



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 012

Le lundi 7 décembre 2020

Président : M. Ron McKinnon



Comité permanent de la santé

Le lundi 7 décembre 2020

• (1100)

[Traduction]

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

Bienvenue à la 12^e séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Le Comité se réunit aujourd'hui pour étudier la question de la santé mentale dans la situation d'urgence à laquelle font face les Canadiens avec la deuxième vague de la COVID-19.

Je tiens à remercier les témoins de leur présence parmi nous. Vous aurez sept minutes pour faire vos exposés.

Pour la première heure, accueillons Mme Kim Lavoie, professeure, qui s'exprimera à titre personnel; le Dr Jitender Sareen, médecin; et Mme Sarah Blyth, directrice générale de la Overdose Prevention Society.

Je vais commencer par vous donner quelques précisions à la suite de la motion adoptée à la Chambre le mercredi 23 septembre 2020.

La participation aux séances du Comité est désormais hybride, c'est-à-dire que les membres peuvent participer en personne ou par vidéoconférence. Le quorum est établi en fonction de tous les membres présents, quel que soit leur mode de participation. Le pouvoir de siéger du Comité est cependant limité par l'usage prioritaire des ressources de la Chambre, qui est déterminé par les whips. Toutes les questions doivent faire l'objet d'un vote par appel nominal, à moins que le Comité n'en décide à l'unanimité ou avec dissidence. Enfin, le Comité peut délibérer à huis clos, pourvu qu'il tienne compte des risques inhérents aux délibérations à distance sur le plan de la confidentialité.

Les délibérations seront disponibles sur le site Web de la Chambre des communes et, comme vous le savez, l'enregistrement montre toujours la personne qui parle plutôt que l'ensemble du Comité.

Pour le bon déroulement de la réunion, j'aimerais rappeler quelques règles.

Les députés et les témoins qui participent virtuellement peuvent s'exprimer dans la langue officielle de leur choix. Des services d'interprétation sont disponibles pour cette réunion. Vous avez le choix, au bas de votre écran, entre plancher, français ou anglais. Si vous parlez en français et que vous avez sélectionné l'anglais, il pourrait être difficile de vous entendre parce que la voix de l'interprète aura tendance à l'emporter sur la vôtre; veuillez donc à choisir le bon canal quand vous parlez. Avant de parler, cliquez sur l'icône du microphone pour l'activer. Quand vous aurez terminé, veuillez le désactiver pour réduire les interférences.

Je rappelle que tous les commentaires des députés et des témoins doivent être adressés à la présidence. Si vous voulez demander la parole en dehors du temps prévu pour les questions, veuillez activer votre microphone et faire un rappel au Règlement. Si vous voulez intervenir sur un rappel au Règlement invoqué par un autre député, vous devez faire de même.

Si vous voulez intervenir dans le cadre d'un débat, vous devez utiliser la fonction « raise hand ». Cela fera savoir au président que vous voulez parler et permettra de créer une liste d'intervenants. Pour cela, vous devez cliquer sur « participants » au bas de l'écran, et, quand la liste s'affichera, vous pourrez cliquer sur « raise hand » à côté de votre nom.

Quand vous avez la parole, veuillez parler lentement et clairement. À moins de circonstances exceptionnelles, l'utilisation d'un casque d'écoute muni d'un microphone à tige est obligatoire pour toutes les personnes qui participent à distance. En cas de difficultés techniques, veuillez en informer le président et rappelez-vous que nous devons peut-être suspendre la séance pendant quelques minutes, parce que nous devons veiller à ce que tous les membres soient en mesure de participer intégralement.

Si vous êtes physiquement présent ici, veuillez procéder comme d'habitude dans les réunions plénières du Comité. N'oubliez pas les directives du Bureau de régie interne concernant le port du masque et les protocoles sanitaires. Si vous voulez attirer mon attention, faites-moi un signe de la main ou, au moment opportun, adressez-vous à moi. Si vous souhaitez invoquer le Règlement, attendez le moment opportun et indiquez-moi clairement votre intention.

Concernant la liste des intervenants, le greffier du Comité et moi-même ferons de notre mieux pour que tous les députés, qu'ils participent virtuellement ou en personne, puissent prendre la parole.

Je signale aussi que j'ai des feuilles en main. Je lèverai la feuille jaune quand il vous restera une minute, et la feuille rouge quand votre temps sera écoulé. Si vous voyez la feuille rouge, veuillez conclure le plus rapidement possible pour que nous puissions continuer.

Sur ce, passons à notre premier témoin, Mme Kim Lavoie.

Madame, vous avez sept minutes.

Dre Kim Lavoie (professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, à titre personnel): Merci beaucoup, monsieur le président, et merci beaucoup de m'avoir invitée. Si je me trompe dans les formalités, veuillez m'en excuser. C'est la première fois que je compare devant vous, mais je suis très heureuse d'être ici.

Je vais répondre au fur et à mesure aux questions qui m'ont été envoyées. Je vous parlerai des résultats d'une étude que je dirige en ce moment, ici à Montréal. C'est une étude internationale du nom d'iCARE, et je vais surtout vous parler des données canadiennes.

Je rendrai compte de nos constatations dans le cadre de cette étude depuis le début de la pandémie, en mars. Nous avons actuellement des données sur 6 000 Canadiens grâce à un échantillon représentatif, et nous en avons sur plus de 14 000 grâce à un échantillon de commodité.

La première question est celle des effets sexospécifiques de la pandémie sur la santé mentale des Canadiens. L'analyse de nos données révèle que les femmes semblent porter une plus grande part du fardeau émotionnel et comportemental de la pandémie et qu'elles sont plus nombreuses à perdre leur emploi et leurs revenus. Elles peuvent ou semblent donc subir des effets négatifs plus importants sur leur santé mentale.

Du début de la pandémie à la fin de novembre, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à estimer qu'il était très important de respecter les mesures de santé publique. C'est à cet égard que je parle du fardeau émotionnel. Elles s'inquiètent aussi beaucoup plus de la COVID-19, en raison des répercussions sur leur santé ou sur celle d'autrui, des répercussions financières personnelles, des politiques ou des répercussions socioéconomiques, par exemple l'isolement social ou la séparation d'avec la famille.

C'est peut-être ce qui explique que les femmes semblent deux fois plus nombreuses que les hommes à adhérer aux mesures ou aux politiques de santé publique. Quand je parle des mesures de santé publique, je parle des mesures les plus importantes — le lavage des mains, la distanciation sociale, l'évitement des rassemblements sociaux et l'auto-isolement en cas d'infection. C'est en ce sens que je parle du fardeau émotionnel et comportemental.

Je vais maintenant aborder plus directement les répercussions sur la santé mentale. Entre juin et novembre, beaucoup plus de femmes que d'hommes ont déclaré vivre un stress mental grave. Je parle ici d'anxiété, de dépression, de solitude, de frustration, et de stress interpersonnel. D'après notre étude, il s'agissait d'un surcroît de disputes verbales et physiques avec la famille.

Les taux sont deux fois plus élevés parmi les femmes pour toutes ces variables et ils semblent s'aggraver avec le temps. Je vous rappelle que la période d'étude va de juin à novembre. Beaucoup plus de femmes que d'hommes ont annulé des rendez-vous médicaux ou évité de se présenter à l'urgence en raison de préoccupations liées à la COVID. Après la première vague, plus de femmes que d'hommes ont déclaré avoir perdu leur emploi ou subi une réduction de leurs heures de travail.

Pour vous donner une idée de l'écart absolu en pourcentage, en juin, 25 % des femmes déclaraient souffrir d'anxiété grave — et c'est dans le quartile supérieur — comparativement à seulement 12 % des hommes. En novembre, 27 % des femmes déclaraient souffrir d'anxiété grave comparativement à 14 % des hommes.

Concernant les répercussions sur divers groupes vulnérables, la pandémie semble exacerber les disparités préexistantes en matière de santé physique, de santé mentale et de situation socioéconomique dans de nombreuses populations vulnérables. Notre étude de juin l'a démontré clairement, et la situation a persisté ou s'est aggravée en novembre.

Les jeunes — je parle du groupe de 18 à 25 ans, par rapport à ceux de plus de 25 ans —, les minorités visibles — c'est-à-dire les personnes non blanches — et les personnes qui vivent sous le seuil de pauvreté — c'est-à-dire dont le revenu total par ménage est inférieur à 60 000 \$ — déclarent éprouver un stress mental beaucoup plus grave, comme de l'anxiété, de la dépression et de la solitude, et un stress interpersonnel plus élevé, en raison, par exemple, de disputes verbales et physiques avec la famille.

Pour vous donner une idée de ce que cela représente chez les jeunes, en juin, parmi les 18 à 25 ans, 31 % se situaient dans le quartile supérieur de la mesure de l'anxiété, comparativement à 23 % du groupe des 25 à 50 ans et à seulement 10 % du groupe des plus de 50 ans. Dans l'ensemble, le taux de stress mental grave chez les jeunes est plus de trois fois supérieur à celui des personnes de plus de 50 ans, et il s'aggrave avec le temps. Beaucoup plus de jeunes, de membres des minorités visibles et de personnes vivant sous le seuil de pauvreté déclarent également consommer plus de drogues et d'alcool, et c'est encore une fois dans le quartile supérieur.

- (1105)

Beaucoup plus de jeunes, de membres des minorités visibles et de personnes vivant sous le seuil de pauvreté ont de la difficulté ou déclarent avoir de la difficulté à accéder à des soins médicaux non liés à la COVID. Les trois mêmes groupes déclarent avoir perdu leur emploi, subi des réductions de leurs heures de travail ou perdu leur revenu et avoir de la difficulté à payer leur loyer. Encore une fois, ils se trouvent tous dans les extrêmes du quartile supérieur.

On ne sait pas très bien si les services de santé mentale sont accessibles ou adaptés à ces groupes, mais je soupçonne que les intéressés ont très peu d'information sur les services disponibles.

Pour ce qui est de la disponibilité des programmes susceptibles d'appuyer les services de santé mentale et de fournir des services de santé mentale partout au Canada, je voudrais vous parler du sondage auprès de psychologues au Québec. Il a été effectué par l'Ordre des psychologues du Québec. Dans l'ensemble, les psychologues nous ont dit que leurs patients sont plus en détresse, qu'il y a plus d'anxiété, plus de dépression, plus de demandes de services d'urgence et beaucoup de demandes de consultation pour toxicomanie et alcoolisme. Soixante-dix pour cent d'entre eux ont été contactés par d'anciens patients et 34 % ont augmenté leurs heures de travail depuis le début de la pandémie. Mais je voudrais souligner qu'ils étaient 50 % à se dire disposés à offrir des services d'urgence, et, selon les estimations, il pourrait s'ajouter 7 000 heures de consultation par semaine pour aider la population.

Ce sondage a été effectué au Québec, et cela m'amène à la question suivante: comment tirer parti du virtuel ou de la téléthérapie pour répondre aux besoins des Canadiens? On pourrait offrir des séances de téléthérapie, puisqu'il y a tellement de psychologues au Québec. Nous avons un grand nombre de psychologues cliniciens et nous pourrions peut-être faire appel à eux pour élargir la portée et l'accessibilité des services nécessaires partout au Canada.

Je voudrais enfin vous parler du programme Espace mieux-être Canada. Il est financé par le gouvernement fédéral et permet d'offrir des services de santé mentale partout au pays. Dans mes notes d'allocation, que j'ai remises au Comité au début de la journée, j'ai indiqué que nous pourrions offrir un plus grand nombre des services dont les gens ont besoin partout au Canada. Actuellement, seulement 10 % des Canadiens interrogés étaient au courant de l'existence de ce programme; nous pouvons donc faire beaucoup mieux.

Merci beaucoup.

• (1110)

Le président: Merci, madame.

Passons au Dr Jitender Sareen.

Docteur Sareen, vous avez sept minutes.

Dr Jitender Sareen (docteur en médecine, Département de psychiatrie, Université du Manitoba, à titre personnel): Merci beaucoup, monsieur le président. C'est un plaisir d'être ici.

Merci de vos commentaires, madame Lavoie.

Mes observations feront suite à beaucoup de celles de Mme Lavoie.

Je suis psychiatre, chef de département à l'Université du Manitoba et responsable provincial de spécialité. Ce que je vais vous présenter s'appuie sur les données de financement des IRSC.

Pour résumer le plus important, nous avons absolument besoin d'une démarche globale de santé publique pour gérer les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale. Il faut envisager la question sous l'angle de stratégies universelles et de stratégies spécifiques axées sur les besoins des groupes vulnérables. Comme le disait Mme Lavoie, il existe toutes sortes de moyens d'améliorer nos services virtuels de santé mentale, non seulement pour les besoins électifs, mais surtout pour les besoins émergents.

Nous devons également investir dans des infrastructures adaptées aux groupes vulnérables isolés. Nous n'y arriverons que grâce à de solides partenariats entre le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux, les groupes communautaires et le secteur privé.

Je vais vous raconter l'histoire d'un garçon de 15 ans qui vit dans une collectivité rurale du Manitoba et qui perd soudainement un ami dans un accident. Son grand-père l'amène à l'infirmerie parce qu'il est suicidaire. Il a également été en contact avec une personne testée positive à la COVID. Il a besoin d'une évaluation d'urgence en santé mentale, mais il ne veut pas se rendre à Winnipeg, qui se trouve à des centaines de kilomètres. Pendant la pandémie, comme auparavant, il faut que la personne aille à Winnipeg et reste à l'hôpital pendant quelques jours, ce qui augmente le risque de transmission de la COVID. Je vais y revenir dans un petit moment.

La pandémie de COVID a des répercussions sur tous les Canadiens. On constate une augmentation de la détresse, de la peur, de l'anxiété, et de la consommation d'alcool et de drogues. Il faut investir dans des campagnes médiatiques ciblées, axées sur des stratégies de mieux-être mental et rappelant aux gens les directives de consommation d'alcool et de drogues à faible risque. Ces campagnes médiatiques sont extrêmement importantes parce que, comme l'a dit Mme Lavoie, les gens ne sont pas informés de certaines de ces stratégies importantes.

Il faut améliorer les voies d'accès aux soins. Au Manitoba et dans d'autres provinces, il est extrêmement difficile d'avoir accès

rapidement à des soins de santé mentale. Tout ce qu'on peut faire pour simplifier l'accès améliorera le système.

Il faut investir dans les soins virtuels de santé mentale en les échelonnant et en utilisant des outils de dépistage en ligne et des services de soutien par téléphone, puis en facilitant l'accès à des services virtuels de thérapie individuelle ou collective, en fonction des besoins. Il faut doter ces services virtuels de personnel suffisant et axer les soins sur les résultats pour faire un vrai suivi des patients en traitement.

Parlons de la crise que vivent les populations émergentes à haut risque. Les gens en crise attendent souvent longtemps à l'urgence avant d'obtenir une évaluation en santé mentale. Les habitants des zones rurales se heurtent à plus d'obstacles que les habitants des zones urbaines pour avoir accès à une évaluation d'urgence, et, pendant la pandémie, la peur de contracter la COVID-19 à l'hôpital peut empêcher les gens d'obtenir des traitements vitaux.

Au Manitoba, nous avons décidé d'offrir plus de services virtuels d'urgence en santé mentale. De concert avec des partenaires fédéraux, provinciaux et communautaires, nous avons mis en œuvre un projet pilote dans le cadre duquel un service de télépsychiatrie d'urgence pour les jeunes offre ses services à tous les centres d'urgence en milieu rural ainsi qu'aux Autochtones en milieu rural. Il s'agit simplement de réduire les transferts de jeunes pour évaluation et de réduire le besoin d'hospitalisation. Dans les trois derniers mois, nous avons déjà éliminé un transfert par semaine à Winnipeg.

Le centre d'intervention d'urgence pour adultes a aussi transformé la majorité de ses services de crise pour l'évaluation urgente des dépendances en une plateforme virtuelle. Nous avons aussi créé des services virtuels où il est possible d'obtenir des évaluations quotidiennes et du soutien à la maison, avec le soutien de la famille, afin de réduire au minimum l'exposition à la COVID.

• (1115)

Les services de santé Ongomiiwin de l'Université du Manitoba ont formé des équipes d'intervention rapide pour la COVID. Ces équipes se rendent dans les communautés autochtones pour y aider les dirigeants communautaires à retracer les contacts, à appliquer les procédures d'isolement et à procéder rapidement à des tests sur place pour réduire la propagation de la COVID-19.

Le dernier projet important dont je vais vous parler est celui de l'hébergement d'isolement de rechange. On sait que les sans-abri exposés à la COVID dans les refuges et sans moyen de s'isoler suffisamment, ainsi que les aînés et les travailleurs de la santé, risquent fortement de propager la COVID. Des hôtels et des immeubles d'appartements ont servi à isoler et à soigner les malades. Au Manitoba, plus de 800 personnes y ont été placées pour réduire la transmission de la COVID. Le projet At Home/Chez Soi, que beaucoup d'entre vous connaissent bien, s'appuie sur une démarche de réduction des préjudices au profit des itinérants. Cette démarche est également appliquée dans nos communautés.

Je reviens au garçon de 15 ans. En crise, il s'était rendu dans la communauté autochtone avec son grand-père. Il avait été exposé à la COVID. Il a fait l'objet d'une évaluation virtuelle de télésanté depuis Winnipeg; il n'a donc pas eu besoin de se déplacer. Une admission immédiate en psychiatrie n'était pas nécessaire. Il a pu rester dans sa communauté d'origine et s'isoler dans un hôtel pendant quelques jours, jusqu'aux résultats du test.

Je vais m'arrêter ici.

Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

Le président: Merci, docteur Sareen.

C'est au tour de Mme Sarah Blyth, directrice générale de la Overdose Prevention Society.

Allez-y, madame Blyth. Vous avez sept minutes.

Mme Sarah Blyth (directrice exécutive, Overdose Prevention Society): Merci beaucoup de m'accueillir aujourd'hui. C'est vraiment un honneur de pouvoir vous parler...

Le président: Madame Blyth, il y a quelque chose qui ne va pas du côté du son. C'est très faible.

Pourriez-vous vérifier si vous avez sélectionné le bon micro?

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Monsieur le président, si vous permettez, je l'entends très bien. Il y a peut-être un problème avec votre casque d'écoute, parce qu'on l'entend très clairement.

• (1120)

L'hon. Michelle Rempel Garner (Calgary Nose Hill, PCC): Je l'entends parfaitement moi aussi.

Le président: C'est peut-être seulement moi.

Continuez. Pendant que vous parlez, je vais vérifier si tous mes fils sont bien branchés.

Allez-y, vous avez sept minutes.

Mme Sarah Blyth: Merci beaucoup.

Je m'appelle Sarah Blyth. Je représente la Overdose Prevention Society. À la suite des nombreux décès enregistrés en 2014, nous avons ouvert un centre d'injection supervisée d'urgence pour enrayer la multiplication des surdoses dans le Downtown Eastside.

Nous accueillons jusqu'à 700 personnes par jour dans le Downtown Eastside. Notre organisme a sauvé 6 000 vies depuis quatre ans dans le Downtown Eastside. Malheureusement, la drogue est de plus en plus contaminée, et cette contamination s'est répandue partout au Canada. La prévention des surdoses sauve des vies dans les situations d'urgence, mais, pour sauver des vies, il faut agir immédiatement, faute de quoi plus de gens mourront.

La COVID n'a fait que compliquer la situation. On dit aux gens de rester chez eux, mais plus de gens meurent de surdose que de la COVID. Pour que les gens restent chez eux, ils ont besoin de produits sûrs, pas de ceux qu'ils achètent aux trafiquants de drogue dans la rue. Les médecins peuvent les leur prescrire pour éviter qu'ils meurent seuls dans leur logement, pour qu'ils puissent rester à la maison et pour qu'ils n'aillent pas à l'hôpital. Beaucoup de gens vont à l'hôpital, puis dans un hôtel, et retournent dans la rue avec la COVID à la recherche de drogue parce qu'ils n'obtiennent pas ce dont ils ont besoin. Cela ne fait qu'aggraver la situation.

Le centre de prévention des surdoses est devenu une sorte de guichet unique pour tout à cause de la COVID. Beaucoup de services ont été fermés. Les sans-abri qui consomment de la drogue viennent nous voir pour obtenir de l'aide au logement. Nous aidons les gens à en trouver. Nous arrivons généralement à loger une personne par semaine, mais je dois dire qu'il n'y a pas vraiment de logements à l'heure actuelle. C'est une situation très difficile. C'est également très difficile de rentrer chez soi, tard le soir, en laissant des gens dehors dans le froid; nous faisons ce que nous pouvons. Comme vous pouvez l'imaginer, il est très difficile de travailler en première ligne en ce moment.

Nous fournissons un soutien médical. Nous aidons à nettoyer des plaies, à soigner des plaies et toutes sortes de choses. Nous offrons aussi du soutien en santé mentale. Bien souvent, les gens vont à l'hôpital pour obtenir ce genre de soutien, mais ils doivent repartir une heure plus tard. C'est la même chose pour le soutien médical. En général, ils s'adressent à nous, et nous faisons de notre mieux pour les aider, mais nous sommes l'un des seuls endroits où ils peuvent aller. Nous distribuons de l'information. Beaucoup de gens n'ont pas de téléphone cellulaire ni d'accès à la télévision.

En ce moment, nous distribuons des vêtements, de la nourriture, des couvertures et des tapis pour dormir dehors la nuit. Nous faisons à peu près tout. Je voulais simplement que vous le sachiez, parce qu'il est très important de savoir ce que font ces services de première ligne et tout ce que nous assumons en raison de la fermeture d'autres services.

Je vais simplement vous dire ce que nous attendons du gouvernement fédéral. Nous avons vraiment besoin d'une sorte de plan national du logement qui permettrait de prendre des mesures immédiates. Nous avons besoin de logements, et, en ce moment, je ne trouve rien malgré tous mes efforts. Comme je suis sur le terrain, je passe beaucoup de temps aux côtés de gens qui pleurent, qui dorment dehors et qui tombent malades inutilement.

Nous avons aussi besoin de soutien. La municipalité de Vancouver et le conseil municipal ont adopté une motion sur la décriminalisation, et ils ont besoin d'appui. Ils comprennent les difficultés. Je crois vraiment que notre conseil municipal, avec le maire Kennedy Stewart, comprend les difficultés auxquelles nous sommes confrontés. Nous avons vraiment besoin de...

• (1125)

Le président: Excusez-moi, madame Blyth.

Le greffier m'informe que votre micro est un peu trop près de votre visage. Cela provoque des bruits secs.

Pourriez-vous l'éloigner?

Mme Sarah Blyth: Oh, je suis désolée.

Est-ce mieux maintenant?

Le président: Je ne suis pas le mieux placé pour en juger parce que j'ai des problèmes de mon côté, mais essayons.

Mme Sarah Blyth: D'accord.

L'important est d'obtenir un soutien pour la municipalité de Vancouver. Je suis certaine que les municipalités du Canada sont confrontées à ces problèmes à cause de la COVID, d'autant plus que beaucoup de gens qui étaient sur le bord de l'itinérance pouvaient jusqu'ici rester chez d'autres personnes. Maintenant, il n'est plus possible d'avoir de visiteurs, surtout dans les logements sociaux du Downtown Eastside. Des centaines de personnes sont dans la rue alors qu'elles n'y étaient pas auparavant; nous sommes confrontés à une situation très grave ici et... [*Difficultés techniques*].

Nous avons vraiment besoin d'un approvisionnement sûr. Il faut que les gens puissent rester chez eux. Tout cela peut sembler discutable, mais, au bout du compte, si on fait ce qu'il faut, on va sauver des vies, et on a de quoi être fier. Si on apporte des changements importants, nous attirons l'attention d'autres régions du monde qui observent ce que nous faisons dans ce genre de situation.

Nous pouvons être fiers de ce que nous faisons ou nous pouvons laisser cette crise de surdoses se prolonger et ne pas dormir la nuit. Je ne sais pas comment les gens peuvent dormir la nuit avec autant de gens qui meurent. Nous vous demandons de nous aider, parce que vous pouvez faire quelque chose.

C'est désespérant. Nous sommes vraiment désespérés. Je suis désespérée. Je suis dans la rue pour aider les gens toute la journée. Tous les jours. Beaucoup de gens ne respectent pas la distanciation sociale ou d'autres mesures, parce qu'ils ont des problèmes plus graves que la COVID — le logement, les soins de santé, etc.

Nous pouvons faire beaucoup de choses simples. Je suis prête à aider. Si vous voulez me rencontrer pour essayer d'élaborer un plan, je suis prête à le faire. Je suis prête à faire partie de la solution. Vous pouvez communiquer avec moi.

Voilà. Nous avons besoin de votre aide. Je pense que vous pouvez nous aider, et je vous dis que je suis prête à participer à la recherche d'une solution.

Merci.

Le président: Merci, madame Blyth.

Nous allons commencer les séries de questions. Je crois que nous aurons du temps pour une série.

Commençons par M. Barlow.

M. John Barlow (Foothills, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je tiens à remercier chacun de nos visiteurs de leur témoignage sincère et de nous avoir informés de la situation plutôt sombre de la santé mentale des Canadiens dans cette période de COVID.

Madame Lavoie, vous avez dit qu'environ 10 % seulement des Canadiens sont au courant d'un certain programme. J'ai manqué la première partie. Pourriez-vous me dire de quel programme vous parliez? C'était vers la fin de votre exposé.

Dre Kim Lavoie: Il s'agit du programme fédéral Espace Mieux-Être Canada, qui est très bien financé et qui fonctionne depuis la fin de l'été. Dans les notes d'allocation que j'ai remises à M. Pagé, j'ai fourni l'hyperlien.

M. John Barlow: Je connais ce programme.

Dre Kim Lavoie: Je viens de le recevoir d'un collaborateur, qui m'a aussi fourni des renseignements sur les statistiques des utilisateurs et d'autres éléments d'information sur les premiers mois de

mise en œuvre. Ce qui surprend, entre autres, c'est que très peu de gens étaient vraiment au courant. Beaucoup d'argent a déjà été injecté dans ce programme en ligne, et il y a donc encore beaucoup à faire pour le faire connaître et le rendre accessible à ceux qui en ont besoin.

J'aimerais ajouter quelque chose — pour revenir à ce que disait le Dr Sareen, qui est vraiment important — concernant l'idée de fournir des soins échelonnés. Des programmes comme Espace Mieux-Être Canada seraient utiles à beaucoup de gens qui ont de la difficulté à faire face, qui vivent une nouvelle crise d'anxiété ou de dépression ou qui se sentent isolés. Mais il y a une différence entre, d'une part, les soins prodigués à ceux dont une psychopathologie préexistante est exacerbée — qui peuvent souffrir de troubles anxieux et de l'humeur susceptibles ou non d'avoir été correctement traités avant la pandémie et qui ont reçu les services dont ils avaient besoin — et, d'autre part, les soins prodigués à ceux qui souffrent d'une nouvelle psychopathologie, c'est-à-dire de niveaux cliniques d'anxiété et de dépression et qui ne peuvent pas obtenir de services, comparativement à ceux qui sont simplement plus stressés et qui ont de la difficulté à composer avec la vie quotidienne.

Cet échelonnement des soins est vraiment important. À mon avis, il faut s'assurer que... Certains programmes de counselling en ligne pourraient ne pas convenir à ceux qui souffrent d'une psychopathologie plus grave. J'aimerais entendre le Dr Sareen à ce sujet, mais je tenais à le préciser.

• (1130)

M. John Barlow: Certainement. Merci.

Cela dit, concernant le programme Espace Mieux-Être Canada et le fait que si peu de Canadiens le connaissent... Les États-Unis ont créé le programme 988, qui offre une assistance téléphonique en prévention du suicide. Il a fait l'objet de beaucoup de publicité, et la plupart des gens en sont informés.

Est-ce que cela fonctionnerait ici au Canada? Nous n'avons rien de semblable, mais il semble que tout le monde connaisse le 911; donc, le 988 serait une porte d'entrée pour les gens en situation de stress. Est-ce qu'un programme comme celui-là serait facilement reconnaissable et accessible à tous? Cela pourrait donner accès au programme Espace Mieux-Être.

Dre Kim Lavoie: Tout à fait. Quand on reconnaît rapidement un symbole... tout le monde sait quoi faire et où aller; ensuite, le programme vous oriente vers les services dont vous avez besoin en fonction de l'évaluation initiale. Absolument, c'est une excellente idée.

M. John Barlow: Je crois comprendre que le programme actuel diffère d'une région à l'autre et qu'il s'agit simplement d'un répondeur. Dans la situation de crise qui est la nôtre, je ne crois pas que, en cas d'urgence, on ait envie d'entendre « Veuillez rappeler » ou « Laissez votre nom et votre numéro ».

Dre Kim Lavoie: Très juste.

M. John Barlow: Les résultats du sondage de l'Association canadienne pour la santé mentale publiés jeudi ou vendredi étaient assez renversants.

Ce qui a vraiment retenu mon attention — et Mme Lavoie l'a brièvement signalé au début de son exposé —, c'est l'impact de la COVID sur les femmes. Si je ne m'abuse, près de 13 % des parents craignent maintenant la violence familiale.

S'agit-il d'une augmentation importante par rapport à ce que vous constatez habituellement? La COVID est-elle la cause d'une hausse aussi brusque?

Dre Kim Lavoie: Oui, et je pense que c'est aussi l'une des raisons de l'augmentation énorme du nombre de séparations et de divorces. Vous pouvez imaginer à quel point un divorce est stressant en temps normal; maintenant, imaginez ce que c'est aujourd'hui de discuter d'une séparation, de trouver un nouveau logement et de négocier la garde des enfants. Le nombre de séparations et de divorces est absolument stupéfiant.

À mon avis, la situation est amplifiée par le fait que beaucoup de couples habitués à un certain équilibre dans leur relation passent désormais 24 heures par jour ensemble. Les rôles de l'un et de l'autre se confondent. Il y a des mères et des pères à la maison avec les enfants qui font leur scolarité en ligne. Les effets du confinement généralisé se sont évidemment fait sentir davantage durant la première vague.

Tout cela pour dire que je soupçonne que le chiffre est supérieur à 13 %, parce que, à mon avis, ceux qui en souffrent le plus et ceux qui sont dans les pires situations ne sont pas ceux qui ont le temps ou le luxe de répondre à certaines de ces enquêtes, et je...

M. John Barlow: Je suis désolé, madame Lavoie. Il ne me reste que quelques secondes, et j'aimerais poser une brève question au Dr Sareen.

Vous avez parlé de l'accès à de l'aide psychiatrique et aux ressources disponibles. Est-ce que le numéro 988 serait efficace? Est-ce que cela permettrait aussi à ces professionnels de travailler dans le cadre de ce programme comme premier accès des Canadiens à ce type d'aide?

Dr Jitender Sareen: Tout à fait.

Je pense que l'idée du 988 est excellente, mais il est vraiment important que les étapes suivantes soient à l'échelle provinciale.

En Chine, on a aussi instauré le dépistage en ligne pour avoir... Nous avons l'habitude de commander des aliments en ligne. Nous devrions être en mesure de travailler en ligne parce que les volumes sont tout simplement hors de contrôle. On ne peut pas bâtir un système doté de suffisamment de répondants au téléphone. Il faut l'intégrer à une autoévaluation en ligne, à des outils d'autoévaluation, puis acheminer les gens vers des services de soins. Il faut intégrer les éléments, faute de quoi les gens n'appelleront pas et diront: « Eh bien, vous savez, ça ne répondait pas » ou...

M. John Barlow: Ou « J'ai peur d'aller à l'hôpital à cause de la COVID... »

Merci beaucoup. Je comprends.

Le président: Merci, monsieur Barlow.

C'est au tour de M. Van Bynen.

Je crois savoir que M. Van Bynen partagera son temps de parole avec M. Kelloway. Je lèverai la feuille jaune au bout de trois minutes.

Allez-y. Vous avez six minutes.

M. Tony Van Bynen (Newmarket—Aurora, Lib.): Merci, monsieur le président. Je vais effectivement partager mon temps avec M. Kelloway.

Je tiens également à remercier nos témoins d'être venus nous voir aujourd'hui et de nous avoir fait part de leurs points de vue et de leur expertise sur un sujet que j'estime extrêmement important.

Madame Lavoie, j'ai été un peu surpris d'apprendre que seulement 10 % de la population connaît le site d'Espace Bien-Être. Quand je vois que 680 000 Canadiens ont déjà utilisé le service, avec près de 1,8 million de séances en ligne distinctes, cela me donne vraiment une idée de la portée et de l'ampleur de la crise à laquelle nous sommes confrontés; je vous suis donc reconnaissant d'avoir soulevé cette question. Nous devons trouver des moyens de faire connaître plus largement ce programme.

Je vais poser ma question au Dr Sareen.

Docteur Sareen, depuis le début de la pandémie, il est devenu évident que la COVID-19 a des répercussions disproportionnées sur certaines collectivités et que la race, le sexe et le statut socioéconomique sont quelques-uns des facteurs qui peuvent amplifier ces répercussions. Compte tenu de votre expérience auprès des communautés autochtones, pourriez-vous nous parler de certaines répercussions de la pandémie sur la santé mentale des Autochtones et des difficultés qu'ils affrontent à cet égard?

• (1135)

Dr Jitender Sareen: Tous les Canadiens éprouvent de la peur, de l'anxiété et du stress. Les obstacles supplémentaires, pour les gens qui vivent dans des réserves, sont le faible accès aux sites en milieu urbain et la stigmatisation des malades de la COVID. En ce moment, nous savons que les malades atteints de la COVID sont encore plus stigmatisés. Il y a davantage de stigmatisation et de discrimination.

Pour revenir à ce que disait Mme Lavoie, je pense que beaucoup de gens ont peur de demander des soins pour des problèmes de santé chroniques qui n'ont rien à voir avec la COVID, et cela peut aussi avoir un impact majeur en termes de mortalité. Nous savons que les communautés autochtones subissent d'importantes disparités en matière de santé. Les gens sont moins enclins à demander les soins dont ils ont besoin. Nous avons les outils nécessaires pour fournir des évaluations par téléphone ou par vidéoconférence, et nous devons vraiment le faire pour que les gens puissent se sentir en sécurité quand ils demandent des soins dans leur collectivité.

M. Tony Van Bynen: Merci.

Quand vous êtes venu témoigner devant le Comité en 2017, vous avez dit que vous travailliez avec une équipe de chercheurs qui examinaient l'impact des traumatismes et du TSPT dans la population canadienne. La pandémie de COVID-19 a des répercussions physiques et psychologiques sur beaucoup de gens au Canada et partout dans le monde, notamment sur nos travailleurs de la santé et sur nos premiers répondants, dont le travail est essentiel, mais aussi plus exigeant et épuisant que d'habitude sur le plan psychologique.

Y a-t-il actuellement des recherches qui montrent l'impact de la pandémie sur leur santé mentale et proposent des moyens d'aider les intervenants de première ligne?

Dr Jitender Sareen: Il y a des groupes qui travaillent à comprendre ces répercussions. Nous savons que les travailleurs de la santé, de même que les premiers intervenants, sont plus à risque de souffrir de problèmes de santé mentale en raison du stress quotidien et des événements traumatisants dont ils sont témoins. Des travaux sont en cours pour examiner les mesures qui pourraient être prises.

Au Manitoba, nous avons également mis au point des essais de prévention, dans le cadre desquels nous effectuons un essai randomisé pour examiner la possibilité d'utiliser la thérapie cognitivo-comportementale pour réduire la dépression et le TSPT chez le personnel de sécurité publique. C'est un essai, parce qu'il est vraiment important de prévenir les problèmes de santé mentale dans notre population.

Le président: Merci.

M. Tony Van Bynen: Mes trois minutes sont-elles écoulées, monsieur le président?

Le président: Vous avez largement dépassé votre temps.

Monsieur Kelloway, vous avez une minute et demie.

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

Je remercie les témoins d'être venus aujourd'hui ainsi que le député Van Bynen, qui défend les intérêts des Canadiens et fait preuve de leadership en matière de soutien en santé mentale.

Docteur Sareen, ma question s'adresse à vous. Il y a environ un mois, notre gouvernement a annoncé l'Initiative pour la création rapide de logements. Il s'agit d'un programme de 1 milliard de dollars contribuant à répondre aux besoins urgents des Canadiens vulnérables qui n'ont pas de logement. Compte tenu de votre expertise des populations vulnérables, je me demande si vous pouvez parler de l'importance d'une initiative de logement comme celle-ci et de la façon dont elle répondra aux besoins en santé mentale des Canadiens, surtout pendant leur rétablissement de la COVID-19.

• (1140)

Dr Jitender Sareen: Oui. Je pense que nous savons, comme Mme Blyth l'a souligné, que le logement est extrêmement important pour aider les gens atteints de maladies mentales graves. J'ai participé au projet At Home/Chez Soi, qui a vraiment démontré que le logement, les approches de réduction des méfaits et le soutien en santé mentale sont extrêmement importants.

Au Manitoba, la solution du logement pour l'isolement, dirigée par Sharon Kuropatwa, s'inspire exactement de ce modèle. Les personnes sans abri dont les résultats du test de la COVID sont positifs ont de la difficulté à s'isoler. Il faut donc leur trouver une solution convenable. Je suis convaincu que le logement est un problème majeur. Comme Mme Blyth l'a dit, c'est le plus grand problème des Canadiens les plus vulnérables.

Les soins virtuels en santé mentale donneraient des résultats extraordinaires. Je dis toujours qu'à Winnipeg, nous ne dépensons pas beaucoup pour l'EPI en santé mentale. Si les gouvernements pouvaient appuyer les plateformes de soins virtuels, les dossiers de santé électroniques et l'atteinte de bons résultats, nous économiserions beaucoup sur l'EPI, et les gens recevraient des soins à domicile. Le logement est extrêmement important. Il faut soutenir les gens à domicile, sinon ils se présentent à l'urgence, ce qui produit des séquences négatives.

M. Mike Kelloway: Merci.

Le président: Merci, monsieur Kelloway.

[Français]

Monsieur Thériault, c'est à votre tour maintenant.

Vous avez la parole pour six minutes.

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

Alors, je voulais remercier l'ensemble des témoins de leur contribution à la compréhension des effets de cette pandémie sur la santé mentale.

Je commencerai par un court commentaire.

Madame Blyth, je voudrais vous témoigner toute ma reconnaissance et mon admiration quant au travail sur le terrain que vous faites avec des moyens très limités pour la réduction des méfaits. On constate que les problèmes de santé mentale et la maladie mentale ne datent pas d'hier, selon les études de la Dre Lavoie et les nombreuses entrevues qu'elle a accordées. Sa contribution a été remarquable durant la pandémie.

L'amélioration passe d'abord et avant tout par la prévention. Cela dit, la prévention est le premier facteur déterminant de la santé, en général, mais on dirait que la santé mentale a toujours été le parent pauvre des systèmes de santé. La pandémie crée un effet miroir et nous renvoie à la figure cette réalité et elle l'exacerbe.

Que fait-on de cela? On a les données vraiment intéressantes de la Dre Lavoie. Or j'aimerais aller un peu plus loin. En tant que législateurs, nous allons devoir prendre des décisions.

Docteure Lavoie, selon vous et d'après l'expérience que vous avez, comment se fait-il que les psychothérapies ne soient pas accessibles de façon universelle? Comment se fait-il qu'investir en santé mentale et dans sa promotion ne soit pas considéré comme étant nécessaire, alors que l'on sait très bien qu'un désordre mental peut provoquer des désordres physiques et des maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires, l'obésité et ainsi de suite?

D'après vous, quelles sont les raisons pour lesquelles on n'a pas fait cet investissement et que ce serait une erreur que de continuer à ne pas investir adéquatement en prévention de la santé mentale?

Dre Kim Lavoie: Je vous remercie beaucoup de votre question.

[Traduction]

Je vais parler en anglais, comme je l'ai promis. J'espère que vous ne m'en voudrez pas. Je suis envahie d'un sentiment bizarre chaque fois que je m'adresse à quelqu'un en français, mais je peux aussi parler français. Je veux simplement m'assurer que l'interprète est d'accord.

La principale raison, c'est la disponibilité des fonds et, dans une certaine mesure, le préjugé qui existe encore en médecine selon lequel une grande partie de la santé mentale est dans la tête et n'affecte pas le corps. C'est une incompréhension, un problème, avec lequel nous nous débattons depuis des années.

Je suis psychologue clinicienne. Encore aujourd'hui, et particulièrement au Québec, un grand nombre d'internes, dont le niveau correspond à celui des médecins résidents, ne sont pas rémunérés pour leur internat en psychologie. Ce n'est pas le cas dans les autres provinces. La seule explication que je trouve à cela est le fait qu'on n'a pas placé la santé mentale en priorité pendant tout ce temps. Le financement des services de santé mentale a certainement perdu son ordre de priorité. À mon avis, il faut corriger cela.

Comme quelqu'un l'a dit tout à l'heure, cette pandémie n'a fait qu'accentuer ces disparités et le manque de services de santé mentale pour les personnes qui en ont besoin.

Je suis tout à fait d'accord avec vous. C'est bien beau d'avoir une bonne santé physique, mais sans la santé mentale... Je suis sûr que tout le monde conviendra que c'est la raison principale pour laquelle beaucoup de gens consultent leur médecin. Ils ne se sentent pas bien; ils ne dorment pas et ne peuvent pas fonctionner au quotidien.

Je n'ai rien d'autre à ajouter que le fait que nous nous heurtons à des préjugés historiques face à la santé mentale, à une priorisation de la santé physique. Il faut certainement corriger cela.

• (1145)

[Français]

Le président: Si vous voulez parler en français, faites-le, je vous en prie, nous avons de bons interprètes.

Monsieur Thériault, nous vous écoutons.

M. Luc Thériault: Monsieur le président, pourriez-vous me dire combien de temps il me reste?

Le président: Vous avez une minute et demie.

M. Luc Thériault: Vous avez indiqué que, pour que les mesures soient adéquates, efficaces et efficientes, il fallait que le message soit beaucoup plus clair sur les plans de la compréhension et de la perception. Il y a des différences entre les groupes d'âge pour ce qui est de se conformer aux mesures sanitaires.

Quel message pourrait s'adresser de façon efficace aux gens de moins de 25 ans comme à ceux de plus de 25 ans?

Avec l'arrivée du temps des Fêtes, il y aura forcément un relâchement, si on se fie à ce qui s'est passé.

Dre Kim Lavoie: C'est une excellente question.

Cela nous rappelle que ce n'est pas les mêmes raisons qui vont inciter tous les gens à observer les consignes sanitaires. Ce qui préoccupe les jeunes ne préoccupe pas les plus vieux. Les sacrifices qu'on demande aux jeunes sont beaucoup plus importants que les sacrifices qu'on me demande à moi.

Demander à une jeune de ne pas aller à l'université, de ne pas voir ses amis, de ne pas sortir ou de ne pas fréquenter des filles ou des garçons pendant cette période de leur vie, c'est assez imposant comme demande. Il faut comprendre ce qui motive les gens et ce que sont les préoccupations des jeunes. Il faut une approche précise et des messages destinés à ces gens pour qu'ils comprennent que, s'ils observent les consignes sanitaires, leur vie sociale, l'université ou leur emploi, tout cela va revenir.

Je pense que ce qu'ils entendent met trop l'accent sur la protection de la santé des proches, des vieux et des malades. Cela ne trouve pas d'écho chez les jeunes. Il faut changer ce message.

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Monsieur Davies, vous avez six minutes.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins de leur témoignage.

Je tiens à me joindre à M. Thériault pour féliciter très particulièrement Mme Blyth pour le travail exceptionnel qu'elle accomplit chaque jour dans des circonstances très restreintes et difficiles. Je sais que vous sauvez des vies, et je suis stupéfait du nombre de personnes, de ces 6 000 vies que votre centre a sauvées en prévenant les surdoses.

Mes questions s'adressent à vous, madame Blyth. Je crois que vous avez dit que votre centre est ouvert depuis 2014. Est-ce exact?

Mme Sarah Blyth: Oui, c'est cela.

M. Don Davies: Je crois fermement que les déterminants sociaux de la santé — l'accès à un logement sûr et abordable, à un revenu de base, à des aliments nutritifs, etc. — sont des éléments très importants de la santé physique et mentale en général.

Ma première question porte sur le logement. Avez-vous constaté une augmentation importante du nombre de logements abordables financés par le gouvernement fédéral depuis 2014?

• (1150)

Mme Sarah Blyth: Non, pas du tout. Il y a tellement d'édifices vides dans notre quartier. Je pense qu'il y a environ 800 unités qui étaient auparavant disponibles dans la région, dans les édifices de l'hôtel Balmoral, du Stanley, du 58 West et qui ont maintenant disparu.

Il y a aussi le fait que les gens se tiennent généralement ensemble. Beaucoup de gens qui vivent dans des logements sociaux invitent une personne sans abri à s'installer avec eux. Les gens s'entraident. Mais maintenant, à cause de la COVID, ils ne le font pas, et parfois, ils n'ont même pas le droit de le faire. Cela rend les choses plus difficiles.

M. Don Davies: Je comprends.

En ce qui concerne votre centre de prévention des surdoses, le gouvernement fédéral a-t-il fourni du financement ou d'autres ressources pour vous aider à accomplir ce travail?

Mme Sarah Blyth: Nous n'avons pas reçu d'argent pour notre centre.

M. Don Davies: Le gouvernement fédéral a-t-il fourni des ressources pour appuyer votre santé mentale et votre mieux-être ainsi que ceux d'autres travailleurs qui se consacrent à la réduction des méfaits, à ce que vous sachiez, à Vancouver ou ailleurs?

Mme Sarah Blyth: Non, nous n'avons pas reçu de soutien; on nous a pratiquement abandonnés à notre sort. Je vous dirai honnêtement que notre situation est très difficile, parce qu'il faut continuer, nous n'avons pas le choix. Nous ne pensons pas vraiment à notre santé mentale, malheureusement.

M. Don Davies: Je sais que le traumatisme que vous vivez dans la rue touche autant ceux qui travaillent que ceux qui souffrent. Je pense que c'est un traumatisme communautaire que nous vivons tous.

Madame Blyth, avez-vous constaté une augmentation du nombre de gens qui consomment des drogues quand ils sont seuls, depuis l'écllosion de la COVID?

Mme Sarah Blyth: Oui, absolument. Nous avons vu des gens... Au tout début, beaucoup de gens restaient chez eux. Ils recommencent à sortir, parce que le nombre de surdoses est tellement élevé comparativement aux décès attribuables à la COVID. Je n'ai pas entendu parler de personnes qui soient décédées de la COVID dans le Downtown Eastside — disons, oui, peut-être quelques-unes.

Cependant, des centaines de personnes, ou même des milliers, sont décédées d'une surdose. Nous essayons donc de faire comprendre aux consommateurs de drogues qu'en fait, ils sont plus susceptibles de mourir d'une surdose que de la COVID et qu'il est plus sécuritaire de consommer avec d'autres gens. Il est vraiment important d'enseigner aux gens à consommer de façon sécuritaire.

Nous l'avons vu avec le...

M. Don Davies: Je vais terminer en...

Mme Sarah Blyth: Allez-y.

M. Don Davies: Je vais terminer vous posant trois questions en une et vous laisser y répondre.

Vous avez parlé des substances toxiques qui circulent dans nos rues, et je crois que vous avez mentionné le Conseil municipal de Vancouver. Voici ma triple question. Pourquoi les drogues illicites sont-elles de plus en plus toxiques depuis le début de la pandémie? Dans quelle mesure est-il important de décriminaliser toutes ces drogues pour que les gens n'aient pas à se les procurer dans la rue auprès de vendeurs du crime organisé? Enfin, quelle réponse conseilleriez-vous au gouvernement fédéral de donner au Conseil municipal de Vancouver, qui demande une exemption à l'article 56 afin de décriminaliser la possession de drogues à Vancouver?

Mme Sarah Blyth: Je pense qu'à l'heure actuelle, il faut agir activement pour prévenir ces décès. Si nous ne le faisons pas, les gens continueront à mourir.

Les consommateurs de drogue et les groupes communautaires, qui se trouvent en première ligne, affirment tous que pour vraiment sauver des vies, il faut décriminaliser la drogue. Il revient maintenant à vous d'apporter ces changements à l'article 56. Je pense que si vous apportez ces changements, nous pourrions changer nos façons de faire, ce qui sauvera des vies et changera considérablement l'avenir.

Je le répète, si nous n'agissons pas activement, les gens vont continuer à mourir. Vous ne le voyez probablement pas vous-mêmes, mais j'observe cela tous les jours avec des parents. Chaque jour, des mères et des familles m'appellent pour me dire que des membres de leur famille meurent.

La décriminalisation est aussi importante que l'approvisionnement sécuritaire. Il est crucial qu'ils obtiennent des produits qui ne les tuent pas, surtout en cette période de pandémie. La contamination est bien pire, parce qu'ils n'obtiennent plus les drogues importées au Canada qu'ils avaient l'habitude de prendre. Maintenant, ils consomment tout ce qu'ils trouvent dans la cuisine, et si ces produits ne les tuent pas, ils les endommagent et risquent de leur causer des troubles de santé à long terme, qui entraîneront des problèmes de santé mentale qui s'ajouteront au fardeau de notre système de santé. À long terme, les coûts seront énormes.

Je pense que nous disposons de nombreuses solutions pour changer cet état de choses.

Je suis désolée. Je crois que j'ai utilisé tout le temps alloué sans répondre à toutes vos questions.

• (1155)

Le président: Merci, monsieur Davies.

Cela met fin à nos questions.

Je tiens à remercier tous les témoins d'avoir pris la peine de venir nous rencontrer aujourd'hui et de nous fait part de leur expertise et de leurs connaissances. Je vous souhaite à tous une grande réussite.

Sur ce, nous allons suspendre la séance pour accueillir le prochain groupe de témoins.

La séance est suspendue.

• (1155)

(Pause)

• (1155)

Le président: Nous reprenons nos travaux.

Bienvenue à tous. Nous poursuivons la 12^e séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Nous nous réunissons aujourd'hui pour étudier les répercussions qu'a sur la santé mentale la situation d'urgence à laquelle font face les Canadiens pendant cette deuxième vague de la COVID-19.

J'aimerais remercier tous les témoins d'être venus aujourd'hui. Vous aurez sept minutes pour faire votre déclaration préliminaire.

Je vais passer en revue quelques règles d'ordre administratif. Vous pouvez bien sûr vous exprimer dans la langue officielle de votre choix. Les services d'interprétation sont disponibles pour cette réunion. Vous pouvez choisir, au bas de l'écran, entre le parquet, l'anglais et le français. Avant de parler, cliquez sur l'icône du microphone pour activer votre propre microphone. Lorsque vous avez fini de parler, veuillez mettre votre microphone en sourdine pour réduire les interférences au minimum.

Je vous rappelle que les députés et les témoins doivent s'adresser en tout temps à la présidence. Lorsque vous parlez, parlez lentement et clairement. A moins de circonstances exceptionnelles, l'utilisation de casques d'écoute avec microphone est obligatoire pour toutes les personnes qui participent à distance.

Dans ce groupe d'experts, nous accueillons, à titre personnel, le Dr Nick Kates, président du Département de psychiatrie et de neurosciences du comportement de l'Université McMaster. Nous avons aussi Teri Mooring, présidente de la Fédération des enseignantes et des enseignants de la Colombie-Britannique. Enfin, nous avons Jason Lee, trésorier de l'Association canadienne des soins de longue durée.

Merci à tous.

Docteur Kates, nous allons vous demander de commencer. Allez-y, s'il vous plaît. Vous avez sept minutes.

• (1200)

Dr Nick Kates (président, Département de psychiatrie et de neurosciences du comportement, McMaster University, à titre personnel): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je prends la parole aujourd'hui à titre de psychiatre et de président d'un département universitaire. La deuxième vague de la COVID-19 pose, pour la santé mentale et le mieux-être des Canadiens, des défis différents de ceux de la première vague. En effet, les gens se sentent déjà fatigués, frustrés, en colère, effrayés, déprimés ou anxieux. Cette nouvelle vague impose des exigences supplémentaires aux systèmes de santé physique et mentale, qui ont déjà de la difficulté à s'adapter et où la demande dépasse l'offre disponible.

Bien que nous soyons mieux préparés pour la deuxième vague et que nous ayons appris beaucoup de choses qui nous ont aidés à jeter des bases pour affronter ce qui nous attendait, notamment l'adoption rapide des soins virtuels, de nombreux Canadiens sont fatigués. Plus la pandémie ainsi que l'isolement, la distanciation, le confinement et l'incertitude se poursuivent, plus les symptômes du stress se transforment en anxiété, et les pertes entraînent la dépression.

Le président: Excusez-moi, docteur Kates.

Je me demande si vous pourriez relever un peu votre microphone. Il émet des cliquetis.

Dr Nick Kates: Bien sûr. Est-ce mieux ainsi?

Le président: Dites-moi ce que fait un chasseur qui sait chasser.

Dr Nick Kates: Un chasseur sachant chasser chasse sans son chien.

Le président: Je vous entends parfaitement. Merci.

Continuez, s'il vous plaît.

Dr Nick Kates: Cette situation a créé du stress dans plusieurs aspects de notre vie, et nous avons subi de nombreuses pertes. Nous avons notamment perdu des êtres chers dans des circonstances qui ont rendu le deuil plus difficile. Elle a modifié nos relations familiales et sociales et notre cohésion sociale, elle a entraîné une détérioration des troubles de santé mentale préexistants et a suscité des inquiétudes au sujet de notre mieux-être futur sur les plans physique, émotionnel, financier et social. Nous avons aussi observé des syndromes particuliers, comme la fatigue causée par le confinement, l'anxiété et l'insomnie causées par la COVID et, dans un contexte différent, la fatigue des réunions par Zoom.

Dans certains cas, ces changements n'étaient que temporaires; les gens se sont adaptés et ont passé à autre chose. Cependant, près de 50 % des gens signalent des changements importants dans leur santé mentale. Bon nombre de ces changements ont entraîné des symptômes cliniques de dépression, d'anxiété et même des idées suicidaires, et les problèmes de santé mentale et de toxicomanie préexistants se sont aggravés.

Ce qui est particulièrement préoccupant, c'est l'impact du traumatisme vécu par tant de Canadiens de tous les horizons, notamment le préjudice moral causé par le fait d'être forcés de prendre des décisions incompatibles avec leurs valeurs, leurs croyances ou leur culture. Ces facteurs ont souvent été exacerbés par des inégalités préexistantes en matière de revenu, de logement, d'éducation, d'emploi et de conditions de travail ainsi que par des inégalités d'antécédents et de culture, de race ou d'origine ethnique, de situation familiale ou de stigmatisation. Le chevauchement de ces facteurs, souvent appelé intersectionnalité, accroît le risque de développer des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Cela se produit à un moment où la pandémie a mis au jour les lacunes de nos services actuels de santé mentale et a réduit l'accès à de nombreux soutiens.

Cette situation a touché différentes populations de différentes façons. Les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis font face à des défis particuliers, qui découlent souvent d'inégalités préexistantes, comme le logement inadéquat, le manque de services, le manque d'infrastructures de santé publique et de santé mentale, l'isolement géographique, la stigmatisation. Les membres des communautés racialisées sont également vulnérables à d'autres problèmes découlant du racisme ou de préjugés systémiques.

Les enfants sont souvent particulièrement à risque, car ils craignent de retourner à l'école, de rendre un parent malade, de perdre le contact avec leurs amis ou de perdre des proches auxquels ils sont particulièrement attachés. Les taux de maltraitance des enfants ont augmenté. L'une des plus grandes préoccupations à long terme est le fait que l'adversité vécue dans l'enfance augmente la probabilité de développer des troubles de santé physique et mentale plus tard dans la vie et souligne l'importance d'intervenir pendant la petite enfance.

Les jeunes adultes sont vulnérables à la restriction de leurs activités sociales et ont souvent l'impression que leur avenir a été mis de côté ou même éliminé. Les aînés, qu'ils habitent avec un conjoint ou seuls, présentent un déclin cognitif plus accentué et des symptômes accrus de dépression et d'anxiété mis en évidence par l'isolement et par les préoccupations liées au fait de sortir.

Nous avons été témoins d'une augmentation de la consommation d'alcool, de cannabis et d'autres drogues ainsi que de décès liés aux opiacés et au jeu compulsif. D'autres populations sont à risque, notamment les gens qui ont perdu leur emploi, car nous connaissons les répercussions psychologiques du chômage. Citons aussi les personnes sans abri qui font déjà face à de multiples obstacles sociaux et économiques et les personnes qui vivent avec de graves handicaps physiques et psychiatriques, comme les troubles du spectre autistique, et leurs familles. Les services et les soutiens ont été fermés. L'accès au traitement est plus difficile et les soutiens internes ont souvent pris fin.

Pour ce qui est des répercussions liées au genre, nous constatons une augmentation de la violence entre partenaires intimes, qui est peut-être inévitable lorsque des couples déjà dysfonctionnels sont confinés 24 heures sur 24 sans les activités sociales qui les distraient habituellement. Ces problèmes sont souvent alimentés par un accès accru à l'alcool. Un deuxième problème lié au genre est le besoin de s'occuper des enfants beaucoup plus souvent qu'auparavant, et la majeure partie de ces responsabilités incombe encore souvent à la mère. De nombreux parents qui travaillent s'inquiètent du retour des enfants à l'école, mais encore plus de ce qui pourrait se produire si les écoles fermaient.

Quant aux soins virtuels, qu'ils soient dispensés par vidéo, audio, courriel ou même par textos, les données probantes indiquent que les fournisseurs de soins et les patients les trouvent plus commodes et qu'ils donnent d'aussi bons résultats. N'oublions cependant pas que de nombreuses personnes n'ont toujours pas accès à un ordinateur ou même à un téléphone. Il nous faudra aussi déterminer pour quelles situations cliniques, pour quelles populations et pour quelles thérapies les soins virtuels donnent de meilleurs résultats que les soins fournis en personne.

• (1205)

En examinant la façon de répondre à ces demandes sans précédent, aucune situation n'est unique, et nous examinons des approches communes qui pourraient profiter à tous. Il serait judicieux d'apporter de plus petits changements, qui seraient plus faciles à mettre en œuvre, et aussi de cibler nos interventions sur des populations particulières.

J'ai divisé mes suggestions en trois domaines.

Il y a d'abord les services et le soutien aux particuliers et aux familles. Premièrement, nous devons renforcer nos systèmes actuels de santé mentale. Pour ce faire, il faudrait élaborer, en collaboration avec les provinces et les territoires, un plan décrivant les objectifs, les lignes directrices et les objectifs communs pour orienter le travail qui se déroule à l'échelle du pays. Il faudra recueillir des données sur les besoins actuels pour éclairer les priorités futures en matière de services. Nous devons élaborer un mécanisme d'échange de solutions qui réussissent dans différentes régions du pays afin de les adapter ou de les adopter ailleurs. Enfin, il faudra continuer à officialiser les codes de facturation des soins virtuels.

Nous devons aussi utiliser les ressources existantes pour soutenir des interventions ciblées. Nous devons adapter nos modèles de soins de manière à relever les défis actuels en mettant l'accent sur la reconnaissance précoce ainsi que sur la prévention et le dépistage proactif. Par exemple, dans le domaine des soins primaires, les médecins de famille pourraient appeler les personnes âgées pour savoir dans quelle situation elles se trouvent afin d'identifier celles qui sont le plus à risque. Nous devons mettre l'accent sur les soins à court terme — notamment les traitements en une seule séance —, sur une vaste gamme de traitements pour le TSPT et sur l'aide à la navigation dans le système.

Nous devons établir de nouveaux partenariats dans l'ensemble du système et faire en sorte que nos systèmes collaborent plus étroitement pour mettre en commun leurs ressources et se soutenir mutuellement. Nous devons aussi mieux soutenir l'auto-administration et la prise en charge des soins en fournissant des ressources et de l'aide aux personnes pour qu'elles prennent mieux soin de leur bien-être. Il peut s'agir de l'accès à des ressources éducatives interactives ou organisées, de l'élaboration d'une liste des sites les plus utiles pour les fournisseurs, de la mise au point de guides et de blogues accessibles sur des...

Le président: Docteur Kates, pourriez-vous conclure, s'il vous plaît?

Dr Nick Kates: Bien sûr.

J'aimerais souligner deux derniers points. Premièrement, il est important d'accroître la capacité de notre système de santé mentale en augmentant la formation des fournisseurs de soins de première ligne, en élargissant le rôle des soins primaires, en offrant également du soutien par les pairs, et en examinant le modèle qui est actuellement mis à l'essai pour la GRC.

L'autre point est de continuer à s'attaquer aux changements systémiques et socioéconomiques, aux inégalités, aux obstacles systémiques et à la stigmatisation. Nous devons offrir un soutien supplémentaire aux familles et aux enfants, maintenir le revenu des Canadiens à faible revenu tant que la pandémie affecte leur travail, et élargir l'accès aux services à haute vitesse à large bande aux collectivités éloignées ou isolées.

Je vous remercie de votre temps.

• (1210)

Le président: Merci, docteur.

Nous passons maintenant à Mme Mooring, présidente de la British Columbia Teachers' Federation.

Allez-y, madame Mooring, vous avez sept minutes.

Mme Teri Mooring (président, Fédération des enseignantes et des enseignants de la Colombie-Britannique): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie de me donner l'occasion de vous parler aujourd'hui de la protection de la santé mentale des enseignants pendant la deuxième vague de la COVID-19.

J'aimerais commencer par souligner que je m'adresse à vous depuis le territoire ancestral traditionnel et non cédé des peuples Saliish du littoral, plus précisément les nations Squamish, Tsleil-Waututh et Musqueam.

Je représente les 45 000 membres de la British Columbia Teachers' Federation, tous les enseignants des écoles publiques, de la maternelle à la 12^e année, et les éducateurs d'adultes. Nos défis et nos préoccupations ne sont pas uniques. Ils sont repris par les enseignants d'un océan à l'autre.

En tant que membre de la Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants, la BCTF, de concert avec d'autres syndicats d'enseignants de partout au pays, reconnaît et apprécie le travail essentiel des enseignants et des travailleurs de l'éducation de partout au Canada, qui continuent d'incarner un service de première ligne et un professionnalisme essentiels pendant cette période critique et difficile de notre histoire collective.

Bien que la santé mentale des enseignants et, en fait, de tous les Canadiens, ait été gravement affectée par le coronavirus, ces problèmes existaient bien avant la pandémie pour les enseignants canadiens. Les conditions de travail de plus en plus difficiles nuisent en effet à leur santé mentale et à leur résilience depuis des décennies. En même temps, nous constatons aussi une augmentation du taux de problèmes de santé mentale chez nos élèves, et c'est vraiment triste.

À mesure que les budgets de l'éducation publique diminuaient au cours des deux dernières décennies, les attentes du public à l'égard de nos systèmes scolaires augmentaient. Comme l'éducation est un élément essentiel des solutions à long terme à de nombreux défis de la société, y compris la formation de la prochaine génération de dirigeants et de citoyens du Canada, ces attentes sont compréhensibles.

L'un de nos slogans préférés à la BCTF est « Les enfants comptent. Les enseignants en prennent soin. » C'est vraiment la raison pour laquelle nous sommes attirés par cette profession. Les enfants comptent énormément, et nous en prenons soin sérieusement. Les enseignants et les écoles ne sont qu'un élément de l'effort social collectif nécessaire pour soutenir les aspirations et les besoins diversifiés des jeunes. Cette entreprise nationale repose sur un leadership fédéral fort et ciblé, sur la coordination des actions et sur les ressources.

Lorsque les écoles ont fermé en Colombie-Britannique le 17 mars, les enseignants ont eu moins de deux semaines pour relever le défi énorme qui consistait à transposer les pratiques et les compétences qu'ils utilisaient en classe à l'enseignement à distance en ligne. La connaissance des répercussions de la pandémie sur nos élèves les plus vulnérables ajoute à leur stress. Le fossé numérique, l'insécurité alimentaire et en matière de logement, la violence familiale, le racisme et d'autres expériences traumatisantes ont limité ou complètement diminué la capacité de certains élèves à accéder véritablement à l'éducation.

En Colombie-Britannique, nous sommes retournés à l'enseignement complet en classe. Nos recherches montrent que la mise en œuvre inadéquate des mesures de santé et de sécurité a des conséquences graves sur la santé physique et mentale des enseignants. « J'ai peur, je suis isolé, seul et très triste », a déclaré un enseignant dans un sondage de la BCTF mené cet automne. Un autre a dit: « Les enjeux sont tellement importants que je ne peux pas protéger mes enfants contre une maladie qui pourrait altérer leur vie. » Ce sont là quelques-unes des phrases très préoccupantes énoncées par les enseignants concernant leur état mental actuel.

Il est également important de reconnaître que l'inégalité entre les sexes est en jeu dans une profession féminisée. Plus de 70 % des enseignants des écoles publiques au Canada s'identifient comme étant des femmes. Le devoir affectif qui consiste à s'occuper de leurs élèves et de leurs propres enfants tout en fournissant souvent des soins à une personne âgée est un fardeau supplémentaire assumé de façon disproportionnée par les enseignantes pendant cette pandémie.

Quelles mesures le gouvernement fédéral peut-il prendre pour réduire la détresse des enseignants et les appuyer dans leur rôle primordial de professionnels de première ligne? Nos membres nous ont dit que la consultation, la communication et la coopération étaient essentielles. Les enseignants se sentent moins vulnérables aux risques mentaux et physiques lorsqu'une majorité critique au sein de leur communauté scolaire comprend et respecte les protocoles de santé et de sécurité et lorsque ces protocoles sont jugés adéquats.

Je vous renvoie, monsieur le président, aux recommandations de notre mémoire. Elles décrivent ce que le gouvernement fédéral peut faire pour catalyser les améliorations et la collaboration éclairées, constructives et transparentes en ce qui concerne la santé mentale des enseignants.

Nous nous réjouissons du financement fédéral de 2 milliards de dollars accordé aux provinces et aux territoires. Cette somme est nécessaire pour assurer les mesures de salubrité et de sécurité de base dans les écoles. Malheureusement, cela n'a pas été suffisant pour permettre aux écoles de réduire la densité des élèves par classe afin de faciliter la distance physique. Il faut également mettre en place des mesures pour que les fonds fédéraux servent directement à améliorer la sécurité en classe. Il faut en faire plus alors que le nombre de cas de COVID-19 ne cesse d'augmenter en Colombie-Britannique et dans de nombreuses autres provinces et territoires.

• (1215)

La stabilité économique est un autre facteur de stress pour les enseignants. Ceux qui ont été exposés au virus et qui sont tenus de s'isoler utilisent la totalité de leurs congés de maladie pour l'année. Comme de nombreux enseignants commencent déjà à manquer de congés de maladie, la prestation fédérale, dans sa forme actuelle,

est insuffisante, car elle exige une réduction trop importante de la rémunération des enseignants qui vivent déjà dans une province où le coût de la vie est parmi les plus élevés au Canada.

De plus, pour les travailleurs les plus précaires, les enseignants sur appel ou les remplaçants, qui peuvent côtoyer des centaines d'élèves dans de nombreuses écoles chaque semaine, il n'y a pas de congé de maladie contractuel. Les enseignants ne devraient pas avoir à choisir entre leur santé et leur capacité de gagner un revenu décent.

En conclusion, la COVID-19 a mis en évidence ce qui se passe lorsque les impératifs d'austérité et d'efficacité coïncident avec une crise nationale. Le système d'éducation publique de la Colombie-Britannique, comme d'autres au Canada, subit des compressions importantes et un sous-financement chronique depuis des décennies.

Cette lutte est la toile de fond de notre réalité actuelle. C'est aussi l'une des principales raisons pour lesquelles le Canada jouit encore d'une position enviée à titre d'un des meilleurs pays du monde en matière d'éducation — à cause de notre engagement envers un professionnalisme et une expertise élevés, et envers un accès équitable à une éducation de grande qualité pour chaque élève dans chaque circonscription, dans chaque collectivité.

Je vous remercie encore une fois de m'avoir donné l'occasion de vous faire part des expériences, des points de vue et des conseils des enseignants des écoles publiques de la Colombie-Britannique.

Le président: Merci, madame Mooring.

Nous allons maintenant entendre Jason Lee, trésorier de l'Association canadienne des soins de longue durée.

Allez-y, s'il vous plaît. Vous avez sept minutes.

M. Jason Lee (trésorier, Association canadienne des soins de longue durée): Merci, monsieur le président.

Mesdames et messieurs les membres du Comité, je tiens à vous remercier d'avoir invité l'ACSLD à témoigner de nouveau devant vous aujourd'hui pour discuter des aînés qui vivent dans des établissements de soins de longue durée et du soutien dont les résidents ont besoin pour protéger leur santé mentale.

Je m'appelle Jason Lee et je suis ici aujourd'hui à titre de trésorier de l'Association canadienne des soins de longue durée.

En tant que porte-parole de premier plan des soins de longue durée de qualité au Canada, nos membres défendent les intérêts des résidents à l'échelon fédéral afin que les aînés puissent vieillir et vivre dans la dignité.

Notre discussion d'aujourd'hui porte sur la santé mentale. Il ne fait aucun doute que cette période a été extrêmement difficile et douloureuse pour toutes les personnes concernées, y compris les résidents, leur famille, le personnel de première ligne et les exploitants de foyers de soins de longue durée. Dans le peu de temps dont je dispose, je veux me concentrer sur la santé mentale des résidents. Au besoin, je serai heureux de revenir devant le Comité pour lui donner plus de renseignements sur les effets de la COVID-19 sur la santé mentale des familles et du personnel.

Des études ont démontré que l'isolement social a un effet négatif sur la santé, surtout chez les aînés, et que cela augmente le coût global de notre système de santé. De plus, la population âgée peut même souffrir d'isolement social dans les foyers de soins où il y a une abondance de résidents et de personnel. Nous savons que ceux qui ont plus de liens avec leur famille et leurs amis vivent plus longtemps, sont plus heureux et en meilleure santé. La COVID-19 a posé des obstacles particuliers à la santé mentale des résidents, à cause de l'isolement physique nécessaire en cas d'éclosion.

Depuis le début de la pandémie, les gouvernements, les responsables de la santé publique et les secteurs des soins de longue durée et des soins continus ont été confrontés à des défis qui sont non seulement sans précédent, mais aussi complexes sur le plan éthique et émotionnel. L'enjeu le plus important est peut-être celui des visites familiales.

Les membres de la famille ou les proches compagnons sont un élément indispensable de l'équipe de soins de longue durée et sont essentiels à l'expérience des résidents. Plus tôt cette année, la restriction des visites a eu une incidence sur la qualité de vie globale de nombreux résidents, malgré tous les efforts du personnel. Même si ces restrictions étaient et sont toujours nécessaires pour assurer la sécurité des résidents et du personnel, nous comprenons aussi à quel point il est important d'être physiquement et émotionnellement près de ceux qui comptent pour nous, surtout lorsqu'on vieillit.

Le personnel des foyers de tout le pays a fait preuve d'agilité, d'innovation et de dévouement pour essayer de mettre les familles en contact avec leurs proches au moyen du téléphone, de la technologie et d'autres mesures pour protéger leurs échanges.

Bien que les directives destinées aux familles et aux autres visiteurs varient d'un bout à l'autre du pays en fonction du taux de COVID-19 dans la collectivité, bon nombre des nouvelles approches visant à établir des liens entre les résidents et leur famille en cette période de turbulences exigent des technologies nouvelles et à jour, une utilisation accrue de l'équipement de protection individuelle, la mise à niveau de l'infrastructure du foyer et l'ajout de personnel pour assurer des visites sécuritaires.

C'est pourquoi en septembre, l'ACSLD a demandé au gouvernement fédéral un financement immédiat et stable de 2,1 milliards de dollars sur deux ans pour couvrir l'équipement de protection individuelle, le personnel et les autres coûts associés à la COVID-19. Je tiens à remercier le gouvernement fédéral d'avoir investi la première tranche de 1 milliard de dollars dans le Fonds pour la sécurité des soins de longue durée la semaine dernière.

Toutefois, les problèmes de santé mentale en soins de longue durée, comme d'autres défis exposés par le coronavirus, ne sont pas uniques à la situation actuelle. D'autres investissements dans les soins de longue durée sont nécessaires pour appuyer les changements structurels qui permettent de fournir l'infrastructure et la formation dont les foyers et le personnel ont besoin pour offrir le niveau et le type de soins que les aînés méritent.

Plus précisément, il faut investir dans la rénovation et la reconstruction de nouveaux foyers de soins de longue durée afin de créer des milieux conformes aux normes de conception modernes, surtout en ce qui concerne les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence.

• (1220)

En outre, la réussite de la prestation des soins de santé — des plans de soins individuels aux activités des établissements en passant par l'orientation stratégique du gouvernement — dépend d'un élément essentiel, à savoir l'accessibilité à la meilleure information disponible recueillie au point d'intervention. C'est vrai pour les soins de longue durée. Les données fournies par les établissements, qui sont comparables et partagées à l'échelle du Canada, peuvent aider les décideurs et les professionnels de la santé à améliorer la qualité des soins et, par conséquent, la qualité de vie des résidents en soins de longue durée.

Enfin, il est temps de moderniser le Transfert canadien en matière de santé afin d'y inclure un complément démographique qui tient compte de l'augmentation des coûts du vieillissement de la population. Nous ne pouvons qu'espérer aborder adéquatement la question de la santé mentale des résidents grâce au financement approprié de tous les aspects de leur vie en foyer et de leurs soins, et le gouvernement fédéral a un rôle à jouer pour assurer l'accès aux mesures de soutien appropriées en santé mentale.

En conclusion, nous ne pouvons pas prétendre que les soins de santé mentale sont en quelque sorte distincts des autres types de soins reçus dans les foyers, ni même différents des autres défis auxquels le secteur est confronté. Il est facile d'examiner la situation actuelle dans les foyers de soins de longue durée partout au pays et de dire que ces soins doivent être évités à tout prix. Il est facile de discuter et de diaboliser les foyers de soins de longue durée en les qualifiant de mouroirs pour personnes âgées. Toutefois, ce n'est pas le genre de soins de longue durée que nous connaissons, en tant qu'exploitants et membres du personnel.

Il n'y a pas un foyer au Canada qui ne se considère pas comme une famille élargie, qui comprend ses résidents, sa famille, son personnel et la collectivité dans laquelle il exerce ses activités. Des termes comme « mouroir » posent un réel problème quand vient le temps de mobiliser le financement et le soutien dont le secteur a tant besoin.

Pour s'attaquer réellement aux problèmes systémiques des soins de longue durée et veiller à ce que les effets de la COVID-19 ne se reproduisent plus, nous devons cesser de dire que les soins de longue durée sont une mesure de dernier recours pour les aînés et commencer à réfléchir plutôt à la manière de rendre les dernières années de la vie d'une personne agréable et satisfaisante. Comment pouvons-nous investir dans les foyers de soins de longue durée, les collectivités et les services intégrés offerts aux aînés pour faire en sorte que ceux qui arrivent dans un milieu de soins aient l'impression de construire un nouveau foyer?

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de m'adresser à votre comité.

• (1225)

Le président: Merci, monsieur Lee.

Nous allons maintenant passer aux questions en commençant par M. Maguire.

Monsieur Maguire, vous avez la parole. Vous avez six minutes.

M. Larry Maguire (Brandon—Souris, PCC): Merci, monsieur le président.

Je tiens à remercier tout particulièrement les témoins qui sont ici aujourd'hui pour leurs exposés, qui étaient très instructifs.

Les enjeux sont immenses à tous les niveaux, mais je veux d'abord aborder la question du point de vue des aînés. Nous avons constaté que les deux tiers de nos jeunes et le tiers des personnes âgées sont touchés, davantage par des problèmes de santé mentale, ce qui est un petit nombre, mais c'est atroce pour les familles qui se trouvent dans cette situation. Vous avez tous mentionné l'importance des données. Je voulais me concentrer un peu sur le stress supplémentaire qui cause nos problèmes de santé mentale et qui contribue à certains des problèmes de santé et de dotation en personnel de nos établissements de soins de longue durée.

Monsieur Lee, je me demande si vous pourriez répondre en premier. Avant la pandémie, le recrutement et le maintien en poste d'aide-soignants dans les établissements étaient ardues et constituaient déjà un défi. Existe-t-il des données publiques sur le taux de roulement des aide-soignants dans ces établissements de soins de longue durée?

M. Jason Lee: C'est une bonne question. À l'heure actuelle, il n'y a pas de système permettant de recueillir les données à la source — dans les foyers — ni à l'échelle du pays. Il n'y a pas non plus de système permettant l'agrégation et l'échange de ce type de données à l'échelle nationale afin que nous puissions répondre facilement à cette question. Soit dit en passant, le secteur tient compte du taux de roulement au cours de la première année d'emploi, qui est de l'ordre de 25 %. Il est donc élevé. Encore une fois, je le dis de façon anecdotique, parce que le système de données dont j'ai parlé plus tôt n'existe pas. Si nous avions un tel système, votre travail de décideur serait certainement plus facile.

M. Larry Maguire: Oui, merci.

Dans les établissements de soins de longue durée, je sais qu'il semble y avoir un manque de postes à temps plein dans certaines de ces régions. En raison de la pandémie, nous avons beaucoup de problèmes majeurs ici pour essayer de contenir ces éclosions dans les établissements, et maintenant la plupart des provinces ont interdit aux aide-soignants de travailler dans plusieurs établissements.

À l'avenir, je me demande quelles mesures concrètes le gouvernement fédéral devrait mettre en œuvre pour encourager ces établissements de soins de longue durée à offrir plus de postes à temps plein, afin que les employés n'aient pas à travailler dans plusieurs établissements. Je sais que le personnel qui y travaille craint énormément d'apporter le virus dans les foyers.

M. Jason Lee: Absolument, la dernière chose qu'un membre du personnel souhaite, c'est d'être la personne qui a propagé la COVID-19. Peu importe qu'il ne l'ait pas fait exprès, ce n'est pas ce qu'il veut.

Pour ce qui est des postes permanents à temps plein, le secteur a actuellement besoin de travailleurs et, d'après mon expérience, les employés qui cherchent du travail n'ont aucun mal à en trouver. Par le passé, nous fonctionnions généralement en vertu de conventions collectives dans la majorité de ces foyers, et le nombre de postes à temps plein et à temps partiel est normalement inscrit directement dans ces conventions, dont certaines datent de 30 ou de 40 ans.

Il est certain que dans nos foyers, nous offrons beaucoup de postes à temps plein, mais ce n'est pas tout le personnel qui souhaite un tel poste. Beaucoup d'employés cherchent un poste occasionnel ou à temps partiel parce qu'ils vivent une situation qui leur est propre et qu'ils veulent cette souplesse.

M. Larry Maguire: Oui, avec les familles et ce genre de choses, c'est certain...

Une des choses qui est ressortie au cours de la fin de semaine... Un épidémiologiste de Harvard, Michael Mina, a parlé de l'importance des tests rapides à domicile et a dit qu'ils pourraient changer la donne. Ils ne sont pas offerts au Canada et n'ont pas encore été approuvés au pays.

Je sais que les membres du personnel sont très inquiets à l'idée de faire entrer la COVID dans leur milieu de travail, comme je l'ai dit, alors pour réduire le stress des employés dans ces situations, le gouvernement fédéral devrait-il approuver les tests rapides à domicile et les distribuer au personnel de ces établissements de soins de longue durée?

Cela peut s'appliquer à d'autres milieux comme nos systèmes scolaires. Je sais qu'au Manitoba, le premier ministre vient d'indiquer, madame Mooring, qu'il y aura suffisamment de tests rapides pour deux tests par semaine pour chaque enseignant jusqu'à la fin de juin.

Peut-être pourriez-vous tous les deux faire des commentaires à ce sujet, seulement au sujet des trousse de dépistage à domicile.

• (1230)

M. Jason Lee: L'Association canadienne des soins de longue durée est en faveur des tests. Nous aimerions qu'il y ait davantage de tests. Nous avons eu, parfois, de la difficulté à avoir accès au niveau de tests que nous souhaitons pour le personnel et les résidents de nos établissements. Par conséquent, s'il s'agit d'une étape vers un meilleur accès et des tests plus fiables, ce serait une étape positive.

M. Larry Maguire: Merci.

Madame Mooring.

Mme Teri Mooring: Je conviens que des tests rapides pour les enseignants et des tests à domicile seraient utiles. Le temps qu'il faut pour obtenir les résultats d'un test nous a posé des problèmes en Colombie-Britannique, car dans l'intervalle, les enseignants doivent évidemment rester en congé. Bien que cela se soit amélioré, il est certain que l'accès à des tests rapides à domicile serait également utile pour les enseignants pour, comme vous le dites, réduire leur stress, s'assurer qu'ils sont en sécurité, et pouvoir obtenir une réponse rapide s'ils s'inquiètent pour leur santé.

Le président: Merci, monsieur Maguire.

Nous passons maintenant à M. Fisher.

Monsieur Fisher, vous avez la parole. Vous avez six minutes.

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

Merci à tous les témoins. Nous avons reçu énormément d'information aujourd'hui, et je vous en remercie.

Ma première question s'adresse au Dr Kates.

Bien qu'il semble y avoir une lumière au bout du tunnel maintenant avec de multiples vaccins candidats à l'étude, et nous entendons de très bonnes choses à leur sujet, nous savons que les Canadiens ont encore du mal à composer avec les mesures de santé publique conçues pour les protéger.

En août, après la première vague, le Hamilton Spectator vous a cité en ces termes:

Je pense que les gens ressentent généralement un manque de motivation, de l'anxiété et du stress et qu'ils cherchent à échapper à cela d'un coup, plutôt que progressivement.

Pourriez-vous nous dire quels défis particuliers les Canadiens ont dû relever sur le plan mental lorsqu'ils ont cherché à revenir à leurs vieilles habitudes après la première vague? Quelles leçons pouvons-nous en tirer alors que nous espérons voir la deuxième vague de la pandémie prendre fin quand nous commencerons à déployer le vaccin?

Dr Nick Kates: C'est un véritable défi, parce que nous demandons aux gens de revivre une situation qui... Lorsqu'ils ont traversé la première vague, ils ont cru que ce serait fini et qu'ils pourraient passer à autre chose. Il y a aussi la fatigue, et les gens en ont assez de faire certaines des choses qu'ils faisaient au début lorsqu'ils étaient en isolement ou qu'ils devaient suivre certaines des mesures de distanciation. Il y a un sentiment général de frustration. Les gens sont las d'attendre indéfiniment et se demandent quand cela va prendre fin.

Nous avons fait appel à la bonne volonté de tous et à un sentiment collectif de responsabilité partagée pour prendre soin les uns des autres, et je pense qu'il sera très important de continuer de renforcer cela, de continuer à renforcer les messages selon lesquels vous ne le faites pas seulement pour vous, mais aussi pour les gens qui vous entourent.

Encore une fois, nous devons faire attention à ne pas surestimer l'arrivée du vaccin. Cela va prendre du temps. Nous ne savons pas quels en seront les effets. Nous ne savons pas ce qui se passera si les modalités de vaccination sont différentes en fonction des secteurs d'activité que nous examinons. Par conséquent, nous devons aider les gens à continuer de revoir leurs attentes, qu'il s'agisse d'événements immédiats ou d'activités sociales ou autres auxquelles ils espéraient participer. En même temps, il faut les pousser à se concentrer sur certains des avantages que cela leur a apportés en leur donnant le temps de s'intéresser à d'autres choses, à rechercher peut-être des plaisirs plus simples, en réalisant qu'il y a certaines choses sur lesquelles nous avons bâti certaines de nos attentes qui ne sont pas si importantes que ça pour le moment.

M. Darren Fisher: Merci beaucoup, docteur Kates.

Ma prochaine question s'adresse à M. Lee — ou est-ce Dr Lee?

Compte tenu de certaines des choses que vous avez dites dans votre témoignage, à quel point est-il important que la ministre Carla Qualtrough ait annoncé récemment un financement de 23,2 millions de dollars pour les collèges et instituts du Canada afin d'élaborer et de mettre en œuvre un programme accéléré de formation en ligne pour environ 4 000 proposés aux soins personnels?

• (1235)

M. Jason Lee: Merci.

Je ne suis pas médecin et je ne joue pas ce rôle à la télévision, mais c'est une bonne question et une bonne annonce.

Nous considérons que ce financement est très utile. Nous avons parlé de la nécessité d'accroître la formation et le personnel. Nous aimerions voir une stratégie nationale des ressources humaines en santé qui comprendrait des initiatives de formation comme celle-là. Que pouvons-nous faire grâce à nos programmes d'immigration pour attirer plus de travailleurs de la santé au Canada? Comment pouvons-nous les former et nous assurer qu'ils sont dans le bon secteur et dans les bonnes provinces?

Nous demandons une stratégie plus globale, mais c'est un très bon élément. La seule chose que nous aurions aimé voir dans ce projet de loi, c'est que non seulement les établissements publics, mais aussi les établissements de formation privés aient accès à ce même programme.

C'est un pas dans la bonne direction.

M. Darren Fisher: Merci, monsieur.

Monsieur le président, je vais céder le reste de mon temps de parole à M. Kelloway.

Le président: Merci, monsieur Fisher.

Monsieur Kelloway, allez-y.

M. Mike Kelloway: Merci beaucoup.

Ma question s'adresse au Dr Kates.

Docteur Kates, mes électeurs doivent souvent attendre longtemps pour obtenir du soutien en santé mentale. Cela dit, je savais que mes électeurs profiteraient de l'application Espace Mieux-Être, car elle offre un lien direct vers d'importantes ressources en santé mentale, et cela, gratuitement.

À votre avis, les plateformes virtuelles comme Espace Mieux-Être Canada sont-elles l'avenir des services de santé mentale, en tant que moyen efficace de fournir du soutien aux personnes qui ont besoin de soins de santé mentale, surtout à l'approche des mois d'hiver?

Dr Nick Kates: Je dirais que oui, absolument. L'une des leçons que j'espère que nous pourrions retenir à mesure que nous avançons est que c'est l'occasion de repenser la façon dont nous organisons et fournissons les soins de santé mentale.

Je dirais que deux éléments particuliers sont importants. Premièrement, il faut vraiment insister pour amener les gens à se prendre en charge eux-mêmes et les soutenir. Ce n'est pas original; c'est quelque chose qui fait partie de tous les soins. Je pense que la pandémie nous a appris non seulement que c'est une façon d'élargir considérablement la portée des services de santé mentale, mais aussi que c'est efficace. Nous savons que les soins virtuels et la TCC en ligne peuvent être aussi efficaces que les soins en personne.

Fournir des ressources et du soutien, mais de façon ciblée parce qu'il n'y a pas de solution universelle... Les différentes populations, qu'il s'agisse des jeunes adultes ou des parents qui ont des problèmes avec leurs enfants, peuvent avoir besoin de différents types de ressources et de services.

L'autre façon d'élargir la portée du système de santé mentale est de se rendre compte qu'il y a beaucoup d'autres personnes disponibles. L'une de nos plus grandes ressources inexploitées, ce sont les fournisseurs de soins de santé qui ne travaillent pas à pleine capacité. Il y a aussi les familles. Je ne pense pas que nous ayons tiré parti non seulement du désir, mais aussi de la capacité des familles de prendre soin de leurs êtres chers et, de la même façon, d'offrir du soutien aux personnes.

Si nous pouvons appuyer les familles et aussi les fournisseurs de soins primaires, les infirmières de la santé publique, les autres infirmières visiteuses qui travaillent dans la collectivité et les gens qui travaillent dans les organismes communautaires avec des approches par étapes simples... Nous ne transformerons pas tout le monde en spécialistes de la santé mentale, mais nous disons qu'il y a beaucoup de choses liées au mode de vie, au stress et aux relations familiales que n'importe qui peut être formé à offrir.

Repensons notre façon de faire. Essayons d'élargir la base de notre système de soins de santé mentale afin que nous puissions utiliser les ressources plus coûteuses et hautement qualifiées de façon beaucoup plus ciblée pour les personnes qui ont vraiment besoin de cette expertise.

M. Mike Kelloway: Ce sont des idées formidables. Merci.

[Français]

Le président: Merci, monsieur Kelloway.

Nous poursuivons maintenant avec M. Thériault.

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

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

Monsieur Lee, vous avez écrit au mois de septembre un communiqué de presse dont le titre était « 30 Years of Chronic Underinvestment has Created a 'Perfect Storm' in Long-Term Care », qu'on pourrait traduire par « Trente ans de sous-investissements chroniques ont créé une tempête parfaite dans les soins de longue durée ». Certains de mes collègues pourraient penser que je vous en ai suggéré le titre, mais je les rassure, nous ne nous connaissions pas avant aujourd'hui.

Plusieurs personnes sont venues nous dire que, tout ce que la pandémie venait de faire, c'était de démontrer les maillons faibles des réseaux de santé et que cela mettait en lumière les fragilités de ce réseau causées par le sous-financement chronique des dernières décennies.

Avant de revenir sur ce point, je voulais d'abord parler de la mission des CHSLD et du rôle des familles, notamment en temps de pandémie. Quand on parle d'un centre d'hébergement de soins de longue durée, on parle d'un milieu de soins et d'un milieu de vie.

Pour la partie du milieu de vie, cela regarde d'abord et avant tout les familles. Avec les années, on a transmis aux familles une certaine charge des bénéficiaires. Pour ce qui est des soins, ce sont les professionnels qui les donnent. Pendant la pandémie, par manque d'équipement de protection individuelle, on a exclu les familles. Ce n'était pas souhaitable, mais on a dû le faire. Si j'ai bien compris, vous dites aujourd'hui qu'il faudrait trouver d'autres moyens pour que cette coupure ne se fasse pas. On a plus de moyens de sécuriser le CHSLD et on bénéficie aussi d'infrastructures de communication qui permettent de ne jamais couper ce lien familial nécessaire à la santé mentale de ces personnes au bout de leur vie. Dieu sait si la santé mentale des bénéficiaires est fondamentale pour les garder en bonne santé.

Est-ce bien ce que vous avez dit? Pourriez-vous nous parler davantage de ces moyens? Croyez-vous que, en cas d'une autre pandémie, il faudrait absolument préserver la contribution des familles à l'intérieur?

• (1240)

[Traduction]

M. Jason Lee: Merci beaucoup de vos questions. Je ferai de mon mieux pour y répondre.

Je vais commencer par votre allusion au communiqué de septembre. Ce communiqué attirait l'attention sur le fait que l'Association canadienne des soins de longue durée a cerné un certain nombre de problèmes, des problèmes chroniques, dans le système. Cela fait des années que nous discutons avec le gouvernement fédéral et d'autres ordres de gouvernement pour essayer de régler ces problèmes. Le bon côté de cette pandémie, c'est qu'elle a mis en lumière le secteur des soins de longue durée. Tout le monde l'examine maintenant, voyant que nous pouvons faire mieux, et voulant savoir quelles sont les corrections à apporter pour que nous ne nous retrouvions pas dans la même situation à l'avenir.

Nous avons parlé du besoin de dotation et d'une stratégie nationale en matière de ressources humaines en santé. Ce serait une étape importante pour éviter que nous nous retrouvions de nouveau dans cette situation. Il y a aussi l'infrastructure de nos maisons de soins. Des centaines d'établissements d'un bout à l'autre du pays doivent être entièrement reconstruits ou rénovés afin d'être mieux conçus pour lutter contre les infections. Si un virus comme celui-ci devait réapparaître, nous serions alors mieux équipés pour y faire face dans les maisons de soins que nous ne le sommes actuellement.

Plus tôt, j'ai mentionné que nous devons recueillir des données, les partager et les transmettre à des décideurs comme vous afin que vous puissiez prendre de bonnes décisions au sujet de notre secteur. Ce fut une période extrêmement difficile pour tout le monde, les familles et les résidents, partout au pays, et nous ne voulons vraiment pas répéter cela. On voit qu'il y a des façons d'éviter de vivre le même scénario. Si un autre virus comme celui-ci se répand dans notre pays dans cinq ans, nous devrions avoir l'infrastructure, le personnel et l'information nécessaires pour éviter...

• (1245)

[Français]

M. Luc Thériault: Je m'excuse de vous couper la parole.

S'il y avait eu suffisamment d'équipement de protection individuelle dès le départ, est-ce que la décision de faire sortir les familles des CHSLD, soit les centres d'hébergement et de soins de longue durée, aurait été la même? Si oui, compte tenu de l'effet que cela a sur les bénéficiaires — mourir seul, c'est quand même inhumain —, que pourrait-il être fait à l'avenir pour éviter ce genre de coupure?

[Traduction]

M. Jason Lee: Il y a certainement eu une pénurie d'équipement de protection individuelle au début de la pandémie. Le problème se pose encore, mais dans une bien moindre mesure à l'heure actuelle.

Si les stocks avaient été là en mars ou en avril... Nous n'avons même pas considéré cela comme un obstacle. Comme vous le savez, on en a beaucoup parlé au début de la pandémie comme d'une préoccupation, d'un risque, d'un obstacle. Si nous avions eu des stocks plus importants, nous aurions passé moins de temps à parler d'équipement de protection individuelle et probablement plus de temps à parler des autres défis auxquels nous faisons face.

[Français]

M. Luc Thériault: La rétention de personnel est liée aux conditions de travail. Évidemment, un meilleur financement permet de meilleures conditions de travail et agit donc sur la rétention du personnel. Dans les maisons de soins de longue durée, j'imagine qu'avoir affaire aux mêmes personnes a un effet positif sur la qualité des soins que reçoivent les résidents.

[Traduction]

M. Jason Lee: Absolument. Le roulement du personnel fait en sorte que les résidents voient plus de visages inconnus. La continuité des soins, le fait de connaître les soignants et de les voir régulièrement, fait partie de ce dont nous parlons ici aujourd'hui. C'est bon pour la santé mentale parce que vous établissez des liens avec votre soignant et qu'il fait partie de votre famille élargie.

Il ne fait aucun doute que la rétention du personnel est une priorité des soins de longue durée. L'augmentation des salaires et l'amélioration des conditions de travail nous aideront à le faire.

[Français]

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Nous passons maintenant à M. Davies.

Monsieur Davies, vous avez six minutes.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins.

Madame Mooring, un récent sondage pancanadien mené par la Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants a révélé que 46 % des enseignants de pays se préoccupent de leur propre santé mentale et de leur propre bien-être. Dans une entrevue du 27 novembre, vous avez répondu ceci: « C'est stressant pour nous tous, cette pandémie, mais le fait que les enseignants estiment ne pas avoir ce dont ils ont besoin pour assurer leur sécurité et celle de tout le monde est particulièrement problématique. »

Pourriez-vous nous dire où vous voyez les lacunes? Qu'est-ce qui manque aux enseignants et de quoi ont-ils besoin pour améliorer leur sentiment de sécurité et leur santé mentale?

Mme Teri Mooring: Merci beaucoup pour la question.

Ce que nous avons notamment souligné dans notre mémoire, c'est que les enseignants estiment qu'il n'y a pas de mesures de prévention adéquates en place dans les écoles à l'heure actuelle. Deux de ces problèmes concernent l'EPI. En Colombie-Britannique du moins — et cela varie d'une région du Canada à l'autre —, il n'est pas obligatoire de porter un masque dans les salles de classe, seulement dans les aires communes. Cela peut être extrêmement stressant, surtout pour les enseignants qui ont des problèmes de santé sous-jacents, pour ce qui est d'assurer leur sécurité, non seulement pour eux-mêmes, mais aussi pour leurs élèves. Les enseignants ont la responsabilité importante d'assurer la sécurité de leurs élèves, et ils ont l'impression qu'il est difficile de le faire.

L'autre problème — et je pense qu'il est davantage répandu partout au Canada —, c'est qu'il n'y a pas de financement pour réduire la densité des salles de classe. Nous savons que la distanciation physique et le port d'un masque sont importants pour limiter la transmission du virus, et il n'y en a pas en ce moment dans les salles de classe de la Colombie-Britannique.

Il y a aussi la collecte de données. Nous aimerions également avoir des données sectorielles précises. Ce n'est pas le cas actuellement. Certains renseignements sont accessibles au public en Colombie-Britannique, mais c'est seulement la liste des écoles qui ont reçu des avis d'exposition. En Colombie-Britannique, plus de 1 000 avis d'exposition ont été émis. Ce qui se passe, c'est que les parents commencent à recueillir ces données en ligne, et ce n'est pas la façon la plus fiable d'obtenir cette information. Nous devons entendre les professionnels de la santé à ce sujet, afin que ces données soient disponibles.

Les mesures que nous mettons en place dans les salles de classe pour protéger les élèves ont également une incidence sur la façon dont les enseignants enseignent. Comme il n'y a pas d'EPI, les étudiants doivent être plus stationnaires que nous le souhaiterions. Cela a aussi un impact sur l'enseignement et l'apprentissage.

• (1250)

M. Don Davies: Dans la même veine, vous avez mentionné l'absence de protocoles de sécurité concernant le port du masque et la distanciation physique. Vous avez dit qu'ils ne sont pas appliqués dans les salles de classe et les écoles.

Quel rôle aimeriez-vous que le gouvernement fédéral joue à cet égard? Pouvez-vous imaginer, par exemple, que le premier ministre ou le gouvernement fédéral puisse émettre une directive nationale à cet égard, ou devrait-on laisser cela aux provinces? Je suis simplement curieux de savoir comment vous pensez que cela devrait être réglé.

Mme Teri Mooring: Le bureau fédéral de la santé a déjà formulé des recommandations au sujet du port de l'EPI, et c'est pour les élèves âgés de 10 ans et plus. Nous aimerions que ce soit plus cohérent.

Nous aimerions au moins que le gouvernement fédéral encourage une plus grande uniformité à l'échelle du Canada en ce qui concerne certaines des mesures de prévention qui sont en place. De même, la distanciation physique est l'une des mesures les plus problématiques. Il est tout simplement impossible de se distancer dans les salles de classe de 30 élèves ou plus, sans compter tous les adultes dans la salle, les enseignants, le personnel de soutien, etc. Ce sont des salles bondées.

Nous craignons qu'à mesure que la propagation du virus dans la collectivité augmentera — et cela se produit certainement en Colombie-Britannique, surtout dans certaines collectivités —, les transmissions en milieu scolaire seront inévitables. Nous allons assister à la fermeture des écoles au lieu de les garder ouvertes.

M. Don Davies: Je vais essayer de poser rapidement une autre question, si vous me le permettez.

Les enseignants sont bien placés pour surveiller la santé de leurs élèves. Nous avons entendu dire que lorsque les enfants recevaient leur éducation à domicile, cela avait un certain nombre d'effets positifs, mais aussi négatifs sur eux. Je me pose la question. Le retour en salle de classe a-t-il eu un effet positif sur la santé mentale des élèves, ou constatez-vous des difficultés à cet égard également?

Mme Teri Mooring: Je pense que, dans l'ensemble, les répercussions sont positives, surtout pour les élèves plus vulnérables, mais il y a des défis, bien sûr. Vous savez, tout le monde se préoccupe de leur sécurité.

Nous avons aussi des milliers d'élèves qui ne sont pas revenus et qui suivent des cours à distance. C'est très difficile à soutenir lorsque les enseignants travaillent à temps plein dans leurs salles de classe. Je dirais qu'il faut investir davantage pour soutenir la santé mentale des étudiants. Il ne suffit pas d'aller à l'école. Il faut des conseillers et du temps de counselling supplémentaires pour les élèves, dont un bon nombre ont vécu des expériences très négatives pendant la fermeture de l'école, surtout, encore une fois, ceux qui vivent dans l'insécurité sur le plan du logement, de la nourriture, de la violence familiale, etc.

Nous aimerions qu'il y ait davantage de mesures de soutien à l'appui de la santé mentale des étudiants. Nous ne voyons pas d'augmentation des investissements à cet égard.

M. Don Davies: Vous avez mentionné que 2 milliards de dollars avaient été mis à la disposition des provinces par le gouvernement fédéral, mais vous étiez préoccupée par les fuites, par le fait que tout cet argent ne serait pas utilisé aux fins prévues.

Quels conseils donneriez-vous au Comité — afin qu'il les transmette au gouvernement — pour faire en sorte que le financement fédéral annoncé pour un retour sécuritaire à l'école soit utilisé aux fins prévues?

Mme Teri Mooring: Nous aimerions qu'il y ait des structures de reddition de comptes.

La Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants propose la création d'un groupe de travail intergouvernemental spécial pour examiner le fonctionnement durable des écoles et la façon dont l'argent est dépensé. En Colombie-Britannique, nous n'avons aucune idée de la façon dont les districts scolaires ont choisi de dépenser cet argent. Il faut qu'il y ait une certaine reddition de comptes, et cela n'a pas encore été fait. Nous croyons qu'il faut veiller à ce que l'argent serve aux fins prévues, c'est-à-dire à assurer la sécurité des écoles et des salles de classe.

Encore une fois, nous nous débattons avec certaines des mesures de prévention en Colombie-Britannique, y compris l'imposition d'obstacles aux enseignants qui doivent enseigner à des centaines d'élèves chaque semaine, et aux enseignants qui ont des problèmes de santé sous-jacents.

Il y a encore un certain nombre de mesures sanitaires qui devraient être en place, mais qui ne le sont pas, ainsi que les mesures de sécurité supplémentaires qui devraient être en place dans les écoles, selon nous.

• (1255)

M. Don Davies: Merci de votre témoignage.

Le président: Merci, monsieur Davies.

Il nous reste très peu de temps. Je vais essayer d'accorder une minute à chaque parti.

La prochaine personne sur ma liste, du Parti conservateur, est Mme Rempel Garner.

Madame Rempel Garner, vous avez une minute.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Je m'adresse aux témoins. Je suis préoccupée par les répercussions de la période des Fêtes imminente sur la santé mentale. Cela pourrait exacerber les effets que nous constatons déjà et que vous avez décrits.

Brièvement, pouvez-vous formuler des recommandations? Vous pourriez peut-être passer en revue chacune d'entre elles ou déposer

auprès du Comité des recommandations que le gouvernement fédéral pourrait prendre en considération immédiatement pour régler certains des problèmes qui pourraient aggraver la situation au cours des Fêtes en ce qui concerne la santé mentale et les mesures d'isolement.

N'importe qui peut répondre à cette question ou s'engager à y répondre par écrit.

Dr Nick Kates: Je dirais simplement que le message doit être très simple. Il faut faire des sacrifices à court terme pour des bénéfices à long terme, et plus nous pourrions nous conformer aux restrictions qu'on nous impose, plus nous en sortirions rapidement.

La deuxième chose, je pense, c'est de voir cela comme une occasion de se créer des souvenirs différents. Au lieu de comparer ces fêtes de Noël ou autres à celles du passé, disons-nous que ce sera complètement différent, alors oublions complètement le passé et tirons le meilleur parti de tout ce que nous ferons cette année, parce que ce sera, espérons-le, un événement unique dans notre vie.

Le président: Merci, madame Rempel Garner.

Nous allons maintenant passer à M. Powlowski.

Allez-y, s'il vous plaît. Il vous reste une minute.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): J'ai une question pour le Dr Kates.

Je pense que beaucoup de gens ont subi beaucoup de stress parce qu'ils ont vu leurs parents âgés tomber malades et peut-être mourir sans avoir leur famille à leurs côtés. Je peux voir que cela cause des problèmes à long terme pour les gens — ne serait-ce que la culpabilité de vivre avec cela.

Quelles sont vos recommandations en ce qui concerne les gens qui sont confrontés à ce genre de problème pour les aider à s'en sortir et, espérons-le, à s'en sortir un peu moins marqués qu'ils ne le seraient autrement?

Dr Nick Kates: Je dirais deux ou trois choses.

Premièrement, il faut simplement reconnaître qu'il s'agit d'une réalité que va vivre toute personne se trouvant dans cette situation et qu'elle n'a pas lieu de s'en blâmer. Il y a une formule simple reposant sur les cinq choses suivantes: écouter, demander, valider, expliquer et appuyer. Je pense que si ceux d'entre nous qui sont des fournisseurs de soins de santé pouvaient simplement suivre cette prescription, cela pourrait être utile.

Le soutien par les pairs peut également être utile, qu'il soit apporté par l'entremise de groupes ou individuellement, lorsque les gens peuvent établir des liens entre eux. Cela peut être très utile.

Je pense que la dernière chose, c'est simplement de reconnaître que c'est une expérience inimaginable et horrible que nous avons vécue. La façon de s'en remettre est simplement d'en parler au lieu de la garder sous silence ou d'essayer de l'oublier, en utilisant tous les soutiens disponibles et en faisant participer tous les membres de la famille, y compris les jeunes enfants, qui ont un point de vue différent, mais qui ont été touchés.

Le président: Merci, monsieur Powlowski.

[Français]

Monsieur Thériault, vous disposez d'une minute.

M. Luc Thériault: Monsieur Lee, il existe un front commun du Québec et des provinces pour un rattrapage des transferts en santé qui passeraient de 21 à 22 % à 35 %. Cela vise aussi à couvrir un peu plus que les coûts du système avec une indexation pour les années subséquentes à 6 % puisqu'ils ont établi que les coûts de système sont à 5,2 %. Cela couvrirait les coûts du vieillissement de la population.

J'imagine que vous appuyez ces recommandations.

● (1300)

[Traduction]

M. Jason Lee: Oui, je dirais que nous approuverions une augmentation des transferts en matière de santé, mais nous recommandons que ces transferts soient destinés spécifiquement aux personnes âgées et qu'ils tiennent compte, d'une certaine façon, du vieillissement de la population et de la façon dont cela varie d'un bout à l'autre du pays.

[Français]

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Monsieur Davies, allez-y.

[Français]

M. Luc Thériault: Comment le feriez-vous?

[Traduction]

M. Don Davies: Merci.

Madame Mooring, vous avez parlé du fait que l'enseignement est encore une profession nettement féminine. Je me demande si vous pourriez nous parler de ce que vous avez observé au sujet de l'incidence de la COVID sur les enseignants qui s'identifient comme des femmes, et des mesures de soutien et des dispositions supplémentaires qui pourraient être recommandées pour répondre à leurs besoins particuliers en matière de santé mentale en ce moment.

Mme Teri Mooring: L'enseignement est devenu une profession beaucoup plus féminine au fil des ans, et les récents diplômés sont encore plus souvent des femmes. L'enseignement s'est certainement beaucoup plus féminisé.

De plus, de toute évidence, non seulement les enseignantes, mais aussi les femmes en général, dans notre société, assument de façon disproportionnée le fardeau de soutenir les familles et, dans ce cas-ci, de soutenir nos élèves. Il faut donc qu'il y ait certaines choses... sans oublier que si les enseignantes ont des enfants qui ne peuvent peut-être pas aller à la garderie ou à l'école parce qu'ils ont des symptômes, elles doivent s'absenter du travail pour s'occuper de leurs enfants.

Cela signifie qu'elles vont utiliser leurs congés de maladie et autres dispositions de congé de façon beaucoup plus intense que d'autres, peut-être. Par conséquent, l'augmentation des prestations fédérales aiderait vraiment les enseignantes en particulier à compenser la perte de revenu qu'elles subissent lorsqu'elles doivent prendre un congé sans solde pour s'occuper de leur famille.

Les autres problèmes sont le stress supplémentaire qui pèse sur les enseignantes simplement en raison de leurs obligations supplé-

mentaires, ce qui signifie qu'elles enseignent avec un niveau de stress beaucoup plus élevé. Encore une fois, le fait d'avoir ces mesures de sécurité et de prévention en place dans les salles de classe contribuerait certainement à la tranquillité d'esprit des enseignants, sans oublier que ces derniers sont très conscients du fait que, s'ils tombent malades — et c'est vrai partout au Canada aussi —, il y aura une pénurie nationale d'enseignants.

Nous savons aussi que lorsque les enseignants doivent s'absenter de leur travail, il n'y a pas toujours quelqu'un pour combler leur poste. Cela signifie que leurs collègues doivent les remplacer et que des services importants ne sont plus offerts aux élèves qui ont besoin d'un soutien, divers types d'apprenants ou les élèves ayant des besoins médicaux.

Cela a un effet boule de neige en raison du fardeau disproportionné qui pèse sur les femmes dans les salles de classe. Cela a beaucoup de conséquences.

M. Don Davies: Merci.

Le président: Merci, monsieur Davies.

Merci à tous nos témoins. Ce fut un excellent groupe de témoins. Merci à tous d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer aujourd'hui et de nous avoir fait profiter de votre expertise. C'est vraiment utile pour notre étude.

Je tiens à informer les membres du Comité que je n'ai pas été en mesure de régler tous les détails, tous les éléments, pour l'examen du projet de loi C-210. J'espère toujours que nous pourrions le faire après nos deux groupes de témoins de vendredi. Restez à l'écoute et nous vous dirons ce qu'il en est.

Merci à tous...

M. Tony Van Bynen: Monsieur le président, j'aimerais apporter une précision. J'ai levé la main. Je crois avoir entendu un député d'en face dire que les tests rapides n'étaient pas disponibles. Je crois comprendre que plus de 7,4 millions de tests rapides ont été déployés dans les provinces et les territoires, dont plus de 964 000 en Colombie-Britannique, 2,3 millions en Ontario et 143 000 en Nouvelle-Écosse.

Je tenais à le préciser.

M. John Barlow: Je précise seulement qu'il a parlé des tests à domicile et non pas des tests rapides.

M. Tony Van Bynen: Ce qui me préoccupait, c'est que cela laissait entendre qu'aucun test n'était distribué.

M. John Barlow: Non, il a parlé spécifiquement des tests à domicile.

M. Larry Maguire: Il s'agissait des tests à domicile, monsieur Van Bynen.

M. Tony Van Bynen: Merci.

Le président: Merci, messieurs, de vos interventions.

Encore une fois, je vous remercie tous du temps que vous nous avez consacré aujourd'hui et de votre excellent travail.

Je vous reverrai tous vendredi.

Sur ce, la séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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