



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 020

Le mercredi 13 mai 2020

Président : M. Ron McKinnon



Comité permanent de la santé

Le mercredi 13 mai 2020

• (1605)

[Traduction]

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

Bienvenue à la 20^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Conformément aux ordres de renvoi adoptés les 11 et 20 avril 2020, le Comité se réunit pour entendre les témoignages concernant la réponse canadienne à la pandémie de COVID-19.

Afin de faciliter le travail de nos interprètes et d'assurer le bon déroulement de la réunion, je vais vous donner quelques règles à suivre.

Premièrement, l'interprétation pour cette vidéoconférence va fonctionner dans une grande mesure comme pour toutes les réunions ordinaires du Comité. Au bas de l'écran, vous avez le choix entre « parquet », « anglais » et « français ». Si vous avez l'intention de parler dans les deux langues officielles, assurez-vous de choisir à l'écran la langue que vous voulez avant de commencer à parler. Par exemple, si vous voulez parler en anglais, choisissez le canal anglais et parlez. Si vous voulez passer au français, choisissez le canal français, et ainsi de suite. Cela garantira une meilleure qualité de son pour l'interprétation.

Avant de parler, veuillez attendre que je vous nomme. Une fois que nous avons commencé les questions, les témoins peuvent parler au besoin. Quand vous êtes prêt à parler, cliquez sur l'icône du microphone afin d'activer votre microphone. Tout membre qui veut demander la parole à un moment autre que celui qui est prévu pour ses questions doit activer son microphone et dire qu'il invoque le Règlement. Je vous rappelle que toutes les observations des députés et des témoins doivent être adressées au président.

Veuillez parler lentement et clairement. Quand vous ne parlez pas, votre microphone doit être en mode silencieux. Si vous avez des écouteurs munis d'un micro, veuillez tenir le micro près de votre bouche quand vous parlez. En cas de problèmes techniques, veuillez en informer immédiatement le président ou la greffière, et l'équipe technique travaillera à les résoudre.

Avant de commencer, je vais demander à tout le monde de cliquer dans le coin supérieur droit de l'écran afin d'afficher la galerie. Ainsi, vous devriez voir tous les participants dans une grille. Tous les participants à la vidéoconférence peuvent se voir.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à nos témoins.

Nous accueillons, de l'Association canadienne des individus retraités, Mme Marissa Lennox, agente principale des politiques; du Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, Mme Gudrun Langolf, présidente sortante; du Conseil pour la protection des malades, Paul Brunet, président; du Bureau pour la dé-

fense des aînés de la Colombie-Britannique, Isobel Mackenzie, avocate pour la défense des aînés; de l'Association canadienne des soins de longue durée, Jodi Hall, présidente; et à titre personnel, Pat Armstrong, professeur émérite de recherche en sociologie à l'Université York.

Nous allons commencer par l'Association canadienne des individus retraités, ou CARP, et par le Council of Senior Citizens Organizations of British Columbia. Si j'ai bien compris, les deux organismes vont partager le temps réservé à un organisme et chacun aura cinq minutes.

Nous vous écoutons, madame Lennox. Je vous ferai signe à mi-chemin.

Mme Marissa Lennox (agente principale des politiques, Association canadienne des individus retraités): Je vous remercie de m'accueillir.

Madame Hall, je suis ravie de vous revoir. Nous avons parlé ensemble devant le Comité HUMA.

CARP est un organisme non partisan sans but lucratif national qui compte 320 000 membres répartis dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. Il est important de souligner que, si la plupart de nos membres sont à la retraite et profitent d'une éducation et de revenus supérieurs à la moyenne, la très grande majorité d'entre eux se disent régulièrement d'accord pour que CARP représente les intérêts de tous les Canadiens âgés au Canada. Nous croyons que toutes les personnes âgées méritent de vivre dans la dignité et le respect, quels que soient leur niveau de revenus, le soutien qu'elles reçoivent de leur famille ou leurs problèmes de santé.

C'est en ce qui concerne les éléments suivants des soins de santé que la COVID-19 a nui aux principes fondamentaux d'un vieillissement réussi et révélé le manque de planification et de préparation qui auraient permis d'assurer la santé et le bien-être des personnes âgées pendant une pandémie.

Le premier élément, qui est aussi le plus évident, est celui des soins de longue durée. Si la COVID a révélé quelque chose, c'est bien que nous parquons des aînés fragiles et très malades dans des endroits dangereux qui sont sous-financés et qui manquent d'employés, dont des employés qui, souvent, ont peu de formation reconnue ou n'en ont pas du tout. Nous nous attendons à ce que ces personnes ou leurs familles paient une partie importante du privilège d'être installées dans de tels établissements. Nous avons fait courir aux résidents ainsi qu'aux employés un immense risque en ne fournissant pas assez tôt et en priorité de l'EPI aux établissements de soins de longue durée. Il arrive trop souvent que la planification du système de santé se limite à ce qui est couvert par les fonds gouvernementaux. Nous croyons qu'il est temps de repenser cela, en période de pandémie.

Il est inadmissible que 82 % des 5 000 personnes décédées à cause de la COVID-19 au Canada soient des membres d'une population que nous avons le devoir de protéger. Nous avons échoué. Cette responsabilité n'appartient pas uniquement au gouvernement fédéral, mais il est du devoir du gouvernement fédéral de veiller à ce que cela ne se produise plus jamais. Si nous avons appris quelque chose, c'est que nous n'avions pas de véritable plan pour les aînés en établissements de soins de longue durée, au cas où une pandémie de ce genre se produirait, et ce, malgré les avertissements que nous avons reçus d'autres pays, malgré que nous ayons eu antérieurement des crises d'une envergure semblable, comme le SRAS et le SRMO, et malgré l'expérience que nous avons de la grippe saisonnière qui se répand dans ces établissements et qui coûte la vie à des aînés chaque année. Ils sont les membres les plus vulnérables de notre société. Nous pouvons et nous devons faire mieux.

Le deuxième élément est celui des services de soins à domicile. CARP examine depuis longtemps les effets positifs constatés dans d'autres pays du monde qui ont relevé le défi des soins de longue durée en mettant en place des solutions novatrices pour optimiser les soins à domicile. Le Danemark, la Norvège et la Finlande sont quelques exemples. Au Canada, on signale qu'au moins 20 % des résidents d'établissements de soins de longue durée auraient pu profiter de solutions répondant à leurs besoins à domicile.

Cela étant dit, pour les services de soins à domicile communautaires offerts par des aides ou des fournisseurs de services de soutien personnel et autres formes d'aide à domicile, la COVID-19 a fait surgir plusieurs problèmes. Le premier était le manque d'EPI qui, avec l'utilisation croisée de personnel circulant entre les maisons de retraite et les domiciles de particuliers ayant besoin de soutien chez eux, a contribué à un fort taux de transmission communautaire dans les deux contextes. Il y a manifestement eu un manque de direction et d'orientation pour les personnes soignantes et les soutiens aux familles, ce qui a confirmé le fait que les fournisseurs de soins à domicile n'étaient pas considérés dans le cadre de la réaction à la pandémie.

Le troisième enjeu que j'aimerais soulever est celui des retards qui s'accumulent en chirurgie. La priorité a été accordée à la COVID-19 au détriment de nombreuses activités de diagnostic, de traitement et de chirurgie. Notamment, les Canadiens sont réticents à obtenir des traitements pour des symptômes qui ne sont pas associés à la COVID. Ce n'est pas qu'une possibilité; c'est une réalité. CARP s'inquiète de ce que cela pourrait signifier pour la santé de nos aînés qui souffrent de maladies chroniques ainsi que de maladies graves comme le cancer et les maladies cardiaques. Il faut accorder la priorité à ces retards et aux conditions qui requièrent de tels soins.

Si j'ai le temps, j'aimerais attirer votre attention sur deux autres choses.

• (1610)

Le président: Il vous reste une minute.

Mme Marissa Lennox: D'accord. Je vais faire vite.

La première chose est la protection contre les maladies pouvant être prévenues par un vaccin chez les aînés. L'information initiale semble indiquer que la COVID-19 serait précurseur d'une réaction avancée de type pneumonie, et cela crée de sérieuses préoccupations au sein de la collectivité des aînés. Comme l'Agence de la santé publique du Canada l'a signalé précédemment, moins de 10 % des aînés seraient tout à fait à jour, concernant leurs vaccins. Une

enquête de suivi auprès de particuliers montre que cette proportion pourrait plutôt se situer autour de 3 %. Les aînés n'ont pas le même accès aux programmes de vaccination de masse que les enfants, qui reçoivent leurs vaccins à l'école, par exemple.

Les aînés sont plus sensibilisés que jamais, ils sont vraiment très préoccupés par d'autres facteurs pouvant affaiblir leur système immunitaire et ils veulent avoir une chance de survivre s'ils contractent la COVID-19. CARP contribue à faire valoir l'importance de la vaccination systématique comme élément important des soins de santé d'une population vieillissante, et cela donne également une excellente occasion au gouvernement d'obtenir que le maximum d'aînés se fasse vacciner. Nos 26 chapitres au Canada ont fait écho à cela, aussi bien dans les secteurs ruraux qu'urbains. CARP cherche à obtenir que les vaccins comptent parmi les premières choses que toute assurance-médicaments provinciale ou assurance-médicaments nationale éventuelle rembourseraient, avec des fonds publics à l'appui et l'inclusion des meilleurs vaccins possible pour lutter contre la grippe saisonnière, la pneumonie et le zona chez les adultes âgés.

Le président: Vous avez utilisé vos cinq minutes.

Mme Marissa Lennox: D'accord. J'aurais une phrase à ajouter.

Alors que nous nous préparons maintenant à une deuxième vague de COVID-19, cela donnerait aux aînés des protections de base.

Je vous remercie.

Le président: Merci.

Nous passons maintenant au Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia.

Vous avez cinq minutes

Mme Gudrun Langolf (présidente sortante, Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia): Nous faisons partie du Council of Senior Citizens' Organizations of B.C. Nous formons la plus importante fédération d'organismes d'aînés indépendants et gérés par des bénévoles en Colombie-Britannique. Nous comptons environ 100 000 membres et nous venons de tous les milieux socioéconomiques. Nous sommes très fiers de n'avoir aucun but lucratif et de n'accepter aucune commandite commerciale comme des dons de compagnies pharmaceutiques ou de fournisseurs de services à but lucratif.

En tant que citoyens et citoyens âgés, nous sommes fiers des Canadiens et nous sommes extrêmement reconnaissants aux Canadiens en général d'avoir répondu à l'appel à l'action afin de réduire la transmission du virus à d'autres personnes, en particulier aux personnes vulnérables comme nous, les aînés. Nous vous remercions de tous vos efforts dans le contexte de cette crise sanitaire sans précédent qui a pris un grand nombre d'entre nous par surprise. Nous vous remercions de nous donner l'occasion de vous faire part de nos idées et de nos recommandations au sujet des soins de longue durée en particulier et des soins de santé des aînés en général.

En passant, nous vous savons gré de votre rapport sur le programme national d'assurance-médicaments et nous sommes impatients de voir les résultats de cela.

Près de la moitié des personnes décédées à cause de la COVID-19 étaient des aînés qui vivaient dans des établissements se faisant passer pour des foyers de soins. Les conditions épouvantables qui ont été dramatiquement portées à l'attention du public existent — c'est une honte — depuis plusieurs décennies. Elles prévalaient bien avant cette pandémie. Les politiques publiques semblent en grande partie fondées sur des préjugés intrinsèques fondés sur l'âge, dans une grande mesure comme le racisme ou le sexisme. Lutter contre la discrimination fondée sur l'âge et l'éradiquer va exiger une attention systémique intense au fil du temps.

Nous ne connaissons pas d'aînés qui ont hâte d'être placés en foyer. C'est parce que les gens sont vraiment réticents à se faire placer dans un entrepôt pour y attendre une fin inévitable. Tout le monde a entendu au moins une histoire d'horreur. Dans un effort sans précédent pour consulter les aînés hébergés en établissements de soins, notre protecteur des aînés de la Colombie-Britannique a interrogé le plus grand nombre possible de résidents. Les répondants ont été très nombreux à se montrer quelque peu réticents à exprimer des plaintes précises, outre l'horaire strict, les douches insuffisantes et ce genre de choses. De plus, ce qui était très éloquent pour nous, c'est qu'une énorme proportion de répondants ont confessé ne pas vraiment vouloir être là. Vous pouvez voir les rapports en ligne, en passant. Je ne vais donc pas en analyser les données.

La maltraitance et la négligence des aînés représentent une violation du droit fondamental de quiconque à la sécurité de sa personne. Si cette discrimination existe et se répand, c'est à cause du sous-financement chronique des soins de santé destinés aux aînés et aux autres personnes vulnérables au Canada; de l'accélération de la privatisation et de la marchandisation des soins aux aînés; de l'absence ou de l'inefficacité d'une surveillance exercée par le gouvernement concernant les investissements étrangers dans les soins des aînés; de l'absence de normes de soins uniformes et obligatoires à l'échelle nationale; et de l'absence d'un vocabulaire cohérent et commun décrivant les services fournis ou offerts aux aînés.

Nous réclamons la réforme complète des dispositions visant les soins de longue durée au Canada et nous réclamons que des organismes d'aînés indépendants comme le nôtre soient consultés dans le cadre de ce processus. Nos recommandations sont les suivantes.

Premièrement, que le gouvernement fédéral entreprenne immédiatement une réforme transformationnelle des lois, règlements, pratiques et niveaux de financement liés aux soins de longue durée. Deuxièmement, que le gouvernement fédéral lance une enquête nationale sur la privatisation en cours des soins de santé pour les aînés. Troisièmement, que les soins de santé prodigués aux aînés dans les établissements de soins de longue durée ainsi que dans les établissements de soins paramédicaux soient inclus dans la Loi canadienne sur la santé. Quatrièmement, que le gouvernement interdise l'investissement étranger dans les établissements privés de soins de longue durée et qu'il élimine progressivement la propriété privée d'établissements de soins de longue durée. Cinquièmement, que les gouvernements fédéral et provinciaux interdisent la sous-traitance des services essentiels qui servent à protéger la santé et la sécurité des aînés. Sixièmement, que les principes et les normes nationaux soient ancrés dans les dispositions législatives nationales et internationales touchant les droits de la personne et élaborés spécifiquement pour protéger les droits des aînés dans les établissements de soins de longue durée au Canada. Septièmement, que des mesures de responsabilisation et d'exécution soient établies en fonction de systèmes de production de rapports nationaux en vue d'une

surveillance régulière de la prestation des soins aux aînés, et qu'un défenseur des aînés canadiens soit nommé pour surveiller la mise en place de ces changements et pour en faire rapport directement au gouvernement.

• (1615)

Il est clair qu'aucune personne ayant le pouvoir d'apporter des changements n'a écouté les aînés jusqu'à maintenant. Si on les a écoutés, rien n'indique que les choses ont changé. Le fait que les aînés qui vivent dans un établissement représentent presque la moitié des décès attribuables à la COVID-19 au pays est un signal d'alarme pour les Canadiens.

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

Mme Gudrun Langolf: Bien.

Tout le monde est au courant des conditions. J'ai fourni mes notes d'allocation au Comité, et je vous exhorte à regarder les dernières observations.

Merci beaucoup.

Le président: Merci, madame Langolf.

Nous passons maintenant au Conseil pour la protection des malades.

Monsieur Brunet, je vous en prie. Vous avez 10 minutes.

[Français]

M. Paul G. Brunet (président, Conseil pour la protection des malades): Bonjour, je m'appelle Paul Brunet, et je suis le président du Conseil pour la protection des malades, qui existe depuis 46 ans. Il s'agit d'un organisme à but non lucratif indépendant, qui a soumis des centaines de mémoires à l'Assemblée nationale du Québec et quelques-uns, aussi, aux comités de la Chambre des communes. Le dernier mémoire a été soumis en 2015, lors de la crise des isotopes médicaux.

À partir de l'analyse des documents et informations obtenus...

[Traduction]

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Monsieur le président, je n'entends pas l'interprétation. Je suis désolé. Je suis au bon canal d'interprétation, l'anglais, mais je ne l'entends pas.

• (1620)

Le président: Vous pourriez peut-être passer au français et revenir à l'anglais pour voir si cela change quelque chose.

M. Don Davies: Je vais essayer.

Cela fonctionne maintenant.

Le président: Bien, nous pouvons poursuivre.

Désolé, monsieur Brunet. Veuillez continuer.

[Français]

M. Paul G. Brunet: À partir de l'analyse des documents et informations obtenus, il appert que l'urgence de santé publique au Québec, déclarée le 13 mars 2020 par le gouvernement du Québec — c'était presque deux mois après le premier avertissement de l'Organisation mondiale de la santé, ou OMS —, n'incluait pas de mesures de dépistage ou de tests dans les CHSLD, dans les maisons de retraite et dans les résidences privées pour personnes âgées.

Pourtant, à cette date, quatre avertissements avaient déjà été émis par l'OMS, une note confidentielle avait été remise à la ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec sur les préoccupations à l'égard des personnes âgées et des dizaines de reportages médias avaient été diffusés partout au monde, dont plusieurs en France et aux États-Unis, en guise d'alerte concernant les personnes âgées et les maisons de retraite.

Ainsi, toujours selon les documents et informations obtenus, on observe qu'avant le 13 mars 2020, selon les propres dires du chef du cabinet de la ministre de la Santé, M. Valois, « on se prépar[ait] tranquillement [...], mais ce n'[était] pas le branle-bas de combat [pour le moment] ».

Pour le directeur de la Santé publique, le docteur Horacio Arruda, en vacances pendant quelques jours au Maroc à la fin de février, et même pour le premier ministre Legault, en vacances jusqu'au 8 mars, la COVID-19 n'apparaissait effectivement pas, du moins au Québec, comme une urgence nationale, c'est-à-dire exigeant d'identifier, de tester, d'isoler et de traiter les personnes âgées.

C'est du moins l'observation que l'on peut faire quant à l'absence des mesures de dépistage, d'isolement et de traitement recommandées pourtant par l'OMS depuis le début du mois de février, particulièrement auprès des personnes âgées des CHSLD et des résidences pour personnes âgées.

Ce n'est que le 7 avril 2020, soit trois mois plus tard, et après quatre avertissements de l'OMS ainsi qu'une note privée à la ministre de la Santé au sujet des centaines de reportages médias dans le monde, que le gouvernement du Québec décide enfin d'agir auprès des personnes âgées des CHSLD, et des résidences pour personnes âgées. Au Québec, 81 % des décès découlant de la COVID-19 sont liés aux gens qui sont morts dans les CHSLD et dans les résidences privées pour personnes âgées.

Dans un communiqué du 7 avril du gouvernement du Québec, le premier ministre M. François Legault, a dit que « ma priorité, c'est de protéger nos personnes âgées ». Le 10 avril 2020, l'entourage de M. Legault apprend, comme s'il arrivait d'un long voyage interstellaire, que la COVID-19 se répand comme un feu de brousse chez les personnes âgées dans les CHSLD et dans les résidences pour personnes âgées, soit presque trois mois après le premier avertissement de l'OMS, dont le dernier est en date du 1^{er} mars.

[Traduction]

De plus, les premiers rapports laissent entendre que la gravité de la maladie est liée à l'âge et à la comorbidité. C'est ce qui est écrit dans le bulletin du 1^{er} mars 2020.

[Français]

Le gouvernement du Canada et les autorités responsables de la gestion et de la sécurité sanitaire des CHSLD du Québec en particulier ont, à notre avis, scandaleusement failli à leur tâche dans la préparation à des crises sanitaires comme celle de la COVID-19. Ils ont tardé à mettre en place les mesures nécessaires pour tester et traiter les personnes âgées et le personnel des CHSLD, comme le recommandait pourtant l'OMS depuis le 5 février et le 1^{er} mars 2020.

Ils ont provoqué, à notre avis, une atteinte à des droits fondamentaux de milliers de Canadiens et de Québécois, des gens qui avaient pourtant droit à la vie, le droit de recevoir des soins vitaux, de ne pas être négligés dans les soins de plaies de lit, d'être nourris convenablement, de pouvoir boire de l'eau lorsqu'ils avaient soif, d'être

hydratés. Des urgentologues du Québec nous ont dit que des patients avaient été hospitalisés dans des hôpitaux non pas à cause de la COVID-19, mais pour cause de déshydratation et de malnutrition.

Ces gens avaient droit à l'intégrité de leur personne, le droit de ne pas être hébergés avec des personnes infectées, de ne pas faire l'objet de manœuvres pour être levés ou changés, alors qu'ils étaient lourdement handicapés, par du personnel ou des bénévoles bien intentionnés, mais incompetents. Ils avaient droit à la dignité, le droit d'être traités comme des personnes, de ne pas être laissés avec une couche d'incontinence complètement souillée pendant des jours, d'être accompagnés à la toilette, de ne pas être abandonnés, de ne pas mourir seuls, sans dignité.

Les autorités des CHSLD du Québec n'étaient pas préparées à la COVID-19, malgré les recommandations de 2013 de l'Agence de la santé publique du Canada et de la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Comment les gouvernements canadiens et québécois ont-ils pu laisser des personnes âgées dans cette situation et ne pas réagir plus tôt aux avertissements de l'OMS et à l'information provenant de plusieurs pays dans le monde?

• (1625)

Je vous remercie.

Le président: Merci, monsieur Brunet.

[Traduction]

Nous passons maintenant au Bureau pour la défense des aînés de la Colombie-Britannique. Madame Mackenzie, je vous en prie. Vous avez 10 minutes.

Mme Isobel Mackenzie (avocate pour la défense des aînés, Bureau pour la défense des aînés de la Colombie-Britannique): Merci. Bonjour et merci de m'avoir invitée à faire part de mes réflexions et de mes observations sur notre réponse initiale à la pandémie de la COVID-19...

[Français]

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): Monsieur le président, excusez-moi...

[Traduction]

Mme Isobel Mackenzie: ... en ce qui a trait aux aînés. J'entends un écho en arrière-plan.

[Français]

M. Luc Thériault: Il y a un problème, et c'est le même que j'ai soulevé avant le début de la réunion. Il y a eu le même problème relatif à l'interprétation pendant tout le témoignage de la témoin précédente. Par souci de convenance, j'ai enduré la situation, mais je ne pourrai pas l'endurer pendant les trois heures qui viennent. Il faut régler ce problème. Cela ne concerne pas seulement un interprète, mais la plupart d'entre eux. Il y a un micro qui s'active et se désactive constamment dans notre oreille en même temps qu'on entend l'interprétation. Il faut régler cela. Je le répète à toutes les réunions. Je ne veux pas avoir l'air marabout cet après-midi — il fait beau soleil ici —, mais c'est insupportable.

[Traduction]

Mme Isobel Mackenzie: Mon bouton d'interprétation n'est peut-être pas à la bonne place.

Le président: Je ne sais pas si le problème est de votre côté. Je pense que c'est peut-être dans la cabine d'interprétation.

Je vais demander à la greffière si nous pouvons faire quelque chose maintenant et si nous devrions suspendre la séance. Nous allons la suspendre quelques minutes et voir si nous pouvons régler le problème.

• (1625) _____ (Pause) _____

• (1630)

Le président: Reprenons.

Allez-y, madame Mackenzie.

Mme Isobel Mackenzie: Merci, monsieur le président.

Merci de m'avoir invitée à faire part de mes réflexions et de mes observations sur notre réponse initiale à la COVID-19 en ce qui a trait aux aînés. Je parle de « réponse initiale » étant donné que nous ne sommes pas encore passés au travers. Nous allons inévitablement découvrir d'autres problèmes qui ne sautent pas encore aux yeux. Comme vous le savez, nous ne sommes qu'au deuxième mois et demi de ce qui sera un parcours d'un an ou de 18 mois.

Je pense que la plupart d'entre nous ont vu, pendant notre réponse à la pandémie, l'apparition de failles dans beaucoup de facettes de notre société et de notre économie, mais plus particulièrement en ce qui concerne les aînés. Je crois que nous devons reconnaître que les répercussions de la COVID-19 diffèrent selon leur revenu, leur statut social et leur état de santé. Ce qu'un aîné vit ne représente pas nécessairement ce que vivent les autres.

J'ai tenté de créer des catégories pour voir en quoi consistent ces différences. Lorsque nous regardons la catégorie des aînés à faibles revenus, je pense que nous voyons des répercussions différentes par rapport aux autres sphères de la société. Comme le savent probablement la plupart d'entre vous, les aînés ont les revenus les plus bas parmi toutes les cohortes de plus de 25 ans. Ils sont très sensibles aux petites hausses de prix.

Il est vrai que les aînés n'ont pas encore subi la moindre diminution de revenus. Les pensions demeurent évidemment inchangées. Ils n'ont pas encore vraiment souffert de la diminution des revenus de placement. On ne connaît pas encore la mesure dans laquelle ils en souffriront. Je suis certaine que beaucoup de députés membres de ce comité comptent parmi leurs concitoyens des aînés à faible revenu qui sont sensibles aux augmentations de prix. Je suis certain que vous avez entendu parler de l'augmentation du coût des aliments, d'une part à cause de véritables hausses des prix, et d'autre part parce que les aînés qui allaient d'un supermarché à l'autre ou d'un magasin à l'autre pour trouver des spéciaux ne peuvent plus le faire. Une hausse de 50 ou 60 \$ de la note d'épicerie d'un aîné à faible revenu peut avoir des répercussions considérables.

Les aînés sont également moins susceptibles de bien se débrouiller avec les moyens virtuels de communication à leur disposition, comme l'application Zoom, parce qu'ils ont moins tendance à avoir des appareils et beaucoup moins tendance à avoir l'Internet. À l'avenir, l'une des choses auxquelles le gouvernement fédéral peut réfléchir, c'est un moyen d'offrir Internet à faible coût. Nous avons beaucoup mis l'accent sur l'accès à Internet dans toutes les régions du Canada, y compris les régions rurales. C'est très important. Nous ne pouvons pas ignorer le fait que ce service coûte aussi très cher, surtout pour les personnes à faible revenu, et plus particulièrement

pour les aînés à faible revenu qui ne peuvent pas nécessairement tout regrouper sur un téléphone intelligent.

Je pense que les répercussions sur les aînés à faible revenu n'ont pas été immédiates. Ils ne les ont pas ressenties le premier jour, mais elles se sont aggravées avec le temps. Je pense qu'elles continueront de s'aggraver puisqu'ils sont vulnérables aux petites fluctuations des prix que nous verrons selon moi au cours de la prochaine année.

Alors que nous pratiquons la distanciation sociale, que nous restons à six pieds des autres, que nous nous isolons à la maison et que nous disons aux aînés qu'il est d'autant plus important pour eux de rester loin des autres, nous devons reconnaître qu'ils sont plus susceptibles de vivre seuls. En effet, 23 % des personnes de 65 à 85 ans vivent seules. Ce chiffre passe à 41 % pour les personnes de 85 ans et plus. À titre comparatif, moins de 10 % des personnes de 35 à 65 ans vivent seules. Lorsqu'on pratique la distanciation sociale à partir de son propre domicile, c'est différent lorsqu'on a un partenaire ou des enfants avec qui parler. Je pense que nous devons tenir compte des conséquences de cette réalité, qui empireront avec le temps. On ne le verra pas tant au cours de la première ou de la deuxième semaine, mais à mesure que les semaines deviennent des mois, je pense que nous devons reconnaître l'incidence très disproportionnée de cette réalité sur les aînés puisqu'ils sont beaucoup plus susceptibles de vivre seuls.

• (1635)

La réponse à la COVID-19 varie selon l'état de santé de l'aîné. La situation d'un aîné âgé de 65 ou même de 90 ans, mais qui est vigoureux et autonome, qui peut exécuter toutes les activités courantes de la vie quotidienne, qui vit avec son conjoint ou sa conjointe et qui a un revenu suffisant, ressemble à celle de beaucoup d'entre nous face à la COVID-19. Cependant, la majorité des aînés de plus de 85 ans ont besoin d'aide pour accomplir leurs activités quotidiennes et peut-être même pour être autonomes. Ils seront donc touchés. Je suis certaine que Mme Lennox et peut-être d'autres témoins parleront des soins à domicile ainsi que de la façon dont l'accès à ces soins et l'incidence de la COVID-19 sur leur prestation toucheront certains aînés.

La COVID-19 aura un effet sur la santé mentale de certains aînés à mesure qu'ils constatent à quel point ils sont vulnérables lorsqu'ils ont besoin d'aide pour accomplir leurs activités quotidiennes. Ils n'aimaient peut-être pas les soins qu'ils recevaient régulièrement à leur domicile, mais lorsqu'il est devenu évident qu'on pourrait avoir du mal à les maintenir, je pense effectivement qu'une anxiété supplémentaire sous-jacente s'est installée chez certains aînés vivant seuls qui deviennent vulnérables lorsque les autres ne peuvent pas venir les aider, même si, à ma connaissance, il n'y a pas eu de si grandes répercussions à cet égard. Chose certaine, en Colombie-Britannique, nous n'avons heureusement pas observé d'effet sur les soins à domicile offerts aux aînés.

Il y a aussi ceux qui reçoivent une aide à la vie autonome ou des soins de longue durée. Pour eux, les difficultés économiques ne sont pas graves, mais d'autres difficultés le sont. Il y a d'abord la peur, mais aussi l'incapacité de recevoir la visite de membres de leur famille, ce qui est encore le cas en Colombie-Britannique et, je crois, dans les autres provinces. Espérons que nous trouverons un moyen sécuritaire d'autoriser à nouveau les visites pour leur permettre au cours de la prochaine année de renouer des liens perdus pendant les deux derniers mois. Les conséquences de cette réalité sont graves.

Il y a aussi les membres de la famille des résidents des établissements de soins de longue durée et d'aide à la vie autonome. Ils seront profondément touchés sur deux plans: dans leur incapacité à visiter leurs proches et dans ce qu'ils entendent, voient et apprennent à propos de ce qui se produit dans certaines parties de notre système de soins de longue durée. Je pense qu'il est important de reconnaître et de comprendre que de nombreux foyers de soins de longue durée n'ont pas eu d'écllosion de COVID-19, et que d'autres qui en ont eu une, comme ici, en Colombie-Britannique, il y a environ un mois, ont réussi à rapidement la contenir. Je pense qu'il est important de ne pas oublier — Mme Langolf a d'ailleurs parlé du sondage mené auprès des résidents des centres de soins de longue durée avant la COVID-19 — que même s'ils sont nombreux à ne pas vouloir être là, à ne pas se sentir chez eux et à ne pas recevoir ce qu'ils veulent, beaucoup d'autres ne sont pas du même avis.

C'était intéressant selon moi de mener un sondage dans l'ensemble de nos foyers. Je ne pense pas qu'une autre province l'ait fait à si grande échelle. Mon bureau a interrogé, indépendamment des foyers et de l'autorité sanitaire, l'ensemble des foyers financés par l'État, des résidents et des membres de leur famille, et la moitié d'entre eux ont dit que les soins étaient bons et l'autre moitié qu'ils n'étaient pas très bons. Une grande partie de ces personnes se trouvaient dans le même établissement.

Il faut comprendre que l'expérience vécue dans un établissement de soins de longue durée dépend d'un certain nombre de choses: les attentes ainsi que les expériences antérieures et l'état de santé. Il n'est pas étonnant que le niveau d'insatisfaction augmente avec le niveau de complexité. Plus on avait besoin d'aide, moins on était satisfait. Moins on avait besoin d'aide, plus on était satisfait. Je pense que cela témoigne de certaines failles rendues maintenant très publiques dans les niveaux et les modèles de dotation que nous avons dans le système de soins de longue durée partout au Canada. L'expérience vécue par ces personnes face à la COVID-19 est différente.

• (1640)

Quels sont nos plus grands défis? Chose certaine, je veux commencer par parler du revenu. Il ne fait aucun doute que le revenu pose problème à environ le tiers ou à peut-être 40 % des aînés canadiens. Beaucoup d'aînés ont un revenu suffisant, sans doute plus que suffisant, mais nous devons nous rappeler...

Pour mesurer la situation, je me sers entre autres du Supplément de revenu garanti. Si un aîné y a droit, il a un faible revenu. C'est lié à leur...

Le président: Je suis désolée, madame Mackenzie, mais pouvez-vous conclure très bientôt?

Mme Isobel Mackenzie: Oui.

Je pense que nous devons en tenir compte, et lorsque nous nous penchons sur les soins de longue durée — je crois que d'autres en ont parlé —, tout comme pour les soins à domicile, il y a des mesures que nous pouvons prendre. Une fois de plus, environ 20 % de ces personnes pourraient vivre dans la communauté si nous avions un meilleur système de soins à domicile.

Pour conclure, je veux aussi parler de quelque chose de positif que j'ai vu dans tout cela, surtout ici, en Colombie-Britannique, à savoir la vague de soutien à nos aînés que nous avons observée, je crois, d'un bout à l'autre du Canada, et sans aucun doute ici, en Colombie-Britannique. Pour mettre les choses en perspective, nous avons créé un numéro 211 que les gens pouvaient composer pour

demander de l'aide ou pour faire du bénévolat auprès des aînés. Au cours des sept dernières semaines, des bénévoles de la Colombie-Britannique ont rendu plus de 54 000 services, et il y en a beaucoup plus. Grâce à ce seul programme, il y a eu 36 000 visites virtuelles.

Le président: Je vous prie de conclure.

Mme Isobel Mackenzie: Je pense que nous devons chercher à faire fond sur ce qui constitue selon moi un excellent répertoire de Canadiens qui veulent améliorer la situation des aînés au Canada, y compris en Colombie-Britannique.

Merci.

Le président: Merci.

Nous passons maintenant à Mme Jodi Hall, présidente de l'Association canadienne des soins de longue durée.

Je vous en prie.

Mme Jodi Hall (présidente, Association canadienne des soins de longue durée): Merci.

Je tiens à remercier les membres du Comité de m'avoir invitée à témoigner...

Pouvez-vous bien m'entendre?

Le président: Je peux bien vous entendre, mais j'entends aussi la traduction française.

Mme Jodi Hall: Oui. Je pense que c'est la même chose pour moi. Je suis désolée.

Le président: Nous devons régler le problème.

Pouvons-nous vérifier si nous avons la bonne traduction au canal anglais?

Bien. Parfait. Je suis maintenant au canal anglais, et on dirait que c'est bon au canal français.

Madame Hall, je vous prie de recommencer. Merci.

Mme Jodi Hall: Merci de cette occasion de parler devant le Comité.

L'Association canadienne des soins de longue durée est la chef de file des soins de qualité au Canada. Nos membres offrent des services financés par l'État à des aînés partout au pays.

Je vais d'abord rendre hommage aux aînés que la COVID-19 a emportés. Nous sommes de tout cœur avec leurs familles. Je suis certaine que vous vous joignez tous à moi pour leur offrir nos plus sincères condoléances.

Je profite aussi de l'occasion pour remercier nos fournisseurs de soins de santé de première ligne, qui travaillent sans relâche et avec beaucoup de compassion pour offrir les soins nécessaires.

Au moment de revenir sur la COVID-19, nous prendrons le temps de comprendre ce qui aurait pu être fait différemment, mais je crois que les répercussions de la COVID-19 sur nos foyers de soins de longue durée auraient pu être atténuées si les gouvernements s'étaient montrés proactifs en soutenant le secteur avant l'écllosion.

La COVID-19 a empiré certains des problèmes que je vais mentionner aujourd'hui, mais ce sont vraiment des problèmes systémiques dont nos membres parlent depuis de nombreuses années. Je tiens à préciser que la COVID-19 a touché tous les types de foyers, et ils ont tous vécu une expérience différente. C'est une période extrêmement difficile et douloureuse pour toutes les personnes concernées, y compris les résidents et leurs familles, le personnel de première ligne et aussi ceux qui gèrent les foyers de soins de longue durée. Nous demandons tout simplement que les efforts de la nation continuent de rallier et de soutenir les gens dans les foyers de soins de longue durée.

L'expérience vécue face au virus diffère en fonction d'un éventail de facteurs. Ces facteurs comprennent l'infrastructure, la dotation en personnel dans les foyers avant et pendant l'écllosion, et la rapidité avec laquelle les foyers peuvent se procurer de l'équipement de protection individuelle et avoir du personnel de soutien lorsqu'ils en ont vraiment besoin.

Au début de la pandémie, le dépistage, la possibilité de séparer les résidents et les mesures de prévention des infections étaient axés sur les aînés et les fournisseurs de soins qui présentaient des symptômes. Les spécialistes en prévention des infections et les scientifiques du domaine de la santé publique savent maintenant que les porteurs asymptomatiques sont hautement contagieux et que la période d'incubation de la COVID-19 est beaucoup plus longue que celle d'autres virus. Par conséquent, les foyers où le virus s'est répandu plus tôt semblent avoir été les plus durement touchés.

J'aimerais aussi rectifier quelques idées fausses. Tous les soins prodigués dans les foyers de soins de longue durée, que ce soit par un médecin, une infirmière ou un autre fournisseur de soins de santé, sont couverts par les gouvernements provinciaux. Les provinces ne réglementent pas les soins de longue durée tout à fait de la même façon, mais les foyers reçoivent généralement une enveloppe budgétaire pour assurer les soins, les programmes et la dotation en personnel.

En Ontario, par exemple, le gouvernement finance l'ensemble des foyers de soins de longue durée à l'aide de dépenses hautement normatives, lesquelles font l'objet de vérifications effectuées par des ministères, et le gouvernement est toujours informé des conclusions de ces vérifications. Chaque dollar explicitement destiné aux soins infirmiers, aux soins personnels ou aux denrées alimentaires qui n'est pas dépensé doit être retourné au gouvernement provincial; aucun profit n'est réalisé à partir de ces enveloppes budgétaires.

Dans d'autres secteurs d'activité, les niveaux de dotation sont hautement normatifs et le modèle de financement est extrêmement complexe. C'est hautement normatif, strictement réglementé et surveillé régulièrement par chaque gouvernement provincial.

Je vais maintenant parler des problèmes systémiques qui constituent selon nous un facteur aggravant de la COVID-19.

Il y a tout d'abord l'infrastructure. Beaucoup de foyers de soins de longue durée ont des salles de trois et quatre lits. Ils n'ont pas de salles privées, et il est donc difficile de mettre en œuvre des mesures de séparation et d'isolement. Ils ont généralement des couloirs plus étroits et une seule salle à manger centrale dans la plupart des cas, ce qui complique beaucoup la distanciation adéquate des résidents.

• (1645)

L'Agence de la santé publique du Canada a publié des lignes directrices provisoires sur le contrôle des infections pour les établissements de soins de longue durée. Certaines des directives, comme les restrictions relatives à certaines zones de travail et l'utilisation de chambres individuelles pour des types de soins, sont presque impossibles à appliquer dans l'ensemble des établissements, en particulier dans les anciennes installations. Tout plan de gestion des éclosions en vigueur dans ces vieux foyers, y compris l'isolement des résidents asymptomatiques, est sérieusement entravé par le manque d'espace et les possibilités offertes par l'aménagement. Nous pouvons constater les dégâts épouvantables que peuvent causer les chambres partagées en cas d'épidémie.

Nous savons qu'il y a au moins 400 établissements de soins de longue durée au pays qui doivent être modernisés et qui nécessitent des rénovations. Il faut absolument que le gouvernement fédéral soutienne ce secteur en lui donnant accès au financement fédéral des infrastructures déjà en place, une initiative qui pourrait être gérée de bien des façons. Nous avons aussi entendu la ministre McKenna parler récemment du soutien financier qui est offert aux projets prêts à démarrer dans le cadre des mesures visant à stimuler l'économie après la pandémie. Ces projets sont bel et bien prêts à démarrer, et nous pourrions assurément progresser rapidement avec l'aide du fédéral.

L'autre problème systémique que je voudrais soulever se rapporte à la santé et aux ressources humaines. C'est un défi qui se pose dans le secteur et qui atteint pratiquement des proportions de crise d'un bout à l'autre du pays. Il est de plus en plus difficile d'attirer et de retenir des travailleurs voulant faire carrière dans les soins aux aînés, surtout en vue du vieillissement de la population qui touche tout le pays. Nous prenons soin de personnes qui souffrent de pathologies multiples et complexes dans une mesure bien plus grande que par le passé.

Nous réclamons une stratégie en matière de santé et de ressources humaines pour le secteur des soins de longue durée. Nous avons désespérément besoin d'une telle stratégie, qui insisterait sur le nombre de fournisseurs de soins requis, leur composition et leur répartition géographique, de même que sur un cadre convenable pour la prestation des soins. La création et la mise en œuvre d'une telle stratégie pancanadienne en matière de santé et de ressources humaines doivent être initiées par le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces, les territoires et le secteur des soins de longue durée.

Pour terminer, le secteur est aux prises depuis des années avec des défis systématiques que nous avons mis en évidence. La COVID-19 a vraiment exacerbé la situation. Comme nous l'avons déjà fait, nous demandons encore au gouvernement fédéral d'aider le secteur pour garantir que les aînés ont accès aux habitations et aux soins dont ils ont besoin, non seulement en temps de crise, mais aussi tous les jours.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de m'adresser à vous, et j'ai hâte de répondre aux questions.

• (1650)

Le président: Je vous remercie.

Madame Armstrong, vous avez la parole pour les 10 prochaines minutes.

Mme Pat Armstrong (professeur émérite de recherche en sociologie, York University, à titre personnel): Je vous remercie de me donner l'occasion de m'exprimer sur cette question essentielle.

Dans les années 1980, la Commission de l'équité salariale de l'Ontario m'a demandé d'étudier le secteur de la santé pour voir qui serait absent de la législation. Voilà qui est à l'origine de mes recherches sur les soins de longue durée en établissement, communément appelés des foyers de soins.

Plus récemment, j'ai été la chercheuse principale d'un projet interdisciplinaire de 10 ans qui s'intitule « Re-imagining Long-Term Residential Care: An international study of promising practices ». Cette recherche a conduit des équipes interdisciplinaires internationales, composées principalement de chercheurs chevronnés, dans les foyers de six pays: l'Allemagne, la Norvège, la Suède, le Royaume-Uni, les États-Unis et le Canada. Nous avons observé la situation, interrogé des gens et réfléchi ensemble à ce que nous avons vu et entendu pendant la semaine que nous avons passée dans chacun de ces foyers.

Ce projet et une série d'autres projets connexes nous ont permis de confirmer nos hypothèses principales, que je souhaite exposer ici.

Tout d'abord, nous avons besoin de foyers de soins maintenant et à l'avenir pour ceux qui nécessitent des soins 24 heures par jour. De tels soins ne peuvent pas être dispensés dans des domiciles privés puisque bien des gens n'ont pas de maison ou, du moins, n'en ont pas une qui soit adaptée à cette fin. Aussi, les soins requis sont spécialisés et exigeants. Votre grand-mère et la mienne n'ont jamais eu affaire à ce genre de soins puisque peu de gens vivaient aussi longtemps, et encore moins dans les conditions d'aujourd'hui, compte tenu des technologies requises. Ce sont bien sûr majoritairement des femmes non rémunérées pour leur travail qui fournissent aujourd'hui des soins à domicile, souvent au détriment de leur santé d'aujourd'hui et de demain. Nous devons prendre les dispositions nécessaires pour avoir plus de foyers de soins accessibles, où des soins sont dispensés 24 heures par jour.

En deuxième lieu, les conditions de travail reflètent l'état des soins. Parmi ces conditions, on compte assurément une dotation adéquate quant au nombre d'employés, à la composition du personnel, à la formation et à la rétention. Il y a également la rémunération et les avantages sociaux, et plus particulièrement les congés de maladie payés, de même que des conditions d'emploi raisonnables, comme les heures de travail, la durée du quart de travail et la possibilité de faire des choix à ce chapitre. Ces conditions englobent aussi le matériel, et pas seulement l'équipement de protection individuelle qui a à juste titre reçu beaucoup d'attention aujourd'hui. Il faut inclure des éléments tels que les lève-personne et les chariots si l'on pense au risque pour la santé des résidents et du personnel.

Or, l'état des soins va beaucoup plus loin. Parmi les conditions essentielles, on compte une autonomie raisonnable, assez de temps pour prodiguer les soins que les travailleurs ont appris grâce à leur formation et à leur expérience, et le soutien des équipes. Il y a également les protections syndicales, en particulier le droit de refuser les conditions sur le terrain et la violence qui est beaucoup trop courante. Dans le même ordre d'idée, la configuration du foyer, comme nous venons de l'entendre, et son emplacement façonnent les soins.

Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive des conditions nécessaires aux soins. Nous devons tenir compte de tous ces éléments dans la

planification des soins pendant la pandémie et après celle-ci, sans quoi nous n'aurons plus de main-d'œuvre. C'est ce que l'Organisation de coopération et de développement économique, ou OCDE, et l'Organisation internationale du travail, ou OIT, ont récemment indiqué dans leur rapport de décembre.

En troisième lieu, ces conditions doivent tenir compte de tous ceux qui vivent dans des établissements de soins de longue durée, qui y accomplissent un travail rémunéré ou non et qui visitent ces lieux. Nos recherches démontrent clairement que ce ne sont pas seulement les soins offerts directement par le personnel infirmier qui sont essentiels. Les médias se sont récemment intéressés au nettoyage en temps de pandémie. Or, il n'a pratiquement pas été question des services de buanderie et de diététique, qui sont fort importants maintenant, mais qui sont toujours essentiels aux soins. Par ailleurs, les familles font bien plus que les étrointes qui ont retenu l'attention des médias. Elles comblent également les lacunes qui subsistent dans d'autres tâches connexes aux soins, tout comme les accompagnants payés par des particuliers que de nombreuses familles embauchent. Les bénévoles apportent également une contribution essentielle aux activités sociales et à l'environnement physique, qui sont indispensables aux soins dans les établissements de soins de longue durée.

Ces dernières années, le travail non rémunéré des familles et des bénévoles, le travail rémunéré des personnes non afférentes au personnel et le travail non payé du personnel rémunéré ont tous pris de l'expansion de façon à combler les manques en matière de soins, depuis bien avant la pandémie. Nous devons combler les lacunes du côté des soins, et veiller à ce que toute personne qui prodigue des soins ait la formation requise.

● (1655)

En quatrième lieu, il s'agit d'un travail qualifié et sexospécifique. Nous avons beaucoup entendu parler de l'héroïsme de ces travailleurs, qui pourrait donner lieu à une journée de reconnaissance comme la fête des Mères. La Loi sur l'équité salariale est issue de recherches démontrant qu'il existe une discrimination systémique au sein de la population active. En raison de cette discrimination, le travail des femmes est invisible, et leurs compétences, leurs efforts, leurs responsabilités et leurs conditions de travail sont sous-évalués.

Dans le cas qui nous intéresse, on parle assurément d'un travail effectué par des femmes, qu'il s'agisse du personnel, des fournisseurs, des familles ou des bénévoles. Plus de quatre emplois de ce secteur sur cinq sont occupés par des femmes; aussi, une bonne partie d'entre elles sont nouvellement arrivées dans la région ou appartiennent à une minorité ethnique. On suppose à tort qu'il s'agit d'un travail que toute femme peut accomplir du seul fait qu'elle est une femme. La valeur du travail et les compétences nécessaires sont encore plus sous-estimées du fait qu'il s'agit principalement de femmes qui prennent soin d'autres femmes âgées.

Voilà qui me rappelle une entrevue que j'ai réalisée en Norvège auprès de la gestionnaire des ressources humaines d'un grand foyer. J'ai demandé à la dame ce qui l'avait surprise lorsqu'elle était arrivée en poste après avoir travaillé dans une grande entreprise médiatique. Elle m'a répondu: « Je ne pouvais pas croire à quel point ces femmes travaillent fort. » Lorsque j'ai voulu savoir ce qu'elle ferait si elle était à la tête du pays, elle m'a avoué ceci: « Je verserais à ces femmes un salaire supérieur à celui des hommes qui travaillent sur les plateformes pétrolières, étant donné qu'elles travaillent plus fort. »

Nous devons reconnaître la valeur de ce travail. Nous devons l'appuyer puisque c'est un travail qualifié et exigeant qui comporte son lot de responsabilités. Nous devons le faire maintenant, mais aussi pour l'avenir.

Cinquièmement, le contexte est important. Dans le cadre de nos recherches, nous parlons de pratiques prometteuses plutôt que de pratiques exemplaires, car il y a souvent différentes façons de prodiguer des soins de la meilleure qualité possible. Nous pouvons nous inspirer d'autres pays et d'autres régions, tout en reconnaissant que ce qui fonctionne bien à Toronto pourrait ne pas convenir aux zones rurales de la Nouvelle-Écosse. Il n'en demeure pas moins que nous pouvons définir de grands principes pour l'établissement des conditions, et ce, dans le but de protéger les travailleurs, les résidents, les familles et les bénévoles.

En sixième lieu, la recherche de profits ne rime pas toujours avec une qualité accrue des soins, un gain en efficacité ou un choix accru, ni bon nombre des pratiques issues de ce secteur. En effet, la privatisation peut avoir l'effet inverse. Nous devons veiller à ce que les deniers publics soient consacrés aux soins plutôt que de servir à gonfler les profits; aussi, les décisions doivent être prises de manière démocratique plutôt que par des actionnaires. Parallèlement, nous devons établir des normes pour tous les foyers et veiller à ce qu'elles soient respectées et mises en application.

Nous avons tiré de nombreuses autres leçons, qui me prendraient toutefois bien plus de 10 minutes à expliquer. Permettez-moi de conclure en disant qu'il faut en définitive que le gouvernement fédéral prenne les rênes, comme beaucoup l'ont dit aujourd'hui. Selon moi, cette initiative pourrait prendre la forme d'une législation similaire et parallèle à la Loi canadienne sur la santé, qui prévoit un financement conditionnel basé sur la preuve que les principes et les critères sont respectés.

Nous avons tout un éventail d'études et de commissions qui fournissent suffisamment de preuves et de conseils pour agir rapidement. Ce faisant, nous devons toutefois écouter la voix des personnes qui vivent dans les établissements de soins de longue durée, qui y travaillent avec rémunération ou non et qui visitent ces endroits. Nous devons rendre les foyers de soins sûrs et accessibles, mais aussi veiller à ce qu'ils soient organisés, financés et conçus pour que la vie en vaille la peine aux yeux de tous ceux qui vivent dans ces établissements, qui y travaillent et qui les visitent.

Merci. Je répondrai à vos questions avec plaisir.

• (1700)

Le président: Merci.

Nous allons maintenant commencer nos séries de questions. Nous aurons trois tours, à commencer par Mme Jansen.

J'aimerais également rappeler à tout le monde que, conformément à l'ordre de renvoi, ces réunions visent uniquement à entendre des témoignages relatifs à la réponse du gouvernement à la pandémie de COVID-19.

Madame Jansen, vous avez six minutes.

Mme Tamara Jansen (Cloverdale—Langley City, PCC): Je tiens tout d'abord à remercier tout le monde d'être ici.

Mesdames Armstrong et Mackenzie, vous avez toutes les deux produit des rapports remarquables. J'ai cru bon de commencer par vous, madame Armstrong.

Dans votre rapport sur le renouvellement des soins de longue durée... Notre comité a entendu de nombreux témoins et, selon un certain nombre d'entre eux, les établissements publics de soins de longue durée ont beaucoup mieux réussi durant la pandémie que les installations privées. Mme Langolf a laissé entendre dans son exposé que l'élimination progressive des établissements privés de soins de longue durée est la solution qu'il nous faut. Pourtant, à la lecture de votre rapport, je constate que le problème est beaucoup plus nuancé que de simplement affirmer qu'une telle situation ne se serait jamais produite si le gouvernement avait géré ces établissements.

De toute évidence, un des principaux défis que nous avons rencontré au début de la pandémie a été la pénurie d'équipements de protection individuelle, ou EPI, et le besoin de rationner le matériel. Quelle note donneriez-vous à l'Agence de la santé publique du Canada quant à son niveau de préparation à la pandémie, surtout en ce qui a trait à la disponibilité des EPI et à leur distribution?

Mme Pat Armstrong: Je pense que la situation est complexe, et que nous ne saurons peut-être pas à quel point elle l'est jusqu'à ce que tout soit terminé, comme plusieurs personnes l'ont dit. La préparation n'était évidemment pas suffisante malgré ce que nous avons lu dans le rapport de la Commission sur le SRAS, qui suggérerait de faire des réserves en vue d'une pandémie future. Il faut certes admettre que tous les rapports sur le SRAS insistent sur les hôpitaux, ce qui a été un problème. Non seulement nous n'avions pas assez de matériel puisque l'Agence de la santé publique du Canada n'avait pas fait assez de réserves, mais en plus, lorsqu'il y avait du matériel, il était d'abord envoyé aux hôpitaux.

Mme Tamara Jansen: À la fin de votre rapport, vous formulez un certain nombre de recommandations à court et à long terme dont je vous suis très reconnaissante. Parmi ces recommandations, quelles sont les trois en tête de liste qui auraient permis de protéger les personnes âgées en établissements de soins de longue durée au Canada pendant la pandémie?

Mme Pat Armstrong: La dotation en personnel et les conditions de travail doivent être au sommet. Lorsque nous regardons ce qui se passe, et alors que nous avons entendu parler de la Colombie-Britannique et des stratégies qu'elle a mises en place tôt pour remédier à la situation, nous constatons que tout dépend du personnel. Nous savons depuis fort longtemps qu'il faut plus d'employés. Je ne saurais vous dire combien de fois on nous a admis qu'il n'y avait pas assez de mains. Je pourrais ajouter une chose. Je viens de discuter avec notre partenaire en Norvège, et il semble y avoir eu très peu de décès là-bas dans les foyers de soins. Selon lui, c'est notamment attribuable à la proportion de personnel sur le terrain, qui est nettement plus élevée que partout ailleurs.

Mme Tamara Jansen: Je crois savoir qu'ici, en Colombie-Britannique, le personnel a été déplacé d'établissement en établissement. J'ai trouvé fort intéressant que les employés utilisent le même équipement lorsqu'ils passaient d'un patient à l'autre, et d'un établissement à l'autre, puisqu'il fallait évidemment rationner les EPI. Dans mon secteur, je sais que tous ceux qui entrent dans une installation de légumes sont obligés de mettre une tenue, puis de l'enlever à leur sortie. On peut se demander ce qui aurait pu être réalisé si ce genre d'EPI avait été à la disposition du personnel. Mme Mackenzie pourra peut-être répondre.

Pour ce qui est de votre rapport *A Billion Reasons to Care* — j'adore votre titre —, j'ai été surprise des chiffres que vous avez donnés sur la différence entre les établissements de soins de longue durée à but lucratif et à but non lucratif. Comme je l'ai dit, les gens affirment sans détour que les établissements publics sont nettement supérieurs aux établissements privés. Tout près d'ici, il y a un foyer de soins privé qui a interdit aux autorités sanitaires régionales et locales d'envoyer des travailleurs de la santé provinciaux dans cet établissement, parce qu'ils ne recevaient que deux paires de gants et deux masques par mois.

Encore une fois, quelle est l'importance des EPI par rapport à l'appartenance au réseau public ou privé? Nous avons des établissements remarquables ici. Prenons l'exemple du village pour les personnes atteintes de démence que nous avons ici, à Langley. C'est un établissement absolument incroyable. L'installation est privée, mais c'est une merveilleuse option pour les aînés.

● (1705)

Mme Isobel Mackenzie: Jusqu'ici, en Colombie-Britannique, la probabilité d'épidémie dans un établissement conventionné de soins diffère nettement de celle d'une épidémie dans un établissement sous régime public: 8 %, dans ce dernier cas, dans 37 % des établissements.

Le problème de l'équipement de protection individuelle se complique en partie par sa mauvaise utilisation, faute de savoir-faire. Dans un établissement de soins, une direction clinique faisant autorité peut contribuer à y remédier. Ce n'est pas clair. Après obtention de toutes les données, analyse et comparaison de ce qui distingue cette direction, l'un des critères qui fait foi, d'après moi, c'est entendre les responsables d'un établissement parler de masques N95 alors qu'on n'y observe aucun cas, situation pendant laquelle on n'emploie pas ces masques.

Il y a la question générale de l'approvisionnement et celle du bon usage de cet équipement, sans égard à l'approvisionnement. Sur notre impréparation... Après 20 ans dans les soins à domicile et de longue durée, je peux affirmer que nous avons absolument sous-estimé le facteur que, faute de mieux, j'appellerai d'exception.

Dans les soins de longue durée, nous avons l'habitude des flambées de maladie. Il en survient tous les ans. En Colombie-Britannique, il y en a eu 185 l'année dernière. Nous avons des protocoles à suivre et nous faisons les déclarations, mais il s'agit de gripes et de norovirus. Nous avons complètement sous-estimé que, pour la COVID-19, nous avons besoin de...

Voilà pourquoi, d'après moi, en Colombie-Britannique — où s'est déclaré le premier foyer, contre quoi l'établissement s'est révélé impuissant à réagir — les autorités sanitaires sont rapidement intervenues, après en avoir constaté la nécessité, ont pris la situation en charge et en ont conservé la maîtrise. C'est mon interprétation des faits. Une intervention immédiate des autorités sanitaires. Dans les autres régions du pays, ça n'a pas décollé aussi vite, en partie parce que le premier foyer s'est déclaré ici.

Mme Tamara Jansen: Je me demande...

Le président: Merci, madame Jansen.

La parole est maintenant à M. Kelloway.

Vous disposez de six minutes.

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

Chers collègues, bonjour.

Avant de poser mes questions, je tiens seulement à souligner le privilège dont vous et moi jouissons d'entendre ces témoignages. Dans ma circonscription de Cape Breton—Canso, les personnes âgées sont nombreuses, et je pense à elles tous les jours. Dans les temps difficiles de la pandémie, j'ai bien vu comment leurs concitoyens se sont regroupés pour les aider. Je tiens à vous remercier, chacun de vous, de votre travail.

Madame Armstrong, au sujet d'un rapport cité dont vous êtes l'auteure, vous avez compté les problèmes de recrutement, les pénuries de personnel et les bas salaires accordés aux soignants des établissements des soins de longue durée parmi les facteurs de propagation de la COVID-19. Nous savons que, très rapidement, on y a observé la propagation des maladies, notamment de la grippe ordinaire, même avant la COVID.

D'après vos travaux, quelles solutions peuvent régler ces problèmes de recrutement et empêcher la propagation des maladies transmissibles?

De plus, et je pense que vous y avez fait allusion, pouvez-vous dire quelques mots sur les pratiques exemplaires que, d'après vous, les administrateurs des établissements de longue durée devraient connaître?

● (1710)

Mme Pat Armstrong: Les rapports qui se sont succédé ont reconnu l'importance du recrutement, non seulement sur le plan quantitatif, mais aussi sur celui de la formation et de la répartition.

D'abord, si le recrutement avait été suffisant, nous n'aurions pas observé le désespoir que nous avons vu. Si les employés avaient été des temps pleins, nous n'aurions pas à instituer les pratiques introduites en Colombie-Britannique, parce qu'elles seraient déjà en place dans les établissements. Si les effectifs des établissements avaient eu une capacité d'intensification, nous aurions évité la crise.

Nous le savons depuis longtemps, et si nous n'en tirons pas les leçons, nous nous retrouverons dans de plus sales draps encore. Voilà pourquoi, notamment, il faut discuter de l'avenir comme du présent.

D'après une foule de témoignages, on disait, il y a 20 ans, qu'il fallait absolument 4,1 heures de soins infirmiers par résident et par jour, et ça, c'était avant les résidents présentant les degrés de complication d'aujourd'hui.

Charlene Harrington, l'une des spécialistes les plus éminentes de cette question aux États-Unis, à qui j'ai parlé cette semaine — elle fait partie de notre équipe de recherche — a dit que la durée de ces soins est passée à 4,9 heures, vu l'acuité observée dans la plupart des établissements canadiens. Aucune province, aucun territoire ne s'approche même de près de cet objectif, en temps ordinaire.

M. Mike Kelloway: En temps ordinaire, absolument, et c'était peut-être il y a 20 ans, comme vous l'avez dit.

Je ne prendrai qu'une seconde — beaucoup de témoins sont venus ici parler de divers sujets touchant la COVID, et le fil conducteur semble plus de surveillance fédérale sous diverses formes. Vous y avez fait allusion, tantôt. Pouvez-vous en dire un peu plus sur ce à quoi ça ressemblerait, d'après vous?

Mme Pat Armstrong: Le rôle fédéral serait d'injecter plus d'argent, mais conditionnellement. Ça pourrait faire l'objet d'une loi compagne de la Loi canadienne sur la santé. Je ne souhaite pas qu'on remette cette loi sur le tapis. Cette loi, qui énonce les principes en autorisant l'adaptation par chaque province ou territoire à ses propres compétences, est géniale, parce qu'elle nous permet d'avoir les deux.

Les principes régissant les soins de longue durée sont quelque peu différents des autres, et le personnel est également différent. Je suis persuadée qu'il faut y englober une stratégie nationale sur le personnel soignant, mais ce n'est pas celui qu'envisage la Loi canadienne sur la santé. Les principes parlent de salaire raisonnable, mais n'abordent pas certains des autres problèmes soulevés aujourd'hui et qui l'ont été à répétition. Nous disposons d'assez de renseignements et de témoignages pour énoncer les principes voulus, particulièrement si nous consultons les intervenants qu'on devrait consulter aujourd'hui, d'après les témoignages.

M. Mike Kelloway: Merci, madame Armstrong.

Voici une question pour Mme Mackenzie, peut-être.

Il y a quelques semaines, j'ai lu que la Colombie-Britannique avait annoncé plus de mesures pour aider les personnes âgées et les soignants pendant la pandémie de COVID-19, en sus du financement fédéral par l'entremise des organisations locales de Centraide et le programme Nouveaux Horizons pour les aînés annoncé début avril. Maintenant que le financement de la province est accessible depuis environ trois semaines, peut-être près d'un mois, je voudrais connaître votre opinion. Qu'entendez-vous dire sur ses bienfaits pour les personnes âgées et sur l'accessibilité du soutien offert?

Je pourrais facilement poser la même question dans d'autres provinces, en ce qui concerne les mesures de telle province et les mesures fédérales, mais, dans ce cas-ci, en ce qui concerne les mesures offertes par la province, je suis curieux de savoir ce que vous entendez sur le terrain.

• (1715)

Mme Isobel Mackenzie: Le financement en question est affecté au programme « bc211 » depuis sept semaines. C'est là que j'ai mis en évidence ces sortes de services. Parmi les constats, il y a d'abord celui d'avoir facilité l'obtention du service. C'était l'attrait du numéro 211, peu de chiffres à retenir, d'abord, puis il découle de la volonté de canaliser l'énergie et les compétences des bénévoles intéressés. C'était un élément clé du programme, les mettre en rapport avec les personnes âgées et répondre rapidement à des besoins comme celui de faire l'épicerie, de se faire livrer des repas, de combler sa solitude, d'avoir quelqu'un à qui parler. Relativement aux problèmes créés par la COVID-19, c'était une réponse efficace, et le mot s'est vite répandu.

J'accorde au gouvernement de la province tout le mérite qui lui revient pour l'avoir fait et s'être associé à Centraide et à « bc211 », qui est lié au réseau national Centraide. Je pense que le gouvernement fédéral l'a également signalé avec ce qu'il a fait. Ce peut être très efficace. Ça certainement permis de mettre en rapport beaucoup de personnes âgées et des fournisseurs de services non médicaux, mais importants, dont elles avaient besoin.

M. Mike Kelloway: Merci.

Le président: Monsieur Thériault, à vous la parole, pendant six minutes.

[Français]

M. Luc Thériault: Merci, monsieur le président.

Je voudrais remercier tous les témoins de leurs propos éclairants. Il faut trouver des solutions. Je vais d'abord m'adresser à M. Brunet.

Vous avez livré un témoignage fort intéressant. Vous êtes reconnu pour votre attitude dénuée de complaisance. C'est une qualité que j'apprécie.

Le 13 mars dernier, le Québec a été le premier à décréter l'état d'urgence sanitaire. Il n'y avait alors que 17 cas d'infection et aucun décès au Québec. Deux mois plus tard, la situation est la suivante: les cas de contamination vont se chiffrer la nuit prochaine à plus de 40 000 et le nombre de décès à plus de 3 220.

Or la plupart des témoins nous ont dit — et certains l'ont affirmé aujourd'hui même — qu'en amont, cette contagion virulente était exacerbée par les faiblesses, la précarité et la fragilisation du système de santé. À cet égard, on a notamment invoqué son sous-financement.

Plusieurs aimeraient uniformiser les règles d'un océan à l'autre. Cependant, la santé et les soins sont de la compétence des provinces et du Québec. Vous avez exprimé des réserves quant à l'idée de nationaliser les CHSLD. Vous vous dites plutôt favorable à l'adoption d'une loi québécoise sur les soins et les services minimums dans les CHSLD et les résidences, qu'elles soient privées ou publiques. J'aimerais que vous nous en disiez davantage là-dessus.

Pourriez-vous nous dire quels seraient les balises ou les éléments centraux d'une telle loi?

M. Paul G. Brunet: Je vous remercie.

Vous avez raison. Au cours des 45 dernières années, nous avons participé à plusieurs dizaines de commissions parlementaires, de consultations publiques et, depuis 35 ans, d'enquêtes publiques. Cela incluait notamment les services de soins de longue durée. Or, en matière de résultats, nous en sommes encore au même point aujourd'hui.

Les soins de longue durée sont dispensés chaque jour. Les gens ont besoin de savoir qu'il fait bon vivre. Pour que cela soit possible, il faut vraiment que des mesures tiennent compte de ce qui se passe sur le terrain. Compte tenu de mes 25 années d'expérience en tant que défenseur de cette cause dans le réseau de la santé et de ce que j'ai pu y observer, je prétends respectueusement, malgré toutes les études scientifiques, que ce n'est pas le statut public ou privé qui fait la différence.

Tant dans le secteur public que privé, j'ai vu des miracles et des histoires d'horreur. J'ai vu que cette différence reposait sur les hommes et les femmes qui dirigent les lieux et sur leurs qualités de chefs de file qui les rendent aptes à rallier les résidents, les familles, les syndicats et les professionnels de la santé. Quand ces gens étaient réunis autour de la table, je voyais bien ce qu'il en était. Le nombre de plaintes très restreint dont ces établissements faisaient l'objet m'indiquait en effet que ce n'est pas le statut privé ou public des établissements qui fait la différence, mais bien les hommes et les femmes qui les dirigent et la façon dont ils s'allient aux gens qui y travaillent. Je prétends avoir maintenant une preuve empirique de cela, étant donné qu'en 25 ans, j'ai vu des centaines de cas.

C'est mon expérience, mon témoignage et ma prétention. Je ne prétends pas, comme d'autres, qu'ils reposent sur des études scientifiques.

• (1720)

M. Luc Thériault: Le projet de loi m'intéresse davantage. Dans une entrevue datant du 25 avril, vous avez dit avoir déposé un projet de loi. J'aimerais en connaître un peu les balises, la façon dont cela pourrait devenir une solution, notamment au Québec.

M. Paul G. Brunet: En fait, nous documentons tout depuis 20 ans: comment faire fonctionner les lieux, gérer les gens, superviser le personnel. On parle beaucoup de dotation, mais il faut de la supervision. Henry Mintzberg lui-même dit que les gens n'ayant pas beaucoup de formation ont besoin de supervision pour faire leur travail. Il faut encourager, guider, diriger le personnel lorsqu'il accomplit ses tâches.

L'objectif de notre projet de loi est qu'il y ait des soins et des services minimums. Ceux-ci seraient décrits en fonction de la catégorie des lieux où seraient admis les gens. On ne pourrait pas exploiter un centre d'hébergement pour personnes âgées, qu'il soit public ou privé, si on offrait des soins et des services se situant en deçà du niveau établi. On n'aurait pas le droit de le faire; ce serait interdit. En outre, cela devrait faire l'objet de suivis.

Combien de fois n'avons-nous pas dit au gouvernement que, malgré tout ce qu'il mettait en œuvre dans le réseau de la santé, si les suivis requis n'étaient pas effectués, si on ne vérifiait pas ce qui se passe, on se leurrerait en pensant être en sécurité. On émet des licences à des gens pour qu'ils dirigent des établissements, publics ou privés, mais des drames ont lieu et, dans certains cas, des imbéciles s'immiscent dans l'organisation.

M. Luc Thériault: Au départ, la clé de voûte est sûrement un financement adéquat. Chaque année où les transferts en santé sont réduits de 6 à 3 % représente un manque à gagner énorme. Les réseaux essaient de s'organiser avec ce qu'ils ont.

La pandémie que nous vivons actuellement est une crise sanitaire, c'est-à-dire que cela concerne la santé. Il y a des milieux de soins qui sont infectés. Or, pour chaque tranche de 100 \$ que le gouvernement fédéral a injectée dans les différents programmes pour soutenir l'économie, il a dépensé seulement 0,33 \$ en santé pour soutenir les personnes qu'on appelle « nos anges gardiens ».

Alors, déjà là, il me semble qu'il y a quelque chose à faire.

M. Paul G. Brunet: Oui, sûrement.

J'ai récemment eu l'occasion de dîner avec l'ancien premier ministre du Québec Philippe Couillard. Il me disait que, lorsqu'il avait annoncé un investissement de 20 millions de dollars dans sa région pour les CLSC, les CHSLD et les services de soins à domicile, puis

qu'il se présentait dans un CLSC ou dans un CHSLD et demandait si l'argent était arrivé, on lui répondait que quelques milliers de dollars étaient finalement arrivés sur le terrain. Il y a beaucoup de bureaucratie, et c'est encore pire au fédéral, malheureusement. Il y a beaucoup de problèmes qui font en sorte que cet argent ne profite pas vraiment aux employés sur le terrain.

Les employés du Zoo de Granby gagnent 16 \$ l'heure en commençant. De notre côté, nous gagnons 12 \$ l'heure dans plusieurs endroits. Pourrions-nous au moins avoir le même salaire que les gens qui s'occupent des animaux? Excusez-moi d'être aussi bête, mais cela prend des exemples-choix pour faire réfléchir les autorités.

Je comprends votre point de vue, et nous avons le même problème au Québec, mais au fédéral, c'est encore pire, à cause de la bureaucratie.

M. Luc Thériault: En fait, ce que vous nous dites, c'est qu'on doit injecter de l'argent dans les services de première ligne plutôt que d'essayer de mettre en place des programmes d'un océan à l'autre qui vont nécessairement subir une ponction administrative. Lorsqu'on parle de surveillance, il y a déjà beaucoup d'employés au ministère de la Santé qui ne sont pas en première ligne et qu'on doit payer.

M. Paul G. Brunet: Agrément Canada fait de la surveillance et donne des agréments aux établissements de soins au Québec et partout au Canada. Cependant, ces gens ne vont pas goûter ce qu'on y mange, ils ne vont pas sentir ce que cela sent sur le terrain et ils ne vont pas entendre ce qui se dit. Agrément Canada ne fait pas cela.

En 2014, la ministre libérale Dominique Vien avait établi des certifications pour les résidences de personnes âgées qui respectaient les normes. On leur disait qu'elles seraient accréditées, mais que si elles ne se conformaient pas aux exigences liées à l'accréditation par la suite, elles se leurreraient. Finalement, nous avons, au Québec, des visites ministérielles qui sont faites par des bénévoles et, à cause de la réforme de l'ancien ministre Barrette, la possibilité de parler avec les gens des unités a été beaucoup restreinte.

Malheureusement, il y a trois choses qui servent à surveiller et à vérifier ce qu'on y fait, et cela donne très peu de résultats. C'est triste, mais on a bureaucratisé le système et on n'a pas fait grand-chose pour améliorer la situation sur le terrain. Si on ne mange pas ce qu'on sert aux gens, c'est parce que ce n'est pas bon.

• (1725)

M. Luc Thériault: Comment croyez-vous qu'on pourrait...

[Traduction]

Le président: Monsieur Thériault, je pense que vous avez terminé. J'ai perdu la notion du temps, mais je vous en ai accordé plus.

[Français]

M. Luc Thériault: Je trouvais cela très agréable, quoique inhabituel, monsieur le président.

[Traduction]

Le président: M. Davies dispose des six prochaines minutes.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins d'être avec nous.

Madame Armstrong, vous êtes la coautrice du rapport récent *Re-imagining Long-term Residential Care in the Covid-19 Crisis* (revoir les soins de longue durée pendant la crise de la COVID-19). Vous y recommandiez l'arrêt de la privatisation et la mise des établissements de soins de longue durée sous un régime de propriété sans but lucratif.

Pouvez-vous exposer les motifs de ces recommandations?

Mme Pat Armstrong: La recherche révèle des tendances. Bien sûr, il existe de bons établissements à but lucratif. Il en existe de mauvais, qui sont municipaux ou sans but lucratif, mais, nettement, le personnel semble réduit dans les établissements à but lucratif. On a tendance à s'en remettre davantage aux employés occasionnels et à temps partiel. Les tendances sont à un plus grand nombre d'ulcères, de transferts à l'hôpital, de chutes. Il y en a une foule, beaucoup plus fréquentes dans les établissements à but lucratif que dans ceux sans but lucratif.

Qu'il soit bien entendu que nous avons écrit « sans but lucratif ». Il ne s'agit pas, pour l'État, de prendre le contrôle de tous les établissements. Il s'agit de séparer les notions de profit et de soins. Je ne vois pas de raison d'injecter l'argent dans l'obtention d'un profit quand on n'en tire pas particulièrement un avantage et, de fait, c'est l'inverse qui risque d'être vrai: Pourquoi cet argent n'est-il pas consacré aux soins? C'est...

M. Don Davies: Merci.

Madame Mackenzie, je vous interroge sur le même sujet. Vous avez publié, le 20 février, un rapport qui constatait que les exploitants d'établissements de soins de longue durée et à but lucratif de la province, tout en faisant des profits, subtilisaient aux personnes âgées plus de 200 000 heures de soins financés par année. Ce rapport concluait que les exploitants d'établissements sans but lucratif consacraient 10 000 \$ de plus par année à chaque résident que ceux d'établissements à but lucratif et qu'ils donnaient en soins 80 000 heures de plus que celles qu'ils étaient payés pour donner. Il a également découvert que, sous le régime actuel de financement, les exploitants à but lucratif affectaient beaucoup moins d'argent aux aidants et à d'autres intervenants de première ligne que leurs homologues sans but lucratif.

Avaliseriez-vous l'opinion de Mme Armstrong, selon qui nous devrions consacrer plus d'argent au secteur sans but lucratif qu'au secteur à but lucratif?

Mme Isobel Mackenzie: Je crois que le rapport a montré que nous n'avons ni les incitatifs financiers ni la surveillance financière nécessaires. Monsieur Davies, on pourrait dire que si les chiffres étaient les mêmes, il ne serait guère intéressant d'être fournisseur à but lucratif.

Je ne peux m'exprimer au nom de l'Ontario. Je sais que Mme Hall a parlé de la façon dont l'argent est géré là-bas. Nous ne procédons pas de la même façon ici en Colombie-Britannique. Nous versons un paiement forfaitaire à un fournisseur contractuel, et le montant est établi à partir de nos exigences, c'est-à-dire que le fournisseur doit dépenser tant sur ci, tant sur ça, et ainsi de suite. Le fournisseur doit fournir des états financiers qui indiquent ce qu'ils ont dépensé pour chaque exigence, des états que nous examinons, sans plus.

Les salaires sont un exemple classique. En Colombie-Britannique, tous les exploitants d'établissements de soins de longue durée reçoivent des fonds pour les salaires conformément à la norme du secteur, afin qu'ils puissent payer leurs préposés au taux prévu.

Ils peuvent garder ce qu'ils ne dépensent pas si les salaires sont en deçà du taux prévu. Voilà le problème.

Il y a des mesures que nous pourrions prendre rapidement. Nous pourrions certainement agir sur la question de l'argent versé au titre des salaires des préposés aux bénéficiaires en Colombie-Britannique, car c'est ainsi que nous appelons les préposés aux services de soutien de la personne dans notre province. Nous leur dirions qu'ils doivent payer leurs employés à tel taux, et si le plein salaire n'est pas versé, il faut redonner ce qu'il reste. Nous leur verserions un montant pour le personnel infirmier et s'ils ne le dépensent pas intégralement en salaires, ils devront rembourser le montant restant. En enlevant l'incitatif et les recettes, nous éliminerions le but lucratif.

La tendance était claire. Comme l'a indiqué Mme Armstrong, c'est une tendance, ce qui veut dire qu'il y a des exceptions. Le secteur privé compte effectivement de bons prestataires ou acteurs, comme diraient les économistes, tout comme il y a de mauvais acteurs dans le secteur à but non lucratif.

• (1730)

M. Don Davies: Je suis désolé, mais il me reste peu de temps. Madame Mackenzie, vous êtes de toute évidence la défenseure des aînés de la Colombie-Britannique. Je constate que le Canada n'a pas de défenseur fédéral ou national des aînés. Pouvez-vous me dire rapidement si c'est quelque chose que vous recommanderiez au gouvernement fédéral?

Mme Isobel Mackenzie: C'est une idée qui mérite d'être examinée. Cependant, bon nombre des problèmes qui ont été relevés sont de compétence provinciale, donc il faudrait voir quel serait le rôle du gouvernement fédéral. Le caractère normatif sera limité, mais il restera le leadership. Le gouvernement fédéral verse des fonds aux provinces et peut y rattacher des conditions, qui serviraient de leviers. Le gouvernement fédéral peut utiliser des leviers liés à la politique publique tout en respectant la Constitution et l'Acte de l'Amérique du Nord, 1867.

M. Don Davies: Merci. Vous avez bien deviné le cheminement de ma pensée, et je me retourne vers vous, madame Armstrong.

Il reste à saisir le rôle du gouvernement fédéral. Certains d'entre nous souhaitent voir des normes nationales obligatoires en matière de soins, de rapports, etc. Vous avez indiqué comme possibilité une loi distincte mais semblable à la Loi canadienne de la santé, si j'ai bien compris. Que pensez-vous que le gouvernement fédéral devrait faire dans le domaine des soins de longue durée?

Mme Pat Armstrong: Nous l'avons plus ou moins indiqué dans le rapport, il me semble. Le gouvernement fédéral devrait certainement établir les conditions de travail, comme le nombre d'employés, les salaires et les avantages sociaux. Bien évidemment, le gouvernement doit éviter des critères précis, mais il peut fixer des normes sectorielles pour les conditions de travail et rendre leur respect obligatoire, par exemple. Il faut avoir un personnel minimum et donc certaines exigences quant au nombre d'employés, même si ce ne sont que des seuils minimums. Je crains toujours que les minimums deviennent des maximums. Je pense que...

M. Don Davies: Madame Armstrong, puis-je vous interrompre afin de vous ramener à un aspect en particulier? J'aimerais savoir ce que vous pensez de la Loi canadienne sur la santé, qui repose sur cinq principes, dont l'accès universel et l'administration publique. Retiendriez-vous ces concepts et recommanderiez-vous qu'ils soient appliqués aux soins de longue durée?

Mme Pat Armstrong: Oui. En ce qui concerne l'accès, la Loi canadienne sur la santé prévoit une définition de l'accès qui n'est pas tout simplement financière, bien que cet aspect soit compris. Y est compris le fait d'avoir des établissements. Nous n'en avons pas beaucoup parlé.

Oui, j'inclurais certainement l'accès, et peut-être également les modalités uniformes et l'intégralité. Ce dernier principe est intéressant, car c'est le seul pour lequel la Loi canadienne sur la santé prévoit des mesures détaillées. Chaque province et territoire du Canada exige des frais pour l'hébergement; ce qui fait que les repas et parfois les services de lessive sont exclus. Le Québec inclue certains services, et je dirais que les repas et les services de lessive font partie intégrante des soins.

Il faut également parler de ce qui serait compris dans ces services.

Le président: Merci, monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci.

Le président: Voilà la fin de la première série de questions. C'est M. Jeneroux qui ouvrira le bal pour la deuxième série.

Monsieur Jeneroux, je vous en prie. Vous avez cinq minutes.

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

Merci aux témoins d'être ici aujourd'hui.

J'aimerais revenir aux sujets qu'ont évoqués Mme Mackenzie et Mme Lennox quant à l'incidence sur les investissements des retraités et des aînés. Le gouvernement a prévu un crédit de 300 \$, mais je reçois toujours de nombreux courriels sur l'incidence à long terme et ce que cela voudra dire pour cette cohorte.

Madame Lennox, vu que deux heures se sont écoulées depuis votre exposé, je vous demanderai de nous en parler en premier, et ensuite ce sera au tour de Mme Mackenzie.

Commençons plutôt par Mme Mackenzie, puisqu'il semble que Mme Lennox n'est pas disponible.

• (1735)

Mme Isabel Mackenzie: D'accord, faites-moi signe lorsqu'elle est de nouveau au micro et j'arrêterai de parler.

Voilà l'autre conséquence qui ne s'est pas encore manifestée. Nous ignorons quelle sera l'incidence sur les marchés avec le temps. On ne peut le savoir maintenant. Nous le saurons dans un an.

Lorsque nous examinons les sources de revenus des aînés, notamment les aînés qui ont des revenus qui supplémentent leur pension de base du gouvernement, on constate que bon nombre d'entre eux touchent des dividendes. Quelle en sera l'incidence pour eux? Que feront certains régimes de pensions privés? Les administrateurs vont-ils réduire les paiements parce que les investissements ne leur permettent pas de verser le montant prévu? Nous ne le savons pas encore, mais il faut le garder à l'esprit. Vous m'avez entendu parler en long et en large de la pauvreté chez les aînés, mais il existe également une cohorte d'aînés de la classe moyenne et qui doit disposer d'un revenu parce qu'elle paie une bonne partie de ses soins de santé.

Je suis d'accord avec Mme Armstrong. La Loi canadienne sur la santé est formidable, mais elle comporte des lacunes.

Aucun d'entre nous ici sur Zoom ne songe à bon nombre de services de santé parce que nous pouvons nous en charger nous-mêmes, mais pour certaines personnes, ce sont des services rémunérés. Il leur faut donc de l'argent, ne l'oublions pas. Certaines mesures visant à réduire le montant des retraits aux FERR sont utiles en ce moment, et il faudra ensuite patienter et voir ce qui se passe sur les marchés.

M. Matt Jeneroux: Avez-vous des recommandations particulières, à ce moment-là?

Le président: Pardon, monsieur Jeneroux.

On a demandé à Mme Lennox de se joindre à nouveau à la séance, donc si vous voulez lui poser une question, nous suspendrons la séance pendant une minute ou deux afin que vous puissiez le faire.

M. Matt Jeneroux: Si cela vous va, nous pouvons continuer. Il n'est pas nécessaire de...

Le président: Comme vous voulez.

Continuez.

M. Matt Jeneroux: Madame MacKenzie, savez-vous si l'on travaille sur une demande qui sera présentée pour protéger ces aînés?

Je songe aux personnes qui m'ont envoyé des courriels. Elles n'ont pas prévu le coup pour leur retraite.

J'essaie de voir ce que l'on pourrait demander. Vous avez raison de dire qu'il faudra voir comment réagiront les marchés, mais si une demande est présentée, j'aimerais bien que notre comité se penche là-dessus.

Mme Isabel Mackenzie: Je crois que la demande tiendrait compte de l'incidence économique globale sur un groupe de personnes qui ont désormais perdu leur capacité de modifier la trajectoire de leurs revenus. Elles ont pris leur retraite. Elles ne peuvent plus mettre de l'argent de côté. Elles vivent de leurs économies.

Vous n'êtes pas le Comité des finances, et j'ignore quel sera le comportement des marchés dans un an. Il se peut que les marchés s'en remettent complètement. Vous avez sans doute entendu la question qui consiste à savoir si le marché rebondira en V, en U ou en L. Les résultats et l'incidence seront différents selon chaque scénario.

Il est important d'empêcher les gens de prendre des décisions irreflexives en ce moment et d'examiner des mesures qui leur permettront d'éviter de retirer de l'argent si ce n'est pas nécessaire, car les rendements sont exceptionnellement bas. De plus, il serait peut-être utile de permettre aux gens de retirer leurs capitaux afin de pouvoir rembourser certaines dépenses pendant cette période. Je crois qu'il y aura une autre conséquence, et nous verrons bien où nous en serons lorsque les marchés se seront calmés.

Le président: Merci, monsieur Jeneroux.

Au tour maintenant de M. Powlowski, qui dispose de cinq minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Merci.

J'ai lu quelque part qu'un bar de quartier bien achalandé, ce dont je m'ennuie, par ailleurs, serait autant un foyer de transmission de maladies contagieuses que les marchés de la Chine où s'adonne le commerce des animaux sauvages. Il existe divers profils d'établissement de soins de longue durée et je dirais que selon le profil, certains ont connu davantage de problèmes que d'autres. Certains établissements transmettent probablement autant des maladies infectieuses que les marchés des animaux sauvages en Chine.

Je crois que Mme Hall a décrit les problèmes: bon nombre de foyers ont quatre personnes par chambre, des corridors étroits et une seule cafétéria. J'y ajouterais d'autres facteurs, comme le fait que les patients ont de faibles revenus, sont plus âgés et ont plus de problèmes de santé, et le fait d'avoir un personnel réduit. Le coronavirus a frappé ces établissements de soins de longue durée et s'est répandu comme une traînée de poudre. Ai-je raison ou tort de le dire?

Madame Hall, je vous pose la question.

• (1740)

Mme Jodi Hall: Ce sont effectivement des facteurs. Comme je l'ai indiqué plus tôt lorsque j'ai parlé des conditions générales de notre infrastructure, les établissements, surtout les établissements plus anciens, ont été conçus pour offrir des soins à une génération différente. Lorsque nous regardons les résidents d'aujourd'hui, ce sont des gens qui ont des problèmes de santé beaucoup plus complexes que ceux pour lesquels les établissements ont été construits il y a 20 à 30 ans. La configuration des chambres et la conception et l'aménagement des bâtiments rendent les locaux plus exigus. Ces aspects gênent énormément les efforts globaux de protection contre la COVID-19 lorsqu'il s'agit d'isoler et de planifier les cohortes.

Nous devons nous souvenir que depuis le début de l'écllosion jusqu'à aujourd'hui, nous avons beaucoup appris, notamment en ce qui concerne la transmission asymptomatique. Lorsque nous regardons les établissements qui ont connu les plus grandes éclussions, c'était un facteur critique, car les employés qui travaillaient dans les établissements ne savaient pas qu'ils étaient malades.

M. Marcus Powlowski: Madame Hall, je vais vous poser une autre question puisque vous travaillez dans le domaine des établissements de soins de longue durée en général.

Le 13 avril, l'Agence de la santé publique du Canada a émis certaines recommandations en matière de normes de sécurité, des mesures de santé publique visant à protéger les personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée. Le Québec a déclaré l'état d'urgence le 13 mars. Les programmes de distanciation sociale ont été mis en œuvre entre la mi-mars et la fin mars.

Avant que l'Agence de la santé publique du Canada n'émette les normes le 13 avril, quelles mesures étaient en place? Les provinces avaient-elles des mesures de sécurité et ont-elles été mises en œuvre dans les établissements avant le 13 avril?

Mme Jodi Hall: Je crois que tout le monde a été saisi de la situation au début de mars. Dans les divers établissements de soins de longue durée, et également parmi mes collègues du pays, il y a eu de nombreuses discussions animées visant à voir ce qui se passait à l'étranger au fur et à mesure que les cas d'infection se présentaient au Canada.

Nous avons examiné de nombreuses études de cas afin de prendre connaissance des stratégies nécessaires et de les diffuser pour la période à venir. Nous avons consulté les gouvernements

provinciaux qui commençaient à agir. Les choses ont avancé à un rythme différent dans chaque province, notamment l'accès à l'équipement de protection individuelle supplémentaire et les conseils supplémentaires des ministères de la Santé publique provinciaux, donc cela concerne une période étendue. Au fur et à mesure que la liste des symptômes s'allongeait, nous avons retenu comme facteurs un accès rapide à l'équipement de protection individuelle indiqué et des renseignements à jour, dont des renseignements-clés sur la transmission asymptomatique.

M. Marcus Powlowski: D'accord. J'ai une autre petite question.

Il me semble que vous avez dit qu'il était impossible de mettre en œuvre les recommandations de l'Agence de la santé publique du Canada pour protéger les personnes âgées dans les pires établissements de soins de longue durée. Est-ce que je vous ai bien compris? Il s'agissait des mesures comme l'isolement, alors que toutes les chambres prévoyaient des lits pour jusqu'à quatre personnes. Ai-je bien entendu lorsque vous avez dit que quelques recommandations n'étaient pas réalistes et ne pouvaient pas être mises en œuvre dans certains établissements?

• (1745)

Mme Jodi Hall: C'est exact. Nous avons souligné le fait qu'il y avait un grand écart entre certaines recommandations par rapport à la réalité sur le terrain et ce qui pouvait en fait être effectué.

M. Marcus Powlowski: L'Agence de la santé publique a-t-elle...

Le président: Merci.

Au tour maintenant de M. Kitchen.

Monsieur Kitchen, vous avez cinq minutes.

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

Merci à tous d'être ici et d'avoir fait vos exposés. Nous vous sommes très reconnaissants.

Bon nombre d'entre vous ont parlé des divers facteurs qui ont contribué à la situation des soins de longue durée. C'est très utile et je crois que bon nombre de Canadiens ne le savent pas. Ils ne voient que le résultat et ne comprennent pas tous les facteurs. Madame Armstrong, vous l'avez bien dit lorsque vous avez parlé de la formation nécessaire pour le personnel chargé des soins infirmiers et de soutien, des services de nettoyage, de lessive et d'alimentation, ainsi que les bénévoles et les familles. Ce sont tous des facteurs qu'il faudra examiner et je vous en remercie.

Madame Mackenzie, vous avez évoqué les nombreuses manifestations de soutien envers les personnes âgées pendant la crise. C'est formidable.

Je me demandais si vous entendez parler de familles qui se manifestent pour donner un coup de main, en plus des bénévoles qui aident d'autres personnes. Les familles se mobilisent-elles? Pensez-vous qu'elles continueront à aider une fois la crise passée?

Mme Isobel Mackenzie: Je l'espère. Ma réponse succincte, c'est que le soutien des familles est manifeste. Nous l'avons vu dès le départ. Mon bureau reçoit constamment des appels de gens qui nous parlent de leur fils, de leurs filles, de leurs petits-enfants qui s'assurent qu'ils ont des repas, etc. C'est le grand point positif de tout cela. Lorsque les choses vont mal, les Canadiens démontrent de façon claire qu'ils ont leurs aînés à cœur. Nous devons saisir l'occasion et profiter de cet élan afin d'obtenir les améliorations nécessaires dont ont parlé de nombreuses personnes.

Je crois que nous pouvons maintenir notre élan. Dans les établissements de soins de longue durée, nous avons vu des familles qui ont exprimé à la fois leur compréhension et leur frustration vis-à-vis des interdictions de visite. C'est rassurant dans la mesure où bon nombre de membres d'une famille rendent visite à leurs proches qui sont dans les établissements. Nous entendons également parler de gens qui rendent visite à d'autres résidents dans les établissements qui n'ont pas de membres de leur famille qui vivent dans la même ville.

J'espère que cet élan se maintiendra une fois la pandémie passée. J'utilise la phrase « ma grand-mère, ma mère, moi-même ». Les gens peuvent voir ce qu'ils ne veulent pas ni pour leurs proches ni pour eux-mêmes. Si la volonté est là, il y aura des changements.

M. Robert Kitchen: Merci.

Madame Hall, vous avez parlé de deux éléments. Vous avez parlé des infrastructures et vous avez parlé des ressources humaines en santé et des défis que cela présente, en particulier lorsqu'il s'agit de s'occuper de cas complexes comme on en trouve chez les aînés. Quand je pratiquais, l'espérance de vie pour un homme était de 78 ans, et pour une femme de 80 ans, mais elle est beaucoup plus longue maintenant. On constate aujourd'hui que les problèmes de démence, d'Alzheimer, d'anxiété, de bipolarité augmentent avec l'âge.

Vous avez beaucoup parlé de la formation nécessaire pour s'occuper des personnes qui souffrent de ces maladies et de la réglementation stricte qu'il faut faire respecter. Je voudrais simplement avoir votre point de vue. La semaine dernière, la ministre de l'Emploi, du Développement de la main-d'œuvre et de l'Inclusion des personnes handicapées a mentionné, au sujet de l'aide à fournir dans les établissements de soins de longue durée pendant la pandémie, qu'on peut créer... une formation pour que des gens qui n'occupent pas ce genre de postes à l'heure actuelle — des gens, par exemple, qui sont à la maison et qui ne travaillent pas — puissent suivre une formation abrégée afin de pouvoir effectuer les tâches moins compliquées dans ces établissements.

J'aimerais savoir quels effets cela pourrait avoir sur tous les éléments dont vous avez parlé.

Mme Jodi Hall: Il est essentiel pour nous d'avoir accès à un effectif compétent. Je m'inquiète à l'idée de voir des gens qui ne sont pas nécessairement intéressés ou aptes à effectuer les tâches qu'on pourrait leur confier. Il faut beaucoup de compassion et de doigté pour prendre soin de personnes âgées fragiles. Si des gens au sein de la population sont désireux et prêts à recevoir la formation, nous serions bien sûr très heureux de les accueillir au sein du personnel, mais je ne voudrais pas qu'un programme soit imposé, si je peux m'exprimer ainsi.

• (1750)

M. Robert Kitchen: On présume qu'ils auraient reçu la formation nécessaire pour avoir les compétences requises.

Mme Jodi Hall: C'est exact, oui.

M. Robert Kitchen: Madame Lennox, j'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Le président: Monsieur Kitchen, je m'excuse, mais votre temps est écoulé.

M. Robert Kitchen: Oh, merci.

Le président: Tout allait si rondement, je m'étais assoupi, mais...

M. Robert Kitchen: J'espérais pouvoir faire participer Mme Lennox à la conversation.

Le président: Oui, merci.

Nous passons maintenant à Mme Sidhu.

Madame Sidhu, vous avez cinq minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Je remercie tous les témoins d'être avec nous.

Ma question s'adresse à madame Mackenzie.

En Colombie-Britannique, les autorités ont fait état de 285 cas et de 74 décès liés à la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée, tandis qu'en Ontario, on parle de plus de 2 000 cas et de plus de 1 000 morts dans ces établissements.

Que fait-on de mieux en Colombie-Britannique qu'ailleurs? Quelles sont les pratiques exemplaires que les autres provinces pourraient adopter?

Mme Isobel Mackenzie: J'en ai déjà parlé, tout comme d'autres d'ailleurs. Je pense que si nous nous en tirons mieux à l'heure actuelle en Colombie-Britannique, c'est en raison de ce que nous avons appris lors de la première éclosion à Lynn Valley. La stratégie a été tout d'abord de diminuer le seuil à un cas pour déclarer qu'il y a une éclosion. Le seuil habituel est de deux cas, dont un confirmé en laboratoire. De plus, nous avons testé tant le personnel que les résidents. Je ne sais pas combien d'entre vous ont pratiqué, mais dans mon cas, nous ne testions jamais le personnel pour la grippe; nous testions seulement les résidents. Je pense que cela nous a aussi aidés.

Dès qu'une éclosion est déclarée, c'est-à-dire qu'un cas est confirmé, que ce soit chez le personnel ou les résidents, les responsables de la santé publique interviennent sur-le-champ et donnent des directives aux responsables de l'établissement de soins de santé sur toutes les mesures à prendre. On parle de regroupement et des autres éléments.

En Colombie-Britannique, 75 % de nos résidents sont logés dans des chambres individuelles. Je pense que ce pourcentage est plus élevé que dans les autres provinces. C'est sans doute un élément qui nous a aussi aidés à gérer les pratiques exemplaires que l'Agence de la santé publique du Canada a recommandées, et que toute personne responsable du contrôle des infections recommanderait.

Ce qui nous a aussi aidés, c'est d'avoir pris conscience que les membres du personnel étaient les vecteurs de transmission et de les avoir affectés, tôt, à un seul lieu de travail. Ce que nous avons tardé à faire — comme tout le monde, je pense, et Mme Hall en a parlé —, c'est de tester les personnes asymptomatiques lors d'une éclosion. Nous avons appris de l'expérience. Au début, nous ne testions pas ces personnes, parce que les données indiquaient alors que les tests étaient inefficaces lorsqu'une personne était asymptomatique. Nous savons maintenant qu'elles peuvent transmettre le virus et avoir un résultat positif. C'est une pratique exemplaire que nous avons mise en place également.

C'est ce qui a fait la différence. L'intervention rapide des autorités de santé publique au tout début a, assurément, été un élément clé pour nous.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Ma prochaine question s'adresse à madame Armstrong.

Le Centre antifraude du Canada a publié un bulletin d'information pour avertir les Canadiens de se méfier des arnaques concernant la COVID-19, car des fraudeurs sont à l'œuvre pour escroquer les Canadiens.

Comme vous le savez, les gens de tout âge peuvent être victimes de fraude, mais les personnes âgées sont ciblées plus que les autres. Que peut-on faire de plus, en collaboration avec les autorités de santé publique, pour réduire ou éliminer la désinformation? Avez-vous des idées à ce sujet?

Mme Pat Armstrong: Il y a sans doute des personnes mieux placées que moi pour répondre à cette question sur la fraude et la désinformation.

Mme Sonia Sidhu: Nous pouvons tous en parler. Les fraudeurs ciblent souvent les personnes âgées, même si des gens de tout âge peuvent être des victimes.

• (1755)

Mme Pat Armstrong: Bien sûr, cela ne fait aucun doute, comme diverses personnes l'ont mentionné, que plus on vieillit, plus on est susceptible d'être victime de diverses fraudes, et ce n'est pas parce qu'on n'est pas intelligent ou capable, mais parce que les fraudeurs profitent du fait qu'on ne possède pas d'expertise dans certains domaines, comme c'est mon cas avec la technologie.

Mme Sonia Sidhu: Selon vous, quels ont été les effets de la pandémie sur la santé mentale et le bien-être des personnes âgées?

Mme Pat Armstrong: Pour ce qui est des soins de longue durée, tant les personnes âgées qui sont à l'intérieur qu'à l'extérieur, et Mme Mackenzie l'a souligné, ont très peur et souffrent beaucoup de l'isolement, et même celles qui se trouvent dans un établissement souffrent d'isolement.

J'aimerais revenir sur un point qu'a souligné Mme Mackenzie un peu plus tôt au sujet des soins de longue durée. On semble penser qu'il s'agit de la pire option où se trouver pour obtenir des soins.

J'ai assisté à une réunion du conseil des résidents ici à Toronto dans le cadre d'une étude que nous menions, et j'ai demandé aux gens s'il y avait des avantages à être là plutôt qu'à la maison, et ils ont tous répondu « Oh, oui ». Ils ont dit se sentir en sécurité, et ils entendaient par sécurité le fait de pouvoir obtenir des choses comme leur insuline. Ils disaient avoir de la compagnie, avoir des activités. Ces endroits doivent être considérés comme de bons endroits où se trouver dans ce genre de situation.

Le président: Merci, madame Sidhu.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Le président: Monsieur Thériault, c'est à votre tour et vous avez deux minutes et demie.

[Français]

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

Monsieur Brunet, dans un document signé par votre organisation et intitulé « D'autres oubliés de la COVID-19 », vous avez mentionné le question des gens aux prises avec des problèmes de santé mentale qui sont hospitalisés et hébergés dans un établissement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Parlez-nous un peu de ce problème. Que faudrait-il faire pour que ces personnes reçoivent des soins de santé adéquats, tout en étant protégées contre la COVID-19?

M. Paul G. Brunet: En fait, nous avons reçu des plaintes de plus de 200 comités d'usagers provenant d'autant d'établissements de soins de santé au Québec. Nous défendons 300 membres individuels.

Ce que nous entendons de la part des endroits où l'on héberge des gens ayant des problèmes de santé mentale, c'est qu'il y a beaucoup d'isolement et beaucoup de restrictions. Si les lieux étaient mieux adaptés aux besoins de ces gens, ces derniers pourraient y errer malgré leurs problèmes de santé mentale. On nous dit que ces personnes sont victimes du confinement.

C'est triste, parce que bien des lieux, comme l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost et l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, sont vétustes. Imaginez ceci: à cause de la COVID-19, les gens ayant des problèmes de santé mentale doivent être enfermés encore plus que d'habitude. Cela a causé beaucoup d'émoi, de problèmes de sécurité et de violence physique, parce que plusieurs personnes atteintes de problèmes de santé mentale ne comprennent pas ce qui se passe.

Principalement, les lieux sont vétustes et ne permettent pas d'accueillir des gens ayant de graves problèmes de santé mentale, surtout pendant la crise actuelle. Cela a donc été un important défi.

M. Luc Thériault: Les CHSLD ont deux types de missions, soit une mission relative aux soins et une mission relative au milieu de vie.

M. Paul G. Brunet: Oui.

M. Luc Thériault: Je pense que, en temps de pandémie, on est loin de la mission en lien avec le milieu de vie, puisqu'on a sorti les familles et les aidants naturels de ces milieux de vie.

À partir d'aujourd'hui, que faudrait-il faire pour essayer de rétablir rapidement la situation, dans le contexte actuel?

M. Paul G. Brunet: C'est difficile, parce que nous vivons une crise. Depuis plus d'un an, nous proposons au gouvernement de participer au recrutement et de démontrer que ceux qui travaillent auprès des personnes malades et des personnes âgées qui ont besoin d'aide ou d'assistance exercent l'un des métiers les plus nobles de la société.

Pendant la crise actuelle, on a agi comme si on n'avait aucun plan. On a demandé l'aide des médecins et de l'armée. Il faut maintenant rétablir la situation et demander que plus de gens travaillent, en plus de demander une meilleure supervision de nos employés, comme je l'ai dit plus tôt. C'est fondamental.

Tantôt, j'ai entendu ma collègue dire que sa province s'était rendue jusqu'à la Cour suprême du Canada pour que les frais de buanderie soient gratuits pour les gens qui habitent dans un centre d'hébergement. Il y a aussi toute la question de la nourriture.

Il y a des défis importants à relever, et, nous, nous avons tendu la main aux différents ministres de la Santé et à la ministre des Aînés. Sur le plan politique, je comprends qu'il y a des défis à relever et qu'on n'est pas nécessairement prêt à tendre la main à des organismes comme le nôtre. Nous sommes très critiques, mais nous voulons aussi...

• (1800)

[Traduction]

Le président: Monsieur Brunet, il faut conclure.

M. Paul G. Brunet: Merci.

Le président: Merci, monsieur Thériault.

Nous passons maintenant à monsieur Davies et vous avez deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci.

Madame Langolf, j'ai participé ce matin à un webinaire organisé par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers auquel participaient divers conférenciers, dont le Dr Samir Sinha. Selon lui, les soins de longue durée sont la forme la plus importante de soins de santé au pays qui ne sont pas régis par la Loi canadienne sur la santé. J'ai remarqué qu'une de vos recommandations était d'inclure ces soins dans la Loi.

Pouvez-vous nous dire pourquoi il serait important de le faire?

Mme Gudrun Langolf: Le problème tient au fait que l'argent des transferts en santé est réparti entre plus de 11 administrations, et qu'il y a de nombreuses différences dans la qualité des soins ou dans les services offerts aux citoyens parce que le tout est laissé à la discrétion des provinces. Nous ne prétendons pas que les provinces sont négligentes, mais elles ont simplement des priorités différentes.

À moins d'établir des normes nationales et de donner des directives claires et compréhensibles qui s'appliqueront à tous, l'offre de services dépendra de l'endroit où l'on habite, mais il ne devrait pas en être ainsi. Une norme canadienne doit s'appliquer de façon uniforme partout au pays.

M. Don Davies: Merci.

Madame Lennox, pour poursuivre dans la même veine, selon TVA Nouvelles, près de la moitié des établissements de soins de longue durée au Québec n'ont pas été inspectés depuis plus de trois ans, et selon une enquête récente de la CBC News, seulement neuf des 626 établissements en Ontario ont fait l'objet d'une inspection de la qualité en 2019.

Vous avez mentionné dans votre témoignage qu'il était du devoir du gouvernement fédéral de s'assurer que la situation ne se reproduise pas.

Selon vous, quel rôle le gouvernement devrait-il jouer pour médier aux problèmes liés aux soins de longue durée?

Mme Marissa Lennox: La Loi canadienne sur la santé est un outil qu'on peut utiliser pour rehausser les normes dans la prestation des soins de longue durée. Comme Mme Armstrong l'a mentionné également, l'autre outil consiste à adopter une mesure législative, similaire à la Loi canadienne sur la santé, mais qui s'appliquerait

uniquement aux soins de longue durée dans les établissements ou à domicile.

Quand on y pense, les personnes dans les établissements de soins de longue durée ont besoin du niveau de soins le plus élevé, comme c'est le cas dans les hôpitaux, et cela ne devrait pas être traité différemment.

Je pense que le gouvernement fédéral devrait revoir sa formule de financement pour la prestation de ce type de soins. Il faut en outre rehausser les normes et s'assurer qu'elles sont appliquées de manière uniforme dans toutes les provinces.

Le président: Merci, monsieur Davies.

Cela met fin à notre deuxième série de questions. Nous allons entamer la troisième série.

Monsieur Webber, vous avez cinq minutes.

• (1805)

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): Cinq minutes, c'est fantastique. Merci, monsieur le président.

Ma première question s'adresse à madame Lennox.

Le gouvernement a annoncé qu'un groupe désigné de personnes âgées allait recevoir un paiement unique de 500 \$. Un autre groupe, plus important, allait recevoir 300 \$, alors que le plus grand nombre ne recevrait rien. Selon le gouvernement libéral, les personnes âgées n'ont pas besoin, en général, de versements spéciaux, car leurs revenus n'ont pas été touchés comme c'est le cas pour de nombreux Canadiens.

Pouvez-vous nous donner une meilleure idée des coûts supplémentaires que les personnes âgées doivent assumer en raison de la pandémie?

Mme Marissa Lennox: Bien sûr. Beaucoup de nos membres doivent faire face à une augmentation du coût de la vie, notamment en raison des honoraires professionnels pour leurs médicaments sur ordonnance ou des frais de livraison pour leur épicerie. On a demandé à beaucoup de personnes âgées de plus de 70 ans de demeurer à la maison et elles doivent donc assumer ces coûts. Ce sont les personnes âgées à faible revenu qui n'ont pas le soutien de membres de la famille ou d'autres types de soutien communautaire qui sont les plus touchées.

Nous savons, de plus, que divers programmes de soutien communautaire ne sont plus offerts. À titre d'exemple, 40 % des banques alimentaires à Toronto ont fermé leurs portes en raison de la COVID-19, des restrictions liées à la distanciation sociale et du manque de bénévoles. Ce sont des services sur lesquels les personnes âgées comptent, comme les services de buanderie à rabais... Ce sont certains éléments qui font que [Inaudible]. J'ajouterais que certains programmes d'aide à la préparation des déclarations de revenus ne sont plus offerts, et les personnes âgées doivent aussi assumer ces coûts supplémentaires.

M. Len Webber: Ce sont de bons points. Pouvez-vous nous donner une idée des coûts supplémentaires en moyenne qu'ils doivent assumer? Cela nous donnerait une meilleure idée pour déterminer si l'aide du gouvernement est suffisante ou non.

Mme Marissa Lennox: C'est difficile à dire, parce qu'en plus...

Le président: Madame Lennox, les interprètes ont de la difficulté à vous entendre. Pouvez-vous parler dans votre micro si vous en avez un?

Mme Marissa Lennox: Oui.

Le président: Je vais arrêter le temps de M. Webber pendant une minute.

Mme Marissa Lennox: Je l'ai enlevé, car il n'arrêtait pas de tomber. Pouvez-vous m'entendre maintenant?

Le président: Je vous entends. Qu'en est-il du côté de l'interprétation?

Mme Marissa Lennox: Pour ce qui est des coûts, c'est difficile à dire, car en plus de ces dépenses qu'elles doivent assumer, les personnes âgées ont aussi vu leurs économies subir une baisse importante.

Nous savons que la majorité des membres de CARP s'inquiètent beaucoup d'arriver au bout de leurs économies, mais quand on parle des dépenses essentielles, une des plus importantes est le copaiement des médicaments d'ordonnance. Comme vous le savez, beaucoup de provinces ont limité les [Inaudible]...

Le président: Je suis désolé. Il y a de petites interruptions, mais si vous parlez très lentement, nous allons faire de notre mieux.

Mme Marissa Lennox: Je suis navrée. Il se peut que ce soit en raison de ma connexion Internet.

Dans beaucoup de provinces et territoires, l'approvisionnement pour les médicaments sur ordonnance est passé de 90 à 30 jours, en raison des problèmes dans les chaînes d'approvisionnement et des craintes au début de voir les gens se constituer des réserves.

Une enquête auprès de nos membres a révélé qu'ils prennent en moyenne quatre médicaments sur ordonnance, et certains en prennent jusqu'à 10. Comme leur approvisionnement est maintenant limité à 30 jours, ils doivent verser les copaiements pour chaque médicament, et ils s'additionnent. Selon l'endroit où vous habitez au pays, comme vous le savez, les copaiements et les honoraires professionnels varient.

Je ne sais pas si je pourrais vous donner un coût pour les éléments essentiels, parce que cela varie vraiment d'une personne à l'autre.

M. Len Webber: Oui. Pensez-vous que le gouvernement verse un montant suffisant aux personnes âgées?

Mme Marissa Lennox: Non, je ne le pense pas.

M. Len Webber: Non.

Merci.

Je m'adresse maintenant à madame Mackenzie.

Beaucoup de gens ont modifié, bien entendu, leurs habitudes d'achat en raison de la pandémie, et on constate une augmentation des achats en ligne et des cueillettes. De nombreuses personnes âgées ne sont pas assez à l'aise pour magasiner en ligne, tandis que d'autres ne conduisent plus et qu'il est difficile pour elles d'aller chercher leurs commandes. Ils reçoivent l'aide de membres de la famille ou d'amis, naturellement, mais ce ne sera pas toujours possible.

Madame Mackenzie, que fait votre organisme pour aider les personnes âgées à s'adapter à cette nouvelle économie et que peut faire le gouvernement pour vous aider?

Mme Isobel Mackenzie: Nous avons encouragé le gouvernement à prendre des mesures entourant le programme bc211, dont j'ai déjà parlé. À long terme, entre autres, nous avons parlé des

soins de longue durée, mais l'autre faille qui est ressortie de tout cela est la vulnérabilité des aînés qui ne sont peut-être pas branchés à Internet et qui ne sont donc pas en mesure d'organiser ces types de livraisons et qui n'ont pas de réseau familial pour les aider.

À l'heure actuelle, les bénévoles sont nombreux, et certains d'entre eux se manifestent parce qu'ils ont du temps. J'ai l'impression qu'il y en aura moins lorsque les gens reprendront le travail rémunéré et auront moins de temps pour le travail bénévole. Je pense que c'est une chose à laquelle nous devons songer, car il pourrait y avoir une autre vague. Nous ne devons pas l'oublier. En Colombie-Britannique, où la courbe a baissé, nous nous attendons à une autre éclosion potentielle à l'automne. Alors, quelle sera la situation et comment ferons-nous pour nous assurer que les gens obtiennent l'approvisionnement dont ils ont besoin?

Je pense que lorsque les dirigeants du gouvernement ont versé du financement à Centraide à l'échelon fédéral — en Colombie-Britannique, le gouvernement provincial l'avait déjà fait — ce fut aussi utile. Ainsi, les organismes sur le terrain auront le temps de s'organiser dans leurs collectivités pour trouver la façon d'offrir aux aînés les choses dont ils ont besoin en ne perdant pas de vue que c'est pour un temps limité dans une certaine mesure.

• (1810)

M. Len Webber: Oui.

Le président: Merci, monsieur Webber.

Madame Jaczek, la parole est à vous pour cinq minutes.

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

Merci à tous nos témoins aujourd'hui. Vous avez des perspectives utiles sur la façon d'aider nos aînés, en particulier ceux qui vivent dans les établissements de soins de longue durée, et il est évident que la question vous tient beaucoup à cœur.

J'aimerais aborder la question de la structure physique, en particulier dans les établissements de soins de longue durée, les foyers pour personnes âgées. Madame Hall, vous y avez fait allusion dans vos remarques, et je crois savoir que vous avez donné un certain nombre d'interviews sur ce sujet en particulier.

Ici, dans la région de York, un de nos foyers municipaux, en fait, a été rénové il y a une vingtaine d'années. Il était suffisamment spacieux pour que presque toutes les chambres soient simples et que quelques-unes soient doubles, en particulier pour accueillir les couples qui, évidemment, pourraient souhaiter être ensemble dans le même établissement. En fait, il n'y a eu aucune éclosion de COVID-19 dans nos deux établissements dans la région de York.

J'aimerais que vous parliez plus en détail de l'importance des mesures que pourrait prendre le gouvernement pour appuyer la rénovation.

Mme Jodi Hall: Je répète que l'infrastructure physique est d'une importance capitale dans le contexte d'une maladie aussi infectieuse que la COVID-19.

Il est essentiel de pouvoir appliquer les recommandations de l'Agence de la santé publique du Canada à l'avenir. Je pense qu'il existe nombre d'exemples concrets de foyers dont la conception moderne a permis de mieux prévenir la propagation de la COVID. Nous avons souligné les corridors étroits et l'incapacité de pratiquer la distanciation sociale parmi les résidents, mais il y a aussi la question des salles de bains partagées. Il est important de faire en sorte qu'en plus d'avoir une chambre individuelle, une personne ait aussi accès à sa propre salle de bains.

Un certain nombre de facteurs doivent être pris en compte du point de vue des normes, et à la question de savoir quel rôle le gouvernement fédéral peut jouer, il serait très utile qu'il contribue à la mise en place de certains de ces éléments structurels.

Mme Helena Jaczek: Comme je crois que vous l'avez mentionné, la ministre McKenna a pris certaines dispositions pour d'éventuels projets prêts à être mis en chantier notamment, mais ce qu'elle propose ne semble pas être assorti de contraintes qui pourraient ne pas aider les soins de longue durée. Est-ce votre vision des choses?

Mme Jodi Hall: Oui, quand elle l'a dit, nous en avons clairement pris bonne note. Lorsque le fédéral a affecté du financement au logement, on avait l'impression que peut-être que les foyers pour personnes âgées ou les établissements de soins de longue durée pourraient puiser à même ces fonds, mais ce n'a pas été le cas. Nous avons été encouragés d'entendre parler des projets prêts à mettre en chantier, car il est clair que nous avons des projets qui pourraient être mis en chantier rapidement, surtout avec le soutien du gouvernement fédéral.

Mme Helena Jaczek: Monsieur Brunet, je crois que dans votre mémoire prébudgétaire de février 2020, vous avez aussi parlé d'investir dans les centres pour personnes âgées, où on prodigue des soins, en se servant du financement des infrastructures fédérales pour créer quelque 42 000 nouvelles places et soutenir la reconstruction d'anciennes résidences.

Je présume que vous convenez qu'il s'agit d'un aspect de la question sur lequel on devrait se pencher.

• (1815)

M. Paul G. Brunet: Certainement, je pense que c'est sensé, mais c'est difficile. J'ai moi-même vu de vieilles installations qui appartenaient à des particuliers et qui étaient volontairement très bien entretenues, et où les espaces et les corridors sentaient bon. C'était en temps de paix et non de crise. Avec tout le respect que je vous dois, il arrive que les murs, la structure, ne changent pas la façon dont une installation est gérée. Il est évident que c'est utile.

J'ai vu qu'on détruisait des installations au centre de certains villages parce qu'elles étaient trop vieilles et qu'on les reconstruisait ailleurs à la campagne. Les gens étaient tristes de ne plus pouvoir voir de gens passer dans la rue. Parfois, il est vrai qu'on veut moderniser, mais les aînés de Sainte-Agathe, au Québec, sont tristes parce que l'installation qu'on a construite se trouve dans les bois. Ils ne voient personne passer, vous savez, et les personnes âgées veulent voir des enfants et des personnes marcher au centre de la ville.

Ce n'est pas facile, mais je crois savoir qu'il faudrait les moderniser.

L'été dernier, ou l'été d'avant, M. Barrette a dit que les vieilles résidences ne pouvaient être climatisées. Nous savons qu'il est possible de le faire quand on en a l'intention, car tous les administra-

teurs, même dans les vieilles résidences, ont l'air climatisé dans leurs bureaux.

Le président: Merci, madame Jaczek.

Mme Helena Jaczek: Merci.

Le président: Madame Wong, la parole est maintenant à vous. Vous avez cinq minutes.

L'hon. Alice Wong (Richmond-Centre, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Premièrement, j'aimerais remercier tous les témoins pour leurs excellents exposés.

J'ai rencontré certains d'entre vous dans mon ancien rôle, et encore une fois, je vous remercie beaucoup de faire un si bon travail. La plupart d'entre vous ont déjà couvert une gamme assez vaste de sujets.

Bien sûr, dans certains cas, comme je l'ai dit...

Le président: Désolé, madame Wong, mais pourriez-vous rapprocher le micro de votre bouche?

L'hon. Alice Wong: Est-ce mieux?

Le président: Je pense que oui. Essayons cela.

L'hon. Alice Wong: C'est mieux maintenant?

Le président: Baissez-le un petit peu... pas si bas. Oui, remon-
tez-le un peu...

Placez-le juste à côté de votre bouche, pas près de vos yeux. Ce sera très bien comme cela.

Merci.

L'hon. Alice Wong: D'accord. Pouvez-vous tous m'entendre maintenant? D'accord.

Je remerciais tous les témoins de faire un si bon travail de recherche et de service. Comme je l'ai dit, j'ai déjà travaillé avec certains d'entre vous dans le cadre de mon ancien poste.

J'aimerais me pencher davantage sur le leadership fédéral, sur la façon dont la nation devrait fonctionner, pas seulement pendant la crise de la COVID-19, mais aussi dans le cadre d'autres administrations.

Je crois comprendre que chaque année, il devrait y avoir...

Le président: Désolé, madame Wong...

L'hon. Alice Wong: Je ne sais pas pourquoi il y a de l'écho.

Le président: Oui. Assurez-vous que votre casque est bien placé et que le micro se trouve juste à côté de votre bouche.

Je vais faire une pause. Nous allons régler le problème pour que les gens puissent vous entendre.

L'hon. Alice Wong: Est-ce mieux maintenant?

Le président: Non, le son est vraiment mauvais.

L'hon. Alice Wong: Et maintenant?

Le président: Je pense que c'est mieux. Dites juste quelques mots, et nous verrons.

L'hon. Alice Wong: Testing, testing, un, deux, trois, quatre...

Le président: On entend beaucoup d'écho.

L'hon. Alice Wong: Oui, je ne sais pas pourquoi il y a de l'écho.

Le président: Est-ce que votre haut-parleur est allumé ou vous utilisez votre casque?

• (1820)

L'hon. Alice Wong: J'utilise mon casque.

Et maintenant? C'est mieux?

Le président: Non, ce n'est pas bon.

Nous allons suspendre la réunion pendant quelques minutes pour régler le problème.

La séance est suspendue.

• (1820)

(Pause)

• (1825)

Le président: Nous allons maintenant reprendre nos travaux.

Allez-y, je vous prie.

Je ne suis pas certain, mais je crois qu'il vous reste trois minutes.

L'hon. Alice Wong: D'accord, je suis désolée.

Premièrement, je tiens à remercier tous les témoins. Vous avez couvert une très vaste gamme de sujets.

Une des choses dont nous avons parlé est le leadership fédéral. Je crois comprendre que de nombreux ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux responsables des aînés auraient dû se pencher sur ces questions. J'ignore si la ministre actuelle l'a fait. Il est clair que c'est le bon moment, surtout en ce qui concerne les établissements de soins de longue durée et d'autres domaines de responsabilité qui relèvent principalement du provincial, mais nous devons prendre les devants.

Lorsque nous parlons des aînés isolés socialement, nous parlons de trois groupes de gens: ceux qui se trouvent dans les foyers pour personnes âgées, ceux qui vivent avec des membres de la famille, et ceux qui vivent seuls. Lorsque nous nous penchons sur leurs besoins physiques et mentaux, je pense que nous devrions avoir différentes réactions.

J'aimerais demander si un quelconque de nos témoins pourrait faire la lumière sur les différents besoins de ces trois groupes.

Peut-être que je pourrais demander à Mme Mackenzie de me parler des aînés isolés socialement dans les trois groupes différents.

Mme Isobel Mackenzie: Merci, madame Wong.

Vous avez mentionné que la COVID-19 est différente selon qu'on vit seul, avec quelqu'un ou dans un centre de soins de longue durée. Il nous faut nous pencher là-dessus.

Nous nous concentrons beaucoup sur les soins de longue durée dans le contexte de la COVID et nous avons passé beaucoup de temps à en parler. Il est clair qu'on doit faire des changements, mais nous ne pouvons pas oublier les soins à domicile et nous devons déterminer ce à quoi ils doivent ressembler et la mesure dans laquelle ils doivent être robustes. Nous devons ensuite nous tourner vers les aînés qui vivent seuls et déterminer comment nous allons les garder branchés aux services autres que dans le domaine de la santé dont ils ont besoin, car si nous ne le faisons pas, ils finiront par avoir des besoins en matière de soins de santé.

Nous pouvons prendre du recul, peut-être pas aujourd'hui, mais dans quelques semaines ou quelques mois, pour vraiment examiner

ce qui s'est passé à bien des égards pour les aînés et leurs besoins et déterminer les secteurs où le gouvernement fédéral doit agir pour apporter les types de changements nécessaires.

Ce serait une très bonne façon pour le gouvernement fédéral d'aborder la question.

L'hon. Alice Wong: À l'instant, nos témoins ont beaucoup parlé de matériel, des types de structures nécessaires, de la rénovation des foyers pour personnes âgées et des défis. Parallèlement, nous nous penchons sur les systèmes logiciels. Ce n'est pas la seule question aujourd'hui et demain dont il faudra tenir compte pour prendre soin de nos aînés, surtout dans les foyers.

Nous nous penchons aussi sur la formation. Bien sûr, un des témoins a mentionné que nous pourrions trouver des solutions à court terme, mais certaines personnes ne prennent pas conscience qu'il s'agit de travail spécialisé. Ce n'est pas n'importe qui qui peut le faire, surtout la partie qui requiert de la passion.

J'ai été en mesure de visiter des foyers dernièrement, car j'aidais un groupe de jeunes à livrer des masques à ces différentes résidences pour personnes âgées dans la vallée du bas Fraser. Bien entendu, il y a une pénurie d'équipement de protection personnelle, et la communauté prend des mesures pour les aider. Certains bénévoles étaient si passionnés que j'en avais presque les larmes aux yeux.

• (1830)

Le président: Désolé. Pourriez-vous conclure, je vous prie?

L'hon. Alice Wong: Mon commentaire est que nous devrions vraiment nous soucier aussi des fournisseurs de soins, ceux qui ne sont pas officiels, qui aident à domicile, les parents et amis, et ceux qui travaillent dans ces foyers pour personnes âgées, les travailleurs de première ligne. Il est important qu'on s'occupe aussi d'eux. C'est le message que je veux que tout le monde garde à l'esprit — il faut se soucier des fournisseurs de soins — et je veux aussi faire part des expériences que j'ai vécues avec eux, alors merci beaucoup de me permettre de le faire.

Je m'excuse de mon équipement défaillant. Comme Mme Jansen peut en témoigner, je n'ai eu des problèmes que dans le présent comité. Quelque chose s'acharne contre moi, il semblerait.

Merci beaucoup.

Le président: Merci.

Nous allons maintenant passer à M. Fisher.

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

M. Darren Fisher (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Comme toujours, merci beaucoup à tous les témoins qui sont avec nous aujourd'hui.

Madame Hall, hier, le premier ministre et la ministre des Aînés ont annoncé qu'on offrirait un supplément de 300 \$ non imposable aux bénéficiaires de la Sécurité de la vieillesse ainsi qu'un montant de 200 \$ supplémentaire aux personnes admissibles au Supplément de revenu garanti, décision dont bénéficieront entre six millions et huit millions de Canadiens. C'était en plus des annonces précédentes concernant le financement versé aux organismes communautaires.

J'aimerais savoir ce que vous pensez de l'annonce d'hier concernant les aînés.

Mme Jodi Hall: Comme on l'a fait remarquer, il est clair qu'il y a des personnes au pays qui vont grandement en bénéficier.

La portée de la prestation soulève des questions. Suffit-elle? Rejoindra-t-elle assez d'aînés qui ont réellement des besoins? On s'interroge sur les personnes institutionnalisées. Y auront-elles droit, et comment cela se traduira-t-il?

Bien sûr, je crois que c'est une décision positive de pouvoir soutenir des personnes qui ont des besoins uniques dans le contexte de la pandémie de COVID, mais elle soulève d'autres questions concernant les personnes exactes à qui elle s'applique. Il serait utile de recevoir de plus amples informations.

M. Darren Fisher: Je vous remercie de votre réponse.

Madame Mackenzie, en parlant du facteur d'exception, vous avez incité tous les membres du Comité à le prendre en note et à le surligner.

J'ai l'impression que les discussions à propos des travailleurs et des clients des établissements de soins de longue durée ont commencé à mettre l'accent surtout sur l'EPI, et pas nécessairement sur les mesures de surveillance et les mesures d'hygiène de base. Je pensais que vous pourriez peut-être nous en dire un peu plus au sujet des premiers jours de cette éclosion.

Mme Isobel Mackenzie: Absolument. Quand on prend l'exemple de ce qui s'est passé au centre Lynn Valley, faute d'une meilleure expression, je parle de leadership clinique. Il faut faire preuve d'un solide leadership clinique, surtout dans le contexte actuel.

Les préposés aux soins communautaires constituent 70 % du personnel de soins dans les centres de soins infirmiers au pays: les préposés aux services de soutien à la personne, comme vous les appelez dans l'Est, et les préposés aux soins, comme on les appelle dans l'Ouest. Comprendre la prévention des infections, le fonctionnement de l'équipement de protection personnelle, l'utilisation des masques N95 et les procédures d'aérosolisation a été, je pense, un élément qu'il manquait.

Cet élément fait partie intégrante de la question des préposés aux soins dans nos centres de soins de santé. C'est un endroit où le gouvernement pourrait faire preuve de leadership. Je suis frappée que nous ayons des normes nationales — pas seulement des normes, mais des examens — pour les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées, mais pas pour les préposés aux soins. Une des façons de faire en sorte qu'une personne se sente valorisée et d'attirer les gens vers ce qu'on appelle une profession est d'établir ces normes.

Au cours des 20 années pendant lesquelles j'ai travaillé principalement avec des préposés aux soins — j'ai aussi travaillé avec des infirmières et des infirmières auxiliaires autorisées — ils avaient soit de la formation. Ils voulaient pouvoir suivre des cours. Notre système est organisé... C'est très frustrant. Je pouvais envoyer mes infirmières en formation sans avoir à les remplacer. C'était facile. Si j'envoyais mes préposés aux soins en formation, je devais leur trouver des remplaçants. C'était coûteux, si bien qu'ils ont été laissés pour compte en quelque sorte dans tout cela.

Je pense que c'est un secteur: le leadership fédéral en matière de normes, pas seulement en ce qui concerne ce qui se passe dans les

centres de soins de santé et les ratios des niveaux de soins, mais en ce qui concerne le niveau de formation. Je suis fortement en faveur des examens normalisés. Ils doivent avoir un volet pratique et écrit, je comprends, et ils ne disent pas tout. Ils ne tiennent pas compte du QE, du quotient émotionnel, nécessaire pour pouvoir offrir ce type de soins.

Mme Hall a tout à fait raison. La mauvaise personne qui a reçu la bonne formation peut autant mener à la catastrophe — en fait, je dirais plus même — que la bonne personne qui n'a pas reçu la bonne formation. Nous devons faire attention.

Il est clair que l'équipement de protection individuelle est un exemple où, si on offrait une meilleure formation, une formation de niveau plus élevé et plus normalisée, nous pourrions avoir... On a suscité énormément de préoccupation et d'anxiété à cet égard. Je pense que lorsque nous prendrons du recul pour examiner la situation, nous prendrons conscience que oui, c'était important, mais qu'il y avait vraiment un autre élément. Je pense que c'est un secteur clé dans lequel le gouvernement pourrait aussi faire preuve de leadership.

• (1835)

Le président: Merci, monsieur Fisher.

M. Darren Fisher: Merci.

Le président: Nous allons maintenant céder la parole à M. Desilets.

[Français]

Monsieur Désilets, vous disposez de deux minutes et demie.

M. Luc Desilets (Rivière-des-Mille-Îles, BQ): Je vous remercie, monsieur le président.

Bonjour à tous les témoins, que je remercie d'avoir répondu à notre appel et de partager leur expertise. J'en suis très heureux.

Mes questions s'adresseront à vous, monsieur Brunet. Vous avez fait référence à votre projet de loi déposé le 25 avril dernier et qui traite de supervision souhaitée, de direction, de contrôle un peu plus présent. Pouvez-vous nous en parler un peu plus ainsi que de la réception que ce projet de loi a eue?

M. Paul G. Brunet: En fait, nous avons remis ce projet de loi aux deux nouvelles ministres Mmes McCann et Blais, en janvier 2019, après leur nomination. Nous leur avons dit de ne pas tenir d'autres commissions politiques ou parlementaires puisque tout était écrit et documenté.

Depuis 30 ans, on sait comment traiter une personne âgée, manipuler quelqu'un qui est lourdement paralysé ou qui souffre de différents problèmes de santé et préparer quelqu'un à manger quand cette personne a des problèmes de déglutition. Tout est écrit. Maintenant, il faut le faire.

Nous nous sommes inspirés de ces rapports, lesquels proviennent généralement du ministère québécois de la Santé lui-même, et nous avons proposé un projet de loi de base qui traite du minimum des soins et des services à fournir. Qu'il s'agisse de buanderie, d'alimentation, de choix des menus ou autre, tout est couvert. Il suffit maintenant de le mettre en application.

M. Luc Desilets: Dans le recours collectif que vous dirigez, on fait référence au mot « maltraitance ». J'aimerais que vous me donniez votre définition de cette maltraitance.

M. Paul G. Brunet: En fait, le concept de maltraitance a été intégré dans une loi du gouvernement libéral il y a quelques années. C'est la même définition que donne l'Organisation des Nations unies. C'est un geste ou l'omission d'un geste qui devrait être empreint de confiance et de sécurité envers la personne qui est censée le recevoir, que ce soit une parole ou un geste, et qui fait une différence, souvent négative, entre quelque chose qui est serein, confortable et sécuritaire et quelque chose qui ne l'est pas. C'est assez vaste.

Nous nous sommes servis, entre autres, de ce concept de maltraitance, qui ne semble pas exister ailleurs au Canada, pour faire nos allégations de maltraitance dans le réseau de la santé, que ce soit en matière d'alimentation, de soins d'hygiène, de soins minimums de base pour les dents.

Avant même la crise de la COVID-19, nous reprochions au réseau une vingtaine de griefs qui feront l'objet d'un procès. Le recours collectif a été accepté par la Cour supérieure. Nous attendons le procès.

• (1840)

M. Luc Desilets: D'accord.

Qu'en est-il des soins de base dans les résidences au Québec? Selon vous, est-ce qu'ils se donnent? Parle-t-on toujours de deux bains ou d'un bain toutes les deux semaines?

M. Paul G. Brunet: Vous savez, depuis 2003, il y a des orientations ministérielles. De la documentation a été établie sous la gouverne de l'ancien ministre de la Santé, M. Couillard, mais on n'a pas appliqué ces règles. Je l'ai dit, tout est documenté.

Nous nous sommes battus pour que la lessive des vêtements personnels des gens soit payée. Nous nous battons présentement pour que les gens qui ne sont pas incontinents ne soient pas forcés de porter une couche d'incontinence. Quelle honte! Nous nous battons pour ces soins élémentaires. Ce n'est pas des farces.

Présentement, il y a des problèmes très sérieux et cela fait l'objet d'un recours collectif. Ce sont des soins de base, ce à quoi on s'attend. Comment fait-on la lessive? Des avocats m'ont demandé lors du recours comment on lavait les vêtements. On les lave comme chez vous, maître, madame, monsieur: le blanc séparé des couleurs; les vêtements délicats dans une brassée délicate. Quatre avocats de chez Fasken Martineau DuMoulin LLP me l'ont demandé.

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Desilets.

[Français]

M. Luc Desilets: Je vous remercie.

[Traduction]

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

Monsieur Davies, vous disposez de deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci.

Madame Hall, je veux simplement m'assurer que j'ai compris clairement ce que vous avez dit. Je comprends les faits que vous avez présentés. Êtes-vous d'avis que le secteur des soins de longue durée n'a pas le droit de présenter des demandes de financement des infrastructures auprès du gouvernement fédéral?

Mme Jodi Hall: Oui, nous croyons comprendre qu'aux termes des fonds d'infrastructure prévus dans le cadre de la stratégie sur le

logement, nous n'avons pas le droit de présenter des demandes de financement.

M. Don Davies: Nous avons entendu des témoignages indiquant que les infrastructures des établissements de soins de longue durée du Canada sont grandement problématiques, et mes recherches ont démontré la même chose.

Le gouvernement fédéral vous a-t-il fourni des explications ou une raison fondée pour laquelle les établissements de soins de longue durée ne remplissent pas les conditions requises pour recevoir ce financement?

Mme Jodi Hall: Il semble y avoir un manque de compréhension et peut-être de la confusion. Certaines personnes avaient l'impression que nous étions admissibles à ce financement, mais, en fait, nous avons déterminé que ce n'était pas le cas. C'était donc une notion qu'il était essentiel que nous comprenions.

De plus, il est souvent mentionné que cet enjeu relève des provinces. Cet enjeu est alors de compétence provinciale. Il est important de noter que, compte tenu du vieillissement de notre population et des coûts croissants que nos systèmes de santé imposent aux gouvernements provinciaux, ces gouvernements disposent de ressources extrêmement limitées.

Nous semblons avoir atterri dans une zone grise, si je peux l'appeler ainsi. Nous respectons assurément les responsabilités fédérales et provinciales, mais nous considérons que ce secteur est un domaine de responsabilités partagées. C'est la raison pour laquelle nous demandons que le gouvernement fédéral collabore avec les provinces et le secteur afin de nous aider à répondre à ces besoins en matière d'infrastructure.

M. Don Davies: Le gouvernement fédéral a octroyé aux provinces plusieurs milliards de dollars qui ciblaient la santé mentale, laquelle est également administrée par les provinces. Je me souviens qu'en 2009, après la récession, le gouvernement conservateur de l'époque avait fourni des fonds pour la construction d'infrastructures, dont des installations récréatives comme des centres de curling et des arénas. Il n'y avait certainement aucun obstacle constitutionnel à cela.

Madame Langolf, vous avez eu l'occasion de visiter des foyers pour personnes âgées et des établissements de soins de longue durée en Colombie-Britannique, lorsque vous étiez présidente de Cosco. J'aimerais aussi que vous commenciez à parler de vos opinions sur les soins à domicile et sur la façon dont ils pourraient figurer dans l'équation. Qu'avez-vous remarqué lorsque vous avez visité ces établissements? Selon vous, quelle place les soins à domicile occupent-ils?

Mme Gudrun Langolf: L'une des raisons pour lesquelles nous examinons la possibilité d'éliminer progressivement les soins de longue durée, bien que nous ne puissions pas les supprimer complètement, c'est que les gens préfèrent demeurer dans leur propre résidence. Je ne crois pas avoir besoin de vous montrer des études à cet égard. C'est plutôt évident, d'après tous les genres de documentation qui existent.

Le président: Je suis désolé, madame Langolf. Pourriez-vous parler plus fort, s'il vous plaît?

Mme Gudrun Langolf: Bien sûr. Je vais tenter de le faire.

Manifestement, tous les gens ne devraient pas être logés dans des établissements de soins de longue durée. Je sais que certains de ces établissements sont meilleurs que d'autres et que les gens y sont plus ou moins logés confortablement. Toutefois, la grande majorité des personnes âgées préféreraient ne pas vivre dans ces établissements. Pour qu'ils puissent éviter ces endroits, sauf s'ils souffrent de problèmes de santé difficiles ou compliqués qui requièrent des soins 24 heures par jour, sept jours par semaine, bon nombre de leurs besoins pourraient être satisfaits dans leur demeure, si celle-ci était adaptée d'une manière qui serait pratique, en fonction de leurs besoins, quels qu'ils soient.

L'un des phénomènes que nous avons observés est une diminution des services de soins à domicile. Tout n'était pas couvert, et il semblait y avoir des distinctions entre l'entretien ménager, la préparation de repas, l'administration de médicaments ou de traitements, comme si ces services étaient distincts. Si votre résidence n'est pas hygiénique, vous serez dans une mauvaise situation. Je ne comprends pas comment on peut dissocier le nettoyage, la propreté ou les services de buanderie des conditions de santé en général.

Cela peut sembler étrange, mais je pense que les soins offerts aux personnes âgées doivent combiner certains services ou englober la gamme complète de services qui se termineront peut-être par l'étape finale, qui consiste, en général, en un séjour aux soins palliatifs ou dans un établissement de soins de longue durée. C'est là le processus inévitable du vieillissement. Tôt ou tard, nous ferons tous face à cela. Avec un peu de chance, cela se produira plus tard pour nous tous, mais c'est la façon dont cela se déroulera.

Je crois que cette pandémie nous a donné l'occasion d'examiner la situation actuelle de façon critique ou d'appliquer quelques raisonnements critiques à l'égard des types de mesures qui pourraient être prises pour améliorer les choses. Je pense que les personnes comme M. Armstrong, Isobel Mackenzie et bon nombre d'autres in-

tervenants ont collecté une grande quantité de renseignements. Nous préférierions vraiment éviter que d'autres études détaillées soient menées. Il serait peut-être bon de réunir tous ces renseignements et de déterminer comment ils pourraient être appliqués à l'échelle nationale.

Les personnes âgées sont à court de temps. Je suis septuagénaire, et je ne souhaite pas attendre 15 années de plus avant que nous réglions ce problème. Il doit être réglé, et nous devons nous en occuper. Comme Mme Mackenzie l'a mentionné, il serait stupide de ne pas saisir cette occasion d'agir. Il y a d'énormes quantités de gens qui prennent conscience de la réalité...

• (1845)

Le président: Madame Langolf, pourriez-vous conclure votre intervention, s'il vous plaît?

Mme Gudrun Langolf: Je vous remercie infiniment de votre attention. J'aime vraiment monter sur cette tribune.

Le président: Merci. Cela nous a plu aussi.

M. Don Davies: Merci.

Le président: Cela met fin à la troisième série de questions. J'aimerais remercier tous les témoins d'avoir passé du temps avec nous cet après-midi et de nous avoir communiqué tous les précieux renseignements dont ils disposaient. Cela nous aide énormément dans notre travail.

J'aimerais également remercier tous les membres du Comité. De plus, je vous remercie tous d'avoir fait preuve de patience pendant nos difficultés techniques. Enfin, je remercie tous nos techniciens qui sortent quotidiennement afin de résoudre des problèmes pour nous venir en aide.

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>