous prêt à produire un document d'une page à ce sujet pour le Comité?

**Dr Isaac Bogoch:** Oui, je serais heureux de vous aider à cet égard.

**M. Stephen Ellis:** Merci. Je l'apprécie.

Avec le changement dans la façon dont nous effectuons les tests de nos jours, il ne fait aucun doute que la façon dont nous parlions au départ des restrictions, des mesures de confinement, des exigences, etc. était en fait liée au nombre de cas, docteur Bogoch.

Est-il juste de dire maintenant que nous devrions nous concentrer davantage sur les hospitalisations que sur le nombre de cas, surtout maintenant que nous ne faisons pas autant de tests et que nous ne faisons certainement pas de recherche des contacts?

**Dr Isaac Bogoch:** Oui. Je suis d'accord. Je pense que nous devons examiner d'autres mesures parce que nous n'avons pas de chiffres sur le nombre quotidien exact de cas.

Malheureusement, les hospitalisations et les décès sont des mesures tardives. Nous devrions agir bien avant d'assister à une augmentation des hospitalisations et des décès. Je pense que la sur-

veillance des eaux usées est un excellent outil que nous pouvons utiliser et dont l'impact est faible. Cet outil permet d'avoir une bonne idée de la situation de la COVID-19 à l'échelle du pays, et nous devrions agir en fonction de ces signaux, en plus des autres mesures dont nous disposons.

**M. Stephen Ellis:** Excellent.

Pour ce qui est des tests rapides, surtout chez les personnes asymptomatiques, on se rend compte qu'ils ne sont vraiment pas très sensibles. Est-il vraiment sensé de continuer à exercer des pressions pour l'utilisation des tests rapides sur des personnes asymptomatiques?

**Dr Isaac Bogoch:** Je pense que ce sont d'excellents tests lorsqu'ils sont utilisés dans le contexte approprié. Ils permettent de répondre à la question: « Est-ce que je suis contagieux pour d'autres personnes en ce moment, oui ou non? », ce qui diffère légèrement de la question « Suis-je infecté par la COVID, oui ou non? » Certaines personnes obtiennent un résultat négatif au test de dépistage de la COVID-19, mais le véritable enjeu, c'est que, même si leur test est négatif, elles peuvent être positives, mais ne risquent tout simplement pas ou présentent un risque beaucoup plus faible de transmettre le virus à d'autres personnes à ce moment-là.

Les tests rapides continuent donc d'avoir leur place, à condition d'être utilisés au bon moment. Par exemple, beaucoup de gens pourraient continuer de les utiliser avant un rassemblement à l'intérieur ou avant de rencontrer une personne plus vulnérable.

Je pense vraiment que nous devrions avoir un accès très grand à ces tests dans la collectivité, afin que les gens puissent avoir le choix et la possibilité d'utiliser ces tests lorsque cela est nécessaire, mais il est évident qu'un accès important et l'éducation du public sur le moment et la façon d'utiliser ces tests sont nécessaires.

**M. Stephen Ellis:** D'accord. C'est plus logique. Merci.

Vous avez aussi parlé du recours à des spécialistes du comportement et de la communication. Je pense que vous avez lié cela à l'hésitation à se faire vacciner.

Était-ce bien votre idée, docteur?

**Dr Isaac Bogoch:** Oui. En fait, j'envisage cela de façon beaucoup plus générale. Nous voulons que les gens prennent des décisions intelligentes pour eux-mêmes et des décisions fondées sur des données.

Les données changent avec le temps. La politique va changer avec le temps, et nous devons nous assurer que 38 millions de personnes disposent de données à jour et sont au courant de ce qu'il faut faire. Il y a peut-être un moment pour aller se faire vacciner. Il y a peut-être un endroit où aller pour obtenir un traitement. Il y aura peut-être un moment pour remettre le masque. Nous devons rejoindre les 38 millions d'habitants du pays pour les informer de façon appropriée, et nous devons aussi avoir la confiance et l'adhésion du public pour pouvoir le faire au bon moment. C'est pourquoi nous devons vraiment pouvoir compter de solides experts en communications et des spécialistes des sciences sociales au sein de l'équipe.

**M. Stephen Ellis:** Qu'il suffise de dire — et vous n'avez pas à réagir à cela, docteur — que les insultes ne font probablement pas partie de la démarche qui permettra d'établir la confiance du public. Est-ce juste?

**Dr Isaac Bogoch:** Oui. Je suis tout à fait d'accord.

**M. Stephen Ellis:** Merci.

Monsieur Hunt, j'ai une question concernant les stocks, en particulier les N95. Vous pourriez peut-être dire au Comité, monsieur, quelle est la durée de conservation d'un masque N95 qui n'est pas utilisé.

**M. Barry Hunt:** Ils sont cotés par chaque fabricant. Habituellement, c'est un minimum de deux ans et généralement un maximum de cinq ans.

**M. Stephen Ellis:** La capacité de stockage est-elle importante? De toute évidence, nous avons besoin d'une installation assez grande pour le faire. Existe-t-il de telles installations au Canada?

**M. Barry Hunt:** Je ne crois pas que le simple fait de mettre des respirateurs... [*Difficultés techniques*]... laisse suggérer un système d'inventaire de « premier entré, premier sorti », un système géré par le fournisseur, semblable à ceux utilisés dans l'industrie pharmaceutique, par exemple.

Si les fabricants canadiens approvisionnaient le secteur des soins de santé de sorte qu'il y ait constamment des entrées et des sorties de stocks, nous pourrions conserver les stocks de 20 ou 30 entreprises à l'échelle du pays dans chacun de nos emplacements, et nous disposerions d'un entreposage décentralisé et d'une distribution locale, ainsi que d'un approvisionnement constant en EPI récent en tout temps. Je pense vraiment que c'est probablement la meilleure voie à suivre pour l'avenir.

Mettre cet équipement dans un entrepôt et l'oublier sont probablement les pires choses que nous puissions faire.

• (1805)

**Le président:** Merci, monsieur Hunt et monsieur Ellis.

Nous avons maintenant...

**M. Stephen Ellis:** Ma femme est pharmacienne. Je tiens à dire à quel point j'aime tous les pharmaciens.

**Des voix:** Oh, oh!

**Le président:** Nous allons revenir à M. Jowhari pour cinq minutes.

Vous avez la parole, je vous en prie.

**M. Majid Jowhari:** Merci, monsieur le président.

Encore une fois, merci à tous les témoins.

Je vais revenir rapidement à Mme Shields.

Bienvenue à nouveau et merci d'avoir accepté de rester. J'aimerais me concentrer sur l'une des initiatives novatrices actuellement en cours dans votre direction générale de la région de York, qui se situe au centre de la crise en santé mentale.

Pouvez-vous nous donner un peu de contexte au sujet de ce projet, en particulier en ce qui concerne les services aux jeunes et les traitements intégrés dont vous avez parlé dans votre déclaration préliminaire?

**Mme Rebecca Shields:** Merci.

Notre direction générale dirige la mise sur pied d'un centre de crise en santé mentale et de toxicomanie de 20 lits, une première en Ontario.

Pour ceux qui connaissent le Centre de toxicomanie et de santé mentale, ou le CAMH, il est semblable au modèle d'intervention

d'urgence, sauf qu'il s'adresse aux jeunes de 12 ans et plus et qu'il comprend un soutien communautaire. Il sera doté de médecins, de psychiatres et d'infirmières, qui pourront prendre en charge ceux qui arrivent en ambulance ou qui sont amenés par des policiers.

La différence, c'est qu'au lieu de simplement fonctionner comme un hôpital, on intègre le soutien de la communauté pour que chaque personne qui arrive et sa famille obtiennent les services dont ils ont besoin pour stabiliser la crise, les aider à se débarrasser de leur dépendance, quelle qu'elle soit, et aussi pour assurer le lien avec des soins communautaires continus, parce que, comme nous le savons, il arrive que des gens en crise qui quittent l'hôpital ne soient pas connectés aux services dont ils ont besoin, et risquent ainsi de se retrouver à nouveau à l'urgence ou, pire encore, de mourir.

Ce modèle a été appuyé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale, les trois hôpitaux locaux, la police, les ambulanciers paramédicaux et les responsables des soins primaires, parce qu'il est vraiment important. Tous, les partenaires des secteurs de la santé et de la toxicomanie, ainsi que des services sociaux, se sont réunis pour concevoir un modèle qui tient compte non seulement de la façon dont nous accueillons les gens pour désamorcer une crise, mais aussi de la façon dont nous pouvons nous assurer que les gens obtiennent les services dont ils ont besoin lorsqu'ils partent.

Nous partageons ce modèle au fur et à mesure que nous le concevons, parce que de nombreuses collectivités s'y intéressent. Nous savons que l'une des principales raisons du recours répété aux services de santé mentale, c'est l'absence de soutien approprié continu, surtout après 24 heures et sept jours suivant le recours initial.

**M. Majid Jowhari:** Merci. Pouvez-vous nous éclairer sur l'échéancier de ce projet et nous dire où vous en êtes dans sa mise en œuvre?

**Mme Rebecca Shields:** C'est une excellente question.

À l'heure actuelle, nous travaillons avec la province pour essayer d'établir les exigences en matière de planification des immobilisations, de façon à ce que notre plan fonctionnel soit considéré comme terminé, en attente de l'approbation finale. Nous espérons que cela se fera avant que le gouvernement provincial n'émette les brefs, afin que nous puissions obtenir notre prochaine tranche de financement.

**M. Majid Jowhari:** Que peut faire le gouvernement fédéral? Je crois savoir que vous travaillez en étroite collaboration avec le gouvernement provincial. Que pouvons-nous faire du côté fédéral pour vous appuyer?

**Mme Rebecca Shields:** Je crois vraiment qu'il s'agit d'une approche intergouvernementale. Nous avons également beaucoup de soutien municipal, et le gouvernement fédéral peut également appuyer l'accès et l'aide qui peut être apportée à notre population de nouveaux arrivants et de réfugiés.

J'ai également parlé d'un modèle intégré. Le processus ne peut pas être cloisonné. Nous essayons de tirer parti de toutes les personnes qui appuient la santé mentale, parce que les gens obtiennent des services de différentes entités, y compris du gouvernement fédéral. Ces personnes doivent participer à la conception du centre et appuyer son financement, afin que les services soient reliés, grâce au personnel nécessaire, car il ne s'agit pas seulement de l'équipe et du centre, mais aussi des personnes qui appuient le centre et assurent le lien après coup. Ce centre ne sera qu'un autre goulot d'étranglement si nous n'avons pas les services dont les gens ont besoin après une crise.

• (1810)

**M. Majid Jowhari:** Pouvez-vous nous parler brièvement de la façon dont ce concept réduira le fardeau habituel des services de soins de santé primaires?

**Mme Rebecca Shields:** À l'heure actuelle, comme nous le savons, il y a de nombreux services d'urgence occupés qui accueillent des gens amenés à l'hôpital par la police, souvent comme première source de soins, ou des gens ne savent pas où aller pour obtenir des soins. Grâce à cette conception 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, qui permet aux gens d'être accueillis pour obtenir les services dont ils ont besoin, l'accès, la recherche et la résolution des crises sont appuyés. Ces trois facteurs sont la principale cause de l'escalade des symptômes.

Nous savons avec certitude que les personnes qui sont suivies sont moins susceptibles de retourner aux urgences. Nous savons que les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante ont besoin d'espaces accueillants, où elles sont les bienvenues et ne sont pas traitées comme prises dans un cercle vicieux, mais sont plutôt perçues comme étant les bienvenues pour obtenir les soins dont elles ont besoin et comme pouvant aller quelque part, même s'il s'agit simplement de socialisation permettant d'obtenir du soutien. Cela allégera le fardeau des hôpitaux qui doivent traiter avec des patients qui recevraient des services plus appropriés dans la collectivité, et aidera des clients d'à peine 12 ans et leurs familles à obtenir des soins facilement, rapidement et de façon intégrée.

**Le président:** Merci, madame Shields et monsieur Jowhari.

[Français]

Monsieur Thériault, vous disposez de deux minutes et demie.

**M. Luc Thériault:** Docteur Falcone, tout à l'heure, vous avez effleuré le fait que les femmes semblent beaucoup plus touchées que les hommes par la COVID-19 de longue durée. Selon certaines études, cela pourrait aller jusqu'à 80 % des cas.

Avez-vous un début d'explication à nous fournir?

**Dre Emilia Liana Falcone:** Il faut considérer deux aspects, soit l'aspect biologique et l'aspect sociopsychologique.

Pour ce qui est de l'aspect biologique, l'une des hypothèses que je soulèverais est la suivante: on croit qu'il y a assurément un aspect auto-immun qui est lié à la COVID-19 de longue durée, c'est-à-dire que l'infection pourrait déclencher un processus où le système immunitaire attaque des protéines ou des molécules qui nous appartiennent, qui font partie de soi, et cela génère toute une dérégulation de la réponse inflammatoire et du système immunitaire en général. Nous savons que les femmes ont une prédisposition à ce genre d'atteinte. Voilà un début d'explication quant à l'aspect biologique.

L'autre aspect, qui est plutôt en lien avec un rôle sociétal, c'est que les femmes ont davantage tendance à se rendre dans les cliniques de consultations externes. Nous le voyons dans la population de patients qui a eu la COVID-19 et qui n'a pas été hospitalisée dans la phase aigüe; ce sont beaucoup plus des femmes. Il y a aussi l'aspect selon lequel les femmes ont été exposées à une plus grande charge virale du virus, vu leur travail et leur rôle professionnel ou personnel. Cela aussi pourrait avoir été un enjeu sur l'atteinte de la COVID-19 de longue durée.

**M. Luc Thériault:** La proportion de personnes qui se rétablissent de la COVID-19 de longue durée est-elle élevée?

**Dre Emilia Liana Falcone:** Elle est relativement élevée, oui.

On constate que l'état de santé d'une assez bonne proportion de personnes va s'améliorer. En effet, on peut voir une amélioration de leur état de santé entre quatre et douze semaines après l'infection.

Selon certaines définitions, la [difficultés techniques] d'environ 20 % va aller mieux entre trois mois et six mois.

Personnellement, j'estime qu'entre 15 et 20 % des patients pourraient avoir des complications qui dureraient plus d'un an. C'est difficile à cerner exactement. Aujourd'hui, il y a des patients qui ont encore des complications et qui ont été touchés par le virus il y a plus de deux ans.

**Le président:** Merci, docteur Falcone et monsieur Thériault.

[Traduction]

La parole est maintenant à M. Davies, pour deux minutes et demie.

**M. Don Davies:** Merci.

Monsieur Hunt, votre association a déclaré ce qui suit dans un communiqué de presse:

Les marchés publics fédéraux et provinciaux reposent toujours sur des critères d'appel d'offres désuets, qui procurent un avantage aux producteurs étrangers qui, dans certains cas, vendent leurs produits à un prix inférieur au prix coûtant sur le marché canadien.

Vous-même auriez dit ceci:

En ne reconnaissant pas le contenu canadien ou les normes élevées en matière de produits, nos systèmes d'approvisionnement permettent également l'entrée de produits de qualité inférieure dans nos hôpitaux et nos foyers et, bien trop souvent, ces produits proviennent de pays où les pratiques en matière de main-d'œuvre et d'environnement sont mauvaises.

Cela correspond à votre témoignage d'aujourd'hui.

Monsieur Hunt, dans quelle mesure cette situation est-elle répandue, et que suggérez-vous de faire à ce sujet?

• (1815)

**M. Barry Hunt:** La première chose que nous devons faire, vraiment, c'est d'éliminer l'exemption tarifaire qui a été mise en place au début de la pandémie de COVID-19. Quelque 19 milliards de dollars de produits, y compris de l'équipement de protection individuelle, ont été achetés en vertu de cette exemption tarifaire. Cela représente une subvention d'environ 3 milliards de dollars pour des produits étrangers et correspond à un manque de protection pour l'industrie nationale.

La quantité de produits défectueux, contrefaits ou contaminés qui entrent au pays est encore très élevée; 99 % des avis de sécurité et des rappels de Santé Canada sur son site Web au sujet de l'équipement de protection individuelle concernent des produits provenant de l'étranger. Nous voyons cela continuellement. Nous aimerions que les normes soient mises à jour pour inclure la nouvelle norme CSA qui vient d'être publiée pour les N95 canadiens. Nous aimerions certainement voir de meilleures normes pour les masques médicaux dans l'approvisionnement.

**M. Don Davies:** Docteur Bogoch, nous savons que l'efficacité des vaccins diminue avec le temps. L'efficacité est considérablement réduite, semble-t-il, environ trois ou quatre mois après l'injection. Combien de temps après le troisième rappel l'efficacité est-elle sensiblement réduite? À votre avis, quel serait un bon plan à long terme, au besoin, étant donné que l'Agence européenne des médicaments a déclaré qu'elle ne pensait pas que nous puissions avoir recours indéfiniment à des rappels?

**Dr Isaac Bogoch:** Oui, c'est clairement un problème. L'un des points clés ici, cependant, c'est qu'avec deux et, évidemment, trois doses d'un vaccin, même si l'efficacité diminue de façon plus importante pour ce qui est de la protection contre l'infection, il subsiste une très bonne protection avec trois doses contre des conséquences graves, comme l'hospitalisation et le décès. Cela dit, cette protection commence elle aussi à diminuer un peu, mais pas autant que contre l'infection au départ.

C'est de la spéculation — nous laisserons les données dicter la politique —, mais je pense que nous verrons deux choses. Premièrement, nous verrons probablement des vaccins administrés chaque année, comme ceux contre la grippe, et non des vaccins tous les quatre ou cinq mois. De plus, nous aurons probablement des vaccins plus à jour correspondant au variant en circulation. À l'heure actuelle, nous utilisons encore des vaccins mis au point pour le virus original qui est apparu à Wuhan, mais nous verrons probablement des vaccins mis à jour pour l'Omicron ou d'autres variants sous peu.

**M. Don Davies:** Merci.

**Le président:** Merci, docteur Bogoch et monsieur Davies.

Nous allons maintenant revenir à M. Ellis, s'il vous plaît, pour cinq minutes.

**L'hon. Mike Lake (Edmonton—Wetaskiwin, PCC):** En fait, ce sera moi, monsieur le président — monsieur Lake.

**Le président:** Allez-y, monsieur Lake.

**L'hon. Mike Lake:** Mes questions s'adressent au Dr Bogoch.

Nous entendons beaucoup de choses en ce moment, et je suis de plus en plus convaincu que malgré cela, tout le monde veut être en santé. Personne ne veut gâcher sa vie. Nous voulons tous aller bien. Il est de plus en plus difficile de prendre la meilleure décision possible avec tout ce que nous entendons à l'heure actuelle.

Je vais vous mettre sur la sellette. Quelles sont les croyances inexactes d'un certain nombre de personnes au sujet de la COVID-19?

**Dr Isaac Bogoch:** Je pense qu'il y a encore un certain scepticisme à l'égard de l'utilité de la vaccination dans une partie de la collectivité — pas une grande proportion, mais une certaine partie de la collectivité. Il y a peut-être des avis qui circulent concernant des traitements qui pourraient être aussi efficaces, comme l'ivermectine ou l'hydroxycloquine.

Toutefois, je pense que votre point est important, car il nous amène à quelque chose de beaucoup plus important, à savoir que nous faisons face à des enjeux graves même au Canada — davantage ailleurs, mais quand même ici au Canada —, en raison de la désinformation amplifiée en ligne, qui entraîne des comportements qui ne sont pas vraiment associés à de bons résultats au chapitre de la santé. Il s'agit évidemment d'une discussion beaucoup plus vaste que celle pour laquelle nous sommes ici aujourd'hui, mais il doit y avoir un effort coordonné pour lutter contre la désinformation, parce qu'elle nuit aux résultats.

**L'hon. Mike Lake:** Bien sûr. Je serais très heureux de poursuivre la conversation. J'aimerais bien que vous communiquiez avec moi par la suite, car je souhaite discuter plus longuement avec vous.

Pour compléter cette question, où se situe le consensus le plus répandu parmi les experts médicaux, et même ceux qui pourraient

avoir des divergences d'opinion avec vous sur certaines choses? Où se situe le consensus le plus courant concernant la science qui entoure la COVID?

**Dr Isaac Bogoch:** Les vaccins sont extrêmement sûrs et efficaces.

**L'hon. Mike Lake:** D'accord.

Vous avez parlé des masques. Dans le monde dans lequel nous vivons, certaines administrations éliminent les exigences relatives au port du masque, et certaines personnes ne veulent tout simplement pas porter de masque et ne vont pas le faire.

Mis à part les masques, étant donné que votre position est très claire en ce qui concerne les données scientifiques à ce sujet, tout comme celle de nombreux autres experts aussi, quelles autres mesures les gens peuvent-ils prendre pour être en sécurité chez eux? Lorsqu'ils sont à l'intérieur, quels autres conseils leur donneriez-vous, outre le port du masque?

• (1820)

**Dr Isaac Bogoch:** Pour revenir à ma dernière déclaration, je dirais que la grande majorité des gens en médecine et en science diraient que les vaccins sont sûrs et efficaces; et vous avez un groupe, petit mais très bruyant, qui laisse entendre le contraire.

Pour répondre à votre dernière question, les masques sont évidemment utiles, mais nous avons d'autres outils qui sont également très efficaces pour créer des espaces intérieurs plus sûrs.

Les tests rapides, et les tests rapides avant de se rendre dans un espace intérieur, sont très utiles. Une meilleure ventilation dans les espaces intérieurs est également un outil utile. La vaccination, bien qu'elle ne soit pas parfaite pour réduire le risque d'infection, diminue effectivement ce risque, mais pas autant que pour les variants qui ont précédé.

Ce sont tous des outils utiles pour créer un espace plus sûr à l'intérieur. Ces outils agissent à plusieurs niveaux. Aucun outil n'est parfait, mais lorsqu'on les combine, on obtient un effet de synergie.

**L'hon. Mike Lake:** Je vais essayer de profiter au maximum de mon temps.

Pour ce qui est des tests et des traitements, si vous obtenez un résultat positif plus rapidement, il semble que les traitements aient plus d'effet, évidemment, s'ils commencent plus tôt. Dans un monde théorique, où tous les gens obtiendraient un test positif immédiatement, est-ce que tout le monde bénéficierait d'un traitement?

**Dr Isaac Bogoch:** Non. Il s'agit vraiment des personnes présentant le risque le plus élevé à l'heure actuelle. Il est essentiel d'offrir aux personnes à risque élevé un accès rapide à ces traitements.

**L'hon. Mike Lake:** Je pense qu'il y a beaucoup d'idées fausses au sujet des tests. Dans quelle mesure les tests de dépistage rapide sont-ils précis à l'heure actuelle?

**Dr Isaac Bogoch:** Il est difficile de donner un chiffre, parce que les tests rapides permettent de répondre à la question: « Suis-je contagieux? » et non « Suis-je infecté? » Ils servent à répondre à la question « Suis-je contagieux en ce moment? »

En fait, ils sont très bons pour répondre à cette question. Vous pourriez être un cas positif, mais pas contagieux pour les autres, parce que vous n'avez pas accumulé suffisamment de virus dans votre système, et votre test de dépistage rapide sera négatif. Encore une fois, le test répond à la question « Suis-je contagieux pour les autres? » Il est très bon pour cela.

**L'hon. Mike Lake:** Est-il exact de dire que ce qui est enregistré sur le test est la même chose qui vous rend contagieux? Est-ce une façon simple de voir les choses?

**Dr Isaac Bogoch:** Bien sûr. Disons cela.

**L'hon. Mike Lake:** Merci. Je suis maintenant un expert en médecine.

Les tests sérologiques sont-ils utiles à l'heure actuelle?

**Dr Isaac Bogoch:** Vous pouvez poser la question à 20 personnes et obtenir 20 réponses différentes.

Je suis un peu déçu par la sérologie. Je pense qu'elle a une certaine utilité, mais moins que nous le pensions. Elle est vraiment plus intéressante dans les études épidémiologiques, lorsqu'on examine le fardeau de la COVID-19 dans différentes collectivités et la façon dont celui-ci change avec le temps. Elle est moins utile — pas inutile, mais juste moins utile — pour des décisions cliniques efficaces.

**Le président:** Merci, docteur Bogoch et monsieur Lake.

La parole est maintenant à Mme Sidhu, pour cinq minutes.

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

Merci à tous les témoins.

Ma question s'adresse à l'Association canadienne des pharmacies de quartier et à Mme Hanna.

Depuis plusieurs années, les pharmaciens souhaitent avoir un rôle accru en tant que fournisseurs de soins primaires, y compris le pouvoir de prescrire des médicaments pour certaines affections et certains médicaments dans certaines collectivités éloignées. Les pharmaciens sont peut-être déjà les fournisseurs de soins primaires les plus proches. À votre avis, quel rôle pourraient-ils jouer pour régler le problème des ressources humaines dans le système de soins de santé? Qu'en pensez-vous?

**Mme Sandra Hanna:** Merci de la question.

Nous pensons que c'est extrêmement important. Comme nous l'avons déjà dit, il y a de nombreux arriérés dans le système, que ce soit dans les soins primaires, la santé publique ou la vaccination. À mesure que les pharmacies élargissent leur rôle dans les soins primaires, en prescrivant des médicaments pour des affections courantes ou mineures... Cela est déjà possible dans la majorité des provinces au Canada. Il y a deux ou trois provinces qui accusent encore du retard en ce qui concerne la capacité des pharmaciens de prescrire des médicaments pour certains des maux courants. Nous parlons de choses comme la rhinite allergique. Nous parlons de choses comme les éruptions cutanées ou l'herpès labial, ou des infections non complexes de la vessie. Les pharmaciens prescrivent des médicaments pour ces problèmes de santé dans de nombreuses provinces, mais cela est encore impossible dans un certain nombre d'autres.

Compte tenu de ce pouvoir, nous serons en mesure d'aider à répartir le fardeau des soins entre les nombreux fournisseurs du sys-

tème. Si une personne présente des symptômes de certaines de ces maladies courantes la fin de semaine ou un soir, il se peut qu'elle se rende à l'urgence. Est-ce la meilleure façon d'utiliser les ressources de notre système de santé? Probablement pas. C'est beaucoup plus coûteux, et ces ressources seront beaucoup plus utiles pour quelqu'un qui a un problème de santé plus grave.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Ma prochaine question s'adresse au Dr Bogoch.

Docteur Bogoch, pourriez-vous parler de l'importance de la surveillance des eaux usées dans le contrôle de la propagation de la COVID-19? Quelles tendances avons-nous observées dans les eaux usées au cours des dernières semaines?

• (1825)

**Dr Isaac Bogoch:** Merci. C'est une excellente question.

La surveillance des eaux usées est un outil extrêmement utile, surtout lorsque nous n'avons pas accès à des tests à grande échelle dans la communauté. Cela nous indique rapidement où la COVID-19 est en hausse, ou plutôt en baisse, même si, malheureusement, elle est plutôt en hausse à de nombreux endroits à l'heure actuelle. C'est une façon de constater les premiers signes de changements liés à la COVID au fil du temps, ainsi que de suivre les endroits où ces changements se produisent.

Elle s'est avérée un outil extraordinairement utile, non seulement ici au Canada, mais ailleurs dans le monde.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Ma prochaine question s'adresse à la Dre Falcone.

Docteure Falcone, vous avez dit que nous devons réfléchir de façon prospective, que nous avons besoin d'une infrastructure efficace et d'un protocole normalisé pour les maladies chroniques. Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet?

**Dre Emilia Liana Falcone:** Oui. Je pense que lorsqu'il s'agit de vraiment comprendre les maladies complexes, nous devons réellement nous doter de données objectives, ce qui manque souvent dans ce genre de circonstances pour le diagnostic et, ensuite, pour la prise en charge de ces patients.

Il serait beaucoup plus efficace d'avoir une structure comprenant plusieurs centres, où nous pourrions non seulement harmoniser notre collecte de données, mais aussi mettre ces données en commun ou les intégrer, pour trouver des outils efficaces, comme des biomarqueurs de diagnostic et des cibles thérapeutiques potentielles, que nous pourrions intégrer aux essais cliniques.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

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

**Le président:** Oui, il vous reste environ une minute et demie, madame Sidhu.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Ma prochaine question s'adresse à M. Edmonds.

Monsieur Edmonds, en 2021, le gouvernement fédéral a élargi les prestations aux aidants par l'entremise du programme d'assurance-emploi. Pourriez-vous faire part au Comité des répercussions précises que vous avez constatées au cours de la dernière année à la suite de cette mesure?

**M. Stuart Edmonds:** Je vais demander à ma collègue de répondre à cette question.

**Mme Kelly Masotti:** Je vous remercie de votre question.

La Société canadienne du cancer porte une attention particulière aux mesures de soutien offertes aux aidants et aux personnes atteintes de cancer. Nous concentrons maintenant notre attention sur la nécessité d'augmenter les prestations de maladie de l'assurance-emploi.

J'aimerais profiter de l'occasion pour remercier le gouvernement, ainsi que tous les intervenants autour de la table, d'appuyer la prolongation des prestations de maladie de l'assurance-emploi.

Nous prenons également le temps d'accorder notre attention aux besoins des aidants lorsque leur proche décède. Le gouvernement actuel a également prévu des mesures de soutien supplémentaires pour le deuil.

Je sais que je n'ai pas répondu précisément à votre question, mais je vous reviendrai avec une meilleure réponse. Ce sont deux mesures de soutien que nous avons vues dernièrement et qui auront un effet positif à long terme sur les personnes atteintes de cancer et les membres de leur famille.

Merci.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

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

Chers collègues, il est maintenant 18 h 30, heure de l'Est. Je vais donc demander au Comité s'il est d'accord pour lever la séance. Pendant que nous déterminons si c'est la volonté du Comité, je vais demander aux témoins d'attendre, afin que nous puissions leur dire au revoir comme il se doit.

Plaît-il au Comité de lever la séance?

Le greffier me dit qu'il y a consensus dans la salle.

Avant de lever la séance, je voudrais ajouter deux choses.

Tout d'abord, je m'adresse au Bloc québécois et aux conservateurs. Pourriez-vous nous suggérer d'autres témoins pour l'étude sur la COVID? Nous commençons à manquer de témoins pour ces deux partis.

**M. Michael Barrett:** Vous pourriez toujours faire revenir ces témoins compétents, monsieur le président.

**Le président:** J'allais justement le dire.

Aux témoins...

**M. Don Davies:** J'invoque le Règlement. Essayons de ne pas être complaisants.

**Des voix:** Oh, oh!

**Le président:** Ce n'est pas un rappel au Règlement, mais c'est un très bon conseil.

Tout d'abord, je tiens à remercier les témoins de nous avoir accordé une heure de plus. Il y avait une quantité incroyable d'information à aborder dans le temps dont nous disposions, et nous vous en sommes extrêmement reconnaissants. Merci de votre patience. Merci d'avoir répondu de façon concise et extrêmement informative. Ce sera certainement très utile pour nous.

Monsieur Hanley, invoquez-vous le Règlement?

• (1830)

**M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.):** C'est presque un rappel au Règlement. Comme je n'ai pas eu l'occasion de poser de questions, je tiens à remercier les témoins et tous mes collègues de leurs excellentes questions et réponses. Je pense que la matière était touffue et fascinante.

Merci.

**Le président:** Merci, monsieur Hanley. Merci à tous.

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>