

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 20, 2020

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met by videoconference this day at 11:30 a.m. [ET] to study the government's response to the COVID-19 pandemic.

Senator Chantal Petitclerc (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Honourable senators, before we begin officially, I would like to remind you of a few items.

Senators are asked to have their microphones muted at all times unless recognized by name by the chair, and they will be responsible for turning their microphones on and off during the meeting. Before speaking, please wait until you are recognized by name. Once you have been recognized, please pause for a few seconds to let the audio signal catch up to you. When speaking, please speak slowly and have the microphone close to your mouth.

If you have chosen an interpretation channel, I also ask that members speak only in the language of the channel. Should any technical challenges arise, particularly in relation to interpretation, please signal this to the chair, and the technical team will work to resolve the issue. If you experience other technical challenges, please contact the committee clerk with the technical assistance number that was provided to you.

Finally, please note that if the committee decides to go in camera, the use of online platforms does not guarantee speech privacy or that eavesdropping will not be conducted. As such, all participants should be aware of such limitations and restrict the possible disclosure of sensitive, private and privileged Senate information. Participants should know to do so in a private area and be mindful of their surroundings so they do not inadvertently share any personal information or information that could be used to identify their location.

Good morning. Welcome to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

[*Translation*]

My name is Chantal Petitclerc, a senator from Quebec. It is a pleasure and a privilege to preside over this virtual meeting.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 20 mai 2020

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 30 (HE), par vidéoconférence, pour étudier la réponse du gouvernement à la pandémie de COVID-19.

La sénatrice Chantal Petitclerc (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Honorables sénateurs, avant de commencer officiellement, j'aimerais vous rappeler quelques points.

On vous demande de mettre votre micro en sourdine en tout temps, à moins que la présidente ne vous désigne par votre nom, et c'est vous qui êtes responsables d'allumer et d'éteindre votre micro pendant la réunion. Avant de prendre la parole, veuillez attendre qu'on vous nomme. Une fois que vous aurez obtenu la parole, veuillez faire une pause de quelques secondes pour laisser le signal sonore s'installer. Lorsque vous parlez, parlez lentement et gardez le microphone près de votre bouche.

Si vous avez choisi un canal d'interprétation, je vous demande aussi de vous exprimer uniquement dans la langue du canal. Si des difficultés techniques surviennent, particulièrement en ce qui concerne l'interprétation, veuillez le signaler à la présidente, et l'équipe technique s'efforcera de résoudre le problème. Si vous éprouvez d'autres difficultés techniques, veuillez communiquer avec le greffier du comité au moyen du numéro d'assistance technique qui vous a été fourni.

Enfin, veuillez noter que si le comité décide de siéger à huis clos, l'utilisation de plateformes en ligne ne garantit pas la confidentialité des échanges et ne protège pas contre l'écoute clandestine. Par conséquent, tous les participants devraient être conscients de ces limites et limiter la divulgation possible de renseignements confidentiels, privés et privilégiés du Sénat. Les participants doivent savoir qu'ils doivent participer à la réunion dans un endroit privé et être conscients de leur environnement, afin de ne pas partager par inadvertance des renseignements personnels ou des renseignements qui pourraient être utilisés pour déterminer l'endroit où ils se trouvent.

Bonjour. Bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[*Français*]

Je m'appelle Chantal Petitclerc, sénatrice du Québec. C'est un plaisir et un privilège de présider cette réunion virtuelle.

[English]

Before giving the floor to our witnesses, I would like to introduce the senators who are participating in this meeting. We are pleased to have with us Senator Diane Griffin, Senator Julie Miville-Dechéne, Senator Kim Pate, Senator Patti LaBoucane-Benson, Senator Donna Dasko, Senator Jim Munson, Senator Josée Forest-Niesing, Senator Judith Seidman, Senator Ratna Omidvar, Senator Rose-May Poirier, Senator Rosemary Moodie and Senator Stan Kutcher.

Today we continue the committee's study on the government's response to the COVID-19 pandemic.

[Translation]

It is not a coincidence that, after hearing from government representatives last week, we are starting today's meeting by looking into issues essential health care workers are facing.

Since the beginning of this pandemic we are going through, they have answered the call and are on the front lines leading daily battles without respite, in conditions we know are risky and difficult. To each and every one of you, we say thank you.

Without further ado, I will introduce our first panel of witnesses for today: Dr. Sandy Buchman, President of the Canadian Medical Association; Claire Betker, President of the Canadian Nurses Association; Dr. Cornelia Wieman, President of the Indigenous Physicians Association of Canada.

[English]

I do want to remind our witnesses that you have five minutes for your opening remarks. We will begin today with Dr. Buchman, followed by Dr. Betker and Dr. Wieman.

Dr. Buchman, you may begin your opening statement.

Dr. Sandy Buchman, President, Canadian Medical Association: Thank you, Madam Chair, and good morning everyone.

Today I appear before the committee as president of the Canadian Medical Association, with the honour of speaking for our members — the front-line physicians. My name is Dr. Sandy Buchman. I have almost 40 years of experience practising comprehensive family medicine, with academic interests in primary care, cancer care and palliative care, HIV/AIDS, global

[Traduction]

Avant de céder la parole à nos témoins, j'aimerais vous présenter les sénateurs qui participent à cette réunion. Nous sommes heureux d'accueillir la sénatrice Diane Griffin, la sénatrice Julie Miville-Dechéne, la sénatrice Kim Pate, la sénatrice Patti LaBoucane-Benson, la sénatrice Donna Dasko, le sénateur Jim Munson, la sénatrice Josée Forest-Niesing, la sénatrice Judith Seidman, la sénatrice Ratna Omidvar, la sénatrice Rose-May Poirier, la sénatrice Rosemary Moodie et le sénateur Stan Kutcher.

Aujourd'hui, nous poursuivons l'étude sur la réponse du gouvernement à la pandémie de COVID-19.

[Français]

Ce n'est pas un hasard si, après avoir entendu les représentants du gouvernement la semaine dernière, nous commençons la séance d'aujourd'hui en nous penchant sur les enjeux auxquels font face les travailleurs essentiels de la santé.

Depuis le début de cette pandémie qui nous frappe, ils ont répondu à l'appel et sont quotidiennement aux premières lignes à mener ces combats sans relâche, dans des conditions que l'on sait risquées et difficiles. À chacun et chacune d'entre vous, nous disons : « Merci. »

Je vous présente sans plus tarder nos premiers témoins pour aujourd'hui : le Dr Sandy Buchman, président de l'Association médicale canadienne; Claire Betker, présidente de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada; la Dre Cornelia Wieman, présidente de l'Association des médecins indigènes du Canada.

[Traduction]

Je tiens à rappeler aux témoins qu'ils disposent de cinq minutes pour faire leur déclaration préliminaire. Nous allons commencer aujourd'hui par le Dr Buchman, qui sera suivi de Mme Betker et de la Dre Wieman.

Docteur Buchman, vous pouvez commencer votre déclaration préliminaire.

Dr Sandy Buchman, président, Association médicale canadienne : Merci, madame la présidente, et bonjour à tous.

Je compare aujourd'hui devant le comité à titre de président de l'Association médicale canadienne, et j'ai l'honneur de m'adresser à vous au nom de nos membres — les médecins de première ligne. Je m'appelle Sandy Buchman. J'ai près de 40 ans d'expérience dans la pratique de la médecine familiale, avec des intérêts universitaires dans les soins primaires, les soins en

health, and the social accountability of the medical profession. I currently practise home-based palliative care, including palliative care for the homeless in Toronto.

Since 1867, the CMA has championed improving the health of Canadians and strengthening the health care system. We represent dedicated physicians who are fighting COVID-19 alongside other health care providers.

Physicians and other health care workers represented here today are leading the health response, caring for those afflicted by COVID-19 and keeping our health care system running along the way. As we all know, health care workers face greater risk of contracting COVID-19 than the general population. They have put their health and that of their families at risk to care for others. As we look to lift public restrictions, we must ensure that the health of our front line is not outweighed by efforts to support the health of the bottom line. An economy cannot thrive while its health care system remains sick.

Our health care system has been sick for some time. The shortcomings we witnessed before COVID-19 are now glaringly obvious: our stifled access to care, our weakened primary care networks, the dire state of our seniors care, insufficient and inadequate mental health services. Long before COVID-19, too many Canadians were falling through the cracks. Too many physicians and other health professionals were stressed to the breaking point. These cracks have only grown; they have become crevasses.

The health care system pre-COVID was a patchwork of uncoordinated services, and this patchwork contributed to our lack of preparedness. It is clear that there is an urgent need to strengthen our public health capacity to ensure preparedness and response in public health emergencies. We cannot consider ourselves civilized if we continue this way.

Madam Chair, this presentation is five minutes. It has an end. The pandemic is not something that will simply end. This is not temporary, nor do we have the liberty of retrenching old ways. Physicians and other health care workers continue to put their lives on the line. Going back is not an option. "Normal" will assume a new meaning. We will learn to address this terrible virus, but we must seize the opportunity to act on what we've learned to create a healthier tomorrow.

We've learned that we can all benefit from telemedicine and virtual health care. We've learned that it can work. It can enable the equitable delivery of health services to Canadians. The

cancérologie et les soins palliatifs, le VIH-sida, la santé globale et la responsabilité sociale de la profession médicale. Je pratique actuellement en soins palliatifs à domicile, y compris les soins palliatifs pour les sans-abri à Toronto.

Depuis 1867, l'Association médicale canadienne préconise l'amélioration de la santé des Canadiens et le renforcement du système de santé. Nous représentons des médecins dévoués, qui luttent contre la COVID-19 aux côtés d'autres fournisseurs de soins de santé.

Les médecins et les autres travailleurs de la santé représentés ici aujourd'hui dirigent l'intervention en santé, prennent soin des personnes atteintes de la COVID-19 et assurent la bonne marche de notre système de santé. Comme nous le savons tous, les travailleurs de la santé risquent davantage de contracter la COVID-19 que la population en général. Ils mettent leur santé et celle de leur famille en danger pour prendre soin d'autrui. Alors que nous envisageons de lever les mesures de confinement, nous devons veiller à ce que la santé de nos employés de première ligne ne soit pas éclipsée par les efforts visant à soutenir notre santé financière. Une économie ne peut pas prospérer si son système de santé est malade.

Notre système de santé est malade depuis un certain temps. Les lacunes dont nous avons été témoins avant la COVID-19 sont ressorties de façon encore plus évidente, qu'il s'agisse de l'accès limité aux soins, de nos réseaux de soins primaires affaiblis, de l'état lamentable de nos soins aux personnes âgées ou des services en santé mentale insuffisants et inadéquats. Bien avant la COVID-19, trop de Canadiens étaient laissés pour compte. Trop de médecins et d'autres professionnels de la santé étaient stressés jusqu'au point de rupture. Ces fissures n'ont fait que s'agrandir au point qu'elles sont devenues des crevasses.

Avant la COVID, le système de soins de santé était constitué d'un ensemble disparate de services non coordonnés, et c'est cette situation qui a contribué à notre manque de préparation. Il est clair qu'il est urgent de renforcer notre capacité en santé publique, en vue de nous préparer et d'intervenir advenant une urgence de santé publique. Nous ne pouvons pas nous considérer comme un pays avancé si nous continuons ainsi.

Madame la présidente, cet exposé dure cinq minutes. Il a une fin. La pandémie n'est pas quelque chose qui va simplement prendre fin. Ce n'est pas une situation temporaire, et nous n'avons pas la liberté de revenir à nos vieilles pratiques. Les médecins et les autres travailleurs de la santé continuent de risquer leur vie. Retourner en arrière n'est pas une option. La « normalité » aura une nouvelle signification. Nous apprendrons à vivre avec ce terrible virus, mais nous devons saisir l'occasion d'agir sur ce que nous avons appris pour créer un avenir plus sain.

Nous avons appris que nous pouvions tous bénéficier de la télémédecine et des soins de santé virtuels. Nous avons appris que cela peut fonctionner et permettre aux Canadiens de profiter

pandemic has irrefutably demonstrated the important role that virtual care can play in the delivery of medical care in Canada.

Our population is aging. With more than half the deaths from the virus occurring in long-term care homes, it's time to renew the discussion of a coordinated national seniors care strategy. So much more is needed to appropriately care for and protect our elderly.

We need to take care of those who care for Canadians. Our front-line workers face unprecedented circumstances. The personal protective equipment supply is still in critical shortage. This is an unfortunate fact. Physicians continue to express grave concerns about the lack of supply of PPE. They are being told to ration and reuse in some cases, and that the supplies are substandard. This, combined with relentless hours, is increasing anxiety levels. Additional measures that acknowledge the risks and the financial burden they have taken on are sorely needed. Financial loss has no place amongst the myriad hardships already experienced by our front-line workers.

In conclusion, Madam Chair, if we don't support our front-line workers with the armour, the technological infrastructure, policies and additional measures that they require to help Canadians, we will revert to our perilous perch before this transformational time. And no one can afford that. Thank you, *meegwetch*.

The Chair: Thank you. Dr. Betker.

Dr. Claire Betker, President, Canadian Nurses Association: Thank you for the opportunity and the invitation to appear today.

I speak to you from my home near Winnipeg, Manitoba. I acknowledge that I am on Treaty 1 territory, the traditional lands of the Anishinaabeg, Cree, Oji-Cree, Dakota and Dene Peoples, and the homeland of the Métis Nation.

I am a registered nurse. I have spent my entire career in the community, most of it in public health. I am here today as the president of the Canadian Nurses Association.

There are more than 431,000 regulated nurses in Canada, the largest group of health care providers across our health systems. The Canadian Nurses Association is the national and global professional voice of Canadian nursing. We represent 135,000 members, including licensed practical nurses, registered psychiatric nurses, nurse practitioners and registered nurses.

de services de santé équitables. La pandémie a démontré de façon irréfutable le rôle important que les soins virtuels peuvent jouer dans la prestation des soins médicaux au Canada.

Notre population vieillit. Comme plus de la moitié des décès attribuables au virus surviennent dans les foyers de soins de longue durée, il est temps de reprendre la discussion sur une stratégie nationale coordonnée en matière de soins aux personnes âgées. Il y a beaucoup plus à faire pour bien prendre soin de nos aînés et les protéger.

Nous devons nous occuper de ceux qui prennent soin des Canadiens. Nos travailleurs de première ligne font face à une situation sans précédent. L'équipement de protection individuelle fait encore cruellement défaut. C'est un fait regrettable. Les médecins continuent d'exprimer de graves préoccupations au sujet du manque d'équipement de protection individuelle. On leur dit de le rationner et de le réutiliser dans certains cas, et que l'approvisionnement est insuffisant. Ce phénomène, combiné au grand nombre d'heures de présence, accroît les niveaux d'anxiété chez ces personnes. Nous avons grandement besoin de mesures supplémentaires qui tiennent compte des risques et du fardeau financier que ces personnes assument. Les pertes financières ne devraient pas faire partie de la myriade de difficultés que connaissent déjà nos travailleurs de première ligne.

En conclusion, madame la présidente, si nous n'appuyons pas nos travailleurs de première ligne en leur fournissant le matériel de sécurité, l'infrastructure technologique, les politiques et les mesures supplémentaires dont ils ont besoin pour aider les Canadiens, nous retournerons à la situation précaire dans laquelle nous nous trouvons avant cette période de transformation. Et personne ne peut se permettre cela. Merci, *meegwetch*.

La présidente : Merci. Madame Betker.

Claire Betker, présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada : Je vous remercie de m'avoir invitée à comparaître aujourd'hui.

Je vous parle de chez moi, près de Winnipeg, au Manitoba. Je reconnais que je me trouve sur le territoire visé par le Traité n° 1, sur les terres traditionnelles des Anishinaabeg, Cris, Oji-Cris, Dakotas et Dénés, et sur le territoire de la nation métisse.

Je suis une infirmière autorisée. J'ai passé toute ma carrière dans la collectivité, surtout dans le secteur de la santé publique. Je suis ici aujourd'hui à titre de présidente de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Il y a plus de 431 000 infirmières et infirmiers autorisés au Canada et ils constituent le plus grand groupe de fournisseurs de soins de santé dans nos systèmes de santé. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada est l'organe professionnel, à l'échelle nationale et mondiale, des soins infirmiers au Canada. Nous représentons 135 000 membres, y compris des infirmières

In the past few months, the impact of the coronavirus on our country, our work, our economy and on our lives has been far-reaching and staggering. The health and safety of the people and the nation's health care workers are uppermost in all of our minds.

The Canadian Nurses Association appreciates the measures taken by all levels of government to minimize the spread of COVID-19, respond to the pandemic and anticipate our recovery. We have benefited from the leadership of our public health officers across Canada. We are supportive of the strong communication from the Chief Public Health Officer, Dr. Theresa Tam and her team, and we've had good communication with Health Canada, including the Minister of Health. We thank them all.

I will quickly highlight eight key areas that we keep hearing from nurses.

First, three months into the pandemic, the consistent, reliable and adequate supply of personal protective equipment remains an issue. Decisions about the use of PPE must be driven by evidence, not availability or fear of shortages. Health care workers need clear guidance for their use of this equipment and access to it.

Second, disseminating consistent information and guidance is a challenge in a federation across thousands of employers in many sectors of health care. This requires greater collaboration to reduce confusion caused by different guidelines and directives across jurisdictions and practice settings.

Third, the World Health Organization is urging large-scale testing, but Canada falls behind other nations. Nurses are concerned that without this data to contribute to public health surveillance, prevention, further mitigation and recovery efforts will not be evidence-informed.

Fourth, prior to COVID-19, nurses were reporting high levels of fatigue. Nurses now face significant challenges to their mental and emotional well-being. Rapid access to tailored no-cost mental health supports need to be here in the pandemic and long after.

Fifth, we are working with the Canadian Medical Association and the Canadian Institute for Health Information to determine the impact of COVID-19 on the health of health care workers. But we need to know who they are and where they are. We urge

auxiliaires autorisées, des infirmières psychiatriques autorisées, des infirmières praticiennes et des infirmières autorisées.

Au cours des derniers mois, les répercussions du coronavirus sur notre pays, notre travail, notre économie et nos vies ont été considérables et bouleversantes. La santé et la sécurité de la population et des travailleurs de la santé du pays sont au cœur de nos préoccupations.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada apprécie les mesures prises par tous les ordres de gouvernement pour réduire la propagation de la COVID-19, réagir à la pandémie et prévoir la reprise. Nous avons bénéficié du leadership de nos agents de santé publique partout au Canada. Nous appuyons les communications solides de l'administratrice en chef de la santé publique, la Dre Theresa Tam, et de son équipe, et nous avons eu de bonnes communications avec Santé Canada, de même qu'avec la ministre de la Santé. Nous les remercions tous.

Je vais rapidement souligner huit questions clés dont les infirmières ne cessent de nous parler.

Premièrement, trois mois après le début de la pandémie, la fourniture constante, fiable et adéquate d'équipement de protection individuelle demeure problématique. Les décisions concernant l'utilisation de cet équipement doivent être fondées sur des données probantes, et non pas sur sa disponibilité ou la crainte de pénuries. Les travailleurs de la santé ont besoin de directives claires sur l'utilisation de cet équipement et l'accès à celui-ci.

Deuxièmement, la diffusion d'information et de directives cohérentes pose un défi dans une fédération regroupant des milliers d'employeurs dans de nombreux secteurs des soins de santé. Cela exige une plus grande collaboration, afin de réduire la confusion causée par les différentes lignes directrices et directives entre les administrations et les milieux de pratique.

Troisièmement, l'Organisation mondiale de la Santé préconise des tests à grande échelle, mais le Canada est en retard sur d'autres pays. Les infirmières craignent qu'en l'absence de ces renseignements pour contribuer à la surveillance de la santé publique, les efforts de prévention, d'atténuation et de rétablissement ne soient pas fondés sur des données probantes.

Quatrièmement, avant la COVID-19, les infirmières signalaient déjà des niveaux élevés de fatigue. Les infirmières font maintenant face à des défis importants pour leur bien-être mental et émotionnel. Il faut leur offrir un accès rapide à des services de soutien en santé mentale personnalisés et sans frais pendant la pandémie et longtemps après.

Cinquièmement, nous travaillons avec l'Association médicale canadienne et l'Institut canadien d'information sur la santé pour déterminer l'impact de la COVID-19 sur la santé des travailleurs de la santé. Toutefois, nous devons savoir qui ils sont et où ils se

governments to fund systems to track this most important data. This is a long-standing issue.

Sixth, nurses worry about populations who are at higher risk for COVID-19, including Indigenous peoples. Other vulnerable populations include the homeless, those in congregate settings like prisons and shelters. These populations require strategic and ongoing supports.

Seventh, given the lessons of history, we urge an evidence-informed and cautious reopening of services across society. We are concerned that the virus is still very much alive, still spreading and not well understood.

Finally, to the issue of long-term care, the pandemic has laid bare the crippling lack of standardization, funding, leadership, appropriate staffing, proper training and equipping of the people who deliver services in our long-term care sectors. These vulnerabilities are well documented.

We must reimagine aging in this country, including support at home, institutional long-term care and end-of-life care, and put in place the bold changes that are needed.

We meet today in the global Year of the Nurse and the Midwife 2020, and nurses across the country have answered the call of this pandemic very ably. On behalf of nurses of Canada, I ask you to place nurses in leading roles in the analyses of the COVID-19 response that lie ahead. Listen to them, bring them to the table and know that they and we will deliver the best evidence to help governments and health system decision makers reimagine and develop systems and implement the required change. Thank you.

The Chair: The floor is yours, Dr. Wieman.

Dr. Cornelia Wieman, President, Indigenous Physicians Association of Canada: I would like to thank the chair, deputy chair and members of the Standing Senate Committee on Social Affairs for the invitation to appear before you. My name is Dr. Cornelia Wieman. I am originally from Little Grand Rapids First Nation in Manitoba. I am a psychiatrist by training, and I currently work as the Acting Deputy Chief Medical Officer at the First Nations Health Authority in British Columbia. I am Anishinaabe, not on my ancestral territory, and I respectfully acknowledge the land on which I work, live and play is the traditional ancestral and unceded territory of the Coast Salish

trouvent. Nous exhortons les gouvernements à financer des systèmes pour retracer ces données très importantes. Ce problème ne date d'ailleurs pas d'hier.

Sixièmement, les infirmières s'inquiètent des populations qui sont plus à risque de contracter la COVID-19, comme les Autochtones. Parmi les autres populations vulnérables, il y a aussi les sans-abri, ainsi que les personnes qui vivent dans des milieux fermés, comme les prisons et les refuges. Ces populations ont besoin d'un soutien stratégique continu.

Septièmement, compte tenu des leçons que l'histoire nous a apprises, nous demandons instamment une réouverture prudente et fondée sur des données probantes des services dans l'ensemble de la société. Nous sommes préoccupés par le fait que le virus est encore très vivant, qu'il se propage et qu'il n'est pas bien compris.

Enfin, en ce qui concerne la question des soins de longue durée, la pandémie a mis au jour le manque criant de normalisation, de financement, de leadership, de personnel, de formation et d'équipement pour les personnes qui fournissent des services dans les secteurs de soins de longue durée. Ces vulnérabilités sont bien documentées.

Nous devons repenser le vieillissement au pays, y compris le soutien à domicile, les soins de longue durée en établissements et les soins de fin de vie, et mettre en place les changements audacieux qui s'imposent.

Nous célébrons en 2020 l'Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier, et force est de constater que les infirmières de partout au pays ont très bien répondu à l'appel par suite de cette pandémie. Au nom des infirmières et infirmiers du Canada, je vous demande de faire jouer aux infirmières et infirmiers des rôles de premier plan dans les analyses à venir de la réponse à la COVID-19. Écoutez-les, faites-les participer et sachez qu'eux et nous produirons les meilleures données probantes pour aider les gouvernements et les décideurs du système de santé à réinventer et à élaborer des systèmes, ainsi qu'à mettre en œuvre les changements nécessaires. Merci.

La présidente : Vous avez la parole, docteure Wieman.

Dre Cornelia Wieman, présidente, Association des médecins indigènes du Canada : J'aimerais remercier la présidente, la vice-présidente et les membres du comité sénatorial permanent des affaires sociales de m'avoir invitée à comparaître devant vous. Je m'appelle Cornelia Wieman. Je suis originaire de la Première Nation de Little Grand Rapids, au Manitoba. Je suis psychiatre de formation, et je suis actuellement médecin hygiéniste en chef adjointe par intérim à la Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique. Je suis une Anishinaabe qui ne vit pas sur son territoire ancestral, et je reconnais respectueusement que le territoire où je travaille, vis et

Peoples, the Musqueam, the Squamish and the Tseil-Waututh Nations.

I want to acknowledge the Indigenous Physicians Association of Canada membership, my Indigenous physician colleagues working on the front lines and those working in specialties such as public health, the Indigenous residents and medical students who have had their training delayed, interrupted or otherwise disrupted by the pandemic.

Some of the key messages that the Indigenous Physicians Association of Canada would like to convey are: There has been a great deal of variability between communities, regions and provinces and territories in the incidence and prevalence of COVID-19. Some First Nations communities in B.C. and in northern Saskatchewan have experienced outbreaks. Some First Nations communities have only had one to two cases or very few, while some communities have had none at all.

While there have been instances where the response to COVID-19 in communities is going well, this is not always the case. Some of our IPAC members have been meeting regularly with the minister of Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs to discuss the challenges that they are facing during this pandemic. Some communities are still having difficulty acquiring adequate supplies to address the risk of COVID-19. This would include PPE, including masks and gowns and other essentials such as hand sanitizer.

Indigenous and First Nations people have and continue to experience racism in the health care system, and we as Indigenous physicians continue to work towards achieving cultural safety for our family members and community members within the wider health care system.

Because First Nations and Indigenous people continue to experience disparities in the social determinants of health, there are significant gaps in our health and mental health status, higher rates of chronic diseases such as diabetes, heart disease, lung disease and some mental health conditions, including chronic complex post-traumatic stress disorder. These pre-existing physical and emotional conditions put us at increased risk of poor outcomes should we contract COVID-19.

Our experiences of complex trauma — historical, intergenerational and contemporary — challenge our levels of emotional distress and ability to cope during this pandemic, which will continue for some time to come. This emotional distress is related to things such as mental health issues,

me divertis est le territoire ancestral traditionnel et non cédé des Salish de la Côte, des Musqueam, des Squamish et des Tseil-Waututh.

Je tiens à remercier les membres de l'Association des médecins indigènes du Canada, mes collègues médecins autochtones, qui travaillent en première ligne et dans des spécialités, comme la santé publique, de même que les résidents et les étudiants en médecine autochtones dont la formation a été retardée, interrompue ou perturbée d'une autre façon par la pandémie.

Parmi les principaux messages que l'Association des médecins indigènes du Canada aimerait transmettre, mentionnons la grande variabilité entre les collectivités, les régions, les provinces et les territoires en ce qui concerne l'incidence et la prévalence de la COVID-19. Certaines collectivités des Premières Nations de la Colombie-Britannique et du Nord de la Saskatchewan ont connu des éclosions. Certaines collectivités des Premières Nations n'ont eu qu'un ou deux cas, ou très peu, alors que d'autres n'en ont eu aucun.

Même si la réponse à la COVID-19 dans les collectivités a été dans certains cas positive, cela n'est pas généralisé. Certains de nos membres rencontrent régulièrement la ministre des Relations Couronne-Autochtones et des Affaires du Nord pour discuter des défis auxquels ils font face pendant cette pandémie. Certaines collectivités ont encore de la difficulté à se procurer des fournitures adéquates pour faire face aux risques liés à la COVID-19. Cela comprend l'équipement de protection individuelle, comme les masques et les blouses, et d'autres articles essentiels, comme le désinfectant pour les mains.

Les Autochtones et les Premières Nations ont été et continuent d'être victimes de racisme dans le système de soins de santé, et nous, en tant que médecins autochtones, continuons de travailler à assurer la sécurité culturelle des membres de notre famille et de notre communauté au sein du système de santé dans son ensemble.

Étant donné que les Premières Nations et les Autochtones continuent de connaître des disparités dans les déterminants sociaux de la santé, des lacunes importantes sont à signaler au chapitre de notre état de santé et de notre santé mentale, y compris des taux plus élevés de maladies chroniques, comme le diabète, les maladies cardiaques, les maladies pulmonaires et certains problèmes de santé mentale, dont le trouble de stress post-traumatique complexe chronique. Ces problèmes physiques et émotionnels préexistants nous exposent à un risque accru de mauvais résultats si nous contractons la COVID-19.

Nos expériences de traumatismes complexes — historiques, intergénérationnels et contemporains — ont un effet sur nos niveaux de détresse émotionnelle et notre capacité de faire face à cette pandémie, qui se poursuivra pendant encore un certain temps. Cette détresse émotionnelle est liée à des choses comme

including acute suicidality, substance use, including alcohol, and domestic violence.

We believe that credit for keeping the virus out of our communities for the most part should go to the communities themselves. Self-determining measures that have been taken are reducing the virus transmission. The vast majority of our community members recognize the risks to their communities, especially to our elders, who are our knowledge, language and culture keepers.

As our various provinces and territories start the initial phases of opening up, again we need to remember that in our rural and remote communities, our curves are somewhat lagging behind the provincial and territorial curves, meaning we must remain vigilant and adhere to recommended public health measures. Communities will also have to consider how they want to manage potential movement of people in or near their territories, once provinces and territories proceed through their phases of reopening.

Communities are to be congratulated for doing the best they can under all circumstances and to remain ready for any upsurge in cases or a possible second wave.

The Indigenous Physicians Association of Canada is creating a national public messaging campaign that is currently in development and will feature Indigenous physicians from across the country sharing words of advice, reassurance and encouragement during these challenging times.

In closing, as Indigenous physicians, residents and medical students, we are also members of our Indigenous communities. We want to acknowledge our collective strengths and resilience across the country. We continue to serve on the front lines and in other capacities to ensure that Indigenous communities emerge from this pandemic healthy and well, from a place of strength, not just surviving but thriving. Thank you, *meegwetch*.

The Chair: Thank you all for your opening statements and for being here with us today to help us with this study.

Before we proceed with the questions from senators, I do want to remind each of you that we have five minutes for questions and that includes the answers.

Last week, for our first meeting, I did allow a fair bit of flexibility, but it does come at a cost and does not always allow for a second round, which I know are very valuable questions. So let's try to stay to the point, and that goes for the witnesses as

les problèmes de santé mentale, y compris les tendances suicidaires aiguës, la toxicomanie et l'alcoolisme, ainsi que la violence familiale.

Nous croyons qu'il faut en grande partie accorder le crédit à nos collectivités pour avoir empêché le virus de se propager. Les mesures qui ont été prises de façon autonome ont entraîné une réduction de la transmission du virus. La grande majorité des membres de notre communauté reconnaissent les risques que ce virus présente pour eux, et en particulier pour nos aînés, qui sont les gardiens de notre savoir, de notre langue et de notre culture.

Au moment où nos provinces et nos territoires entament les premières étapes du déconfinement, nous devons encore une fois nous rappeler que dans nos collectivités rurales et éloignées, les courbes affichent un certain décalage par rapport aux courbes provinciales et territoriales, ce qui veut dire que nous devons demeurer vigilants et adhérer aux mesures de santé publique recommandées. Les collectivités devront également réfléchir à la façon dont elles veulent gérer les déplacements potentiels des personnes à l'intérieur ou à proximité de leur territoire, une fois que les provinces et les territoires auront procédé au déconfinement.

Les collectivités méritent des félicitations parce qu'elles ont fait de leur mieux dans toutes les circonstances et qu'elles restent prêtes à toute recrudescence du nombre de cas ou à une deuxième vague possible.

L'Association des médecins indigènes du Canada élabore actuellement une campagne nationale de messages publics, qui mettront en vedette des médecins autochtones de partout au pays qui échangeront des conseils, des messages réconfortants et des encouragements en ces temps difficiles.

En terminant, je veux mentionner que nous ne sommes pas seulement des médecins, médecins résidents et étudiants en médecine autochtones, mais que nous faisons également partie de nos communautés. Nous voulons reconnaître nos forces et notre résilience collectives partout au pays. Nous continuons de servir en première ligne et à d'autres titres pour veiller à ce que les collectivités autochtones sortent de cette pandémie en santé et en situation de force, et que non seulement elles survivent, mais aussi qu'elles prospèrent. Merci, *meegwetch*.

La présidente : Merci à tous de vos déclarations préliminaires et de votre présence parmi nous aujourd'hui pour nous aider dans cette étude.

Avant de passer aux questions des sénateurs, je tiens à rappeler à chacun d'entre vous que nous disposons de cinq minutes pour les questions, y compris les réponses.

La semaine dernière, lors de notre première réunion, j'ai laissé assez de latitude, mais cela a un coût et ne permet pas toujours une deuxième ronde de questions qui, je le sais, est souvent très utile. Essayons donc de nous en tenir au sujet, et cela vaut

well. We like to have your answers in a precise manner in order to be able to ask more questions.

If you do wish to ask a question, please use the blue raised hand function in Zoom. We will add you to the list and we will lower your hand once the question is answered.

Senator Poirier: Thank you to the witnesses for being here today and for your presentations. It's greatly appreciated.

My first question is for the Canadian Medical Association representative. In your latest memory survey, a third of the physicians in community practice said they had less than two days' worth of the key PPE. Yet on May 3, almost two months after the self-isolation measures began, the government created a new COVID-19 supply council to do, among other things, "ordering ahead in bulk on behalf of provinces and territories."

It is difficult to order ahead when you're already in a crisis. So I'm asking your opinion on how the COVID-19 supply council will help Canadian physicians get the PPE they needed two days ago, and how can they help other physicians and nurses when they're not given a seat on the council?

Dr. Buchman: Thank you very much for the question. I think that the best way the council will be able to help secure PPE and help health care professionals is by coordinating the actual procurement of the PPE, creating a domestic supply, including the standard or the quality of the PPE that is imported meets Canadian standards, and providing consistent, coordinated information to health care providers, to regional health administrators, et cetera, who are then able to deploy the equipment in a coordinated and socially just manner to the places in the country where it's needed the most at this time. I think they will have an important role in advocating for and coordinating the supply of the PPE.

It's late. The government has been working very hard during the whole crisis in trying to obtain PPE, procure it and retool our current manufacturing facilities to provide a domestic supply. It's a challenge. We shouldn't be in this position of scrambling for PPE at this time. That speaks to an earlier question about pandemic response, and I am hopeful that what the council may be able to do is help us prepare later on, more long-term, once we're through the major part of this crisis.

également pour les témoins. Nous aimons obtenir des réponses précises, afin de pouvoir poser plus de questions.

Si vous souhaitez poser une question, veuillez utiliser la fonction de la main levée bleue dans Zoom. Nous vous ajouterons à la liste et votre main sera baissée une fois que vous aurez posé la question.

La sénatrice Poirier : Je remercie les témoins de leur présence et de leurs exposés, qui sont très appréciés.

Ma première question s'adresse au représentant de l'Association médicale canadienne. Dans votre dernier sondage, un tiers des médecins en pratique communautaire ont dit que moins de deux jours de stocks d'équipement de protection individuelle étaient disponibles. Pourtant, le 3 mai, près de deux mois après le début des mesures de confinement, le gouvernement a créé un nouveau Conseil sur l'approvisionnement lié à la COVID-19 pour, entre autres choses, « passer des commandes en lot au nom des provinces et des territoires ».

Il est difficile de commander quand on est déjà en crise. Je vous demande donc comment, à votre avis, le Conseil sur l'approvisionnement lié à la COVID-19 aidera les médecins canadiens à obtenir l'équipement de protection individuelle qui manquait déjà et quelle aide il peut fournir aux médecins et infirmières par ailleurs, si on ne leur accorde pas de sièges au sein de ce conseil?

Dr Buchman : Merci beaucoup de votre question. Je pense que la meilleure façon pour le conseil d'aider à obtenir l'équipement de protection individuelle et à épauler les professionnels de la santé est de coordonner l'achat de cet équipement, de créer un approvisionnement national, y compris une norme ou des critères de qualité, pour que l'équipement importé respecte les normes canadiennes, et de communiquer des renseignements cohérents et coordonnés aux fournisseurs de soins de santé et aux administrateurs régionaux de la santé, notamment, pour que ces derniers soient ensuite en mesure de distribuer l'équipement de façon coordonnée et socialement juste dans les endroits du pays où il est le plus nécessaire en ce moment. Je pense qu'ils auront un rôle important à jouer dans la promotion et la coordination de l'approvisionnement en équipement de protection individuelle.

Il est tard. Le gouvernement a travaillé très fort pendant toute la crise pour essayer d'obtenir de l'EPI, d'en acheter et de rééquiper nos installations de fabrication actuelles pour qu'elles assurent un approvisionnement national. Cela pose un défi. Nous ne devrions pas être dans une situation où nous devons faire des pieds et des mains pour obtenir cet équipement. Cela nous ramène à une question posée plus tôt au sujet de la réponse à la pandémie, et j'espère que le conseil pourra nous aider à nous

Senator Poirier: Again to the medical association, a past experience with influenza pandemic suggests that recurrent waves of COVID-19 are a strong possibility. Right now we seem to be nearing the end of the first wave, but in your opinion has the government put in place what is needed for a medical professional to be ready for a second or third wave, and if not what should the government do differently?

Dr. Buchman: In my opinion, we're not fully prepared for a second wave. We don't have adequate diagnostic testing, so original testing — disease testing for people who have the disease, and we are doing insufficient contact tracing. When we do adequate testing of cases, as well as contact tracing, we can better prepare to see if the health care system would be overwhelmed. We would get a much better picture of what we should do. In addition, we haven't undertaken serological testing. That actually assesses the immunity within the population.

We have insufficient information as to what's out there and we can't make really good, evidence-informed decisions about opening up the health care system, for example, the number of elective surgeries, getting primary care back up, all the things we do ordinarily, and we are unable to reopen the economy and schools, et cetera, in an evidence-informed way, so we're gambling by reopening.

We understand the challenges of having an economy and a business and a society where people have these restrictions. There are huge health consequences to maintaining the restrictions. There is intimate-partner violence, of course, there are ongoing mental health problems, there's poverty, there are people not getting primary care, they're not looking after their hypertension and cardiovascular diseases, they're not doing cancer screening. All this is really important, but we need the contact testing, we need the tracing and we need the serological testing in order to make decisions about what to do next.

Senator Poirier: Thank you very much.

Senator Seidman: Thank you for being with us today in this virtual fashion. My question is for you, Dr. Buchman, and it is about virtual care.

The Virtual Care Task Force, led by the Canadian Medical Association and the College of Family Physicians and the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada was created — [Technical difficulties] — that's the reason why health care has

préparer pour plus tard, à plus long terme, une fois que nous aurons traversé la majeure partie de cette crise.

La sénatrice Poirier : Je m'adresse encore une fois à l'association médicale. L'expérience passée de la pandémie de grippe laisse supposer que des vagues récurrentes de COVID-19 sont une forte possibilité. À l'heure actuelle, il semble que nous approchons de la fin de la première vague, mais à votre avis, le gouvernement a-t-il mis en place les mesures nécessaires pour que les professionnels de la santé soient prêts pour une deuxième ou une troisième vague, et sinon, que devrait faire le gouvernement différemment?

Dr Buchman : À mon avis, nous ne sommes pas tout à fait prêts pour une deuxième vague. Nous n'avons pas de tests de diagnostic adéquats, donc des tests originaux — des tests destinés aux gens qui ont la maladie, et nous ne faisons pas suffisamment de traçage des contacts. Lorsque nous assurons un dépistage adéquat des cas, ainsi que le traçage des contacts, nous pouvons mieux nous préparer à voir si le système de soins de santé sera débordé. Nous avons une bien meilleure idée de ce que nous devons faire. De plus, nous n'avons pas entrepris de tests sérologiques, qui permettent d'évaluer l'immunité au sein de la population.

Nous n'avons pas suffisamment d'information sur ce qui se passe et nous ne pouvons pas prendre de bonnes décisions fondées sur des données probantes au sujet de la réouverture du système de soins de santé, par exemple, le nombre de chirurgies électives, le rétablissement des soins primaires, tout ce que nous faisons habituellement, et nous ne sommes pas en mesure de rouvrir l'économie et les écoles, et ainsi de suite, en se fondant sur des données probantes, alors nous faisons un pari en déconfinant.

Nous comprenons les défis que posent une économie, des entreprises et une société où les gens sont soumis à de telles restrictions. Le maintien des restrictions a d'énormes conséquences sur la santé. Il y a la violence conjugale, bien sûr, il y a les problèmes de santé mentale chroniques, il y a la pauvreté, il y a des gens qui ne reçoivent pas de soins primaires, qui ne s'occupent pas de leur hypertension et de leurs maladies cardiovasculaires, qui ne font pas de dépistage du cancer. Tout cela est vraiment important, mais nous avons besoin des tests, nous avons besoin du traçage et nous avons besoin des tests sérologiques pour prendre des décisions sur la suite.

La sénatrice Poirier : Merci beaucoup.

La sénatrice Seidman : Merci d'être avec nous aujourd'hui de façon virtuelle. Ma question s'adresse à vous, docteur Buchman, et elle porte sur les soins virtuels.

Le Groupe de travail sur les soins virtuels, dirigé par l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, a été créé [Difficultés techniques] c'est la

fallen behind other industries in providing — [Technical difficulties] — digital services. In a report released in February 2020 — very timely — it concluded:

While consumer demand and the drive to improve access will probably make virtual care more common in the Canadian health care system, a pan-Canadian framework is needed to establish excellence in virtual care that upholds quality health service and supports continuity of care among care teams. Without such a framework there is a risk that a series of fragmented virtual care services will be established that detract from continuity and potentially lead to quality of care issues.

And that's the end of the quote.

What I would like to know from you at this timely moment is this: Could you expand on what risks the report is referring to, and what gaps must be addressed in order to scale up virtual care in order to make it more accessible to Canadians? In fact, are we learning something from this pandemic that will be important post-pandemic as far as virtual care is concerned?

Dr. Buchman: Thank you very much for the question and thank you for referencing the Virtual Care Task Force report. Again, it was very timely, and we've been working on it a long time.

It's clear that during the pandemic, when virtual care got up so quickly, virtually everywhere across the country, it wasn't the technology that was the problem. The technology has been there for a long time. What has been missing, one of the gaps; it's about policy. It's about regulation. It's about governance. It's about privacy and safety.

Virtual care has the potential to make far more equitable health care across the country, particularly for remote and rural populations. But one of the serious risks is that it also has the potential to make care more inequitable for vulnerable populations, for those living in remote and rural communities, for our Indigenous populations, our homeless populations and those of lower socio-economic status who can't access the technology to provide the care. So we have to be very careful about that risk.

The inclusion of the private sector into virtual care — because they've taken up the gaps — is also a potential risk. Who is monitoring the quality of that care and ensuring the privacy?

raison pour laquelle les soins de santé ont pris du retard par rapport à d'autres secteurs dans la prestation [Difficultés techniques] de services numériques. Dans un rapport publié en février 2020 — à un moment très opportun —, on peut lire ce qui suit :

Considérant la demande élevée et le fait qu'on a la capacité d'améliorer l'accès aux soins virtuels, on peut s'attendre à une prévalence accrue des soins virtuels dans le système de soins de santé canadien, mais un cadre national est nécessaire pour établir des critères d'excellence qui assurent la qualité des services de santé et qui appuient la continuité des soins au sein des équipes de soins. En l'absence d'un tel cadre, ces soins resteront fragmentés et offerts de manière inéquitable, ce qui minerait la continuité des soins et pourrait mener à des problèmes de qualité.

Fin de la citation.

Ce que j'attends de vous aujourd'hui, c'est ce qui suit : pourriez-vous nous en dire davantage sur les risques auxquels le rapport fait référence et sur les lacunes qui doivent être comblées, afin d'élargir les soins virtuels pour les rendre plus accessibles aux Canadiens? En fait, avons-nous tiré des leçons de cette pandémie qui seront importantes après la pandémie en ce qui concerne les soins virtuels?

Dr Buchman : Merci beaucoup de votre question et merci d'avoir mentionné le rapport du Groupe de travail sur les soins virtuels. Je rappelle que ce rapport était très opportun et que nous y travaillons depuis longtemps.

Il est clair que pendant la pandémie, lorsque les soins virtuels ont été mis en place si rapidement, presque partout au pays, ce n'est pas la technologie qui a posé un problème. La technologie existe depuis longtemps. Ce qui manque, une des lacunes, concerne la politique. C'est une question de réglementation. C'est une question de gouvernance. C'est une question de protection de la vie privée et de sécurité.

Les soins virtuels pourraient rendre les soins de santé beaucoup plus équitables partout au pays, particulièrement pour les populations éloignées et rurales. Mais l'un des risques graves qu'ils comportent, c'est qu'ils pourraient aussi entraîner une iniquité dans les soins destinés aux populations vulnérables, à ceux qui vivent dans des collectivités éloignées et rurales, à nos populations autochtones, à nos populations de sans-abri et aux groupes dont le statut socioéconomique est inférieur, qui n'ont pas la technologie nécessaire pour accéder à ces soins. Nous devons donc faire très attention à ce risque.

L'inclusion du secteur privé dans les soins virtuels — parce que ce secteur a comblé des vides — pose également un risque potentiel. Qui surveille la qualité de ces soins et veille à la protection de la vie privée?

How can we prevent episodic walk-in care? I think people are aware that one of the most important things in primary care is the relationship between the provider and the patient. We could be turning virtual care into virtual walk-in clinics where there isn't that continuity of care, so essential in chronic disease management, et cetera.

I have highlighted some of the gaps. We need to make sure care is equitable. We need to make sure it's safe, that it's continuous, that it's of high quality and that privacy issues are protected.

Another thing we would like to see national licensure for physicians and other providers, so that as a physician in Ontario, I would be able to provide care to people in northern Manitoba, Northwest Territories or Nunavut. It's very important that we iron that out so that we can actually improve access and back each other up at the same time.

The Chair: Thank you.

[*Translation*]

Senator Mégie: I have two questions. They are for Ms. Betker and Dr. Buchman.

My first question is about the devastation caused by COVID-19 in long-term care centres. I have learned in the media that, in British Columbia, they found a way to contain the pandemic when all this began. I think that is the only province that has not had many cases. Do you know what methods they used? Those methods could be used by others. Unfortunately, it is a bit late, but you never know.

My second question is about individual protective equipment that, according to the Quebec Minister of Health, was available in the national strategic stockpile, but in insufficient quantities. Ms. McCann said that insufficient equipment should not be the only explanation for the management of the crisis. Where do you think we could get that equipment if not in the national stockpile, or how could we enhance the stockpile to prevent this from happening again?

The Chair: Senator Mégie, whom are your questions for?

Senator Mégie: They are for Dr. Buchman and Ms. Betker.

[*English*]

Dr. Betker: Thank you for the question. In terms of the personal protective equipment, there's often a long space, if you will, between where that supply is and where those providers,

Comment pouvons-nous éviter le recours ponctuel à ces soins? Je pense que les gens savent que l'un des aspects les plus importants des soins primaires est la relation entre le fournisseur de soins et le patient. Les soins virtuels pourraient se transformer en cliniques virtuelles sans rendez-vous, où il n'y a pas cette continuité de soins si essentielle dans le traitement des maladies chroniques, et ainsi de suite.

J'ai souligné certaines des lacunes. Nous devons nous assurer que les soins sont équitables. Nous devons nous assurer qu'ils sont sécuritaires, continus et de grande qualité, et que les questions de protection de la vie privée sont prises en compte.

Nous aimerions aussi que les médecins et les autres fournisseurs de soins aient un permis d'exercice national, afin que, en tant que médecin en Ontario, je puisse fournir des soins aux gens du Nord du Manitoba, des Territoires du Nord-Ouest ou du Nunavut. Il est très important de régler ce problème, afin d'améliorer l'accès et de se soutenir mutuellement en même temps.

La présidente : Merci.

[*Français*]

La sénatrice Mégie : J'ai deux questions. Elles s'adressent à Mme Betker et au Dr Buchman.

Ma première question concerne les ravages que la COVID-19 a faits dans les centres d'hébergement de soins de longue durée. J'ai appris dans les médias qu'en Colombie-Britannique, quand tout cela a commencé, ils ont trouvé une solution pour contenir la pandémie. Je crois que c'est la seule province qui n'a pas eu beaucoup de cas. Savez-vous quels moyens ils ont pris? Ces moyens pourraient être repris par les autres. Malheureusement, il est un peu tard, mais on ne sait jamais.

Ma deuxième question concerne les équipements de protection individuelle qui, selon la ministre de la Santé du Québec, étaient présents dans la réserve nationale stratégique, mais en quantité insuffisante. Mme McCann a mentionné qu'on ne devrait pas se baser seulement sur l'insuffisance d'équipement pour expliquer la gestion de la crise. Selon vous, où pourrions-nous aller chercher cet équipement si ce n'est dans la réserve nationale, ou alors comment pourrait-on enrichir celle-ci pour que cela n'arrive plus?

La présidente : Sénatrice Mégie, à qui s'adressent vos questions?

La sénatrice Mégie : Elles s'adressent au Dr Buchman et à Mme Betker.

[*Traduction*]

Mme Betker : Merci de la question. Pour ce qui est de l'équipement de protection individuelle, une grande distance sépare souvent l'endroit où se trouvent les stocks et l'endroit où

those health care workers, are. It's a big country. Geography is an issue. Deployment of that equipment is an issue. And there are multiple different settings where not only health care workers but social services workers are working in very close human contact.

There have been tremendous efforts on the personal protective equipment side in terms of procuring it and having an adequate supply, but its deployment across the country and through the provinces and territories, out to those settings, is still an issue. That is what we're hearing from nurses.

Another priority is where that equipment ends up. I think Dr. Buchman talked about using the principles of social justice as well, within that deployment, and being very just and equitable in how we make those decisions. In terms of PPE, that would be my answer there.

In terms of the long-term care facilities, we've known about many of these issues for a very long time. There is a lot of research both in the nursing field and the health system field in terms of long-term care facilities. I really think this situation warrants a good, hard look and some really concrete action. B.C., as you've said, stepped in early and had some good outcomes. Others maybe didn't. But I think it's a really important time to take a very hard look at this part of our system, and really look at it from a population perspective — seniors, aging population in Canada — and build a system to meet those needs now and into the future.

The Chair: Dr. Buchman, did you want to add something to that briefly?

Dr. Buchman: Sure. I can add something briefly. I agree with Dr. Betker. I would like to emphasize, with regard to PPE, that transparency and coordination between the federal and provincial and territorial governments is key. One of the reasons for the high anxiety amongst physicians and other health care workers is the lack of information about when that equipment is coming and what is coming. Are we going to have enough? We get reports that physicians, for example, only have one or two days' worth, and it's particularly worse in the community as opposed to hospitals. The information is not getting down to the front-line provider, so that is causing a huge amount of anxiety. And that information will in itself relieve the strain.

With regard to the long-term care issue, yes, British Columbia jumped on it and provided their solutions. What did they do? For example, they recognized that personal support workers were underpaid. In order to cobble together a full-time job, they were

se trouvent les fournisseurs de soins de santé, les travailleurs de la santé. C'est un grand pays. La géographie pose un problème. La distribution de cet équipement pose un problème. Et il y a de

multiples contextes différents où non seulement des travailleurs de la santé, mais aussi des travailleurs des services sociaux, ont des contacts humains très étroits.

Il y a eu d'énormes efforts du côté de l'équipement de protection individuelle, pour l'obtenir et en avoir un stock suffisant, mais sa distribution dans tout le pays et par l'entremise des provinces et des territoires, dans ces contextes, continue de poser un problème. C'est ce que nous disent les infirmières.

Une autre priorité concerne le lieu où l'équipement se retrouve. Je pense que le Dr Buchman a parlé de l'application des principes de justice sociale également, dans le cadre de cette distribution, et d'une façon très juste et équitable de prendre ces décisions. Pour ce qui est de l'EPI, c'est ma réponse.

En ce qui a trait aux établissements de soins de longue durée, nous sommes au courant de bon nombre de ces problèmes depuis très longtemps. Beaucoup de recherche dans le domaine des soins infirmiers et concernant le système de santé porte sur les établissements de soins de longue durée. Je pense vraiment que cette situation mérite un examen sérieux et des mesures concrètes. Comme vous l'avez dit, la Colombie-Britannique est intervenue tôt et a obtenu de bons résultats. D'autres ne l'ont peut-être pas fait. Mais je pense qu'il est vraiment temps d'examiner très attentivement cette partie de notre système, et véritablement du point de vue de la population — les aînés, la population vieillissante au Canada — et de bâtir un système pour répondre à ces besoins, maintenant et à l'avenir.

La présidente : Docteur Buchman, voulez-vous ajouter quelque chose brièvement?

Dr Buchman : Bien sûr. Je peux ajouter quelque chose brièvement. Je suis d'accord avec Mme Betker. En ce qui concerne l'EPI, j'aimerais souligner que la transparence et la coordination entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sont essentielles. L'une des choses qui rendent les médecins et les autres travailleurs de la santé très inquiets, c'est le manque d'information sur le moment où cet équipement sera livré et sur l'équipement proprement dit. Y en aura-t-il assez? Nous recevons de l'information selon laquelle les médecins, par exemple, n'en ont que pour une journée ou deux, et c'est pire dans la collectivité que dans les hôpitaux. L'information ne se rend pas jusqu'aux fournisseurs de services de première ligne, ce qui cause énormément d'anxiété. Le fait de disposer de cette information devrait enlever de la pression.

En ce qui concerne la question des soins de longue durée, oui, la Colombie-Britannique s'y est attaquée et a proposé des solutions. Qu'ont-ils fait? Par exemple, ils ont reconnu que les préposés aux services de soutien à la personne étaient

working at multiple institutions. The province recognized many aspects of their care.

We are seeing a catastrophe now in long-term care, and I use that word very deliberately. What has happened in long-term care, where over 80% of deaths from COVID have occurred? It means it's not just the biological vulnerability of older Canadians. There are system issues which go everywhere from infrastructure to the understaffing, underfunding, that require these workers to visit many homes. It's very clear that we need a whole revamp and re-analysis of long-term care.

We have a health care system that was designed in the 1960s and 1970s for acute care of a younger population without comorbidities. As people have aged and have developed ongoing co-morbid conditions, they are much more vulnerable to the effects of the virus, of course. And the long-term care system has been a poor cousin of acute care. We need to have a national conversation on whether we need to revamp the whole system. Should the Canada Health Act be reopened to examine this issue? Those are the reflective questions that we're considering at this time.

The Chair: Thank you very much.

Senator Munson: I want to thank the witnesses this morning very much. I have three statements to Dr. Buchman: We shouldn't be scrambling for PPE. We aren't fully prepared for a second wave. We are gambling on reopening.

Back a few months ago, a number of doctors — [Technical difficulties] — that the Chinese government, through various emissaries, was scrambling to get personal protective equipment, i.e., masks, from ordinary doctors in Ottawa and across the country. And there was pressure. From the Canadian Medical Association's point of view, do you have stories from that particular time when there was panicking taking place in China, that they were actually moving masks and requests were taking place — [Technical difficulties] — ordinary doctors across the country, and masks were moved out of this country to China?

Dr. Buchman: Senator Munson, I had some difficulty hearing the question. There are some feedback and echo. If you could just repeat the specific question?

Senator Munson: The basic question is, there is a shortage in this country of personal protective equipment.

sous-payés. Pour cumuler un horaire à temps plein, ils devaient travailler dans plusieurs établissements. La province a reconnu de nombreux aspects des soins qu'ils donnent.

Nous assistons à l'heure actuelle à une catastrophe dans le domaine des soins de longue durée, et j'utilise délibérément ce mot. Que s'est-il passé dans le domaine des soins de longue durée, où se sont produits plus de 80 % des décès attribuables à la COVID? Cela n'est pas uniquement dû à la vulnérabilité biologique des Canadiens âgés. Il y a des problèmes de système qui vont de l'infrastructure au manque de personnel et au sous-financement et qui obligent ces travailleurs à travailler à plusieurs endroits. Il est très clair que nous avons besoin d'une refonte complète et d'une nouvelle analyse des soins de longue durée.

Nous avons un système de soins de santé qui a été conçu dans les années 1960 et 1970 pour les soins actifs d'une population plus jeune sans comorbidités. À mesure que les gens vieillissent et développent des comorbidités chroniques, ils sont beaucoup plus vulnérables aux effets du virus, évidemment. Le système de soins de longue durée est le parent pauvre des soins actifs. Nous devons avoir un débat sur la nécessité de remanier l'ensemble du système. Devrait-on rouvrir la Loi canadienne sur la santé pour y arriver? Ce sont les questions sur lesquelles nous nous penchons en ce moment.

La présidente : Merci beaucoup.

Le sénateur Munson : Je remercie beaucoup les témoins de ce matin. Je retiens trois affirmations du Dr Buchman : Nous ne devrions pas avoir à nous battre pour obtenir de l'EPI. Nous ne sommes pas tout à fait prêts pour une deuxième vague. Nous faisons un pari en déconfinant.

Il y a quelques mois, un certain nombre de médecins [Difficultés techniques] que le gouvernement chinois, par l'entremise de divers émissaires, faisait des pieds et des mains pour obtenir du matériel de protection individuelle, c'est-à-dire des masques, auprès de médecins ordinaires à Ottawa et partout au pays. Et des pressions ont été exercées. À l'Association médicale canadienne, avez-vous des exemples qui remontent à cette époque particulière où c'était la panique en Chine et où des masques étaient expédiés et où des demandes étaient présentées [Difficultés techniques] médecins ordinaires partout au pays, et que des masques ont été envoyés en Chine?

Dr Buchman : Sénateur Munson, j'ai eu un peu de difficulté à entendre la question. Il y a des ratés et de l'écho. Pourriez-vous répéter votre question?

Le sénateur Munson : La question fondamentale, c'est qu'il y a une pénurie d'équipement de protection individuelle au Canada.

In January, when everything was taking place in Wuhan, the Chinese government, through emissaries, were going after PPE, personal protective equipment, i.e., masks, but ordinary doctors, you name it, in this country, to have these masks moved to China. Is the CMA aware of that?

The Chair: Did you understand the question? It is a little challenging.

Dr. Buchman: Yes. Are you able to repeat it, senator? I think I'm getting it, regarding was the CMA aware of the situation in Wuhan, and the fact that doctors here in Canada were, of course, anxious about that. Were we aware of the situation? Or can you clarify?

Senator Munson: No, that there was an orchestrated campaign to move hundreds of thousands of masks from this country, that the Chinese government was calling up doctors in this country and asking them if they had excess or surplus supplies and could these contribute to this.

Dr. Buchman: I see; I'm sorry. Thank you.

Personally, and from the CMA, I was not aware of that particular issue. So I don't think I can comment further on that. I wish I could, and we certainly can look into that further and provide you with information subsequent to this meeting.

Senator Munson: Okay. I'll ask a gentler question, then. Doctor, you talked about — I hope you can hear me on this — telemedicine and virtual health care.

Dr. Buchman: Yes.

Senator Munson: Again, I'm startled by your statement where you say our health care system has been sick for some time. Is virtual health care and telemedicine available in every corner of this country? If not, why not?

Dr. Buchman: Thank you, because that actually allows me to expand on my previous answer on certain gaps. Telemedicine and virtual care are not available in an equitable and equal way across this country. It's much different between urban and rural populations. I can provide you with statistics later, but it's somewhere like 80% of the urban population has access to high-speed broadband internet, and it's something like 50% or so of people in more rural communities. The further afield you go, the more challenging it gets. We have inadequate infrastructure in many large areas of the country, for example in Nunavut, where we do not have the adequate broadband, high-speed infrastructure in order to be able to carry out telemedicine in a significant way.

En janvier, alors que cette crise se déroulait à Wuhan, le gouvernement chinois, par l'entremise d'émissaires, était à la recherche d'EPI, d'équipement de protection individuelle, c'est-à-dire des masques, et a fait pression auprès de médecins ordinaires, ici au pays, pour que des masques soient envoyés en Chine. L'AMC est-elle au courant de cela?

La présidente : Avez-vous compris la question? C'est un peu confus.

Dr Buchman : Oui. Pouvez-vous répéter, sénateur? Je crois que je comprends. Vous voulez savoir si l'AMC était au courant de la situation à Wuhan et si les médecins au Canada étaient inquiets à ce sujet. Étions-nous au courant de la situation? Ou pouvez-vous préciser?

Le sénateur Munson : Non. Je dis qu'il y a eu une campagne orchestrée pour faire sortir des centaines de milliers de masques du pays, que le gouvernement chinois appelait les médecins au Canada pour leur demander s'ils avaient des surplus de fournitures, et je me demande si cela n'a pas contribué à cette situation.

Dr Buchman : Je vois; je suis désolé. Merci.

Personnellement, je n'étais pas au courant de ce problème particulier et l'AMC non plus. Je ne pense donc pas pouvoir en dire davantage à ce sujet. J'aimerais pouvoir le faire, et nous pourrions certainement examiner la question de plus près et vous fournir des renseignements après la séance.

Le sénateur Munson : D'accord. Je vais donc poser une question plus délicate. Docteur, vous avez parlé — j'espère que vous m'entendez bien — de la télémédecine et des soins de santé virtuels.

Dr Buchman : Oui.

Le sénateur Munson : Encore une fois, je suis surpris de vous entendre dire que notre système de soins de santé est malade depuis un certain temps. Les soins de santé virtuels et la télémédecine sont-ils disponibles dans tous les coins du pays? Sinon, pourquoi pas?

Dr Buchman : Merci, parce que cette question me permet, en fait, de développer ma réponse précédente sur certaines lacunes. La télémédecine et les soins virtuels ne sont pas offerts de façon équitable et égale dans tout le pays. La situation des populations urbaines et rurales est très différente. Je pourrai vous fournir des statistiques plus tard, mais c'est environ 80 % de la population urbaine qui a accès à Internet haute vitesse à large bande contre environ 50 % de la population des collectivités rurales. Plus on s'éloigne, plus c'est difficile. Nous avons une infrastructure inadéquate dans de nombreuses grandes régions du pays, par exemple au Nunavut, où nous n'avons pas l'infrastructure à large bande et à haute vitesse adéquate pour pouvoir faire de la télémédecine de façon importante.

So I think the disparities are urban-rural, and again even more in remote areas. We need large-scale investment in the infrastructure right across the country in order to be able to achieve the equitable access to care.

Senator Munson: Briefly, chair, because it was breaking up earlier. One quick question. We talked about nursing homes and what is taking place. Nursing homes were built so long ago that they shouldn't even be there today. That's one of the reasons we have a major problem in nursing homes. Is it the view of any of the doctors on the line that the Government of Canada should use its massive amount of billion-dollar infrastructure money to build brand new nursing homes across this country?

Dr. Buchman: Because I'm on here, I will answer quickly. The answer is yes. The infrastructure that is in many of our long-term care facilities, which are some built in the 1960s and 1970s, have four people to a room, for example, sharing one washroom. We aren't able to achieve the quality care that we need without improvement. As well, I think, as Dr. Betker indicated earlier, we need to focus more on maintaining elderly seniors at home with adequate personal support care, adequate home care. This is key to dealing with the long-term care issue. I will defer to my colleagues.

Senator Dasko: First, thanks to the witnesses today for your very interesting presentations. My questions today are for Dr. Buchman. I have to say, I was taken aback by your description of the health care system as a sick system, however, I don't want to go there especially.

I want to say, first of all, that the mandate of this committee is as follows: to examine and report on the government's response to the COVID pandemic. So I'd like to ask you, from your point of view, how have they responded? Can you tell me if you think any of the responses have been good or adequate? If so, which responses have been good or adequate?

Second, can you tell me which of their responses have been poor or inadequate? And if everything is poor or inadequate that they have done, perhaps you can rank the worst things that they have done to the least-worst things.

Let me just put it that way, and if you could take a stab at that, thank you. And then I have other questions if there's time.

Dr. Buchman: Thank you for the challenging question; I will try to get it all in two or three minutes.

Je pense donc que les disparités sont entre les régions urbaines et rurales, et encore plus dans les régions éloignées. Nous avons besoin d'investir à grande échelle dans l'infrastructure d'un bout à l'autre du pays afin d'assurer un accès équitable aux soins.

Le sénateur Munson : Brièvement, madame la présidente, parce qu'il y a eu une interférence plus tôt. Une brève question. Nous avons parlé des foyers de soins infirmiers et de ce qui s'y passe. Ces foyers de soins ont été construits il y a tellement longtemps qu'ils ne devraient même pas être là aujourd'hui. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous avons un problème majeur dans ces établissements. Est-ce que l'un ou l'autre des médecins en ligne est d'avis que le gouvernement du Canada devrait utiliser son énorme milliard de dollars pour l'infrastructure pour construire des nouveaux foyers de soins infirmiers partout au pays?

Dr Buchman : Comme je suis ici, je vais répondre rapidement. La réponse est oui. L'infrastructure d'un bon nombre de nos établissements de soins de longue durée, dont certains ont été construits dans les années 1960 et 1970, compte, par exemple, quatre personnes par chambre, qui partagent une salle de bain. Il n'est pas possible d'offrir les soins de qualité dont nous avons besoin sans amélioration. De plus, comme Mme Betker l'a indiqué plus tôt, je crois que nous devons nous concentrer davantage sur le maintien à domicile des aînés âgés grâce à des soins de soutien à la personne, des soins à domicile adéquats. C'est essentiel pour régler le problème des soins de longue durée. Je vais céder la parole à mes collègues.

La sénatrice Dasko : Tout d'abord, je remercie les témoins d'aujourd'hui de leurs exposés très intéressants. Mes questions s'adressent au Dr Buchman. Je dois dire que j'ai été renversée par votre description du système de soins de santé comme étant un système malade, mais je ne veux pas aborder ce sujet en particulier.

Je tiens à dire, tout d'abord, que le mandat de notre comité est d'examiner la réponse du gouvernement à la pandémie de COVID et d'en faire rapport. J'aimerais donc vous demander, de votre point de vue, comment a-t-il réagi? Pouvez-vous me dire si vous pensez que certaines des réponses ont été bonnes ou adéquates? Si oui, quelles réponses ont été bonnes ou adéquates?

Deuxièmement, pouvez-vous me dire lesquelles des réponses du gouvernement ont été mauvaises ou inadéquates? Et si tout ce qu'il a fait est mauvais ou inadéquat, vous pouvez peut-être dire ce qu'il a fait de pire et de moins mauvais.

Voilà mes questions, et si vous pouviez essayer d'y répondre, je l'apprécierais. J'aurai ensuite d'autres questions s'il reste du temps.

Dr Buchman : Je vous remercie de cette question difficile; je vais essayer d'y répondre en deux ou trois minutes.

I'm going to start with what's good that the government has been doing. In exceptional circumstances, in unprecedented circumstances — so I think it's very important to understand the context of this — that their willingness to, from a health care system point of view, to advocate and try to develop a supply chain of personal protective equipment has been exemplary. But, as I said before, we shouldn't have been scrambling. There are many things pre-pandemic that our provincial, territorial and federal governments have neglected to do.

I think they have been wise to put their faith in our Public Health Agency of Canada and its leadership. I think our leadership has been going on the best available evidence to them at any point in time. It's always easy in retrospect to go back and criticize, oh, we should all be wearing masks, for example. We have to do it carefully, and there's a balance. I think our public health leadership has been exemplary in trying to get that balance. So that's what's very good.

What hasn't been so good, again, is the inability to procure that equipment, to have the domestic supply, to retool our manufacturing facilities, to import standard equipment, but we're in the midst of global competition for that. So getting that equipment out to the front line. They have not been good in providing consistent and transparent information about what's coming, what's in the pipeline, how are we getting it out to the right providers, how do we know those areas of the country that need it most will get it? They haven't been good at alleviating that anxiety.

So in terms of supporting the testing, I'm not even sure of the reasons why we haven't had more of the testing that you're referring to, and the contact tracing. I know that's within a provincial jurisdiction, but why hasn't that happened? Why haven't we got coordinated responses and support for these? I am really at a loss to explain why we haven't been able to scale it up and get it going much faster than we have now.

Senator Dasko: Let me follow up on the contact tracing comments, just in terms of how you think it is working from the physicians' point of view? Is it a process that's effective or is it quite faulty? What is your opinion about the use of mobile devices as a way to facilitate this process a little bit better?

Dr. Buchman: When we compare our methodical, manual contact tracing methods, yes, they work. But to get it to adequate numbers and the speed with which we need to do it, and the responses that we have, have been lacking for sure. We're able to compare ourselves to other countries that have initiated the sort

Je vais commencer par ce que le gouvernement a fait de bien. Dans des circonstances exceptionnelles, dans des circonstances sans précédent — je crois donc très important de comprendre le contexte — sa volonté, du point de vue du système de santé, de préconiser et d'essayer de développer une chaîne d'approvisionnement d'équipement de protection individuelle a été exemplaire. Mais, comme je l'ai déjà dit, nous n'aurions pas dû avoir toutes ces difficultés. Il y a beaucoup de choses que nos gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral ont négligé de faire avant la pandémie.

Je crois que le gouvernement a eu la sagesse de faire confiance à l'Agence de la santé publique du Canada et à son leadership. Je pense que ce leadership s'appuie sur les meilleures données probantes disponibles à tout moment. Il est toujours facile de critiquer, avec le recul, en disant que nous devrions tous porter des masques, par exemple. Nous devons faire preuve de prudence, et il y a un équilibre à respecter. Je pense que notre leadership en matière de santé publique a été exemplaire pour ce qui est d'atteindre cet équilibre. C'est ce qui est très bien.

Ce qui n'a pas été si bon, encore une fois, c'est l'incapacité d'acheter ce matériel, d'avoir un approvisionnement national, de rééquiper nos installations de fabrication, d'importer du matériel standard, mais nous sommes confrontés à une concurrence mondiale sur ce plan-là. Il s'agit donc de la capacité de fournir cet équipement en première ligne. Le gouvernement n'a pas réussi à fournir des renseignements cohérents et transparents sur ce qui s'en vient, sur ce qui est en préparation, sur la façon dont nous distribuons l'équipement aux bons fournisseurs de soins, sur la façon de s'assurer que les régions du pays qui en ont le plus besoin l'obtiendront. Il n'a pas réussi à atténuer cette anxiété.

Donc, pour ce qui est d'appuyer le dépistage, je ne suis même pas certain des raisons pour lesquelles nous n'avons pas eu plus de tests comme ceux dont vous parlez, et le traçage de contacts. Je sais que cela relève de la compétence provinciale, mais pourquoi cela ne s'est-il pas produit? Pourquoi cela n'a-t-il pas fait l'objet d'une réponse coordonnée et d'un soutien? Je n'arrive vraiment pas à expliquer pourquoi nous n'avons pas été en mesure d'élargir le dépistage et cela beaucoup plus rapidement qu'actuellement.

La sénatrice Dasko : Permettez-moi de revenir sur les commentaires concernant le traçage de contacts, pour savoir ce que vous pensez de son efficacité du point de vue des médecins? Est-ce un processus efficace ou plutôt défectueux? Que pensez-vous de l'utilisation des téléphones mobiles pour faciliter un peu ce processus?

Dr Buchman : Lorsque nous comparons cela avec nos méthodes de traçage manuel méthodique des contacts, oui, cela fonctionne. Mais il est certain que sur le plan du nombre, de la rapidité nécessaire et des réponses obtenues, les résultats sont insuffisants. Nous sommes en mesure de nous comparer à

of technological contact tracing. Of course, I think Canadians are somewhat different in terms of our appreciation of privacy. I think we don't know enough from Canadians whether they would accept this kind of contact tracing. We don't understand fully the privacy implications of this yet.

We need to do a better job of figuring that out and figuring that out soon, because there's no doubt that using technology, cellphones, credit card information, what have you, to improve contact tracing would go a long way. I think that's a really important question to focus on right now.

Senator Moodie: Thank you for joining us today, doctors. I'll start with full disclosure. I'm a front-line position too.

As you noted in your statement, our health care workers have operated in stressful and precarious conditions before this pandemic. I absolutely agree with that, in a health care system that in many ways is fractured.

This pandemic has obviously made working conditions much more difficult, and we've seen in different instances, physicians, nurses and other front-line workers voicing their concerns. We are many weeks now into this pandemic, and we continue to hear the same voices voicing their concerns. We hear about failures in procurement and distribution, failures in communication, failures to address the needs of our front-line providers. My question takes you back a little bit to a higher level.

I'd like to ask two things. What do you think of the government's efforts to protect health care workers? By that, I want you to please be very specific, because we have different levels of government and we are all aware that the accountability for health care sits not necessarily fully at the federal level but mostly at the provincial level. What do you think of your provincial governments' level to protect health care workers?

The second part of this question is: How are front-line workers feeling now about continuing to work in an environment that they are considering unsafe, that they're voicing their fear of continuing to work in, under conditions of a pandemic, and in many cases across the country, emergency conditions where they are being mandated to go to — they have to turn up?

Dr. Buchman: Thank you. You're asking me really what I think of our governments' efforts to protect health care workers on two major fronts. One that we've been talking about, of course, is the PPE front. Because of our lack of preparedness and

d'autres pays qui ont mis en place le traçage technologique des contacts. Bien sûr, je pense que les Canadiens ont une perception quelque peu différente de la protection de la vie privée. Je pense que nous ne savons pas suffisamment si les Canadiens accepteraient ce genre de traçage. Nous ne comprenons pas encore pleinement ses répercussions sur la vie privée.

Nous devons faire un meilleur travail pour établir ce qu'il en est et le faire bientôt, parce qu'il ne fait aucun doute que l'utilisation de la technologie, des téléphones cellulaires, des renseignements sur les cartes de crédit, et autres moyens pour améliorer la recherche des contacts, serait très utile. Je pense que c'est une question très importante sur laquelle il faut se concentrer en ce moment.

La sénatrice Moodie : Merci de vous joindre à nous aujourd'hui, docteurs. Je vais commencer par une divulgation complète. Je suis moi aussi en première ligne.

Comme vous l'avez souligné dans votre déclaration, nos travailleurs de la santé ont fonctionné dans des conditions stressantes et précaires avant cette pandémie. J'en conviens totalement, dans un système de soins de santé qui est bancal à bien des égards.

Cette pandémie a évidemment rendu les conditions de travail beaucoup plus difficiles, et nous avons vu, à différents moments, des médecins, des infirmières et d'autres travailleurs de première ligne exprimer leurs préoccupations. Cette pandémie dure depuis de nombreuses semaines, et nous continuons d'entendre les mêmes voix exprimer leurs préoccupations. Nous entendons parler de problèmes d'approvisionnement et de distribution, de problèmes de communication et de l'incapacité de répondre aux besoins de nos soignants en première ligne. Ma question vous ramène un peu en arrière.

J'aurais deux questions. Que pensez-vous des efforts déployés par le gouvernement pour protéger les travailleurs de la santé? Je vous demanderais d'être très précis, car nous avons différents ordres de gouvernement et nous savons tous que la responsabilité des soins de santé ne relève pas entièrement du gouvernement fédéral, mais plutôt des provinces. Que pensez-vous de la façon dont vos gouvernements provinciaux protègent les travailleurs de la santé?

La deuxième partie de ma question est la suivante : que pensent actuellement les travailleurs de première ligne de continuer à travailler dans un environnement qu'ils considèrent comme dangereux, dans lequel ils disent craindre de travailler, dans des conditions de pandémie, et dans de nombreux cas, partout au pays, dans les situations d'urgence où ils sont obligés de se rendre — où ils doivent se présenter?

Dr Buchman : Merci. Vous me demandez, en fait, ce que je pense des efforts déployés par nos gouvernements pour protéger les travailleurs de la santé sur deux fronts principaux. Nous avons parlé, bien sûr, de l'EPI. En raison de notre manque de

the fact that we've had to scramble, I think we have put front-line health care workers in harm's way. Not only have we put the workers in harm's way, one of the things that doctors, nurses and others worry about is that they will infect their patients and their loved ones. So we haven't had adequate support of that, although we've had recognition and acknowledgement of that. But because we're scrambling, because of the difficulties we've encountered, we haven't actually protected them.

Doctors, nurses and other health care workers, from respiratory therapists to PSWs, have a strong duty to care — an ethical obligation to care for their patients. But do they have that duty of care putting themselves in harm's way and those of their loved ones? I think there are limitations to our rights. We need to have adequate protection in order to do that. We would never permit a firefighter to go into a burning building without adequate protection. We can't expect our front-line health care workers to put themselves in harm's way, and those of others may I add.

This causes significant moral distress. We have the evidence in many of our surveys up to now. Doctors are sometimes questioning their obligation to go in if they're not adequately protected. That's a health care system breaking down. As a result, the moral distress they feel if they can't help their patients, if we were to run out of equipment like ventilators and who gets the ventilator — the mental health challenges have not been adequately resourced. It's our own professions that have been helping deal with the mental health issues, and I think further funding needs to be made.

The governments have an obligation, a reciprocity to provide that protection, and as well, the mental health resources to assist front-line workers in getting through this pandemic. Down the road for the second and third waves, we're going to have big problems in depression, substance use, maybe some PTSD. That's all going to happen. We need to intervene now.

Dr. Betker: I would agree with all of what my colleague said. I'd add one thing to the PPE, remembering these are professionals and they can make an assessment of risk and should be encouraged to do that, and then be able to have the equipment and protection that they deem is required, both for themselves as well as the patients. It's not just about guidelines and protocols and those kinds of things. You need to realize these people are well educated, they have an enormous capacity to use the evidence around them, and they need to be listened to at that front line and point of care. So I would add that.

préparation et du fait que nous avons dû nous démener, je pense que nous avons mis en danger les travailleurs de la santé de première ligne. Non seulement nous les avons mis en danger, mais les médecins, les infirmières et les autres craignent d'infecter leurs patients et leurs proches. Nous n'avons donc pas eu suffisamment de soutien à cet égard, même si cela a été admis

et reconnu. Mais comme nous faisons des pieds et des mains, en raison des difficultés que nous avons rencontrées, nous ne les avons pas vraiment protégés.

Les médecins, les infirmières et les autres travailleurs de la santé, des inhalothérapeutes aux préposés aux services de soutien à la personne, ont un devoir de diligence, l'obligation éthique de prendre soin de leurs patients. Mais ont-ils l'obligation de mettre en danger leur propre vie et celle de leurs proches? Je pense que nos droits sont limités. Nous avons besoin d'une protection adéquate pour y arriver. Nous n'autoriserions jamais un pompier à entrer dans un immeuble en flammes sans une protection adéquate. Nous ne pouvons pas nous attendre à ce que nos travailleurs de la santé de première ligne mettent leur vie en danger, et celle des autres aussi.

Cela cause une détresse morale importante. Un bon nombre des sondages que nous avons effectués jusqu'à maintenant le prouvent. Les médecins remettent parfois en question leur obligation d'intervenir s'ils ne sont pas adéquatement protégés. C'est un système de soins de santé qui s'effondre. Par conséquent, la détresse morale qu'ils ressentent s'ils ne peuvent pas aider leurs patients, si nous manquons d'équipement comme des ventilateurs et s'il faut choisir à qui les donner — les problèmes de santé mentale n'ont pas été adéquatement financés. Ce sont nos propres professions qui aident à régler les problèmes de santé mentale, et je pense qu'il faut augmenter le financement.

Les gouvernements ont l'obligation, la réciprocité, de fournir cette protection et aussi les ressources en santé mentale nécessaires pour aider les travailleurs de première ligne à traverser cette pandémie. Au cours des deuxième et troisième vagues, nous aurons de gros problèmes de dépression, de toxicomanie et peut-être de TSPT. Tout cela va se produire. Nous devons intervenir maintenant.

Mme Betker : Je suis d'accord avec tout ce que mon collègue a dit. J'ajouterais une chose au sujet de l'EPI. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit de professionnels. Ils peuvent faire une évaluation du risque et ils devraient être encouragés à le faire, et il faudrait qu'ils puissent avoir l'équipement et la protection qu'ils jugent nécessaires, tant pour eux-mêmes que pour les patients. Ce n'est pas seulement une question de lignes directrices, de protocoles et de choses de ce genre. Il faut se rendre compte que ces gens sont bien instruits, qu'ils sont parfaitement capables d'utiliser les données probantes

In terms of the moral distress and the ethical dilemmas they're facing, those are across the system. In some ways, they're both within the COVID-19 response, but also within what's been left behind as a result of deploying all the resources towards that effort when there are many other really serious issues going on within the system and within our communities. I'm sure Dr. Wieman has some excellent examples in terms of remote First Nations communities where those issues will continue to grow and develop while we're focused on COVID-19. It plays into that moral distress, not to leave behind those people who were already vulnerable and struggling and burdened. We need to be thinking about that as well — about the whole system.

Dr. Wieman: I do agree with my two colleagues who just spoke. I would make the point that some of the issues they've identified are only amplified for different Indigenous groups across the country. I know that people tend to have this visual in their head that we're only talking about Indigenous or First Nations people who live on reserve communities, but that is not the case.

According to the census, about half of us live in urban settings as well. Some of these needs or vulnerabilities that have been identified, if you want to call them that, also exist for many people living in urban centres, as well as rural communities that are close to urban centres. For example, when we talked about the long-term care situation that has become unmasked, so to speak, during this COVID crisis, one of the needs we would see as Indigenous physicians is to advocate for more training for all Indigenous health care workers in a variety of capacities, who can provide health care services, including in long-term care settings and in communities where people are located.

Senator Forest-Niesing: Let me first start by thanking our panellists and, through them, thanking all of their members for the tremendous level of courage and dedication that they are demonstrating, which, of course, reassures all Canadians, not only those already affected by the virus, but all those who fear infection.

It is certainly nice to know that we have courageous front-line workers on the job.

That being said, I'd like to expand a little further along the same lines that we just discussed, delving a little deeper into the consequences potentially affecting the mental health of health care practitioners. My question is addressed to each of the associations on the panel.

disponibles et qu'ils doivent être écoutés en première ligne et au point de service. J'ajouterais donc cela.

Pour ce qui est de la détresse morale et des dilemmes éthiques auxquels ils font face, cette situation existe dans tout le système. À certains égards, c'est dû à l'effort contre la pandémie de COVID-19, mais aussi à ce qui a été laissé de côté à la suite de l'affectation de toutes les ressources à cet effort, alors qu'il y a de nombreux autres problèmes très graves au sein du système et dans nos collectivités. Je suis sûre que la Dre Wieman a d'excellents exemples de communautés éloignées des Premières Nations où ces problèmes continueront de prendre de l'ampleur pendant que nous nous concentrons sur la COVID-19. Le souci de ne pas laisser tomber les personnes qui étaient déjà vulnérables, en difficulté et accablées contribue à la détresse morale. Nous devons réfléchir à cela aussi, à l'ensemble du système.

Dre Wieman : Je suis d'accord avec mes deux collègues qui viennent de parler. Je tiens à souligner que certains des problèmes qu'ils ont cernés sont encore amplifiés pour différents groupes autochtones à l'échelle du pays. Je sais que les gens ont tendance à penser que nous ne parlons que des Autochtones ou des membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves, mais ce n'est pas le cas.

Selon le recensement, environ la moitié d'entre nous vivent également en milieu urbain. Certains des besoins ou des vulnérabilités en question, si vous voulez les appeler ainsi, existent également pour de nombreuses personnes vivant dans les centres urbains, ainsi que dans les collectivités rurales situées près des centres urbains. Par exemple, lorsque nous avons parlé de la situation des soins de longue durée qui s'est dévoilée, pour ainsi dire, pendant cette crise, en tant que médecins autochtones, nous constatons notamment le besoin de plus de formation, dans divers domaines, pour tous les travailleurs de la santé autochtones qui peuvent fournir des services de soins de santé, y compris dans les établissements de soins de longue durée et dans les collectivités où les gens se trouvent.

La sénatrice Forest-Niesing : Permettez-moi tout d'abord de remercier nos témoins et, par leur entremise, de remercier tous leurs membres pour le courage et le dévouement extraordinaires dont ils font preuve, ce qui, bien sûr, rassure tous les Canadiens, non seulement ceux qui sont déjà touchés par le virus, mais tous ceux qui craignent l'infection.

Il est bon de savoir que nous avons des travailleurs de première ligne courageux sur le terrain.

Cela dit, j'aimerais aller un peu plus loin dans la même veine, en parlant un peu plus des conséquences possibles sur la santé mentale des fournisseurs de soins de santé. Ma question s'adresse à chacune des associations du groupe.

Given the level of uncertainty and anxiety that are the obvious consequences of this virus, particularly and evermore present in the medical environment, I'd like to hear more from our panelists with respect to the system that is in place for managing and monitoring the mental health problems that are being experienced by their members due to the crisis. I'm also interested in learning a little more about your point of view with respect to concrete measures that are already in place and bringing much-needed relief, but certainly what additional measures need to be brought in response to that very unfortunate consequence.

Dr. Betker: I can start on that, and I will start with the nurses themselves. I think we need to talk to them, and we need to tailor those kinds of resources that they need and that would be helpful to them.

What's interesting is that we've been in conversation with our board but also with nurses on a weekly basis over the last few months, and we did a session on mental health. One of the questions we asked in a poll was how many people had benefits and had access to counselling or therapy or whatever. Then the other question was how many were using it, even though they were expressing the issues around mental health and emotional well-being. Many had benefits and the vast majority were not using them.

I think we're not used to acknowledging the stress and the impact of the stress, so it needs to be done with full engagement and collaboration with our members and our teams. It might look different in different parts of the country, and I don't think it's the same as what might be needed for society at large. We certainly encourage nurses to access what is available to society at large.

I also caution us to think that when the COVID-19 pandemic calms down and we come to some sense of normal, there is a long recovery period after that, so not to stop then but continue to pay attention to the mental health and the emotional well-being of nurses.

I will also mention, we put out a call out — not us, the CNA, but different jurisdictions put a call out around retired nurses — and many put their hands up. One of our hypotheses is they know the stress that was already there before COVID and the pandemic occurred. As I said in my comments, nurses were reporting being fatigued. Complexity, as Dr. Buchman talked about, in terms of not only people's health but the social conditions that they are living in, and what that does in terms of their health and well-being. It was an issue before, and it has

Compte tenu du niveau de l'incertitude et de l'anxiété qui sont les conséquences évidentes de ce virus, particulièrement et de plus en plus dans l'environnement médical, j'aimerais que nos panélistes nous parlent davantage du système qui est en place pour gérer et surveiller les problèmes de santé mentale que vivent leurs membres à cause de la crise. J'aimerais aussi en savoir un peu plus sur votre point de vue au sujet des mesures concrètes qui sont déjà en place et des mesures d'aide dont nous avons grandement besoin, mais certainement au sujet des mesures supplémentaires qui doivent être prises en réponse à cette très malheureuse conséquence.

Mme Betker : Je vais commencer par les infirmières. Je pense que nous devons leur parler et que nous devons adapter les ressources dont elles ont besoin et qui leur seraient utiles.

Ce qui est intéressant, c'est que nous avons eu des conversations avec notre conseil d'administration, mais aussi avec des infirmières, chaque semaine, au cours des derniers mois, et nous avons tenu une séance sur la santé mentale. L'une des questions que nous avons posées dans un sondage était de savoir combien de personnes bénéficiaient d'avantages sociaux leur donnant droit à des services de counselling ou de thérapie, par exemple. L'autre question était de savoir combien d'entre elles utilisaient ces services, même si elles parlaient de problèmes de santé mentale et de bien-être émotionnel. Elles étaient nombreuses à y avoir droit, mais la plupart n'y avaient pas recours.

Je pense que nous n'avons pas l'habitude de reconnaître le stress et son impact et il faut donc que cela se fasse avec la participation et la collaboration pleines et entières de nos membres et nos équipes. Les besoins peuvent sembler différents d'une région à l'autre du pays, et je ne pense pas qu'ils soient les mêmes que pour l'ensemble de la société. Nous encourageons certainement les infirmières à se prévaloir des services offerts au grand public.

N'oublions pas non plus que lorsque la pandémie de COVID-19 se calmera et que nous retrouverons un certain sentiment de normalité, ce sera suivi d'une longue période de rétablissement, de sorte qu'il ne faudra pas s'arrêter là, mais continuer à porter attention à la santé mentale et au bien-être émotionnel des infirmières.

Je mentionnerai aussi que nous avons lancé un appel au personnel infirmier à la retraite — pas nous, mais l'AIIC, ainsi que différentes administrations — et qu'il y a répondu en grand nombre. Une de nos hypothèses est qu'il connaît le stress qui existait déjà avant la COVID et la pandémie. Comme je l'ai mentionné, les infirmières disaient être fatiguées. C'est un problème complexe, comme l'a dit le Dr Buchman, en ce qui concerne non seulement la santé des gens, mais aussi les conditions sociales dans lesquelles ils vivent, et ce que cela fait

been amplified as a result of COVID-19. I think we need to really pay attention to that.

[*Translation*]

Senator Forest-Niesing: I have a second question. Provincial health care networks are under exceptional pressure caused by COVID-19. Medical services intended for patients with illnesses other than the virus are different. Those patients' needs are also different. However, the care intended for them is being postponed or cancelled, except, of course, in emergency situations. I am especially interested in knowing one thing: What do you think are the less obvious consequences of postponing or cancelling those interventions and those treatments? How much longer do you think the medical system could keep this up?

[*English*]

Dr. Buchman: Thank you for the question in addressing non-COVID issues.

First of all, with regard to elective surgical procedures, we see that in the press all the time. These things aren't truly elective. It's only described as elective because there was some flexibility in determining the time at which these surgeries are scheduled. We're not referring to cosmetic surgeries or surgeries of choice. We are referring to medically necessary procedures, and that can be anything from cardiac surgery to cancer surgery to drug replacement surgery.

The consequences of the delay are immense, and we have to now, as we get back into the system, determine the priority of when patients can resume surgeries. We can't double the number of surgeons to get in, for example. We can't double their workload. We don't have time. We have to assess them in terms of their acuity and establish the priority or urgency.

There have already been consequences from the delays in surgeries. We don't have a really good handle on it, but anecdotally, I've heard of mortality associated, for example, with delaying cancer and cardiovascular surgeries. There are consequences of people with ongoing, severe pain who require joint replacement surgery, and the decreasing function and quality of life. There is, might I add, a delay in managing the usual conditions in primary care, such as cardiovascular disease, hypertension, diabetes, asthma and chronic obstructive lung disease. The delay in these will have significant consequences later on.

sur le plan de leur santé et de leur bien-être. Ce problème existait déjà, mais il a été amplifié par la COVID-19. Je pense que nous devons vraiment prêter attention à cela.

[*Français*]

La sénatrice Forest-Niesing : J'ai une deuxième question. Les réseaux de soins de santé des provinces subissent une pression exceptionnelle causée par la COVID-19. Les services médicaux destinés aux patients souffrant d'autres maladies que le virus sont différents. Les besoins de ces patients sont différents également. Pourtant, on repousse ou on annule des soins prévus pour ces derniers, sauf évidemment dans des situations d'urgence. Je suis particulièrement intéressée de savoir une chose : quelles sont, de votre point de vue, les conséquences moins apparentes de l'annulation ou du report de ces interventions et de ces traitements? À votre avis, combien de temps encore le système médical pourra-t-il continuer de cette façon?

[*Traduction*]

Dr Buchman : Je vous remercie de votre question sur les enjeux autres que ceux de la pandémie.

Tout d'abord, en ce qui concerne les interventions chirurgicales non urgentes, on en parle constamment dans la presse. Elles ne sont pas vraiment facultatives. On les a qualifiées de non urgentes parce qu'on avait une certaine latitude pour choisir le moment de procéder à l'intervention. Nous ne parlons pas des chirurgies esthétiques ou optionnelles. Nous parlons de procédures médicalement nécessaires, qui peuvent aller de la chirurgie cardiaque à la chirurgie du cancer en passant par la chirurgie de remplacement de médicaments.

Les conséquences du retard sont énormes, et nous devons maintenant, à mesure que nous retournons dans le système, déterminer la priorité de la reprise des interventions chirurgicales. Nous ne pouvons pas doubler le nombre de chirurgiens, par exemple. Nous ne pouvons pas doubler leur charge de travail. Le temps nous manque. Nous devons évaluer les cas en fonction de leur gravité et établir la priorité ou l'urgence.

Les retards dans les chirurgies ont déjà eu des conséquences. Nous n'avons pas une idée très précise de la situation, mais j'ai entendu parler de la mortalité associée, par exemple, au report des chirurgies du cancer et des chirurgies cardiovasculaires. Il y a des conséquences pour les personnes qui ont une douleur continue et sévère et qui ont besoin d'une arthroplastie, ou qui voient diminuer leurs fonctions et leur qualité de vie. J'ajouterai qu'il y a un retard dans la prise en charge, dans les soins primaires, des maladies habituelles comme les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, le diabète, l'asthme et les maladies pulmonaires obstructives chroniques. Le report de ces mesures aura des conséquences importantes plus tard.

I think it's really important to look at some of the innovative models that are being developed, for example, to deal with the surgical things, such as single-entry models where people are assessed by a team and then assigned to the next available surgeon. We need to get more virtual care going, as has been happening for primary care. There are many innovative solutions. It's a big question.

The Chair: Thank you, Dr. Buchman. We may want to continue on that line of questioning in the second round. For now I believe Senator Omidvar has a question.

Senator Omidvar: Thank you to all our witnesses. It is a particular delight to have witnesses who actually answer the questions. Sometimes that can become a challenge in committee, but I appreciate your direct answers to our questions.

I have three questions. I hope I can get through them. The first is to Dr. Buchman.

Dr. Buchman, you have talked about the stress on the system. There is also stress on the supply and demand of health care professionals in the system, with shortages of front-line staff, primary care staff and physicians. I refer to an available but latent resource, which is qualified international medical professionals. I know it's a complicated arena, with provinces being responsible for health care and regulating bodies being responsible for who gets to practise or not.

In the current crisis, B.C. and Ontario have made some tiny changes, not very big. When I look at what other nation states are doing, like Spain, Ireland, Germany, France, Peru, Colombia and Argentina, they are being far more proactive in embracing the talent that is there, to deploy it in the crisis.

Do you believe that the central government should do more in the current crisis to open up pathways, in cooperation with the provincial governments and licensing bodies? I think particularly of the crisis of care in long-term care homes. Is there not an opportunity here to meet the needs of our senior citizens and to deploy the talent that is already here and underutilized?

Dr. Buchman: Thank you for the question. It is a question that has been simmering and that we have been dealing with at the Canadian Medical Association. I want to first state that the group of physicians that we're referring to are international medical graduates, so graduates that have received their training. Canada is — we wouldn't even have a health care system or provide the good care that we do provide without the contribution of international medical graduates. These are often very well-trained physicians who are willing to go out to rural

Je crois vraiment important d'examiner certains des modèles novateurs qui sont en train d'être élaborés, par exemple, pour régler la question des chirurgies, comme les modèles à entrée unique où les gens sont évalués par une équipe et affectés au prochain chirurgien disponible. Nous devons offrir davantage de soins virtuels, comme cela a été fait pour les soins primaires. Il existe de nombreuses solutions novatrices. C'est une grande question.

La présidente : Merci, docteur Buchman. Nous voudrions peut-être poursuivre dans la même veine au deuxième tour. Pour l'instant, je crois que la sénatrice Omidvar a une question.

La sénatrice Omidvar : Merci à tous nos témoins. C'est un grand plaisir d'accueillir des témoins qui répondent aux questions. Cela peut parfois devenir un défi en comité, mais j'apprécie vos réponses directes à nos questions.

J'ai trois questions. J'espère pouvoir les poser au complet. La première s'adresse au Dr Buchman.

Docteur Buchman, vous avez parlé des pressions qui s'exercent sur le système. Il y a aussi un stress sur l'offre et la demande de professionnels de la santé dans le système, avec des pénuries de personnel de première ligne, de personnel de soins primaires et de médecins. Je fais référence à une ressource disponible, mais latente, à savoir les professionnels de la santé internationaux qualifiés. Je sais que c'est un domaine complexe, les provinces étant responsables des soins de santé et les organismes de réglementation étant chargés de décider qui peut exercer ou non.

Dans la crise actuelle, la Colombie-Britannique et l'Ontario ont apporté quelques petits changements, mais rien de majeur. Lorsque je regarde ce que font d'autres États-nations, comme l'Espagne, l'Irlande, l'Allemagne, la France, le Pérou, la Colombie et l'Argentine, je constate qu'ils sont beaucoup plus proactifs pour ce qui est d'accueillir les talents qui se trouvent là-bas, de les déployer dans la crise.

Croyez-vous que le gouvernement central devrait en faire plus dans la crise actuelle pour ouvrir des voies, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et les organismes de réglementation professionnelle? Je pense en particulier à la crise dans les foyers de soins de longue durée. N'y a-t-il pas là une occasion de répondre aux besoins de nos aînés et de déployer les talents qui sont déjà ici et qui sont sous-utilisés?

Dr Buchman : Merci de la question. C'est un sujet sur lequel l'Association médicale canadienne a porté son attention. Je tiens d'abord à dire que le groupe de médecins dont nous parlons sont des diplômés de facultés de médecine étrangères, c'est-à-dire des diplômés qui ont reçu leur formation. Le Canada est — nous n'aurions même pas un système de soins de santé ou ne fournirions pas les bons soins que nous offrons sans la contribution des diplômés internationaux en médecine. Ce sont souvent des médecins très bien formés qui sont prêts à se rendre

and remote areas in order to be able to serve the Canadian public and get integrated into the system.

Having said that, and the fact that we were able to flatten the curve during COVID-19, the actual surge in demand that was anticipated to overcome our health care system's capacity to deal with this didn't fully materialize, and that was due to good public health measures, physical distancing, et cetera. We have been approached by international medical graduates who clearly want to help and want to make a contribution. We've deferred to the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada, FMRAC, who are the ones that are looking over all medical regulatory authorities, and so far, they haven't seen the need that has been pressing other countries to get enough IMGs certified to be able to practise at this time.

I think the problem, though, goes deeper. I think it relates to our whole lack of national health human resource planning in Canada: physicians, nurses, nurse practitioners, pharmacists, social workers, OTs, et cetera. We don't have any national entity that looks at what we need, particularly as you referred to long-term care and seniors. We have no concept of how many geriatricians we need for the future. Looking 10 or 20 years hence, we have no ability to plan for that. We have about 10 times the number of pediatricians graduating now compared to geriatricians.

This becomes a much bigger complex issue. I think, based on what FMRAC says to us, that just licensing enough international medical graduates at the present time wouldn't actually solve the problem, their feeling — and they should be consulted — is that we need to ensure that all the IMGs are competent and capable within our culture. It's worth a national discussion for sure. I don't think there are simple answers. There's a much bigger picture.

Senator Omidvar: Thank you very much. My second question is for Dr. Wieman. You appropriately noted that Indigenous peoples live not just in rural settings but also in urban centres of Canada. Sadly, too many of them live in prisons. Can you give us a microcosm of what they are experiencing due to the crisis, and whether the government's response to individuals who are in the Correctional Service Canada has been, in your view, appropriate?

Dr. Wieman: Thank you, Senator Omidvar, for that question. I will have to base my answer on my experience here in British Columbia, which as you know, experienced an outbreak in one of the federal institutions here. I would say, as a start, the short answer was that people, I believe, in my opinion, were not

dans les régions rurales et éloignées pour servir le public canadien et s'intégrer dans le système.

Cela dit, comme nous avons pu aplanir la courbe pendant la pandémie, l'augmentation prévue de la demande qui devait dépasser la capacité de notre système de soins de santé à faire face à la situation ne s'est pas entièrement matérialisée, et nous le devons à de bonnes mesures de santé publique, à la distanciation physique, et cetera. Nous avons été approchés par des diplômés internationaux en médecine qui veulent clairement nous aider et apporter leur contribution. Nous nous en remettons à la Fédération des ordres des médecins du Canada, la FOMC, qui chapeaute tous les collèges des médecins. Jusqu'à maintenant, elle n'a pas vu le besoin qui pousse d'autres pays à accréditer suffisamment de médecins formés à l'étranger pour qu'ils puissent exercer en ce moment-ci.

Toutefois, je pense que le problème va plus loin. Je crois que c'est attribuable à l'absence de planification nationale des ressources humaines en santé au Canada, c'est-à-dire les médecins, les infirmières, les infirmières praticiennes, les pharmaciens, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes, et cetera. Nous n'avons pas d'entité nationale qui se penche sur ce dont nous avons besoin, surtout en ce qui concerne les soins de longue durée et les personnes âgées. Nous n'avons aucune idée du nombre de gériatres dont nous aurons besoin à l'avenir. Nous sommes donc dans l'incapacité de planifier pour les prochains 10 ou 20 ans. Nous avons environ 10 fois plus de pédiatres diplômés que de gériatres.

Cela devient une question beaucoup plus complexe. Je pense, d'après ce que la FOMC nous dit, que le simple fait d'accorder un permis à un nombre suffisant de diplômés internationaux en médecine à l'heure actuelle ne réglerait pas le problème. La FOMC estime — et il faudrait la consulter — que nous devons nous assurer que tous les médecins formés à l'étranger sont compétents et capables d'exercer dans notre culture. Il vaut certainement la peine d'avoir une discussion nationale. Je ne pense pas qu'il y ait de réponses simples. Le problème est beaucoup plus large.

La sénatrice Omidvar : Merci beaucoup. Ma deuxième question s'adresse à la Dre Wieman. Vous avez souligné à juste titre que les Autochtones vivent non seulement en milieu rural, mais aussi dans les centres urbains du Canada. Malheureusement, un trop grand nombre d'entre eux vivent en prison. Pouvez-vous nous donner un aperçu de ce qu'ils vivent à cause de la crise, et nous dire si la réponse du gouvernement à l'égard des personnes sous la garde du Service correctionnel du Canada a été, à votre avis, appropriée?

Dre Wieman : Je vous remercie, sénatrice Omidvar, de cette question. Je vais devoir fonder ma réponse sur mon expérience ici, en Colombie-Britannique, qui, comme vous le savez, a connu une éclosion dans un des établissements fédéraux. Je dirais d'abord, en quelques mots, qu'à mon avis, les gens n'étaient pas

prepared in the correctional institutions for COVID-19, and so that resulted in the outbreak that happened. Since, however, that time, I think what it has forced people to do is to scramble to rely on existing partnerships that have happened, for example, with the provincial health authorities here in British Columbia, with other organizations here in the province, to come up with a more comprehensive plan to deal with reducing the transmission and hopefully preventing the transmission.

There are many issues, not just for the inmates, of which Indigenous people are overrepresented, but also for the staff in those institutions. Right now, our experience, at least with the federal system, is we have here at First Nations Health Authority where I work, we have established through our existing partnerships, and building on those partnerships, we have established different pathways, for example, to appropriately plan for discharge because there's a great deal of concern that an individual who is released, either serving to the expiration of their warrant or on parole, will still, for example, travel to a rural or remote community and thereby potentially bring the risk of transmission with them.

That has taken some time. I would say that now we are probably in a better place than we were a month or two ago, but we weren't prepared, I don't think, initially. Of course, as I mentioned, there are situations in both provincial and federal corrections where, because we are overrepresented in that population, we stand to experience the majority of the negative outcomes that could potentially happen.

I would add, because it's kind of related to this question — that what was not mentioned by Dr. Buchman in a previous question around the consequences of other things going on at the same time in addition to COVID-19 — that in different places across this country, we here in British Columbia we are dealing with dual public health emergencies: the opioid crisis and the COVID-19 pandemic. But the opioid crisis is also taking place in different places across the country, in large urban settings as an example. But we are also noticing unintended consequences of a negative sort in terms of a trend of increasing overdoses and overdose events and deaths here in British Columbia, again in which Indigenous people are, unfortunately, disproportionately represented. So there is a great deal of work that still needs to be done.

Senator Omidvar: Thank you.

The Chair: Thank you, Dr. Wieman. Before we move to our next witnesses — and we will have time for a second round of questioning — allow me to ask a question to you, Dr. Betker, because this morning or last night in my home province of Quebec, I was reading that the Quebec Nurses' Association was making aware that the nurses, after so many weeks of working overtime and under extremely stressful conditions, are saying that, with the summer coming they will want to have some well-

préparés dans les établissements correctionnels pour faire face à la COVID-19, et c'est ce qui a entraîné l'écllosion qui s'est produite. Cependant, depuis lors, je pense que cela a forcé les gens à se démener pour se prévaloir des partenariats existants, par exemple, avec les autorités sanitaires provinciales, ici en Colombie-Britannique, avec d'autres organisations de la province, afin d'élaborer un plan plus complet pour réduire la contagion et, espérons-le, la prévenir.

Il y a de nombreux problèmes, non seulement pour la population carcérale où les Autochtones sont surreprésentés, mais aussi pour le personnel de ces établissements. À l'heure actuelle, notre expérience, du moins en ce qui concerne le système fédéral, à la Régie de la santé des Premières Nations où je travaille, grâce à nos partenariats existants, et en nous appuyant sur ces partenariats, nous avons établi différentes voies, par exemple, pour bien planifier la libération parce qu'on craint beaucoup qu'une personne qui est libérée, soit à l'expiration de son mandat soit en libération conditionnelle, se rende dans une collectivité rurale ou éloignée en emmenant avec elle le risque de contagion.

Cela a pris un certain temps. Je dirais que nous sommes probablement dans une meilleure situation qu'il y a un mois ou deux, mais nous n'étions pas prêts au départ, à mon avis. Bien sûr, comme je l'ai mentionné, il y a des situations dans les services correctionnels provinciaux et fédéraux où, parce que nous sommes surreprésentés dans cette population, nous risquons de connaître la majorité des résultats négatifs qui pourraient se produire.

J'ajouterais, parce que c'est un peu lié à cette question — et cela n'a pas été mentionné par le Dr Buchman lors d'une question précédente sur les conséquences d'autres choses qui se passent en même temps que la pandémie — que dans différents endroits du pays, et ici, en Colombie-Britannique, nous faisons face à deux urgences en santé publique : la crise des opioïdes et la pandémie de COVID-19. Toutefois, la crise des opioïdes se produit également à différents endroits du pays, dans les grands centres urbains, par exemple. Mais nous remarquons également des conséquences négatives imprévues en ce qui concerne la tendance à l'augmentation des cas de surdose, des incidents et décès par surdose, ici en Colombie-Britannique, avec malheureusement une surreprésentation des Autochtones, là aussi. Il reste donc beaucoup de travail à faire.

La sénatrice Omidvar : Merci.

La présidente : Merci, docteur Wieman. Avant de passer à nos prochains témoins — et nous aurons du temps pour un deuxième tour de questions —, permettez-moi de vous poser une question, madame Betker, parce que ce matin ou hier soir, dans ma province, le Québec, je lisais que l'Association des infirmières et infirmiers du Québec faisait savoir qu'après tant de semaines de travail supplémentaire dans des conditions extrêmement stressantes, ses membres disaient qu'à l'approche

deserved vacation. I am wondering if this is something that you are hearing across the country, and I'm wondering if it is something that we prepare for or are we going to be reacting to it, or is this already planned to make sure that it does not have a negative impact?

Dr. Betker: Thank you for that question. What I will do is hearken back to the mental health question. Those nurses, members of those interdisciplinary teams, need their vacation. And remember that they are also members of families, so kids are out of school. They have senior parents and other family members they are also looking after and communities that they are part of, and have responsibilities and obligations there. I think discouraging them from taking their vacation would not be a wise move because they need it. They need the break from the physical — it's tough work — so from the physicality of their work. But, yes, every year that brings that cycle, through vacation time, of shortages upon shortages, so we certainly need to be looking at that.

I think also in terms of what Dr. Wieman said. There are all of these other things that are going on as well, so I think about flu in the fall where annually there is the flu season, which puts pressure on the health system. We're in springtime but fall will come fast, so we'll see that compounding effect. So vacations, definitely those kinds of things compounded as well.

The Chair: Thank you. Hopefully we will be ready to support them, but also make sure that we keep being able to respond to this pandemic.

Senator LaBoucane-Benson: Thank you.

This question is for Dr. Wieman. You said in your statement that there has been a real range of response by the government in the distribution of PPE for health care workers in Indigenous communities, and front-line operations and organizations. Can you describe this range for us and tell us why some communities and agencies have gotten so little and others have received so much?

Dr. Wieman: Thank you for the question. I'm not exactly sure why there is the variability, because it does vary across provinces and territories, but I know for example here in British Columbia, through the First Nations Health Authority, we are the only First Nations provincial health authority of its kind across the country and, of course, we work on behalf of our B.C. First Nations communities and are strong advocates.

So we have a process in place to procure, to receive, to distribute PPE across the province, however, if you speak to one of my colleagues, Dr. Lana Potts, who is an Indigenous physician in Alberta, she has also spoken to the media about her

de l'été, ils voudront prendre des vacances bien méritées. Je me demande si c'est quelque chose que vous entendez partout au pays, et si c'est une chose à laquelle nous nous préparons, ou si nous allons réagir, si c'est déjà planifié afin de nous assurer qu'il n'y aura pas d'impact négatif?

Mme Betker : Merci de cette question. Je vais revenir sur le sujet de la santé mentale. Ces infirmières membres de ces équipes interdisciplinaires, ont besoin de vacances. Et rappelez-vous qu'elles ont aussi une famille, et que les enfants ne vont pas à l'école. Elles ont des parents âgés et d'autres membres de la famille dont elles s'occupent, des communautés dont elles font partie, et elles ont des responsabilités et des obligations à cet égard. Je pense qu'il ne serait pas sage de les dissuader de prendre leurs vacances, car elles en ont besoin. Elles ont besoin de se reposer de l'effort physique — c'est un travail difficile — donc de la dimension physique de leur travail. Mais, effectivement, chaque année, pendant les vacances, c'est le même cycle de pénuries successives, alors nous devons certainement nous pencher là-dessus.

Je pense aussi à ce qu'a dit la Dre Wieman. Il y a toutes ces autres choses qui se passent également, alors je pense à l'automne où il y a chaque année la saison de la grippe, ce qui exerce des pressions sur le système de santé. Nous sommes au printemps, mais l'automne viendra vite, et nous verrons donc un effet cumulatif. Par conséquent, les vacances, et ce genre de choses, aggravent également la situation, sans aucun doute.

La présidente : Merci. J'espère que nous serons prêts à les appuyer, mais aussi à nous assurer que nous pourrions continuer à réagir à cette pandémie.

La sénatrice LaBoucane-Benson : Merci.

Ma question s'adresse à la Dre Wieman. Vous avez dit dans votre déclaration que le gouvernement a pris diverses mesures pour distribuer l'EPI aux travailleurs de la santé dans les communautés autochtones, ainsi qu'aux opérations et aux organisations de première ligne. Pouvez-vous nous décrire cette répartition et nous dire pourquoi certaines communautés et certains organismes ont reçu très peu et d'autres beaucoup?

Dre Wieman : Merci de la question. Je ne sais pas exactement pourquoi il y a cette variabilité, parce que cela varie d'une province et d'un territoire à l'autre, mais je sais qu'ici, en Colombie-Britannique, par l'entremise de la Régie de la santé des Premières Nations, nous sommes la seule autorité sanitaire provinciale des Premières Nations de ce genre au pays et, bien entendu, nous travaillons au nom des communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique et nous défendons ardemment leurs intérêts.

Nous avons donc un processus en place pour acheter, recevoir et distribuer l'EPI dans toute la province, mais si vous parlez à une de mes collègues, la Dre Lana Potts, qui est médecin autochtone en Alberta, elle a aussi parlé aux médias de son

experience of working part-time in downtown Calgary, where there does not seem to be an issue with acquiring PPE. However, in the work she does with the Siksika First Nation, in their medical clinic, they have had difficulties.

So I can't speak to the Alberta experience, except this is what our members are reporting across the country. There has been a variability in response. Sometimes I have heard there is actual delay in people, for example in the federal government, responding to requests for PPE. Sometimes people have sent emails or made phone calls and are waiting for days and even longer to receive a response in general. I couldn't pinpoint it necessarily to specific things, except to identify that's an issue, the variability across the provinces and territories.

Senator LaBoucane-Benson: Thank you very much.

[Translation]

Senator Miville-Dechêne: Before I ask my question, I would first like to say that, like all my colleagues, I really admire the work our health care workers are doing during this crisis. Thank you.

COVID-19 is highlighting the glaring lack of home-based palliative care, especially in Quebec. The fact that doctors are not providing that service, in Quebec more particularly, explains in part why our institutions are overcrowded, despite the fact that seniors would prefer to live out their last years at home. My question is somewhat critical because I am saddened by the fact that resistance is coming mainly from colleges of physicians and medical doctors' unions. This is not just a systemic problem that exists outside the medical profession.

In light of this crisis, Dr. Buchman, should there not be some soul searching done to determine whether medical professionals need to get away from institutions and go to patients?

[English]

Dr. Buchman: Thank you very much for the question. This is an issue close to my heart. For the last 15 years, all I have done exclusively is look after people at home, as well as our homeless population, as a palliative care physician.

The medical associations, to my knowledge, are not against this at all. There may be systemic reasons for the lack in particular provincial jurisdictions as to why this hasn't happened. It has not been adequately remunerated or funded to a sufficient extent to make it efficient and able to do home visiting, whereas now we see virtual care can be done in so many things.

We do need to break down the walls of our institutions. Care can be provided adequately. My group provides 24/7 care in the home. This can be easily done. We can cut down on emergency

expérience de travail à temps partiel au centre-ville de Calgary, où l'acquisition d'EPI ne semble pas poser de problème. Cependant, dans le cadre du travail qu'elle fait auprès de la Première nation Siksika, dans sa clinique médicale, cela a posé des difficultés.

Je ne peux donc pas parler de l'expérience de l'Alberta, sauf que c'est ce que nos membres rapportent dans tout le pays. La réponse a varié. J'ai parfois entendu dire qu'il y avait des retards, par exemple au gouvernement fédéral, dans la réponse aux demandes d'EPI. Parfois, des gens qui ont envoyé des courriels ou fait des appels téléphoniques attendent des jours et même plus longtemps pour recevoir une réponse en général. Je ne pourrais peut-être pas vous donner d'exemples précis, mais je dirais que la variabilité entre les provinces et les territoires est problématique.

La sénatrice LaBoucane-Benson : Merci beaucoup.

[Français]

La sénatrice Miville-Dechêne : Avant de poser ma question, j'aimerais d'abord dire que, comme tous mes collègues, j'admire sans réserve le travail de nos travailleurs de la santé pendant cette crise. Merci.

La COVID-19 met en lumière le manque criant de soins palliatifs à domicile, particulièrement au Québec. Le fait que les médecins ne rendent pas ce service, au Québec plus particulièrement, explique en partie pourquoi nos institutions sont bondées, malgré le fait que les personnes âgées préféreraient vivre leurs dernières années à domicile. Ma question est un peu critique, car, ce qui me désole, c'est que la résistance vient notamment des ordres professionnels et des syndicats de médecins. Ce n'est pas seulement un problème systémique qui existe en dehors de la profession médicale.

À la lumière de cette crise, docteur Buchman, n'y a-t-il pas un examen de conscience à faire, pour déterminer s'il faut sortir des institutions et aller vers les patients?

[Traduction]

Dr Buchman : Merci beaucoup de votre question. C'est un sujet qui me tient à cœur. Au cours des 15 dernières années, je me suis consacré exclusivement aux soins à domicile, ainsi qu'à nos sans-abri, à titre de médecin en soins palliatifs.

Que je sache, les associations médicales n'ont rien contre cela. Il y a peut-être des raisons systémiques pour expliquer pourquoi cela ne s'est pas vu dans certaines provinces. La rémunération ou le financement n'ont pas été suffisants pour assurer l'efficacité des visites à domicile, alors que nous voyons aujourd'hui que les soins virtuels sont possibles dans tellement de domaines.

Nous devons abattre les murs de nos établissements. Les soins peuvent être assurés adéquatement. Mon groupe offre des soins à domicile 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Ce n'est pas

hospital admissions. It is extremely cost effective. We have that data. Patients and families appreciate this. It is patient-centric. We need to put a much larger amount into palliative care in this country and doing it at home. We need to implement a palliative care approach into our long-term care institutions. We need to have the goals-of-care discussions of what a patient values in their life, and the evidence that speaks to a particular intervention, like hospital admissions.

The majority of people, when they understand what palliative care can offer and what advance care planning these goals-of-care discussions can have, they actually very much agree to it. We can focus on providing effective care that isn't oriented towards futile interventions. We certainly have the Canadian Medical Association behind increasing access to palliative care, particularly for those that choose to remain at home.

Senator Miville-Dechêne: I understand your commitment. However, there doesn't seem to be a commitment of all the corporations and doctors. Are you seeing resistance? Because tariffs can be negotiated. One of the problems is some of your colleagues — and I'm not speaking of you — prefer to work in hospitals and offices than go towards the patient. So we have a real problem. How can we break that resistance?

Dr. Buchman: Part of the answer and some resistance to it may be that when physicians are out in the community, they are not able to see and meet the demands of the volume of patients that are required. In other words, they have too much to do. Seeing people in the home, making these visits, whether it's remote and rural with long distances or weather challenges — even in a big metropolis like Toronto with traffic issues — it is not time effective and time efficient.

Being that the demands are elsewhere in terms of the number of people, I agree there may be resistance that certain physicians may have. We can overcome these with proper tariff negotiation, virtual care and using a team-based approach, where physicians, nurses, nurse practitioners, social workers — the whole interprofessional team — is the way to go. This can be done in a very cost-effective and time-effective way.

So you have a strong advocate for this, and we do have to get those messages out. This problem can be solved.

Senator Kutcher: Thank you so much everyone. I have a few questions. During this pandemic, the director general of the World Health Organization stated that we are also facing an infodemic; an abundance of false and misleading health information related to COVID-19.

compliqué. Nous pouvons diminuer le nombre d'hospitalisations en urgence. C'est extrêmement rentable. Nous avons les données qu'il faut. Les patients et les familles l'apprécient. C'est centré sur le patient. Nous devons investir beaucoup plus dans les soins palliatifs à domicile au Canada. Nous devons mettre en œuvre une approche de soins palliatifs dans nos établissements de soins de longue durée. Nous devons avoir des discussions sur les objectifs des soins, sur ce à quoi le patient attache du prix dans sa vie, et sur les indicateurs précurseurs d'une intervention particulière, comme les hospitalisations.

Lorsqu'elles comprennent les bienfaits des soins palliatifs et la planification des soins que peuvent permettre les discussions sur les objectifs des soins, la plupart des personnes sont parfaitement d'accord. Nous pouvons nous attacher à la prestation de soins efficaces qui n'est pas axée sur des interventions futiles. En tout cas, l'Association médicale canadienne est favorable à l'amélioration de l'accès aux soins palliatifs, surtout pour les patients qui préfèrent rester à la maison.

La sénatrice Miville-Dechêne : Je comprends votre engagement. Par contre, il ne semble pas y avoir d'engagement de la part de toutes les sociétés et de tous les médecins. Voyez-vous de la résistance? Parce que les tarifs sont négociables. Un problème est que certains de vos collègues — et je ne parle pas de vous — aiment mieux travailler à l'hôpital ou dans un bureau que d'aller à la rencontre du patient. C'est donc un vrai problème. Comment pouvons-nous surmonter cette résistance?

Dr Buchman : Une partie de la réponse et une certaine résistance, c'est peut-être que, sur le terrain, les médecins ne sont pas capables de répondre aux besoins du grand nombre de patients requis. Autrement dit, ils ont trop à faire. Voir des patients à domicile, faire ces visites, parfois dans des régions isolées et rurales, au prix de se déplacer sur de longues distances, beau temps, mauvais temps — même dans une métropole comme Toronto avec ses problèmes de circulation — ce n'est pas une utilisation efficace et efficiente de leur temps.

Étant donné que les besoins du grand nombre sont ailleurs, je reconnais que certains médecins peuvent marquer leur résistance. Nous pouvons surmonter l'obstacle par des négociations tarifaires appropriées, des soins virtuels et une approche d'équipe, où les médecins, les infirmières, les infirmières praticiennes, les travailleurs sociaux — toute l'équipe interprofessionnelle — sont la formule à retenir. Cela peut se faire à très bon prix et très vite.

Vous avez donc un ardent défenseur de la cause, et nous devons faire circuler ces messages. Le problème peut être résolu.

Le sénateur Kutcher : Merci beaucoup à tous. J'ai quelques questions. Au cours de cette pandémie, le directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé a déclaré que nous faisons également face à une infodémie, à une abondance de renseignements faux et trompeurs sur la COVID-19.

What needs to be done by health organizations and by the government to effectively counter this infodemic?

Dr. Wieman: Thank you, Senator Kutcher, for that question. I will take 20 seconds to say I think you were my Royal College examiner, so it feels a bit like that again. It has been 22 years.

I agree with you. The information and misinformation out there can not only be distracting, but it can actually be dangerous, as we have seen in many of the popular media. For the Indigenous Physicians Association of Canada and First Nations Health Authority, we have made it a point since the beginning of the pandemic to work together in order to provide clear, to-the-point, culturally safe and relevant public health messaging to our communities. With the Indigenous Physicians in the upcoming messaging campaign, we are planning to add to the information that's already there.

It is hard to attract people to the daily news briefing that takes place by Dr. Theresa Tam and some of the other public health officers, although what we are seeing, here in British Columbia, is this is really the time for public health physicians to shine.

What we have done here is to provide culturally relevant and correct information, because we know there's a lot of fear out there within our communities. We know there are a lot of people who talk amongst each other, word gets spread person to person, and that can perpetuate stigma in a variety of different ways. One of the issues we've talked about in our First Nations communities is that some people may have difficulty or reluctance to come forward to be tested because they fear the stigma or blaming they may experience in their communities, that they brought the virus into their communities.

There is a lot to be said for trying to put out quality, relevant, and in our case, culturally safe and relevant information to our communities. One of the things we have done here in British Columbia is we, at First Nations Health Authority, have shown ourselves to be leaders in this messaging that is going out, as our messages have been used across the country, and even by some of our brother and sister communities in the United States, for example, the Navajo Nation. There is a need for that, and that needs to continue. Obviously, there needs to be funding to do that type of messaging properly. Thank you. *Meegwetch*

Dr. Betker: I agree with what my colleague Dr. Wieman has said, especially around cultural safety, but I want to take you back to that systems level.

Public health, the system; part of their responsibility is risk communication, and they're good at it. We've seen those public health officials, the physicians in particular, shine in that.

Que doivent faire les organismes de santé et le gouvernement pour contrer efficacement cette infodémie?

Dre Wieman : Merci, sénateur Kutcher, pour cette question. Je prendrai 20 secondes pour dire que vous avez été mon examinateur au Collège royal. Je me sens un peu comme il y a 22 ans.

Je suis d'accord avec vous. L'information et la désinformation peuvent non seulement distraire, mais encore être dangereuses, comme cela s'est vu dans de nombreux médias populaires. À l'Association des médecins indigènes du Canada et à la Régie de la santé des Premières Nations, nous nous sommes fait un devoir, depuis le début de la pandémie, de nous concerter afin de fournir à nos collectivités des messages clairs, directs, culturellement sûrs et pertinents en matière de santé publique. Avec les Médecins indigènes dans notre prochaine campagne de messages, nous ajouterons à l'information qui est déjà là.

Il est difficile d'intéresser les gens aux séances d'information quotidiennes de la Dre Theresa Tam et d'autres administrateurs de la santé publique, mais nous constatons, ici en Colombie-Britannique, que ces séances sont une belle occasion pour les médecins de la santé publique de se faire valoir.

En Colombie-Britannique, nous avons fourni de l'information culturellement pertinente et exacte, parce que nous savons que la peur gagne nos collectivités. Nous savons qu'il y a une foule de personnes qui se parlent entre elles, que le mot se passe d'une personne à l'autre, et que cela peut perpétuer la stigmatisation de diverses façons différentes. L'un des problèmes dont nous avons parlé dans nos collectivités des Premières Nations est que certaines personnes peuvent avoir de la difficulté ou de la réticence à se soumettre à un test de dépistage, par crainte de la stigmatisation ou du blâme dont elles risqueraient d'être la cible dans leur collectivité, qui pourrait les tenir responsables de l'arrivée du virus dans la collectivité.

Il y a beaucoup à dire pour les initiatives de diffusion d'une information de qualité, pertinente et, dans notre cas, culturellement sûre et adaptée à nos collectivités. Ici en Colombie-Britannique, à la Régie de la santé des Premières Nations, nous nous sommes affirmé comme chefs de file dans la diffusion de ces messages, qui ont été utilisés dans tout le pays, et même par certains de nos frères et sœurs aux États-Unis, par exemple, la nation navajo. C'est nécessaire, et il faut continuer. De toute évidence, il faut du financement pour bien communiquer ce genre de messages. Merci. *Meegwetch*

Mme Betker : Je suis d'accord avec ma collègue, la Dre Wieman, surtout en ce qui concerne la sécurité culturelle, mais je voudrais vous ramener au niveau des systèmes.

La santé publique, le système, ont notamment pour responsabilité de communiquer les risques, et ils jouent bien leur rôle. Les responsables de la santé publique, les médecins en

Dr. Theresa Tam has shown outstanding leadership in that risk communication.

Nurses also are seen as reliable and trusted sources of information in families, communities and the organizations in which they work. We've been trying to make sure that that good, solid, consistent information is with them, and they also are using it to inform, whether it's the people they're working with or in their communities, and really encouraging everyone to stay informed as part of their responsibility in this societal response.

Thank you for the question. It is an important question. Being a good risk communicator is a high level of skill. It requires practice, and not just during urgent and emergent situations, but really using our voice all the way along in many different situations.

Senator Kutcher: Thank you. In a recent *Nature*, article it was demonstrated that the anti-vaccine movement is actually growing during the pandemic, and many people are now saying they will not take a COVID vaccine when one becomes available, including in the study done by Senator Moodie. What should be done now by the government and your organizations to address these concerns at this moment?

Dr. Buchman: Thank you, Senator Kutcher. That has always been brewing in the background, whether the anti-vaxxers would actually take a vaccine for COVID-19. It's going to be critical to sit down and have communication and dialogue. There's a strong moral commitment to protect each other in this country. When I put on my mask, I don't put it on for myself. I put it on to protect you, and you put your mask on to protect me. I think the vaccine controversy can be approached in a similar way.

Will we ever have mandatory vaccination in this country? I don't think so. That's not something we even do for our normal primary immunizations. We need to have the discussion. We can't pretend it doesn't exist. We can't dismiss this segment of the population — that they're just a fringe group. These are important public health measures, and our organizations can all work together and collaborate with government to take on this challenging issue.

Senator Pate: I also want to thank [Technical difficulties] join colleagues and also recognize Dr. Wieman as the first Indigenous woman psychiatrist in the country. Congratulations. I didn't realize it has already been 22 years.

I wanted to [Technical difficulties]. There are concerns that have been raised by doctors. It seems their advice has not been followed. A number of doctors wrote to the federal [Technical difficulties] pick up on Senator Omidvar's question. [Technical difficulties] concern about prisons as vectors for the virus in

particulier, ont brillé dans cette tâche. La Dre Theresa Tam a fait preuve d'un leadership exceptionnel dans la communication des risques.

Les infirmières sont aussi des sources d'information fiables dans les familles, les collectivités et les organisations où elles travaillent. Nous avons essayé de nous assurer de leur donner des renseignements de qualité, solides et convergents, dont elles se servent pour informer les autres — les personnes avec qui elles travaillent ou les membres de leurs collectivités — et de vraiment encourager chacune et chacun à se tenir au courant dans le contexte de sa responsabilité dans cette réponse sociétale.

Merci de la question. C'est une question importante. Être un bon communicateur du risque demande un niveau élevé de talent. Cela demande de la pratique, et pas seulement pendant les situations urgentes et émergentes; cela demande aussi de savoir faire entendre sa voix dans le déroulement de nombreuses situations différentes.

Le sénateur Kutcher : Merci. Un récent article de *Nature* démontrait que le mouvement anti-vaccin prend de l'ampleur à la faveur de la pandémie, et que de nombreuses personnes disent aujourd'hui qu'elles refuseront le vaccin contre la COVID lorsqu'il sera prêt, notamment dans l'étude réalisée par la sénatrice Moodie. Le gouvernement et vos organismes peuvent-ils faire quelque chose maintenant pour apaiser ces craintes?

Dr Buchman : Merci, sénateur Kutcher. On se demande toujours si le mouvement anti-vaccin accepterait un vaccin contre la COVID-19. Il sera essentiel de prendre le temps de communiquer et de dialoguer. Les Canadiens ont un engagement moral ferme de se protéger les uns les autres. Quand je mets mon masque, ce n'est pas pour moi. C'est pour vous protéger, et vous mettez le vôtre pour me protéger. Je pense que la controverse entourant le vaccin peut être abordée de la même façon.

La vaccination sera-t-elle jamais obligatoire chez nous? Je ne crois pas. Elle n'est même pas obligatoire pour nos immunisations primaires normales. Nous devons en discuter. Nous ne pouvons pas faire comme si le problème n'existait pas. Nous ne pouvons pas oublier ce segment de la population — sous prétexte qu'il est marginal. Ces mesures de santé publique sont importantes, et nos organismes peuvent se concerter et collaborer avec le gouvernement pour relever ce défi.

La sénatrice Pate : Je tiens également à remercier [Difficultés techniques] et je me joins à mes collègues; je rappelle également que la Dre Wieman est la première femme psychiatre autochtone au pays. Félicitations. J'oubliais que cela fait déjà 22 ans.

Je voulais [Difficultés techniques]. Des médecins ont soulevé des préoccupations. Il semble que leurs conseils n'aient pas été suivis. Plusieurs ont écrit au [Difficultés techniques] fédéral pour répondre à la question de la sénatrice Omidvar. [Difficultés techniques] préoccupation au sujet des prisons comme vecteurs

ways that both the health care systems in local communities could be overwhelmed, but also ways the virus could be prolonged unnecessarily.

First, the recommendation of health professionals was to depopulate the prisons, to reduce the number so that hygiene measures could be followed, as well as the method of allowing people to come through the virus, or not contract it, would not be just through the use of solitary confinement. I'm curious as to your comments on that.

You mentioned in Mission, B.C., your knowledge of that, Dr. Wieman, but I know this has been happening across the country as well, and some provinces have taken more progressive approaches than the federal corrections system.

Second, I received a letter this morning, from 160 health [Technical difficulties] indicating that the largest single determinant of health and their [Technical difficulties] with the organization, and [Technical difficulties] base income initiative, particularly in light of the evidence that addressing poverty, in the context of the MINCOME project in Manitoba and the Basic Income Pilot Project in Ontario, resulted in an 8.5% reduction [Technical difficulties] health care [Technical difficulties]. If we discovered a drug that reduced hospitalizations by 8.5%, we'd put it in the water.

I'm interested in the comments of all three of you on those particular areas in terms of, particularly, vulnerable populations. Thank you.

The Chair: Dr. Wieman, I hope you understood the question correctly. We had some challenges with the sound. Go ahead if you feel comfortable.

Dr. Wieman: Thank you. I will say that the question was a little broken up, so it was hard for me to understand everything that Senator Pate said, but I will also say a big hello to her as well.

Thank you very much for those questions. There is a lot there to unpack. I think what you're hitting on, at least my interpretation of both of those questions, is that there are basic inequalities that Canadians experience, such as poverty or other social determinants of health that put them at a special risk of poor or negative, more severe, outcomes during this pandemic. That is only layered on top of all of the challenges that they faced, both pre-pandemic and as we move forward perhaps into a lower rate of pandemic, but we won't be back to normal, so to speak. It highlights those significant differences and challenges that people have, such as poverty.

For example, when you were talking about people having a basic income, for many Indigenous people who live in, as an example, rural and remote places, if they didn't already have that

du virus, qui font que les systèmes de soins de santé des collectivités locales risquent d'être dépassés, et aussi que le virus pourrait être prolongé inutilement.

Premièrement, la recommandation des professionnels de la santé était de dépeupler les prisons, de réduire le nombre de détenus pour faciliter les mesures d'hygiène; de même, la façon de permettre aux personnes d'échapper au virus, ou de ne pas le contracter, ne se limiterait pas au confinement solitaire. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Vous avez mentionné à Mission, en Colombie-Britannique, que vous êtes au courant du problème, docteur Wieman, mais je sais que c'est la même chose dans tout le pays également, et que certaines provinces ont adopté des approches plus progressistes que le système correctionnel fédéral.

Deuxièmement, j'ai reçu ce matin une lettre de 160 [Difficultés techniques] de la santé, qui affirmaient que le plus grand déterminant de la santé et leurs [Difficultés techniques] étaient l'organisation, et [Difficultés techniques] l'initiative du revenu de base, particulièrement à la lumière des données qui tendent à prouver que la lutte contre la pauvreté, dans le contexte du projet MINCOME au Manitoba et du projet pilote sur le revenu de base en Ontario, a entraîné une réduction de 8,5 % [Difficultés techniques] soins de santé [Difficultés techniques]. Si nous découvriions un remède capable de réduire le nombre d'hospitalisations de 8,5 %, nous en mettrions dans l'eau.

J'aimerais bien connaître les commentaires de nos trois témoins sur ces domaines particuliers, pour ce qui est, notamment, des populations vulnérables. Merci.

La présidente : Docteur Wieman, j'espère que vous avez bien compris la question. Nous avons eu quelques problèmes avec le son. Allez-y, si vous êtes à l'aise.

Dre Wieman : Merci. La question était entrecoupée et j'ai eu du mal à comprendre tout ce que disait la sénatrice Pate, à qui j'envoie un beau bonjour, par ailleurs.

Merci beaucoup de ces questions. Il y a beaucoup à démêler. Si j'interprète bien les deux questions, les Canadiens vivent des inégalités fondamentales, comme la pauvreté ou d'autres déterminants sociaux de la santé, qui les mettent spécialement à risque de pauvreté ou de négativité, plus grave, pendant la pandémie. Cela s'ajoute à tous les défis qu'ils ont eu à relever, que ce soit avant la pandémie ou au moment où nous nous dirigeons vers un recul du taux de pandémie, mais nous ne reviendrons pas à la normale, pour ainsi dire. Cela met en lumière les grandes différences et les grands défis auxquels nous sommes confrontés, comme la pauvreté.

Ainsi, vous avez parlé d'un revenu de base. De nombreux Autochtones vivent dans des régions rurales et éloignées, par exemple. S'ils n'avaient pas déjà un revenu suffisant au départ

adequate income to start with, feeling that they are able to meet the needs of themselves and their families during this pandemic has been an incredible stress, for example, with regard to food security. That has forced people to rely on other ways of achieving food security, relying on care packages delivered to the community, or going out on to the land to hunt for their own food.

I won't take up too much time from the other two respondents, but I also want to take this time to make the point that some of the solutions to some of these challenges aren't necessarily just based on Western medical models of delivering care, or in our social service agencies, of trying to help people with some of these challenges. We also have our own systems, our own traditional systems of medicine, people, traditions, ceremonies, et cetera, and we have encouraged people through our public health messaging to rely on these places as well. That's what we call out here a two-eyed seeing approach. I feel that's very important to make that distinction when we're talking about the challenges that are faced in corrections and, as Senator Pate also asked, with the social determinants of health. Thank you very much.

Dr. Betker: Thank you, Dr. Wieman, for that very eloquent answer and thank you for the question. Just a couple of observations.

It's been interesting to see that things that have been advocated for and championed, and for which there is a strong evidence base, like income, housing, food security, discrimination and stigma, racism, those kinds of things, especially around policy work, so for food security, housing and income, where we've been able, as a whole-of-government, to put those solutions in place in a very short period of time.

I would hope that we take a close look at that and don't move back on that, because those inequities do drive health issues and those health issues then drive that health system. I would certainly be highly recommending those inter-sectoral, whole-of-government approaches to these issues, and staying the course on some of the things we've been able to do quickly as a country.

The Chair: Dr. Buchman, I know you're signalling that you'd like to add something to that. I would ask that you do it very quickly. I want to make sure we have some time for second questions.

Dr. Buchman: Thank you, Madam Chair. I'll be very brief. It is most unfortunate that the Dauphin, Manitoba, experiment that you referred to in the 1970s regarding basic income guarantee was not followed up recently in Ontario, for example — that it was cancelled. We know that income status is the most important social determinant of health. It would be very important for the federal government to support further basic income studies.

pour avoir le sentiment de pouvoir subvenir aux besoins de leur famille pendant cette pandémie, ils vivraient un stress incroyable, par exemple, pour ce qui est de la sécurité alimentaire. Cela les a forcés à compter sur d'autres moyens pour assurer leur sécurité alimentaire, sur des services de soins fournis à la collectivité, ou à chasser pour manger.

Je laisserai du temps aux deux autres témoins pour répondre, mais certaines solutions à ces défis ne reposent pas nécessairement uniquement sur les modèles médicaux occidentaux de prestation de soins, ou sur nos organismes de services sociaux, destinés à aider les populations à traverser ces difficultés. Nous avons aussi nos propres systèmes, nos propres systèmes traditionnels de médecine, nos gens, nos traditions, nos cérémonies, et cetera, et nous avons encouragé les gens, par nos messages de santé publique, à se fier à ces endroits également. C'est ce que nous appelons une vision à deux yeux. J'estime que cette distinction est très importante lorsqu'il est question des difficultés qui se posent dans les services correctionnels et, comme la sénatrice Pate l'a aussi demandé, avec les déterminants sociaux de la santé. Merci beaucoup.

Mme Betker : Merci, docteure Wieman, de cette réponse très éloquente et merci de la question. J'ai quelques observations seulement.

Il est intéressant de voir les choses qui ont été préconisées et défendues, et pour lesquelles il existe une solide base d'indicateurs, comme le revenu, le logement, la sécurité alimentaire, la discrimination et la stigmatisation, le racisme, et ce genre de choses, surtout en ce qui concerne le travail de politique, où nous avons pu, dans l'ensemble du gouvernement, mettre en place des solutions en très peu de temps.

J'espère que nous examinerons cela de près et que nous ne reculerons pas, parce que ces iniquités sont à l'origine des enjeux de santé et que les enjeux de santé sont à l'origine de notre système de santé. Chose certaine, je recommanderais vivement ces approches intersectorielles et pangouvernementales à l'égard de ces questions, et de garder le cap sur certaines des choses que nous avons pu faire rapidement en tant que pays.

La présidente : Docteur Buchman, je sais que vous avez quelque chose à ajouter. Je vous demanderais de faire vite. Je voudrais garder du temps pour les deuxième questions.

Dr Buchman : Merci, madame la présidente. Je serai très bref. Il est très malheureux que l'expérience menée à Dauphin, au Manitoba, dans les années 1970, dont vous avez parlé, au sujet de la garantie du revenu de base n'ait pas été reprise récemment en Ontario, par exemple. Elle a été annulée. Nous savons que le revenu est le plus important déterminant social de la santé. Il est très important que le gouvernement fédéral appuie de nouvelles études sur le revenu de base.

The 8.5% decrease in health care was fine. We also didn't see more unemployment. The only unemployed group we saw were new mothers. So it is very important to be able to follow up on this study. I think, as we can see with CERB and everything done, that it's critical to support Canadians. We can improve health just by doing that, and might I put in a plug for adequate housing. Our vulnerable populations that are homeless need housing. More than anything, that will contribute to their overall health and well-being.

The Chair: We do have time for a second round of questions, although it's only 15 minutes and we need to stop at 1:30 for technical reasons. I will urge my colleagues to ask one brief question to one witness, providing one brief answer, if that is possible.

Senator Poirier: My question is a follow-up to Dr. Buchman's answer earlier. As you answered earlier, we're not ready for the second or third wave that could possibly be coming, due to lack of testing and contact tracing. I saw an article earlier saying we are behind in testing compared to other nations. My question is: Why are we falling behind in testing at a time when the government should be expanding that testing?

Dr. Buchman: I do not know the answer to that. What is it, we lack supply for adequate testing? Is it lack of trained workers who can go out and do the contact tracing? Being just manual does put us behind. We could be hiring many more contact tracers and train them easily to do this. This question needs investigation. Right now, I do not have an answer as to why we're so behind compared to other nations. I wish I did.

Senator Poirier: Thank you. Maybe we could follow up.

Senator Seidman: I'm sorry, by the way, Dr. Buchman, because the sound cut out when you were answering my question about virtual care, so I'm going to go back and try to listen to it in the system later. I'd like to ask you another question, if I might.

Following the H1N1 pandemic in 2009, the health minister asked this particular committee, Social Affairs, Science and Technology, to undertake a review of Canada's response, and in fact this committee submitted their report in 2010. In that report, there were serious issues raised even then about health human resources and its capacity to increase a surge capacity. Despite the mild severity associated with the H1N1 pandemic, many witnesses testified that Canada's resources were pushed to their limit. Many witnesses mentioned that there needs to be more

La diminution de 8,5 % des soins de santé était très bien. Le chômage n'a pas augmenté non plus. Le seul groupe de chômeurs que nous avons vu a été celui des nouvelles mères. Il est donc très important de pouvoir reprendre cette étude. Comme nous le voyons avec la PCU et tout ce qui se fait, il est crucial d'aider les Canadiens. Nous pouvons améliorer la santé par ces simples mesures. Et permettez-moi de faire une petite pub pour le logement convenable. Nos populations vulnérables qui sont sans abri ont besoin de logement. Plus que toute autre chose, cela contribuera à leur santé et à leur bien-être d'ensemble.

La présidente : Nous avons le temps pour une deuxième série de questions, même si nous disposons seulement de 15 minutes et que nous devons nous arrêter à 13 h 30 pour des raisons techniques. J'invite mes collègues à poser une brève question à un témoin, et j'invite les témoins à donner une brève réponse, si cela est possible.

La sénatrice Poirier : Ma question fait suite à la réponse du Dr Buchman tout à l'heure. Comme vous l'avez dit plus tôt, nous ne sommes pas prêts pour une deuxième ou une troisième vague éventuelle, en raison du manque de tests et de recherche des contacts. J'ai lu un article tout à l'heure qui disait que nous accusons un retard par rapport à d'autres pays sur le plan des tests. Ma question est la suivante : pourquoi prenons-nous du retard quant aux tests à un moment où le gouvernement devrait élargir l'accès à ces tests?

Dr Buchman : Je ne connais pas la réponse à cette question. De quoi s'agit-il, manquons-nous d'équipements pour faire des tests adéquats? Y a-t-il un manque de travailleurs qualifiés qui peuvent faire la recherche des contacts? Le simple fait de procéder manuellement nous fait prendre du retard. Nous pourrions embaucher beaucoup plus de dépisteurs de contacts et les former facilement à cet égard. Cette question doit être examinée. À l'heure actuelle, je ne sais pas pourquoi nous accusons un tel retard par rapport aux autres pays. J'aimerais bien le savoir.

La sénatrice Poirier : Merci. Nous pourrions peut-être faire un suivi.

La sénatrice Seidman : En passant, je suis désolée, docteur Buchman, parce que le son a été coupé lorsque vous avez répondu à ma question sur les soins virtuels, alors je tenterai de l'écouter dans le système plus tard. J'aimerais vous poser une autre question, si vous me le permettez.

À la suite de la pandémie de grippe H1N1 en 2009, la ministre de la Santé a demandé à ce comité des affaires sociales, des sciences et de la technologie d'entreprendre un examen de l'intervention du Canada. En fait, ce comité a présenté son rapport en 2010, lequel a soulevé de graves questions, même à ce moment-là, au sujet des ressources humaines en santé et de leur capacité de composer avec les pics. Malgré la légère gravité de la pandémie de grippe H1N1, de nombreux témoins ont déclaré que les ressources du Canada avaient été poussées à leur limite. De

focus on public health generally. This would bring about the needed change to public health infrastructure that would, in turn, increase our capacity to respond to health care emergencies.

So one of our recommendations was that the Public Health Agency of Canada implement regular and rigorous testing of the revised Canadian pandemic plan for the health sector specifically, and that active participation of all the stakeholders, namely, the health professionals, would be involved.

I'd like to know if indeed this happened following the H1N1 and that report.

Dr. Buchman: To my knowledge, no, not to the degree that it should have. Over the intervening years, I think many other health issues have taken our attention away. As human beings, we tend to move on, we tend to neglect and we often deal with what is at hand. So we have the public health crisis of the opioid crisis, as an example, and that takes attention, but the similar issues that contribute there — the systemic racism, the social determinants of health, everything that contributes, the lack of mental health access and addiction treatments — all those contribute. Our attention gets diverted and we move on. So there has been inadequate public health funding over time.

The lessons there and the health human resource planning, et cetera, are all relevant to today and we need to begin, from this committee now, to resume those kinds of discussions. It's the COVID crisis, if there's a silver lining, that may be one of them, to bring forth those previous recommendations, and now people are listening and we should get those into action and not neglect this anymore.

Senator Seidman: Thank you. Good lesson.

Senator Forest-Niesing: My question is along the same lines. A second wave and possibly even a third wave are expected. I'm particularly interested in knowing what lessons we've learned. It seems to me that your members are in the privileged position because they possess the knowledge, they have had the experience. They can and should be able to share that knowledge and inform the preparedness for the future expected waves.

I'm wondering specifically what mechanisms already exist for the flow of information and for the sharing of that knowledge. And if no mechanisms are in place or insufficient mechanisms are in place, what additional measures can and should be taken to ensure the flow of that knowledge to inform the preparedness for future responses?

nombreux témoins ont mentionné qu'il fallait mettre davantage l'accent sur la santé publique en général, que cela apporterait les changements nécessaires à l'infrastructure de santé publique qui, à leur tour, accroîtraient la capacité de notre pays à répondre aux urgences en matière de soins de santé.

Or, l'une de nos recommandations était que l'Agence de la santé publique du Canada mette à l'essai, sur une base régulière et rigoureuse, un plan canadien révisé de lutte contre la pandémie dans le secteur de la santé notamment, et que tous les intervenants, à savoir les professionnels de la santé, participent à ce processus.

J'aimerais savoir si cela s'est effectivement produit à la suite de la grippe H1N1 et des recommandations de ce rapport.

Dr Buchman : À ma connaissance, non, pas autant que cela aurait dû l'être. Au fil des ans, de nombreux autres problèmes de santé ont attiré notre attention. En tant qu'êtres humains, nous avons tendance à passer à autre chose, à être négligents et à nous occuper souvent de ce qui est devant nous. Nous avons donc une crise de santé publique, la crise des opioïdes, par exemple, qui demande notre attention. Mais d'autres facteurs entrent en jeu : le racisme systémique, les déterminants sociaux de la santé, tout ce qui y contribue, le manque d'accès aux services de santé mentale et aux traitements de la toxicomanie. Tous ces facteurs entrent en ligne de compte. Nous détournons notre attention et nous passons à autre chose. Le financement de la santé publique a donc été insuffisant au fil du temps.

Les leçons qui en découlent et la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé, entre autres, sont toutes pertinentes aujourd'hui, et ce comité doit commencer à reprendre ce genre de discussions dès maintenant. Il s'agit de la crise de la COVID; s'il existe une lueur d'espoir, elle consisterait peut-être à présenter ces recommandations antérieures. Les gens portent attention maintenant et nous devrions les mettre en œuvre et ne plus négliger cela.

La sénatrice Seidman : Merci. Bonne leçon.

La sénatrice Forest-Niesing : Ma question va dans le même sens. Une deuxième vague et peut-être même une troisième vague sont prévues. J'aimerais surtout savoir quelles leçons nous avons tirées. Il me semble que vos membres sont privilégiés parce qu'ils possèdent des connaissances et de l'expérience. Ils peuvent et devraient être en mesure de partager ces connaissances et d'éclairer les préparatifs en vue des vagues anticipées.

Je me demande précisément quels mécanismes existent déjà pour la circulation de l'information et le partage de ces connaissances. Et s'il n'y a pas de mécanismes en place ou s'il n'y en a pas suffisamment, quelles mesures supplémentaires peuvent et devraient être prises pour assurer la circulation de ces connaissances afin d'éclairer les préparatifs en vue des interventions futures?

From Dr. Wieman, if I could also inquire about how we capture the experience flowing from the two-eyed seeing approach.

Dr. Buchman: Thank you for the question. It's really looking for what mechanisms are available for input and information from those front-line workers who have the experience and knowledge to address preparedness, if that's correct.

Certainly I'll speak for the Canadian Medical Association, but I know our provincial and territorial medical associations have portals. We undertake surveys. We have regional member forums. We have round tables. We are seeking information all the time from our membership to have input as to the preparedness, and we are doing so now.

The information I provided earlier about mental health concerns, et cetera, comes from our recent surveys about PPE, et cetera. I think we're doing a good job. We are seeking that information all the time and we are always willing. We have regular contact with the government, with the Public Health Agency of Canada, in order to provide them with the information from the front line.

Dr. Betker: The Canadian Nurses Association has the same mechanisms. Much of what I said came from our members. We also have the connection to the Public Health Agency of Canada, Health Canada, our provincial and territorial jurisdictional members and their governments. We also work very collaboratively with CMA, the Canadian Association of Social Workers and pharmacists and other disciplines. We're well connected and well networked, and I know our members would welcome being asked what the issues are, but also what the solutions are, because they are very practical people, and they know and have those solutions.

Dr. Wieman: Thank you. I can only echo and agree with the comments of my two colleagues who went before me.

In order to capture the experience or to learn more, in order to prepare for either future waves or future pandemics, I do think it's extremely critical that we continue to have sessions such as these that focus on the experience of Indigenous people. For example, my suggestion would be, respectfully, that a different session would include, for example, the Indigenous physicians but also the Canadian Indigenous Nurses Association and other front-line workers who are working in our communities, both rural, remote and urban.

J'aimerais aussi que la Dre Wieman nous donne son avis sur la façon de tirer parti de l'expérience découlant de l'approche à double perspective.

Dr Buchman : Merci de la question. Il s'agit vraiment de déterminer quels mécanismes sont disponibles pour obtenir la contribution et les renseignements des travailleurs de première ligne qui ont l'expérience et les connaissances nécessaires pour s'occuper des préparatifs, si cela est exact.

Je vais certainement parler au nom de l'Association médicale canadienne, mais je sais que nos associations médicales provinciales et territoriales ont des portails. Nous faisons des sondages. Nous avons des forums régionaux. Nous avons des tables rondes. Nous demandons constamment à nos membres de nous fournir des renseignements sur l'état de leurs préparatifs, et c'est ce que nous faisons maintenant.

Les renseignements que j'ai fournis tout à l'heure sur les problèmes de santé mentale, entre autres, proviennent de nos récents sondages sur les ÉPI, et ainsi de suite. Je crois que nous faisons un bon travail. Nous cherchons constamment à obtenir cette information et nous sommes toujours disposés à le faire. Nous demeurons en contact avec le gouvernement, avec l'Agence de la santé publique du Canada, afin de leur fournir l'information de première ligne.

Mme Betker : L'Association des infirmières et infirmiers du Canada a les mêmes mécanismes. Une bonne partie de ce que j'ai dit vient de nos membres. Nous avons également des contacts avec l'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada, nos membres provinciaux et territoriaux et leurs gouvernements. Nous travaillons aussi en étroite collaboration avec l'AMC, l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, les pharmaciens et les représentants de diverses disciplines. Nous sommes bien branchés et avons un bon réseau, et je sais que nos membres seraient heureux qu'on leur demande d'identifier les problèmes et les solutions aussi, parce que ce sont des gens très pratiques, qui ont des connaissances et des solutions.

Dre Wieman : Merci. Je ne peux qu'abonder dans le même sens que les deux collègues qui m'ont précédée.

Afin de tirer parti de l'expérience ou d'en apprendre davantage, afin de nous préparer à de futures vagues ou pandémies, je pense qu'il est extrêmement important que nous continuions d'avoir des séances comme celle-ci qui mettent l'accent sur l'expérience des peuples autochtones. Par exemple, je proposerais, avec tout le respect que je vous dois, qu'une séance différente comprenne, par exemple, les médecins autochtones, mais aussi l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada et d'autres travailleurs de

How we capture that experience; this is too large a subject to open in a brief question, but there's been a lot in the media you may have seen around data, how data is collected and how it affects our populations, and that includes both narrative and quantitative data.

I can only suggest that hopefully we have an opportunity to discuss this further. There's a lot of information still to be gleaned in terms of how we use that information and prepare for future waves or future pandemics.

Senator Moodie: My question has to do with public health agencies and their role in pandemics and in general across Canada. Are you seeing a difference, a variability in the resourcing of public health agencies across Canada? What has that impact potentially been on how individual regions have been able to manage and play their part in managing the response to COVID?

The ability to trace effectively and the ability to test and ramp up testing has been linked to the available resources and the infrastructure that exists regionally. Can you comment on who has done well and make the link for us in terms of resourcing across Canada? Have we seen a significant gutting of public health resources in certain regions? What impact may this have had on the ability to respond?

Dr. Betker: I'm going to take a shot at answering that first. I'm going to follow on what Dr. Wieman said. I suggest there is a conversation or a meeting such as this where you actually look at the public health system across the country.

I was in public health during SARS, and we have seen some improvements, absolutely. The Public Health Agency of Canada, the establishment of some of the structures around the public health network council and others, have really helped the communication. But really focusing on that capacity within each province and territory, and within each one of those organizations that's responsible for the delivery of public health services, that really hasn't been looked at. There has been a drift away from that upstream, preventive, health-promotion perspective.

From a nursing perspective, more than half of that staff are nurses. That's who's doing the case and contact tracing, or were. That's who's doing the follow-up, that is who's out there in the community. Your question is outstanding and I would really encourage you to take a look at the public health system writ large across this country.

première ligne dans nos collectivités rurales, éloignées et urbaines.

La façon dont nous tirons parti de cette expérience est un sujet trop vaste pour être entamé en réponse à une brève question. Mais les médias ont beaucoup fait état des données, de la façon dont les données sont recueillies et de leur incidence sur nos populations, et cela comprend à la fois des données narratives et quantitatives.

J'espère que nous aurons l'occasion d'en discuter davantage. Il reste encore beaucoup d'information à recueillir sur la façon dont nous utilisons ces renseignements et nous préparons aux vagues ou aux pandémies futures.

La sénatrice Moodie : Ma question porte sur les organismes de santé publique et leur rôle dans les pandémies et dans l'ensemble du Canada. Constatez-vous une différence, une variabilité dans les ressources des organismes de santé publique au Canada? Quelle incidence cela a-t-il pu avoir sur la façon dont chaque région a pu gérer et jouer son rôle dans la gestion de l'intervention contre la COVID?

Les capacités de dépister efficacement et de tester et d'accélérer les tests sont liées aux ressources disponibles et à l'infrastructure qui existe à l'échelle régionale. Pouvez-vous nous dire qui a bien réussi et nous expliquer quelles ressources sont disponibles à l'échelle du Canada? Une diminution importante des ressources en santé publique a-t-elle eu lieu dans certaines régions? Quelle incidence cela a-t-il pu avoir sur la capacité d'intervention?

Mme Betker : Je vais tenter de répondre en premier. Je vais poursuivre dans le même sens que la Dre Wieman. Je pense qu'une conversation ou une réunion comme celle-ci, où l'on se pencherait sur le système de santé publique à l'échelle du pays, devrait avoir lieu.

Je travaillais dans le domaine de la santé publique pendant la crise du SRAS, et nous avons vu des améliorations, absolument. L'Agence de la santé publique du Canada et la mise en place de certaines des structures entourant le conseil du réseau de santé publique et d'autres ont vraiment contribué à la communication. Mais on n'a pas vraiment examiné cette capacité dans chaque province et territoire, et au sein de chacune des organisations responsables de la prestation des services de santé publique. On s'est éloigné de cette question en amont, c'est-à-dire la prévention et la promotion de la santé.

Du point de vue des soins infirmiers, plus de la moitié de ces employées sont des infirmières. Il s'agit de ceux et celles qui s'occupent du dossier et de la recherche des contacts. Ils font le suivi et sont présents dans la collectivité. Votre question demeure en suspens, et je vous encourage fortement à examiner le système de santé publique dans son ensemble au pays.

Dr. Buchman: Just to add to what Dr. Betker said, we have seen cutbacks. I can't comment on the resourcing, but we've seen cutbacks. I'm Ontario-based. We saw it in Walkerton, where inspection of water treatment facilities was cut back. We've seen it now in long-term care, where the assessments of quality of care provided to residents of long-term care has been cut back drastically. Again it's just financial. Therefore, in terms of resources. I can't discern what the resources are. I agree 100% that this absolutely needs further study and we need to achieve federal standards.

Senator Munson: Dr. Buchman, do you have any idea what the second wave will look like? How will we cope with it this time? You said at the very beginning of this two hours that we're not prepared. What do we have to do specifically to be prepared? Do you have any idea at all what a second wave will look like?

Dr. Buchman: Second waves can often be worse than the first. We have public health measures, the physical distancing, shutting down our economy, et cetera. As we reopen, and if we don't practise these public health measures, in the absence of a vaccine and adequate diagnostic testing, adequate contact tracing, adequate serological testing, we will likely be opening too quickly.

We will see a cycle of opening and closing, which can be very difficult. So I think the importance of ongoing public health measures will be there, and we still have to be prepared for surges in the health care system and all the issues we were anticipating with the first wave. We have shown that these public health measures are effective, and we will have to find a balance. Everything from wearing masks to adequate contact tracing is going to make a difference, and hopefully won't impact the health care system's ability to manage during a second wave.

Senator Omidvar: Let me quickly ask my question of Dr. Buchman. Would the collection of data based on race help in the treatment of the crisis?

Dr. Buchman: I will answer quickly. The answer is absolutely yes. There is a disproportionate burden of the disease based on people's status. Racism has contributed greatly to the disproportionate experience say, in the Black communities in urban centres. That kind of thing is coming forth.

We need to be able to get race-based data in order to be able to do the things we were talking about earlier, such as the right contact tracing, protecting these populations that are way more susceptible. Certain populations are very much at risk. Health care workers — often women of colour who are subjected to

Dr Buchman : Pour ajouter à ce que Mme Betker a dit, nous avons subi des compressions. Je ne peux pas me prononcer sur les ressources, mais il y a eu des compressions. Je viens de l'Ontario. Nous l'avons vu à Walkerton, où l'inspection des installations de traitement de l'eau a subi des compressions. Nous le voyons maintenant dans le cas des soins de longue durée, où les évaluations de la qualité des soins fournis aux résidents ont été considérablement réduites. Encore une fois, il s'agit d'une question financière. Donc, sur le plan des ressources. Je ne vois pas quelles sont les ressources. Je suis tout à fait d'accord que cette question doit absolument être étudiée plus à fond et que nous devons respecter les normes fédérales.

Le sénateur Munson : Docteur Buchman, avez-vous une idée de ce à quoi ressemblera la deuxième vague? Comment allons-nous nous en sortir cette fois-ci? Vous avez dit au tout début de ces deux heures que nous ne sommes pas prêts. Que devons-nous faire précisément pour nous préparer? Avez-vous une idée de ce à quoi ressemblera une deuxième vague?

Dr Buchman : La deuxième vague peut souvent être pire que la première. Nous avons des mesures de santé publique, l'éloignement physique, la fermeture de notre économie, et cetera. Si nous ne mettons pas en œuvre ces mesures de santé publique, au moment de rouvrir, en l'absence d'un vaccin et de tests diagnostiques adéquats, d'une recherche adéquate des contacts, d'un test sérologique adéquat, c'est que nous serons repartis trop vite.

Nous tomberons alors dans une alternance d'ouvertures et de fermetures risquant d'être difficiles à gérer. Je pense donc qu'il sera important de prendre des mesures permanentes en matière de santé publique, et nous devons toujours être prêts à faire face aux pics dans le système de santé et à tous les problèmes que nous anticipions lors de la première vague. Nous avons démontré que ces mesures de santé publique sont efficaces, et il faudra trouver un équilibre. Tout, du port de masques à une recherche des contacts adéquate, fera une différence et, espérons-le, n'aura pas d'incidence sur la capacité du système de santé à gérer une deuxième vague.

La sénatrice Omidvar : Permettez-moi de poser rapidement ma question au Dr Buchman. La collecte de données fondées sur la race aiderait-elle à gérer la crise?

Dr Buchman : Je vais répondre rapidement. La réponse est oui, absolument. Le fardeau de la maladie est disproportionné selon la désignation des gens. Le racisme a grandement contribué à cette expérience disproportionnée, disons, dans les communautés noires des centres urbains. Ce genre de choses se produit.

Nous devons être en mesure d'obtenir des données fondées sur la race afin de pouvoir faire les choses dont nous avons parlé plus tôt, comme la recherche adéquate des contacts, et la protection de ces populations qui sont beaucoup plus vulnérables. Certaines populations sont très à risque. Les

increased risk with a lack of adequate PPE — is an example. So the bottom line is yes, absolutely yes.

The Chair: Dr. Wieman, did you want to add your perspective on that specific question?

Dr. Wieman: Thank you. The only thing I will add is that we as Indigenous people are very interested in having sovereignty over our own data. So yes, I agree the data needs to be collected, but we need to do it for ourselves, by ourselves. That is a principle that is running through much of the health care research happening across the country, through the Canadian Institutes of Health Research and the Institute of Indigenous Peoples' Health.

Senator Dasko: Thank you. Some activists, with respect to seniors' care, are in fact calling for the federal government to take on a more active role — the same type of role it takes on with respect to the Canada Health Act, i.e., using federal spending power to spend and to regulate in this sector.

Dr. Buchman, you alluded to this earlier in your comments. I know that the situation with Indigenous communities is different, so my question goes to Dr. Buchman and Dr. Betker. Have your organizations actually called for this model?

Dr. Buchman: The answer is we're in the process. We're actually convening an expert advisory committee to begin looking at these questions and examining these issues. It's too early right now to answer your questions, but we're in the process of trying to come to some answer about that.

Dr. Betker: We are, within the Canadian Nurses Association, in the process of writing a paper as well. We are also probably suggesting a commission of inquiry on aging, looking at the population. Not just long-term care but the whole population.

Senator Dasko: My question was about the federal role.

Dr. Betker: Federal role, yes.

Senator Dasko: Thank you.

Senator Kutcher: Is the general hospital, as we know it, no longer a tenable health care delivery institution? We've had H1N1, SARS, MERS, not Ebola here but Ebola, now COVID. Each time, the hospitals shut down.

Is there a different way we can deliver health care? Is our reliance on the general hospital finished?

travailleurs de la santé — souvent des femmes de couleur qui sont exposées à un risque accru en raison d'un manque d'ÉPI adéquats — en sont un exemple. Donc, en fin de compte, oui, absolument.

La présidente : Docteure Wieman, voulez-vous ajouter votre point de vue sur cette question précise?

Dre Wieman : Merci. J'ajouterai seulement que nous, les Autochtones, désirons sérieusement avoir la souveraineté sur nos propres données. Donc, oui, je suis d'accord que les données doivent être recueillies, mais nous devons le faire nous-mêmes. C'est un principe qui sous-tend une bonne partie de la recherche en soins de santé qui se fait partout au pays, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada et de l'Institut de la santé des peuples autochtones.

La sénatrice Dasko : Merci. Certains militants dans le domaine du soin des personnes âgées demandent en fait que le gouvernement fédéral joue un rôle plus actif, le même genre de rôle qu'il joue à l'égard de la Loi canadienne sur la santé, c'est-à-dire qu'il utilise le pouvoir fédéral de dépenser et qu'il réglemente dans ce secteur.

Docteur Buchman, vous y avez fait allusion tout à l'heure. Je sais que la situation est différente dans les collectivités autochtones, alors ma question s'adresse au Dr Buchman et à Mme Betker. Vos organisations ont-elles revendiqué l'adoption de ce modèle?

Dr Buchman : La réponse est que nous avons entamé un processus. Nous sommes en train de mettre sur pied un comité consultatif d'experts pour commencer à examiner ces questions. Il est trop tôt pour répondre à vos questions, mais nous sommes en train d'essayer d'obtenir une réponse à ce sujet.

Mme Betker : L'Association des infirmières et infirmiers du Canada travaille aussi à la rédaction d'un document. Nous proposons également la création d'une commission d'enquête sur le vieillissement de la population. Pas seulement en matière de soins de longue durée, mais pour toute la population.

La sénatrice Dasko : Ma question portait sur le rôle du gouvernement fédéral.

Mme Betker : Le rôle du gouvernement fédéral, oui.

La sénatrice Dasko : Merci.

Le sénateur Kutcher : L'hôpital général, comme nous le connaissons, n'est-il plus un établissement de soins de santé viable? Nous avons eu le H1N1, le SRAS, le MERS, l'Ebola, même si aucun cas n'a été rapporté ici, et maintenant la COVID. Chaque fois, on ferme les hôpitaux.

Y a-t-il une autre façon de fournir les soins de santé? Notre dépendance à l'égard de l'hôpital général est-elle terminée?

Dr. Buchman: I think these pandemics, and most recently in the midst of COVID, of course, reveal many of the gaps within our health care system. For example, we need a far greater emphasis on primary care as the foundation of the health care system. So much can be done out of a hospital environment. Five million Canadians lack a family doctor or access to an interprovincial health care team. We have, of course, a maldistribution problem across the country with regard to care.

We talked earlier about the ability to provide home care and breaking down the walls of the institutions. We can do much more innovative models, from virtual care to what they're doing at Women's College Hospital in Toronto, which is an ambulatory outpatient hospital.

In answer to your question, this is part of the review of the whole health care system that needs to be undertaken as we leave the COVID crisis.

[Translation]

The Chair: Thank you, Senator Kutcher. Thank you to everyone — our colleagues and our guests — as well as our witnesses for the quality and the accuracy of their answers. We really appreciate it.

We are continuing with our next panel of witnesses: Dr. Margaret Tromp, President of the Society of Rural Physicians of Canada; Dr. Barry Power, Senior Director, Digital Content, and Dr. Shelita Dattani, Director, Practice Development and Knowledge Translation, from the Canadian Pharmacists Association; and Pierre Poirier, Executive Director of the Paramedic Association of Canada.

[English]

We will begin with Dr. Tromp, followed by Dr. Power, Dr. Dattani and then Mr. Poirier.

The floor is yours, Dr. Tromp.

Dr. Margaret Tromp, President, Society of Rural Physicians of Canada: Thank you very much. And thank you for the opportunity to witness the experience of rural communities through the COVID-19 pandemic.

We who work in rural communities have a saying that “once you've seen one rural community, you've seen one rural community.” This is to emphasize that each rural community is unique, with its own strengths and challenges. I would like to be a witness to two different and unique rural communities today.

Dr Buchman : Je pense que ces pandémies, et plus récemment la COVID, bien sûr, révèlent bon nombre des lacunes de notre système de santé. Par exemple, il faut mettre beaucoup plus l'accent sur les soins primaires comme fondement du système de santé. Tant de choses peuvent être faites hors du milieu hospitalier. Cinq millions de Canadiens n'ont ni médecin de famille ni accès à une équipe interprovinciale de soins de santé. Nous avons, bien sûr, un problème de mauvaise distribution des soins à l'échelle du pays.

Nous avons parlé plus tôt de la capacité de fournir des soins à domicile et d'abattre les murs des établissements. Nous pouvons mettre sur pied beaucoup plus de modèles novateurs, comme les soins virtuels et ce que fait le Women's College Hospital de Toronto, qui est un hôpital ambulatoire.

Pour répondre à votre question, cela fait partie de l'examen de l'ensemble du système de soins de santé qui doit être entrepris alors que nous sortons de la crise de la COVID.

[Français]

La présidente : Merci, sénateur Kutcher. Merci à tous, à nos collègues et à nos invités, de même qu'à nos témoins pour la qualité et la précision de leurs réponses. C'est très apprécié.

Nous poursuivons avec nos prochains témoins. Nous accueillons la Dre Margaret Tromp, présidente de la Société de la médecine rurale du Canada; le Dr Barry Power, directeur principal, Contenu numérique, et la Dre Shelita Dattani, directrice, Développement de la pratique et application des connaissances, de l'Association des pharmaciens du Canada; Pierre Poirier, directeur général de l'Association des paramédics du Canada.

[Traduction]

Nous allons commencer par la Dre Tromp, qui sera suivie du Dr Power, de la Dre Dattani et de M. Poirier.

Vous avez la parole, docteure Tromp.

Dre Margaret Tromp, présidente, Société de la médecine rurale du Canada : Merci beaucoup. Et merci de me donner l'occasion de témoigner de ce qu'ont vécu les collectivités rurales pendant la pandémie de COVID-19.

Nous qui travaillons dans les collectivités rurales avons un dicton : « Une fois qu'on a vu une collectivité rurale, on n'en connaît toujours qu'une. » C'est une façon de souligner le caractère unique de chaque collectivité rurale, qui a ses forces propres et ses difficultés bien à elle à surmonter. Je voudrais

I work in Picton, which is a community of 4,000 in southern Ontario. We are in Prince Edward County, a tourist destination with the famous Sandbanks Provincial Park. Our population swells in the summer and attracts tourists from both Ontario and Quebec.

The WHO declared the pandemic on March 11, a Wednesday. By Friday, it became clear that we would have to stop seeing non-urgent patients in the office. We spent part of the weekend phoning patients who were booked to see us on Monday and had phone visits with them. We also made changes in our office to isolate our staff from patients with barriers. We took the toys and the magazines out of the waiting room and separated the chairs so they were six feet apart. Now we see only pregnant women, infants who need immunization, patients who need injected medication, and patients with potential urgent problems like cancer scares.

We developed a COVID parking lot assessment cart so we could assess patients in the parking lot for respiratory issues, so they would not have to come into the office building. Then we started developing a COVID assessment centre in the arena that happens to be next to our offices and hospital, and were up and running as of April 2.

The emergency visits in our hospital dropped dramatically and this gave the emergency physicians time to do a lot of COVID-19 education, including practice resuscitation scenarios. At present, the Hastings and Prince Edward Public Health Unit has the lowest number of COVID positive cases in all of southern Ontario. However, tourist season is upon us and as tourists arrive from urban areas of Ontario and Quebec, we are concerned that they may bring the virus with them.

I would now like to move across the country to La Loche, Saskatchewan. La Loche is a Métis and Dene village in the north of the province, close to the Alberta border. It is 200 kilometres by road to Fort McMurray. Like most northern public health departments, the Northern Saskatchewan Population Health Unit has been very concerned about the possibility of isolated northern communities being exposed to COVID-19. These communities have challenges with crowded housing and other social determinants of health.

The population health unit also works closely with the uranium mining camps, where workers live in close quarters. There were two cases where health professionals returning to the north contracted COVID-19 while out of the community or country. These cases were identified and isolated and there was

parler aujourd'hui de deux collectivités rurales différentes et uniques.

Je travaille à Picton, une localité de 4 000 habitants, dans le Sud de l'Ontario. Elle se situe dans le comté de Prince Edward, et il s'agit d'une destination touristique, car c'est là que se trouve le célèbre parc provincial Sandbanks. La population augmente en été, avec l'afflux de touristes de l'Ontario et du Québec.

L'OMS a déclaré la pandémie le 11 mars, un mercredi. Dès le vendredi, il était évident que nous devons cesser de recevoir les patients non urgents au bureau. Nous avons passé une partie du week-end à téléphoner à des patients qui avaient rendez-vous le lundi et nous leur avons proposé une consultation téléphonique. Nous avons également réaménagé notre bureau pour isoler le personnel des patients au moyen de mesures barrières. Nous avons retiré les jouets et les revues de la salle d'attente et disposé les sièges à six pieds les uns des autres. En ce moment, nous ne voyons que des femmes enceintes, des bébés à immuniser, des patients qui prennent des médicaments par injection et des patients susceptibles d'avoir des problèmes urgents parce qu'ils craignent d'avoir un cancer.

Nous avons installé dans le parc de stationnement un véhicule de dépistage de la COVID pour pouvoir évaluer, sans qu'ils pénètrent dans les bureaux, les patients qui éprouvaient des problèmes respiratoires. Ensuite, nous avons commencé à mettre sur pied un centre d'évaluation de la COVID dans le stade situé à proximité de nos bureaux et de l'hôpital. Il était opérationnel dès le 2 avril.

Les visites au service d'urgence de l'hôpital ont diminué radicalement, ce qui a donné aux médecins urgentistes le temps de beaucoup se renseigner sur la COVID-19, y compris sur les scénarios de réanimation. À l'heure actuelle, la Hastings and Prince Edward Public Health Unit revendique le plus faible nombre de cas positifs de COVID dans tout le Sud de l'Ontario. Mais la saison touristique est toute proche, et nous craignons que les touristes provenant des villes ontariennes et québécoises ne propagent le virus chez nous.

Faisons maintenant un grand bond pour nous rendre à La Loche, en Saskatchewan. Il s'agit d'un village métis et déné situé dans le Nord de la province, près de l'Alberta. Deux cents kilomètres de route le séparent de Fort McMurray. Comme la plupart des services de santé publique du Nord, la Northern Saskatchewan Population Health Unit redoute vivement que les localités isolées du Nord ne soient touchées par la COVID-19, car elles sont aux prises avec des problèmes comme le surpeuplement des logements et d'autres difficultés liées aux déterminants sociaux de la santé.

Le service de la santé publique travaille également en étroite collaboration avec les camps d'extraction d'uranium. Les travailleurs vivent dans des logements où ils sont proches les uns des autres. Il y a eu deux cas de professionnels de la santé qui sont retournés dans le Nord après avoir contracté la COVID-19 à

no community spread. Then a La Loche resident, who worked in the oil patch in Alberta, contracted COVID-19 and returned home to his crowded living situation. COVID began spreading through the community.

Access between and the north and the south of the province was severely restricted, and northern residents wondered why these restrictions were only put into place after there was a breakout in the north. Food choices became even more limited. Many residents who needed to self-isolate had no place to live, so ATCO and vacation trailers were brought in. Residents received some money as a result of various programs at the community, provincial and federal level. Several of these amounts were received at about the same time, and they were followed by increases in the incidence of alcohol-related domestic and other violence.

The community leaders worked closely with the population health unit and closed the liquor store, and a monitored alcohol program was started for residents who needed to self-isolate but were alcohol-dependent. These residents received delivery of alcohol to their isolation locations three times per day.

There have been two COVID-19 deaths in the long-term care in La Loche, and some patients had to be transferred south for care. Reflective of the demographics of the community, which has an average age of 20, many of the residents who contracted COVID-19 were young and have not become severely ill. At present, the northern population health unit has by far the most number of active COVID-19 cases in Saskatchewan.

The COVID-19 pandemic has brought to light the social inequalities across the country. There is a need for funding of more research related to health disparities and the best ways to deliver health care that responds to the unique circumstances of each community.

We need better intraprovincial cooperation, especially for communities near provincial borders. Limited resources like PPE and swabs should be coordinated on a national level. We need to be aware that rural communities feel that their health services are constantly stretched, and that the inflow of tourists who may need health services is a significant concern.

I'm happy to discuss these issues further. Thank you for the opportunity to speak with you.

l'extérieur de la collectivité ou à l'étranger. Ces malades ont été repérés et isolés, de sorte qu'il n'y a eu aucune propagation de la maladie dans la collectivité. Puis, un habitant de La Loche qui travaillait dans le secteur pétrolier en Alberta a contracté la COVID-19 et est rentré chez lui, où les logements sont surpeuplés. La COVID a commencé à se propager dans la collectivité.

Les communications entre le nord et le sud de la province ont été rigoureusement limitées, mais les habitants du Nord se sont demandé pourquoi ces restrictions n'avaient été imposées qu'après une éclosion dans le Nord. Les choix alimentaires sont devenus encore plus limités. Comme de nombreux habitants qui devaient s'isoler n'avaient nulle part où aller, on y a transporté des unités ATCO et des caravanes. Les habitants de La Loche ont reçu de l'argent grâce à divers programmes locaux, provinciaux et fédéraux. Plusieurs de ces montants sont arrivés à peu près en même temps, si bien que, peu après, les cas de violence familiale et d'autres formes de violence liées à l'alcool se sont multipliés.

Les dirigeants locaux ont travaillé en étroite collaboration avec le service de la santé publique et ont fermé le magasin d'alcools, et un programme de surveillance de l'alcool a été lancé pour les malades alcooliques qui devaient s'isoler. Ceux-ci ont reçu de l'alcool trois fois par jour à leur lieu d'isolement.

Il y a eu deux décès causés par la COVID-19 dans l'établissement de soins de longue durée de La Loche, et il a fallu envoyer certains patients dans le Sud pour y recevoir des soins. Compte tenu des caractéristiques démographiques de la collectivité, dont l'âge moyen est de 20 ans, bon nombre de ceux qui ont contracté la COVID-19 étaient jeunes et n'ont donc pas été gravement atteints. À l'heure actuelle, le service de santé publique du Nord vient largement en tête, en Saskatchewan, pour le nombre de cas actifs de COVID-19.

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière les inégalités sociales à l'échelle du Canada. Il faut des fonds pour intensifier la recherche sur les disparités en matière de santé et les meilleures modalités de prestation des soins en fonction des circonstances propres à chaque collectivité.

Il nous faut une meilleure collaboration intraprovinciale, surtout pour les collectivités situées près des frontières provinciales. Les ressources limitées en équipement de protection individuel et en écouvillons devraient être coordonnées à l'échelle nationale. Il faut être conscient que les collectivités rurales estiment que leurs services de santé sont constamment sollicités outre mesure et que l'afflux de touristes qui pourraient avoir besoin de ces services suscite une grande inquiétude.

Je me ferai un plaisir de discuter plus à fond de ces questions. Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de m'adresser à vous.

The Chair: Thank you, Dr. Tromp, for bringing this unique perspective from the rural communities to us.

Dr. Shelita Dattani, Director, Practice Development and Knowledge Translation, Canadian Pharmacists Association: I will be giving remarks on my behalf, and on Dr. Power's behalf, for the Canadian Pharmacists Association, and we'll be happy to take questions together.

Good afternoon and thank you for inviting us to appear today. We are here today representing Canada's 42,000 pharmacists and Canada's 10,000 community pharmacies that have remained open to Canadians during this crisis.

In times of national emergencies, pharmacies are considered essential services, which means that they stay open when others are closed. This pandemic has been no exception. Pharmacies have adapted considerably to continue to serve their patients safely, and so they can access their life-saving medications. This includes providing more delivery services for seniors and other vulnerable patients, dedicating special opening hours for seniors, and putting into place protective measures like plexiglass barriers to minimize the risk of contamination, just to name a few.

Community pharmacists are also a key source of COVID-19 information for the public. In a recent survey that we did, over half of pharmacists across Canada indicated that they're providing COVID-19-related information to five or more patients per day.

While pharmacists have been grateful to do their part, it has not been without added pressure and stress. When we surveyed our pharmacists in April, there were two major areas of concern that stood out: the increased difficulty in managing our drug supply and being able to protect pharmacy staff.

Drug shortages are not new in Canada but the pandemic certainly added a layer of pressure and complexity to managing our drug supply. As concerns about COVID-19 started to grow in Canada in late February and in early March, we saw a huge spike in demand for many products such as toilet paper, masks, hand sanitizers and medications. In fact, the demand for prescription medications went up 200%, putting a significant strain on the drug supply chain across the country. Our job as pharmacists is to ensure that our patients get the right medications at the right time, meaning that we need to make sure that we can distribute medications equitably to all of our patients, and why we felt at the time that the only responsible course of action was to recommend limiting dispensing to 30 days' supply.

La présidente : Merci, docteur Tromp, de nous avoir présenté le point de vue unique des collectivités rurales.

Dre Shelita Dattani, directrice, Développement de la pratique et application des connaissances, Association des pharmaciens du Canada : Je vais prendre la parole en mon nom personnel et aussi au nom du Dr Power, à titre de représentants de l'Association des pharmaciens du Canada. Nous serons heureux de répondre ensuite tous les deux à vos questions.

Bonjour et merci de nous avoir invités à comparaître. Nous représentons les 42 000 pharmaciens du Canada et ses 10 000 pharmacies communautaires qui sont demeurées ouvertes pendant la crise.

Pendant les urgences nationales, les pharmacies sont considérées comme des services essentiels, ce qui signifie qu'elles restent ouvertes tandis que d'autres établissements sont fermés. La pandémie qui sévit en ce moment ne fait pas exception. Les pharmacies ont appliqué d'importantes mesures d'adaptation pour continuer de servir leurs patients en toute sécurité et leur fournir des médicaments salutaires. Elles ont notamment proposé des services de livraison pour les aînés et d'autres patients vulnérables, prévu des heures d'ouverture spéciales pour les aînés et mis en place des mesures de protection comme des écrans de plexiglas afin de réduire au minimum le risque de contamination. Ce ne sont là que quelques exemples.

Les pharmaciens communautaires sont également pour le public une source clé d'information sur la COVID-19. D'après un récent sondage que nous avons réalisé, plus de la moitié des pharmaciens au Canada donnent des renseignements sur cette maladie à au moins cinq patients par jour.

Certes, les pharmaciens ont été reconnaissants de pouvoir faire leur part, mais ils ont été soumis à une dose supplémentaire de pression et de tension. Un sondage mené auprès des pharmaciens en avril a mis en lumière deux grandes préoccupations : une gestion plus difficile de l'approvisionnement en médicaments et la protection du personnel des pharmacies.

Les pénuries de médicaments ne sont pas un phénomène nouveau au Canada, mais la pandémie a certainement rendu plus difficile et complexe la gestion de l'approvisionnement. Lorsqu'on a commencé à s'inquiéter davantage de la COVID-19 au Canada, à la fin de février et au début de mars, nous avons constaté une hausse énorme de la demande de nombreux produits comme le papier hygiénique, les masques, les désinfectants pour les mains et les médicaments. La demande de médicaments d'ordonnance a même augmenté de 200 %, ce qui a beaucoup sollicité la chaîne d'approvisionnement dans l'ensemble du Canada. Notre travail de pharmaciens est de veiller à ce que nos patients obtiennent les bons médicaments au bon moment. Nous devons donc nous organiser pour pouvoir les distribuer équitablement entre tous nos patients. Voilà pourquoi nous avons

The limits on dispensing helped stabilize the supply of drugs, and while we must continue to carefully manage drug inventories, we are in reality in a much better situation than two months ago. However, as the pandemic continues to progress, we know that there will be an increased demand for many medications that are being used to treat COVID-19 or symptoms associated with COVID-19.

Health Canada has developed a list of over 70 medications that are currently being used in the context of COVID-19. The availability of these drugs is being closely monitored. We are also concerned that disruptions in manufacturing in countries like China and India will have a downstream impact on shortages in the upcoming months. As a result, we feel that we must remain vigilant so that we can adapt to whatever comes next.

We hope that the Government of Canada will continue to prioritize this issue, and to work with us to look at those longer-term impacts.

The second issue that we wanted to touch on is the ongoing lack of personal protective equipment for health professionals and essential workers. You've heard much of this from the colleague who just spoke now and also from the colleagues who spoke this morning from the Canadian Medical Association and the Canadian Nurses Association. We won't repeat their observations except to say that pharmacists have found it equally difficult to access the protective equipment that they need on the front lines and as front-line health care workers. We believe there is an important role for the federal government to assist health care providers and essential workers in this respect.

Last, we feel it's important that we start looking forward to the fall and a possible second wave. Specifically, it will be particularly important that we have an even more ambitious influenza strategy campaign this year to ensure we don't add additional burden to our health care system. This means that we must start planning now by ensuring that we have sufficient vaccine to deal with increased demand, and proper access to PPE for all of the providers who provide flu shots in our communities, including pharmacists who deliver over a third of flu shots to Canadians every year.

We've seen in the southern hemisphere, in countries such as Australia where they are already in their flu season, that the demand for flu shots has increased but that access to vaccines was somewhat erratic. A coordinated approach is necessary to ensure that all Canadians, regardless of where they live, can access flu shots conveniently and safely. This is why we have to prepare now.

alors estimé que la seule solution responsable était de recommander une distribution limitée à 30 jours.

Les limites imposées à la distribution ont contribué à stabiliser l'approvisionnement et, même si nous devons continuer de gérer soigneusement les stocks, nous sommes en réalité dans une bien meilleure situation qu'il y a deux mois. Toutefois, au fur et à mesure que la pandémie progressera, nous savons qu'il y aura une demande accrue de nombreux médicaments utilisés pour traiter la COVID-19 ou ses symptômes.

Santé Canada a dressé une liste de plus de 70 médicaments actuellement utilisés dans le contexte de la COVID-19. Leur disponibilité est surveillée de près. Nous craignons également que les perturbations dans le secteur manufacturier de pays comme la Chine et l'Inde n'entraînent des pénuries au cours des prochains mois. Par conséquent, nous devons demeurer vigilants afin de pouvoir affronter toute éventualité.

Nous espérons que le gouvernement du Canada continuera d'accorder la priorité à cette question et d'étudier avec nous les répercussions à long terme.

La deuxième question que nous voulions aborder est celle de la pénurie persistante d'équipement de protection individuel pour les professionnels de la santé et les travailleurs essentiels. La collègue qui m'a précédée et les représentants de l'Association médicale canadienne et de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada que vous avez accueillis ce matin vous en ont beaucoup parlé. Inutile de répéter ce qu'ils ont dit, mais précisons que les pharmaciens ont eu tout autant de mal à se procurer l'équipement de protection dont ils ont besoin en première ligne et en tant que travailleurs de la santé de première ligne. Selon nous, le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer pour aider les fournisseurs de soins de santé et les travailleurs essentiels à cet égard.

Enfin, il nous semble important de commencer à réfléchir à ce qui se passera à l'automne et au risque d'une deuxième vague. Pour être plus précise, il sera particulièrement important que nous ayons cette année une campagne de lutte contre la grippe encore plus ambitieuse pour éviter d'alourdir le fardeau du système des soins de santé. Nous devons donc commencer dès maintenant à nous préparer en veillant à avoir des stocks suffisants de vaccins pour répondre à une demande accrue et à garantir un accès satisfaisant à l'équipement de protection individuel pour tous ceux qui donnent les vaccins, et notamment pour les pharmaciens, qui administrent plus du tiers des vaccins contre la grippe chaque année.

Dans l'hémisphère sud, dans des pays comme l'Australie, où la saison de la grippe est déjà commencée, la demande de vaccins contre la grippe a augmenté, mais l'accès aux vaccins a été quelque peu chaotique. Une approche coordonnée s'impose si nous voulons que tous les Canadiens, où qu'ils vivent, puissent se faire vacciner contre la grippe de façon pratique et sécuritaire. Voilà pourquoi nous devons nous préparer maintenant.

Thank you very much. My colleague and I will be happy to take your questions.

[*Translation*]

Pierre Poirier, Executive Director, Paramedic Association of Canada: Good afternoon, honourable senators.

[*English*]

Welcome and thank you very much for the opportunity to speak to you today. My name is Pierre Poirier. I am the executive director of the Paramedic Association of Canada. We're not a union. We're the professional association that represents the interests of the profession as a whole.

There are over 40,000 paramedics in the country who have done incredible work during COVID-19 and continue to do so. Just to highlight some of the items: Paramedics recently have been engaged in the swabbing in long-term care homes, of note here in Ottawa and several places across the country. Our contribution has been significant. That leads into my next point: We actually feel we are part of the health care system. That is an important facet and an important point to deliver.

If I look at the macro issue here — and I've spoken about this before — it is probably time for Canada to revisit the Canada Health Act. For example, if you take an ambulance with paramedic care in Saskatchewan, you may receive a \$400 bill for that trip to the hospital. Worse, with COVID-19, some people are choosing not to go to the hospital, resulting in higher acuity of patients and a greater number of patients who are dying at home.

I think there is time now to look at the Canada Health Act in two phases. One is to look at it from the front end, recognizing that when somebody calls 911 for help, that should be the start. At the back end, our seniors and most vulnerable populations in long-term care facilities and in retirement homes also deserve our care and respect. They should also be included appropriately within the construct. And the federal government absolutely has a role to protect all the citizens in this country. That's the front-end piece.

There has been discussion on PPE, personal protective equipment. Paramedics across this country have struggled. They have been told they should only use the appropriate PPE if it's absolutely necessary. They have been asked to ration. They've had poor access to N95 masks. This is truly a sad, sad situation for what is considered a First World country.

Merci beaucoup. Mon collègue et moi serons heureux de répondre à vos questions.

[*Français*]

Pierre Poirier, directeur général, Association des paramédics du Canada : Bonjour à tous, honorables sénateurs et sénatrices.

[*Traduction*]

Bienvenue et merci beaucoup de me donner l'occasion de m'exprimer. Je m'appelle Pierre Poirier. Je suis le directeur général de l'Association des paramédics du Canada, qui n'est pas un syndicat, mais plutôt une association professionnelle chargée de défendre les intérêts de la profession dans son ensemble.

Il y a plus de 40 000 ambulanciers paramédicaux au Canada, et ils ont accompli et continuent d'accomplir un travail incroyable pendant la crise de la COVID-19. Je tiens à souligner que les ambulanciers paramédicaux ont récemment effectué des prélèvements dans des établissements de soins de longue durée, à Ottawa et à divers autres endroits. Leur contribution a été appréciable. Ce qui m'amène au point suivant : nous estimons faire partie du système de soins de santé. C'est là un aspect important, un point important à faire valoir.

Si je considère la question dans son ensemble, et ce n'est pas la première fois que j'en parle, il est probablement temps que le Canada revioie la Loi canadienne sur la santé. En Saskatchewan, par exemple, celui qui se fait transporter à l'hôpital en ambulance et reçoit des soins paramédicaux peut se faire facturer 400 \$. Pis encore, avec la pandémie de COVID-19, certains préfèrent ne pas aller à l'hôpital, si bien que leur état s'aggrave et qu'un plus grand nombre de malades meurent à la maison.

Nous avons maintenant le loisir d'examiner la Loi canadienne sur la santé en deux temps. Premièrement, il faut aborder la question par le début, en reconnaissant que, lorsqu'une personne appelle le 911 pour obtenir de l'aide, cela devrait constituer le point de départ. Et à l'autre extrémité du parcours, il faut reconnaître que les aînés et les personnes les plus vulnérables qui se trouvent dans les établissements de soins de longue durée et les maisons de retraite méritent également sollicitude et respect. Les soins qui leur sont dispensés doivent également faire partie intégrante du système, comme il se doit. Et il est certain que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer pour protéger tous les Canadiens. C'est la première étape.

Il y a eu des discussions sur l'EPI, l'équipement de protection individuel. Les ambulanciers paramédicaux de tout le pays ont eu du mal à s'en procurer. Ils se sont fait dire qu'ils ne devraient utiliser l'EPI approprié qu'en cas d'absolue nécessité. Ils ont été appelés à en rationner l'utilisation. Ils ont eu un accès limité aux masques N95. C'est vraiment une situation déplorable dans ce qui est considéré comme un pays industrialisé de premier ordre.

Unfortunately, this rolls back to the federal government in some way, with respect to Canada's National Emergency Strategic Stockpile, or NESS, as it is known. Through different events, including SARS, H1N1 and other events, there has been a commitment to rejuvenate, replenish, resupply and to manage. Here we are in 2020 and, somehow, some way, we are unable to provide the appropriate PPE, not just to paramedics but to health care workers across the spectrum. This is sad for the country. It's not just that the federal government has the sole responsibility; it is a shared responsibility within the construct of the Canadian context with provinces. But it starts with the federal government that we continue, as of today, not to have N95 masks available to paramedics across the country.

That is the most important point we have to establish. It's not just the N95s but also gowns that are now in short supply. There is a perception that people should only use the appropriate gear when they believe it is absolutely necessary, as opposed to the information that's first provided determining what the level of personal protective equipment should be.

Paramedics continue to provide service across this country. They're doing incredible things. They've changed the way they have delivered care. You hear a lot more about home care. You hear a lot more about how they have been able to assist the hospital infrastructure in taking care of long-term care facilities and retirement homes. We will continue to do so.

Once again, thank you for the opportunity to speak on behalf of paramedics today.

[Translation]

I thank all the senators.

The Chair: Thank you all for your presentations.

[English]

It is now time to proceed with questions from the senators. I remind senators that you have five minutes for questions, and that includes the answers. If you wish to ask a question, use the raised-hand feature on Zoom. We will add you to that list which is filling already. When asking a question, I kindly remind you to direct your question to a specific witness. That really helps the process. We will begin with the deputy chair of this committee, Senator Poirier.

Senator Poirier: My first question is for the Society of Rural Physicians of Canada.

We have heard of multiple reports about the lack of PPE across the country. For rural and remote communities, could you elaborate on what the current situation is for personal supply and for testing? Do you have easy access to testing kits and contact tracing for the rural and remote communities?

Malheureusement, la responsabilité revient au gouvernement fédéral, en un sens, car la Réserve nationale stratégique d'urgence du Canada, la RNSU, est de son ressort. À l'occasion de différents épisodes, dont ceux du SRAS et de la H1N1, il s'est engagé à renouveler, à reconstituer, à réapprovisionner et à gérer cette réserve. Nous voici en 2020 et, pour quelque raison, nous sommes incapables de fournir l'EPI approprié non seulement aux ambulanciers paramédicaux, mais aussi à tous les travailleurs de la santé. Pour notre pays, c'est déplorable. Le gouvernement fédéral n'a pas la responsabilité exclusive. Il la partage avec les provinces. Mais il a la responsabilité première si, encore aujourd'hui, nous n'avons toujours pas de masques N95 à la disposition des ambulanciers paramédicaux partout au Canada.

Voilà le point le plus important qu'il nous faut établir. Le problème ne se limite pas aux masques N95. Il y a aussi trop peu de blouses. On a l'impression qu'il ne faut utiliser l'équipement approprié qu'en cas d'absolue nécessité, ce qui va à l'encontre de l'information donnée au départ, qui définissait l'équipement de protection individuel à utiliser.

Les ambulanciers paramédicaux continuent d'offrir des services dans l'ensemble du Canada. Ils se surpassent. Ils ont modifié leur façon de dispenser les soins. On entend beaucoup plus parler des soins à domicile. On entend beaucoup plus parler de la façon dont ils ont pu aider l'infrastructure hospitalière à soutenir les établissements de soins de longue durée et les maisons de retraite. Ils continueront de le faire.

Encore une fois, je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de m'exprimer au nom des ambulanciers paramédicaux.

[Français]

Merci à tous les sénateurs et sénatrices.

La présidente : Merci à tous de vos présentations.

[Traduction]

Passons maintenant aux questions des sénateurs. Je leur rappelle qu'ils ont cinq minutes pour poser leurs questions et recevoir les réponses. Pour poser une question, il faut utiliser la fonction « main levée » de Zoom. Elle permet d'ajouter le nom du sénateur à la liste, qui est déjà longue. Je rappelle gentiment aux sénateurs qu'ils doivent adresser leur question à un témoin bien précis, ce qui facilite grandement les choses. Nous allons commencer par la vice-présidente du comité, la sénatrice Poirier.

La sénatrice Poirier : Ma première question s'adresse à la Société de la médecine rurale du Canada.

Nous avons beaucoup entendu parler du manque d'EPI aux quatre coins du Canada. Pourriez-vous nous en dire davantage sur la disponibilité, en ce moment, de l'équipement de protection individuel et des tests dans les localités rurales et éloignées? Avez-vous facilement accès aux trousse de dépistage et aux services de recherche des contacts dans ces collectivités?

Dr. Tromp: What happened with the PPE is it was a bit of a moving target. Pre-COVID, in an emergency department, I would use an average of zero masks per day, maybe one or two a week. Then you get into a situation where you would use a fresh mask for every single patient encounter. That is how we are supposed to ideally do it, because if you encounter one patient and they breathe on you, they could put the virus on your mask, and then, when you talk to the next patient, the virus from your mask could be transmitted to the other patient. So in an ideal world you would change your mask for every patient encounter.

In my emergency department, we see between 60 and 100 patients per day. So that means, in the ideal world, we would need 60 to 100 masks per day. That increases your need for a mask to approximately 1,000 times what you used to previously need.

How do we decide when we have enough? Now, instead of changing your mask for every patient, you get one mask at the beginning of every shift and you are encouraged to use that mask for the entire shift. If it gets soiled, you get a second mask. As I said, we have not had a lot of COVID-19 in our community, so I think generally as people work in the emergency department they are not high-anxiety about this. But if you're in a community like La Roche, where you're told to use the same mask all day, that would be a whole different anxiety level.

One of the issues that people have expressed to me is this real emotional turmoil about having to do things that, pre-COVID, would have been considered malpractice, or poor nursing or medical care. You would never wear the same mask from one patient to another patient. If you did, you would be reprimanded for bad practice. Now you're instructed to do this, and this causes the emotional turmoil to people.

For example, I had a woman in my office who works for a home care company, and it is her job to schedule — she wasn't in my office, but we talked on the phone — PSWs to go into people's homes. She said, "I know this is not right. They have to use the same mask for the entire day going from home to home to home." She was in tears telling me about this. She said, "I can't do it. It is so wrong. We've been told that this is not what you do, and this is what we have to do."

With us all using the same PPE, the same mask for the day, we're not short. There has been no day that I have gone to work and someone has said to me, "We don't have a mask for you today." There is always one for me every day, but at the hospital and in my private office I provide my own. At the hospital they

Dre Tromp : La situation avec l'EPI, c'est un peu comme une cible mouvante. Avant la COVID, à l'urgence, j'utilisais en moyenne zéro masque par jour, peut-être un ou deux par semaine. Là, nous nous retrouvons dans une situation où nous utilisons un masque neuf pour chaque patient rencontré. C'est ainsi que nous sommes censés procéder idéalement, parce que si un patient expire sur nous, le virus pourrait se retrouver sur notre masque, puis, lorsque nous parlons au patient suivant, le virus qui a atterri sur notre masque pourrait être transmis à cet autre patient. Dans un monde idéal, nous changerions de masque chaque fois que nous rencontrerions un patient.

Dans mon service d'urgence, nous voyons entre 60 et 100 patients par jour. Cela signifie que, dans un monde idéal, nous aurions besoin de 60 à 100 masques par jour. Cela représente environ 1 000 fois plus de masques qu'auparavant.

Comment décider qu'on en a assez? Maintenant, au lieu de changer notre masque à chaque patient, on nous donne un masque au début de chaque quart de travail et on nous encourage à l'utiliser pendant tout ce quart de travail. S'il est souillé, on nous en donne un deuxième. Comme je l'ai dit, il n'y a pas eu beaucoup de cas de COVID-19 dans notre collectivité, alors je pense qu'en général, les gens qui travaillent à l'urgence ne sont pas très anxieux à ce sujet. Mais si vous vivez dans une collectivité comme La Roche, où on vous dit d'utiliser le même masque toute la journée, le niveau d'anxiété est tout à fait différent.

L'un des problèmes que les gens m'ont signalé, c'est ce véritable bouleversement émotionnel lié au fait de devoir poser des gestes qui, avant la COVID, auraient été considérés comme une faute professionnelle ou comme des soins infirmiers ou médicaux médiocres. On n'aurait jamais gardé le même masque d'un patient à l'autre. Si on l'avait fait, on aurait été réprimandé pour mauvaise pratique. Maintenant, on nous demande de le faire, et cela bouleverse les gens.

Par exemple, dans mon cabinet, il y avait une femme qui travaillait pour une entreprise de soins à domicile, et c'est son travail de fixer des rendez-vous — elle n'était pas dans mon cabinet, mais nous avons parlé au téléphone — aux préposés aux services de soutien à la personne pour entrer chez les gens. Elle a dit : « Je sais que ce n'est pas correct. Ils doivent utiliser le même masque toute la journée, alors qu'ils passent de maison en maison. » Elle pleurait en me disant cela. Elle a dit : « Je ne peux pas faire cela. C'est tout à fait inacceptable. On nous a dit que ce n'est pas ce qu'il faut faire, mais c'est ce que nous devons faire. »

Comme nous utilisons tous le même EPI, le même masque pour la journée, nous ne sommes pas à court. Il ne m'est jamais arrivé d'aller au travail et de me faire dire : « Nous n'avons pas de masque pour vous aujourd'hui. » Il y en a toujours un pour moi tous les jours, mais à l'hôpital et dans mon cabinet privé, je

always have them, but that's because we are using them at a level that, in pre-COVID-19 times, would have been considered to be against public health recommendations.

So it is similar in all the rural communities like that.

Senator Poirier: From your perspective, is the government doing enough to address the mental health issues that have developed as a result of the pandemic and the subsequent social distancing measures for rural communities? What more can be done?

Dr. Tromp: The mental health issues come out a bit later. Initially you have social isolation. You've probably seen the curves that people show about the initial wave that goes up, and then you have the post-wave when some people went home and then got sick again. Then you have the chronic care wave where people who should have care, but aren't getting care, get sick. Then you have the mental health wave that is more gradual and comes later. So the major mental health effects appear after weeks to months.

For the first week or two, people aren't doing too badly, but then they get more and more stressed as they become more isolated. How do we address these issues? For many of us, we're not even yet aware of what the mental health effects are, because these patients are not presenting to us because they have this message — not given by me, because I've written my patients messages and said you phone and do this and this — but there are many patients who are reluctant to call or come unless they think they are literally dying. So they don't come with stress and mental health concerns at this point, but I think they will be coming down the road.

Right now, I don't have that many people making phone appointments with me to discuss mental health concerns. Most of the people I've seen with this problem have had pre-existing stressors in their life and maybe it is coming to a head, but they are not people that I would have been totally surprised if they would have come to me with mental health concerns outside the pandemic.

The Chair: Thank you, Dr. Tromp. You paint a very stressful environment.

Senator Griffin: I would like to thank our panelists. This has been very interesting.

My first question is for Dr. Tromp. I'm from Prince Edward Island. We're a tourist industry province and, of course, cottages are a big part of that, both by residents but also a lot from people

fournis mes propres masques. À l'hôpital, il y en a toujours, mais c'est parce que nous les utilisons à un niveau qui, avant la COVID-19, aurait été considéré comme contraire aux recommandations en matière de santé publique.

C'est donc la même chose dans toutes les collectivités rurales de ce type.

La sénatrice Poirier : Selon vous, le gouvernement en fait-il assez pour s'attaquer aux problèmes de santé mentale apparus à la suite de la pandémie et des mesures d'éloignement physique subséquentes pour les collectivités rurales? Que peut-on faire de plus?

Dre Tromp : Les problèmes de santé mentale arrivent un peu plus tard. Au départ, il y a l'isolement social. Vous avez probablement vu les courbes que les gens montrent au sujet de la vague initiale qui s'est élevée, puis il y a l'après-vague, lorsque certaines personnes sont rentrées à la maison et sont de nouveau tombées malades. Ensuite, il y a la vague des soins chroniques, où les gens qui devraient recevoir des soins, mais qui n'en reçoivent pas, tombent malades. Enfin, il y a la vague de la santé mentale qui est plus progressive et qui arrive plus tard. Les principaux effets sur la santé mentale apparaissent donc des semaines ou des mois plus tard.

Pendant la première ou les deux premières semaines, les gens ne vont pas trop mal, mais stressent de plus en plus à mesure que leur isolement augmente. Comment pouvons-nous régler ces problèmes? Beaucoup d'entre nous ne connaissent même pas encore les effets sur la santé mentale, parce que ces patients ne se présentent pas à nous parce qu'ils ont ce message — que je ne leur ai pas transmis; j'ai écrit à mes patients et je leur ai dit de téléphoner et de faire ceci et cela —, mais il y a beaucoup de patients qui hésitent à appeler ou à venir à moins d'avoir l'impression d'être littéralement en train de mourir. Ils n'ont donc pas de problèmes de stress ni de santé mentale à l'heure actuelle, mais je pense que cela viendra plus tard.

À l'heure actuelle, il n'y a pas beaucoup de gens qui prennent rendez-vous par téléphone avec moi pour discuter de problèmes de santé mentale. La plupart de ceux que j'ai vus avec ce problème ont déjà eu des facteurs de stress dans leur vie et peut-être qu'ils commencent à s'en ressentir, mais ce sont des gens que je n'aurais pas été totalement surprise de voir s'ils étaient venus me consulter pour des problèmes de santé mentale non liés à la pandémie.

La présidente : Merci, docteur Tromp. Vous décrivez un environnement très stressant.

La sénatrice Griffin : J'aimerais remercier nos panélistes. C'est très intéressant.

Ma première question s'adresse à la Dre Tromp. Je viens de l'Île-du-Prince-Édouard. Nous sommes une province où l'industrie touristique est présente et, bien sûr, les chalets y

who would come in from out of province, and they own or rent a cottage here. I guess that is easy for us. We can close them off at the bridge to the mainland.

However, in a larger province, how much more difficult is this? People are coming from a larger city to a rural area. What are the major issues if we don't act carefully in easing the restrictions?

Dr. Tromp: Yes. Generally in the rural population there's some consensus, but not complete agreement on this issue. Many rural populations really want to restrict tourism quite a bit. Some rural communities have requested that people not come to their cottage at all this year and stay away for the year.

I personally feel that we maybe do not have to be that restrictive. If people socially isolate at their cottage, I don't think the risk is super high, but we are concerned.

There are different levels of tourism. There is the tourism where 500 people go to the beach and talk on top of each other, and there is tourism where someone has a cottage in the woods.

I think this is a problem and I don't think we have resolved what we should do about it. In communities where there are cottagers, we know economically that people who own cottages pay a lot of tax. The tax rates are high for waterfront property and their tax money is significantly contributing to the local economy. So how do you find a balance between that? We have to have more discussion about this and work on it and reach some consensus.

I do not feel as strongly that we have to keep all tourists away for the entire tourist season. I'm hoping there is some sort of physical distancing solution that we can have. If I lived on the 23rd floor of a condo in downtown Toronto and had to take an elevator with a group of people coughing and sneezing on me, I would want to go to my cottage.

Senator Griffin: Thank you very much. Those are the same issues we have here except we don't have 23-storey high buildings.

My second question is for Dr. Dattani. It was mentioned previously that it's really important not to forget we have other issues going on. For instance, people are staying away from emergency rooms and whatnot, out of fear. But we'll also have a flu season coming up next year, as we do every year. Is there a good level of collaboration between the various levels of government in terms of preparation for such a thing as the next flu season?

jouent un rôle important, à la fois pour les résidents, mais aussi pour beaucoup de gens qui viennent de l'extérieur de la province et qui possèdent ou louent un chalet ici. Je suppose que c'est facile pour nous. Nous pouvons les empêcher d'accéder au pont qui nous relie au continent.

Cependant, dans une plus grande province, est-ce que c'est beaucoup plus difficile? Les gens viennent de la grande ville pour se rendre dans une région rurale. Quels seront les principaux problèmes si nous n'agissons pas prudemment pour assouplir les restrictions?

Dre Tromp : Oui. En général, dans la population rurale, il y a un certain consensus, mais il n'y a pas d'accord complet sur cette question. De nombreuses populations rurales veulent vraiment limiter le tourisme. Certaines collectivités rurales ont demandé que les gens n'aillent pas à leur chalet cette année et qu'ils restent à l'écart pour toute l'année.

Personnellement, j'estime qu'il n'est peut-être pas nécessaire d'être aussi restrictif. Si les gens s'isolent des autres à leur chalet, je ne pense pas que le risque soit très élevé, mais nous sommes préoccupés.

Il existe différents types de tourisme, celui où 500 personnes vont à la plage et se parlent, et celui où quelqu'un a un chalet dans le bois.

Je pense que c'est un problème et que nous n'avons pas déterminé ce que nous devrions faire à ce sujet. Dans les collectivités où il y a des propriétaires de chalets, nous savons que, sur le plan économique, ces personnes paient beaucoup d'impôts. Les taux d'imposition sont élevés pour les propriétés riveraines, et l'argent de leurs impôts contribue grandement à l'économie locale. Comment trouver un équilibre entre les deux? Nous devons discuter davantage de cette question, y travailler et parvenir à un consensus.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de tenir tous les touristes à l'écart pendant toute la saison touristique. J'espère qu'on peut mettre en place une solution d'éloignement physique. Si j'habitais au 23^e étage d'un condo au centre-ville de Toronto et que je devais prendre l'ascenseur avec un groupe de personnes qui toussent et éternuent sur moi, je voudrais aller à mon chalet.

La sénatrice Griffin : Merci beaucoup. Ce sont les mêmes problèmes que nous avons ici, sauf que nous n'avons pas d'immeubles de 23 étages.

Ma deuxième question s'adresse à Mme Dattani. On a déjà dit qu'il est vraiment important de ne pas oublier les autres problèmes qui se posent. Par exemple, les gens se tiennent loin des salles d'urgence et autres, par peur. Mais nous aurons aussi une saison de grippe l'an prochain, comme c'est le cas chaque année. Y a-t-il une bonne collaboration entre les différents paliers de gouvernement en ce qui a trait à la préparation d'une situation comme la prochaine saison de grippe?

Dr. Dattani: Thank you very much. I think that's a really good question. I just got off a call about an hour ago with the Chief Public Health Officer Health Professional Forum, and we talked about this a little bit, and we highlighted the importance of excellent coordination between national and provincial levels of public health, because a lot of this is coordinated provincially but rolled up from the national level. So we definitely discussed the value and importance of that, the understanding there's going to be a very big demand that we anticipate this year, and what I mentioned earlier in my remarks around even experiences from Australia having some challenges with erratic drug supply. We will need that coordinated at all levels of government.

I think there's a sense of awareness, but I think we need to continue to discuss how important that is going to be and that the preparedness strategy really has to start happening now, when we're talking about procuring not just vaccines, but syringes and alcohol swabs and masks and all of the other supplies that providers — all of the providers, including pharmacists, but others, nurses and physicians— need to make sure that we meet the preventive needs of Canadians who will want them more than ever this year.

Senator Griffin: Thank you.

Senator Moodie: Welcome to the speakers today. Thank you for all your hard work and facing the challenges as you do every day to help Canadians, all Canadians.

My question is directed to the pharmacists, Dr. Dattani and Dr. Power. The Government of Canada tells us it's actively monitoring the supply of prescription and over-the-counter drugs, and they've also warned that there may be supply disruptions due to COVID-19. Can you identify for us which specific drugs have experienced disruptions, shortages of critical or essential medications?

I'd also like you to, if you can, tell us how you're managing the drugs that are restricted. What partnership do you have existing with the federal or provincial governments around how this shortage is being managed, and who has the absolute say on which drugs get used and how they're distributed?

The final part of my question is: Did we prepare appropriately for this? Were drugs that were expected to be in short supply stockpiled appropriately?

Dr. Barry Power, Senior Director, Digital Content, Canadian Pharmacists Association: Thank you for the question, Senator Moodie. You raise a number of excellent points. Health Canada has identified 17 or 18 medications that they have on a Tier 3 shortage list, which means that they're

Mme Dattani : Merci beaucoup. Je pense que c'est une très bonne question. Il y a environ une heure, j'ai reçu un appel du Forum des professionnels de l'administratrice en chef de la santé publique, et nous en avons parlé un peu. Nous avons souligné l'importance d'une excellente coordination entre les niveaux national et provinciaux de la santé publique, parce qu'une bonne partie de tout cela est coordonnée à l'échelle provinciale, mais regroupée à l'échelle nationale. Nous avons donc discuté de la valeur et de l'importance de cela, du fait qu'on prévoit une très forte demande cette année, et de ce que j'ai mentionné plus tôt dans mes remarques, c'est-à-dire que même l'Australie connaît des problèmes d'approvisionnement irrégulier en médicaments. Il faudra coordonner nos actions à tous les paliers de gouvernement.

Je pense qu'on en est conscient, mais qu'il faut continuer de discuter de l'importance de cela et du fait qu'il faut vraiment commencer dès maintenant à mettre en place la stratégie de préparation, alors que nous parlons d'obtenir non seulement des vaccins, mais des seringues, des tampons d'alcool, des masques et toutes les autres fournitures, dont les fournisseurs de soins — tous les fournisseurs, y compris les pharmaciens, mais d'autres, les infirmières et les médecins — ont besoin pour s'assurer de répondre aux besoins préventifs des Canadiens qui en voudront plus que jamais cette année.

La sénatrice Griffin : Merci.

La sénatrice Moodie : Je souhaite la bienvenue aux témoins d'aujourd'hui. Merci de votre travail acharné et de relever les défis quotidiens pour aider les Canadiens, tous les Canadiens.

Ma question s'adresse aux pharmaciens, à Mme Dattani et à M. Power. Le gouvernement du Canada nous dit qu'il surveille activement l'approvisionnement en médicaments d'ordonnance et en vente libre, et il a également prévenu que l'approvisionnement pourrait être interrompu en raison de la COVID-19. Pouvez-vous nous parler des médicaments particuliers qui ont subi des perturbations, des pénuries de médicaments critiques ou essentiels?

J'aimerais aussi, si vous le pouvez, que vous nous disiez comment vous gérez les médicaments qui font l'objet de restrictions. Quel partenariat avez-vous avec les gouvernements fédéral ou provinciaux pour gérer cette pénurie et qui a le dernier mot sur les médicaments qui sont utilisés et sur la façon dont ils sont distribués?

La dernière partie de ma question est la suivante : étions-nous bien préparés? Le stock de médicaments pour lesquels on s'attendait à une pénurie était-il approprié?

Barry Power, directeur principal, Contenu numérique, Association des pharmaciens du Canada : Je vous remercie de votre question, sénatrice Moodie. Vous soulevez d'excellents points. Santé Canada a recensé 17 ou 18 médicaments qui figurent sur une liste de pénurie de niveau 3, ce qui signifie que

actively managing the supply. Several of the more high-profile ones are an inhaler that contains a medication called salbutamol. It sometimes goes by the brand name Ventolin. It's used by people with respiratory problems, whether it's asthma or COPD. It is in fairly serious short supply at the moment. Health Canada has worked with a number of manufacturers to bring in supplies from the United Kingdom and from, I believe, Latin America, to augment the supplies that are in existence in Canada.

Part of the reason for the shortage of salbutamol was a change in policy in hospitals to try to reduce the spread of COVID-19. Hospitals began using the inhaler that's typically used in the community setting instead of a different form of the same medication. That was a last-minute shift.

Another medication that has received a bit of profile is hydroxychloroquine. It, as you all know, gained a bit of popularity due to some statements from one of our neighbours. It typically would not be considered in the top 100 drugs. It's used by a relatively small number of people, typically with rheumatoid arthritis, lupus, some other conditions. Again, Health Canada has, through their drug shortages unit, worked very closely with a number of the manufacturers to try to augment the supply. They've been quite successful with hydroxychloroquine, to the point where it is no longer on the Tier 3 shortage list. It has dropped down to Tier 2.

Most of the other medications that are on the Tier 3 shortage list are used in either intubation or sedation of patients in the ICU. They've been flagged as in critical supply.

It's one of those situations where I think Mr. Poirier brought up the idea of the national emergency stockpile. It's one of those things where nothing has happened, so people tend to forget about it. I'm sure everybody on the call has forgotten to change the oil in their car at some point and then has run into problems. It's a similar situation where, if there's nothing wrong, you might tend to try to stretch a supply, similar with all the protective equipment.

Senator Moodie: Sorry to interrupt you, Dr. Power, but would it be possible for you to comment on critical care drugs as well, please?

Dr. Power: Sure. A lot of the critical care drugs — some of the neuromuscular blockers, a lot of the sedative agents, fentanyl, a number of other opioids that are used to sedate people during intubation or prolonged stays in the ICU setting — are in fairly serious supply. They're being managed and rationed quite well, I would say. But they are the focus of a lot of work that's being done through hospitals. The hospital pharmacists have

le ministère gère activement l'approvisionnement. Plusieurs des plus connus sont des inhalateurs qui contiennent un médicament appelé salbutamol. Il est parfois vendu sous le nom de Ventolin. Il est utilisé par des gens qui ont des problèmes respiratoires, que ce soit de l'asthme ou une MPOC. À l'heure actuelle, il y en a très peu. Santé Canada a collaboré avec un certain nombre de fabricants pour faire venir des fournitures du Royaume-Uni et, je crois, de l'Amérique latine, afin d'augmenter les stocks existants au Canada.

La pénurie de salbutamol s'explique en partie par un changement de politique dans les hôpitaux pour tenter de réduire la propagation de la COVID-19. Les hôpitaux ont commencé à utiliser l'inhalateur qui est habituellement employé en milieu communautaire au lieu d'une autre forme du même médicament. Cela a été un changement de dernière minute.

L'hydroxychloroquine est un autre médicament dont on a un peu parlé. Comme vous le savez tous, il a gagné en popularité grâce à certaines déclarations d'un de nos voisins. En général, il ne fait pas partie des 100 médicaments les plus populaires. Il est utilisé par un nombre relativement restreint de personnes, habituellement pour la polyarthrite rhumatoïde, le lupus et d'autres affections. Encore une fois, Santé Canada, par l'entremise de son unité des pénuries de médicaments, a collaboré très étroitement avec un certain nombre de fabricants pour essayer d'augmenter l'approvisionnement. Le ministère a eu beaucoup de succès avec l'hydroxychloroquine, à tel point que ce médicament ne figure plus sur la liste des pénuries de niveau 3. Il est tombé au niveau 2.

La plupart des autres médicaments qui figurent sur la liste des pénuries de niveau 3 sont utilisés pour l'intubation ou la sédation de patients aux soins intensifs. On a signalé qu'il s'agissait d'un approvisionnement essentiel.

C'est l'une de ces situations où je crois que M. Poirier a soulevé l'idée d'une réserve nationale d'urgence. Comme rien ne s'est produit, les gens ont tendance à oublier. Je suis sûr que tout le monde qui participe à la vidéoconférence a oublié de changer l'huile de sa voiture à un moment donné et a ensuite eu des problèmes. C'est une situation semblable où, s'il n'y a pas de problème, on peut avoir tendance à essayer d'étirer l'approvisionnement, un peu comme avec tout l'équipement de protection.

La sénatrice Moodie : Excusez-moi de vous interrompre, monsieur Power, mais pourriez-vous nous parler également des médicaments administrés aux soins intensifs, s'il vous plaît?

M. Power : Bien sûr. Les quantités de nombreux médicaments administrés aux soins intensifs sont assez importantes. Il s'agit de certains bloqueurs neuromusculaires, de beaucoup d'agents sédatifs, du fentanyl, d'un certain nombre d'autres opioïdes qui sont utilisés pour endormir les gens lorsqu'ils sont intubés ou pendant leur séjour prolongé en unité de soins intensifs. Je dirais qu'ils sont très bien gérés et

been doing a tremendous amount of work, trying to procure appropriate supplies, and there has been a lot of collaboration across hospitals and wholesalers to try to make sure the supplies are used.

One of the issues that this has raised is that a lot of surgeries have been postponed because many of the medications that are needed in the ICU setting would also be used by anesthesiologists during surgery. They are taking similar steps to source medications from other countries. There's a sedative called propofol which is being imported from an international supply to help augment that. So there are a number of steps being taken for the critical-supply medications as well as the medications that are used in ambulatory settings.

As far as who has the ultimate say in what medications are used, ideally it would be the physician treating the patient who would say we need this drug, this drug and this drug. But the situation we're in is that there are a lot of restrictions. Many of the sedation medications are used through protocols that are established through the institution as well. The final say at this point is often going to be the institution, and it's going to be based on what is available to them at any given point in time.

Senator Seidman: Thank you very much for being with us and indeed, as previous colleagues have said, for all the work that your members are doing on the front lines at this serious time.

My question is probably going to be addressed to Dr. Dattani of the Pharmacists Association and Mr. Poirier of the Paramedic Association.

In 2010, the Minister of Health requested that this committee, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, undertake a review of Canada's response to the 2009 H1N1 influenza pandemic.

One of the findings of our committee — and, in fact, I was fortunate enough to be on the committee at the time — was that innovative approaches to health care service delivery need to be considered in order to increase surge capacity. Witnesses suggested that greater use could be made of health care providers outside of those traditionally called upon during health emergencies. The committee heard from both the paramedics, who felt they were an untapped resource during the H1N1 pandemic, and the pharmacists, who explained how some jurisdictions expanded their scope of practice in order to mitigate the strain on human resources.

rationnés. Mais ils font l'objet d'une grande partie du travail qui se fait dans les hôpitaux. Les pharmaciens d'hôpitaux ont fait énormément d'efforts pour essayer d'obtenir des quantités appropriées, et il y a eu beaucoup de collaboration entre les hôpitaux et les grossistes pour s'assurer que les fournitures sont utilisées.

L'un des problèmes que cela a soulevé, c'est que beaucoup d'interventions chirurgicales ont été reportées parce qu'un grand nombre des médicaments dont on a besoin aux soins intensifs seraient aussi utilisés par les anesthésistes pendant l'intervention. Ils prennent des mesures semblables pour obtenir des médicaments auprès d'autres pays. Il y a un sédatif appelé propofol qui est importé d'un approvisionnement international pour aider à augmenter les quantités. Un certain nombre de mesures sont donc prises pour les médicaments essentiels ainsi que pour les médicaments utilisés en milieu ambulatoire.

Pour ce qui est de savoir qui a le dernier mot sur les médicaments utilisés, idéalement, c'est le médecin traitant qui dirait que tel ou tel médicament est nécessaire. Mais dans la situation où nous nous trouvons, il y a beaucoup de restrictions. Bon nombre des sédatifs sont utilisés dans le cadre de protocoles établis par l'établissement. À ce stade-ci, c'est souvent l'établissement qui aura le dernier mot, et cela dépendra des médicaments dont il dispose à un moment donné.

La sénatrice Seidman : Merci beaucoup d'être avec nous et, en fait, comme l'ont dit d'autres collègues, nous vous remercions des valeureux efforts déployés par vos membres en première ligne en cette période difficile.

J'adresserai probablement ma question à la Mme Dattani, de l'Association des pharmaciens du Canada, et à M. Poirier, de l'Association des paramédics du Canada.

En 2010, la ministre de la Santé a demandé que ce comité, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, entreprenne un examen de l'intervention du Canada face à la pandémie de grippe H1N1 de 2009.

Suivant l'une des conclusions de notre comité — car j'avais déjà la chance d'y siéger à l'époque —, il fallait envisager l'adoption de méthodes novatrices en matière de prestation de services de soins de santé afin d'accroître la capacité de pointe. Des témoins avaient laissé entendre qu'il serait possible de recourir davantage aux services de fournisseurs de soins de santé autres que ceux qui sont habituellement appelés à intervenir en cas d'urgence sanitaire. Le comité a entendu des ambulanciers paramédicaux, qui estimaient ne pas avoir été mis à contribution comme il se doit pendant la pandémie de grippe H1N1, et des pharmaciens, qui avaient expliqué comment certaines

My question to both of you, the pharmacists and the paramedics, is: In what ways have your role changed in order to serve the public during the current health crisis? I think both of you addressed some of that in your presentations. I'd like to give you the opportunity to expand on it.

I know, Mr. Poirier, you were very adamant and enthusiastic about that particular aspect of the paramedics' role. And I'd like to know, specifically for the paramedics, are you currently considered a health care resource in other than the more traditional ways? What is the uptake like during this pandemic for those roles?

To the Pharmacists Association, in what way has your typical role changed in order to provide patient care? For example, has your staff experienced cross-training in hospitals or been asked to interact with patients through virtual platforms?

Finally, what does all this mean for the future, in the way you might see your roles change permanently? I do have to tell you that the recommendation in this committee's report in 2010 was very much to expand the role of paramedics and pharmacists, especially during pandemics.

Dr. Dattani: I'm not sure who wants to go first. Maybe I'll chime in. Speaking on behalf of pharmacists, thank you very much for those comments and some of the recommendations from the 2009 report.

In terms of scope of practice for pharmacists, there has been some growth in terms of what pharmacists are able to do across the country. Unfortunately, some of our challenges that remain are the lack of harmonization, so it's still a little bit of a fragmented system, as it often is in this country. But unlike some other health care providers, patients do not enjoy getting the same level of care from their pharmacist, depending on where they live. A patient living in New Brunswick is not able to benefit from the broader scopes of practice that a patient living in Alberta, for example, may experience, where pharmacists can fully prescribe all medications, outside of opioids and controlled substances.

I spoke in my remarks a little bit about immunization and really how pharmacists have broadened widespread access to influenza and other immunizations. There's a lot of data supporting that that has really changed the game in terms of preventive care and public health access, with respect to immunizations and injections.

administrations avaient élargi l'étendue de leur pratique afin d'atténuer les pressions sur les ressources humaines.

J'adresse donc ma question à vous deux, qui parlez au nom des pharmaciens et des ambulanciers paramédicaux. En quoi votre rôle a-t-il changé au service du public dans la crise sanitaire que nous vivons actuellement? Vous en avez tous deux parlé dans vos exposés. J'aimerais vous donner l'occasion d'approfondir la question.

Je sais, monsieur Poirier, que vous avez été très catégorique et enthousiaste au sujet de cet aspect particulier du rôle des ambulanciers paramédicaux. Et j'aimerais savoir, particulièrement en ce qui concerne les ambulanciers paramédicaux, si vous êtes actuellement considérés comme une ressource en soins de santé autre que les ressources plus traditionnelles? À quoi ressemble votre rôle pendant cette pandémie?

Je demande à l'Association des pharmaciens du Canada en quoi votre rôle habituel a-t-il changé pour ce qui est de fournir des soins aux patients? Par exemple, votre personnel a-t-il suivi une formation polyvalente dans les hôpitaux ou lui a-t-on demandé d'interagir avec les patients à l'aide de plateformes virtuelles?

Enfin, dans l'avenir, comment votre rôle pourrait-il changer de façon permanente? Je signale ici que dans son rapport de 2010, le comité a recommandé d'élargir le rôle des ambulanciers paramédicaux et des pharmaciens, surtout pendant les pandémies.

Mme Dattani : Je ne sais pas qui veut commencer, mais je suis prête à le faire. Au nom des pharmaciens, je vous remercie beaucoup de ces commentaires et de certaines des recommandations du rapport de 2009.

Pour ce qui est de l'étendue de la pratique des pharmaciens, elle a effectivement été élargie partout au pays. Malheureusement, l'absence d'harmonisation est l'une des difficultés auxquelles nous sommes encore confrontés. Le système est donc un peu fragmenté, comme c'est souvent le cas au Canada. Contrairement à d'autres fournisseurs de soins de santé toutefois, les pharmaciens ne peuvent pas offrir le même niveau de soins à leurs patients, selon l'endroit où ils vivent. Un patient qui vit au Nouveau-Brunswick ne peut profiter de l'étendue de la pratique à laquelle a droit un patient de l'Alberta, par exemple, où les pharmaciens peuvent prescrire tous les médicaments, à l'exception des opioïdes et des substances désignées.

J'ai parlé un peu de l'immunisation et de la façon dont les pharmaciens ont permis d'élargir l'accès aux vaccins contre la grippe et à d'autres vaccins. Il y a beaucoup de données à l'appui qui ont vraiment changé la donne en ce qui concerne les soins préventifs et l'accès à la santé publique, en ce qui concerne les vaccins et les injections.

There are other areas, though, where pharmacists have the knowledge, skills and training, yet don't have the ability to provide the same harmonized care across the country. For example, in the treatment and assessment of minor ailments, like urinary tract infections or reflux disease, in some provinces pharmacists have the ability to assess and treat for these, so we could potentially keep patients out of emergency departments or walk-in clinics, or leave physicians in the primary care environments to deal with the more complex patients they need to deal with. Pharmacists could provide help to those patients in a very convenient and accessible way, because most pharmacies are open seven days a week, several hours a day.

I think we still have challenges with respect to harmonization, and we believe that the scope of practice should be harmonized across the country, and that every patient should be able to access the same care from their pharmacist, whether they live in Newfoundland or British Columbia.

The second question you asked us was around utilization of virtual platforms. I think that has been a really interesting and growing discussion. We know that physician and nursing colleagues have been using virtual platforms in various ways, and have a sort of hybrid now in terms of the care they provide to patients.

Pharmacists in provinces where they are able to prescribe — for example, the province of Nova Scotia — immediately with the pandemic they were able to deliver those services virtually, which I think was very helpful. Virtual care has taken off in some of those areas.

In other areas, there are some services, like medication assessments, that are starting to be delivered virtually. As with others, privacy concerns and making sure the patient provides consent, and is looking for the right platform, is still kind of a growing area, but there are platforms out there that provide that.

So while pharmacies remain open and accessible, I think it's also important for patients and the public to know they can also get, whether it's counselling needs or prescribing or medication assessment, there is an opportunity to do so virtually.

Senator Seidman: Thank you. Sorry to interrupt you, but I hope I have a few seconds for Mr. Poirier to respond as well.

The Chair: We will take a minute for a response from Mr. Poirier.

Il y a cependant d'autres domaines où les pharmaciens ont les connaissances, les compétences et la formation nécessaires, mais n'ont pas la capacité d'offrir les mêmes soins harmonisés partout au pays. Par exemple, dans le traitement et le diagnostic d'affections légères, comme l'infection des voies urinaires ou le reflux gastro-oesophagien, dans certaines provinces, les pharmaciens ont la capacité de diagnostiquer et de traiter ces affections, de sorte que nous pourrions peut-être éviter que des patients se rendent à l'urgence ou dans les cliniques sans rendez-vous, ou permettre à des médecins de rester dans les milieux de soins primaires pour s'occuper des patients aux cas plus complexes qu'ils doivent traiter. Les pharmaciens pourraient offrir à ces patients des services très pratiques et accessibles, parce que la plupart des pharmacies sont ouvertes sept jours sur sept, plusieurs heures par jour.

Il nous reste encore des défis à relever en ce qui concerne l'harmonisation, et nous estimons que l'étendue de la pratique devrait être harmonisée à l'échelle du pays, pour que chaque patient ait accès aux mêmes soins de la part de son pharmacien, qu'il vive à Terre-Neuve ou en Colombie-Britannique.

Votre deuxième question portait sur l'utilisation des plateformes virtuelles. C'est un sujet très intéressant qui prend de l'ampleur. Nous savons que les médecins et leurs collègues infirmières et infirmiers utilisent les plateformes virtuelles de diverses façons et qu'ils ont adopté une sorte de modèle hybride de prestation de soins aux patients.

Dans les provinces où ils peuvent prescrire des médicaments — par exemple, en Nouvelle-Écosse —, les pharmaciens ont pu offrir ces services de façon virtuelle dès le début de la pandémie, ce qui a été très utile. Les soins virtuels ont explosé dans certains domaines.

Dans d'autres domaines, certains services, comme l'évaluation des médicaments, commencent à être offerts de façon virtuelle. Comme pour d'autres enjeux, on assiste à une augmentation des préoccupations relatives à la protection de la vie privée et au souci de s'assurer que le patient donne son consentement, et qu'il cherche la bonne plateforme, mais certaines plateformes tiennent compte de ces préoccupations.

Donc, même si les pharmacies demeurent ouvertes et accessibles, il est également important que les patients et le public sachent qu'ils peuvent aussi obtenir au moyen de plateformes virtuelles des conseils, des prescriptions ou des services d'évaluation des médicaments.

La sénatrice Seidman : Merci. Je suis désolée de vous interrompre, mais j'espère qu'il me reste quelques secondes pour permettre à M. Poirier de répondre à son tour.

La présidente : Nous allons prendre une minute pour entendre la réponse de M. Poirier.

Mr. Poirier: Thank you for the question, and 2010 was an important year in terms of the recognition of the contribution paramedics can make to health care. At that time, there was a real shift in the evolution of paramedic care. When I grew up as a paramedic several years ago, it was all about the neurovascular, the respiratory and the cardiovascular, and it was all about urgent care.

In the mid-2000s, there was a significant change to recognize health promotion and the prevention of disease. The competency profile for paramedics evolved to start to include the social determinants of health and a comprehensive understanding of everything from pediatric care to geriatric care.

You saw in 2010 and thereabouts, with H1N1, paramedics starting to give immunizations. Following that, the evolution of the community paramedic is now kind of across the country, where it's not about urgent care, it's about health promotion and disease prevention, such as providing foot care for diabetics, providing information on slips, trips and falls, and going into the homes and actually doing house calls. You see that very much, even today in Renfrew County, just outside of Ottawa here, where they have a significant program where they're taking care of the community as a whole.

It is a fantastic evolution, even to the point of remote patient monitoring, where you have paramedics engaged, where individuals or patients at home may take their vitals daily and they're recorded in a central location. Based on those vital signs, it may trigger whether or not a paramedic goes to see them. That is the evolution of health care that is evolving. I don't think it's fast enough, but we are getting there.

The last point you make, which I think is significant — as much as we're doing this in different locations across the country, it doesn't have a coordinated approach. Part of that is due to, I think, your last statement with respect to paramedics being included as part of a health care practitioner, for us to be included in the decision tables. That's what we're struggling with, admittedly, but we continue to work with that. These presentations and your support absolutely help us, inch by inch, move forward to provide better care across the country.

M. Poirier : Je vous remercie de votre question. L'année 2010 a été importante pour ce qui est de reconnaître la contribution que les ambulanciers paramédicaux peuvent apporter aux soins de santé. À l'époque, il y a eu un véritable changement dans l'évolution des soins paramédicaux. Quand j'ai commencé comme ambulancier paramédical, il y a plusieurs années, tout tournait autour des aspects neurovasculaires, respiratoires et cardiovasculaires, et des soins d'urgence.

Au milieu des années 2000, il y a eu un changement important pour reconnaître la promotion de la santé et la prévention des maladies. Le profil de compétences des ambulanciers paramédicaux a évolué pour commencer à inclure les déterminants sociaux de la santé et une compréhension globale de toutes les étapes de la santé, des soins pédiatriques aux soins gériatriques.

Nous avons vu vers 2010, avec la grippe H1N1, les ambulanciers paramédicaux commencer à administrer des vaccins. Aujourd'hui, l'évolution du personnel paramédical communautaire se poursuit un peu partout au pays, et l'accent n'est pas mis sur les soins urgents, mais plutôt sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, comme fournir des soins des pieds aux diabétiques, donner de l'information pour les personnes qui glissent, trébuchent ou chutent, ou encore faire des visites à domicile. On le voit très bien, même dans le comté de Renfrew, juste ici à l'extérieur d'Ottawa, où il y a un programme important qui permet de s'occuper de la collectivité dans son ensemble.

Il s'agit d'une évolution remarquable, même au point où les patients sont suivis à distance, où les ambulanciers paramédicaux sont mobilisés, où des personnes ou des patients à la maison peuvent prendre leurs signes vitaux tous les jours et les enregistrer à un endroit central. En fonction de ces signes vitaux, il est possible qu'un ambulancier paramédical leur rende visite ou non. Voilà où en est rendue l'évolution des soins de santé. Je ne pense pas qu'elle soit assez rapide, mais les choses s'améliorent peu à peu.

Le dernier point que vous soulevez, qui me paraît important — puisque c'est ce que nous constatons à différents endroits au pays — c'est qu'il n'y a pas d'approche coordonnée. Ce problème rejoint en partie, selon moi, votre dernière déclaration selon laquelle les ambulanciers paramédicaux doivent être inclus dans le groupe des professionnels de la santé pour être invités aux tables décisionnelles. C'est ce qui nous pose problème, il faut bien l'admettre, mais nous continuons de travailler pour obtenir cette reconnaissance. Grâce à des témoignages et à un

In many respects, going back to 2010 and even today, we continue to believe — not that we're not busy — we continue to be an untapped resource to provide that continuum of care.

[*Translation*]

Senator Forest-Niesing: As I did for the panel of witnesses we heard from earlier this morning, I want to sincerely thank the witnesses we are hearing from now, not only for today's testimony, but also for the front-line work they are doing for all Canadians. We are counting on you, and we are very happy that you have risen to the occasion.

My first question is for the Paramedic Association of Canada, and it concerns data reliability. I would like to better understand the policy implemented when a team of paramedics is called to the bedside of someone who potentially has COVID-19.

Are patients tested for the virus if their symptoms are similar to those attributable to it? If someone dies, what measures are taken to ensure that the cause of death is correctly attributed to the virus? Are there many cases where the stated cause of death remains pneumonia, breathing difficulties, cardiac arrest, without the paramedics checking whether there is a link to the virus?

Mr. Poirier: Thank you for your question. When it comes to the way paramedics behave with patients, they never know whether someone has the virus. That is why, if someone has a cough, does not feel well or is having breathing difficulties, appropriate individual protection equipment should be used, such as the N95 mask or something similar. That is always an element paramedics must take into consideration when they go to a home, and they must be able to adapt their behaviour, as they don't really know what the patient's condition is.

Concerning potential death, we, the paramedics, have since recently been able to know whether the patient or the individual who died had COVID-19. Paramedics across the country have had access to that information for about four to six weeks. I think that, even though that information is private, it is important for paramedics to know whether the patient has COVID-19.

Can you repeat your last question?

soutien comme celui que nous constatons ici, nous pourrions progresser peu à peu en vue de pouvoir offrir de meilleurs soins partout au pays.

À bien des égards, depuis 2010 et encore aujourd'hui, nous continuons de croire — même si nous sommes toujours très occupés — qu'on ne nous utilise pas à pleine capacité dans le continuum de soins.

[*Français*]

La sénatrice Forest-Niesing : Comme je l'ai fait pour le groupe de témoins que nous avons reçus plus tôt ce matin, je tiens à remercier sincèrement les témoins que nous recevons maintenant, non seulement de leur témoignage aujourd'hui, mais aussi du travail de première ligne qu'ils accomplissent pour tous les Canadiens. Nous comptons sur vous et nous sommes bien heureux que vous soyez au rendez-vous.

Ma question s'adresse à l'Association des paramédics du Canada et se rapporte à la fiabilité des données. Je voudrais mieux comprendre la politique qui est mise en place lorsqu'une équipe d'ambulanciers paramédicaux est appelée à se rendre au chevet d'une personne qui souffre possiblement de la COVID-19.

Est-ce que les patients subissent un test de dépistage du virus si leurs symptômes ressemblent à ceux qui sont attribuables au virus? S'il y a un décès, quelles sont les mesures mises en place pour veiller à ce que la cause du décès soit correctement attribuée au virus? Est-ce qu'il y a beaucoup de cas où la cause indiquée du décès reste une pneumonie, des difficultés respiratoires, un arrêt cardiaque, sans qu'on vérifie s'il y a un lien avec le virus?

M. Poirier : Je vous remercie de votre question. En ce qui concerne la manière dont les ambulanciers paramédicaux se comportent avec les patients, on ne sait jamais si quelqu'un a le virus. C'est la raison pour laquelle, si quelqu'un a une toux, ne se sent pas bien ou souffre de difficultés respiratoires, on devrait avoir l'équipement de protection individuelle approprié, comme le masque N95 ou autre. C'est toujours un élément que les ambulanciers paramédicaux doivent prendre en considération quand ils se rendent dans une résidence et ils doivent être en mesure d'adapter leur comportement, car ils ne savent pas nécessairement quelle est la condition du patient.

En ce qui concerne le décès possible, nous, ambulanciers paramédicaux, sommes depuis tout récemment en mesure de savoir si le patient ou l'individu qui est décédé a eu la COVID-19. Les ambulanciers paramédicaux à travers le pays peuvent connaître cette information depuis environ quatre à six semaines. Je crois que, même s'il s'agit d'une information privée, c'est très important pour les ambulanciers paramédicaux de savoir si le patient a la COVID-19.

Pouvez-vous me répéter votre dernière question?

Senator Forest-Niesing: I wanted to know whether the cause of death could sometimes be wrongly attributed to pneumonia or to another cause, without it being possible to ensure that it was not related to COVID-19.

Mr. Poirier: I don't think we know the answer to that question. There were many deaths related to cardiac and respiratory issues that paramedics were talking about amongst themselves, and they were thinking the deaths were perhaps related to COVID-19. That was in January and February. More recently, testing for COVID-19 has occurred more frequently. We are confident about knowing the cause of death.

It is very important for paramedics to have information on the death of a patient with COVID-19, and we have had access to that information over the past four to six weeks.

Senator Forest-Niesing: Do I have a bit of time left?

The Chair: You have about 45 seconds, and I would ask that you not exceed that.

Senator Forest-Niesing: I will continue in the same vein, but I will now talk about data consistency.

When we look at websites that provide information on the number of deaths across the country, and especially when we look at major cities, we see a fairly worrisome discrepancy in terms of the number of deaths. For example, in the city of Montreal, which has a lower population than the city of Toronto, the rate of death is three times higher than that in Toronto.

Do directives on recording or documenting the causes of death vary from one province to another? This is somewhat related to the point I raised in my first question. Could this be one of the explanations for that discrepancy?

Mr. Poirier: I don't think that is the reason for the discrepancy between Toronto and Montreal. I think all that rather has to do with the fact that spring break was in early March for Quebec residents and one week later for Ontario residents. That is one of the reasons that could explain that difference.

Another reason for that discrepancy could have to do with retirement homes and the way they operate. It is not that they operate much better in Ontario, but perhaps, when it comes to information, data and ways to manage patients or residents in retirement homes, the two provinces do not operate in the same way.

La sénatrice Forest-Niesing : Je voulais savoir si la cause du décès pouvait parfois être attribuée de façon erronée à une pneumonie ou à une autre cause, sans qu'on ait pu s'assurer qu'elle n'était pas liée à la COVID-19.

M. Poirier : Je pense que nous ne connaissons pas la réponse à cette question. Il y a eu beaucoup de décès liés à des problèmes cardiaques et respiratoires dont les ambulanciers paramédicaux parlent entre eux, et ils pensent qu'ils sont peut-être liés à la COVID-19. C'était en janvier et en février. Depuis tout récemment, le test de dépistage de la COVID-19 est effectué plus fréquemment. Nous avons bon espoir de connaître la raison des décès.

Le fait que les ambulanciers paramédicaux aient de l'information au sujet du décès d'un patient atteint de la COVID-19 est très important, et nous avons cette information depuis quatre à six semaines.

La sénatrice Forest-Niesing : Est-ce que j'ai encore un peu de temps?

La présidente : Vous avez environ 45 secondes, et je vous demanderais de respecter ce temps de parole.

La sénatrice Forest-Niesing : Je vais continuer dans la même veine, mais en parlant maintenant de l'uniformité des données.

Quand on consulte les sites Web qui donnent des informations sur le nombre de décès à travers le pays, et particulièrement quand on examine les grandes villes, on remarque un écart assez inquiétant en ce qui a trait au nombre de décès. Par exemple, pour la ville de Montréal, dont la population est inférieure à celle de la ville de Toronto, le taux de décès est trois fois plus élevé que celui de Toronto.

Est-ce que, d'une province à l'autre, les directives sont différentes quant à l'enregistrement ou à la documentation des causes de décès? Cela rejoint un peu le point que j'ai soulevé dans ma première question; est-ce que cela pourrait être une des explications de cet écart?

M. Poirier : Je ne crois pas que ce soit la raison de la différence entre Toronto et Montréal. Je crois que tout cela est plutôt lié au fait que le congé pour la relâche du printemps avait lieu au début de mars pour les résidents du Québec et une semaine plus tard pour les résidents de l'Ontario. C'est une des raisons qui pourraient expliquer cette différence.

Une autre raison de cet écart pourrait être liée aux maisons de retraite et à leur fonctionnement. Ce n'est pas que ce soit beaucoup mieux en Ontario, mais peut-être que, pour ce qui est des renseignements, des données et des façons de gérer les patients ou les résidents dans les maisons de retraite, les deux provinces ne fonctionnent pas de la même façon.

The Chair: Thank you for your answer. Thank you, Senator Forest-Niesing. We are continuing with Senator Omidvar.

[English]

Senator Omidvar: Thank you to all our witnesses for being with us and for doing everything you do to keep us safe. My question is for Mr. Poirier and Dr. Tromp. Both of you said in your remarks today, and we've heard from earlier witnesses as well, the desire to have a new look at the federal role in the health care paradigm. This is, of course, difficult because health care and the provision of health care services is provincial; it's choppy waters. I'm forgetting if it was you, Dr. Tromp, but we did hear today about the need for a national health care human resources plan. I think you talked about securing the supply and distribution of PPE.

Mr. Poirier, you wanted to open up the Canada Health Act. I wonder if you can tell me: What should the government do now to ensure these recommendations for a more articulated federal role, in order to ensure that we are ready for the next pandemic without any of these differences in power and jurisdiction getting in the way of health care protection for Canadians?

Mr. Poirier: I'll start and I'll be brief. The easier one is for the federal government to manage the NESS, the National Emergency Strategic Stockpile, well. It isn't just about gurneys and bandages. It is also about pharmaceuticals and personal protective equipment. So I think there really is an important role for the federal government on the NESS file. Part of that would be to ensure that the Public Health Agency of Canada is speaking with Public Safety Canada, so that we do understand what our vulnerabilities and risks are, and that we can adjust the stockpile to meet the needs within an all-hazards approach. I think that's the easy one to do, if anything is easy in government.

The second item would be that I think it's time for us to have that dialogue. Sometimes in a disaster, opportunity presents. It really is a significant event — the number of people in long-term care and retirement facilities that have passed away. I think it is time for us to take a national look at the Canada Health Act and how we can really serve our older generation much better. We deserve to start that discussion. Thanks for that.

Dr. Tromp: I'll make a comment about an issue that comes in the Society of Rural Physicians a lot. We find that doctors who especially work in northern areas of every province and other health care workers have much more similarity in their needs

La présidente : Je vous remercie de votre réponse. Merci, sénatrice Forest-Niesing. Nous poursuivons avec la sénatrice Omidvar.

[Traduction]

La sénatrice Omidvar : Je remercie tous nos témoins d'être parmi nous et de travailler sans relâche pour assurer notre sécurité. Ma question s'adresse à M. Poirier et à la Dre Tromp. Vous avez tous les deux dit aujourd'hui, comme d'autres témoins avant vous, souhaiter que le rôle du gouvernement fédéral dans le paradigme des soins de santé soit revu. C'est évidemment difficile parce que les soins de santé et la prestation des services de santé relèvent des provinces, ce qui rend l'intervention du fédéral délicate. J'oublie si c'est vous qui en avez parlé, docteur Tromp, mais on nous a signalé aujourd'hui la nécessité d'un plan national des ressources humaines en santé. Je crois que vous avez parlé de l'approvisionnement et de la distribution de l'équipement de protection individuelle.

Monsieur Poirier, vous vouliez que la Loi canadienne sur la santé soit modifiée. Selon vous, que devrait faire le gouvernement pour donner suite à ces recommandations visant à mieux définir le rôle du palier fédéral, cela afin que nous soyons prêts pour la prochaine pandémie sans que les luttes de pouvoir et de compétence ne viennent nuire à la protection des soins de santé pour les Canadiens?

M. Poirier : Je vais être bref. Il est plus facile pour le gouvernement fédéral de gérer la Réserve nationale stratégique d'urgence. Il ne s'agit pas seulement de civières et de bandages. On parle aussi de produits pharmaceutiques et d'équipement de protection individuelle. Je pense donc que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans le dossier de la Réserve nationale. Cela consisterait en partie à s'assurer que l'Agence de la santé publique du Canada discute avec Sécurité publique Canada, afin que nous comprenions nos vulnérabilités et nos risques, et que nous puissions ajuster la Réserve pour répondre aux besoins dans le cadre d'une approche tous risques. Je pense que c'est une mesure facile à adopter, s'il existe une telle chose au gouvernement.

Deuxièmement, je pense qu'il serait temps pour nous d'avoir ce dialogue. Il arrive parfois qu'une catastrophe révèle de nouvelles possibilités. C'est vraiment un événement important — comme en fait foi le nombre de personnes dans les établissements de soins de longue durée et de retraite qui sont décédées. Je pense qu'il est temps de revoir la Loi canadienne sur la santé à l'échelle nationale et de se demander comment nous pouvons vraiment mieux servir la génération de nos aînés. Nous devons lancer cette discussion. Merci de m'avoir posé la question.

Dre Tromp : J'aimerais parler d'un problème souvent soulevé à la Société de la médecine rurale du Canada. Nous constatons que les médecins qui travaillent surtout dans les régions nordiques de chaque province, ainsi que d'autres

with other doctors who work in the North than with their colleagues in the South. So health is delivered on a provincial basis.

The doctors in northern Ontario are working with the doctors in southern Ontario, but the doctors in northern Ontario have much more in common with the doctors in northern Manitoba and northern Saskatchewan, because they're training and what they need to learn is much more. So we talk a lot about this in the Society of Rural Physicians.

I'm not a parliamentarian. I don't really know the Canada Health Act and how it affects the Constitution, but I think there are things like the stockpile, which is very important. It seems to me that if there were things that were out of date three years ago and were not replaced, you have to not let it get into your subconscious. As people were saying before, if you forget to change your oil or replace the battery in your smoke detector, you have to have a way of reviewing that regularly.

We don't have all the answers, but this is a good opportunity to look at what the problems were and see how we can help with the issues that have now been identified, not having the answers yet.

For rural doctors, there are many rural areas that are in isolated areas of one province but close to a tertiary care centre in another province. For example, people in southeastern British Columbia are a couple of hours' drive to Calgary, but if they have a sick pediatric patient, they have to send the patient to Vancouver, which is an airplane ride, or a 16-hour drive when the parents have to drive the child home. Is there some way we could coordinate some of these things, especially the provincial barriers, to help with that?

What we have more of is lots of questions for discussion and sorting out. I don't think we have the answers yet, but these are some of the things that we have to start discussing.

Senator Omidvar: Thank you. All of you represent major stakeholder groups in the health care professions: the pharmacists, paramedics and rural physicians. We heard this morning from the CMA and the Canadian Nurses Association. Are you putting your minds and best ideas together to make recommendations, not individually as associations but collectively as a group of significant stakeholders, to help the government understand what the priorities are and what they should be doing, or are you just working in your own silos?

travailleurs de la santé, ont des besoins beaucoup plus semblables à ceux d'autres médecins qui travaillent dans le Nord qu'à ceux de leurs collègues dans le Sud. Or, la santé relève des provinces.

Pourtant, les médecins du Nord de l'Ontario travaillent de concert avec ceux du Sud de la province, mais ils ont beaucoup plus en commun avec les médecins du Nord du Manitoba et du Nord de la Saskatchewan, parce qu'ils sont en formation et qu'ils doivent en apprendre beaucoup plus. Nous parlons donc beaucoup de ce problème à la Société de la médecine rurale du Canada.

Je ne suis pas parlementaire. Je ne connais pas vraiment la Loi canadienne sur la santé et son incidence sur la Constitution, mais je sais que la Réserve est très importante. Il me semble qu'il n'aurait pas fallu oublier complètement ce qui est tombé en désuétude il y a trois ans et qui n'a pas été remplacé. Comme nous le disions tout à l'heure, si vous avez tendance à oublier de faire votre vidange d'huile ou de remplacer la pile de votre détecteur de fumée, vous devez trouver une astuce pour vous les rappeler régulièrement.

Nous n'avons pas toutes les réponses, mais c'est une bonne occasion d'examiner quels étaient les problèmes et de voir comment nous pouvons aider à régler les problèmes qui ont été cernés, même si nous n'avons pas encore les réponses.

Pour les médecins ruraux, de nombreuses régions rurales se trouvent dans des régions isolées d'une province, mais à proximité d'un centre de soins tertiaires dans une autre province. Par exemple, les gens du sud-est de la Colombie-Britannique sont à quelques heures de route de Calgary, mais s'ils ont un patient en pédiatrie qui est malade, ils doivent envoyer le patient à Vancouver, c'est-à-dire en avion, ou une balade en voiture de 16 heures pour les parents qui doivent ramener l'enfant à la maison. Y a-t-il moyen de coordonner certaines de ces situations, en particulier les obstacles interprovinciaux, pour faciliter les choses?

Nous avons plutôt beaucoup de questions à discuter et à régler. Je ne pense pas que nous ayons encore les réponses, mais ce sont assurément des problèmes dont nous devons commencer à discuter.

La sénatrice Omidvar : Merci. Vous représentez tous les principaux groupes d'intervenants dans les professions de la santé : les pharmaciens, les ambulanciers paramédicaux et les médecins des régions rurales. Nous avons accueilli ce matin l'Association médicale canadienne et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Est-ce que vous mettez vos cerveaux et vos meilleures idées en commun pour formuler des recommandations, non pas individuellement à titre d'associations, mais collectivement à titre de groupe

Dr. Tromp: No. There is an organization called the Canadian Medical Forum. It is sort of physician-based, so I will apologize for that. As an example, the CMA, our society, the College of Family Physicians, the Royal College, the educational bodies sit together on that. I believe there are 11 organizations that work together, and we try to come up with recommendations.

We did put out two statements since the start of COVID. The first was a recommendation about access to PPE, which is very important. The second one was a recommendation in support of our resident learners, that they be recognized, and if there were any financial incentives and hazard pay, that it be given to the resident learners as well, as they are the very front line in these health situations.

Obviously, we have to work together even more, and we have to be more multidisciplinary in our approach, but the Canadian Medical Forum is one group that is actively working together right now on some of these issues.

Senator Omidvar: Could we get a copy of those two recommendations for our committee?

Dr. Tromp: You certainly can.

Senator Omidvar: Thank you.

The Chair: Thank you. That would be appreciated.

Dr. Dattani: May I add to that very briefly? There are other interdisciplinary forums we participate in nationally. As I mentioned earlier, the Public Health Agency of Canada's chief public officer has a health care professional association forum. We have talked about many issues that are provider agnostic, including virtual care, PPE and others that people have mentioned. We have done joint statements and looked at responsible prescribing and dispensing together, in the context of drug shortages and other issues, so those forums have been working quite well in terms of collaborating on an interdisciplinary level.

The Chair: Thank you for those answers, and thank you for the question. Every member of Social Affairs and senators, for years, every time we have committees on health issues, the silo challenges are always apparent, even more so in times like these. Thank you for putting this on the record.

d'intervenants importants, pour aider le gouvernement à comprendre quelles sont les priorités et ce qu'il devrait faire, ou est-ce que vous travaillez tous en vase clos?

Dre Tromp : Non. Il y a un organisme qui s'appelle le Forum médical canadien, qui est axé d'abord sur les médecins, et je m'en excuse. À titre d'exemple, l'Association médicale canadienne, notre société, le Collège des médecins de famille, le Collège royal et les organismes d'enseignement participent aux discussions de ce forum. Je crois qu'il y a 11 organisations qui travaillent ensemble, et nous essayons de formuler des recommandations.

Nous avons fait deux déclarations depuis le début de la pandémie. La première recommandation portait sur l'accès à l'équipement de protection individuelle, qui est très important. La deuxième recommandation visait à appuyer nos apprenants résidents, c'est-à-dire qu'ils soient reconnus et, si des incitatifs financiers et une prime de risque devaient être accordés, qu'ils y aient également droit, car ils sont aussi des travailleurs de première ligne.

De toute évidence, nous devons collaborer encore plus et adopter une approche plus multidisciplinaire, mais le Forum médical canadien est un groupe qui se penche activement, à l'heure actuelle, sur certaines de ces questions.

La sénatrice Omidvar : Pourrions-nous obtenir une copie de ces deux recommandations pour notre comité?

Dre Tromp : Bien sûr.

La sénatrice Omidvar : Merci.

La présidente : Merci. Nous vous en saurions gré.

Mme Dattani : Puis-je ajouter quelque chose très brièvement? Nous participons à d'autres forums interdisciplinaires à l'échelle nationale. Comme je l'ai mentionné plus tôt, l'administrateur en chef de l'Agence de la santé publique du Canada organise un forum des associations de professionnels de la santé. Nous avons abordé de nombreuses questions indépendantes des fournisseurs, y compris les soins virtuels, les EPI et d'autres sujets soulevés par les participants. Nous avons fait des déclarations conjointes et nous avons examiné ensemble la prescription et la délivrance responsables, dans le contexte des pénuries de médicaments et d'autres questions, de sorte que ces forums ont donné d'assez bons résultats sur le plan de la collaboration interdisciplinaire.

La présidente : Merci pour ces réponses, et merci pour la question. Depuis des années, chaque fois que nous nous réunissons pour travailler sur des questions de santé, tous les membres du comité des affaires sociales et tous les sénateurs constatent que les défis du cloisonnement sont toujours présents,

Senator Kutcher: Thank you to the witnesses. We appreciate you taking the time to help us through this.

I have two questions to the pharmacists. First, we are all aware of the presence of legitimate online pharmacies and the role they play, but we have seen during this COVID time a plethora of irregular, fraudulent, online pharmacies. They are selling all sorts of products that could be harmful to the health of Canadians. What role have your organizations played in trying to address this, and what role has the federal government played, and do you think it has been sufficient?

Dr. Dattani: I can start by taking that. We — not me specifically but my colleagues — have been involved in some organizations that have been looking at the safety and concerns with online pharmacies, and ensuring that Canadians receive safe and legitimate health care, health care delivery and prescriptions. We have been actively involved with that. We have been involved with our U.S. counterparts in engaging in discussions about that as well.

Senator Kutcher: Has that been successful in terms of dealing with these online? I've heard somewhere that approximately 28,000 have been shut down over the course of the COVID pandemic, but they keep coming. It's like whack-a-mole. Is enough being done?

Dr. Dattani: We've engaged in quite a bit of this. It's hard to say whether we successfully shut them all down, but there is a voice and a presence, and it's something we continue to watch.

Senator Kutcher: Thank you. My second question goes back to the vaccines issue. I am pleased to hear you're preparing for the flu season, but I have a concern that is slightly different than being prepared, although it's essential that we are.

In many provinces, less than 30% of the population gets vaccinated for the flu. It's sad to say, but in many health organizations such as hospitals, fewer than 70%, sometimes 50% of the health care providers, get vaccinated. What work is being done and should be done to improve vaccination rates, at least of health care providers?

Dr. Dattani: I agree with you. The population that gets vaccinated most are the seniors, which we want them to do because they are vulnerable to the complications and risks of influenza, but there is a significant proportion of the population that doesn't get vaccinated for lots of different reasons.

d'avantage encore dans des périodes comme celle-ci. Je vous remercie de l'avoir dit publiquement.

Le sénateur Kutcher : Merci aux témoins. Nous vous remercions d'avoir pris le temps de nous aider.

J'ai deux questions à poser aux pharmaciens. Tout d'abord, nous sommes tous conscients de la présence en ligne de pharmacies légitimes et du rôle qu'elles jouent, mais nous avons vu au cours de cette période de COVID une pléthore de pharmacies en ligne irrégulières et frauduleuses. Elles vendent toutes sortes de produits qui pourraient nuire à la santé des Canadiens. Quel rôle vos organisations ont-elles joué pour essayer de régler ce problème, quel rôle le gouvernement fédéral a-t-il joué, et pensez-vous que cela a été suffisant?

Mme Dattani : Je peux répondre à cette question. Nous — pas moi en particulier, mais mes collègues — avons participé à certaines organisations qui se sont penchées sur la sécurité et les préoccupations liées aux pharmacies en ligne et qui ont veillé à ce que les Canadiens reçoivent des soins de santé et des ordonnances sécuritaires et légitimes. Nous y avons participé activement. Nous avons également participé avec nos homologues américains à des discussions à ce sujet.

Le sénateur Kutcher : Est-ce que cela a permis régler le problème en ligne? J'ai entendu dire qu'environ 28 000 sites web avaient été fermés au cours de la pandémie de COVID, mais il ne cesse de s'en créer. C'est comme le jeu de la taupe. En fait-on assez?

Mme Dattani : Nous avons beaucoup travaillé dans ce domaine. Il est difficile de dire si nous avons réussi à les faire fermer tous, mais il y a une voix et une présence, et c'est quelque chose que nous continuons de surveiller.

Le sénateur Kutcher : Merci. Ma deuxième question porte sur les vaccins. Je suis heureux de vous entendre dire que vous vous préparez pour la saison de la grippe, mais j'ai une préoccupation qui est légèrement différente de la question de la préparation, bien qu'elle soit essentielle.

Dans de nombreuses provinces, moins de 30 % de la population est vaccinée contre la grippe. C'est triste à dire, mais dans de nombreux organismes de santé comme les hôpitaux, moins de 70 %, parfois 50 %, des fournisseurs de soins de santé se font vacciner. Quel travail fait-on et devrait-on faire pour améliorer les taux de vaccination, du moins chez les fournisseurs de soins de santé?

Mme Dattani : Je suis d'accord avec vous. Les personnes les plus vaccinées sont les personnes âgées, et nous voulons qu'elles le soient, parce qu'elles sont vulnérables aux complications et aux risques de la grippe, mais il y a une proportion importante de la population qui ne se fait pas vacciner pour toutes sortes de raisons.

Vaccine hesitancy is something that is on a spectrum. I know that pharmacists have made a significant contribution, and need to continue to do so in their role as immunizers. It's not just about the technical aspect of providing the vaccine. It's having the time to spend with patients in their communities, to educate, coach and understand those reasons for vaccine hesitancy. Often it is the health care workers who are, in some circumstances, even more reticent. I think utilizing pharmacists, as well as other providers, to have those conversations and understand why there is vaccine hesitancy, and help coach people towards better preventive care is an important role to invest in, outside of just delivering the vaccine itself. As many health care providers as we can get to engage in those conversations with our communities and the public, the better off we'll be as a society.

Mr. Poirier: In the paramedic community in Ontario, it is legislatively mandated, so the compliance number is in the mid-90s. The only exceptions are those who can demonstrate an allergy or possibly a religious reason. The number for paramedics is quite high and has been for several years.

Dr. Tromp: Likewise for physicians. If you have hospital privileges you are not required, but if you are not vaccinated and there's an influenza outbreak, you are not allowed to work.

Senator Kutcher: Can I make an observation?

I have been listening to people talking about the importance of having information, that when there is personal protective equipment that's outdated, someone acts on it. I wanted to observe that my car tells me when it needs an oil change.

The Chair: Good point.

Senator Munson: Thanks very much for being here this afternoon. This has been revealing testimony all day long. We're hearing hope, and yet we have a lot of questions of worry of a second wave.

There was a tremendous sigh of relief in this country yesterday when it was announced on both sides of the border that it would remain closed until June 21. That is a really big deal, because talk about having clusters and having people moving. Dr. Tromp, you talked about trying to find a balance. I'm still trying to figure out where that balance is locally. You talk about Picton for example, how the beaches will be packed with people. We've seen pictures recently of not-so-social distancing and yet, if you own a cottage and you're a taxpayer, you can go to your cottage and you can self-isolate. What's the point of going if you will be

Il existe un large spectre de réticence vaccinale. Je sais que les pharmaciens ont contribué de façon importante et qu'ils doivent continuer de le faire en qualité de fournisseurs de vaccins. Il ne s'agit pas seulement de l'aspect technique de la fourniture du vaccin. Il s'agit de passer du temps avec les patients dans leur communauté, de les éduquer, de les encadrer et de comprendre les raisons de leur réticence vaccinale. Ce sont souvent les travailleurs de la santé qui, dans certaines circonstances, sont encore plus réticents. Je pense qu'il est important d'avoir recours à des pharmaciens, ainsi qu'à d'autres fournisseurs, pour avoir ces conversations et comprendre pourquoi il y a une réticence à l'égard de la vaccination, et pour aider les gens à obtenir de meilleurs soins préventifs, en plus de simplement administrer le vaccin. Plus grand sera le nombre de fournisseurs de soins de santé que nous pourrons faire participer à ces conversations avec nos communautés et le public, mieux ce sera pour notre société.

M. Poirier : Dans la communauté des ambulanciers paramédicaux de l'Ontario, la vaccination est obligatoire en vertu de la loi, de sorte qu'environ 95 % s'y soumettent. Les seules exceptions sont les personnes qui peuvent apporter la preuve d'une allergie ou éventuellement pour une raison religieuse. Le taux de vaccination des ambulanciers paramédicaux est assez élevé, et ce, depuis plusieurs années.

Dre Tromp : C'est la même chose pour les médecins. Si vous avez des droits hospitaliers, ce n'est pas obligatoire, mais si vous n'êtes pas vaccinés et qu'il y a une épidémie de grippe, vous n'avez pas le droit de travailler.

Le sénateur Kutcher : Puis-je faire une observation?

J'ai entendu des gens parler de l'importance d'être informé, du fait que lorsque l'équipement de protection individuel est périmé, il faut que quelqu'un agisse. Je voulais vous faire remarquer que ma voiture m'indique quand elle a besoin d'une vidange.

La présidente : Bonne remarque.

Le sénateur Munson : Merci beaucoup d'être ici cet après-midi. Nous avons entendu des témoignages révélateurs toute la journée. Ce que nous entendons nous donne de l'espoir, et pourtant, nous avons beaucoup d'inquiétudes au sujet d'une deuxième vague.

Il y a eu un grand soupir de soulagement au Canada hier lorsqu'on a annoncé, des deux côtés de la frontière, que celle-ci demeurerait fermée jusqu'au 21 juin. C'est vraiment important, imaginez les grappes et les gens qui se déplacent. Docteur Tromp, vous avez dit qu'il fallait essayer de trouver un équilibre. J'essaie encore de comprendre où se situe cet équilibre à l'échelle locale. Vous avez parlé de Picton, par exemple, et du fait que les plages seront bondées. Récemment, nous avons vu des photos montrant une distanciation sociale très relative et pourtant, si vous êtes propriétaire d'un chalet et que vous êtes un

in your home for two weeks looking at maybe not a virtual body of water, but a real body of water?

I'm trying to figure out, where is that balance? I live in Ontario. I do want to go to our cottage in northern New Brunswick, but I'm willing to bite the bullet and pay the price that we should pay, which is a good price, which is about saving lives. If the others want to get involved in this — I don't know where the balance is unless we have discipline.

Dr. Tromp: We can't put the balance at a specific location because so much of this is based on personal and community values, and personal and community values are not clear cut right or wrong. There are many shades of grey.

If we go back to the vaccination question that people talked about, some people make a conscious decision not to vaccinate because they don't want to over medicalize their life. There's a certain value system in our life in Canada that not everyone necessarily agrees with, that the more medical care you get the better, the more you medicalize your life the better, and the longer you live the better, and you must put everything towards these aims. But not everyone has that value system.

My family has a cottage on the Ottawa River. We go there and we go canoeing. We have not gone there this year. But we could go there. We go out on the river. We can swim. That's basically what we do when we go there. We don't go to cafés and whatever. We go to the cottage to go outdoors when we're there. There are a lot of people who go to their cottage to enjoy the outdoors more so than to mingle with other human beings.

The difference with something like a pandemic is that obviously your decisions affect the people around you, so it's different than saying, do I want to take my blood pressure pill or not, because if you don't take your pill, that's your decision, and you're the only one directly affected.

If you go to your cottage, maybe other people can be affected. So we must have community discussion about these things. There is a big line of various shades of grey, and we have to decide along that line where we want to be. If we decide no cottages ever, then as a community we can decide that. But I don't think that's the only reasonable decision that could be made. There are other reasonable decisions that could also be made.

Senator Munson: Thank you very much for that.

contribuable, vous pouvez aller à votre chalet et vous isoler. À quoi cela sert-il d'y aller si vous devez rester chez vous pendant deux semaines à regarder non pas un plan d'eau virtuel, mais un véritable plan d'eau?

J'essaie de comprendre où se situe cet équilibre. Je vis en Ontario. Je voudrais bien aller à notre chalet dans le Nord du Nouveau-Brunswick, mais je suis prêt à faire le sacrifice et à payer le prix, qui est justifié puisqu'il s'agit de sauver des vies. Si les autres veulent donner leur avis — je ne sais pas où est l'équilibre en l'absence de discipline.

Dre Tromp : Nous ne pouvons pas établir un point d'équilibre précis parce qu'une grande partie de tout cela est fondée sur les valeurs personnelles et communautaires, et ces valeurs ne sont pas clairement tranchées. Il y a de nombreuses nuances.

Si nous revenons à la question de la vaccination dont nous avons parlé, certaines personnes décident consciemment de ne pas être vaccinées parce qu'elles ne veulent pas trop médicaliser leur vie. Notre vie au Canada repose sur un système de valeurs que tout le monde ne partage pas nécessairement, c'est-à-dire que plus on reçoit de soins médicaux, mieux c'est, plus on médicalise sa vie, mieux c'est, et plus on vit longtemps, mieux c'est, et il faut tout mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs. Mais tout le monde n'adopte pas ce système de valeurs.

Ma famille a un chalet sur la rivière des Outaouais. Nous y allons et faisons du canot. Nous n'y sommes pas allés cette année. Mais nous pourrions y aller. Nous allons sur la rivière. On peut nager. C'est essentiellement ce que nous faisons lorsque nous allons là-bas. Nous n'allons pas dans des cafés ou ailleurs. Lorsque nous allons au chalet, c'est pour être dehors. Il y a beaucoup de gens qui vont à leur chalet pour profiter du plein air plus que pour fréquenter d'autres êtres humains.

La différence dans le cas d'une pandémie, c'est que, de toute évidence, vos décisions ont une incidence sur les gens qui vous entourent, donc c'est différent que de vous demander si vous voulez prendre ou non votre pilule contre l'hypertension, parce que si vous ne prenez pas votre traitement, la décision vous appartient, et vous êtes le seul directement touché.

Si vous allez dans votre chalet, peut-être que d'autres personnes peuvent être touchées. Nous devons donc avoir des discussions communautaires à ce sujet. Il y a de très nombreuses nuances, et nous devons décider où nous voulons nous situer. Si nous décidons qu'il ne faut pas se rendre dans les chalets, nous pourrions prendre cette décision comme communauté. Mais je ne pense pas que ce soit la seule décision raisonnable qui puisse être prise. D'autres décisions raisonnables sont également possibles.

Le sénateur Munson : Merci beaucoup.

Dr. Power, we have not had too many questions to you. Those of us who may take a pill from time to time just take it for granted. Where does it come from? Who is responsible for it? Is there a procurement program? Are these blood pressure pills — or you name it — there was talk of a shortage and there was a worry, especially at the beginning of all this, when people weren't just hoarding toilet paper, but were going and getting prescriptions pushed ahead because they were worried about a shortage. How does that whole process work, that we as Canadians take for granted? How do we know the efficacy, and the idea that would be good for us, and it is being done properly? Who is involved in that? It's a mystery to me.

Dr. Power: It's a mystery to a lot of people.

The supply chain in Canada is fairly complex. Between 50% to 80% of medications are either produced in China or India, or have an active ingredient or a significant ingredient that comes from China or India. Part of the concern with COVID-19 is that, with the shut down in China in January and then the subsequent shut down in India, we didn't have a good sense of what the shipments of medications into Canada were like.

We know that in the first couple of weeks in March, the number of prescription medications being filled doubled. So in a system where we already have a lot of fragility and there are frequent drug shortages, having the supply chain disrupted by increased demand was a problem.

There is a series of steps. Manufacturers develop their medications. They're brought into the country if they're not produced here. They are then sold from the manufacturer to a wholesaler and then to a pharmacy. There are a number of steps along the way. Pretty much everyone has put some type of rationing in place along the supply chain at this point.

We do feel it has been stabilized. Pharmacists have reported that blood pressure medications are one they are having trouble getting. But they are still able to get it, and we have been able to see that very few people have gone without their medications for the vast majority of medications out there.

In terms of the supply chain and the consumer, as with many consumer goods, most people just know they go to the pharmacy and it's there for them. That's the system we want to get back.

We need to look at some of the problems that exist with the globalization of the supply chain. There is a hard-working group at Health Canada working on drug shortages. We're on a

Monsieur Power, nous n'avons pas eu beaucoup de questions à vous poser. Ceux d'entre nous qui prennent une pilule de temps à autre la tiennent pour acquise. D'où vient cette pilule? Qui en est responsable? Y a-t-il un programme d'approvisionnement? Est-ce que ces pilules contre l'hypertension — ou tout ce que vous voudrez... il a été question d'une pénurie et il y avait une inquiétude, surtout au début de tout ceci, quand les gens ne se contentaient pas d'accumuler du papier hygiénique, mais allaient se faire prescrire des médicaments d'avance parce qu'ils craignaient une pénurie. Comment tout ce processus que les Canadiens prennent pour acquis fonctionne-t-il? Comment en connaissons-nous l'efficacité, comment savons-nous que c'est fait correctement et que c'est à notre avantage? Qui y participe? C'est un mystère pour moi.

M. Power : C'est un mystère pour beaucoup de gens.

La chaîne d'approvisionnement au Canada est assez complexe. Entre 50 et 80 % des médicaments sont fabriqués en Chine ou en Inde, ou contiennent un ingrédient actif ou un ingrédient important provenant de Chine ou d'Inde. Une partie du problème avec la COVID-19, c'est qu'avec les mesures de fermeture en Chine en janvier et la fermeture subséquente en Inde, nous n'avions pas une idée claire de l'état des expéditions de médicaments au Canada.

Nous savons qu'au cours des deux premières semaines de mars, le nombre d'ordonnances de médicaments exécutées a doublé. Donc, dans un système où il y a déjà beaucoup de fragilité et de fréquentes pénuries de médicaments, le fait que la chaîne d'approvisionnement ait été perturbée par une augmentation de la demande a été un problème.

Il y a une série d'étapes. Les fabricants mettent au point leurs médicaments. On les fait venir s'ils ne sont pas produits au pays. Ils sont ensuite vendus par le fabricant à un grossiste, puis à une pharmacie. Il y a plusieurs étapes à franchir. À peu près tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement ont mis en place une forme de rationnement.

Nous estimons que l'approvisionnement a été stabilisé. Les pharmaciens ont signalé qu'ils avaient des difficultés à obtenir des médicaments contre la tension artérielle. Mais ils sont toujours en mesure d'en obtenir, et nous avons pu constater qu'en ce qui concerne la grande majorité des médicaments, très peu de gens ont été privés de leurs traitements.

Pour ce qui est de la chaîne d'approvisionnement et du consommateur, comme c'est le cas pour de nombreux biens de consommation, la plupart des gens savent simplement qu'ils vont à la pharmacie et que les médicaments y sont disponibles. C'est le système que nous voulons rétablir.

Nous devons examiner certains des problèmes que pose la mondialisation de la chaîne d'approvisionnement. À Santé Canada, il y a un groupe qui travaille fort sur les pénuries de

committee with them. That's part of the problem that needs to be addressed.

Then with the national stockpiles, we need to make sure there is an ebb and flow, in and out, so that the medications come in. They're not expired, but they can be used in other parts of the health system.

The Chair: Thank you for those questions.

[Translation]

Senator Mégie: My question was just asked by the senator who spoke before me. However, one minor aspect was missing. Are we mainly talking about commonly used drugs, such as blood pressure or diabetes medication people pick up at the pharmacy? Was there a fear of running out of specific types of medications? Finally, what lesson should be learned from this going forward?

[English]

Dr. Power: Thank you for the question. In March, people were filling all their medications, but there was particular focus on medications for breathing difficulties. Salbutamol, which I mentioned earlier, or Ventolin is the brand name; people were trying to get large quantities of it because people in Canada knew it was a respiratory virus and shortness of breath was one of the common symptoms. That was one in particular focus.

There were other ones where we know there was a lot of demand but no resulting shortages. People with diabetes were trying to get large quantities of insulin and other diabetes medications, and people with pretty much all chronic medication, so cholesterol, heart disease, high blood pressure, pretty much everything. So it wasn't really a targeted demand, it was just system wide.

Senator R. Black: This question could go to the three speakers, and thinking about rural, remote and northern communities, in your view what measures need to be taken to help build human capacity within these areas to respond to this pandemic and future outbreaks?

My second question would be around the idea of agricultural producers or farmers. Are you seeing different numbers with respect to farmers coming in, being impacted by the pandemic or in need of your services?

Dr. Tromp: I will answer the second one first because there are farmers in my community.

médicaments. Nous siégeons à un comité avec ce groupe. C'est une partie du problème qu'il faut régler.

Ensuite, en ce qui concerne les stocks nationaux, nous devons nous assurer qu'il y a des fluctuations, des entrées et des sorties, afin que les médicaments entrent au pays. Ils ne sont pas périmés, mais ils peuvent être utilisés dans d'autres parties du système de santé.

La présidente : Merci pour ces questions.

[Français]

La sénatrice Mégie : Ma question vient d'être posée par le sénateur qui m'a précédée. Cependant, il y manquait un petit volet. Est-ce que ce sont surtout les médicaments d'usage courant, comme les médicaments pour la tension artérielle ou pour le diabète que les gens vont chercher à la pharmacie? Y avait-il des médicaments particuliers dont on avait peur de manquer? Enfin, quelle est la leçon à tirer de cela pour l'avenir?

[Traduction]

M. Power : Merci de la question. En mars, les gens faisaient provision de tous leurs médicaments, mais l'accent était particulièrement mis sur les médicaments pour les difficultés respiratoires. Le salbutamol, que j'ai mentionné plus tôt, dont la marque commerciale est Ventolin; certains essayaient d'en obtenir de grandes quantités parce que les gens au Canada savaient qu'il s'agissait d'un virus respiratoire et que l'essoufflement était l'un des symptômes courants. Ce médicament était particulièrement concerné.

Il y en a eu d'autres pour lesquels nous savons qu'il y avait beaucoup de demande, mais pas de pénurie. Les diabétiques essayaient d'obtenir de grandes quantités d'insuline et d'autres médicaments contre le diabète, et à peu près tous les gens qui prenaient des traitements pour les maladies chroniques, donc le cholestérol, les maladies cardiaques, l'hypertension, à peu près tout. Donc, ce n'était pas vraiment une demande ciblée, cela concernait l'ensemble du système.

Le sénateur R. Black : Ma question s'adresse aux trois témoins. En ce qui concerne les collectivités rurales, éloignées et nordiques, selon vous, quelles mesures doivent être prises pour aider à renforcer la capacité humaine dans ces régions afin de mieux réagir à cette pandémie et aux épidémies futures?

Ma deuxième question porte sur les producteurs agricoles ou les agriculteurs. Constatez-vous une évolution des chiffres s'agissant des agriculteurs qui viennent vous voir, qui sont touchés par la pandémie ou qui ont besoin de vos services?

Dre Tromp : Je répondrai d'abord à la deuxième question parce qu'il y a des agriculteurs dans ma collectivité.

I have not seen — [Technical difficulties] — for any particular services beyond any other group. I would say on average our requests for services have gone down and it has been pretty well across the board. I'm seeing my patients mostly on the phone, and I am seeing one third to one half the number of patients per day as I would normally see. Some weeks are busier, some not, but I would say on average it's in that range and I have not noticed a difference in the farm population.

When you ask how we respond to this pandemic, what is the care we need — the challenge is we need something that is flexible. For example, I was talking to Dr. James Irvine, who is the medical officer of health in the area of La Loche, Saskatchewan, and I asked him about having all these people with COVID and what he needed. He said it wasn't doctors and nurses they needed. They needed public health people, they needed people to do the contact tracing and to phone everyone. He said they had lots of public health people in La Loche, and then our regional office is in La Ronge, and they had to get lots of people in there and get lots of people in Saskatoon working for them.

When it hits, what you will need is so variable from community to community that you need to have a very flexible system in some way, and that's what makes it particularly challenging. Where I live, we've had no increased medical needs because we have not had an outbreak, and there are a lot of people who partially laid off their staff because their offices are less busy, and so we don't need front-line workers in our community, but there are other communities who do, and for some people it's not front-line workers. It might be another — [Technical difficulties] — health professional. They might need pharmacists in some areas, or paramedics or nurses. As you go into the northern communities, as you're probably aware, a lot of the northern Indigenous communities are staffed by nurses in nursing stations. That might be a need in certain communities too. If you get an outbreak in one of these communities, you will need a lot of extra nurses to help you out.

The needs are unpredictable, and to be nimble enough to fill those needs as they come up is the real challenge.

Dr. Dattani: I will add to what Dr. Tromp said. She made a good point about the need to be nimble. In most rural and remote communities across Canada, there is a pharmacy that often — and I heard someone say it this morning — is the only pharmacy, and sometimes it almost functions like an emergency department

Je n'ai pas vu [Difficultés techniques] de services particuliers qui dépassent ceux d'autres groupes. Je dirais qu'en moyenne, nos demandes de services ont diminué de façon généralisée. Les consultations avec mes patients se font surtout par téléphone, et je vois entre un tiers et la moitié du nombre de patients que je vois normalement. Certaines semaines sont plus occupées, d'autres moins, mais je dirais qu'en moyenne, c'est de cet ordre et je n'ai pas remarqué de différence en ce qui concerne la population agricole.

Quand vous demandez comment nous réagissons à cette pandémie, quels sont les soins dont nous avons besoin — le défi est que nous avons besoin de quelque chose de flexible. Par exemple, j'ai parlé au Dr James Irvine, médecin hygiéniste dans la région de La Loche, en Saskatchewan, et je lui ai demandé ce dont il avait besoin pour gérer toutes ces personnes touchées par la COVID. Il a répondu qu'ils n'avaient pas besoin de médecins et d'infirmières. Ils avaient besoin de gens de la santé publique, ils avaient besoin de gens pour rechercher les contacts et pour téléphoner à tout le monde. Il a dit qu'il y avait beaucoup de responsables de la santé publique à La Loche, que le bureau régional était à La Ronge, qu'il avait fallu y faire venir beaucoup de gens et que beaucoup de gens à Saskatoon travaillaient pour eux.

Lorsque la pandémie frappe, les besoins varient tellement d'une collectivité à l'autre qu'il faut un système très souple en quelque sorte, et c'est ce qui rend la situation particulièrement difficile. Là où j'habite, nous n'avons pas eu d'augmentation des besoins médicaux parce qu'il n'y a pas eu d'épidémie, et beaucoup de gens ont partiellement mis à pied leur personnel parce que leurs bureaux sont moins occupés. Nous n'avons donc pas besoin de travailleurs de première ligne dans notre collectivité, mais il y a d'autres collectivités qui en ont besoin. Dans certains cas, les besoins ne concernent pas les travailleurs de première ligne. Il peut s'agir d'un autre [Difficultés techniques] professionnel de la santé. Ils ont peut-être besoin de pharmaciens dans certaines régions, d'ambulanciers paramédicaux ou d'infirmières. Dans les collectivités du Nord, comme vous le savez probablement, beaucoup de collectivités autochtones sont dotées d'infirmières dans des postes de soins infirmiers. Cela pourrait aussi être nécessaire dans certaines collectivités. Si une épidémie se déclare dans l'une de ces collectivités, vous aurez besoin de beaucoup d'infirmières supplémentaires pour vous aider.

Les besoins sont imprévisibles et le véritable défi consiste à faire preuve d'assez de souplesse pour répondre à ces besoins au fur et à mesure qu'ils se présentent.

Mme Dattani : Je vais renchérir sur ce qu'a dit la Dre Tromp. Elle a soulevé un bon point en mentionnant la nécessité d'être souple. Dans la plupart des collectivités rurales et éloignées du Canada, il y a une pharmacie qui souvent — et j'ai entendu quelqu'un le dire ce matin — est la seule pharmacie et qui

in their community. They do as much for their patients as they can.

Enablers to that capacity could be things like expanding the scope of practice. We have examples from previous pandemics, like the wildfires in Alberta where pharmacists were prescribing medications for people and delivering them, and managing for two or three weeks because they had the ability and the flexibility with expanded scope, and because they had access by being in those communities.

There are similar examples from the snowstorm earlier this year in Newfoundland, where things shut down and pharmacists were enabled through their access, and also through some scope expansions, to be able to quickly build capacity and serve patients, particularly in remote areas.

The idea of being nimble and also the idea of preparedness planning and building capacity, and learning from this and other pandemics, to be able to prepare for either the next phase or the next pandemic, is something we need to think about now in terms of leveraging the value that each of the health care providers can offer to patients in these communities.

Mr. Poirier: I will offer a comment on that one. Thank you for the question, senator.

Probably about four years ago we started working with the Minister of Health, and then the Minister of Indigenous Services, with respect to the idea that the Indigenous communities and their health is the responsibility of the federal government. Our challenge has been to get paramedics into rural and remote Indigenous communities, and that has been a long-term piece of work. Currently, we have an individual working with the First Nations and Inuit Health Branch here in Ottawa, and we've been laying all the groundwork and we're in negotiation with NAN, the Indigenous group in northwestern Ontario, to bring paramedics into those communities.

That's an example of how we're trying to extend the value of paramedics to the federal government, and working through the details to ensure paramedics can support, and not take over what the nurses do in the nursing stage, but actually bring value to those communities. That's why it has been so important that we've been working with FNIHB and with the NAN group.

Senator R. Black: I will say thanks to Dr. Tromp for her very first line: "Once you've seen one rural community, you've seen one rural community," and I fully agree. Thank you very much.

parfois fait presque office de service d'urgence dans la collectivité. Elles font le plus possible pour leurs clients.

Les facteurs habilitants de cette capacité pourraient être, par exemple, l'élargissement du champ de pratique. Nous avons des exemples de situations d'urgence antérieures, comme les feux de forêt en Alberta, où les pharmaciens ont prescrit et livré des médicaments aux gens et ont pu composer avec la situation pendant deux ou trois semaines parce que l'élargissement de leur champ de pratique leur donnait la capacité et la souplesse nécessaires et parce qu'ils étaient déjà sur place dans les collectivités touchées.

Il y a eu des exemples semblables pendant la tempête de neige qui a frappé Terre-Neuve plus tôt cette année, où les activités ont été interrompues et où les pharmaciens ont pu, du fait de leur présence dans les collectivités et aussi grâce à l'élargissement de leur champ de pratique, renforcer rapidement les capacités et servir les patients, particulièrement dans les régions éloignées.

Nous devons réfléchir dès maintenant à l'impératif de souplesse et aussi à la nécessité de bien planifier la préparation aux urgences et le renforcement des capacités et de tirer des leçons de la situation actuelle et d'autres pandémies pour se préparer à la prochaine phase ou à la prochaine pandémie, en mettant à profit ce que chacun des fournisseurs de soins de santé est en mesure d'apporter aux gens dans ces collectivités.

M. Poirier : Je voudrais faire une observation à ce sujet. Je vous remercie de votre question, monsieur le sénateur.

Il y a environ quatre ans, nous avons commencé à travailler avec la ministre de la Santé, puis avec le ministre des Services aux Autochtones, étant donné que les collectivités autochtones et leur santé sont du ressort du gouvernement fédéral. Notre défi a été d'amener les ambulanciers paramédicaux dans les collectivités autochtones rurales et éloignées, ce qui a été un travail de longue haleine. À l'heure actuelle, nous avons une personne qui travaille avec la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits ici à Ottawa et nous avons fait tout le travail préparatoire. Nous sommes en négociation avec la NNA, le groupe autochtone du Nord-Ouest de l'Ontario, en vue de pouvoir envoyer des ambulanciers paramédicaux dans ces collectivités.

Voilà un exemple de la façon dont nous essayons d'étendre au domaine fédéral les activités des ambulanciers paramédicaux et de surmonter les difficultés de détail pour faire en sorte que les ambulanciers paramédicaux puissent soutenir, et non pas prendre en charge, le travail des infirmières, et apporter ainsi une contribution de valeur à ces communautés. C'est pourquoi il est si important de travailler avec la DGSPNI et le groupe de la NNA.

Le sénateur R. Black : Je tiens à féliciter la Dre Tromp d'avoir débuté son exposé en disant que « nous qui travaillons dans les collectivités rurales avons un dicton : "Une fois qu'on a

The Chair: I do have a question that has been on my mind, Mr. Poirier, ever since you first spoke, so I want to ask you this question. In this study, we are really conscious of the different jurisdictions and decisions that are provincial, and we are studying this government response to a pandemic that covers all Canada. Earlier, you said in some provinces, calling the paramedics might come at a high cost and some individuals may choose not to do it because they can't. That strongly resonated with me because of the consequences we know it can have.

This government, in its response to COVID-19, has strongly committed to connect with the provinces and to help, even in the jurisdictions that are provincial. I'm trying to get a sense if your organization, and maybe Dr. Tromp, feel that this connection and this help is happening, and maybe give us some examples that this response to the provinces is actually felt by your different organizations.

Mr. Poirier: It is an excellent question. There is data already out of New York City where the number of cardiac arrests have gone up as a consequence of people not paying attention to chest pain, and we're starting to see that anecdotally across the country in larger urban municipalities, where people are choosing not to, for fear of COVID-19 at the hospital, which is a very strange thought, but is something within society at present. I believe there is a real concern about that. The other piece I mentioned earlier was about the cost across the country.

It has always had this nuanced impact on people. In Ontario, an individual through the health insurance may pay no more than \$50 for the paramedics to provide service, whereas in Alberta, Saskatchewan and New Brunswick you can be paying hundreds of dollars, depending on how far you've been transported. I recognize it's a provincial responsibility, but it is one of those inequities in health care that I think is inappropriate.

Dr. Tromp: I don't work in Prince Edward Island, but I've been told that the drug plan for Prince Edward Island is really quite minimal. In Ontario, once you're above 65, you get the majority of your prescriptions paid for, but a colleague told me that is not the case in Prince Edward Island. This particular worker, I believe she was a nurse, said she spent the majority of her days trying to figure out how to get people's medication paid for. Dr. Dattani probably knows this more than I, whether that's true.

vu une collectivité rurale, on n'en connaît toujours qu'une." » Je suis tout à fait d'accord avec elle sur ce point et je la remercie vivement de l'avoir exprimé.

La présidente : J'ai une question qui m'est venue à l'esprit, monsieur Poirier, depuis que vous avez pris la parole. Dans le cadre de notre étude, nous restons toujours conscients des différentes compétences et décisions qui appartiennent aux provinces et nous étudions la réponse du gouvernement à une pandémie qui couvre tout le territoire canadien. Tout à l'heure, vous avez dit que, dans certaines provinces, cela peut coûter cher d'appeler les ambulanciers paramédicaux et que certaines personnes, faute de pouvoir les payer, pourraient choisir de ne pas recourir à leurs services. Votre remarque a piqué mon intérêt, vu les conséquences que cela peut avoir.

Dans sa réponse à la COVID-19, le gouvernement s'est fermement engagé à demeurer au contact des provinces et à les aider, même dans les champs de compétence des provinces. Je voudrais savoir si votre organisme, et peut-être aussi la Dre Tromp, estime que ce contact et cette aide existent effectivement. Peut-être pourriez-vous nous donner des exemples montrant que cet engagement face aux provinces se répercute réellement sur vos différents organismes.

M. Poirier : Voilà une excellente question. Il y a déjà des données recueillies à New York qui font voir que le nombre d'arrêts cardiaques a augmenté parce que les gens ne prêtent pas attention à une douleur thoracique. Nous commençons à le constater de façon anecdotique partout au pays dans les grands centres urbains, où des gens choisissent de ne pas se rendre à l'hôpital par crainte d'y contracter la COVID-19. C'est une idée très étrange, mais qui a néanmoins cours dans la société à l'heure actuelle. Je crois qu'il existe de réelles inquiétudes à ce sujet. L'autre facteur, que j'ai mentionné plus tôt, tient aux coûts qui divergent à l'échelle du pays.

Cela a toujours eu cette incidence nuancée sur les gens. En Ontario, une personne couverte par l'assurance-maladie ne paie pas plus de 50 \$ pour les services paramédicaux, alors qu'en Alberta, en Saskatchewan et au Nouveau-Brunswick, les gens peuvent avoir à payer des centaines de dollars, selon la distance parcourue. Je sais bien qu'il s'agit d'une responsabilité provinciale, mais c'est l'une de ces disparités dans les soins de santé qui, à mon avis, n'est pas justifiée.

Dre Tromp : Je ne travaille pas à l'Île-du-Prince-Édouard, mais on m'a dit que la couverture du régime d'assurance-médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard est vraiment minimale. En Ontario, si vous avez plus de 65 ans, la plupart de vos ordonnances vous sont remboursées, ce qui n'est pas le cas à l'Île-du-Prince-Édouard, selon ce que m'a dit une collègue. Cette travailleuse, je crois qu'elle est infirmière, m'a dit passer la plus grande partie de sa journée à tenter de trouver des moyens de faire payer les médicaments des gens. Mme Dattani, mieux que moi sans doute, saurait dire si c'est effectivement le cas.

So there are these wide disparities. How do we find the balance between having provincial responsibility but having some consistency from province to province? Again, I guess that is a constitutional challenge how we figure that out.

The Society of Rural Physicians has been working with the licensing bodies about the possibility of having portable licences, so that if I'm licensed in Ontario and there is a great need for physicians in La Loche, Saskatchewan, which there is not right now, that I could go and help there. But I don't have a Saskatchewan licence. All the licences are provincial.

I want to say something about Indigenous Services Canada because we have worked with them and I think people feel generally quite positive. Tom Wong seems to be doing a great job. He has been making surge plans for Indigenous communities. If they get a big outbreak, he has lists of people across the country who have volunteered to help out. He's done that through the various disciplines. I've been working primarily for physicians, but I know he also has people of other disciplines who have volunteered for that. At this point he has to get them from the same province. He can't take someone from Ontario to work in Saskatchewan. That is also a bit of a challenge.

Some of the licensing bodies are making it easier during the pandemic to move across. For example, the Northwest Territories lightened things up, but they only made it for Alberta physicians. I had a colleague from B.C. who wanted to go to the Northwest Territories. He couldn't because he was from B.C. and not from Alberta.

I want to say very briefly that I am very supportive of multidisciplinary care and what everyone can contribute. One of the challenges I find is the communication. I'm very supportive that a pharmacist can see my patient and do things, but I don't necessarily get a communication of what was done. So then I see the patient the next time and I'm trying to figure it out.

As we get this multidisciplinary care going, which is great, we have to work on how we communicate among ourselves, so we all understand what the other person is doing. That's a big challenge.

Dr. Dattani: I was going to say I agree. We need our electronic health records to help us with that. But communication and documentation are important for all of us.

Il y a donc de grandes disparités. Comment mettre en équilibre le respect de la responsabilité provinciale et le désir d'une certaine uniformité entre les provinces? Encore une fois, je suppose que la réponse à cela tient à la problématique constitutionnelle.

La Société de la médecine rurale du Canada a examiné avec les organismes d'attribution des permis la possibilité d'avoir des permis transférables, de sorte que je puisse, moi qui suis autorisée à pratiquer la médecine en Ontario, aller prêter main-forte à La Loche, en Saskatchewan, par exemple, s'il y avait là un grand besoin de médecins, ce qui n'est pas le cas actuellement. Mais je n'ai pas le permis de pratiquer la médecine en Saskatchewan. Les permis sont provinciaux.

Je veux dire un mot sur le ministère des Services aux Autochtones, parce que nous avons travaillé avec lui et que les gens, je pense, en ont gardé une impression générale très positive. Tom Wong semble y faire un excellent travail. Il a préparé, pour les communautés autochtones, des plans d'urgence en cas d'intensification. S'il devait se produire une épidémie importante, les listes de gens, de partout au pays, qui se sont portés volontaires pour y prêter main-forte, sont prêtes. Ces listes comprennent des gens de diverses disciplines. Je travaille surtout du côté des médecins, mais je sais qu'il a aussi des gens d'autres disciplines qui se sont portés volontaires. À ce stade-ci, on doit tous les faire venir de la même province. On ne peut pas faire venir quelqu'un de l'Ontario pour travailler en Saskatchewan. Cela aussi pose des difficultés.

Certains organismes d'attribution des permis facilitent les déplacements pendant la pandémie. Par exemple, les Territoires du Nord-Ouest ont assoupli la réglementation, accordant le droit de pratiquer aux médecins de l'Alberta, mais de l'Alberta seulement. L'un de mes collègues de la Colombie-Britannique voulait se rendre dans les Territoires du Nord-Ouest, mais il n'a pas pu y aller parce qu'il n'était pas de l'Alberta.

Je tiens à dire très brièvement que je suis très favorable aux soins multidisciplinaires et consciente de la valeur des apports de chacun. L'une des difficultés que je constate, c'est la communication. Je ne fais aucune objection à ce qu'un pharmacien voie et traite mon patient, mais je voudrais quand même qu'on me communique le dossier, ce qui ne se fait pas automatiquement. Je dois donc attendre de revoir ce patient pour tenter de comprendre ce qui a été fait.

À mesure que nous mettrons en place les soins multidisciplinaires, ce que je trouve formidable, il faudra faire un effort sérieux au chapitre de la communication, afin que chacun puisse comprendre ce que font les autres. Ce sera tout un défi.

Mme Dattani : J'abonde dans le même sens. Les médecins ont besoin de dossiers de santé électroniques pour les aider sur ce plan. Mais la communication et la documentation sont importantes pour nous tous.

Senator Pate: Thank you to all of you for all your work and your presentations. I have two questions. One may be a simple answer, but the first one may not.

You've all talked about variations. Many of us have experienced that in terms of, not just during this pandemic, but if someone moves from province to province. A number of gaps in services have shown up during this pandemic. Is there anywhere a good description of what is covered from province to province, in a compilation that would be easy for senators to look at as a group? If there isn't, that's obviously a need-to-have.

My second question is one of the things that Minister Hajdu said — and I believe I quoted her last week or the week before — about the fact that in this crisis many have come together and created important vital health care guidelines, and has speculated that perhaps we need to be looking at those as national standards moving forward.

Is that a sentiment that each of you would share?

Dr. Tromp: I would say that we have to be a titch careful about the use of a guideline versus a standard because there's always a judgment. The standard or the guideline might say that everybody has to have their blood pressure below 140 over 90, but you have this patient in front of you who has these issues — maybe poverty, maybe just has other priorities in their life or whatever — so we have to leave open personal choice and values. When you call it a national standard, I'm not sure what "standard" means. These things have to be adjustable for the community.

In rural communities, what might be considered the standard or the guideline for a large urban centre will not apply. There is a health professional called a respiratory technician or technologist, an RT, who runs the ventilators and helps with intubation and sets all that up. There is virtually no rural community in Canada that has an RT working in their hospital.

If you have a guideline about how to intubate, and this is what the doctor and the RT and the nurse does, it obviously has to be adjusted for rural communities who don't have RTs. That's just an example.

We have to be really careful about our wording. Guidelines or standards or whatever word we're going to be using have to be adaptable to the needs of the local community and the workforce of the local community. As we've talked about multidisciplinary care, in certain communities you might say: I've got this person to help me, they're such-and-such professional and they would

La sénatrice Pate : Je vous remercie tous de votre travail et de vos exposés. J'ai deux questions. La réponse à l'une sera peut-être simple, mais la réponse à la première question risque de ne pas l'être.

Vous avez tous parlé de variations entre les provinces. Beaucoup d'entre nous ont vécu cela non seulement pendant cette pandémie, mais aussi lors d'un déménagement d'une province à l'autre. Plusieurs lacunes dans les services se sont manifestées pendant cette pandémie. Existe-t-il quelque part une bonne description de ce qui est couvert dans les différentes provinces, une compilation que les sénateurs pourraient facilement examiner en groupe? S'il n'y en a pas, ce serait évidemment nécessaire.

Ma deuxième question porte sur l'une des choses que la ministre Hajdu a dites — je crois l'avoir citée la semaine dernière ou celle d'avant —, à savoir qu'au cours de cette crise beaucoup de gens se sont rencontrés pour établir d'importantes lignes directrices en matière de soins de santé; elle a spéculé sur la possibilité d'en faire des normes nationales à l'avenir.

Est-ce un sentiment que vous partagez?

Dre Tromp : Je dirais qu'il faut être prudent quand il s'agit d'une ligne directrice, par opposition à une norme, parce qu'elle suppose toujours un jugement. La norme ou la ligne directrice pourrait bien affirmer que tout le monde doit avoir une tension artérielle inférieure à 140 sur 90, mais il se peut que vous ayez un patient qui a des problèmes — peut-être la pauvreté, peut-être simplement d'autres priorités dans sa vie ou autre chose —, et vous devez alors respecter ses choix personnels et ses valeurs. Quand vous parlez de norme nationale, je ne sais pas trop ce que vous entendez par « norme ». Ces textes doivent être adaptables à la collectivité concernée.

Dans les collectivités rurales, ce qui pourrait être tenu pour une norme ou une ligne directrice dans un grand centre urbain n'est pas applicable. Par exemple, le professionnel de la santé appelé technicien en thérapie respiratoire ou technologue respiratoire — un TR — s'occupe du fonctionnement des ventilateurs, aide à l'intubation et met tout cela en place. Or, il n'y a pratiquement aucune collectivité rurale au Canada où un TR travaille en milieu hospitalier.

S'il y a une ligne directrice sur la façon d'intuber, c'est ce que font le médecin, le TR et l'infirmière, il faut évidemment l'adapter aux collectivités rurales qui n'ont pas de TR. Ce n'est qu'un exemple.

Nous devons faire preuve de grande prudence dans notre choix de mots. Les lignes directrices ou les normes, quel que soit le terme employé, doivent être adaptables aux besoins de la collectivité concernée et de la main-d'œuvre locale. S'agissant des soins multidisciplinaires dont nous avons parlé, on pourrait, dans certaines collectivités, constater que tel professionnel est

be great to help me out and I'm going to get them to help me. In another place it might not be so appropriate.

How do we do standards and still leave the appropriate adaptability?

Dr. Dattani: If I can add to Dr. Tromp's point. I agree with many of the points she mentioned. We have to be careful, particularly in the area of this pandemic, using words like "standards" and "guidelines." In fact, we're really in a situation where we have a virus we have never seen before and everything is very fluid in terms of how we practise. I think it's a bit more in terms of expert consensus, and taking an interdisciplinary approach to expert consensus.

For example, we've developed what we feel are best practice, expert consensus papers for the use of PPE in community pharmacies, because if we had waited for public health guidance nationally — we're still waiting for those specifics. We have to use what we think is best and take some of the experts out there, including physicians and nurses and others that work in this way, and come up with some expert consensus and be ready for living documents that are continuing to be fluid, and accept that they will adapt and change because we are in an unprecedented time.

I think that also applies with working interdisciplinarily to leverage other scopes of practice even though there might not be a randomized control trial saying I have impacted patient mortality with respect to opioid use disorder. To your point, Dr. Tromp, the need is to be nimble and work together as a health care provider community, where we feel there can be help from many health care providers. So on a practice level and more on an expert consensus level.

The Chair: Thank you very much for these questions. We do have time for a next round of questions. You will notice that Mr. Poirier had to leave us, but our other witnesses are with us and staying for the next 20 minutes, until we conclude this meeting.

In this next round of questions, I would ask my colleagues to focus on one question and one answer by one witness. In this way, we can maximize our chances to have everybody asking their question.

disponible, qu'il appartient à telle discipline, qu'il serait ravi d'apporter son aide et qu'il faut faire appel à lui. Dans une autre collectivité, ce ne serait peut-être pas approprié.

Comment établir des normes tout en conservant la capacité d'adaptation appropriée?

Mme Dattani : Si vous me permettez d'ajouter quelque chose à ce qu'a dit la Dre Tromp. Je suis d'accord avec elle sur bon nombre des points qu'elle a soulevés. Nous devons être prudents, surtout dans le contexte de cette pandémie, quand on emploie des mots comme « normes » et « lignes directrices ». En fait, nous sommes réellement dans une situation où un virus jusqu'ici inconnu fait des ravages et où tout dans notre façon de pratiquer est très fluide. Je crois qu'elle procède davantage d'un consensus d'experts et d'une approche interdisciplinaire menant à consensus d'experts.

Par exemple, nous avons élaboré ce que nous estimons être des pratiques exemplaires, rédigé des documents de consensus d'experts sur l'utilisation de l'EPI dans les pharmacies communautaires, parce que si nous avions attendu les directives nationales en matière de santé publique, nous serions toujours dans l'ignorance des exigences détaillées. Nous devons utiliser ce que nous croyons être le mieux et faire appel à certains experts, dont des médecins, des infirmières et d'autres qui travaillent de cette façon, pour en arriver à un consensus, pour être en mesure de produire des documents évolutifs qui, par nature, demeureront fluides et pour comprendre qu'ils seront adaptables et changeants parce que nous vivons une période sans précédent.

Je pense que cela s'applique également au travail interdisciplinaire qui met à profit les travaux dans d'autres champs de pratique, même s'ils ne comportent pas d'essais cliniques randomisés montrant, par exemple, telle incidence sur la mortalité de patients atteints de troubles liés à la consommation d'opioïdes. Pour revenir à ce que vous disiez, docteur Tromp, il faut faire preuve de souplesse et travailler ensemble en tant que fournisseurs de soins de santé, là où nous estimons que les fournisseurs appartenant à différentes disciplines peuvent être mis à contribution. Donc, au niveau de la pratique et plus encore au niveau du consensus d'experts.

La présidente : Merci beaucoup de ces interventions. Nous avons le temps pour une dernière série de questions. Vous remarquerez que M. Poirier a dû nous quitter, mais nos autres témoins sont toujours là et le demeureront encore 20 minutes, jusqu'à la fin de la séance.

Au cours de la prochaine série de questions, je demanderais à mes collègues de s'en tenir à une seule question par témoin. Nous pourrions ainsi maximiser pour tous les chances de poser une question.

Senator Poirier: My question was for Mr. Poirier, and he has just left. So I will leave it at that, but thank you, Madam Chair.

[*Translation*]

The Chair: Thank you very much. If you want to send your question in writing, we will make sure to get an answer and share it.

[*English*]

Senator Forest-Niesing: My question is addressed to the Canadian Pharmacists Association, Dr. Dattani and perhaps Dr. Power.

Researchers around the world are working hard to find a vaccine. That, of course, is part of the response of governments around the world. Once the vaccine has been discovered and becomes available, the global demand will be exponential, and I'm concerned about how prepared Canada is for the vaccine. Once it becomes available, how can we ensure it's going to be made available everywhere, in sufficient quantity and rapidly?

Perhaps, as a secondary point, what's the role of the pharmacists in relation to the availability?

Dr. Dattani: Sure. I can start. With respect to availability of a vaccine coming rapidly to fruition, we don't have direct involvement. But, certainly indirectly, as you're probably aware, there are rapid-fire clinical trials going on across the world. There is international funding happening. A large study is happening now in our own country at Dalhousie University, in phase one and phase two clinical trials. That's exciting that we are also seeing some national drug development here within our own country. I think that provides us with some hope that we will not be waiting 18 months, hopefully, for a vaccine, but that some time next year we will see one. The science is moving very quickly on that, as I'm sure you know.

I agree with you that there will be a demand for this. I think there will be a change in looking at all immunizations. Based on the precedents of influenza with respect to the role of pharmacists, as I previously described, pharmacists really were able to change the way Canadians access their preventive care through vaccinating 30% of all people who got flu vaccines. Again, with the accessibility and the convenience and the ability to go to a pharmacy seven days a week, I don't see the COVID vaccine as being any different.

La sénatrice Poirier : Je comptais adresser ma question à M. Poirier, qui vient de partir. Je vais donc m'abstenir, mais je tiens quand même à vous remercier, madame la présidente.

[*Français*]

La présidente : Merci beaucoup. Si vous voulez envoyer votre question par écrit, nous nous assurerons d'obtenir une réponse et de la partager.

[*Traduction*]

La sénatrice Forest-Niesing : Ma question s'adresse à l'Association des pharmaciens du Canada, à Mme Dattani, et peut-être à M. Power.

Dans le monde entier, des chercheurs travaillent d'arrache-pied pour trouver un vaccin. Cela fait évidemment partie de la réponse des gouvernements partout au monde. Il faut prévoir, une fois le vaccin trouvé et disponible, une demande extraordinaire à l'échelle mondiale, et je me demande dans quelle mesure le Canada sera prêt. Une fois qu'il sera disponible, comment pouvons-nous nous assurer que le vaccin sera disponible partout, en quantité suffisante et rapidement?

Sur un point peut-être secondaire, quel sera le rôle des pharmaciens quant à sa disponibilité?

Mme Dattani : D'accord. Je répondrai en premier. Pour ce qui est de la disponibilité rapide d'un vaccin, nous n'avons aucune action directe. Mais nous avons certes une action indirecte. Comme vous le savez sans doute, des essais cliniques rapides sont en cours partout dans le monde. Il y a du financement international. Une vaste étude est actuellement en cours dans notre propre pays, à l'Université Dalhousie, sous forme d'essais cliniques de phase 1 et de phase 2. C'est emballant de savoir qu'une partie de l'effort de mise au point de médicaments se fait aussi à l'intérieur du pays. Je pense que cela nous permet de penser que nous n'aurons pas à attendre 18 mois pour obtenir un vaccin, mais que nous en verrons un, espérons-le, d'ici un an. Les avancées scientifiques sont très rapides dans ce domaine, comme vous le savez sans doute.

Je suis d'accord avec vous pour dire que le vaccin sera en forte demande. Je pense qu'il se produira un changement dans la façon de procéder à toutes les vaccinations. Si on examine le rôle des pharmaciens dans les précédentes campagnes de vaccination contre la grippe saisonnière, que j'ai déjà décrit, on constate que les pharmaciens ont vraiment fait évoluer la façon dont les Canadiens accèdent à leurs soins préventifs, puisque ce sont eux qui ont administré 30 % de tous les vaccins contre la grippe. Encore une fois, compte tenu de l'accessibilité, de la commodité

It's important to recognize — as we talked about earlier with respect to one of the senator's comments about vaccine hesitancy — as important as it is to administer the vaccine, the education and the public health role that pharmacists can play in that role should not be under-represented either. Particularly with their accessibility and their long-term relationships with patients, they will have a big role to play there also.

Senator Omidvar: My question was for Mr. Poirier, but I will shift it to Dr. Dattani and Dr. Power. I hope they have a response.

The question is about the virus and race. We know from other jurisdictions that the virus is not blind to race. In the U.S., we know that the Black community has been severely impacted. We don't collect this data in Canada.

My question to you is, anecdotally — because your members face the customers, Dr. Power and Dr. Dattani — can you confirm whether this phenomenon has been observed? And if we did collect data, how would it help your members?

Dr. Dattani: That's a very good question. You're right, it's difficult to speculate without data. So we don't have the data in Canada in terms of how demographics, racial determinants, social determinants of health affect the impacts of this virus. But, as you say, it doesn't appear to be blind to race. We know the information from the U.S. is suggesting that the African-American community doesn't do as well.

I would not say this from my personal practice but just from my anecdotal discussions with colleagues across the globe. I have seen and heard from pharmacist colleagues in countries like Italy and the U.K. We've seen a tremendous impact on Italian communities, even on my own South Asian community in the U.K. You could speculate that some of that could be due to the intergenerational families commonly living together, and the challenges that may be associated with that. But, again, for me that would just be speculation. There have also been health care providers that have been affected. It's difficult to know, unless you have that data, what some of the racial or genotypic differences might be.

Senator Omidvar: If we had this data, would it help your members across the country?

et de la possibilité d'aller à la pharmacie sept jours par semaine, je ne vois pas pourquoi les choses se passeraient différemment pour le vaccin contre la COVID.

Il est important de reconnaître — comme nous l'avons dit tout à l'heure en réponse à une remarque d'une sénatrice au sujet de la réticence vaccinale — que, même s'il convient d'administrer le vaccin, l'éducation et le rôle que peuvent assumer les pharmaciens à cet égard, sur le plan de la santé publique, ne doivent pas être négligés. Compte tenu de leur accessibilité et de leurs relations à long terme avec les patients, ils auront également un grand rôle à jouer.

La sénatrice Omidvar : Ma question s'adressait à M. Poirier, mais je vais la poser à Mme Dattani et à M. Power. J'espère qu'ils vont pouvoir y répondre.

La question porte sur le lien entre le virus et la race. Nous savons que le virus n'est pas neutre par rapport à la race. Aux États-Unis, nous savons que la communauté noire a été durement touchée, mais nous ne recueillons pas ce genre de données au Canada.

Ma question est la suivante. Étant donné que vos membres, monsieur Power et madame Dattani, sont au contact de leurs clients, pouvez-vous nous dire si l'on a observé le même phénomène? Et si nous recueillions des données à cet égard, en quoi aideraient-elles vos membres?

Mme Dattani : C'est une très bonne question. Vous avez raison, il est difficile de spéculer sans données et nous n'avons donc pas de données au Canada sur la façon dont la démographie, les déterminants raciaux et les déterminants sociaux de la santé influent sur les effets de ce virus. Cependant, comme vous le dites, le virus ne semble pas neutre face à la race. D'après les informations en provenance des États-Unis, il semble que la communauté afro-américaine ne s'en sort pas aussi bien que les autres.

Je ne dis pas cela en me fondant sur ma propre expérience, mais simplement sur des discussions que j'ai eues avec des collègues de partout dans le monde. J'ai vu et entendu des collègues pharmaciens dans des pays comme l'Italie et le Royaume-Uni. Nous avons constaté l'impact énorme sur les communautés italiennes, même sur ma propre communauté sud-asiatique, au Royaume-Uni. On peut supposer que cela peut être en partie dû au fait que les familles intergénérationnelles vivent souvent ensemble et que cette situation peut poser problème. Il demeure, quant à moi, que tout cela ne sont que pures spéculations. Des fournisseurs de soins de santé ont également été touchés. Il est difficile d'expliquer certaines différences raciales ou génotypiques, à moins d'avoir ces données.

La sénatrice Omidvar : Si nous avions ces données, cela aiderait-il vos membres partout au pays?

Dr. Dattani: I think it could help with a sense of understanding how to educate patients. There are even different ways that people metabolize drugs based on genotype, and phenotype differences based on race. It could help in some of those aspects as well. Unfortunately, we don't have the information.

Senator Omidvar: Do I have time for a second question, Senator Petitclerc?

The Chair: I will put you on a third round if you're fine with that.

Senator Dasko: I had a number of questions, but my colleagues have asked most of them. I do have one question for Dr. Tromp. I know we've talked about this cottage thing back and forth, but I just want to attack it one more time, if you don't mind.

I am a Torontonian. I have several friends who left for their country houses or cottages the moment this crisis hit. The premier here in Ontario said to us, "You shouldn't go to the cottage because rural hospitals would be overcome with people going there."

From what you've said so far, I would conclude that possibly not even one rural hospital has been overcome with these kinds of cases. I know you spoke about your own personal experience in your hospital. Have any hospitals in Ontario been overcome? I'm looking for evidence here.

Dr. Tromp: Yes. I think we've done quite well. I'm not aware of any hospitals in Ontario that have been overcome.

Maybe La Loche is feeling a little bit overcome, in Saskatchewan. I don't know. We know that there are specific areas that had great outcomes in the long-term care, like Bobcaygeon and Hagersville. I haven't heard specifically from those that are hospitals. With long-term care, a lot of those patients choose not to go to the hospital because of their level of care. I have not heard that those have been overcome.

The difficulty in a pandemic is that we don't know. Who said the trouble with the future is it's so darn hard to predict? We don't know for sure what's going to happen. It's always fine in the balance, but as someone said, if we do a really good job and there's no major outbreak, everyone will say we overdid it — we put in far too many measures. If we don't do enough and we get an outbreak, then we'll say we underdid it. Again, it's a value judgment. I do this a lot with patients. Do you want to take this medication just in case it might help you prevent a heart attack, but the chance it's going to help is 1 out of 100? We're making similar decisions now on a societal level and we have to have the society as a whole involved in these decisions. So do we want to

Mme Dattani : Je pense que cela nous aiderait à savoir comment éduquer nos patients. Il y a même des différences dans la façon dont les gens métabolisent les médicaments en fonction du génotype, et les différences de phénotype en fonction de la race. Cela pourrait aussi aider à certains de ces aspects. Malheureusement, nous n'avons pas l'information.

La sénatrice Omidvar : Ai-je le temps de poser une deuxième question, sénatrice Petitclerc?

La présidente : Je vous inscris au troisième tour si cela vous convient.

La sénatrice Dasko : J'avais plusieurs questions, mais mes collègues en ont posé la plupart. J'ai une question pour la Dre Tromp. Je sais que nous avons parlé des chalets, mais j'aimerais y revenir, si vous n'avez rien contre.

Je suis Torontoise. J'ai plusieurs amis qui sont partis pour leur maison de campagne ou leur chalet dès que la crise a éclaté. Le premier ministre de l'Ontario nous a dit : « Vous ne devriez pas aller au chalet parce que, en cas de problème, les hôpitaux ruraux risquent d'être débordés à cause des citoyens. »

D'après ce que vous avez dit jusqu'ici, je conclus qu'il est possible que pas un seul hôpital rural n'ait été touché par ce genre de cas. Je sais que vous avez parlé de votre expérience personnelle dans votre hôpital. Y a-t-il des hôpitaux en Ontario qui ont été débordés? Je cherche des preuves.

Dre Tromp : Oui. Je pense que nous nous en sommes assez bien tirés. À ce que je sache, aucun hôpital en Ontario n'a été débordé.

Peut-être qu'à La Loche, en Saskatchewan, il y a eu un problème de débordement. Je ne sais pas. Nous savons que les résultats ont été excellents dans certaines régions, en ce qui concerne les soins de longue durée, comme à Bobcaygeon et à Hagersville. Je n'ai pas entendu parler précisément de la situation des hôpitaux. Beaucoup de patients de soins de longue durée choisissent de ne pas aller à l'hôpital à cause du niveau de soins dont ils ont besoin. Je n'ai pas entendu dire que les milieux hospitaliers ont été débordés.

Le problème en cas de pandémie, c'est que nous ne savons pas ce que nous réserve l'avenir. Il est difficile de se livrer à une quelconque prédiction. Nous ne savons pas ce qui va se passer. Dans l'ensemble, on s'en sort, mais comme quelqu'un l'a dit, si nous faisons du bon boulot et qu'il n'y a pas d'épidémie majeure, tout le monde dira que nous avons exagéré, que nous en avons beaucoup trop fait. En revanche, si nous n'allons pas aussi loin et qu'il y a une nouvelle écloison, alors on dira que nous n'avons pas fait assez. C'est une question de jugement. C'est souvent la même chose avec mes patients quand je leur propose un médicament pour prévenir une éventuelle crise cardiaque, mais la probabilité que le médicament serve est en fait de 1 sur

shut down the cottages because there's a chance that if we let the tourists come, there will be an outbreak?

The difference between this situation and telling people about their blood pressure pills is that I actually have some evidence, and it's a bit based on studies, so I can probably say the chance it will help you is 1 out of 100 or 3 out of 100 or something like that. I do not have a number that I can give society as a whole of what the chance is that people coming to the cottages are going to cause an outbreak.

Senator Dasko: I appreciate that. I think you've answered my question. By the way, I always felt that these friends of mine who ran off to their cottages, the moment they would have gotten sick, they would have headed right back to Toronto as fast as they could to see their personal physician. So I had a sense that it could never happen. Anyway, you are the professional, so thank you.

Senator Munson: It's getting towards the end of this conversation, Dr. Tromp. When you first spoke to us about two hours ago, you were quite emotional, and you're very emotional about rural medicine. You have an opportunity now to tell the government what they must do in terms of rural medicine. We heard about telemedicine and the whole idea and what's lacking in rural Canada, that people in rural Canada don't have the same access. There's been talk for years and years about broadband and making sure Canada is connected. In terms of communications, we feel that we are connected, but we're not.

So what do you have to say to the federal government at this moment to connect rural Canada, to spend some money and to get it done? For the life of me, I don't know what the holdup is.

Dr. Tromp: What is the holdup? Yes. I think rural Canada includes, as we say, many different communities. I will be honest. I think there's a little bit of, like with the northern, isolated, Indigenous communities, I am concerned that there is a little bit of judgment going on there. I believe, and I think this is true, that one of the reasons we have northern, isolated Indigenous communities — if we say this is our territory, we have to claim our territory by having people live on it. I believe that's why they put a whole bunch of people in Grise Fjord where there's nothing to do. They moved Indigenous people from northern Quebec to Grise Fjord because they want to have people living on the land to claim the territory from the Russians. If it is important to have people there, we have to provide them

100. Nous prenons maintenant le même genre de décisions, mais à l'échelle de la société tout entière, et il faut que la société tout entière participe à ces décisions. Voulons-nous donc interdire l'accès aux chalets parce qu'il existe une possibilité que l'arrivée des citadins cause une épidémie?

La différence entre cette situation et le médicament hypotensif que je prescris à un patient tient à ce que, dans le dernier cas, je me fonde sur des preuves, sur des études, ce qui me permet probablement d'affirmer que la probabilité que le médicament s'avère utile est de 1 sur 100 ou de 3 sur 100, ou quelque chose comme ça. Or, à l'échelle de la société tout entière, je ne suis pas en mesure de qualifier le risque, en termes probabilistes, que les gens qui viennent dans les chalets provoquent une épidémie.

La sénatrice Dasko : Je comprends. Je pense que vous avez répondu à ma question. Soit dit en passant, j'ai toujours eu l'impression que mes amis, qui se sont réfugiés dans leur chalet, se seraient rués à Toronto au premier signe de malaise pour y consulter leur médecin. J'ai donc eu l'impression qu'il ne pouvait pas y avoir d'engorgement. Quoi qu'il en soit, c'est vous la spécialiste, alors merci.

Le sénateur Munson : Nous arrivons à la fin de cette conversation, docteur Tromp. Au début de la séance, il y a environ deux heures, vous étiez très émotive, et vous êtes encore très émotive au sujet de la médecine rurale. Vous avez maintenant l'occasion de dire au gouvernement ce qu'il doit faire en matière de médecine rurale. Nous avons entendu parler de la télémédecine, de tout ce concept, et de ce qui manque dans les régions rurales du Canada, à savoir que les ruraux n'ont pas le même accès à cette médecine que les urbains. On parle depuis des années des services à large bande et de la nécessité d'améliorer la connectivité du Canada. En matière de communications, nous avons l'impression d'être branchés, mais ce n'est pas le cas.

Qu'avez-vous donc à dire au gouvernement fédéral à l'heure actuelle au sujet de la connectivité des régions rurales du Canada, des dépenses qui seront nécessaires pour y arriver? Je ne vois vraiment pas où les choses bloquent.

Dre Tromp : Ce qui bloque? Je pense que le Canada rural est composé d'une myriade de localités différentes les unes des autres. Je vais être honnête. Je pense... je crains que, comme dans le cas des communautés autochtones isolées du Nord, nous n'ayons affaire à un jugement moral. Je pense... je crois que c'est le cas. Je crois qu'une des raisons pour lesquelles nous avons des communautés autochtones isolées dans le Nord... si nous affirmons que c'est notre territoire, nous devons le revendiquer en faisant en sorte que des gens aillent y vivre. Je crois que c'est la raison pour laquelle on a mis tout un tas de gens à Grise Fjord, où il n'y a rien à faire. On a déplacé des Autochtones du nord du Québec à Grise Fjord parce qu'on veut que des gens vivent sur les terres que nous revendiquons face aux Russes. S'il est

with the services. If we need the farmers to grow our food, we have to provide them with the services.

At the same time, I will say on behalf of my rural medical communities, if you have a well-functioning rural community, you are probably getting better service than you would get in a lot of urban centres. It's a bit variable, but you get some communities that work very cohesively together. They have a great group of health care workers of various disciplines who work great together. I honestly believe that in many rural communities you are getting better care. But there are also some rural communities where there are no family doctors, there are very few nurses, there are no health care workers. So the variability is much greater in rural communities. I think we have to recognize and applaud the communities that are doing a great job, and we have to learn from them and say, how can we take those things and bring them to the communities that are struggling?

I think broadband is important. I'm not presently working in the very North, but I'm in the process of moving up to Moose Factory. I did spend a few weeks there last year and the internet was fine. We have our EMR going to the hospital to all the peripheral communities, and it works pretty well. We didn't have the internet going down. We didn't have the EMR going down. That doesn't mean all the communities are like that.

I think, again, we have to celebrate the communities that are doing well and we have to help the ones that are struggling, and internet is one thing. I don't think it's the most important thing. I've always said the most important virtual care tool that I have is the good old telephone, invented in 19 whatever it was. The fact that you can get on the phone and talk to a specialist in a big city or talk to a patient is your most important virtual care tool. And internet is better, but —

The Chair: Thank you, Dr. Tromp.

Senator Kutcher: For pharmacy: We've had welcome changes in widening of the scope of practice for many health professionals, health providers, including pharmacists, and this is focusing on mental health scope of practice from pharmacists. Has there been any effort during this time of COVID to enhance the uptake of evidence-based mental health interventions specifically developed for pharmacists, such as the Bloom Program created by Drs. David Gardner and Andrea Murphy?

important d'avoir des gens là-bas, il faut leur offrir les services. Si nous avons besoin d'agriculteurs pour cultiver nos aliments, nous devons leur fournir des services en retour.

D'un autre côté, et je m'exprime au nom des communautés médicales rurales que je représente, je dirais que si l'on vit dans une communauté rurale qui fonctionne bien, on bénéficie probablement d'un meilleur service que dans bien des centres urbains. Certes, ce n'est pas partout pareil, mais il y a des communautés qui travaillent très bien ensemble. Elles peuvent compter sur d'excellents travailleurs de la santé dans différentes disciplines, qui travaillent très bien ensemble. Je crois honnêtement que, dans de nombreuses collectivités rurales, on obtient de meilleurs soins qu'en ville. Mais il y a aussi des communautés rurales où il n'y a pas de médecins de famille, où il y a très peu d'infirmières, où il n'y a pas de travailleurs de la santé. La variabilité est beaucoup plus grande dans les collectivités rurales. Je pense que nous devons reconnaître et applaudir les collectivités qui font un excellent travail, nous devons apprendre d'elles et nous demander comment nous pouvons transposer les bons modèles dans les collectivités qui éprouvent des difficultés.

Je pense que la large bande est importante. Je ne travaille actuellement pas dans le Nord, mais je suis sur le point de déménager à Moose Factory. J'y ai passé quelques semaines l'an dernier et l'Internet me convenait. Notre hôpital est au cœur du réseau de DME qui dessert toutes les communautés périphériques, et cela fonctionne assez bien. Il n'y a pas eu de panne d'Internet. Le service de DME n'a pas été interrompu. Cela ne veut pas dire que toutes les collectivités sont comme ça.

Je pense que nous devons célébrer les collectivités qui fonctionnent bien et aider celles qui sont en difficulté. L'Internet a un rôle à cet égard, mais je ne pense pas que ce soit la chose la plus importante. J'ai toujours dit que le plus important outil de soins virtuels dont je dispose est le bon vieux téléphone, inventé en mille neuf cent et quelques. Le fait qu'il nous permette de parler avec un spécialiste dans une grande ville ou avec un patient à distance en fait notre outil de soins virtuel le plus important. Internet est mieux, mais...

La présidente : Merci, docteur Tromp.

Le sénateur Kutcher : Parlons des pharmaciens. Nous nous sommes réjouis des changements apportés à l'élargissement du champ de pratique de nombreux professionnels de la santé, des fournisseurs de soins de santé, y compris des pharmaciens, ce qui met d'ailleurs en exergue la compétence des pharmaciens en matière de santé mentale. A-t-on essayé, durant cette période de COVID, de favoriser l'intervention des pharmaciens dans le domaine de la santé mentale, sur la base des preuves

Dr. Dattani: I remember you're from Nova Scotia so you know about the Bloom Program. It's fantastic. Just to clarify, Dr. Kutcher, mental health for patients, correct?

Senator Kutcher: Yes. It's the scope of practice of pharmacists.

Dr. Dattani: That's right. Pharmacists, now even within their current scope of practice — and you know this through your knowledge of the Bloom Program and through the relationships that they have with their patients, because they see them seven to eight more times for chronic conditions, more than they often see their family physician — they have the ability through their current scope of practice to provide some of the care that is described in the Bloom Program. It is an area that I think pharmacists can provide tremendous capacity in. It's like other areas right now. I think Dr. Tromp spoke of this earlier. It's probably not getting the current attention that it needs because of all the acute crises, but I believe like of all the chronic conditions out there, there's a tremendous opportunity for pharmacists to help patients.

It's going to be really important to understand whether there's going to be things like post-traumatic stress disorder, and acute and chronic mental health challenges, for both patients and health care providers for that matter, after this. I think the role of primary care providers in supporting patients and their mental health needs is going to be invaluable, including pharmacists.

There have been no immediate scope of practice changes in terms of the ability to prescribe more broadly for mental health conditions, if that's what you mean. But I think even with current scope, there's certainly the ability. It's just having the capacity to focus on some of those things right now, as all of us providers in general are challenged with. But it can't be undervalued. Your point is well taken.

Senator Forest-Niesing: Thank you. I didn't expect to have an opportunity for a third round. Thank you so much, Madam Chair.

The question has been partially answered, but if you can expand perhaps, Dr. Tromp, on the new reliance that we'll have on remote video medical appointments, virtual appointments and the need for access to the internet. You've talked about Moose Factory and the experience you had there. I was pleased to hear you say that the dependence on the internet can be mitigated by

scientifiques recueillies dans le cadre d'initiatives comme le Bloom Program mis sur pied par les Drs David Gardner et Andrea Murphy?

Mme Dattani : C'est vrai que vous venez de la Nouvelle-Écosse, et vous connaissez donc le Bloom Program. C'est fantastique. Juste une précision, sénateur Kutcher, vous parlez de santé mentale, n'est-ce pas?

Le sénateur Kutcher : Oui, du champ de compétence des pharmaciens.

Mme Dattani : C'est cela. Même dans le cadre de leur champ de pratique actuel, les pharmaciens — et vous le savez puisque vous connaissez le Bloom Program — notamment grâce aux relations qu'ils ont avec leurs patients, avec ces gens qu'ils voient sept à huit fois plus souvent que les médecins traitants pour des problèmes chroniques — ces pharmaciens, donc, sont en mesure, dans les limites de leur champ de pratique actuel, de fournir une partie des soins décrits dans le programme Bloom. C'est un domaine dans lequel les pharmaciens peuvent fournir une capacité extraordinaire au réseau. C'est comme dans d'autres domaines. Je pense que la Dre Tromp en a parlé plus tôt. Ce projet ne fait sans doute pas l'objet de toute l'attention nécessaire en raison de la grave crise que nous traversons, mais je crois que, comme pour toutes les maladies chroniques, les pharmaciens ont une occasion extraordinaire d'aider les patients.

Il sera très important de déterminer si, au sortir de la crise, nous allons tomber sur des afflictions comme le trouble de stress post-traumatique et d'autres problèmes de santé mentale aigus et chroniques, tant chez les patients que chez les soignants. Je pense que le rôle des fournisseurs de soins primaires dans le soutien aux patients et dans la réponse à leurs besoins en santé mentale sera inestimable, notamment de la part des pharmaciens.

Il n'y a pas eu de changements immédiats en termes de champ de pratique pour ce qui est de la capacité de prescrire des médicaments en santé mentale, si c'est là votre question. Cependant, je pense que même dans les limites actuelles, ce genre d'intervention est possible. Il faudrait simplement que nous ayons le temps de nous concentrer sur certaines de ces initiatives, parce qu'il se trouve que les soignants en général ont actuellement d'autres défis à relever. Mais on ne doit pas sous-évaluer cette initiative. Nous prenons bonne note de votre remarque.

La sénatrice Forest-Niesing : Merci. Je ne m'attendais pas à avoir l'occasion de faire un troisième tour. Merci beaucoup, madame la présidente.

Vous avez déjà répondu en partie à la question que j'allais vous poser, docteur Tromp, mais j'aimerais que vous nous en disiez plus au sujet de cette nouvelle dépendance que nous aurons à l'avenir, à l'égard des rendez-vous médicaux par vidéo, des rendez-vous virtuels, et de la nécessité pour cela d'avoir accès à Internet. Vous avez parlé de Moose Factory et de votre

greater and better use of telephone communication, but you were cut off just at the point where you were going to expand on how the internet is better. Given the obvious advantages of having a potential face-to-face and an opportunity to interact in real time, in your opinion, what is the challenge for communities? To your knowledge, what is the percentage of communities that are not sufficiently well served with internet access?

Dr. Tromp: I don't know the percentage, but I would say the only communities that don't have good internet are pretty remote. Moose Factory is moderately remote. They have Kashechewan and Attawapiskat and those places that are fly-in, and I had no trouble connecting with the electronic medical record and talking to the nurses.

I had this great experience where they had something called virtual ICUs. I had a patient in critical condition who came into a nursing station. The nurses phoned me and we did the initial stuff, and then they said, "Why don't we get the virtual critical care?" Then we had a three-way teleconference going with the critical care specialist in Sudbury, myself in Moose Factory and the nurses at one of the nursing stations, with a view of the patient in front of us. We discussed the management.

Where I really see a need or a good use of virtual care is — in those acute situations it's useful, but I think it can also be very useful for chronic disease management. In Moose Factory, they have an airplane that flies back and forth between Moose Factory and Kingston, which is their tertiary care centre. It goes back and forth every day and has 35 seats, I believe, and it just brings patients back and forth for medical appointments. These are patients who can obviously sit in a regular airplane, so they're not in critical care, not on a stretcher and don't have an IV. They're going to see someone to follow up about their heart, rheumatoid arthritis, kidney failure and that type of thing.

I think that is a great area we need to focus on, to start doing a lot of those appointments by teleconference, and doing three-way teleconferences with the patient in their home community, the family doctor in Moose Factory and the specialist in Kingston all seeing the patient at the same time, asking questions of each other. Some patients like to travel to the big city every once in a while, but a lot of people, if they have to go over and over again, it gets a bit monotonous and becomes quite difficult.

expérience là-bas. J'ai été heureuse de vous entendre dire que la dépendance à l'Internet peut être compensée par une utilisation généralisée et plus sensée du téléphone, mais vous avez été interrompue au moment où vous alliez expliquer en quoi Internet est meilleur. Compte tenu des avantages évidents d'une rencontre en personne, puisqu'elle permet une forme d'interaction, pouvez-vous me dire quel défi se pose alors aux collectivités? À votre connaissance, quel pourcentage de communautés ne sont pas suffisamment bien desservies par Internet?

Dre Tromp : Je ne connais pas ce pourcentage, mais je dirais que les seules collectivités qui n'ont pas un bon service Internet sont plutôt éloignées, ce qui est le cas de Moose Factory. Il y a Kashechewan et Attawapiskat et d'autres lieux du genre qui sont seulement accessibles par avion, mais je n'ai eu aucun mal à me brancher sur le réseau des dossiers médicaux électroniques et à parler avec les infirmières.

Mon expérience de ce qu'on appelait les unités de soins intensifs virtuelles a été excellente. Un jour, je me suis occupée d'un patient qui était arrivé dans un état critique dans un poste de soins infirmiers. Les infirmières m'ont téléphoné et nous avons fait le travail initial, puis elles m'ont dit : « Pourquoi ne pas faire des soins intensifs virtuels? » Nous avons alors tenu une téléconférence à trois : le spécialiste des soins intensifs de Sudbury, moi-même à Moose Factory et les infirmières dans un des postes de soins infirmiers, plus le patient que nous pouvions voir. Nous avons parlé de la gestion du cas.

Là où je vois vraiment un besoin ou une bonne utilisation des soins virtuels, c'est dans ces situations aiguës. Là c'est utile, mais je pense que cela peut aussi être très utile pour la prise en charge des maladies chroniques. À Moose Factory, il y a un avion qui fait la navette entre Moose Factory et Kingston, où se trouve le centre de soins tertiaires. Cet appareil de 35 place fait l'aller-retour tous les jours et il ne fait que transporter des patients pour les rendez-vous médicaux. Ce sont des patients qui peuvent évidemment s'asseoir dans un avion ordinaire, parce qu'ils ne sont pas en soins intensifs, qu'ils ne sont pas sur civière et qu'ils ne sont pas perfusés. Ils vont voir un spécialiste pour un suivi médical, qu'il s'agisse d'un problème cardiaque, de polyarthrite rhumatoïde, d'insuffisance rénale ou que sais-je encore.

Je pense que c'est un outil prometteur sur lequel nous devons nous concentrer afin de pouvoir commencer à faire beaucoup de rendez-vous par téléconférence à trois avec le patient dans sa collectivité, le médecin de famille à Moose Factory et le spécialiste à Kingston, tout le monde voyant le patient en même temps et se posant réciproquement des questions. Certains patients aiment aller dans les grandes villes de temps à autre, mais ceux qui doivent y aller à répétition trouvent cela monotone et très difficile à la longue.

I would like to see virtual care expanded to increase access to specialist services in isolated communities. I think that's a big thing that we need to do next.

Senator Forest-Niesing: It's interesting the example you used was one that included Sudbury. Sudbury is where I'm actually speaking to you from today.

Dr. Tromp: Very good. Well, your critical care physicians are supporting northeastern Ontario.

The Chair: Thank you very much. Before we conclude, Senator Omidvar, I want to give you an opportunity because I know you might have another question in the last round, and we can certainly take a few minutes for it, if you so wish.

Senator Omidvar: Thank you. I am going to not ask my question.

The Chair: Thank you. We'll conclude this very informative and productive meeting. I want to warmly thank our witnesses. It was a long meeting with some very detailed questions, and we thank you for being here and sharing with us your expertise. It has been very helpful for this study.

(The committee adjourned.)

J'aimerais que les soins virtuels soient élargis afin d'accroître l'accès aux services spécialisés dans les collectivités isolées. Je pense que c'est une grande chose que nous devons faire ensuite.

La sénatrice Forest-Niesing : Il est intéressant de noter que l'exemple que vous avez donné incluait Sudbury. C'est de Sudbury que je m'adresse à vous aujourd'hui.

Dre Tromp : Très bien. Eh bien, vos médecins en soins intensifs soutiennent le Nord-Est de l'Ontario.

La présidente : Merci beaucoup. Avant de conclure, sénatrice Omidvar, je tiens à vous donner l'occasion de poser une question, car vous en avez peut-être une autre pour ce dernier tour. Nous pouvons certainement prendre quelques minutes pour vous entendre, si vous le souhaitez.

La sénatrice Omidvar : Merci. Je ne poserai pas ma question.

La présidente : Merci. Nous allons conclure cette séance très instructive et productive. Je tiens à remercier chaleureusement nos témoins. Nous avons eu une longue réunion ponctuée de questions très détaillées, et nous vous remercions d'être venus nous rencontrer pour nous faire profiter de votre expertise. Cela est très utile pour notre étude.

(La séance est levée.)
