



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

Comité permanent de la défense nationale

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 007

Le vendredi 27 novembre 2020

Présidente : Mme Karen McCrimmon



Comité permanent de la défense nationale

Le vendredi 27 novembre 2020

• (1300)

[Traduction]

La présidente (Mme Karen McCrimmon (Kanata—Carleton, Lib.)): La séance est ouverte.

Bonjour tout le monde.

Bienvenue à cette 7^e réunion du Comité permanent de la défense nationale. La réunion d'aujourd'hui se déroule dans un environnement hybride, conformément à l'ordre de la Chambre du 23 septembre 2020. Les délibérations seront diffusées sur le site Web de la Chambre des communes. Comme vous le savez, l'émission Web montrera toujours la personne qui a la parole, plutôt que l'ensemble du Comité.

J'aimerais vous informer que nous avons, au total, six témoins aujourd'hui. J'aimerais donc vous prévenir que je serai particulièrement sévère en ce qui concerne le respect des limites de temps et du temps imparti pour les questions. Je pense que c'est très important. Tous ces témoins ont quelque chose à apporter à notre étude, et je tiens à les remercier de participer à la réunion d'aujourd'hui.

J'aimerais vous présenter nos témoins avec une courte biographie pour chacun d'eux. Tout d'abord, nous accueillons Carole Estabrooks, professeure à l'école de santé publique de la University of Alberta. Elle a été présidente du groupe de travail de la Société royale du Canada sur les soins de longue durée, qui compte parmi ses membres des personnes éminentes dont nous avons entendu parler. En juin 2020, ce groupe de travail a publié un document d'information politique dans lequel il met en évidence les lacunes de notre secteur des soins de longue durée et formule des recommandations à cet égard.

[Français]

M. Alexis Brunelle-Duceppe (Lac-Saint-Jean, BQ): Madame la présidente, j'aimerais invoquer le Règlement.

Je suis vraiment désolé de commencer la séance de cette façon et je sais que nous n'avons pas beaucoup de temps, mais malheureusement, je ne reçois pas l'interprétation en français. Pourtant, j'ai bien choisi le canal réservé à cette fin.

Est-ce que je suis le seul à connaître ce problème?

La présidente: D'accord.

Merci beaucoup.

Le greffier du Comité (M. Michel Marcotte): Pouvez-vous parler?

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Je peux le faire, mais je n'entends pas.

Le greffier: De cette façon, cela fonctionne.

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Oui, je vous entends, maintenant. C'est parfait.

Merci.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Brunelle-Duceppe.

[Traduction]

Nous poursuivons donc la réunion.

Réjean Hébert est professeur à l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Il a été membre du groupe de travail de la Conseillère scientifique en chef sur les soins de longue durée dont les membres, encore une fois, ont formulé des recommandations sur la façon de relever les défis posés par la lutte contre la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée.

Ensuite, nous accueillons M. Richard Shimooka. Il est agrégé supérieur à l'Institut Macdonald-Laurier. De plus, il a écrit de nombreux articles sur les Forces armées canadiennes.

Nous accueillons également Mme Michelle van Beusekom, cofondatrice du mouvement Des fonds d'urgence pour les CHSLD. Il s'agit d'un groupe spécial de citoyens formé en avril 2020 pour encourager la prise de mesures énergétiques pour lutter contre la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée.

Ensuite, nous accueillons deux représentants du ministère de la Défense nationale, à savoir le Col Scott Malcolm, médecin général adjoint, et la Maj Karoline Martin. La Maj Martin était commandante du personnel des Forces armées canadiennes déployé dans les établissements de soins de longue durée.

Compte tenu du nombre de témoins que nous accueillons aujourd'hui, je leur ai demandé de tenter d'utiliser au plus cinq minutes pour leur déclaration. Toutefois, puisque certains d'entre eux avaient déjà préparé des notes d'allocation de 10 minutes ou des documents d'information, j'aimerais obtenir l'accord des membres du Comité pour que les documents plus longs, une fois traduits, soient fournis par les témoins et ajoutés en annexe aux témoignages de la réunion.

Des députés: D'accord.

[Voir l'annexe — Déclaration de Carole Estabrooks]

[Voir l'annexe — Déclaration de Réjean Hébert]

[Voir l'annexe — Déclaration de Richard Shimooka]

[Voir l'annexe — Déclaration de Michelle van Beusekom]

[Voir l'annexe — Déclaration du Col Scott Malcolm]

La présidente: Je vous remercie beaucoup.

Puisque la partie administrative de la réunion est terminée, nous entendrons maintenant la déclaration de Mme Estabrooks. Vous avez la parole.

Mme Carole Estabrooks (professeure, University of Alberta, à titre personnel): Je vous remercie beaucoup.

Au Canada, nous avons la chance de pouvoir faire appel aux Forces armées canadiennes en cas de crise.

Je leur suis reconnaissante d'avoir pris en charge les soins dans les établissements de soins de longue durée pendant la première vague de la pandémie. Ces gens se sont rendus dans des environnements de soins accablés qu'ils connaissaient peu, et ce, sans avoir le temps de se préparer. Je leur suis reconnaissante d'avoir réussi à stabiliser certaines parties du système de soins de longue durée qui s'était enfoncé dans une grave crise, ce qui a permis d'éviter d'autres souffrances et des décès inutiles. Je leur suis reconnaissante d'avoir respecté leur obligation de signaler, car ces rapports alarmants ont attiré l'attention des Canadiens et de nos dirigeants sur la catastrophe en cours.

Au Canada, plus de 80 % des décès attribuables à la COVID-19 ont eu lieu dans le secteur des soins de longue durée, ce qui est une proportion beaucoup plus élevée que dans tout autre pays. Comment cela a-t-il pu se produire? Cette situation n'a pu se produire qu'en accordant une importance moindre aux personnes âgées, et surtout aux personnes âgées souffrant de démence, et en accordant moins d'importance aux soins dispensés dans les établissements de soins de longue durée qu'à ceux dispensés dans les hôpitaux et les unités de soins intensifs.

Nous savions dès le début de la pandémie que les choses n'allaient pas bien dans les établissements de soins de longue durée et qu'elles pouvaient rapidement devenir catastrophiques, que l'attention et les mesures favorisaient les jeunes et les hôpitaux et que des décennies de négligence et de gestion axée sur les coûts les moins élevés possible avaient créé ces conditions. Pourtant, lorsque les rapports des militaires sur les conditions liées à la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée ont été publiés, nous avons sursauté, nous avons versé des larmes et certaines personnes ont commencé à éprouver une colère palpable. Je regrette que nos militaires aient dû intervenir, mais je suis contente qu'ils l'aient fait.

Notre gouvernement et notre société savaient — ou auraient dû savoir —, ce qui se passait. Par exemple, le rapport de la Société royale du Canada sur la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée a recensé plus de 150 reportages publiés dans les médias au cours des 10 dernières années sur l'état des établissements de soins de longue durée dans notre pays. Depuis plus de 50 ans, les gouvernements, les organismes, les syndicats et les médias font état d'abus, de ressources insuffisantes, de négligence, etc. dans le secteur des soins de longue durée. Rien qu'au cours des trois dernières décennies, plus de 80 rapports canadiens ont été produits à un coût considérable et des thèmes communs ont été dégagés, mais peu de mesures ont été prises. Chaque événement a été considéré comme un événement indépendant et isolé, et non comme faisant partie de problèmes systémiques qui persistent depuis longtemps.

Au cœur des défis posés par les soins de longue durée et la main-d'œuvre, outre l'âgisme, se trouve également le sexisme non dissimulé. En effet, la prise en charge des personnes âgées dans le système des soins de longue durée est considérée comme étant seulement un « travail de femme » que tout le monde peut faire. Bien entendu, c'est complètement faux. Il s'agit d'un travail complexe,

exigeant et qualifié. Il est effectué par un groupe de préposés aux services de soutien à la personne composé à plus de 90 % de femmes plus âgées et à plus de 50 % d'immigrants. Ce sont les travailleurs les moins bien payés du système de soins de santé, et ils sont souvent privés des avantages sociaux et de la sécurité offerts par un poste à temps plein. De plus, ils sont mal préparés et ne reçoivent à peu près aucune formation continue. Cette main-d'œuvre représente la version moderne des travailleurs qui habitaient dans les refuges pour les pauvres au XVII^e siècle, à l'époque élisabéthaine.

Avant de terminer, j'aimerais brièvement parler de la santé mentale des militaires et des travailleurs civils dans les conditions liées à la COVID-19. Nous savons qu'ils font face et qu'ils continueront à faire face à des défis en matière de santé mentale. En Italie, par exemple, on estime qu'environ 50 % des travailleurs du secteur des soins de longue durée souffrent de troubles d'anxiété modérés à graves et d'un état de stress post-traumatique. On estime également qu'environ 90 % des travailleurs éprouvent des symptômes d'anxiété légers. Ces effets persisteront pendant des années et des décennies, mais ils causeront moins de préjudices si nous agissons maintenant pour soutenir les travailleurs de première ligne et les personnes âgées qui ont survécu dans les établissements de soins.

Je suis heureuse de constater que l'on offre du soutien pour la santé mentale et le bien-être des militaires qui étaient en affectation temporaire. Nous devons maintenant aborder la question de la santé mentale et du bien-être des membres du personnel des établissements de soins de longue durée en affectation permanente, car ces derniers ne profitent pas d'un tel soutien.

En terminant, je tiens à remercier le comité de m'avoir invitée à comparaître. Le système des soins de longue durée auquel nous confions nos proches a longtemps été négligé en raison d'une discrimination non dissimulée à l'égard des personnes âgées et des femmes qui font un travail honorable dans le secteur des soins.

Les conditions liées à la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée ont mis en évidence une crainte existentielle bien enracinée chez de nombreux Canadiens, c'est-à-dire la peur de mourir seul. Tout comme Passchendaele en est venu à symboliser le massacre insensé et la souffrance inimaginable des Canadiens qui ont servi dans ce conflit, la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée en est venue à symboliser la mort inutile et la souffrance insensée des personnes qui ont bâti la société canadienne et qui se sont efforcées de faire de notre pays l'un des meilleurs pays au monde où vivre.

Nous n'avons pas besoin de plus de commissions, d'enquêtes ou de rapports. Ce dont nous avons besoin, c'est l'équivalent moderne d'un plan Marshall audacieux et les ressources appropriées pour effectuer un remaniement en profondeur du système de soins de longue durée. Si nous ne faisons rien, une fois le vaccin administré, une fois la COVID-19 derrière nous, une fois les souvenirs effacés et une fois que de nouvelles priorités seront au centre des préoccupations, les établissements de soins de longue durée reviendront aux conditions d'avant la COVID-19, jusqu'au prochain virus. Il n'est pas nécessaire qu'il en soit ainsi.

- (1305)

Nos citoyens les plus âgés peuvent vivre sereinement, en profitant de la dernière étape de leur vie dans des établissements de soins de longue durée dans lesquels leurs fournisseurs de soins ont le temps de contribuer à leur qualité de vie et de leur fournir des soins de qualité. Nous pouvons choisir cette voie.

Je vous remercie.

La présidente: Je vous remercie beaucoup, madame Estabrooks.

[Français]

Je cède maintenant la parole au professeur Hébert.

Dr Réjean Hébert (à titre personnel): Merci, madame la présidente.

Bonjour, mesdames et messieurs.

Je voudrais d'abord remercier le Comité permanent de la défense nationale de m'avoir invité. C'est probablement la seule fois, au cours de ma carrière, où cela va se produire, étant donné que cette question est assez loin de mes préoccupations habituelles.

Je voudrais, d'entrée de jeu, appuyer les propos que ma collègue Carole Estabrooks vient de vous livrer.

- (1310)

Le greffier: Excusez-moi, monsieur Hébert, mais pourriez-vous tenir votre microphone lorsque vous parlez? Cela faciliterait beaucoup l'interprétation.

Merci.

Dr Réjean Hébert: Comme je vous l'ai dit, j'appuie les propos que Mme Estabrooks vient de vous livrer. En effet, j'adhère complètement à son analyse.

Puisque nous disposons de moins de temps pour nous adresser à vous, je vais plutôt insister sur un certain nombre de faits qui devraient scandaliser l'ensemble de la population canadienne.

Au cours de cette première crise, le Québec a vécu un véritable « âgicide ». J'utilise ce mot à dessein, parce que c'est vraiment de cela qu'il s'agit, selon moi. Au Québec, 10 % des personnes vivant dans un CHSLD sont décédées lors de la première vague. Le pourcentage a été de 2,3 % en Ontario et de 0,6 % en Colombie-Britannique. Parmi tous les pays européens, il n'y a que l'Espagne dont les chiffres s'approchent un peu des nôtres. Dans ce pays, 5,3 % des personnes vivant dans un établissement de soins de longue durée sont mortes de la COVID-19. Le nombre de décès a été deux fois plus élevé au Québec.

Pourquoi le Québec a-t-il vécu une telle hécatombe? Plusieurs raisons peuvent être invoquées. Je vais vous en énumérer certaines, d'abord pour que l'expérience du Québec ne se reproduise jamais, que ce soit dans cette province ou ailleurs.

Il est devenu clair qu'au Québec, les conditions de vie dans les établissements comme les CHSLD avaient été négligées au cours des trois dernières décennies. D'abord, la gestion et la gouvernance des CHSLD ont été complètement « avalées » par des établissements de santé beaucoup plus vastes. En effet, dès 2003, les conseils d'administration et les directions générales des CHSLD ont été abolis, et les CHSLD ont été fusionnés avec les hôpitaux et les centres locaux de services communautaires dans chacune des localités au Québec. C'est cette première grande réforme, en 2003, qui a fait perdre aux CHSLD leur entité administrative propre.

En 2015, il y a eu une nouvelle réforme structurelle. C'est dans ce contexte qu'on a créé les Centres intégrés de santé et de services sociaux. Les centres de réadaptation et les centres jeunesse ont été intégrés et les établissements de toute une région ont été fusionnés. Au Québec, on se retrouve donc avec de très grands ensembles qui ont plusieurs missions: la mission hospitalière, bien sûr, qui prédomine toujours; la mission des services de première ligne; la mission des CHSLD; la mission de réadaptation, et celle des centres jeunesse.

Le Nouveau-Brunswick et l'Alberta ont aussi vécu une grande fusion de ce genre, qui place l'hôpital au centre des établissements et qui marginalise les autres missions de ces gros ensembles. On se retrouve donc avec des CHSLD qui ont perdu leur direction propre. L'enquêteur Yves Benoit, qui a produit un rapport d'enquête sur la situation qu'a connue le CHSLD Sainte-Dorothée, précise ce qui suit:

Plus de cinq niveaux hiérarchiques séparent le PDG du CISSS de Laval du premier répondant gestionnaire (coordonnatrice) du CHSLD Ste-Dorothée.

Si on ajoute à cela le ministère, cela fait six niveaux hiérarchiques. Ainsi, avant qu'un problème puisse être soumis à la direction de l'hôpital et qu'une réponse puisse être donnée, il s'écoulait plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Une importante perte d'agilité affectait la gestion de ces établissements.

Les pénuries de personnel, surtout de préposés, sont le deuxième problème important. Au cours des dernières années, on a dévalorisé le travail des préposés, non seulement en leur offrant une rémunération déficiente, mais aussi et surtout, je dirais, en déshumanisant leur travail. Avec le minutage des activités, on a oublié que le rôle d'un préposé est d'offrir un soutien émotif aux résidents. C'est ce qui valorise les préposés. La qualité du milieu de travail s'est détériorée au cours des cinq dernières années, dans la foulée de la grande réforme de 2015. Cette détérioration se traduit par plus d'un demi-milliard de dollars excédentaires en assurance-salaire, par les heures supplémentaires et par le recours à de la main-d'œuvre indépendante.

Le troisième grand problème est la détérioration de l'encadrement médico-infirmier. Les médecins ont été orientés vers la pratique en cabinet. Ils ont donc abandonné la pratique dans les CHSLD. De la même façon, les infirmières ont été orientées vers les hôpitaux, où il y avait des besoins plus importants. Ainsi, l'encadrement médico-infirmier ne permettait plus, dans les CHSLD, de bien suivre les patients et, surtout, de les traiter en cas de détérioration aiguë.

- (1315)

La quatrième grande raison est la vétusté des installations. Certaines installations ont des chambres à lits multiples, des salles de bain partagées, des problèmes de ventilation et de climatisation, des établissements qui n'ont pas de chambre excédentaire pour produire les soins de fin de vie ou qui n'ont pas de chambre d'isolement pour traiter les infections.

La gestion de la pandémie a été déficiente, puisqu'on s'est attardé à gérer la pandémie en préparant les hôpitaux pour accueillir les patients atteints du virus et en transférant massivement des patients en fin de soins actifs vers les CHSLD. On a aussi donné priorité aux hôpitaux pour ce qui est de la prévention et du contrôle de l'infection, si bien qu'il y a eu des négligences à cet égard en CHSLD. Il y a eu la mobilité du personnel, qui existe encore malheureusement et qui a favorisé les éclosions et la propagation du virus. Il y a eu des problèmes de disponibilité du matériel, et on a donné priorité, encore une fois, aux hôpitaux. On a interdit les visites des proches aidants, qui apportent aux résidents non seulement un soutien émotif, mais aussi des soins quotidiens qui sont nécessaires, voire essentiels.

Il y a eu la désignation tardive des zones chaudes au moment de l'éclosion de l'infection, et la non-disponibilité des tests de dépistage pour le personnel qui travaille dans ces centres-là. Ces négligences ont fait qu'on s'est retrouvé avec une crise majeure. Imaginez 10 % des enfants dans les écoles, imaginez 10 % des enfants dans les garderies, imaginez 10 % des membres d'une communauté autochtone. Ce serait scandaleux, tout le monde se révolterait. Toutefois, il n'y en a pas eu, dans cette première vague, de mouvement « *Old Age or Old Lives Matter* » pour les personnes âgées. Je suis tout à fait d'accord avec Mme Estabrooks qu'il y a là un âgisme à peine voilé qui a été révélé par cette pandémie.

Je voudrais remercier les Forces armées canadiennes d'être venues prêter main-forte pour limiter les dégâts de cette pandémie dans nos établissements d'hébergement.

Je vous remercie, madame la présidente.

La présidente: Merci beaucoup, professeur Hébert.

[Traduction]

La parole est maintenant à M. Richard Shimooka.

M. Richard Shimooka (agrégé supérieur, MacDonald Laurier Institute, à titre personnel): Je vous remercie de m'avoir invité à participer à cette réunion. Je vous suis vraiment reconnaissant de me donner l'occasion de comparaître devant le Comité.

Aujourd'hui, mon témoignage et ma déclaration se fondent en grande partie sur mon récent rapport sur l'environnement de défense et de sécurité après la COVID-19. Je suis agrégé supérieur à l'Institut Macdonald-Laurier...

M. James Bezan (Selkirk—Interlake—Eastman, PCC): Madame la présidente, j'invoque le Règlement, car nous entendons l'interprétation en français sur le canal anglais.

[Français]

M. Alexis Brunelle-Duceppe: De plus, nous n'avons pas d'interprétation en français.

Il n'y a plus de problème. C'est réglé.

[Traduction]

M. Richard Shimooka: Je vous remercie.

Je suis agrégé supérieur à l'Institut Macdonald-Laurier, où je me concentre sur la sécurité internationale et les études stratégiques et militaires.

Au cours de l'année dernière, la pandémie de COVID-19 a entraîné des bouleversements importants dans l'économie, la politique et la société canadiennes. À l'échelle internationale, on constate que la pandémie a accéléré un certain nombre de tendances de longue

date et qu'elle a introduit plusieurs nouveaux défis. Au cours de la dernière décennie, nous avons été témoins de la fragmentation des arrangements politiques, économiques et militaires qui sous-tendent un ordre international fondé sur des règles. Le consensus de l'après-guerre froide s'est effondré et, en partie à cause du conservatisme croissant des acteurs nationaux dans les relations internationales, la Russie, la Chine et l'Iran ont rejeté cet ordre dirigé par l'Occident ou se sont efforcés de l'usurper.

L'effritement du consensus de l'après-guerre froide s'est produit chez nos proches alliés, où le populisme et le nationalisme ont émergé comme des forces puissantes et perturbatrices. Leur croissance est imputée à divers degrés à la faiblesse historique de la confiance de la population envers les institutions gouvernementales, au déclin des perspectives économiques et à l'évolution rapide des sociétés.

Parmi les manifestations, on trouve des leaders populistes comme Viktor Orbán en Hongrie ou Jair Bolsonaro au Brésil. L'un des signes les plus évidents de cette ère naissante de concurrence entre les puissances mondiales se manifeste dans la sphère militaire. En effet, au cours de la dernière décennie, les grandes puissances militaires ont entrepris un effort de modernisation spectaculaire, qui comprend des augmentations de financement, des réorientations des structures des forces et la mise en œuvre de nouvelles capacités. L'ampleur de ces avancées technologiques distingue sans doute cette période des précédentes, et elles auront des répercussions sur la nature fondamentale de la guerre, comme c'est le cas pour l'intelligence artificielle.

• (1320)

[Français]

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Madame la présidente, j'aimerais invoquer le Règlement. Je suis désolé.

L'interprète fait ce qu'elle peut, mais c'est malheureusement trop difficile d'interpréter ce que dit le témoin. Peut-être que s'il parlait plus lentement, cela pourrait aider notre interprète. Elle vient de me dire que le son est hachuré et qu'elle fait ce qu'elle peut, mais, si on veut l'aider à faire son travail, peut-être qu'on pourrait trouver un moyen.

Le greffier: Effectivement, monsieur Brunelle. On est en train d'y voir.

[Traduction]

Monsieur Shimooka, si vous pouviez vous rapprocher un peu de votre microphone et parler directement dans le micro — et plus lentement —, cela pourrait nous aider à mieux vous entendre.

M. Richard Shimooka: D'accord. Je vous remercie.

Collectivement, ces nouvelles technologies ont augmenté la létalité et le potentiel des moyens d'application de la force. Nombre d'entre elles représentent de vastes améliorations par rapport aux systèmes existants ou n'ont aucun analogue antérieur. Les développements technologiques ne sont pas strictement limités aux questions de cinétique militaire. Ils affectent également nos systèmes politiques, économiques et sociaux, par exemple en ce qui concerne la cybercapacité. L'un des aspects les plus problématiques de cette réalité militaire émergente est peut-être l'absence de normes liées à ces nouvelles technologies, ce qui peut entraîner une plus grande instabilité.

La pandémie de COVID-19 a miné davantage la confiance du public à l'égard des structures de gouvernance des États occidentaux, un fait qui est exacerbé par les campagnes de désinformation que mènent des puissances étrangères. On le constate par les grandes manifestations et les troubles civils liés aux mesures de santé publique et la montée de l'extrême droite et des milices violentes dans plusieurs pays.

De plus, les mesures d'urgence et les mesures économiques que les États ont prises en réponse à la pandémie font en sorte que bon nombre d'entre eux se retrouvent avec des dettes énormes qui les amèneront à prendre des mesures d'austérité pendant des décennies, ce qui limitera leur capacité à résoudre des problèmes tant au sein de leur pays qu'à l'étranger. Ces problèmes sont particulièrement importants pour les pays en développement, qui sont moins bien équipés pour faire face aux conséquences économiques et politiques de la pandémie. Ils sont confrontés à un système commercial mondial affaibli et à un risque croissant de fragmentation politique en raison des mêmes forces qui ont des répercussions sur les pays développés.

Au lendemain de la pandémie, de nombreux États axeront leurs efforts sur le redressement de leur économie et de leur société. C'est le cas de notre voisin du Sud. La nouvelle administration Biden a déjà souligné qu'il lui faudrait se concentrer sur les questions nationales dès son entrée en fonction. Au sujet des affaires étrangères, le président élu a été clair. Il estime que la diplomatie est un outil essentiel de la politique étrangère des États-Unis, et c'est quelqu'un qui collabore dans le cadre d'alliances et d'institutions internationales. Même si son administration exercera probablement un plus grand leadership que celle de son prédécesseur, cela signifie que le Canada et d'autres alliés devront prendre en charge un fardeau de plus en plus lourd concernant la sécurité internationale, malgré le fait qu'ils ont les mêmes défis économiques et politiques que les États-Unis. Parallèlement, nous serons moins en mesure de compter sur des institutions multilatérales qui ont souffert d'importants problèmes de légitimité et de crédibilité en raison de la pandémie.

Les Forces armées canadiennes risquent d'être confrontées à des demandes plus importantes à l'étranger dans les années à venir, car les États faibles succombent aux pressions centrifuges qui sont créées par le climat économique et politique difficile. De plus, moins d'États développés souhaitent participer aux efforts de stabilisation. La nature de ces conflits présente des risques importants pour les Forces armées canadiennes. La prolifération de nouvelles technologies et capacités compliquera considérablement la capacité du Canada d'intervenir également. Le conflit dans le Haut-Karabakh montre dans quelle mesure des véhicules aériens sans pilote relativement modestes peuvent avoir des conséquences décisives sur le champ de bataille. Leur faible coût est particulièrement préoccupant. L'Arménie et l'Azerbaïdjan sont des économies relativement modestes qui pourraient facilement se payer ces nouvelles capacités.

Les Forces armées canadiennes ne doivent pas seulement se préparer à des conflits dans lesquels les moyens sont modestes. Nous pouvons constater que, jusqu'à présent, la Chine a traversé la pandémie en meilleure position que la plupart des autres économies développées. Elle affiche un taux de croissance positif pour le reste de l'année. Pendant ce temps, la Fédération de Russie a continué à jouer un rôle perturbateur sur la scène internationale, même si elle subit les effets de la pandémie. Ainsi, les problèmes que présente un conflit entre grandes puissances deviendront probablement de plus en plus préoccupants à mesure que la décennie avancera.

Pour relever ces défis, les Forces armées canadiennes doivent devenir de plus en plus agiles, surtout quant à la manière dont elles acquièrent et intègrent ces nouvelles technologies. Le livre blanc sur la politique de défense de 2017, intitulé *Protection, sécurité, engagement*, est beaucoup trop rigide en cette époque où la technologie évolue rapidement. Bon nombre de ces systèmes nécessitent des mises à jour rapides et fréquentes pour conserver leur capacité de combat, mais notre gouvernement n'est pas bien organisé pour le faire.

Le système d'approvisionnement lui-même est gravement ralenti par un système de surveillance trop réglementé qui cause des retards et des dépassements de coûts pour les projets. Ces problèmes sont exacerbés par le fait que les gouvernements qui se sont succédé ont considéré l'approvisionnement en défense comme un moyen de diriger l'argent du gouvernement vers d'autres intérêts au pays. Cela ne fait que retarder davantage les achats et gruger le budget de la défense. La tentation d'exploiter davantage l'approvisionnement en défense à ces fins sera particulièrement forte compte tenu des problèmes économiques importants auxquels le pays est confronté.

Rien de tout cela ne suggère que le Canada devrait agir comme un policier mondial lorsqu'un conflit éclate; cependant, la trajectoire des relations internationales récentes, en particulier après la pandémie, suggère que le monde devient de plus en plus instable et qu'il pourrait être nécessaire de recourir aux forces militaires pour assurer la sécurité et la prospérité de ce pays. Les Canadiens doivent être lucides quant aux défis auxquels ils sont confrontés, et le pays doit disposer des outils qu'il faut pour les relever.

Merci.

• (1325)

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Shimooka.

C'est maintenant au tour de Mme van Beusekom.

Mme Michelle van Beusekom (co-fondatrice, Des fonds d'urgence pour les CHSLDs, à titre personnel): Madame la présidente, mesdames et messieurs, je vous remercie de m'avoir invitée à témoigner aujourd'hui.

Je suis cofondatrice du groupe Des fonds d'urgence pour les CHSLDs, un groupe de citoyens ad hoc qui a lancé une pétition le 7 avril dernier afin de réclamer des fonds d'urgence pour les soins de longue durée; la mise en œuvre d'une stratégie nationale coordonnée; et l'établissement de normes communes. Jusqu'à maintenant, notre pétition a recueilli plus de 98 000 signatures de gens de toutes les provinces et de tous les territoires du Canada.

Je m'adresse également à vous aujourd'hui en tant que personne qui a une expérience et un point de vue uniques. Mes deux parents vivent au Grace Manor, l'un des cinq établissements de soins de longue durée de l'Ontario qui ont reçu de l'aide militaire en mai.

J'aimerais souligner que bon nombre d'entre nous dont des proches vivent dans des établissements de soins de longue durée avaient vu venir cette tragédie. Nous connaissons bien les lacunes systémiques de ce secteur. Lorsque nous avons vu ce qui se passait en Espagne et en Italie en février, nous avons rapidement compris ce qui s'en venait ici. Le manque chronique de personnel est endémique dans ce secteur. Lorsqu'on a interdit aux familles et aux bénévoles l'accès aux CHSLD le 13 mars dans de nombreuses régions du pays, nous savions que le personnel déjà débordé serait rapidement dépassé par la situation. Notre anxiété s'est accrue lorsque nous avons appris que le personnel des établissements de soins de longue durée devait se battre pour avoir accès à de l'équipement de protection individuelle. C'est avec horreur que nous avons vu les éclosions se déclarer les unes après les autres. Pourtant, dans bien des régions, les établissements de soins de longue durée ne figuraient pas parmi les priorités des autorités de santé publique pour ce qui est de l'accès au dépistage afin de garantir une évaluation et un regroupement rapide des résidents en cohorte.

L'établissement dans lequel vivent mes parents, à Brampton, en Ontario, a signalé son premier cas de COVID le 7 avril. Chaque jour, le nombre de cas augmentait, mais ils ont dû attendre huit longs jours après ce premier cas positif pour que leur autorité de santé publique, qui suivait les directives du ministère de la Santé de l'Ontario, donne enfin accès au dépistage à tous les résidents.

Il était alors bien trop tard. Dans leur établissement de soins de longue durée, qui compte 120 résidents et 36 employés, il y a eu 65 cas parmi les résidents, dont mes deux parents, et 21 cas parmi les employés, ce qui s'est finalement traduit par 12 décès, dont deux employés.

Avec des effectifs aussi réduits, les employés restants travaillaient jusqu'à 16 heures par jour. La direction de Holland Christian Homes, l'organisation à but non lucratif qui gère le Grace Manor, a demandé l'aide de la province de l'Ontario et des autorités locales de la santé. Elle souhaitait établir un partenariat avec les deux hôpitaux locaux de Brampton et recevoir du personnel médical redéployé de ces hôpitaux. Lorsque cela ne s'est pas produit, elle a demandé — en dernier recours dans une situation de plus en plus désespérée — à ce qu'on prenne l'établissement en considération pour une aide militaire. Le 24 avril, le gouvernement de l'Ontario a officiellement fait la demande d'aide militaire au nom de cinq établissements.

Pour le Grace Manor, cette aide était essentielle. Il avait perdu la moitié de son personnel. La présence militaire a donné au personnel de base restant la marge de manœuvre nécessaire pour recruter, faire venir de nouveaux membres du personnel et les former et s'assurer que des protocoles de prévention des infections appropriés étaient bien en place. Le personnel militaire a également fourni un contact humain bien nécessaire aux résidents — dont bon nombre d'entre eux sont fragiles, vulnérables et confus — qui, à ce stade, avaient été complètement privés de toute visite en personne avec des membres de leurs familles depuis plus d'un mois. Mon père aimait tellement ses conversations avec le personnel militaire qui venait de la Nouvelle-Écosse et de Petawawa, par exemple. Il m'a dit hier que c'était une bonne chose que les militaires soient venus.

Pourquoi cela s'est-il produit? Pourquoi l'aide militaire était-elle nécessaire? Comment les choses se sont-elles détériorées à ce point?

Comme nous l'avons entendu aujourd'hui, la situation s'est détériorée après des décennies de négligence au cours desquelles les di-

rigeants politiques n'ont pas tenu compte des dizaines de rapports qui avaient signalé une foule de problèmes systémiques importants, tels que le sous-financement, le manque chronique de personnel, les mauvaises pratiques de travail, l'absence de normes de soins communes et de formation, la déréglementation, la privatisation et l'absence de reddition de comptes. Nous avons été prévenus à maintes reprises. On n'aurait jamais dû faillir aussi lamentablement à la tâche de protéger les plus vulnérables.

Nous voici aujourd'hui dans la deuxième vague. Plus de 12 000 personnes au Canada ont perdu la vie à cause de la COVID. Parmi toutes les personnes qui sont décédées durant la première vague, 80 % vivaient dans des établissements de soins de longue durée — le pire bilan de tous les pays de l'OCDE. Des dizaines d'établissements de soins de longue durée au Canada sont à nouveau touchés par des éclosions, mais les problèmes liés à l'accès aux tests de dépistage et à la formation rapide de cohortes se répètent.

• (1330)

Kat Cizek est l'une des cofondatrices. Son père vit à Toronto, au centre de soins de longue durée Lakeside, qui est actuellement touché par une éclosion. Des résidents atteints de la COVID ont été laissés au même étage que ceux qui n'ont pas contracté le virus. Une autre cofondatrice — nous ne sommes que quatre —, Kitra Cahana, voit le nombre d'infections parmi les membres du personnel et les résidents monter en flèche au Centre Maimonides à Montréal, où vit son père. Malgré cette éclosion alarmante, l'autorité de santé publique n'a pas rendu le dépistage obligatoire pour le personnel et les visiteurs.

Je n'ai pas de mots pour décrire à quel point il est insupportable de voir la situation se reproduire. Malgré tout ce que nous savons, tout ce que nous avons appris lors de la première vague et toutes les études et recommandations de politique qui ont été faites, si peu de mesures ont été prises pour s'attaquer aux causes premières de cette crise. Nous ne devrions pas faire appel aux militaires comme solution de dernier recours dans la gestion de crise dans un secteur où les problèmes et les solutions sont aussi bien connus. Il ne s'agit pas d'une bonne utilisation des ressources et de la formation militaires. Je suis sûre que le fait de venir en aide à un secteur dont les exploitants privés ont continué à réaliser de beaux profits pour leurs actionnaires tout au long de cette crise a mis en péril les opérations et les budgets militaires de nombreuses manières.

Nous avons commencé à en apprendre sur les répercussions que l'opération Laser a eues sur la santé mentale des militaires qui ont été plongés dans une situation de crise très grave dans un milieu qu'ils ne connaissaient pas nécessairement. Les membres du personnel médical militaire ne sont pas des spécialistes des soins de longue durée. S'occuper de personnes âgées ayant des besoins importants, dont plus de 80 % souffrent d'une forme de démence, est un travail spécialisé, même si notre société ne le reconnaît pas comme tel.

Dans le discours du Trône du 23 septembre, le gouvernement fédéral s'est engagé à établir des normes nationales, mais près de 10 semaines plus tard, les détails et le calendrier n'ont pas été communiqués. Il est tellement décourageant de voir les querelles de compétences bloquer la vague de soutien de la population dans tout le pays en faveur de l'établissement de normes nationales. Il est impératif que tous les gouvernements se réunissent pour réparer ce système défaillant.

Je suis tellement reconnaissante envers l'armée d'avoir été là pour mes parents et pour le Grace Manor. Je ne veux plus jamais voir une telle situation se reproduire. Ce secteur doit être soutenu comme il se doit. Les problèmes de longue date doivent être résolus. Nous devons prendre des mesures concrètes en ce qui concerne ces normes nationales. L'armée a d'autres tâches à accomplir. Au nom des 98 000 personnes qui ont signé notre pétition, j'espère que nous pouvons compter sur vous pour nous aider à atteindre cet objectif.

Merci.

La présidente: Merci beaucoup, madame van Beusekom.

Colonel Malcolm, je crois que c'est vous qui allez faire la déclaration préliminaire.

Col Scott Malcolm (médecin général adjoint, Quartier-général du Groupe des services de santé des Forces Canadiennes, ministère de la Défense nationale): Oui, madame la présidente. Merci.

Madame la présidente, mesdames et messieurs du Comité permanent de la défense nationale, j'ai l'honneur et le privilège de témoigner aujourd'hui, accompagné de la majore Karoline Martin. Je vous remercie de nous avoir invités à discuter de certains aspects du déploiement des Services de santé des forces canadiennes dans les établissements de soins de longue durée de l'Ontario, lequel avait comme objectif de venir en aide aux Canadiens les plus vulnérables pendant la crise de la COVID-19.

Comme vous l'avez entendu dans des témoignages précédents, l'opération LASER a prévu le déploiement de quelques centaines de nos militaires des Services de santé. Le personnel infirmier, les techniciens, les adjoints médicaux, les adjoints au médecin et le personnel dentaire ont été réunis et constitués en équipes composées, dénommées équipes de renfort aux soins de santé civils. En ma qualité de directeur des Opérations des Services de santé, j'étais l'architecte du volet médical du plan de déploiement des équipes de renfort aux soins de santé civils dans les établissements de soins de longue durée en Ontario. La majore Martin a eu l'honneur d'être déployée à titre de commandante des équipes de renfort aux soins de santé civils en Ontario.

Nous avons déployé nos effectifs dans sept établissements de soins de longue durée, d'avril jusqu'en août, avec comme objectif et mission principaux de sauver des vies canadiennes. À notre arrivée, nous avons constaté un secteur en crise. Nos cliniciens et le personnel des Forces armées canadiennes se sont mobilisés immédiatement et, sans ménager leurs efforts, ont commencé à travailler aux côtés de nos partenaires de la santé civils afin de stabiliser la situation et soutenir non seulement les résidents, mais également les organisations et les cliniciens, conformément à notre mission.

Même si le personnel des FAC n'a pas de connaissances expertes du secteur des soins de longue durée, il a répondu à l'appel à un moment critique de l'histoire canadienne. L'excellence clinique, la compassion et la défense des patients sont à la base des principes éthiques de tous les cliniciens des Forces armées canadiennes. Ainsi, lorsque des préoccupations relatives aux conditions et aux normes de pratique ont été soulevées, nous avons le devoir évident, en tant que Canadiens, cliniciens et militaires, de faire rapport de nos observations. J'aimerais souligner que nos observations ne constituent qu'un cliché et reflètent la réalité dans les établissements de soins de longue durée dans lesquels nous avons travaillé pendant les premiers stades de la crise de la COVID-19.

Le personnel des Services de santé des FAC déployé dans le cadre de l'opération LASER regroupe une équipe passionnée et dévouée de cliniciens qui défendront toujours le bien-être des patients et des résidents ainsi que la prestation de soins de santé de grande qualité aux Canadiens. C'est donc dans cette optique d'amélioration systématique que nous répondrons à vos questions.

Nous vous remercions encore une fois de nous avoir invités à comparaître, et nous répondrons avec plaisir à vos questions.

Merci, madame la présidente.

• (1335)

La présidente: Merci, colonel Malcolm.

Merci à tous les témoins d'avoir fait de brefs exposés. Cela nous donne plus de temps pour les questions.

Nous allons justement commencer une série de questions.

[Français]

Monsieur Benzen, vous avez la parole.

[Traduction]

M. Bob Benzen (Calgary Heritage, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins d'avoir accepté de comparaître aujourd'hui. Nous vous sommes très reconnaissants.

Monsieur Shimooka, vous avez indiqué dans votre déclaration que nous en sommes à une nouvelle ère de la concurrence, laquelle est marquée par une modernisation accrue des outils militaires et de nombreuses percées techniques.

Pouvez-vous nous donner une indication de ce que font d'autres armées au chapitre de la modernisation et des progrès et nous dire si les forces canadiennes arrivent à les suivre, et comment la COVID-19 pourrait avoir une incidence sur notre capacité de le faire?

M. Richard Shimooka: Comme je l'ai dit dans ma déclaration, les progrès technologiques sont vastes. Ils ne concernent pas juste un ou deux domaines, comme dans le passé. Il ne s'agit pas seulement, par exemple, des missiles balistiques intercontinentaux, les ICBM, ou des progrès dans le domaine des communications. En fait, presque chaque aspect de nos capacités militaires est visé par les progrès.

Ces progrès sont en partie réalisés grâce à ce que l'on appelle généralement le grand secteur des technologies, comme l'IA, qui modifie l'interaction de toutes nos capacités en offrant une meilleure connectivité entre les diverses capacités militaires. On s'intéresse beaucoup plus aux capacités de réseautage ainsi qu'à certaines capacités précises extrêmement pointues, comme l'aérodynamique hypersonique, qui a connu un grand essor au cours de la dernière décennie aux États-Unis, en Chine et en Russie. La Russie vient tout juste de déployer quelques nouveaux types d'armes hypersoniques montées sur de grands missiles ou aéroportées.

Il faut donc que les Forces armées canadiennes prennent connaissance de plusieurs domaines. Comme je l'ai dit dans ma déclaration, si l'on prend l'exemple du conflit récent entre l'Azerbaïdjan et l'Arménie, on voit bien que les UCAV y ont joué un grand rôle et en ont modifié l'issue. Les capacités vont d'articles à prix modestes, qui coûtent quelques centaines de dollars, jusqu'à des équipements fort spécialisés qui coûtent extrêmement cher et dont les effets sont énormes.

Les Forces canadiennes tentent de s'adapter. Je dirais que dans bien des cas, les priorités établies en 2017, admettons, ne sont plus pertinentes aujourd'hui. Si l'on retourne au Haut-Karabakh, le développement de nouveaux systèmes de défense antiaérienne en est l'un des meilleurs exemples. L'armée américaine a six ou sept projets de défense antiaérienne en cours de développement et de mise en service.

Le Canada dispose d'un programme de capacité de défense. C'est le programme de Système de défense basé au sol, qui sera livré en 2026 ou 2027. Cela veut dire que pendant les six ou sept prochaines années, les Forces armées canadiennes n'auront pas de système de défense antiaérienne attiré pour nous défendre contre des menaces qui, comme nous venons de le voir, ont une incidence décisive dans un conflit et peuvent être facilement déployées par divers pays à un coût modique.

Ai-je répondu à votre question? Est-ce que cela vous donne une idée de l'enjeu?

• (1340)

M. Bob Benzen: Vous m'avez donné une idée de ce que nous devons faire pour moderniser nos équipements. Je crois que vous dites que nous ne pouvons pas tout faire, mais que nous devons cibler certains domaines.

Vous avez indiqué qu'il faudra attendre jusqu'en 2026 afin d'avoir cette capacité de défense antiaérienne, et vous avez beaucoup parlé des progrès et des produits technologiques que nous achetons maintenant, mais qui ne nous seront pas livrés avant six, sept, huit ou dix ans. Du temps que nous les aurons reçus, ils seront déjà périmés.

La COVID-19 nous a appris que nous devons pouvoir réagir au quart de tour. Pouvons-nous tirer des leçons de la COVID-19 afin de raccourcir les délais d'approvisionnement et obtenir les produits plus rapidement?

M. Richard Shimooka: Tout à fait. Il suffit de regarder la création et la distribution des vaccins à l'échelle internationale. Moi-même, qui surveille l'innovation et le développement des capacités militaires de pointe, je suis ébloui. Nous assistons à un miracle scientifique moderne qui nous a permis de mettre au point un vaccin en partant de presque zéro, et ce, au cours d'une année. Il aura suffi d'un peu plus de 12 mois pour être, espérons-le, en mesure de vacciner la population canadienne. C'est impressionnant.

Il faut savoir que le gouvernement, notamment en temps de crise, parvient à éliminer rapidement les nombreuses règles et contraintes visant la mise en œuvre des politiques afin de trouver des façons de réagir plus efficacement et rapidement. Quant à la capacité militaire, je crois que beaucoup de processus ont été ajoutés au système et ont en fait empêché les Forces armées canadiennes d'obtenir les équipements dont elles ont besoin.

Si l'on revient au système de défense basé au sol, sachez que d'autres pays ont repéré le problème des UAV qui constituent une grande menace pour eux. Ils ont immédiatement acheté un système intérimaire et ont cherché ensuite une solution à long terme. Au Canada, cependant, nous avons dans bien des cas tendance à ne pas nous procurer les capacités à moins qu'il n'y ait une crise, comme on peut le voir dans le cas de l'Afghanistan et d'autres opérations. Or, c'est le pire moment de le faire. Je serais tenté de demander à certains des militaires qui témoignent avec moi maintenant combien de temps, s'ils n'avaient pas les capacités nécessaires, ont-ils attendu avant de les obtenir?

Voilà ce que j'en pense.

La présidente: Merci beaucoup.

Monsieur Baker, vous avez la parole.

M. Yvan Baker (Etobicoke-Centre, Lib.): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je vais tout d'abord remercier tous les témoins d'être des nôtres. Vous êtes des témoins formidables et j'espère que nous pourrons vous entendre tous. Soyez rassurés, nous ferons de notre mieux pour poser des questions à chacun d'entre vous pendant la réunion d'aujourd'hui.

J'aimerais dire d'emblée que dans ma circonscription d'Etobicoke-Centre, nous avons perdu 42 résidents, fauchés par la COVID-19, au centre des soins d'Eatonville. C'est l'un des centres dans lequel les Forces armées canadiennes ont été déployées dans un premier temps en Ontario. Colonel Malcolm, majeure Martin, au nom de ma communauté, je vous remercie de votre travail, de votre service ainsi que du service des femmes et des hommes sous vos ordres. Je vous remercie de tout votre travail et de vos soins qui ont sauvé la vie des résidents de ma circonscription.

Je vous remercie également d'avoir dressé le rapport sur ce que vous avez découvert, c'est-à-dire les conditions horribles dans les établissements de soins de longue durée en Ontario et au Québec. Les cinq députés de l'Ontario qui ont dans leur circonscription les établissements dans lesquels vous avez servi ont, à la fin mai, dans le sillage de votre rapport, écrit au premier ministre Trudeau et au premier ministre Ford leur demandant certaines choses, notamment la mise en œuvre de normes nationales pour les soins de longue durée. Comme l'a dit Mme van Beusekom, le gouvernement a annoncé dans son discours du Trône qu'il travaillerait avec les provinces pour établir des normes nationales dans le domaine.

Votre rapport a servi à sensibiliser et à accroître la transparence, ce qui a donné lieu à des efforts de revendication, qui ont encouragé le gouvernement à s'engager à adopter des normes nationales. Une fois que nous aurons adopté et mis en œuvre ces normes nationales, les aînés en bénéficieront pendant des générations. Je vous suis profondément reconnaissant, ainsi qu'à tous les hommes et les femmes sous vos ordres. Merci.

Mes premières questions sont destinées à Mme van Beusekom. Merci d'être venue témoigner.

Selon vous, que doit être fait pour corriger les conditions horribles et les pratiques qui ont été relevées par les Forces armées canadiennes dans les établissements de soins de longue durée?

Je vise le long terme. Je sais qu'il faut une réponse immédiate dans le contexte de la COVID-19, et je ne veux nullement en minimiser l'importance, mais j'aimerais savoir ce que vous pensez doit être fait à long terme.

• (1345)

Mme Michelle van Beusekom: Je crois que Carole Estabrooks a beaucoup travaillé sur le dossier. Je suis très reconnaissante envers tous les gens qui militent sur ce front depuis des décennies.

Tout d'abord, il y a la question des effectifs. Comme je l'ai dit dans mon exposé, le secteur connaît un manque chronique de main-d'oeuvre depuis des décennies. Les familles et les bénévoles étaient le filet de sécurité qui permettait au système de tenir. Lorsque ces gens ont dû partir, le tout s'est effondré. Comme je l'ai également dit, cela ne nous a aucunement étonnés. En Ontario, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et d'autres revendiquent un minimum de quatre heures de soins directs par patient par jour. Ce serait un très bon début. Il faut plus de gens en poste. Le secteur doit être financé correctement. Les préposés aux bénéficiaires doivent être formés comme il faut. Hier, j'ai parlé à un médecin de Grace Manor, qui m'a demandé pourquoi le collège Sheridan et d'autres n'ont pas de programme pour les préposés aux bénéficiaires en soins de longue durée? C'est un domaine de spécialisation.

Comme nous l'avons entendu dans les témoignages d'aujourd'hui, c'est une compétence spécialisée que de s'occuper des personnes âgées ayant des besoins complexes. Il nous faut des normes pour les soins, et elles doivent être les mêmes à l'échelle du pays. La Colombie-Britannique a bien réussi. Au début avril, elle a augmenté les salaires des gens qui étaient régulièrement sous-payés, afin qu'ils puissent travailler dans un seul établissement. Cette province a bien réussi au chapitre des tests, mais ailleurs au pays les résultats sont très inégaux. Il nous faut des normes nationales. Commençons par un financement et des ratios de personnel suffisants. À moyen et à plus long terme, nous pourrions apporter d'autres améliorations, mais pour l'instant, il faut soutenir ces employés essentiels. Les militaires sont arrivés et ont fait un travail fantastique, mais ils n'ont pas de liens avec les gens. La chose la plus importante, ce sont les liens avec les résidents. C'est ce qu'ont les employés essentiels. Il faut soutenir les employés essentiels qui connaissent les résidents et leurs besoins afin d'éviter de les épuiser.

Nous le savons depuis des décennies. Nous le savions avant la COVID. La situation actuelle est inexcusable.

M. Yvan Baker: Merci beaucoup.

Je crois qu'il me reste un peu moins d'une minute et demie.

Madame van Beusekom, je vous demanderai de vous en tenir à une minute, dans la mesure du possible, en répondant à ma question. Tout d'abord, j'aimerais souligner que c'est Mme Sonia Sidhu qui a recommandé votre comparution. Merci d'être des nôtres aujourd'hui. Je voulais que vous le sachiez.

Comme vous et comme d'autres membres de notre caucus et des militants à l'extérieur du gouvernement, Mme Sidhu a revendiqué la mise en œuvre de normes nationales pour les soins de longue durée. Vous en avez parlé il y a un instant. Pouvez-vous nous indiquer pourquoi il nous faut ces normes?

Mme Michelle van Beusekom: Oui.

Je suis très reconnaissante envers Mme Sidhu. Lorsque nous avons lancé notre pétition, nous avons écrit à toute une brochette de ministres fédéraux et provinciaux. Nous avons reçu beaucoup de réponses. Mme Sidhu est la personne qui a réellement communiqué avec moi sur le plan humain. J'en suis reconnaissante.

Les normes nationales sont extrêmement importantes. Les soins de longue durée devraient être visés par la Loi canadienne de la santé. Les besoins sont complexes. Les gens vivent beaucoup plus longtemps. Il ne s'agit pas seulement d'offrir des soins, il faut également répondre à des besoins médicaux complexes. Les Canadiens,

qu'ils vivent à Iqaluit, Igloolik, Dawson City, Vancouver, Winnipeg ou Whitehorse, devraient avoir droit aux mêmes normes par rapport aux soins. Cela devrait être un principe dans notre pays. Comme nous l'avons entendu, en ce moment, le système est brisé, inégal et insoutenable, mais nous savons comment le réparer, grâce au travail de tant de gens.

• (1350)

M. Yvan Baker: Merci beaucoup.

La présidente: D'accord. Merci beaucoup.

[Français]

Monsieur Brunelle-Duceppe, vous avez la parole.

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Merci, madame la présidente.

Je remercie également les témoins qui sont présents. Nous abordons des questions qui sont tout de même assez importantes. Je veux remercier tout spécialement les deux membres des Forces armées canadiennes.

Je vous remercie de l'aide que vous avez fournie au Québec.

Ma première question s'adresse à M. Hébert.

Bonjour, monsieur Hébert. Je vous remercie de participer à la réunion d'aujourd'hui.

Je vais être assez direct. Depuis des décennies, les transferts du fédéral vers le Québec en matière de santé diminuent. Il va sans dire que vous êtes au fait de cela, étant donné que vous avez été ministre de la Santé dans cette province.

Pourriez-vous nous décrire les répercussions du retard accumulé par le fédéral pour ce qui est de l'administration des soins de santé au Québec et dans les provinces en raison de la baisse des transferts en santé? On se rappelle qu'au début, lorsque la loi a été mise en vigueur, ces transferts se situaient à environ 50 %. Or ils représentent aujourd'hui à peu près 22 ou 23 %.

Dr Réjean Hébert: Merci beaucoup, monsieur Brunelle-Duceppe.

Effectivement, les transferts fédéraux ont diminué. Ce qui m'a donné le plus d'inquiétudes, c'est que, sous le gouvernement conservateur, l'équité n'a pas été respectée dans ces transferts fédéraux. Non seulement avait-on plafonné les transferts fédéraux à un certain pourcentage du produit intérieur brut, mais on avait distribué ces transferts au prorata de la population, sans tenir compte de l'âge. Les provinces avec des populations plus âgées, comme le Québec et les provinces de l'Atlantique, se sont retrouvées désavantagées. C'est un problème d'équité qui a causé beaucoup de difficultés dans ces provinces, qui avaient à composer avec un vieillissement plus important de la population.

Ce qui me perturbe davantage, c'est la négligence de l'utilisation de ces fonds par les provinces, notamment par le Québec. On a utilisé ces fonds davantage pour les services hospitaliers et la rémunération des médecins que pour les soins en établissement, et la crise de la COVID l'a bien montré. On a, surtout, négligé les soins à domicile.

Notre système canadien est vraiment basé sur les soins hospitaliers. Développé dans les années 1960 et 1970, au moment où nous avions une population jeune, le système a été basé sur les soins médicalement requis à l'hôpital. Or, avec une population vieillissante, il faut vraiment se tourner vers les soins de longue durée, et ces soins de longue durée sont beaucoup mieux prodigués à domicile. Au Québec et au Canada, on a négligé les soins à domicile au cours des 50 dernières années. Lorsqu'on se compare aux pays de l'OCDE, nous n'investissons que 14 % du financement public dans les soins de longue durée à domicile, contrairement à d'autres pays comme le Danemark, qui investit 73 % du budget aux soins de longue durée à domicile. Nous sommes les derniers de la classe de l'OCDE.

Si nous avions développé davantage le volet des soins à domicile, nous aurions pu éviter une partie de l'hécatombe que nous avons vécue dans les établissements. Si elles avaient eu le choix, plusieurs personnes seraient restées à la maison plutôt que d'opter pour la solution institutionnelle. Je pense qu'il y a un virage important à faire au Québec et au Canada à ce sujet.

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Je voudrais clarifier certaines choses avec vous. Vous êtes d'accord avec moi qu'avec l'inflation, les coûts en santé ont augmenté énormément dans le secteur de la santé, d'une part, et que, d'autre part, les transferts fédéraux ont diminué considérablement.

Je comprends qu'il y a eu des choix qui ont été faits par rapport à la gestion de ces fonds, sauf que ces fonds sont de l'ordre de 22 %. Tous les premiers ministres des provinces et des territoires demandent que ce pourcentage soit établi à 35 %.

Lorsqu'on aura accès à ces fonds, si le fédéral veut bien les transférer comme il se doit, trouvez-vous qu'il sera alors beaucoup plus facile pour les provinces de faire leur travail?

Dr Réjean Hébert: À mon avis, l'enjeu est celui-ci: même si le financement était accru, il n'y aurait pas plus de financement accordé aux soins à domicile et aux soins en établissement.

Si le passé est garant de l'avenir, il va falloir que les provinces s'entendent avec le fédéral pour être capables d'établir d'autres priorités que les hôpitaux et la rémunération des médecins, et pour s'attaquer aux vrais enjeux qui ont été soulevés lors de la crise de la COVID. On parle ici de soins de qualité en établissement, avec l'instauration de normes de qualité, et, surtout, de soins à domicile. Il ne faut pas octroyer le financement des soins à domicile aux établissements, comme on l'a fait pour les hôpitaux. L'utilisateur doit être au cœur des décisions en ce qui a trait au financement public.

Je pense qu'on doit s'orienter vers ce que plusieurs pays ont fait, c'est-à-dire mettre en place une assurance de soins de longue durée. Lorsque j'étais au gouvernement du Québec, j'avais proposé une assurance autonomie. Malheureusement, le temps m'a manqué et je n'ai pas pu mettre en place cette assurance autonomie. Cependant, pour moi, c'est un incontournable si l'on veut pouvoir donner des soins de qualité à la population.

• (1355)

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Effectivement, le temps vous a manqué.

Si Ottawa vous avait donné de l'argent à condition de l'utiliser d'une certaine façon, comme vous étiez la personne en poste comme ministre de la Santé au Québec, un champ de compétence manifestement provinciale, j'imagine que vous lui auriez dit de gar-

der ses conditions, et que ce dont le Québec avait besoin est de l'argent pour pouvoir mettre en place ce genre de politiques.

Donc, j'imagine que nous sommes d'accord sur ce sujet.

Dr Réjean Hébert: Ce que je vois, pour ma part, c'est qu'au cours des dernières années, Ottawa a annoncé plusieurs milliards de dollars pour les soins à domicile. Or, cet argent ne va pas nécessairement dans les soins à domicile, mais...

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Cela, je le comprends.

Dr Réjean Hébert: ... là où les provinces ont leurs priorités. On perpétue donc un hospitalo-centrisme, de sorte qu'on ne s'occupe pas des personnes âgées qui ont des problèmes de perte d'autonomie. Ces personnes, je vous le signale, deviendront de plus en plus nombreuses. La population du Québec sera l'une des plus âgées dans une décennie à peine. En fait, le Québec sera l'une des sociétés les plus vieilles au monde. Or, le système de santé que nous avons actuellement n'est pas du tout adapté à cette réalité, parce que nous répondons aux besoins de santé des gens par une approche hospitalière, ce qui est complètement inapproprié.

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Je comprends. Vous êtes donc en désaccord avec les provinces sur le fait de demander plus de transferts en santé...

La présidente: Merci beaucoup.

[Traduction]

Mme Rachel Blaney (North Island—Powell River, NPD): Merci, madame la présidente.

J'aimerais remercier tous nos témoins de leur présence aujourd'hui et de la teneur de leur témoignage.

J'aimerais commencer en disant que je suis d'accord que c'est un problème d'âgeisme. Je suis révoltée du fait que nous n'avons pas de stratégie nationale réelle à l'intention des aînés au Canada. Je pense à tout le travail qui a lieu pour nous doter d'une main-d'œuvre et d'un plan pour remplacer nos travailleurs vieillissants sur le marché du travail, mais il n'y a aucun plan pour appuyer les aînés au fur et à mesure qu'ils vieillissent dans le pays. J'aimerais remercier tout le monde de leur témoignage important.

Je vais commencer par vous, madame Estabrooks. Vous avez parlé du fait que nous ne voyons pas beaucoup de respect à l'égard de ces travailleurs qualifiés très importants du secteur, notamment sur le plan de la paye. Dans ma province de la Colombie-Britannique, ainsi qu'ailleurs au Canada, j'ai constaté que bon nombre de ces préposés aux soins devaient avoir deux ou trois emplois dans deux, trois ou quatre établissements de soins de longue durée différents, et lorsque la pandémie s'est déclenchée, certains d'entre eux ont perdu leur emploi dans les établissements et tentaient de vivre au moyen d'un emploi à temps partiel. Pouvez-vous nous expliquer l'incidence d'une telle situation sur les services offerts à nos aînés?

Mme Carole Estabrooks: Merci.

Pas moins de 30 % des préposés aux bénéficiaires et des aide-soignants avaient plus d'un emploi avant la pandémie. Environ 70 % de ceux qui cumulaient plusieurs emplois le faisaient pour des motifs financiers, et bon nombre d'entre eux n'arrivaient pas à en tirer une rémunération décente. Dans le Canada d'avant la pandémie, leurs salaires allaient de 12 \$ l'heure jusqu'à 22 \$ ou 24 \$ l'heure. On ne peut pas élever une famille en gagnant 12 \$ l'heure. C'est un problème qui existait déjà, mais personne n'était au courant. Certains d'entre nous le savaient grâce aux échantillons que nous avons prélevés dans différentes provinces, mais le reste du pays n'avait aucune idée de la façon dont les choses se passaient dans ce secteur.

Ce cumul d'emplois a eu des répercussions particulières dans le contexte de la pandémie. En effet, plus vous travaillez à des endroits différents et plus vous devez vous déplacer, plus vous risquez de propager la maladie. La personne n'en est aucunement responsable; c'est simplement que la multiplication des déplacements et des expositions multiplie aussi les risques de transmission. De nombreux gouvernements ont alors décidé d'instaurer une politique du lieu de travail unique, une mesure qui a contribué à améliorer les choses, mais qui s'accompagne également de conséquences non souhaitées.

C'était notamment problématique pour les entreprises pouvant compter jusqu'à une quinzaine de résidences qui ne pouvaient soudain plus déplacer leurs employés d'un endroit à un autre pour combler les absences. Il s'en est suivi des pénuries de main-d'œuvre vraiment catastrophiques et un certain assouplissement des règles pour permettre les transferts en pareil cas. Quoi qu'il en soit, le problème fondamental demeure le fait que l'on ne rémunère pas adéquatement des travailleurs qui offrent 90 % des soins directs et qu'on ne leur permet pas d'occuper un emploi à temps plein avec des prestations de maladie et des vacances. C'est ainsi que l'on se retrouve avec une propagation dans différentes résidences et un manque d'engagement de ces travailleurs envers l'organisation qui les emploie. Il y a tout un effet de cascade.

Je ne suis pas en train de dire que l'on devrait adopter de façon permanente une politique du lieu de travail unique. Les gens qui cumulent les emplois ne devraient cependant pas le faire parce que leur rémunération est insuffisante ou parce qu'il leur est impossible d'obtenir des prestations de maladie.

● (1400)

Mme Rachel Blaney: Merci pour cette réponse vraiment intéressante.

Colonel Malcolm, je veux d'abord et avant tout vous remercier, en même temps, que la majeure Martin, pour les services rendus à notre pays. J'ai la chance d'être la députée qui représente la 19^e Escadre Comox. Je suis vraiment impressionnée par votre ardeur à la tâche et le dévouement dont vous faites montre dans vos missions, non seulement à l'échelle internationale, mais aussi bien sûr au Canada.

J'aurais deux questions à vous poser. J'aimerais d'abord savoir comment les choses se passent lorsque les militaires sont appelés en renfort. Comment cela se déroule exactement? Comment évaluez-vous la situation pour pouvoir prendre des mesures en conséquence? Comme vous le savez, nos forces armées ont produit un rapport. Je voudrais seulement savoir si vous n'auriez pas quelques recommandations à nous faire quant aux moyens à mettre en œuvre pour empêcher qu'une telle situation puisse se reproduire.

Col Scott Malcolm: Madame la présidente, merci de me donner l'occasion de répondre à ces questions. Je vais répondre à la première avant de laisser la majeure Martin vous parler des leçons tirées de l'exercice en n'oubliant pas que nous avons en fait eu droit à un instantané de la situation. Elle vous fera donc part de quelques-unes des observations qu'elle a pu faire à ce moment-là.

Quant aux demandes formulées par les provinces, je dois préciser que mon rôle au sein des services de santé ne me permet pas de savoir comment cela se déroule exactement. D'une manière très générale, disons que cela se fait par l'entremise des forces opérationnelles interarmées régionales, et je sais que certains commandants de ces forces ont déjà témoigné devant vous.

En gros, l'opération est coordonnée à la suite d'une demande formulée par la province sur la base de l'évaluation menée par le centre provincial des opérations d'urgence en consultation avec le commandant de la force opérationnelle interarmées régionale. La demande est ensuite communiquée au ministre de la Sécurité publique qui la transmet au ministre de la Défense nationale. Le chef d'état-major de la défense détermine alors s'il dispose des forces nécessaires pour répondre à la demande formulée. Pour ce qui est plus particulièrement des services de santé, c'est le médecin général qui doit déterminer si nous avons ce qu'il faut pour intervenir. Le médecin général informe le chef d'état-major de la défense de sa décision, puis l'état-major de planification évalue notre capacité globale de répondre au besoin exprimé.

Pour votre deuxième question, je vais céder la parole à la majeure Martin qui va vous parler des enseignements à tirer de son expérience de travail dans les établissements de soins de longue durée en Ontario.

Maj Karoline Martin (commandante de compagnie des normes, Centre d'instruction des Services de santé des Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale): Merci pour la question.

Le rapport produit à partir de nos observations a fait ressortir quelques grands enjeux qui vont certes dans le sens de ce que d'autres témoins ont pu vous dire avant nous. Il y avait un grave problème de personnel. À notre arrivée, bon nombre des établissements n'avaient plus que 20 % de leurs effectifs en poste, et ce, sans égard au ratio de personnel infirmier qu'on y enregistrait avant la pandémie. Les soins aux patients en ont souffert énormément.

Il fallait par ailleurs assurer la prévention et le contrôle des infections en cherchant à savoir qui était positif et qui ne l'était pas. Il y avait des retards dans le traitement des tests si bien qu'il fallait parfois attendre d'une semaine à 10 jours pour obtenir les résultats. Lorsque les résultats arrivaient après une si longue période d'attente, on n'avait plus une bonne idée de la véritable situation quant à l'évolution de l'écllosion. Il y a aussi le fait que nous avions centralisé la prévention et le contrôle des infections et normalisé les protocoles en la matière. Il y avait donc au sein des forces armées un responsable principal qui formulait ses recommandations, mais le contexte de prévention et contrôle des infections pouvait être très différent d'un établissement à un autre pour ce qui est par exemple des normes touchant l'équipement de protection individuelle et la façon de l'enfiler et de l'enlever.

Il y a enfin la question de la formation. Je pense que lorsque l'on voit l'état de santé d'un large segment de la population se détériorer de cette manière, il est absolument essentiel de pouvoir compter sur des travailleurs formés pour offrir les soins actifs nécessaires.

La présidente: Merci beaucoup pour ces réponses.

À vous la parole, madame Gallant.

Mme Cheryl Gallant (Renfrew—Nipissing—Pembroke, PCC): Merci, madame la présidente.

Mes questions sont pour le colonel Malcolm.

Tout d'abord, quels protocoles sur l'innocuité des vaccins sont en place pour les soldats qui reçoivent un vaccin expérimental?

Col Scott Malcolm: À ma connaissance, aucun membre des Forces armées canadiennes n'a reçu jusqu'à maintenant un vaccin expérimental et rien n'est prévu en ce sens.

• (1405)

Mme Cheryl Gallant: Qui doit verser une indemnisation aux soldats qui subissent des effets indésirables après avoir reçu un vaccin ou ce vaccin en particulier?

Col Scott Malcolm: Madame la présidente, je ne suis au fait d'aucune réclamation d'un ancien membre ou d'un membre en service des Forces armées canadiennes concernant le recours à un vaccin expérimental. Comme je viens de l'indiquer, aucun vaccin expérimental n'a été inoculé à ma connaissance à notre personnel. Je ne peux donc pas vous dire ce qu'il en est des mécanismes d'indemnisation qui pourraient exister en pareil cas.

Mme Cheryl Gallant: Nous avons pu voir nos soldats être parmi les premiers Canadiens à se voir administrer un médicament antipaludique. Il a fallu livrer une lutte acharnée pour veiller à ce que cette inoculation obligatoire soit assortie d'une indemnisation adéquate pour ceux qui ont subi des effets indésirables.

Le gouvernement peut-il nous confirmer qu'aucune police d'assurance ne sera invalidée pour les militaires qui reçoivent ce vaccin contre la COVID administré par les forces?

Col Scott Malcolm: Madame la présidente, c'est malheureusement une question qui n'est pas du tout de mon ressort. Ce n'est pas une décision qui relève des services de santé.

Mme Cheryl Gallant: Est-ce que vous pouvez me dire qui serait responsable alors?

Col Scott Malcolm: Malheureusement, mon rôle actuel de médecin général adjoint ne me permet pas de répondre à cette question. Je ne suis pas responsable des régimes d'assurance de nos membres. Bien honnêtement, je ne saurais vous dire qui pourrait répondre à cette question au sein de notre ministère.

Mme Cheryl Gallant: Merci.

Lorsqu'un vaccin sera disponible, on va sans doute vacciner non seulement les militaires, mais aussi leurs familles. À quel moment les familles des militaires peuvent-elles s'attendre à être vaccinées en toute innocuité?

Col Scott Malcolm: L'ordre de priorité pour les vaccins à venir sera d'abord établi au niveau du Cabinet en fonction des avis formulés par les experts, y compris ceux faisant partie du Comité consultatif national de l'immunisation. C'est à la lumière des priorités ainsi établies que nous pourrions savoir quand les membres de nos forces armées seront vaccinés. Les familles de nos militaires seront prises en compte dans ce processus de priorisation, comme ce sera le cas pour tous les autres Canadiens.

Merci.

Mme Cheryl Gallant: Quelles sont les précautions actuellement prises dans le contexte de la pandémie pour les soldats déployés lors de la prochaine rotation en Lettonie?

Col Scott Malcolm: Pour nos troupes en Lettonie, et pour toutes celles déployées ailleurs dans le monde, des mesures sont prises pour veiller à ce que nos militaires n'amènent pas avec eux le virus dans le pays où ils sont déployés et n'infectent pas leurs compagnons d'armes. Ils sont donc mis en quarantaine avant leur départ.

De plus, nous effectuons des tests auprès de nos membres déployés à l'étranger pour nous assurer qu'ils ne sont pas asymptomatiques, c'est-à-dire infectés par la COVID-19 sans avoir aucun symptôme.

J'ajouterais que les Forces armées canadiennes ont montré la voie à suivre en mettant en oeuvre des mesures de santé publique très rigoureuses touchant notamment la distanciation physique, le port du masque et le lavage fréquent des mains. Nous recommandons de plus vivement à nos membres de se faire vacciner pour l'influenza avant leur déploiement, simplement pour prévenir un autre type d'infection qui pourrait affecter nos opérations.

La présidente: Merci beaucoup.

[Français]

Monsieur Robillard, vous avez la parole.

M. Yves Robillard (Marc-Aurèle-Fortin, Lib.): Merci, madame la présidente.

Bonjour aux témoins.

Ma première question s'adresse à Mme Carole Estabrooks.

Madame, je tiens tout d'abord à vous féliciter de votre récente nomination à la Société royale du Canada.

En raison de votre expertise sur le sujet, j'aimerais connaître votre avis concernant le rôle des femmes et des minorités visibles dans les établissements de soins de longue durée, notamment dans des postes de préposées aux bénéficiaires ou d'infirmières.

• (1410)

[Traduction]

M. Terry Dowdall (Simcoe—Grey, PCC): J'invoque le Règlement, madame la présidente.

J'entends les deux langues en même temps.

La présidente: Merci. Nous allons voir ce que nous pouvons faire.

Pouvez-vous essayer de nouveau, monsieur Robillard?

M. Yves Robillard: Dois-je recommencer du début?

La présidente: Madame Estabrooks, je crois que c'est à vous que la question était adressée.

Avez-vous pu entendre la question?

Mme Carole Estabrooks: J'en ai seulement entendu la moitié.

La présidente: Alors, je vous prierais, monsieur Robillard, de reprendre depuis le début.

Merci.

[Français]

M. Yves Robillard: D'accord.

Bonjour aux témoins.

Ma première question s'adresse à Mme Carole Estabrooks.

Est-ce que cela fonctionne bien, cette fois?

[Traduction]

Mme Carole Estabrooks: Non.

M. Terry Dowdall: On entend encore les deux langues. Il doit cliquer sur le bouton.

[Français]

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Si je peux me permettre, madame la présidente, dans les options d'interprétation on trouve la fonction « *mute original audio* » en bas de « français » ou « anglais ».

[Traduction]

Mme Carole Estabrooks: J'ai sélectionné la bonne option.

[Français]

M. Yves Robillard: Est-ce que je dois faire ce que suggère M. Brunelle-Duceppe?

Le greffier: Oui. Au bas de l'écran, au centre, il y a l'option « interprétation ».

Le greffier: Choisissez l'option « français ». Sous cette option, vous aurez celle qui va permettre la mise en sourdine.

M. Yves Robillard: Est-ce que cela fonctionne maintenant?

Le greffier: De notre côté, cela fonctionne. Faisons un test. Dites une courte phrase en français.

M. Yves Robillard: Je salue les témoins.

Je crois que cela fonctionne.

Ma première question s'adresse à Mme Estabrooks.

Je tiens tout d'abord à vous féliciter, madame Estabrooks, pour votre récente nomination à la Société royale du Canada. Compte tenu de votre expertise en la matière, j'aimerais avoir votre avis sur le rôle des femmes et des minorités visibles dans les établissements de soins de longue durée, notamment en tant que préposées aux bénéficiaires ou infirmières.

[Traduction]

Mme Carole Estabrooks: Merci beaucoup pour la question.

Les immigrants comptent pour plus de la moitié des préposés aux bénéficiaires. Plus de la moitié de ces immigrants n'ont pas l'anglais comme langue maternelle, et certains ne maîtrisent pas suffisamment cette langue pour la comprendre facilement dans le cours d'une conversation. C'est une main-d'oeuvre fortement racisée. C'est une situation qui échappe presque totalement à notre attention. Nous ne recueillons aucune donnée à ce sujet. Je dispose de ces données parce que nous travaillons depuis plus de 15 ans avec un groupe longitudinal dans l'Ouest du pays. Nous savons à quoi nous en tenir parce que nous leur avons demandé quelles langues ils parlent et d'où ils viennent.

En discutant avec mes collègues de l'Ontario et du Québec, je constate que ces proportions sont encore plus grandes dans ces provinces. Ce n'est pas le cas dans certaines régions de la Colombie-Britannique et la situation est légèrement différente dans les Maritimes. Tout dépend de l'écosystème dans lequel vous évoluez. C'est l'une des raisons qui expliquent le faible taux de rémunération de ce groupe. Ce sont principalement des femmes. Elles sont peu instruites. Elles n'ont pas accès à une formation permanente. La pro-

fession n'est pas réglementée, ce qui fait que les antécédents criminels ne sont pas vérifiés. Nous n'en faisons pas un recensement précis dans l'ensemble du pays. Nous avons en fait créé ce bassin de main-d'oeuvre qui échappe généralement à toute forme de réglementation, et nous avons déprofessionnalisé leur travail.

En Allemagne, une loi a été adoptée pour exiger que 50 % de la main-d'oeuvre de première ligne soit constituée de personnel infirmier autorisé. En Belgique, on va même plus loin en exigeant une proportion de près de 65 %. Des mesures semblables ont également été prises dans d'autres pays. Au Canada, le personnel autorisé compte pour moins de 15 % de la main-d'oeuvre, une situation attribuable à une décision d'ordre financier combinée à la croyance voulant que ces patients n'aient pas besoin de soins complexes et spécialisés.

Nous pouvons prodiguer ces soins avec une forte proportion d'employés ne faisant pas partie du personnel autorisé, mais nous devons offrir une formation continue et un appui de tous les instants. Comme il s'agit d'une main-d'oeuvre fortement racisée, nous devons régler toutes les problématiques liées à la discrimination dont ces travailleurs peuvent être victimes. Nous savons que la COVID a touché de façon disproportionnée les groupes racisés, et nous avons pu en constater les répercussions sur la main-d'oeuvre dans certaines provinces où une proportion particulièrement élevée des travailleurs de ces établissements de soins provenaient d'autres groupes ethniques.

La pauvreté a un rôle à jouer. Le fait qu'il s'agisse principalement de femmes est un autre facteur. Tous ces éléments s'accumulent pour faire en sorte qu'on se retrouve avec une main-d'oeuvre très vulnérable. Il faut ajouter à cela l'impossibilité pour ces travailleuses de se faire entendre. À l'instar des patients dont elles s'occupent, elles n'ont pas vraiment l'occasion de s'exprimer. Elles sont tout en bas de la hiérarchie et ont rarement leur mot à dire dans les décisions qui sont prises, mais elles ont leur travail à coeur. Je crois que c'est ce qui m'a le plus étonnée dans toute cette analyse. D'une manière générale, les aide-soignants et les préposés aux bénéficiaires parviennent à établir de bonnes relations avec les patients et s'assurent de leur prodiguer de bons soins. Nous ne reconnaissons même pas...

C'est la première étape. Il faut ensuite considérer ce qui se passe avec une main-d'oeuvre principalement féminine dans le contexte d'une pandémie qui entraîne la fermeture des écoles et des services de garde. C'est problématique. Si vous êtes une mère de famille et que les écoles ferment alors que vous devez vous occuper aussi de vos parents âgés, c'est tout un défi. Nous devons donc composer avec ces enjeux, d'autant plus que le travail des proches aidants n'est pas apprécié à sa juste valeur. Nous ne valorisons pas le travail qui se fait aussi bien auprès des enfants que des aînés. La disparité et l'iniquité qui règnent au sein de cette main-d'oeuvre ont donc des effets cumulatifs très considérables.

● (1415)

La présidente: Merci beaucoup.

[Français]

Monsieur Brunelle-Duceppe, vous avez la parole.

M. Yves Robillard: Étant donné la place prépondérante que celles-ci occupent dans ces centres...

La présidente: Pardon, monsieur Robillard, c'est à M. Brunelle-Duceppe de prendre la parole.

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Je suis désolé, monsieur Robillard.

Je remercie les interprètes de leur travail exceptionnel. Je le fais rapidement, mais je veux leur dire qu'ils sont exceptionnels.

Merci beaucoup.

Ce n'est pas tous les jours que nous recevons un ancien ministre de la Santé au Comité permanent de la défense nationale, vous l'avez dit vous-même tantôt, monsieur Hébert. Je suis très heureux que vous soyez parmi nous.

J'aimerais juste m'assurer de ce qui suit: êtes-vous d'accord que le Québec et les provinces demandent au gouvernement fédéral de rehausser ses transferts en santé de 22 % à 35 %?

Dr Réjean Hébert: M'entendez-vous bien?

J'ai changé de casque d'écoute.

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Oui. Je vous entends très bien.

Dr Réjean Hébert: D'accord.

Tant au fédéral que dans les provinces, il doit y avoir une augmentation du financement des soins de santé. Toutefois, comme je vous le disais tout à l'heure, c'est une mauvaise orientation de continuer à investir pour améliorer la rémunération des médecins et pour centrer nos soins sur les hôpitaux.

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Pardonnez-moi, monsieur Hébert, je n'ai pas beaucoup de temps. Je l'ai compris.

Je vous demandais si, en tant qu'ancien ministre québécois de la Santé, vous étiez d'accord à propos des demandes du Québec et des provinces visant à ce que le gouvernement fédéral verse sa part.

Dr Réjean Hébert: Lorsque j'entends dans le discours du Trône qu'on veut vraiment mettre l'accent sur les soins à domicile et les soins en établissements, c'est de la musique à mes oreilles. Il y a là une négociation importante à faire avec les provinces pour que ces sommes soient vraiment orientées vers les soins à domicile et les soins institutionnels, au Canada, dans chacune des provinces canadiennes.

M. Alexis Brunelle-Duceppe: J'en comprends que, en tant qu'ancien ministre de la Santé, vous êtes en désaccord avec cette demande.

J'ai une dernière question pour vous.

En 2013, quand vous étiez ministre, vous disiez que le gouvernement fédéral ne donnait aucun service à la population et qu'il y avait un dédoublement de personnel qui coûtait cher.

Êtes-vous toujours d'accord à propos de cette ancienne déclaration?

Dr Réjean Hébert: Il y a effectivement un dédoublement dans certains champs. À l'époque, c'était le cas dans les domaines de la santé mentale et des soins aux populations autochtones, notamment.

On peut faire des efforts pour réussir à s'entendre sur l'abolition de ces dédoublements. On a tellement peu de financement dans le domaine de la santé, qu'il faut faire bien attention que ce financement ne soit pas dédoublé inutilement.

M. Alexis Brunelle-Duceppe: D'accord.

Merci beaucoup, monsieur Hébert.

Nous nous assurerons de faire connaître votre position.

Ma prochaine question s'adresse à Mme Martin.

Bonjour, majore Martin.

Plusieurs cours importants, comme les cours de progression de carrière, ont été annulés ou offerts avec un nombre limité de candidats. Donc, cela signifie qu'il y a moins de soldats, de sous-officiers et d'officiers formés qui, à leur tour, auraient pu former d'autres candidats. La pandémie de la COVID-19 a vraiment fait mal à tout le monde, en particulier dans ce domaine.

Seriez-vous en mesure de nous dire quel est l'effet de ces retards sur l'état de préparation de nos forces?

• (1420)

[Traduction]

Maj Karoline Martin: Les questions touchant la formation et l'état de préparation de nos forces ne relèvent pas de mon domaine d'expertise. Je vais donc céder la parole au colonel Malcolm qui sera mieux apte à vous répondre.

[Français]

M. Alexis Brunelle-Duceppe: C'est parfait. Merci.

[Traduction]

Col Scott Malcolm: Je vais vous répondre dans la mesure où mon rôle actuel de médecin général adjoint me le permet.

Lorsque la première vague de la pandémie a frappé en mars dernier, les Forces armées canadiennes, désireuses de respecter les directives mises en place par les autorités de la santé publique dans les différentes provinces, ont pris la très sage décision de cesser les déplacements de candidats d'une région à l'autre du pays pour leur formation de telle sorte qu'ils ne deviennent pas des vecteurs de la maladie. Il est bien certain que nos activités de formation ont ralenti à compter de ce moment-là.

Nous continuons à nous conformer... Compte tenu des nouveaux renseignements disponibles concernant le virus, nous allons redémarrer notre programme de formation à l'automne en suivant les directives de la santé publique. Nous avons du rattrapage à faire, mais nous avons un plan qui nous permettra de parvenir à nos fins.

Quant à l'état de préparation de nos forces pour la deuxième vague, nous sommes prêts à apporter notre aide si le gouvernement du Canada nous demande de le faire.

La présidente: Merci beaucoup.

Monsieur Garrison, la parole est à vous.

[Français]

M. Alexis Brunelle-Duceppe: C'est déjà terminé?

Merci.

[Traduction]

M. Randall Garrison (Esquimalt—Saanich—Sooke, NPD): Merci beaucoup, madame la présidente. Je remercie les témoins d'être parmi nous aujourd'hui. Je m'excuse de mon retard, j'avais des responsabilités à la Chambre des communes qui m'ont empêché de me joindre à vous plus tôt, mais je sais que ma collègue, Rachel Blaney, a su prendre le relais.

J'aimerais poser d'abord une question au colonel Malcolm et à la majore Martin, et je m'excuse à l'avance s'il y a des recoupements avec des questions précédentes. J'ai entendu une partie de vos réponses jusqu'ici.

Compte tenu des leçons tirées de la pandémie jusqu'ici et des pointes qu'on observe actuellement dans la prévalence de la COVID-19, croyez-vous qu'il y a un risque que les Forces canadiennes soient appelées à intervenir de nouveau en renfort dans les centres de soins de longue durée, particulièrement en Ontario et au Québec?

Col Scott Malcolm: Je vais répondre à cette question.

À l'heure actuelle, il y a des militaires déployés en renfort dans un centre de soins de longue durée dans le Nord du Manitoba, donc cela demeure toujours une possibilité pour les Forces armées canadiennes. Nos équipes sont prêtes à être déployées, comme lors de la première vague, si des provinces nous font d'autres demandes de cette nature.

M. Randall Garrison: Intervenez-vous différemment au Manitoba, en ce moment, à la lumière des leçons tirées de la première vague, ou changeriez-vous votre approche si vous deviez intervenir de nouveau dans les résidences de l'Ontario et du Québec?

Col Scott Malcolm: Je peux peut-être demander à la majore Martin, qui en a fait l'expérience directe, de vous parler des leçons tirées de notre expérience là-bas.

Majore Martin, vous avez la parole.

Maj Karoline Martin: Merci, monsieur, et merci, madame la présidente.

L'un des principaux apprentissages que nous tirons de notre première expérience, c'est qu'il faut évaluer attentivement les ressources cliniques essentielles sur place pour décider de la composition de notre équipe. Bien sûr, il y a un grand besoin de soins infirmiers, donc nous avons soumis nos observations à Ottawa pour renforcer notre équipe à la lumière des leçons acquises. Encore une fois, tout dépend de l'accès à du personnel clinique qualifié, mais il faudra assurément plus de personnel pour combler les graves pénuries de main-d'oeuvre.

M. Randall Garrison: Comme la COVID commence à frapper de manière importante les communautés autochtones rurales et éloignées, qui n'ont souvent que des ressources très limitées en matière de santé, y a-t-il un plan d'urgence en place pour que l'armée canadienne aide ces communautés à affronter cette flambée de COVID?

Col Scott Malcolm: Je vous remercie de me permettre de répondre à cette question.

Dès la première vague et le début de notre participation au plan d'intervention pangouvernemental de lutte contre la COVID-19, nous étions prêts à intervenir pour venir en aide aux communautés nordiques rurales et éloignées.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous entendrons maintenant M. Dowdall, s'il vous plaît.

• (1425)

M. Terry Dowdall: Merci, madame la présidente. Je remercie également James Bezan.

Je tiens à saisir l'occasion, aujourd'hui, de remercier tous les témoins qui sont parmi nous, ainsi que tous les militaires, hommes et femmes, pour les efforts déployés pendant cette crise.

J'aimerais faire une brève observation. Je sais que nous n'avons pas beaucoup de temps, que nous sommes inquiets et que c'est vendredi. Je remarque toutefois que l'objet de cette étude et le but de ma participation à ce comité étaient, au départ, la pandémie et les

Forces armées canadiennes. Or nous sommes en train d'entrer dans d'autres discussions fascinantes, je ne le nie pas, mais comme nous avons peu de temps, nous pourrions peut-être nous concentrer véritablement sur la façon dont cette pandémie touche nos forces.

Ma question s'adresse à M. Shimooka. Je vous dirai d'entrée de jeu que nous avons eu l'occasion, lundi dernier, d'entendre votre distingué collègue, M. Leuprecht. Il a affirmé devant le Comité que selon lui, 25 % de nos militaires actifs sont actuellement affectés à des « opérations nationales », comme l'Opération LASER, dont il est question ici, mais que l'intervention des Forces canadiennes pour lutter contre la pandémie de COVID constitue une utilisation inefficace de nos ressources militaires qui érodera nécessairement notre aptitude à nous acquitter de nos responsabilités internationales.

Je me demande si vous êtes d'accord ou non avec cette évaluation, selon laquelle le Canada devrait peut-être envisager de créer et de financer une section spéciale au sein des Forces armées canadiennes, exclusivement pour les opérations nationales.

M. Richard Shimooka: Je dois d'abord vous dire que cette question ne s'adresse pas précisément à moi. Je pense qu'elle devrait plutôt s'adresser aux stratégies qui déterminent quels rôles le gouvernement veut nous confier pour les Canadiens. Si je regarde les différentes armées qui existent dans le monde... Prenons l'exemple de la Garde côtière et de la protection de notre souveraineté. Le Canada utilise sa marine probablement beaucoup plus que les pays qui ont une Garde côtière plus robuste, comme le Japon.

Pour revenir à la pandémie et à l'aide aux missions des pouvoirs civils, comme dans ce cas-ci, je pense qu'il s'agit d'une demande raisonnable, dans la mesure où l'on planifie et on affecte des ressources en conséquence. Trop souvent, je pense que les gouvernements confieront une tâche à l'armée canadienne, comme les bons représentants de l'armée canadienne ici présents nous l'expliqueront, puis que l'armée fera tout en son pouvoir pour s'en acquitter, mais que les ressources octroyées ne suffiront pas. Cela ne vaut pas que pour l'aide aux pouvoirs civils, d'ailleurs. Cela vaut pour bien d'autres choses aussi.

Je vous dirais donc que selon mon point de vue, il peut être légitime de faire appel à l'armée canadienne, mais il faut lui fournir les ressources nécessaires pour cela et établir clairement que cela fait partie de ses tâches du moment.

M. Terry Dowdall: Merci.

De même, la COVID-19 et les mesures d'isolement social et de distanciation physique modifient notre façon de planifier et d'exécuter nos opérations militaires, en sol canadien comme à l'étranger. Vous attendez-vous à voir les cybermenaces et le recours à l'intelligence artificielle s'intensifier à l'avenir? Quels seraient les problèmes dans nos normes internationales à cet égard?

M. Richard Shimooka: Je suis d'avis que nos capacités en la matière augmentent de toute façon. Les forces militaires ont de plus en plus de compétences de pointe sur ce front à l'échelle internationale. Par exemple, il y a quelques jours à peine, le Royaume-Uni a annoncé une augmentation de 13 milliards de livres, si je ne me trompe pas, de son budget de la défense au cours des deux prochaines années, et une partie importante de cette augmentation servira à renforcer ses cybercapacités.

Je ne crois pas que ce soit nécessairement attribuable à la COVID ou à la pandémie elle-même, mais il est évident que ce sont des capacités très importantes de plus en plus pertinentes sur la scène internationale.

M. Terry Dowdall: Merci beaucoup. Je ne sais pas s'il me reste beaucoup de temps, mais j'aurais une brève question à poser au colonel Malcolm.

Combien de membres des Forces armées canadiennes sont actuellement déployés dans le cadre de l'Opération LASER?

Col Scott Malcolm: Malheureusement, je n'en ai pas le nombre exact sous les yeux. Je devrai prendre note de votre question et vous répondre ultérieurement.

M. Terry Dowdall: Je ne vous demande qu'un petit suivi rapide. Je sais bien que vous n'avez pas ce nombre sous les yeux, mais ce serait très intéressant pour nous de l'avoir.

Savez-vous si ces militaires seront déployés dans le cadre de l'opération destinée à coordonner la distribution des vaccins aussi?

Col Scott Malcolm: Nous sommes encore en train d'évaluer le rôle des Forces armées canadiennes dans la distribution des vaccins. Pour le moment, il y a des militaires — des experts en logistique et des planificateurs — qui travaillent avec l'Agence de la santé publique à la planification, mais nous n'avons pas encore déterminé quels autres rôles les Forces armées canadiennes pourraient jouer dans la campagne de vaccination contre la COVID-19.

• (1430)

La présidente: Merci beaucoup.

Je donnerai maintenant la parole à M. Bagnell, s'il vous plaît.

L'hon. Larry Bagnell (Yukon, Lib.): Merci beaucoup.

Je remercie tous les témoins.

Je n'ai pas beaucoup de questions parce que vos témoignages et vos mémoires sont très complets. Je vous remercie de mettre autant de cœur dans la protection des personnes qui ne peuvent pas vraiment se protéger elles-mêmes. Certains d'entre vous, dans l'armée ou ailleurs, vous exposez à toutes sortes de risques. J'en suis très reconnaissant envers tous les témoins et les autres.

J'aimerais aussi féliciter le major-général Fortin, qui dirigera la logistique et le déroulement de la vaccination au nom de l'armée, comme le premier ministre l'a annoncé aujourd'hui.

Je rappelle que toutes les années précédentes, il y a systématiquement eu une augmentation des transferts aux provinces et aux territoires en matière de santé. Je remercie tout particulièrement M. Hébert d'avoir mentionné que nous avons fait une contribution record aux soins à domicile, tout récemment, pour la première fois. Je pense que toutes les personnes ici présentes conviendront de l'importance de ces soins, surtout dans le contexte des événements récents.

Mes questions s'adressent à la majeure Martin. Comme vous le savez, l'une des grandes priorités de tous les membres de ce comité est d'accroître l'importance des femmes dans l'armée. Mes deux questions à la majeure Martin vont en ce sens.

Premièrement, je suis ravi de voir qu'on vous a attribué un rôle d'une telle importance. C'est fantastique. D'après ce que j'entends partout, vous faites un travail formidable.

Avez-vous remarqué des besoins spéciaux chez les femmes dans les centres de soins de longue durée— je sais que M. Robillard a lui aussi posé la question —, qu'il s'agisse des patientes ou des travailleuses? Ont-elles des besoins spéciaux, auriez-vous des recommandations particulières à faire pour les femmes ou subissent-elles une forme de discrimination particulière, comme l'âgisme dont on a parlé un peu plus tôt?

Pourriez-vous nous faire des observations à ce sujet, d'après votre expérience de la gestion dans cette situation, majeure Martin?

Maj Karoline Martin: Je vous remercie de cette question.

Je dirais que si nous voulons qu'il y ait suffisamment de personnel dans les centres de soins de longue durée, comme on l'a entendu dans d'autres témoignages, le fait d'offrir des services de garderie et de l'aide aux membres de la famille des préposées aux bénéficiaires et des infirmières a beaucoup aidé quand tout a commencé à fermer. Il est manifeste que le manque de personnel a été amplifié par le rôle que jouent les femmes dans la société.

En revanche, je n'ai été témoin d'aucune forme de discrimination, et rien de tel ne m'a été signalé. Je pense que la majorité des gestionnaires des sept résidences où nous avons été déployés étaient des femmes, donc je peux dire que les femmes jouent un rôle prédominant en matière de leadership dans ce secteur.

L'hon. Larry Bagnell: Merci.

J'ai participé hier à une téléconférence avec des gens d'une organisation non militaire, mais assez similaire. Ils se demandaient ce qu'ils pourraient faire pour recruter davantage de femmes. Vous avez manifestement beaucoup de succès. Vous avez été recrutée. Vous êtes montée jusqu'au sommet de la hiérarchie. Avez-vous des recommandations à faire sur la façon dont nous pourrions attirer un plus grand nombre de femmes dans l'armée ou nous pourrions améliorer nos mesures de recrutement, de manière à mieux répondre aux besoins spéciaux des femmes?

Y a-t-il des éléments de votre expérience personnelle qui pourraient nous aider ou nous guider pour apporter des améliorations?

Maj Karoline Martin: Je peux vous parler de mon expérience personnelle. Mon mari et moi sommes tous deux militaires et faisons carrière ensemble depuis presque 20 ans. Il ne fait aucun doute qu'il est très important de mieux faire connaître les mesures d'aide aux familles et à l'avancement de la carrière pour les femmes. Il faut donc améliorer nos communications sur tout ce qu'offre l'armée. Je pense que de l'extérieur, il semble à la plupart des civils que l'armée a toujours une mentalité très rigide, typiquement militaire. Vraiment, je pense qu'on pourrait mieux communiquer toutes les possibilités fantastiques qui existent au sein de cette organisation.

L'hon. Larry Bagnell: Merci, madame la présidente. C'est tout pour moi.

La présidente: Merci beaucoup.

Monsieur Bezan, la parole est à vous.

• (1435)

M. James Bezan: Merci, madame la présidente.

J'aimerais remercier nos témoins de comparaître aujourd'hui devant nous. Je remercie le Col Malcolm et la Maj Martin, les deux militaires qui sont parmi nous aujourd'hui.

Majore Martin, je vous remercie tout particulièrement de votre témoignage franchement honnête devant la commission d'enquête de l'Ontario sur les foyers de soins de longue durée. Vous avez vraiment brossé un portrait clair des événements malheureux qui se sont déroulés et à cause desquels votre équipe et vous avez été envoyées pour faire le ménage.

J'aurais une ou deux questions à vous poser rapidement pour commencer, colonel Malcolm. Si nous étions déployés dans un théâtre d'opérations comme celui de l'Afghanistan et que notre personnel médical était affecté en si grand nombre à la gestion d'hôpitaux de rôle 3 dans des bases d'opérations avancées, aurions-nous été en mesure d'offrir l'intervention nationale qui a été requise pendant la première vague de COVID-19?

Col Scott Malcolm: Évidemment, je ne peux vous répondre que dans la perspective du système de santé.

M. James Bezan: C'est exactement ce que je veux. Je parle des militaires faisant partie de notre personnel médical déployé dans les hôpitaux de rôle 3 dans nos bases d'opérations avancées un peu partout en Afghanistan. Si toutes ces personnes étaient actuellement en déploiement, comment arriverions-nous à gérer une pandémie comme celle que nous vivons en ce moment?

Col Scott Malcolm: Nous avons adopté une approche très différente au printemps pour nous attaquer à ce problème très complexe. Nous avons abordé la planification en misant d'abord et avant tout sur les besoins pour constituer nos équipes de santé. Nous avons cherché à gérer les personnes et les professionnels sous cet angle. Nous avons dû prendre des décisions très délibérées.

Bien sûr, s'il y avait eu en même temps un déploiement à grande échelle comme en Afghanistan, nous aurions dû prendre des décisions encore plus difficiles pour répondre à la fois aux besoins des militaires en déploiement et aux besoins nationaux.

M. James Bezan: Merci.

Vos services médicaux devront-ils participer à la campagne de vaccination contre la COVID-19, surtout que c'est le Gén Fortin qui a été nommé pour diriger la distribution des vaccins contre la COVID-19?

Col Scott Malcolm: Pour l'instant, les rôles supplémentaires qui seront confiés aux Forces armées canadiennes et plus précisément à leurs services de santé restent à déterminer, mais je dois souligner que dans la demande d'aide générale présentée dans le cadre de l'Opération LASER, le plan d'urgence prévoyait que les Forces armées canadiennes jouent un rôle dans la vaccination de masse. Cela a été pris en compte dans la planification, mais il reste encore à déterminer si nos services seront sollicités pour cela.

M. James Bezan: Pour vous préparer, pour que les Forces armées canadiennes et les membres de vos services de santé soient bien formés et prêts à intervenir, offrez-vous déjà de la formation sur l'administration de vaccins au pays?

Col Scott Malcolm: L'administration de vaccins fait déjà partie de la formation de base de bon nombre de nos cliniciens. La vaste majorité de ces personnes, qu'il s'agisse de techniciens médicaux, d'infirmières ou de médecins, administrent déjà les vaccins contre l'influenza à nos troupes partout au pays.

M. James Bezan: J'en déduis que les Forces armées canadiennes discutent déjà de leur participation à la distribution des vaccins contre la COVID-19 dans le cadre de l'Opération LASER.

Colonel Malcolm, avez-vous une idée du nombre de membres de vos services médicaux qui seront appelés à contribuer à cette partie de l'Opération LASER pour distribuer les vaccins contre la COVID-19?

Col Scott Malcolm: Les Forces armées sont en train d'analyser les besoins de l'Agence de la santé publique et peut-être aussi des provinces et des territoires dans cette campagne, et le rôle que les services de santé des Forces canadiennes pourraient jouer reste à déterminer, mais je souligne que nous avons affecté un pharmacien et un planificateur des soins de santé à l'équipe de planification initiale.

M. James Bezan: Dans le cadre de ce processus de planification, quand les Forces armées canadiennes, sous la direction du général Fortin, auront-elles un plan solide en place pour expliquer aux Canadiens partout au pays comment les vaccins seront distribués, quel rôle joueront les Forces armées canadiennes, comment on joindra les populations vulnérables et comment on procédera pour immuniser les gens qui vivent dans des communautés rurales, éloignées et nordiques?

Col Scott Malcolm: Madame la présidente, la majore-générale Fortin et l'Agence de la santé publique du Canada seraient mieux placées que moi pour répondre à la question. Je ne suis pas au courant des détails et je ne sais pas où en est le plan à ce moment.

• (1440)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons à M. Baker. Allez-y, s'il vous plaît.

M. Yvan Baker: Merci, madame la présidente. Je pose ma première question à Mme Estabrooks.

C'est bon de vous revoir, madame. Je dispose d'environ cinq minutes, alors je vais essayer de partager mon temps entre vous et M. Hébert, si c'est possible. J'aimerais ne pas dépasser deux minutes pour avoir la chance de lui poser une question également.

À la lumière de ce que les Forces armées canadiennes ont constaté et nous ont appris au sujet des pratiques et des conditions dans nos centres de soins de longue durée, croyez-vous qu'il serait important d'établir des normes nationales à cet égard? Dans l'affirmative, pourquoi?

Mme Carole Estabrooks: Oui, je crois qu'il serait important de le faire pour des raisons que j'ai mentionnées un peu plus tôt. La situation varie beaucoup au pays. On pourrait ainsi relever les normes d'éducation. Cela permettrait sans doute aussi d'accroître le nombre d'heures de soins et de mieux comprendre les différentes formules de soins offerts. Cela permettrait à tout le moins de réassurer les gens et de leur faire savoir qu'il s'agit là d'une question d'intérêt national et que nous avons une idée commune de ce à quoi s'attendre lorsqu'on vieillit et que l'on a besoin de soins à long terme.

Les gens ne nécessiteront pas tous des soins de longue durée en vieillissant. La démence est la première cause d'admission dans un centre de soins de longue durée. Ces gens demandent trop de soins pour leur famille et la communauté des soins à domicile a besoin des soins de longue durée. Lorsque tout se passe bien, c'est le bon endroit pour eux.

Je pense qu'en ce moment, les Canadiens ont peur — je sais que c'est le cas — d'aller dans un centre d'hébergement. La pandémie a exacerbé leurs craintes. Je ne pense pas que les gens aient l'impression qu'il s'agit d'une préoccupation nationale au même titre que les soins de santé, même si les mesures sont encore disparates dans ce cas. Les soins de longue durée ne sont pas des soins de santé. C'est une combinaison de soins de santé et de soins sociaux. Je ne vois pas vraiment d'uniformité dans ce à quoi les gens peuvent s'attendre lorsqu'ils vieillissent et qu'ils ont besoin de ce type de soins.

M. Yvan Baker: Merci beaucoup. Je vais passer à M. Hébert maintenant.

[Français]

Monsieur Hébert, c'est un plaisir de vous rencontrer virtuellement. Je vous remercie d'être parmi nous aujourd'hui.

Ma question est la même que celle que je viens de poser à Mme Estabrooks. Elle concerne les normes nationales pour les établissements de soins de longue durée.

Dans le discours du Trône, le gouvernement a annoncé qu'il allait travailler en collaboration avec les provinces pour établir ces normes nationales. Croyez-vous que c'est important et que cela pourra contribuer à améliorer les conditions dans les établissements de soins de longue durée?

Dr Réjean Hébert: Je vous remercie beaucoup de la question.

Je suis effectivement d'accord. Dans tous les autres secteurs d'activité, en médecine, nous avons des normes. Elles sont, soit canadiennes, soit internationales, qu'il s'agisse du diabète, de la maladie d'Alzheimer, de l'obésité ou des maladies cardiovasculaires, notamment. Ces normes doivent être basées sur les meilleures preuves scientifiques possible. Or, comme les provinces canadiennes partagent des systèmes de santé relativement semblables, faire en sorte de bénéficier des expériences et des expertises de chacune d'entre elles a du sens.

Il faut aussi considérer que nos services de santé, au Québec, sont agréés par Agrément Canada, qui a lui aussi des normes nationales et qui les applique au Québec depuis plusieurs décennies. Il est donc normal, pour que le Québec et le Canada aient les meilleurs standards possible dans le monde pour s'occuper des personnes âgées en établissement, que nous puissions compter sur des normes aussi bien canadiennes qu'internationales.

[Traduction]

M. Yvan Baker: Nous avons environ 45 secondes. Pouvez-vous nous parler brièvement des situations les pires ou les plus difficiles que vous et votre personnel avez pu observer dans les établissements de soins de longue durée, et qu'est-il possible de faire à ce sujet?

Maj Karoline Martin: Le rapport répond en bonne partie à la question, mais je dirais que pour les cliniciens, c'était le fait de voir des patients mourir seuls ou sans avoir les membres de leur famille auprès d'eux. C'était vraiment difficile pour tous les cliniciens concernés.

• (1445)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Brunelle-Duceppe.

[Français]

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Merci, madame la présidente.

Monsieur Hébert, vous nous avez parlé des normes nationales. Est-ce que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec déploie des stratégies en matière de santé mentale et de soins aux aînés présentement? Est-ce qu'il l'a toujours fait?

Dr Réjean Hébert: Oui. Le gouvernement du Québec a des stratégies en matière de soins en santé mentale et de soins aux personnes âgées. Ce que je déplore depuis très longtemps, c'est qu'on n'ait pas donné la priorité à ces stratégies de soins aux aînés. L'hécatombe, au Québec, est beaucoup plus importante que dans les autres provinces et que dans les autres pays industrialisés. C'est dû à la négligence qui caractérise ce secteur d'activité depuis de très nombreuses années.

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Le Québec a donc des stratégies en matière de soins aux aînés. Vous avez parlé de ce qui était de la musique à vos oreilles. Le fédéral, qui, comme vous le savez, n'administre aucun hôpital — sinon un ou deux, seulement —, est mieux placé pour passer par-dessus les gens qui sont sur le terrain.

Est-ce ce que vous vouliez dire?

Dr Réjean Hébert: Non, je n'ai absolument pas dit cela, monsieur Brunelle-Duceppe. Ce que j'ai dit...

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Si on met des normes nationales en vigueur, c'est ce que cela va impliquer.

Dr Réjean Hébert: Non, ce n'est pas exact. Cela signifie que l'ensemble des scientifiques, au Canada, pourraient être en mesure d'établir les meilleures pratiques cliniques, comme cela se fait dans plusieurs autres domaines.

Vous savez, la science ne s'arrête pas à la frontière du Québec et de l'Ontario. Elle est pancanadienne et internationale. Je pense qu'il ne faut pas être chauvin dans ce domaine.

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Non, ce n'est pas une question de chauvinisme.

En tant que ministre de la Santé du Québec, vous auriez donc accepté des normes nationales venant d'Ottawa.

Dr Réjean Hébert: J'ai toujours accepté que le Québec se conforme aux meilleures normes de pratique. Que cela concerne la qualité des services, les modes de traitement ou les modes de diagnostic, le Québec doit être à la fine pointe des normes nationales et internationales.

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Vous trouvez donc que M. LeGault est dans l'erreur quand il dit ne pas être d'accord au sujet des normes nationales, mais vous, comme ministre péquiste, auriez été d'accord.

Dr Réjean Hébert: Vous me mettez des mots dans la bouche, monsieur Brunelle-Duceppe. Je n'ai pas dit cela.

M. Alexis Brunelle-Duceppe: La question est de savoir si vous auriez accepté cela.

[Traduction]

La présidente: Très bien. Votre temps est écoulé.

C'est maintenant au tour de M. Garrison. Allez-y, s'il vous plaît.

M. Randall Garrison: Merci beaucoup, madame la présidente.

Je suis très heureux de voir aujourd'hui qu'on discute des mesures à long terme qu'il faut prendre dans les centres de soins de longue durée pour éviter d'avoir recours aux forces canadiennes dans ce genre de situation.

J'ai bien aimé en particulier entendre M. Hébert dire qu'il faut mettre l'accent sur les soins de longue durée, plutôt que sur les soins hospitaliers, ainsi qu'entendre Mme Estabrooks et Mme van Beusekom dire qu'il faut valoriser les soins parce qu'il s'agit d'un service important, et le faire par l'accréditation du personnel, la formation, un salaire convenable, etc.

Je sais que notre temps est presque écoulé. Ma dernière question porte sur les mesures à court terme, et elle s'adresse d'abord à Mme van Beusekom.

Pensez-vous que les mesures qui ont été prises avant le départ des Forces canadiennes des centres de soins de longue durée étaient suffisantes pour assurer les soins de santé et la sécurité des patients dans ces centres en Ontario?

Mme Michelle van Beusekom: Je vous remercie de la question.

Non, je ne pense pas que les mesures étaient suffisantes. À mon point de vue, le problème le plus grave était les tests de dépistage, comme je vous en ai parlé. Les centres de soins de longue durée devaient avoir la priorité pour les tests de dépistage. Dès qu'un cas est confirmé, tout le monde devrait être testé afin de placer les cas négatifs avec les cas négatifs, et les cas positifs avec les cas positifs. Si ce n'est pas possible de le faire, il faut que les gens positifs sortent de l'endroit. C'était un problème au printemps, et c'est encore un problème actuellement.

Il faut donc procéder à des tests de dépistage et regrouper les gens. Ces mesures de base qui permettent aux équipes sur place de gérer l'éclosion ne sont pas appliquées systématiquement, et elles ne sont toujours pas en place en Ontario.

M. Randall Garrison: Merci beaucoup. C'est une réponse qui ne fait pas plaisir à entendre, mais je pense que c'est important que nous l'entendions tous.

Madame Estabrooks, je vous pose la même question au sujet des mesures à court terme. Y a-t-il des mesures importantes à court terme qui pourraient être mises en place dès maintenant pour atténuer les répercussions négatives auxquelles nous sommes certains de faire face dans les centres de soins de longue durée au cours des mois à venir?

Mme Carole Estabrooks: Il faut remédier, bien sûr, au problème des tests de dépistage. Nous devons aussi remédier aux infections et au problème lié à la qualité de l'équipement de protection personnelle. C'est essentiel, et ces problèmes ne sont pas réglés partout. Nous devons continuer de revenir à la charge au sujet des problèmes de dotation, car nous allons être... Nous avons des éclosions partout au pays en ce moment. Il n'y a pas qu'en Ontario et au Québec où des gens meurent et souffrent à l'heure actuelle. C'est le cas d'un océan à l'autre.

Là où nous avons vraiment échoué, je pense, c'est dans le fait de ne pas avoir compris que les mesures de santé publique ont des répercussions sur les soins de longue durée. Les soins de longue durée ne sont pas dispensés en vase clos quelque part dans un endroit éloigné. Si les gens ne respectent pas les mesures de santé publique, il y aura des répercussions au bout de la ligne sur le nombre de cas positifs dans les centres de soins de longue durée qui se traduiront par des décès et des souffrances indicibles. Nous devons nous efforcer de comprendre, et d'aider la population à comprendre, que ces mesures de santé publique doivent être appliquées parce que les gens qui se trouvent dans des centres de soins de longue durée ne sont pas en mesure de se protéger eux-mêmes et dépendent de nous. Il s'agit, je pense, d'un problème important auquel il faut remédier.

Nous devons aussi nous occuper du problème de la solitude. Nous parlons des gens qui meurent seuls comme s'il s'agissait uniquement d'un événement triste, mais c'est une catastrophe. La solitude et l'isolement tuent les gens avant la fin de leur vie. Nous devons gérer les visites d'une façon aussi sécuritaire que possible et ne pas les interdire comme nous l'avons fait.

• (1450)

La présidente: Merci beaucoup.

Monsieur Bezan, allez-y, s'il vous plaît.

M. James Bezan: Merci, madame la présidente.

Mes questions s'adressent à M. Shimooka.

Vous avez fait beaucoup d'analyses des dépenses militaires dans le passé, et nous savons qu'il y a eu beaucoup de dépenses pendant la pandémie pour stimuler... pour combler les pertes de revenus des gens et des entreprises.

Lorsque la situation sera sous contrôle, avez-vous réfléchi aux répercussions que les prochains budgets du gouvernement pourraient avoir sur les dépenses de la défense?

M. Richard Shimooka: Oui, tout à fait. C'est intéressant de regarder la situation internationale en ce moment. J'aimerais souligner que de nombreux pays — dont la France et le Royaume-Uni — ont, en fait, haussé leurs dépenses militaires, plus précisément dans le secteur des acquisitions, et accéléré les achats d'équipement, en partie pour stimuler l'économie. Je pense que nous avons pu voir au cours de la dernière année, ou un temps pendant la pandémie, que trois programmes importants de chasseurs d'appui tactique, dont la valeur des investissements tourne autour de 20 à 30 milliards de dollars, ont été annoncés. Les capitaux de démarrage pour ces programmes... Il s'agit en quelque sorte d'une mesure de relance, notamment parce que l'industrie aérospatiale a été extrêmement durement touchée, comme nous le savons tous, et pas seulement pour ce qui est des voyages, mais aussi pour ce qui est de la fabrication, de l'entretien, de la réparation et du fonctionnement.

Cela étant dit, le Canada n'a pas vraiment procédé ainsi. Le pays n'a tout simplement pas de stratégie nationale d'approvisionnement en matière de défense qui soit en un sens bien conçue et qui permette d'investir dans les capacités, etc. Ce qui va arriver, à mon avis...

M. James Bezan: Devrions-nous avoir une telle stratégie?

M. Richard Shimooka: Bien sûr. Je pense que cela fait partie de l'équation. Nous disposons de ce que nous appelons les capacités industrielles clés, ou CIC, et ce que nous faisons, c'est prendre les fonds des retombées industrielles et technologiques, ou RIT, pour soutenir l'industrie canadienne. Ce n'est pas vraiment une stratégie efficace. Beaucoup de pays n'ont plus recours à ce genre de stratégie. Je pense que le gouvernement va examiner les capacités industrielles clés et essayer d'en tirer parti pour financer les priorités nationales d'une façon un peu indirecte. Cela ne fera que rogner le budget d'approvisionnement des Forces armées canadiennes et accroître les délais pour obtenir de l'équipement.

Je mettrais le gouvernement en garde contre l'idée de stimuler l'économie de cette façon, mais je crains que ce soit ce qu'il envisage de faire en ce moment.

M. James Bezan: Comment procéderiez-vous alors pour équilibrer les intérêts des moteurs économiques et les capacités requises pour les forces armées, et le faire en servant au mieux les intérêts des contribuables?

• (1455)

M. Richard Shimooka: Je pense qu'il est possible d'y arriver. J'aimerais vous souligner quelques mesures prises par le Royaume-Uni et l'Australie au cours des quelque 10 dernières années. Ils ont délaissé les formules très rigides qui exigent une compensation nationale de 100 % des achats d'équipement à l'étranger, afin d'opter pour des arrangements plus souples qui misent sur la valeur de ce que l'on obtient et le développement des industries nationales.

Ils procèdent aussi à des investissements directs considérables du gouvernement, plutôt que d'avoir recours exclusivement à la formule des retombées industrielles et technologiques. Je pense que cela présente un véritable danger au Canada, et on commence à voir les vrais problèmes qui y sont associés, en particulier maintenant qu'il est possible de modifier le choix des capacités militaires en fonction de la proposition de valeur, du nombre de retombées industrielles et technologiques, de l'endroit où elles se trouvent ou encore de la valeur selon les critères d'évaluation. Alors...

M. James Bezan: Regardons simplement une leçon apprise au cours de la pandémie de la COVID-19. Nous n'étions pas maîtres de la production de l'équipement de protection personnelle. Nous n'étions pas maîtres de la production de vaccins contre la COVID-19. Nous dépendions d'autres pays à cet égard.

Existent-ils des infrastructures essentielles au sein des Forces armées canadiennes sur lesquelles nous devrions avoir le contrôle ou la souveraineté? Certaines chaînes d'approvisionnement sont primordiales pour assurer la protection, la sécurité et la défense du Canada.

La présidente: Brièvement, je vous prie.

M. Richard Shimooka: Je dirais qu'il s'agit de choses comme la cyberguerre, c'est-à-dire des situations qui exigent une intervention vraiment rapide et un contrôle des technologies de l'information, surtout à l'intérieur du Canada. Voilà les aspects que le Canada devrait envisager pour maintenir une base industrielle à l'intérieur du pays.

La présidente: Merci beaucoup.

Monsieur Hardie, vous avez la parole.

M. Ken Hardie (Fleetwood—Port Kells, Lib.): Merci, madame la présidente. Vous dirigez la réunion d'une main de fer. C'est très bien. Bien évidemment, nous ne nous attendions à rien de moins.

Majore Martin et colonel Malcolm, les Forces armées canadiennes doivent avoir acquis une certaine expérience, il y a 102 ou 103 ans, lors de la grippe espagnole. Y a-t-il eu un manuel de stratégie? En avez-vous pu tirer des leçons pour faire face à la situation actuelle?

Col Scott Malcolm: Je vous remercie de me donner l'occasion de répondre à cette question.

Je dirais que la documentation et l'archivage tout au long du siècle dernier, malgré quelques difficultés... Chose certaine, nous avons pu nous inspirer de leçons plus récentes, notamment en nous appuyant sur notre expérience et nos rôles durant la grippe H1N1. Nous avons tiré des leçons, mais comme on l'a laissé entendre, nous avions affaire à un virus grippal connu, soit le H1N1. Dans le cas

de la pandémie actuelle, il y a beaucoup plus d'incertitude puisqu'il s'agit du tout premier coronavirus.

M. Ken Hardie: Merci.

Au début de la pandémie, nous avons observé avec stupeur et consternation ce qui se passait en Europe, surtout en Italie. C'est certainement là que j'ai vu la première intervention des forces militaires pour aider les autorités civiles à gérer la situation.

Y a-t-il eu des discussions, des échanges de renseignements ou une communication constante avec les militaires en Europe quant à la manière dont ils ont fait face à cette situation, et y a-t-il des leçons que nous pouvons en tirer?

Col Scott Malcolm: Je vous remercie de la question.

Nous avons reçu de précieuses leçons de la part de nos alliés de l'OTAN et d'autres partenaires dans le monde entier, qu'il s'agisse du Japon, de la Corée... Tous les intervenants dans le domaine militaire sont bien disposés à mettre en commun les leçons apprises, et nous avons été à l'affût de la situation pendant tout ce temps. Comme la première vague est arrivée chez nous quelques mois après avoir frappé des pays à l'autre bout du monde, nous avons pu être un peu mieux préparés grâce aux connaissances limitées dont nous disposions à ce moment-là.

M. Ken Hardie: Il semble qu'on fera appel à vos services pour la distribution des vaccins. Dans quelle mesure êtes-vous bons en logistique? C'est l'occasion de faire votre publicité.

Col Scott Malcolm: Malheureusement, vous demandez à un médecin d'expliquer à quel point nous excellons en logistique. Ce n'est pas mon domaine de compétence, mais je peux vous dire qu'en matière de logistique médicale, nous nous sommes beaucoup appuyés sur nos logisticiens dans le domaine médical pour faire distribuer l'équipement de protection individuelle dans le monde entier — par exemple, lorsque nous avons soutenu l'opération Globe —, ainsi que dans les établissements de soins de longue durée. Ils ont réussi merveilleusement bien. Tous les militaires qui se sont rendus dans les établissements de soins de longue durée disposaient d'un équipement de protection individuelle de qualité supérieure pour se protéger et pour protéger les personnes vulnérables qu'ils servaient.

M. Ken Hardie: J'ai le temps de poser une autre petite question à Mme Estabrooks et à Mme van Beusekom.

On a évoqué la question de l'isolement. Que faisons-nous à ce sujet? Quelles sont vos recommandations?

Mme Carole Estabrooks: Nous ne pouvons pas éliminer le risque. Nous devons accepter une certaine part de risque lorsque nous autorisons des visiteurs et des membres de la famille à entrer dans les établissements, mais nous pouvons atténuer ce risque. Nous pouvons limiter le nombre de personnes qui viennent sur les lieux. Nous pouvons demander aux familles de respecter les règles et, si elles ne se conforment pas aux pratiques de prévention des infections, elles ne devraient pas pouvoir rendre visite à leurs proches. Toutefois, nous devons les laisser entrer, car les personnes âgées atteintes de démence se détériorent non seulement physiquement, du fait d'être seules au lit, mais aussi très rapidement sur le plan cognitif lorsqu'elles n'ont aucun contact, en particulier avec des gens qui leur sont familiers.

N'oubliez pas que les gens qui entrent dans les chambres portent des masques, des blouses et des casques. La compréhension sensorielle des patients diminue à mesure que leur démence s'aggrave. Ils n'entendent pas bien et ne voient pas bien; c'est donc effrayant et déroutant. Nous pouvons atténuer le risque. Nous devons accepter le fait qu'il y aura un certain risque. Nous pouvons procéder en toute sécurité si nous y réfléchissons bien, et nous devons faire ce qui s'impose. Nous ne pouvons pas laisser les gens mourir seuls.

• (1500)

Mme Michelle van Beusekom: Il y a un important précédent en Ontario, à savoir le programme des aidants naturels essentiels, qui a été instauré grâce aux pressions exercées par de nombreuses personnes. Chaque résidant a maintenant droit à deux aidants naturels essentiels. J'en suis une pour mes parents. Cela change tout. Nous devons passer régulièrement des tests. Nous recevons une formation sur l'équipement de protection individuelle et les protocoles de prévention des infections, et cela fait toute une différence. Lorsque

je rends visite à mes parents, je peux constater la détérioration des personnes qui n'ont pas accès aux membres de leur famille.

Cela peut se faire en toute sécurité, et l'Ontario est un chef de file en la matière. À mon avis, ce programme devrait être étendu à la grandeur du pays.

La présidente: Voilà qui met fin à notre séance.

[Français]

Merci à tous.

[Traduction]

Merci beaucoup d'avoir fait preuve de concision et d'avoir traité avec beaucoup de respect le temps des autres témoins et des membres du Comité. Je vous remercie d'avoir été des nôtres aujourd'hui. Nous savons que votre temps est précieux.

Sur ce, la séance est levée.

Carole A Estabrooks, CM, Ph. D., inf. aut., MSRC, MACSS, FAAN, FACSI, professeure et titulaire d'une chaire de recherche du Canada de niveau 1, Faculté de sciences infirmières, Université de l'Alberta

Je suis la directrice scientifique du programme longitudinal de recherche appliquée en soins de longue durée *Translating Research in Elder Care* (Application de la recherche aux soins donnés aux aînés). Mes travaux sont axés sur la qualité des soins, la qualité de vie et la qualité de la fin de vie des aînés vivant dans des établissements de soins de longue durée ainsi que sur la qualité de vie au travail du personnel de ces établissements. Je m'intéresse aussi de près à la mise en application de la recherche pour favoriser la prise de décisions fondées sur des données probantes.

Déclaration préliminaire

Au Canada, nous avons la chance de pouvoir faire appel aux Forces armées canadiennes en situation de crise. Nous leur sommes reconnaissants de s'être mobilisées pour fournir des soins à des aînés canadiens fragiles et vulnérables dans des établissements de soins de longue durée, les ESLD, pendant la première vague de la pandémie. Lors de cette mission, les membres des Forces canadiennes ont été appelés à travailler dans des milieux de soins durement touchés qui leur étaient inconnus et s'acquitter de tâches nouvelles pour eux, tout cela, avec très peu de temps pour s'y préparer. Nous leur sommes reconnaissants d'avoir stabilisé des parties du système de soins de longue durée qui étaient en situation de crise aiguë, ce qui a permis d'éviter d'autres souffrances et des morts inutiles causées non pas par la COVID-19 elle-même, mais par les conditions abominables entraînées par la maladie. Nous leur sommes reconnaissants d'avoir rempli leur devoir de signaler – d'avoir produit des rapports accablants qui ont ouvert les yeux des Canadiens et de nos dirigeants sur la catastrophe en cours.

Au Canada, plus de 80 % des décès liés à la COVID sont survenus dans des ESLD, un taux beaucoup plus élevé que dans tout autre pays du monde. Comment en sommes-nous arrivés là? La réponse est simple : en accordant moins de valeur aux aînés, en particulier à ceux atteints de démence, qu'au reste de la population. En accordant moins de valeur aux soins offerts en ESLD qu'à ceux prodigués dans les hôpitaux et les unités de soins intensifs. En faisant preuve de discrimination active et passive envers les aînés atteints de démence qui vivent dans des maisons de soins.

L'origine des maisons de soins infirmiers, ou établissements de soins de longue durée, remonte au 17^e siècle, où la loi sur les pauvres de l'époque élisabéthaine a donné naissance aux hospices pour les pauvres et aux asiles des indigents. Quel est

le rapport avec le 21^e siècle? C'est que la loi élisabéthaine sur les pauvres a établi une distinction entre les pauvres qui méritent qu'on réponde à leurs besoins et ceux qui ne sont pas dignes qu'on s'en soucie.

En cette deuxième époque élisabéthaine, la crise de la COVID a clairement mis en évidence 1) une propension à la discrimination envers les personnes âgées et 2) l'existence d'une catégorie de malades et nécessiteux indignes qu'on trouve acceptable de faire vivre dans des conditions que la plupart des gens trouveraient atroces, dans un secteur gravement sous-financé, en manque de personnel et aux pratiques désuètes qui est régi par un ensemble disparate de mesures de réglementation, d'inspection, de supervision et de responsabilité.

Certains soutiennent que les maisons de soins et leurs résidents vulnérables ont été sacrifiés pour préserver le système de soins de santé, les gouvernements et la société. Ils sont morts pour nous protéger.

Dès le début, nous savions (du moins ceux qui œuvrent dans le secteur des SLD le savaient) que la situation des établissements de soins était précaire et qu'elle pouvait vite devenir catastrophique – une situation causée par la priorité accordée aux jeunes et aux hôpitaux et l'adoption de mesures les favorisant ainsi que par des décennies de négligence et d'incurie, qui ont obligé les gestionnaires à fonctionner avec une marge de manœuvre à peu près inexistante. Malgré cela, lorsque les rapports des Forces armées canadiennes sur les conditions observées dans les ESLD pendant la pandémie de COVID ont été publiés, nous en avons eu le souffle coupé, nous avons versé de nombreuses larmes, et une rage sourde s'est installée dans le cœur de certains d'entre.

Je déplore que les militaires canadiens aient dû intervenir, mais je suis heureuse qu'ils l'aient fait. En tant que Canadienne, je suis fière de leur travail.

Depuis plus d'un demi-siècle, gouvernements, organismes, syndicats et médias font état des mauvais traitements, du manque de ressources et de la négligence qu'on observe dans les établissements de soins de longue durée. Seulement au cours des 30 dernières années, 80 rapports canadiens ont été produits à grands frais. On y retrouve des thèmes récurrents, dont bon nombre portent sur la main-d'œuvre et les conditions de travail. Et pourtant, très peu de choses ont changé, même lorsque plus d'une vingtaine de personnes âgées ont péri dans un incendie au Québec ou que la pire tueuse en série du Canada a sévi dans des maisons de soins infirmiers en Ontario.

Les gouvernements et la population dans son ensemble savaient ou auraient dû savoir ce qui se passait. En effet, comme l'indique le rapport *Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée* publié par la Société royale du Canada, plus de 150 reportages sur des établissements de soins ont été diffusés au Canada, et ce, uniquement au cours des dix dernières années.

Toutefois, ni les spécialistes, ni le public, ni les médias n'ont réussi à attirer l'attention sur la situation suffisamment longtemps pour que des changements soient apportés. Ce n'est qu'avec les rapports de l'armée que les choses ont commencé à bouger. Dieu merci pour ces rapports, mais il faut se demander *pourquoi il a fallu attendre tout ce temps. Et que se passera-t-il maintenant que la situation a été mise au jour?*

Bien qu'ils aient mobilisé l'attention et entraîné des changements, il est peu probable que les rapports de l'armée sur des ESLD du Québec et de l'Ontario aient une incidence durable sur le système canadien de soins de longue durée, parce qu'ils ne parlent pas des causes profondes de la situation.

Au cœur des problèmes de qualité des soins et de main-d'œuvre du secteur des SLD se trouve un sexisme évident (en plus de l'âgisme). S'occuper de personnes âgées dans des ESLD est vu comme un « travail pour les femmes ». Après tout, *il n'est pas très difficile de nourrir et de laver des gens; à peu près n'importe qui peut le faire. Cette vision des choses est évidemment carrément fausse.* S'occuper d'une population de plus en plus diversifiée de personnes âgées fragiles et vulnérables est un travail complexe et exigeant qui requiert du personnel qualifié. **Il s'agit d'un travail honorable.**

Ce travail est accompli par des préposés aux services de soutien à la personne, dont plus de 90 % sont des femmes d'un certain âge et la moitié sont des immigrants. Ces employés sont les plus mal payés de tous les travailleurs du système de santé, sont souvent privés d'avantages sociaux et de la sécurité d'un poste à plein temps, en plus d'être mal préparés pour les tâches qu'ils auront à accomplir et de n'avoir à peu près aucune possibilité de formation continue. Ils sont traités comme si leur utilité se résumait à assurer les soins de base et ne peuvent pas suffisamment compter sur le soutien d'une équipe de professionnels. Ils sont l'équivalent moderne des employés œuvrant au sein des maisons élisabéthaines pour les pauvres du 17^e siècle.

Avant de conclure, j'aimerais aborder la question de la santé mentale des militaires et des civils qui ont travaillé dans des milieux touchés par la COVID.

Je me réjouis que du soutien en santé mentale et en bien-être soit offert aux militaires qui ont été affectés temporairement dans les établissements de soins de longue durée. Mais qu'en est-il de la santé mentale et du bien-être du personnel de ces établissements, qui n'y sont pas que de façon temporaire et qui ne bénéficient d'aucun soutien du genre.

Les premières estimations de la prévalence des symptômes modérés à sévères d'anxiété ou de trouble de stress post-traumatique chez les travailleurs des ESLD atteignent 43 %; dans le cas des symptômes légers, la prévalence d'élève à 87 % (Italie; Riello et coll., 2020).

En Espagne, le personnel des ESLD travaillant auprès des résidents atteints de la COVID rapporte des niveaux élevés de stress traumatique secondaire dus à la pression du travail, à la forte exposition à la souffrance, au manque d'équipement de protection individuelle et au soutien insuffisant reçu des superviseurs (Blanco-Donoso, 2020).

En Ontario, les travailleurs de la santé ont été infectés de manière disproportionnée. À la fin de juillet 2020, ils comptaient pour près de 20 % des cas de COVID, ce qui est nettement plus élevé que le taux mondial des travailleurs de la santé contaminés, estimé à 14 %.

Les problèmes de santé mentale des employés de première ligne ne disparaîtront pas d'ici Noël de cette année, ni d'ici Pâques ni même d'ici Noël de l'an prochain; bon nombre d'entre eux continueront de se faire sentir pendant des années, voire des décennies. Ils seront cependant moins débilissants si on agit maintenant pour offrir du soutien au personnel de première ligne des établissements de soins et d'autres milieux, si on agit maintenant pour offrir du soutien aux familles qui ont souffert et si on répond aux besoins en santé mentale des aînés en établissement de soins qui *ont* survécu.

Nous n'avons pas besoin d'une autre commission, d'une autre enquête ou d'un autre rapport. Ce qu'il nous faut, c'est l'équivalent contemporain d'un **plan Marshall** pour procéder à une refonte en profondeur du système de SLD.

Ces endroits où nous avons placé et oublié nos aînés, ce sont des milieux de vie, pas des hôpitaux pour malades chroniques ou des asiles pour les pauvres. Ce sont des endroits chargés d'offrir des soins de qualité pour assurer aux résidents, y compris à ceux atteints de démence, une bonne qualité de vie, une bonne qualité de fin de vie et une bonne mort.

Conclusion

Je remercie le comité permanent de m'avoir invitée à témoigner. Et maintenant, que se passera-t-il? Le rôle de l'armée se limitera-t-il à son devoir de signaler? Chacun de nous, quand il est prêt à l'accepter, a la responsabilité de veiller sur son prochain. Que devons-nous faire pour assumer cette responsabilité? Je suis reconnaissante du travail accompli par les membres des Forces canadiennes dans les établissements de soins, mais depuis plus d'un demi-siècle, le système de SLD auquel nous confions nos parents, nos frères et sœurs, nos conjoints et nos compagnons de longue date est négligé et son financement fond comme neige au soleil, en raison de la discrimination évidente exercée envers les personnes âgées, les femmes et le travail consistant à prodiguer des soins.

Le passage de la COVID-19 dans les ESLD a entraîné un taux très élevé de décès, des souffrances indescriptibles ainsi que la concrétisation de la peur existentielle la plus profonde de nombreux Canadiens, soit celle de mourir seul.

Tout comme la bataille de Passchendaele en est venue à symboliser le massacre insensé et les souffrances inimaginables des Canadiens qui ont servi leur pays, la COVID-19 dans les ESLD est devenue le symbole de la mort inutile et des souffrances injustifiées de Canadiens qui ont contribué à bâtir la société canadienne, qui ont servi leur pays – que ce soit comme soldats ou comme civils – pour en faire l'un des meilleurs endroits où vivre sur la planète.

Si nous n'agissons pas maintenant, une fois que les vaccins auront été administrés et que la COVID-19 sera chose du passé, que son souvenir commencera à s'estomper dans notre mémoire et que nous arrêterons de penser aux personnes âgées dans les maisons de soins parce que de nouveaux sujets retiendront notre attention, alors, la situation dans les ESLD redeviendra telle qu'elle était avant la pandémie. Nous n'aurons rien appris et rien n'aura changé, du moins pas en profondeur. Jusqu'à la prochaine crise.

La COVID-19 est une tragédie qui touche tout le monde, mais si nous unissons nos efforts pour à la fois répondre aux besoins immédiats et procéder à une réforme complète du système, alors les sacrifices (y compris ceux des Forces canadiennes) n'auront pas été vains. Ils donneront naissance à quelque chose de bon et de grand.

Un établissement de SLD (une maison de soins infirmiers) n'est pas un hôpital pour malades chroniques. C'est un milieu de vie, et pour la plupart de ses résidents, ce sera leur dernier. Les aînés qui y vivent ont besoin de soins de santé de qualité et de soins sociaux qui contribuent à leur qualité de vie. Ils sont vieux – la moitié d'entre eux ont plus de 85 ans – et fragiles; bon nombre d'entre eux ont un éventail de problèmes de santé coexistants, dont la démence, qui est elle-même une maladie liée à l'âge et limitant la durée de vie. Les besoins en soins sont de plus en plus grands et complexes.

Et pourtant, plus de la moitié des Canadiens ont indiqué qu'ils préféreraient mourir plutôt que d'avoir à aller vivre dans un établissement de SLD. Comment avons-nous pu laisser la situation se détériorer à ce point au Canada, un pays à revenu élevé dont la population jouit d'une qualité de vie supérieure? Comment avons-nous pu permettre que 85 % des décès liés à la COVID-19 au Canada surviennent dans des ESLD? Il s'agit du pire taux de tous les pays du monde.

Nous avons manqué à notre devoir de prendre soin de nos concitoyens les plus vulnérables. Et cela a donné lieu à des situations particulièrement atroces dans certaines régions du pays. Chacun de nous devrait réfléchir un instant et surtout ne pas oublier qu'aux pires moments de la première vague de la pandémie, à certains

endroits au Canada, nous avons laissé des personnes âgées mourir dans leurs excréments, sans eau, sans nourriture et sans contact humain. Des Canadiens âgés et vulnérables. Ils étaient le parent, le grand-parent, le mari ou la femme, le frère ou la sœur, l'ami ou le compagnon de longue date de quelqu'un.

C'est un problème qui nous concerne tous, qui touche l'ensemble du Canada et pas seulement l'Ontario et le Québec. Aucun des quelque 1 800 ESLD du pays n'est à l'abri d'une éclosion de COVID-19. Pour s'en convaincre, il suffit de penser à la tragédie qui se déroule à Campbellton, au Nouveau-Brunswick. Un médecin atteint de la COVID-19 l'a transmis à un patient qui est allé travailler à la résidence pour personnes âgées de la ville et l'a à son tour transmis à trois employés de l'établissement et à 15 résidents, dont un a perdu la vie – jusqu'à présent. C'est une menace qui plane sur tous les ESLD de toutes les provinces et de tous les territoires.

Notre complaisance et notre indifférence, notre attitude envers les personnes âgées et déficientes, notre attitude envers la prestation de soins – un travail qui est du ressort des femmes; notre conviction que n'importe qui est capable de s'occuper d'une personne âgée atteinte de démence : tous ces éléments expliquent l'état actuel du secteur des SLD. Il y a aussi notre déconcertante volonté de croire que nous pourrions gérer un système aussi complexe que celui des SLD sans données décentes. C'est comme si on essayait de gérer en se fiant à une boule de cristal au lieu d'adopter une approche globale fondée sur des données probantes. *Nous sommes au 21^e siècle.*

Il ne suffit pas de dénoncer. Ce qu'il faut faire maintenant, c'est de régler les problèmes immédiats, après quoi nous devons nous attaquer résolument aux problèmes à moyen et à long terme. Sinon, il ne fait aucun doute que le scénario actuel se reproduira.

Et nous ne pouvons pas dire que nous ne savons pas ce qu'il faut faire. Je pourrais citer une centaine de rapports qui dorment sur les tablettes. Je pourrais citer des milliers de documents de recherche qui proposent des solutions à un grand nombre des divers problèmes qui minent le secteur. Je pourrais faire allusion aux plus de 10 000 entrevues que les membres de mon équipe ont menées auprès de fournisseurs de soins directs. Ces employés nous disent qu'ils travaillent dans la contrainte, qu'ils sont mal préparés et qu'ils n'ont pas le temps de fournir les soins essentiels ou qu'ils doivent le faire à la hâte parce qu'il n'y a pas assez de personnel et qu'ils manquent de temps pour accomplir toutes leurs tâches.

Ce qu'il faut faire

1. Veiller à ce que chaque ESLD au Canada soit prêt pour une éventuelle deuxième vague.

2. Continuer à corriger les pires lacunes en matière de conditions de travail : salaire, avantages sociaux, nécessité de travailler à plusieurs endroits.
3. Veiller à ce que les ESLD disposent de l'équipement et des ressources nécessaires pour mettre en place une stratégie de dépistage et de traçage couvrant l'ensemble de leurs employés et des résidents, de manière à pouvoir vérifier la présence de symptômes et de signes auprès de tous les travailleurs, visiteurs et membres des familles. S'assurer que le personnel a une formation appropriée en prévention des infections et que tous portent l'équipement de protection individuelle nécessaire.
4. Mettre en place des solutions novatrices en matière de garde d'enfants et de répit pour aider les travailleuses dont les enfants ne sont pas à l'école ou qui doivent s'occuper de leurs propres parents vieillissants.
5. Traiter les familles comme des familles et non pas comme des visiteurs.
6. Évaluer l'incidence des politiques du « lieu de travail unique » pour s'assurer qu'elles n'entraînent pas de conséquences imprévues.
7. Veiller à ce que tous les ESLD soient gérés et dirigés de façon compétente.
8. Déterminer comment réaffecter des travailleurs disponibles à un ESLD qui se retrouverait en sous-effectif grave parce que de nombreux membres de son personnel sont atteints à leur tour.
9. Obtenir des données, bon sang! Pour pouvoir gérer le secteur de SLD adéquatement, il faut des données de qualité.

Ce qu'il faut éviter

1. Une autre commission, une autre enquête ou étude, un autre rapport. Je peux vous présenter 80 rapports qui ont été produits au Canada uniquement au cours des 30 dernières années au coût de 24 millions de dollars – selon une estimation très prudente – et qui disent essentiellement tous la même chose, qui proposent toujours les mêmes solutions.
2. Il faut éviter de favoriser les milieux de soins aigus au détriment des ESLD.
3. Il ne faut pas avoir des attentes irréalistes, ne pas croire que la tâche sera facile et qu'elle ne nécessitera aucune ressource. Au contraire, c'est un travail difficile auquel il faudra bien évidemment consacrer des ressources. Mais cela ne conduira pas le pays à la faillite.
4. Il faut éviter de s'engager dans des débats acrimonieux ayant pour but de déterminer si la question relève de la compétence du fédéral ou de celle des provinces.

Croyez-vous un seul instant que la personne âgée gisant dans ses excréments, en proie à la soif et à la douleur qui voyait ses derniers moments arriver et qui avait peur de mourir seule s'est demandé de *quelle compétence* ça relevait?

Merci.

Opération Laser – Déploiement des Forces armées canadiennes (FAC) dans les établissements de soins de longue durée

Tout d’abord, quelques faits tirés des témoignages précédents (examen de la documentation par Melissa)

- 729 membres du personnel ont offert un soutien de première ligne dans les ESLD, dont 393 femmes; vous pouvez établir un lien avec le pourcentage de femmes qui vivent et travaillent dans des ESLD.
- 55 membres déployés dans ESLD ont contracté la COVID, mais aucun n’a dû être hospitalisé.
- La direction a résumé les observations des rapports concernant la sécurité des patients et du personnel :
 - o la situation était différente d’un établissement à l’autre;
 - o dans certains établissements, les politiques sur le contrôle des infections n’étaient pas respectées;
 - o dans certains cas, le personnel n’avait pas la formation requise ou il manquait de fournitures médicales;
 - o des déficiences ont été observées dans l’infrastructure à certains endroits;
 - o il y avait parfois des problèmes au niveau de la qualité des soins.
- Les FAC ont un programme de santé mentale appelé « En route vers la préparation mentale » qui aide les membres à se préparer en vue d’un déploiement. Il semblerait que certains services aient été adaptés pour les besoins des militaires déployés dans les ESLD. Des travailleurs sociaux et des aumôniers ont été mis à leur disposition pendant la durée de la mission. Des services leur ont aussi été offerts après le déploiement.

Commentaires de Carole

Il sera très important de parler de l’intervention de l’armée en termes positifs. Les députés n’avaient que des propos élogieux au sujet du travail effectué par les FAC dans les ESLD. Par conséquent,

- commencer par dire à quel point le Canada est chanceux que les FAC aient pu et voulu aller prêter main-forte dans les ESLD en situation de crise. Les remercier aussi non seulement d’avoir répondu à l’appel pour aider la

population la plus vulnérable de la société pendant la pandémie mais aussi d'avoir rempli leur devoir de signaler;

- des reportages dans les médias font état des mauvais traitements, de la négligence et d'autres problèmes observés dans des ESLD depuis plus d'un demi-siècle; les gouvernements et la société savaient – ou auraient dû savoir – ce qui se passait (ici, faire allusion à la liste de reportages parus dans les médias) dans les ESLD du Canada.
- les spécialistes et les médias n'ont pas réussi à attirer suffisamment l'attention pour faire changer les choses. Il aura fallu les rapports des FAC pour que des mesures soient prises. Nous sommes heureux que les FAC aient signalé ces lacunes, mais comme société, nous devons nous demander pourquoi il aura fallu attendre ces rapports. Et que se passera-t-il maintenant que la situation a été mise au jour?

Rapports de l'armée

- Les rapports décrivent de façon percutante les conditions observées par les FAC. Ils ont réussi à faire bouger les choses, mais les mesures adoptées au Québec et en Ontario en réponse aux révélations n'auront sans doute pas une incidence durable sur le système de SLD, parce que les rapports ne parlent pas des causes profondes. Les arguments sur l'âgisme et le sexisme peuvent s'insérer ici. La valeur d'une vie sauvée.
- Se reporter au rapport de la SRC et insister sur le fait qu'on n'a pas besoin d'autres études, que le moment est venu d'agir, puis passer aux recommandations.
- **Inclure le document d'Eric!**
- Revenir sur les rapports militaires et résumer les problèmes relatifs à la sécurité des patients et du personnel qu'ils recensent, mais inclure aussi la notion de qualité de vie et de vie au travail.
- Passer ensuite à la partie sur le sexisme et aux questions pertinentes relatives aux femmes, à la valeur qu'on accorde à leur travail.
- Dire que les rapports de l'armée deviennent beaucoup plus percutants si on les considère dans le contexte du système de soins de santé et de services sociaux – ils décrivent les conséquences de décennies d'âgisme et de sexisme envers les personnes qui vivent et qui travaillent dans les ESLD.

Santé mentale

- Je crois qu'il vaut la peine de mentionner qu'on se réjouit que du soutien en santé mentale et en bien-être soit offert aux militaires, qui ont été affectés de façon temporaire dans les établissements, pour ensuite soulever la question de la santé mentale et du bien-être des employés des ESLD, qui ne sont pas là seulement de façon temporaire et qui n'ont pas accès à un tel soutien.

- Les premières estimations de la prévalence des symptômes modérés à sévères d'anxiété ou de trouble de stress post-traumatique chez les travailleurs des ESLD atteignent 43 %; dans le cas des symptômes légers, la prévalence d'élève à 87 % (Italie; Riello et coll., 2020).
 - En Espagne, le personnel des ESLD travaillant auprès des résidents atteints de la COVID rapporte des niveaux élevés de stress traumatique secondaire dus à la pression du travail, à la forte exposition à la souffrance, au manque d'équipement de protection individuelle et au soutien insuffisant reçu des superviseurs (Blanco-Donoso, 2020).
 - En Ontario, les travailleurs de la santé ont été infectés de manière disproportionnée. À la fin de juillet 2020, ils comptaient pour près de 20 % des cas de COVID, ce qui est nettement plus élevé que le taux mondial des travailleurs de la santé contaminés, estimé à 14 %.
- Il est important de préparer le personnel des FAC en vue d'un déploiement dans les ESLD, et si vous pouvez offrir votre aide, proposez de contribuer à la préparation de tout déploiement futur du genre; cela pourrait aider à préparer le personnel des FAC à ce qu'il verra. On peut décrire les problèmes systémiques, la main-d'œuvre et la population de résidents.
 - Souligner qu'il s'agit d'un milieu de vie et non d'un hôpital et qu'il y a de grandes différences entre les deux; le lien à établir dans ce cas-ci est la santé mentale et le bien-être des résidents et des familles; envisager de parler des décès indirectement liés à la Covid-19 (article du *Washington Post*).

Conclusion

- En plus de remercier le comité pour son invitation à témoigner, demander « Et maintenant, que se passera-t-il? » Quel est le rôle des Forces armées canadiennes au-delà de son devoir de signaler? Nous avons tous la responsabilité de veiller sur notre prochain, alors comment nous assurer que des mesures concrètes seront prises?
- Nous sommes très reconnaissants aux membres des FAC pour leur travail et leur soutien dans les ESLD, mais cela fait 50 ans que le secteur des SLD est négligé et que son financement diminue, à cause de l'âgisme et du sexisme; comment pouvons-nous aller de l'avant en tant que pays? Les membres des FAC ont jeté un regard neuf sur la situation et en ont fait l'expérience directe; est-ce que c'est ça qu'il fallait?

Corriger les lacunes des institutions et financer autrement les soins de longue durée

Professeur Réjean Hébert, MD MPhil
Département de gestion, évaluation et politique de santé,
École de santé publique de l'Université de Montréal

Comité permanent sur la défense nationale de la Chambre des communes
27 novembre 2020

Pendant que l'attention médiatique est tournée à juste titre vers le drame des personnes âgées qui meurent dans les institutions d'hébergement ou sont confinées dans les résidences pour aînés, il faut préparer l'après catastrophe. Il faut d'abord analyser les causes profondes de l'impact démesuré de la Covid-19 sur les personnes vivant en milieu de vie collectif. Comment en sommes-nous arrivés là? Qu'avons-nous fait, ou plutôt qu'avons-nous négligé pour créer les conditions permettant la survenue d'une telle hécatombe? Mais après l'analyse, il faut rapidement agir; des solutions existent pour corriger la situation et mettre en place des mesures qui préviendront la répétition de ce drame et permettront aux personnes âgées vulnérables de mieux vivre au sein de la société.

Le Canada vieillit : on le répète souvent mais on ne réalise pas à quel point. Dans moins de 15 ans, les personnes de plus de 65 ans constitueront plus de 25% de la population. Le Japon y est déjà et nous dépasserons maintenant la plupart des états européens qu'on appelait jadis les « vieux pays ». Ce vieillissement démographique n'est pas une catastrophe, ni sociale, ni économique, ni même sanitaire. Il faut toutefois prendre acte des faits et adapter nos structures et nos services à cette nouvelle réalité.

Force est de constater que nous refusons de voir notre vieillissement collectif; nous refusons de voir les vieux et les vieilles. On recourt même à toutes sortes d'appellations pour masquer la réalité : les âgées, les aînés, les seniors, les sages. Ces pudeurs langagières cachent notre déni profond du vieillissement et des vieux. On continue de se comporter comme une société jeune, à commencer par notre système de santé. Les réformes des dernières décennies ont placé encore plus l'hôpital au centre du système et des établissements alors que les soins des vieux à domicile ou en institution sont relégués à l'arrière-plan. Que ce soit au niveau des budgets, des constructions et rénovations, des préoccupations des gestionnaires, des ressources médicales ou infirmières, du personnel d'aide et de soutien, c'est l'hôpital qui reçoit la priorité.

La crise de la COVID-19 et la catastrophe provoquée dans les institutions d'hébergement commandent des actions concrètes pour juguler la crise, prévenir une récurrence et mieux organiser les services aux aînés. Il faut d'abord régler la situation en mettant en place des solutions immédiates qui limiteront les dégâts et éviteront surtout un même scénario lors d'une inévitable deuxième vague. Il faut aussi reconnaître que la solution institutionnelle est encore privilégiée au Canada à cause de l'histoire de la création des régimes d'assurance maladie. Mais par-dessus tout, il faut proposer des solutions durables pour mieux servir les personnes âgées, particulièrement celles en perte d'autonomie, qu'elles soient à domicile ou en hébergement.

1. Juguler la crise

Nous sommes encore en pleine crise sanitaire au Québec dans les CHSLD (Centres d'hébergement et de soins de longue durée) et autres résidences pour aînés. En date du 10 septembre 2020, on recense 3676 décès en CHSLD, soit 9,1% de la population de ces centres. La pénurie de préposés n'est que la pointe de l'iceberg et les causes de cette « tempête parfaite » sont plus larges. Les préposés sont les mal aimés de notre système de santé. Dans cette structure complexe, de plus en plus orienté vers l'hôpital et sa technologie, on a oublié l'être humain que l'on doit soigner et l'être humain qui soigne. Les soins englobent beaucoup plus que les actes techniques et comprennent l'écoute, la compassion, le sourire, la patience, l'intervention pour calmer, et bien davantage; toutes des tâches que l'on ne peut minuter dans

des objectifs de productivité. C'est là l'essentiel du travail d'un préposé, ce qui le motive et ce qui rend ses tâches valorisantes et passionnantes. Bien sûr, la rémunération fait partie de la solution, mais les conditions de travail sont aussi -sinon plus- importantes.

Les CHSLD doivent être des milieux de vie mais aussi des milieux de soins, car ils accueillent des résidents avec de multiples conditions médicales. Il importe donc d'assurer, sur place, une équipe de médecins dédiée et compétente. Dans la poursuite aveugle de l'objectif de retourner les médecins de famille en cabinet, on a dépouillé les CHSLD de leur personnel médical. On a aussi dilué l'encadrement infirmier, pourtant essentiel pour la planification des soins et la réalisation de gestes professionnels et techniques. En conséquence, les résidents doivent être transférés à l'urgence et à l'hôpital pour toute détérioration médicale, ce qui engendre des effets néfastes : contaminations, confusion mentale, interventions intempestives non souhaitées, etc. De plus, l'expertise pour faire face à des situations de crise et imposer les mesures nécessaires pour prévenir l'éclosion ou la propagation des infections est bien souvent absente.

En période d'épidémie, la disponibilité du matériel de protection (masques, jaquettes, visières), la désignation de zones chaudes étanches sans mobilité du personnel et l'interdiction pour le personnel de travailler sur plusieurs sites ou unités sont des conditions essentielles à la prévention de la propagation des infections. D'ailleurs, la stabilité du personnel sur les unités de soins est aussi une condition primordiale à des soins humains et de qualité, même en période normale. Une étude de Liu et coll.¹ comparant la mortalité dans les institutions d'hébergement en Colombie-Britannique et en Ontario a identifié l'interdiction formelle de la mobilité du personnel comme un facteur important du taux de mortalité très inférieur en Colombie-Britannique. Si l'Ontario a tardé à interdire la mobilité, le Québec ne l'a pas fait en première vague et la tolère toujours aujourd'hui.

Les installations physiques sont souvent désuètes en CHSLD : chambres à lits multiples, salles de toilettes partagées par plusieurs résidents, ventilation inadéquate, absence de gicleurs et d'air climatisé. Ces conditions ne permettent pas aux résidents de jouir d'une qualité de vie minimale, ni au personnel de travailler dans des conditions saines et agréables. On ne retrouve pas non plus de chambres excédentaires pour les soins de fin de vie ou l'isolement de résidents lors d'épisodes infectieux. La piètre qualité des installations contribue à accentuer les risques lors de canicules et de contexte infectieux. Un programme intensif de rénovation doit être entrepris pour corriger ces anomalies et assurer des environnements sécuritaires et attrayants.

Enfin, les réformes successives du réseau de la santé et des services sociaux au Québec ont fait disparaître la gestion locale des CHSLD. Ceux-ci font partie de superstructures régionales qui regroupent les hôpitaux, centres de réadaptation, centres jeunesse et centres locaux de services communautaires (CLSC). Le pouvoir de décision et la gestion sont assumés de façon centrale sans responsable local dans chacune des installations. Il est élémentaire que chaque CHSLD soit sous la responsabilité d'une équipe de direction pour veiller à l'organisation spécifique des

¹ Liu, M., Maxwell, C.J., Armstrong, P., Schwandt, M., Moser, A., McGregor, M.J., Bronskill, S.E., and Dhalla, I.A. (2020). COVID-19 in long-term care homes in Ontario and British Columbia. *Can Med Assoc J*. doi: 10.1503/cmaj.201860; early-released September 30, 2020.

services propres à un établissement et, surtout, répondre rapidement et efficacement aux situations de crise.

Pour prévenir une nouvelle hécatombe lors d'une seconde vague de la COVID, il faut donc : rebâtir des équipes médicales, améliorer la dotation du personnel infirmier, mieux valoriser le travail de préposé, renforcer les mesures de prévention de la propagation, rénover les installations et instaurer une gestion locale des CHSLD.

2. Système de santé canadien et la priorité à l'institution

Le système de soins canadien et la Loi canadienne sur la santé ont mis les hôpitaux au cœur de l'organisation sanitaire. Si ce choix était justifié au siècle dernier pour répondre aux besoins d'une population plus jeune, il est beaucoup moins pertinent face à une population plus vieille aux prises avec des maladies chroniques et des incapacités.

Les personnes âgées au Canada et au Québec vivent en milieux de vie collectifs offrant des soins et des services plus que dans les autres pays industrialisés. Le taux d'hébergement en soins de longue durée est respectivement de 5,7% et 5,9% des personnes de 65 ans et plus au Canada et au Québec, alors que la moyenne des pays de l'OCDE se situe à 4,7%². Mais c'est dans les résidences pour aînés (RPA) que le Québec se démarque, alors que plus de 100 000 personnes âgées y vivent (7%). Plus de la moitié des places en RPA au Canada se situe au Québec. Chez les plus de 75 ans, près de 20% de la population québécoise a choisi ce mode de vie collectif qui concentre les aînés dans une certaine autarcie et une auto-exclusion des autres groupes sociaux³. Ces aînés de la génération dite « silencieuse » y cherchent sécurité et accès aux services en cas de besoin. Leurs enfants, de la génération des baby-boomers, y ont aussi vu une solution pratique au soutien et à la sécurité de leurs parents. Si ces résidences peinaient à remplir leur mandat avant la crise, force est de constater que ce n'est plus qu'illusion à la lumière des éclosions de la covid-19 et du confinement généralisé que la pandémie a engendré dans ces milieux.

L'engouement pour l'hébergement collectif résulte de l'incapacité de la société et du système de soins à assurer les services à domicile nécessaires en cas de perte d'autonomie. Faute de soins à domicile adéquats, la pression sur l'hébergement en CHSLD s'est accentuée et un marché lucratif de CHSLD privés non-conventionnés et de résidences pour aînés s'est développé de façon anarchique, sans contrôle de l'État. Or, les personnes âgées d'aujourd'hui et de demain préféreraient continuer à vivre à domicile à condition d'avoir accès à des services suffisants et de qualité advenant une perte d'autonomie. Cela exige de changer notre façon de voir les services de soutien à l'autonomie : au lieu de déménager la personne vers des solutions d'hébergement qui correspondent à leurs besoins, il faudrait plutôt adapter et développer l'offre de services en laissant la personne vivre où elle a choisi de vieillir.

² OCDE. Panorama de la santé 2019. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5f5b6833-fr.pdf?expires=1588001483&id=id&accname=guest&checksum=87D05BE3BFD6194EA20E38F74E69F8D0>

³ Hébert R. Les vieux se cachent pour mourir, 2016. <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/464685/les-vieux-se-cachent-pour-mourir>

Les soins à domicile ne représentent que 14% du financement public des soins de longue durée au Québec et au Canada. Tous les autres pays de l'OCDE consacrent une plus grande part de leur financement public aux soins à domicile, allant même jusqu'à 73% au Danemark⁴. Ce peu d'investissement s'explique par une logique de financement; le système de santé canadien couvre essentiellement les soins médicaux et hospitaliers. En conséquence, l'hébergement en soins de longue durée, issu des hôpitaux de soins prolongés est couvert par le régime public d'assurance-santé, alors que les soins à domicile sont financés à la marge, à la discrétion de chacune des provinces. On comprend alors pourquoi la solution institutionnelle a été privilégiée.

3. Investir davantage mais autrement

Investir davantage dans les soins à domicile ne sera pas suffisant pour imprimer un changement significatif. Dans une étude longitudinale recensant l'ensemble des services utilisés par toutes les personnes âgées de Sherbrooke de 2011 à 2015, nous avons observé une diminution progressive importante des services à domicile au cours de cette période : de 200 000 visites par année en 2011 à moins de 60 000 en 2015. Cette diminution est particulièrement importante chez les personnes recevant une intensité de services supérieure. Ce phénomène est d'autant plus troublant que le budget 2013-2014 comprenait un investissement supplémentaire de 110 millions de dollars pour les soins à domicile, soit une augmentation de 20% de la base budgétaire. De toute évidence, cette augmentation ne s'est pas traduite en une amélioration des services. Les établissements ont plutôt réalloué les sommes selon leurs priorités. À cette époque, les soins à domicile de la mission CLSC partageaient le même budget que les missions hospitalières et d'hébergement. Ce sont donc les missions hospitalières qui ont utilisés ces investissements supplémentaires. On peut facilement imaginer qu'avec la réforme de 2015, cette situation ne s'améliore pas et que les investissements promis récemment en soins à domicile risquent fort de ne pas se traduire en services supplémentaires pour les usagers des soins à domicile. Pour les directions des actuelles superstructures, la tentation est trop forte de réorganiser le partage des revenus pour soulager l'augmentation de coûts des soins hospitaliers réguliers.

La situation est probablement similaire pour les transferts fédéraux visant le soutien à domicile. En 2017, le gouvernement fédéral annonçait un investissement de 6 milliards de dollars sur 10 ans pour les soins à domicile via les transferts en santé. Il n'est pas assuré que cette injection substantielle de financement se traduira par un accroissement significatif de services. Il est à craindre que les provinces et les établissements aient d'autres priorités, l'accès aux soins hospitaliers monopolisant toute leur attention.

Il faut donc sortir du mode de financement actuel axé sur les établissements. Un financement basé sur les besoins des individus doit être plutôt mis en place pour les soins de longue durée. C'est le principe des assurances publiques de soins à long terme implantées dans de nombreux pays au cours des vingt dernières années, notamment au Japon, en Corée du Sud et dans la plupart des pays de l'Europe continentale⁵. Dans ces systèmes d'assurance, les besoins de la

⁴ Huber, M., R. Rodrigues, F. Hoffmann, K. Gasior and B. Marin. 2009. Facts and Figures on Long-Term Care. Europe and North America. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

⁵ Hébert R. L'assurance autonomie: une innovation essentielle pour répondre aux défis du vieillissement. *Revue canadienne sur le vieillissement* (2012), 31(1) :1-11

personne sont évalués à l'aide d'un outil de mesure des incapacités. Une allocation est déterminée selon le niveau de besoins. Cette allocation sert à financer des services publics ou privés choisis par la personne ou ses proches à partir du plan d'intervention élaboré par un professionnel de la santé, souvent un gestionnaire de cas. Certains pays permettent même l'émission d'un chèque (« cash for care ») directement à la personne qui contracte elle-même les services qui lui sont destinés. La qualité des prestataires est assurée par un mécanisme d'agrément et la qualité des services rendus est évaluée par le gestionnaire de cas. Ces assurances sont habituellement financées sans capitalisation (« pay-as-you-go ») par des cotisations employeur-employé, une taxe sur la rente de retraite, l'impôt sur le revenu ou d'autres formes de recettes spécifiques (redevances sur l'électricité ou abolition d'un congé férié, par exemple).

C'est ce qui était proposé par l'assurance autonomie au Québec en 2013, alors que j'étais ministre au gouvernement. Comme la plupart des autres provinces, le Québec a plusieurs éléments déjà en place qui faciliteraient l'implantation rapide de cette réforme importante : un outil d'évaluation déjà utilisé largement pour toutes les personnes requérant des services à domicile ou en hébergement (l'Outil d'évaluation multiclientèle -OEMC- intégrant le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle -SMAF-), une classification en 14 profils-types d'incapacités (Profils Iso-SMAF) qui permet de traduire le besoin en ressources nécessaires et en allocations, des gestionnaires de cas déjà déployés dans le cadre de l'intégration des services suite au projet PRISMA, des outils informatiques soutenant l'élaboration du plan d'intervention et de l'allocation de services et un organisme de gestion efficace déjà féru de ce genre de financement, la Régie de l'assurance-maladie du Québec⁶.

Une assurance autonomie répond à plusieurs besoins :

- Elle assure un financement public équitable aux personnes nécessitant des soins et services à long terme, et ce, sans égard à leur milieu de vie et aux prestataires de services.
- Elle offre une solution aux problèmes d'équité interrégionale et interétablissement dans la prestation de services de maintien à domicile.
- Elle établit une gestion publique de tous les services de soutien à l'autonomie, que ces services soient fournis par des établissements publics ou des entreprises privées.
- Elle redonne aux usagers la liberté de choisir leur milieu de vie et les prestataires de services.
- Elle assure la qualité des services offerts par les organismes publics et privés et permet de créer une émulation parmi les prestataires de services pour mieux répondre aux besoins.

Un programme budgétaire particulier et protégé devait permettre d'isoler ce financement de celui du budget global des établissements. On estimait alors que des investissements annuels cumulatifs de 100 à 200 millions de dollars seraient nécessaires pour assurer les besoins des

⁶ Hébert R, Gervais P, Labrecque S, Bellefleur R. 2016. L'assurance-autonomie au Québec : une réforme inachevée. Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de santé, 4(1) :Article 1. DOI : [dx.doi.org/10.13162/hro-ors.v4i1i.2737](https://doi.org/10.13162/hro-ors.v4i1i.2737)

personnes âgées et s'ajuster au vieillissement anticipé de la population. Les projections pour l'investissement supplémentaire en 2027 se chiffraient à 1,3 milliard de dollars, qui étaient pourtant inférieures de 1,5 milliard aux projections faites à partir du statu quo axé sur la solution institutionnelle.

Après la publication d'un livre blanc⁷, bien accueilli par l'ensemble des parties prenantes, un projet de loi a été déposé à l'assemblée nationale en décembre 2013. Il ne fut jamais adopté par suite du déclenchement précipité des élections et la perte du pouvoir du gouvernement Marois. Le projet n'a pas été repris par les gouvernements ultérieurs. Le projet est mort mais l'idée ne l'est pas et les composantes permettant sa réalisation sont toujours présentes. Sa pertinence est encore plus affirmée à la lumière de la crise de la covid-19.

Dans le cadre canadien, deux solutions peuvent être envisagées pour mettre en place cette forme de financement. Une première option serait une loi sur les services de longue durée sur le modèle de la loi canadienne de la santé. Elle définirait des grands principes incitant les provinces à mettre en place un financement spécifique des soins à long terme privilégiant les soins à domicile. En répondant aux principes et conditions, cette loi autoriserait une contribution fédérale au système mis en place par les provinces. Une seconde option serait la création d'une allocation canadienne pour les soins à domicile où le fédéral financerait directement les personnes répondant à certains critères liés à l'incapacité. Chacune des provinces utilise déjà une évaluation standardisée des besoins qui pourrait servir à déterminer l'admissibilité et le montant de l'allocation. Quoiqu'il en soit, peu importe l'option envisagée, des négociations avec les provinces sont incontournables pour définir les contours de la loi ou du programme retenu.

Conclusion

La crise actuelle au Québec dans les établissements de soins de longue durée résulte de la négligence du réseau de santé et de services sociaux envers les personnes âgées en perte d'autonomie. Les CHSLD doivent faire l'objet d'un redressement majeur tant au niveau de la gouvernance, de la gestion, du financement et de la qualité et sécurité des installations que de la prestation des services. L'encadrement médical et infirmier doit être renforcé et les conditions de travail des préposés doivent être améliorées bien au-delà de la rémunération. Les installations doivent être rénovées et la gestion et la gouvernance doivent être réformées.

Le système de santé canadien doit s'adapter au vieillissement de la population. L'hôpital ne doit plus être au centre des priorités et décisions. Les maladies chroniques exigent une approche différente basée sur des soins à domicile de qualité. Le financement des services ne doit plus se faire exclusivement à partir des établissements mais se baser sur les besoins évolutifs des usagers. Une assurance publique des soins à long terme permettrait d'atteindre cet objectif.

Nos personnes âgées méritent de vieillir à domicile avec les services dont elles ont besoin. En adaptant l'approche de financement et d'organisation des services à la réalité du 21^e siècle, les Canadiens et les Québécois choisiront de vieillir à la maison et résisteront au chant des sirènes

⁷ Hébert R. 2013. L'autonomie pour tous: livre blanc sur la création d'une assurance autonomie. <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss/mandats/Mandat-24161/index.html>

des résidences et autres lieux d'exclusion sociale institutionnalisés. C'est le type de société que nous souhaitons pour les personnes âgées d'aujourd'hui et celles de demain dont nous ferons tous partie, inévitablement.

À propos de l'auteur

Le Docteur Réjean Hébert est médecin gériatre, gérontologue et épidémiologiste. Après une longue carrière à l'Université de Sherbrooke, il est maintenant professeur au Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM). Il a été le doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke de 2004 à 2010 et de l'ESPUM de 2017 à 2019. Il fut le directeur fondateur du Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement et de l'Institut du vieillissement des Instituts de recherche en santé du Canada. Ses travaux de recherche portent sur l'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, les services de première ligne et l'engagement du patient. Il a conçu et validé le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) pour mesurer les besoins des personnes âgées et handicapées. Il a dirigé le groupe PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) qui a développé et validé un modèle original de coordination des services qui améliore l'efficacité du système de santé, tout en prévenant la perte d'autonomie des aînés. De 2012 à 2014, il a été ministre de la Santé et des services sociaux et ministre responsable des Aînés au Québec. En 2019, il a reçu le Prix Armand-Frappier, l'un des Prix du Québec reconnaissant une contribution exceptionnelle à l'organisation de la recherche.

Bibliographie des publications récentes pertinentes :

Borgès Da Sylva R, Hébert R, Perreault S, Bosson-Rieutort D, Blais R. Repenser l'allocation des ressources humaines en santé : faut-il vraiment faire un choix entre CHSLD et hôpitaux ? Perspectives, Cirano, avril 2020. <https://cirano.gc.ca/fr/sommaires/2020PE-06>

Hébert R. Soins à domicile : financer davantage mais surtout autrement. Option politique : Institut de recherche en politiques publiques, 13 mai 2020. <https://policyoptions.irpp.org/fr/magazines/may-2020/les-soins-a-domicile-financer-davantage-mais-surtout-autrement/>

Hébert R. Financing for Home Care must rise, and be done differently. Policy Options. Institute of research in Public Policy, May 21st 2020. <https://policyoptions.irpp.org/magazines/may-2020/financing-for-home-care-must-rise-and-be-done-differently/>

Hébert R. À quoi bon s'intéresser aux vieux. La Tribune, Le Soleil, 9 mai 2020; La Presse, 15 mai 2020. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/202005/14/01-5273585-a-quoi-bon-sinteresser-aux-vieux.php>

Hébert R. Trois chantiers pour vieillir dans la dignité. La Presse, 26 mai 2020. https://plus.lapresse.ca/screens/6c723acf-b4ce-4288-8aa7-c2687a4de89c_7C_0.html?utm_medium=ulink&utm_campaign=internal+share&utm_content=screen

Hébert R., Couturier Y. « Les vieux allaient mourir de toutes façons » : Un âgisme systémique révélé par la pandémie. Le Devoir, 18 novembre 2020.

<https://www.ledevoir.com/opinion/idees/589996/un-agisme-systemique-revele-par-la-pandemie>

Texte du témoignage présenté par Richard Shimooka
devant le Comité permanent de la défense nationale
le 27 novembre 2020.

Richard Shimooka est agrégé supérieur à l'Institut Macdonald-Laurier, où il se concentre sur la sécurité internationale et les études stratégiques et militaires. Son témoignage s'appuie considérablement sur un [récent rapport de l'Institut sur la situation de la défense et de la sécurité après la pandémie de COVID-19](#).

Au cours de l'année dernière, la pandémie de COVID-19 a entraîné des bouleversements importants dans l'économie et la société canadiennes. À l'échelle internationale, on constate que la pandémie a accéléré un certain nombre de tendances de longue date et qu'elle a introduit plusieurs nouveaux défis. Au cours de la dernière décennie, nous avons été témoins de la fragmentation des arrangements politiques, économiques et militaires découlant de la Deuxième Guerre mondiale qui sous-tendaient un ordre international fondé sur des règles et qui étaient définis dans leurs derniers temps par la promotion de valeurs libérales telles que la liberté d'expression, la réduction de la pauvreté et la démocratie.

Cette époque semble révolue. Le consensus de l'après-guerre froide s'est effondré, en partie à cause de la vigueur croissante avec laquelle les acteurs nationaux défendent leurs intérêts dans les relations internationales. De grandes puissances comme la Russie, la Chine et l'Iran ont rejeté cet ordre dirigé par les États-Unis ou se sont efforcés de l'usurper. L'effritement du consensus de l'après-guerre froide s'est aussi produit chez de proches alliés, où le populisme et le nationalisme ont émergé comme une force puissante et perturbatrice. Leur croissance est imputée à divers degrés à la faiblesse historique de la confiance de la population envers les institutions gouvernementales, au déclin des perspectives économiques et à l'évolution rapide des sociétés. Des manifestations de ce changement sont l'élection de présidents populistes comme Viktor Orbán en Hongrie ou Jair Bolsonaro au Brésil et la popularité croissante du Mouvement 5 étoiles en Italie.

L'un des signes les plus évidents de cette ère naissante de concurrence entre les puissances mondiales se manifeste dans la sphère militaire. En effet, au cours de la dernière décennie, les grandes puissances militaires ont entrepris un effort de modernisation spectaculaire, qui comprend des augmentations de financement, des réorientations des structures des forces et la mise en œuvre de nouvelles capacités. L'ampleur des avancées technologiques distingue sans doute cette période des précédentes, et certaines percées, comme l'intelligence artificielle, auront des répercussions sur la nature même de la guerre.

Collectivement, ces nouvelles technologies ont augmenté la létalité et les moyens d'application de la force. Nombre d'entre elles représentent de vastes améliorations par rapport aux systèmes existants ou n'ont aucun analogue antérieur. Les développements technologiques ne sont pas strictement limités aux questions de cinétique militaire; ils affectent également nos systèmes politiques, économiques et sociaux, par exemple en ce qui concerne la cybercapacité. L'un des aspects les plus problématiques de cette réalité militaire émergente est peut-être l'absence de normes liées à ces nouvelles technologies, ce qui peut entraîner une plus grande instabilité. À titre d'exemple, la Chine, qui souhaite devenir le chef de file mondial dans le domaine de l'intelligence artificielle d'ici 2030, n'hésite pas à mettre la main sur les nouvelles technologies pour y parvenir.

La pandémie de COVID-19 a miné davantage la confiance du public à l'égard des structures de gouvernance des États occidentaux, un fait exacerbé par les campagnes de désinformation que mènent des puissances étrangères. On le constate par les grandes manifestations et les troubles civils liés aux mesures de santé publique et la montée de mouvements violents d'extrême droite dans plusieurs pays.

De plus, les mesures économiques d'urgence que les États ont prises en réponse à la pandémie font en sorte que bon nombre d'entre eux se retrouvent avec des dettes énormes qui les amèneront à prendre des mesures d'austérité pendant des décennies, ce qui limitera leur capacité à résoudre des problèmes tant au sein de leur pays qu'à l'étranger. Ces problèmes sont particulièrement importants pour les pays en développement, qui sont moins bien équipés pour faire face aux conséquences économiques et politiques de la pandémie. Ils sont confrontés à un système commercial mondial affaibli et à un risque croissant de fragmentation politique en raison des mêmes forces qui ont des répercussions sur les pays développés.

Ainsi, au lendemain de la pandémie, de nombreux États axeront leurs efforts sur le redressement de leur économie et de leur société. C'est le cas de notre voisin du Sud, où la nouvelle administration Biden a déjà souligné qu'il lui faudrait se concentrer sur les questions nationales dès son entrée en fonction. Dans le discours de victoire qu'il a prononcé il y a quelques semaines, le président élu a affirmé avoir le projet de :

restaurer l'âme des États-Unis, rebâtir le pilier de la nation — la classe moyenne —, faire à nouveau des États-Unis un pays respecté dans le monde entier, et unifier les Américains. [TRADUCTION]

Au sujet des affaires étrangères, le président élu a été clair. Il estime que la diplomatie est un outil essentiel de la politique étrangère des États-Unis, et c'est quelqu'un qui collabore dans le cadre d'alliances et d'institutions internationales. Même si son administration exercera probablement un plus grand leadership que celle de son prédécesseur, cela signifie aussi que le Canada et d'autres alliés devront prendre en charge un fardeau de plus en plus lourd concernant la sécurité internationale, malgré le fait qu'ils ont les mêmes défis économiques et sociaux que les États-Unis. Parallèlement, ils seront moins en mesure de compter sur des institutions multilatérales qui ont souffert d'importants problèmes de légitimité et de crédibilité en raison de la pandémie. C'est une situation particulièrement flagrante en Europe, où l'accord de Schengen sur la libre circulation a été suspendu, mais qui touche aussi l'Organisation mondiale de la Santé et les Nations Unies.

Les Forces armées canadiennes (FAC) risquent d'être confrontées à des demandes plus importantes à l'étranger dans les années à venir, au fur et à mesure que les États faibles succomberont aux pressions centrifuges créées par le climat économique et politique difficile, et un plus faible nombre d'États développés seront désireux de participer aux efforts de stabilisation. La nature de ces conflits présente aussi des risques importants pour les FAC.

La prolifération de nouvelles technologies et de nouveaux moyens compliquera considérablement la capacité du Canada d'intervenir également. Le conflit dans le Haut-Karabakh montre la mesure dans laquelle des véhicules aériens sans pilote relativement simples peuvent avoir des conséquences décisives sur le champ de bataille. Leur faible coût est particulièrement préoccupant. L'Arménie et l'Azerbaïdjan sont des économies relativement modestes qui pourraient pourtant facilement s'offrir ces nouvelles capacités.

Par ailleurs, les FAC ne doivent pas seulement se préparer à des conflits dans lesquels les moyens sont modestes. Nous pouvons constater que, jusqu'à présent, la Chine a traversé la pandémie en meilleure position que la plupart des autres économies développées; elle affiche un taux de croissance économique positif pour l'année. Pendant ce temps, la Fédération de Russie a continué à jouer un rôle perturbateur sur la scène internationale, même si elle subit les effets de la pandémie. Ainsi, les problèmes que présente un conflit entre grandes puissances deviendront probablement de plus en plus préoccupants à mesure que la décennie avancera. Puisque les FAC n'ont pas encore de techniques efficaces pour combattre les nouveaux moyens utilisés, la capacité opérationnelle du Canada est discutable, même dans les milieux où la menace est faible.

Pour relever ces défis, les FAC doivent devenir de plus en plus agiles, surtout quant à la manière dont elles acquièrent et intègrent ces nouvelles technologies. L'énoncé sur la politique de défense de 2017, intitulé *Protection, sécurité, engagement*, est beaucoup trop rigide en cette époque où la

technologie évolue rapidement. Pour mettre en œuvre des décisions sur la structure des Forces, il fixe un budget et un échéancier de 20 ans fondés sur des prévisions qui risquent fort d'être désuètes dès le moyen terme. En outre, bon nombre de systèmes nécessitent des mises à jour rapides et fréquentes pour conserver leur capacité de combat, mais notre gouvernement n'est pas bien outillé pour le faire.

Le système d'approvisionnement lui-même est gravement ralenti par un système de surveillance trop réglementé qui cause des retards et des dépassements de coûts pour les projets. Ces problèmes sont exacerbés par le fait que les gouvernements qui se sont succédé ont considéré l'approvisionnement en défense comme un moyen de diriger l'argent du gouvernement vers d'autres intérêts au pays. Cela ne fait que retarder davantage les achats et gruger le budget de la défense. La tentation d'exploiter davantage l'approvisionnement en défense pour faciliter la relance économique sera particulièrement forte compte tenu des graves problèmes économiques auxquels le pays est confronté.

Rien de tout cela ne laisse entendre que le Canada devrait agir comme un policier mondial chaque fois qu'un conflit éclate. Cependant, la trajectoire des récentes tendances internationales, en particulier après la pandémie, donne à penser que le monde devient de plus en plus instable et qu'il pourrait être nécessaire de recourir aux forces militaires pour assurer la sécurité et la prospérité de ce pays. Les Canadiens doivent être lucides quant aux défis auxquels ils sont confrontés, et le pays doit disposer des outils qu'il faut pour les relever.

Comité permanent de la défense nationale
Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les opérations des Forces armées canadiennes

Exposé de Michelle van Beusekom
Cofondatrice du groupe *Des fonds d'urgence pour les CHSLDs*

Le 27 novembre 2020

Notes d'allocution

Madame la Présidente, mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de m'avoir invitée à prendre la parole aujourd'hui.

Je suis l'une des cofondatrices de *Des fonds d'urgence pour les CHSLDs*, un groupe spécial formé par des citoyens au début d'avril dans le but d'exhorter nos dirigeants politiques à prendre des mesures décisives afin d'éviter la catastrophe qui menace les établissements de soins de longue durée. Le 7 avril, nous avons lancé une pétition réclamant l'octroi de fonds d'urgence, la mise en œuvre d'une stratégie nationale coordonnée visant à gérer la crise actuelle et l'établissement de normes nationales. À ce jour, notre pétition a été signée par plus de 98 000 personnes provenant de toutes les provinces et de tous les territoires du Canada.

Je me présente aussi devant vous aujourd'hui avec un bagage et une perspective uniques. En effet, mes deux parents résident au Grace Manor, l'un des cinq établissements de soins de longue durée de l'Ontario ayant reçu de l'aide militaire en mai.

Je tiens à souligner que beaucoup d'entre nous ayant des proches dans des établissements de soins de longue durée ont vu venir cette tragédie. Nous connaissons bien les lacunes et les failles du système de soins de longue durée canadien. Nous avons vu ce qui se passait en Espagne et en Italie en février et nous savions ce qui nous attendait. Le manque de personnel chronique est endémique dans ce secteur et lorsque, le 13 mars, les familles et les bénévoles se sont vu interdire l'accès aux établissements dans beaucoup d'endroits au pays, nous savions que le personnel déjà débordé serait vite submergé.

Nous n'arrivions pas à comprendre pourquoi le personnel des établissements de soins de longue durée devait se battre pour avoir accès à de l'équipement de protection individuelle. Puis, c'est avec angoisse et horreur que nous avons assisté aux éclosions, annonce après annonce. Pourtant, dans bien des provinces et des territoires, les autorités de santé publique n'accordaient pas la priorité aux établissements de soins de longue durée pour le dépistage, qui aurait permis une évaluation et un regroupement rapides des résidents.

L'établissement de soins de longue durée de mes parents, à Brampton, en Ontario, a

signalé son premier cas de COVID le 7 avril. Chaque jour, le nombre augmentait, mais il a fallu attendre huit interminables journées après la confirmation du premier cas pour que l'autorité de santé publique – suivant les directives du ministre de la Santé de l'Ontario concernant le dépistage – autorise finalement le dépistage de tous les résidents.

Mais il était déjà beaucoup trop tard. Sur une population de 120 résidents et 36 employés, 65 résidents, y compris mes parents, et 21 employés ont été déclarés positifs. De ce nombre, 12 personnes sont décédées, dont 2 employés.

Les effectifs étant au plus bas, le personnel toujours en poste travaillait jusqu'à 16 heures par jour. Les membres du personnel administratif qui avaient reçu la formation nécessaire ont quitté leur bureau pour aller prodiguer des soins aux résidents sur les étages. Une infirmière incroyable que je connais s'est mise à dormir sur place, dans un appartement séparé, pour être plus près du travail. Le médecin a fait don de son équipement de protection individuelle et a commencé à organiser et à effectuer des appels Zoom avec les familles des résidents qui avaient été déclarés positifs à la COVID.

Les cadres de Holland Christian Homes, l'organisme sans but lucratif qui dirige le Grace Manor, ont communiqué avec le gouvernement de l'Ontario et l'autorité de santé publique locale pour obtenir de l'aide. Ils espéraient établir un partenariat avec les deux hôpitaux de Brampton afin que ceux-ci mettent du personnel médical à leur disposition.

Voyant que cela ne se produirait pas, ils ont demandé – en dernier recours face à une situation de plus en plus désespérée – à ce que leur candidature soit prise en considération pour l'aide militaire. Le 24 avril, le gouvernement de l'Ontario a officiellement déposé une demande d'aide militaire au nom de cinq établissements.

Pour le Grace Manor, l'aide militaire était vitale. La moitié de son personnel était partie. La présence militaire lui a donc donné la marge de manœuvre nécessaire pour recruter et former de nouveaux employés et mettre en place des protocoles de contrôle des infections adéquats.

Le personnel militaire a aussi permis aux résidents – pour beaucoup, frêles, vulnérables et confus – d'avoir les contacts humains dont ils avaient tant besoin après avoir été complètement privés de la visite en personne des membres de leur famille pendant plus d'un mois.

Mon père a tellement aimé discuter avec les jeunes militaires, qui venaient d'endroits comme la Nouvelle-Écosse et Petawawa. Il s'émerveillait aussi de leurs prouesses ménagères. « Ils nettoient vraiment bien, m'a-t-il dit, ils désinfectent même ma poubelle chaque matin. »

Je suis si reconnaissante que les militaires aient pu venir au Grace Manor. L'établissement a ainsi pu former et mettre en place de nouveaux employés, ce qui a

permis aux membres du personnel régulier – ceux qui entretiennent ces relations vitales avec les résidents, des relations essentielles à la qualité des soins dans un établissement de soins de longue durée – de retrouver un rythme de travail un tant soit peu normal.

Mais pourquoi est-ce arrivé premièrement? Pourquoi a-t-il fallu demander l'aide des militaires? Comment la situation a-t-elle pu dégénérer à ce point?

Si nous en sommes arrivés là, c'est parce que depuis plus de 30 ans, les dirigeants politiques ignorent tous les rapports qui signalent une foule de problèmes systémiques graves : sous-financement, manque de personnel chronique, mauvaises pratiques de travail, absence de normes nationales en matière de soins et de formation, déréglementation, privatisation et absence d'imputabilité. Avant le mois de mars, les familles et les bénévoles étaient le ciment qui retenait tant bien que mal les briques de la structure. Dans un contexte aussi fragile, la COVID et la perte du soutien des familles et des bénévoles ont entraîné l'effondrement du système. C'est une tragédie qui n'aurait pas dû se produire et un manquement catastrophique à nos obligations envers les personnes les plus vulnérables.

Nous voici maintenant en pleine deuxième vague. Au Canada, plus de 12 000 personnes ont perdu la vie en raison de la COVID-19. Durant la première vague, 80 % des décès sont survenus dans des établissements de soins de longue durée : le pire record de tous les pays de l'OCDE. Aujourd'hui, des centaines d'établissements de soins de longue durée partout au Canada sont de nouveau aux prises avec une éclosion. Et malgré les pertes dévastatrices subies lors de la première vague, nous observons encore les mêmes difficultés d'accès au dépistage et au regroupement rapide.

Kat Cizek, l'une des cofondatrices de *Des fonds d'urgence pour les CHSLDs*, voit ce cauchemar devenir réalité pour son père dans l'établissement de soins de longue durée Lakeside, à Toronto, où en pleine éclosion, les résidents déclarés positifs à la COVID sont laissés sur le même étage que ceux qui n'ont pas contracté le virus. Une autre cofondatrice, Kitra Cahana, assiste à la montée en flèche du nombre d'infections au sein du personnel et des résidents du Centre gériatrique Maimonides à Montréal, où son père habite. Malgré cette éclosion alarmante, l'autorité de santé publique n'a pas rendu le dépistage obligatoire pour le personnel et les visiteurs.

Les mots me manquent pour décrire à quel point il m'est insupportable de voir cette situation se produire encore une fois. Malgré tout ce que nous savions déjà sur les lacunes du système de soins de longue durée, tout ce que nous avons appris durant la première vague, les nouvelles études publiées, les anciennes redevenues d'actualité, la publication rapide de recommandations stratégiques par des organismes comme le Centre canadien de politiques alternatives et la Société royale du Canada, ainsi que la sensibilisation et le débat public croissants sur les principaux problèmes déjà connus de ceux d'entre nous qui ont des proches qui vivent ou travaillent dans le secteur (manque de personnel chronique, mauvaises pratiques de travail, absence de normes de soins communes, infrastructure désuète, déréglementation et absence

d'imputabilité), très peu a été fait pour régler les problèmes qui sont à l'origine de cette crise et qui nous ont arraché tant d'êtres chers.

Comme je l'ai mentionné, les problèmes ont été exceptionnellement bien documentés. En Ontario seulement, 35 rapports ont été produits entre 1999 et 2020, des rapports concluant chaque fois qu'une attention immédiate devait être accordée aux ratios d'effectifs, à la composition du personnel, ainsi qu'au soutien professionnel et financier pour garantir la prestation de soins de qualité. Pour citer Doris Grinspun, directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario : « Il est démoralisant, épuisant et coûteux de poursuivre l'étude de problèmes qui sont déjà connus et compris lorsque le seul élément manquant est la volonté politique d'agir de façon décisive au lieu, encore une fois, de pelleter par en avant à coups de nouvelles commissions et de nouveaux rapports. Que l'on cesse d'étudier ce secteur et que l'on commence à agir – nous savons, et le gouvernement sait, ce qui doit être fait pour améliorer et sauver la vie des résidents des établissements de soins de longue durée [traduction]. »

Dans le discours du Trône du 23 septembre, le gouvernement fédéral s'est engagé à établir des normes nationales pour les soins de longue durée. Pourtant, presque 10 semaines plus tard, les détails et le calendrier n'ont toujours pas été divulgués.

Nous ne devrions pas nous fier à l'aide militaire comme solution de dernier recours pour gérer les crises dans un secteur où les problèmes et les solutions sont si bien connus. Ce n'est pas faire bon usage des ressources militaires et de leur entraînement. Je suis d'ailleurs certaine que leur mobilisation a compromis des opérations et des budgets militaires de bien des façons, et ce, pour venir en aide à un secteur dans lequel les administrateurs privés ont continué de récolter des profits considérables pour leurs actionnaires tout au long de la crise.

Nous commençons à voir des rapports relatifs aux répercussions de l'opération LASER sur la santé mentale des militaires qui ont été plongés au cœur d'une situation de crise aiguë pour laquelle ils n'avaient pas reçu l'entraînement nécessaire. Les membres du personnel médical militaire ne sont pas des spécialistes en soins de longue durée. La prestation de soins aux aînés qui ont des besoins élevés, dont plus de 80 % souffrent d'une forme quelconque de démence, est une activité hautement spécialisée, même si notre société ne la reconnaît pas comme telle. Après avoir reçu une formation très limitée, les militaires ont été plongés dans un milieu qu'ils ne comprenaient pas nécessairement et qui connaissait des défaillances catastrophiques. Tout comme le personnel des établissements de soins de longue durée, les résidents et leur famille, ils devront vivre avec ce traumatisme jusqu'à la fin de leur vie.

Il est si décourageant de voir les différents paliers gouvernementaux se quereller et mettre les bouchées doubles pour bloquer la vague de soutien aux normes nationales qui déferle sur le pays. Comme je l'ai dit, notre petite pétition, lancée par quatre citoyennes angoissées ayant un emploi à temps plein et bien d'autres responsabilités, a récolté plus de 98 000 signatures.

Devant la remontée des cas dans les établissements de soins de longue durée et les dizaines d'éclosions en cours dans des résidences partout au pays, il est impératif que tous les paliers de gouvernement unissent leurs forces pour corriger les failles de ce système déficient et mettre en place un calendrier et un plan d'action.

Les études ont été réalisées, les solutions ont été mises par écrit, et les recommandations stratégiques ont été hiérarchisées et planifiées par des professionnels dévoués qui luttent depuis des décennies pour offrir des conditions de vie dignes à nos aînés les plus vulnérables.

Tout ce qu'il manque à présent, c'est la volonté politique de faire ce qu'il faut.

Je suis si reconnaissante que les militaires aient été là pour mes parents et pour le Grace Manor. Mais je ne veux plus jamais que cela se produise. Ce secteur doit être soutenu comme il se doit. Les problèmes de longue date doivent être réglés. Et des mesures concrètes doivent être prises en ce qui concerne les normes nationales.

Au nom des 98 000 signataires de notre pétition, j'espère que nous pourrons compter sur votre aide pour faire en sorte que ce soit possible.

Merci.

Michelle van Beusekom

Des fonds d'urgence pour les CHSLDs – Pétition et mises à jour

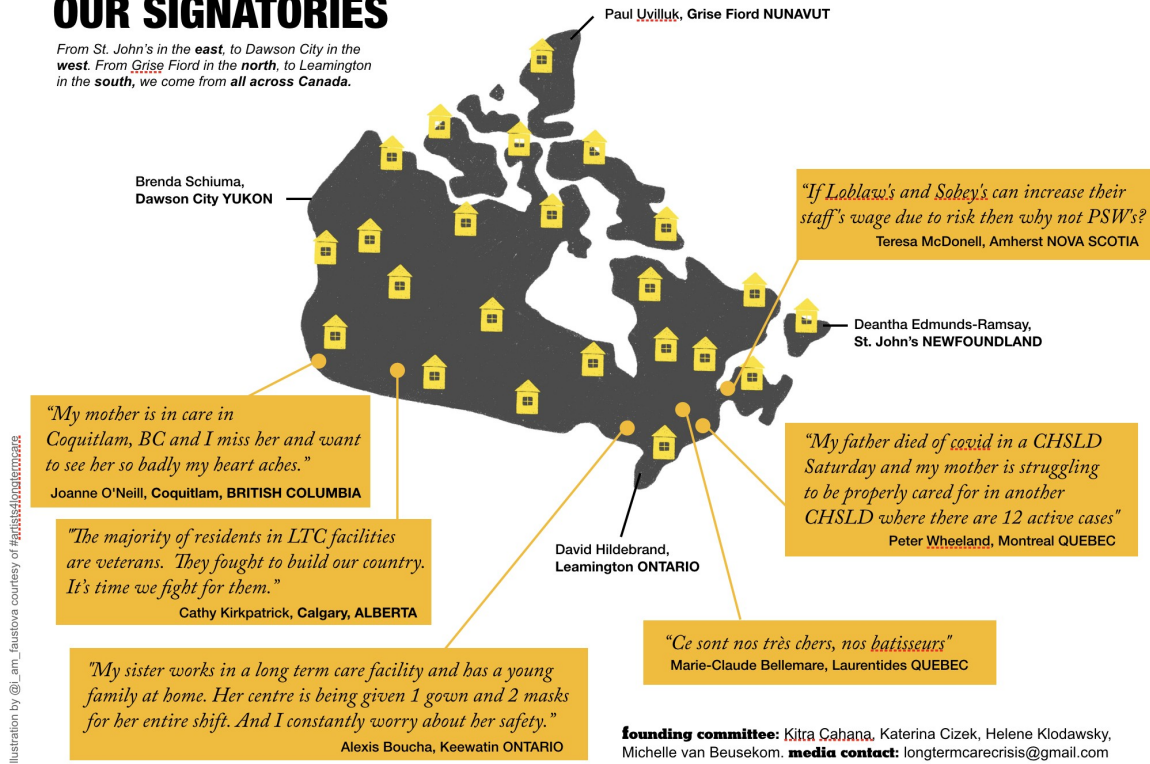
Les mises à jour comprennent un aperçu de la couverture médiatique :

<https://www.change.org/p/justin-trudeau-des-fonds-d-urgence-pour-les-chslds>.

CHANGE.ORG/LONGTERMCARE

OUR SIGNATORIES

From St. John's in the east, to Dawson City in the west. From Grise Fiord in the north, to Leamington in the south, we come from all across Canada.



founding committee: Kitra Cahana, Katerina Cizek, Helene Klodawsky, Michelle van Beusekom. **media contact:** longtermcarecrisis@gmail.com

English	French
CHANGE.ORG/LONGTERMCARE	CHANGE.ORG/LONGTERMCARE
OUR SIGNATORIES	NOS SIGNATAIRES
From St. John's in the east, to Dawson City in the west. From Grise Fiord in the north, to Leamington in the south, we come from all across Canada.	De St. John's, à l'est, à Dawson City, à l'ouest. De Grise Fiord, au nord, à Leamington, au sud, nous venons de partout au Canada.
Paul Uvilluk, Grise Fiord NUNAVUT	Paul Uvilluk, Grise Fiord, NUNAVUT
Brenda Schiuma, Dawson City YUKON	Brenda Schiuma, Dawson City, YUKON
"If Loblaw's and Sobey's can increase their staff's wage due to risk then why not PSW's? Teresa McDonell, Amherst NOVA SCOTIA	« Si Loblaw et Sobeys peuvent augmenter le salaire de leurs employés en raison du risque, pourquoi n'augmente-t-on pas celui des préposés aux bénéficiaires? » Teresa McDonell, Amherst, NOUVELLE-ÉCOSSE
Deantha Edmunds-Ramsay, St. John's NEWFOUNDLAND	Deantha Edmunds-Ramsay, St. John's, TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR
"My mother is in care in Coquitlam, BC and I miss her and want to see her so badly my heart aches." Joanne O'Neill, Coquitlam, BRITISH COLUMBIA	« Ma mère réside dans un établissement de soins de longue durée de Coquitlam, en Colombie-Britannique. Elle me manque, et ça me brise le cœur de ne pas pouvoir la voir. » Joanne O'Neill, Coquitlam, COLOMBIE-BRITANNIQUE
"My father died of covid in a CHSLD Saturday and my mother is struggling to be properly cared for in another CHSLD where there are 12 active cases" Peter Wheeland, Montreal QUEBEC	« Mon père est mort de la COVID dans un CHSLD samedi dernier, et ma mère a de la difficulté à obtenir les soins dont elle a besoin dans un autre CHSLD qui recense 12 cas actifs. » Peter Wheeland, Montréal, QUÉBEC
"The majority of residents in LTC facilities are veterans. They fought to build our country. It's time we fight for them." Cathy Kirkpatrick, Calgary, ALBERTA	« La majorité des bénéficiaires de soins de longue durée sont des vétérans. Ils se sont battus pour bâtir notre pays. Il est temps que nous nous battions pour eux. » Cathy Kirkpatrick, Calgary, ALBERTA
David Hildebrand, Leamington ONTARIO	David Hildebrand, Leamington, ONTARIO
"My sister works in a long term care facility and has a young family at home. Her centre is being given 1 gown and 2 masks for her entire shift. And I constantly worry about her safety." Alexis Boucha, Keewatin ONTARIO	« Ma sœur travaille dans un établissement de soins de longue durée et a de jeunes enfants à la maison. Son établissement ne peut lui fournir qu'une seule blouse et deux masques pour la totalité de son quart de travail. Je m'inquiète constamment pour sa sécurité. » Alexis Boucha, Keewatin, ONTARIO

"Ce sont nos très chers, nos bâtisseurs" Marie-Claude Bellemare, Laurentides QUEBEC	« Ce sont nos très chers, nos bâtisseurs. » Marie-Claude Bellemare, Laurentides, QUÉBEC
founding committee: Kitra Cahana, Katerina Cizek, Helene Klodawsky, Michelle van Beusekom. media contact: longtermcarecrisisgmail.com	Comité fondateur : Kitra Cahana, Katerina Cizek, Helene Klodawsky, Michelle van Beusekom. Questions des médias : longtermcarecrisisgmail.com.

Références sélectionnées

Au sujet des décès dans les établissements de soins pour bénéficiaires internes du Canada

Recherche par Nora Loretto :

https://docs.google.com/spreadsheets/u/0/d/1M_RzojK0vwF9nAozI7aoyLpPU8EA1JEqO6rq0g1iebU/htmlview (en anglais).

Au sujet des employés d'établissement de soins de longue durée privés d'EPI Ontario promises to probe tragic situation at bobcaygeon. The Globe and Mail, 30 mars 2020 (en anglais).

[40 dead from COVID-19 in Ontario nursing and retirement homes.](#) CBC News, 1^{er} avril 2020 (en anglais).

[Quebec has abandoned frontline healthcare workers.](#) CULT-MTL, 21 avril 2020 (en anglais).

[Staff had to stop showing up at D.D.O. CHSLD, but are praised by residents' families.](#) Montreal Gazette, 22 avril 2020 (en anglais).

Au sujet des profits des résidences à but lucratif

[Covid-19 exposes gaps in for profit long term care.](#) Pulpit and Politics, 16 avril 2020 (en anglais).

[Top for profit care homes could pay out up to 59 million to shareholders this quarter.](#) Press Progress, 7 juillet 2020 (en anglais).

Armstrong, P. & Armstrong, H. *The Privatization of Care: The Case of Nursing Homes*, Routledge, 2019.

Au sujet de la deuxième vague et du besoin urgent de normes nationales

[Spread of Covid-19 spiraling at Maimonides Geriatric Centre.](#) Montreal Gazette, 24 novembre 2020 (en anglais).

[Décanadianiser, dites-vous?](#) Le Devoir, 25 novembre 2020.

[Covid-19: Think-tank calls for national oversight of long term care.](#) Vancouver Sun, 23 novembre 2020 (en anglais).

Études et rapports sélectionnés

[A Higher Standard: Setting Federal Standards in Long Term Care and Continuing Care.](#) Centre canadien de politiques alternatives, 23 novembre 2020 (en anglais).

[Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée.](#) Société royale du Canada, juin 2020.

[Honorer les voix et les expériences : un résumé des plaintes des résidents, des aidants naturels et du personnel des foyers de soins de longue durée pendant la COVID-19 en Ontario.](#) Ombudsman des patients, octobre 2020.

[Finding the Right Balance: An Evidence-Informed Guidance Document to Support the Re-Opening of Canadian Long-Term Care Homes to Family Caregivers and Visitors during the COVID-19 Pandemic.](#) National Institute on Ageing, 19 juillet 2020 (en anglais).

[Repenser les soins aux personnes âgées : prochaines étapes de la lutte contre la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée et les maisons de retraite.](#) Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 20 juillet 2020.

[Meilleurs ensemble : Réintégration des proches aidants comme partenaires de soins essentiels pendant la pandémie de COVID-19.](#) Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, juillet 2020.

[Effectifs des foyers de soins de longue durée.](#) Groupe consultatif pour l'étude sur les effectifs des foyers de soins de longue durée, ministère des Soins de longue durée de l'Ontario, 30 juillet 2020.

[Nursing Home Basic Care Guarantee.](#) Présentation de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario au Groupe consultatif pour l'étude sur les effectifs des foyers de soins de longue durée, 10 juin 2020 (en anglais).



Colonel Scott F. Malcolm

Médecin-chef adjoint, Groupe des Services de santé des Forces canadiennes

Major Karoline Martin

Chef – Normes, Centre d'instruction des Services de santé des Forces canadiennes

Le 27 novembre 2020

Mot d'ouverture

Madame la présidente et membres du Comité permanent de la Défense nationale, c'est pour moi un grand honneur et un immense privilège d'être présent aujourd'hui en compagnie du major Karoline Martin et je vous remercie de l'invitation à discuter des éléments sur le déploiement des Services de santé des Forces canadiennes dans des établissements de soins de longue durée de l'Ontario en vue d'offrir un soutien aux personnes les plus vulnérables du Canada, en pleine crise de la COVID-19.

Comme vous l'avez entendu dans les témoignages précédents, des centaines de membres du personnel des Services de santé ont été envoyés en déploiement dans le cadre de l'opération LASER. Des infirmières, des techniciens médicaux, des adjoints médicaux, des adjoints au médecin et du personnel dentaire ont tous été réunis pour former des équipes mixtes connues sous le nom d'équipes de renfort aux soins de santé civils (RSSC). En tant que directeur – Opérations (Services de santé), j'ai été le responsable des aspects médicaux du plan qui a permis aux équipes de RSSC de se déployer dans des établissements de soins de longue durée en Ontario. Le major Martin a eu le véritable plaisir d'agir comme commandant des équipes de RSSC en Ontario.

D'avril à août, nous avons été en déploiement dans sept établissements de soins de longue durée avec pour mission et objectif principaux de sauver des vies canadiennes. À notre arrivée, nous avons été témoins d'un secteur en crise. Nos cliniciens et le personnel des FAC se sont immédiatement mobilisés et ont commencé à travailler sans relâche aux côtés de nos partenaires santé civils pour stabiliser la situation et soutenir non seulement les résidents, mais aussi les organisations et les cliniciens pour lesquels nous étions déployés pour aider.

Bien que les membres des FAC ne soient pas des experts du secteur des soins de longue durée, nous avons répondu à l'appel à un moment critique de l'histoire du Canada. L'excellence clinique, la compassion et la défense des patients sont les principes éthiques fondamentaux que tous les cliniciens des FAC respectent et, par conséquent, lorsque des préoccupations concernant les conditions et les normes de pratique ont été soulevées, nous, en tant que Canadiens et Canadiennes, cliniciens et soldats, avons clairement le devoir de faire part de nos observations. Je tiens à souligner que nos observations ne sont qu'un aperçu ponctuel de la situation qui reflète les réalités dans les établissements de soins de longue durée dans lesquels nous avons travaillé au cours des premières phases de la pandémie de la COVID-19.

Les membres du personnel des Services de santé des FAC en déploiement dans le cadre de l'opération LASER sont un groupe de cliniciens passionnés et dévoués qui défendront toujours le bien-être des patients et des résidents et fourniront des soins de santé de grande qualité aux Canadiens. C'est dans cette optique d'amélioration du système que nous acceptons volontiers de répondre à vos questions et à vos demandes de renseignements.

Nous vous remercions encore une fois de l'opportunité de nous adresser à vous, et nous attendons avec intérêt vos questions.

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>