



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 015

Le vendredi 29 janvier 2021

Président : M. Ron McKinnon



Comité permanent de la santé

Le vendredi 29 janvier 2021

• (1300)

[Traduction]

Le président (M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.)): Je déclare la séance ouverte.

Je vous souhaite la bienvenue à la 15^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Le Comité se réunit aujourd'hui pour étudier la situation d'urgence à laquelle les Canadiens font face avec la deuxième vague de la pandémie de COVID-19.

Conformément à l'ordre adopté à la Chambre le 25 janvier 2021, la réunion d'aujourd'hui se déroule dans un format hybride, ce qui signifie que les membres participent en personne — c'est-à-dire dans la salle — et à distance, par l'intermédiaire de l'application Zoom. Les délibérations seront affichées sur le site Web de la Chambre des communes. Pour votre information, la webdiffusion montrera toujours la personne qui parle plutôt que l'ensemble du Comité.

La réunion d'aujourd'hui est aussi offerte dans le nouveau format de webinaire. Les webinaires sont destinés aux réunions publiques des comités et ne sont accessibles qu'aux membres, à leur personnel et aux témoins. Les membres ont peut-être remarqué que les procédures d'accès à la réunion sont beaucoup plus rapides. La raison en est qu'ils sont d'office considérés comme des participants actifs. Toutes les fonctionnalités des participants actifs restent les mêmes. Les membres du personnel sont des participants non actifs et ils ne peuvent à ce titre suivre les réunions qu'en mode galerie.

Je profite de l'occasion pour rappeler à tous les participants qu'il est interdit de faire des captures d'écran ou de prendre des photos de votre écran.

Compte tenu de la pandémie actuelle et à la lumière des recommandations des autorités sanitaires, pour rester en bonne santé et en sécurité, tous ceux qui participent à la réunion en personne doivent garder un espace physique de deux mètres les uns des autres. Ils doivent porter un masque non médical lorsqu'ils circulent dans la salle. Il leur est en fait fortement recommandé de porter le masque en tout temps, y compris lorsqu'ils sont assis. On demande en outre aux participants de maintenir une bonne hygiène des mains en utilisant le désinfectant pour les mains qui se trouve à l'entrée de la salle. En tant que président, je vais veiller à l'application de ces consignes pendant toute la durée de la réunion. Je remercie d'avance les membres de leur coopération.

Pour ceux qui participent virtuellement, voici quelques règles à suivre.

Les membres et les témoins 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,

de prendre la parole en anglais ou en français. Avec la dernière version de Zoom, vous pouvez désormais parler dans la langue de votre choix sans avoir à sélectionner le canal linguistique correspondant. Vous remarquerez également que la fonction « Lever la main » de la plateforme se trouve désormais à un endroit plus facilement accessible sur la barre d'outils principale. Utilisez-la si vous voulez prendre la parole ou signaler quelque chose au président. Je vous avertis que je ne vois pas cela sur mon écran, ce qui est peut-être une promesse à venir.

Pour ceux qui participent en personne, procédez comme vous le feriez en temps normal, comme si l'ensemble du Comité était sur place.

Avant de prendre la parole, veuillez attendre que je vous appelle par votre nom. Si vous êtes en vidéoconférence, cliquez sur l'icône du microphone pour activer ce dernier. Le microphone des personnes présentes dans la salle sera contrôlé, comme d'habitude, par le responsable des procédures et de la vérification.

Je rappelle à tout le monde que toutes les interventions des membres et des témoins doivent être adressées par l'intermédiaire de la présidence. Lorsque vous ne parlez pas, votre micro doit être coupé.

En ce qui concerne la liste des intervenants, le greffier du Comité et moi ferons tout notre possible pour maintenir un ordre d'intervention consolidé pour l'ensemble des membres, qu'ils participent virtuellement ou en personne.

Je voudrais maintenant souhaiter la bienvenue à nos témoins.

Nous avons, à titre personnel, le professeur Ehsan Latif, professeur d'économie à la Thompson Rivers University, en Colombie-Britannique. Nous avons également, à titre personnel, le Dr Samuel Veissière, professeur adjoint du Département de psychiatrie et codirecteur du programme Culture, esprit et cerveau, au Département de psychiatrie de l'Université McGill. De l'Hospital Employees' Union, nous avons Mme Barb Nedepel, présidente, Mme Georgina Hackett, directrice, Santé et sécurité au travail, et Mme Maria Dreyfus, qui est aide en soins de santé. Enfin, nous avons Mme Katherine Hay, présidente et chef de la direction de l'organisme Jeunesse, J'écoute.

Chaque groupe de témoins aura six minutes pour se faire entendre. Nous n'aurons qu'un tour de questions une fois que tous les témoins auront fait leur déclaration liminaire.

Je vous informe également que j'utiliserai des cartes. L'une est jaune et l'autre est rouge. Je montrerai le carton jaune lorsqu'il vous restera une minute, et le carton rouge lorsque votre temps sera écoulé.

Merci.

Nous allons maintenant passer aux déclarations de nos témoins.

Professeur Latif, veuillez commencer, je vous prie. Vous avez six minutes.

Dr Ehsan Latif (professeur d'économie, Thompson Rivers University, Colombie-Britannique, à titre personnel): Merci, monsieur le président.

C'est un honneur pour moi de me présenter devant vous aujourd'hui. Je m'appelle Ehsan Latif. Je suis professeur d'économie à la Thompson Rivers University, au Canada. Mon propos d'aujourd'hui concerne l'économie. J'ai fait des recherches fondamentales sur les répercussions des décisions sur la santé mentale au Canada. J'essaierai de faire un lien entre les résultats de mes recherches et la situation actuelle et je parlerai aussi de certains enjeux politiques.

Une récession économique peut, de bien des façons, avoir des répercussions sur la santé mentale. Les chômeurs sont les plus touchés, en raison du stress financier et de la perte de statut social. Les travailleurs salariés souffrent également d'anxiété et de détresse, car ils ont le sentiment d'être susceptibles de perdre leur emploi à tout moment. La pression psychologique qu'exerce une période de récession peut entraîner une consommation excessive d'alcool, de tabac et de drogue. Ces comportements malsains conduisent souvent à des maladies chroniques comme le cancer, les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension et la cirrhose. Les effets d'une récession sur la santé mentale n'arrêtent pas nécessairement de se faire sentir avec la fin de la récession. Parfois, les gens peuvent en souffrir durant de longues périodes.

À l'aide de données canadiennes à grande échelle tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population, j'ai réalisé quelques études sur l'incidence des récessions économiques sur la santé mentale, le comportement face à l'alcool et le tabagisme. Dans l'une de ces études, j'ai constaté que le taux de chômage avait une incidence positive significative sur la consommation hebdomadaire d'alcool et la probabilité de consommation excessive d'alcool. L'étude a également révélé que le taux de chômage avait une incidence positive significative sur le nombre de cigarettes fumées par les fumeurs quotidiens. Les résultats suggèrent que l'effet du taux de chômage sur le comportement en matière de consommation d'alcool et de tabac était plus marqué chez les hommes que chez les femmes.

Dans une autre étude, j'ai constaté que le taux de chômage provincial avait une incidence considérable sur la dépression. Cette étude a également révélé que les femmes, les personnes ayant fait des études supérieures, les personnes ayant fait des études collégiales ou universitaires, et les personnes de moins de 54 ans étaient plus susceptibles de souffrir de dépression en cas de ralentissement économique.

Pour toutes ces études, j'ai utilisé des données de 1994 à 2009 — la dernière récession —, alors permettez-moi maintenant de faire le lien avec ce qui se passe ici à l'heure actuelle.

La récession due à la COVID-19 a eu une incidence disproportionnée sur l'emploi dans les secteurs des services du Canada, notamment dans le transport, la restauration, l'hébergement, les arts et le divertissement. Les femmes et les jeunes ont été les groupes les plus touchés, puisque c'est principalement dans les secteurs des services qu'ils travaillent. Les autres groupes les plus touchés sont les minorités visibles, les nouveaux immigrants et les Autochtones. Parmi les personnes qui ont un emploi, les travailleurs essentiels et

les prestataires de soins de santé étaient très vulnérables aux effets négatifs de la COVID-19 sur la santé mentale. Les travailleurs de la santé en particulier courent un plus grand risque d'exposition au virus que d'autres travailleurs et ils doivent travailler dans des conditions très stressantes.

Une étude récente de Statistique Canada révèle que la pandémie a un impact sur la santé mentale de tous les Canadiens. Or, ce sont les jeunes qui ont connu le plus grand déclin depuis le début de la pandémie. L'étude a en outre montré que les femmes étaient plus touchées que les hommes, et que les groupes de minorités visibles étaient plus susceptibles de faire état d'une mauvaise santé mentale que les Blancs. L'étude a révélé que les personnes dont la santé mentale était déjà précaire avant la COVID-19 ont été encore plus touchées par la pandémie. Enfin, l'étude nous a appris qu'un nombre important de Canadiens ont signalé une augmentation de leur consommation d'alcool, de cannabis et de tabac.

Pendant cette période d'éloignement physique attribuable à la COVID-19, les services de santé mentale virtuels jouent un rôle essentiel dans la prestation de soins de santé mentale. Les services de santé mentale virtuels permettent un meilleur accès aux soins pour les personnes des zones rurales et éloignées. Les jeunes qui sont de fervents utilisateurs de l'Internet peuvent trouver les soins de santé mentale virtuels plus abordables et plus attrayants que les soins prodigués en personne. Toutefois, de nombreuses régions rurales et éloignées n'ont pas accès à un réseau Internet de qualité. En outre, il arrive que les membres de groupes marginalisés, tels que les sans-abri, n'aient pas les moyens de s'offrir des services Internet. Certains groupes, comme les personnes âgées, ne sont pas rompus à l'utilisation des technologies modernes. Pour les problèmes de santé mentale complexes, les soins de santé virtuels peuvent ne pas suffire, et les patients peuvent également avoir besoin de soins en personne. Dans les jours à venir, nous devons développer les services de santé mentale virtuels. Cependant, parallèlement à cela, nous devons rendre ces services accessibles à tous les groupes, y compris les habitants des zones rurales et éloignées, les Autochtones, les sans-abri et les gens plus âgés.

● (1305)

Pendant la pandémie, le gouvernement du Canada a créé un portail Web appelé Espace mieux-être Canada, axé sur le bien-être mental. Ce portail permet de se connecter à des intervenants en services de soutien par les pairs, des travailleurs sociaux, des psychologues et d'autres professionnels pour des séances de clavardage ou des appels téléphoniques confidentiels au sujet d'enjeux de santé mentale. Cet outil financé par les pouvoirs publics a certainement été utile, mais les gens ne sont peut-être pas au courant de son existence. Une étude récente a indiqué que ce système en ligne n'était utilisé que par 11 % des gens. Nous avons besoin de plus de recherches sur les effets de cet outil.

Les traumatismes de santé mentale liés à une pandémie peuvent être ressentis sur une longue période. C'est pourquoi les gouvernements fédéral et provinciaux doivent travailler de concert pour réduire les obstacles financiers et autres qui plombent l'accès aux soins de santé mentale. Dans un rapport de 2018 sur les soins de santé mentale au Canada, l'Association canadienne pour la santé mentale souligne le manque de ressources affectées au soutien en matière de santé mentale. Le rapport note que les Canadiens se heurtent à d'importants obstacles financiers lorsqu'ils cherchent à obtenir de l'aide sur le plan psychologique. Le gouvernement fédéral devrait se pencher sérieusement sur cette question, car nous allons devoir dans les temps qui viennent nous concentrer davantage sur les soins de santé mentale et nous attaquer à ce problème.

Je vous remercie, monsieur le président.

• (1310)

Le président: Merci, monsieur Latif.

Nous passons maintenant au Dr Veissière.

Monsieur Veissière, veuillez commencer. Vous avez six minutes.

Dr Samuel Veissière (professeur adjoint du Département de psychiatrie et codirecteur du programme Culture, esprit et cerveau, Département de psychiatrie, Université McGill, à titre personnel): Monsieur le président, distingués membres du Comité, je vous remercie. C'est un honneur pour moi d'être ici.

Je m'appelle Samuel Veissière. Je m'adresse à vous en tant que scientifique comportemental et professeur de psychiatrie spécialisé dans l'étude de l'impact du temps de dépistage sur la santé mentale et sur la santé mentale des jeunes en général. Mon intervention est aussi celle d'un parent et d'un professeur très préoccupé par la santé mentale de nos jeunes, un sujet dont a aussi parlé le professeur Latif.

Comme nous avons peu de temps, je tiens à préciser que le message à retenir est qu'il y a vraiment deux pandémies qui se déroulent en même temps, avec des profils de risque et de protection presque diamétralement opposés. Comme nous le savons, la vieillesse est de loin le plus grand facteur de risque de mortalité et de complications liées à la COVID-19. En revanche, toujours dans le contexte de la COVID-19, le jeune âge est le principal facteur de risque de mauvaise santé mentale, mais non de complications et de mortalité.

Dans la phase initiale aiguë de la pandémie, j'ai participé à une étude dirigée par la professeure Rébecca Robillard de l'Université d'Ottawa. Aux termes de cette étude, nous avons interrogé 6 000 Canadiens au sujet du stress, de l'anxiété et de la détérioration de la santé mentale associés à la pandémie. Je mentionnerai certains des facteurs de risque que nous avons trouvés, puis je parlerai des certaines données manquantes qui pourraient vraiment nous aider à cerner les populations à risque et définir des stratégies de prévention.

Ce que nous avons découvert, c'est que les principaux facteurs de risque d'aggravation de la santé mentale pendant la pandémie étaient, bien sûr, les conditions mentales préexistantes et le sexe féminin, comme l'a mentionné le professeur Latif. À cet égard, il est toutefois important de souligner que les femmes sont plus enclines à signaler des problèmes de santé mentale que les hommes. Les hommes, malheureusement, sont moins susceptibles de signaler des problèmes de santé mentale avant qu'il ne soit trop tard. Nous savons qu'ils souffrent d'un taux de suicide nettement plus élevé que

les femmes, ce qui est encore plus marqué lorsqu'une récession économique ou une perte d'emploi entrent en jeu, mais aussi lors d'un divorce. Nous savons que la pandémie a souvent des effets négatifs sur les relations familiales. Nous avons également constaté que la consommation d'alcool et de drogues était associée à une détérioration de la santé mentale. Certains traits de personnalité comme ceux que l'ont voit chez les extravertis et les personnes qui souffrent de névrosisme...

Fait intéressant et très controversé, nous avons constaté que les convictions politiques de gauche sont un prédicteur très fort de l'augmentation de l'anxiété liée à la COVID. Il ne s'agit pas ici d'une prise de position politique partisane, mais bien d'une observation empirique. L'explication de la crise a malheureusement été très polarisée et très politisée. Des positions de déni de la COVID associées à la droite ont conduit à un certain parti pris dans les médias libéraux pour des perspectives plus « alarmistes », ce qui a peut-être alimenté une plus grande anxiété chez les personnes se situant à la gauche du spectre politique. Nous savons cependant qu'il s'agit là d'un prédicteur.

Qu'avons-nous trouvé d'autre? Nous avons constaté que de mauvaises relations familiales prédisaient une détérioration de la santé mentale, tout comme une diminution du temps passé à faire de l'exercice ou des activités artistiques. Nous avons cependant constaté — bien que nous soyons encore en train d'examiner les données — que, contrairement à ce que nous avions cru, le statut socio-économique ne permet pas nécessairement d'anticiper le sort de la santé mentale. Nous avons constaté que les personnes issues de la classe moyenne supérieure et des classes supérieures, en particulier les jeunes, semblaient souvent souffrir d'une plus grande anxiété que leurs semblables d'autres milieux. Il se peut donc que les personnes qui travaillent à distance aient un profil de stress particulier et qu'ils vivent des relations familiales qui se sont détériorées.

C'est un résultat intéressant, car nous avons constaté que l'âge est de loin le facteur prédictif le plus important. Les personnes de moins de 40 ans et les personnes d'une vingtaine d'années ont reconnu que leur santé mentale s'était grandement détériorée. Nous avons également constaté que l'augmentation du temps passé devant l'écran et la consommation de médias sociaux — même la lecture de nouvelles politiques — étaient associées à une détérioration de la santé mentale.

Je tiens à souligner que beaucoup d'entre nous — je parle des gens qui évoluent dans le milieu de la recherche en santé mentale — étaient déjà très préoccupés par la santé mentale de nos jeunes avant la pandémie. La confluence de certains facteurs de risque, dont beaucoup sont associés à l'augmentation du temps passé devant l'écran et à l'isolement, était déjà une source de préoccupation majeure avant la pandémie. Or, il s'agit d'une dynamique qui s'est gravement accentuée depuis.

Il serait très utile pour nous de disposer de meilleures statistiques publiques sur l'incidence du suicide, des urgences psychiatriques, de la consommation de drogues et d'alcool, etc. pour mettre au point des stratégies de prévention.

• (1315)

Pour conclure, parce que je veux vraiment laisser du temps pour la discussion — je pourrais continuer longuement afin d'apporter des précisions sur ces facteurs de risque —, je dirai ceci: étant donné l'existence de ces profils de risque diamétralement opposés, il est important de trouver des stratégies de protection ciblées en matière de santé mentale et de redonner aux jeunes les choses que nous savons bénéfiques à cet égard, notamment le contact humain, la participation à des activités de groupe ainsi que la participation à la vie de la communauté et à des activités religieuses et sportives. Il importe en outre de trouver des moyens sûrs pour ceux dont un retour en classe ne pose pas de risque, en particulier pour les jeunes qui sont en âge de fréquenter l'université. C'est devenu une urgence de santé publique.

Je pense que c'est à peu près l'essentiel de ce que je veux présenter. Je serai heureux de répondre à vos questions.

Merci encore à vous, monsieur le président, ainsi qu'aux membres du Comité.

Le président: Merci, docteur Veissière.

Nous passons maintenant à Mme Nederpel, qui est présidente de l'Hospital Employees' Union.

Veuillez commencer. Vous avez six minutes.

Mme Barb Nederpel (présidente, Hospital Employees' Union): Bonjour.

Je m'appelle Barb Nederpel et je suis la présidente de l'Hospital Employees' Union, également connue sous le nom de HEU. Notre syndicat représente plus de 50 000 travailleurs de la santé dans toute la province, dont 20 000 qui travaillent directement dans le domaine des soins aux personnes âgées.

Je suis accompagnée aujourd'hui par Maria Dreyfus, qui est aide en soins de santé dans une maison de soins de longue durée de la vallée du Fraser, et par Georgina Hackett, qui est la directrice de la santé et de la sécurité au travail de notre syndicat.

Je vous remercie de me donner l'occasion de parler avec vous des effets dévastateurs de la COVID-19 sur les travailleurs de première ligne de cette pandémie, qui, en plus de tout ce que nous avons entendu jusqu'ici, touche aussi le grand public.

Le travail dans le domaine de la santé est en grande partie le fait des femmes. Environ 85 % de nos membres sont des femmes, et cette main-d'œuvre est également fortement racialisée. Nos membres étaient épuisés, stressés et à haut risque de blessure bien avant la pandémie. La COVID a mis en lumière ces conditions de travail très difficiles, en particulier dans le secteur des soins de longue durée, et a considérablement aggravé la situation.

Le 7 mars, un résident du Lynn Valley Care Centre à North Vancouver est décédé du virus de la COVID-19. C'était la toute première victime de la COVID-19 au Canada. Depuis lors, des centaines de foyers ont éclaté dans des maisons de soins de la Colombie-Britannique, et la majorité des 1 172 décès liés à la COVID-19 dans cette province sont survenus dans des maisons de soins.

Nous savons que les effets du stress sur la santé mentale sont cumulatifs. À preuve, ces 11 derniers mois de travail, ces longues heures, le manque de personnel, la peur et l'inquiétude, et le fait pour nos membres de voir tant de leurs résidents mourir et de leurs collègues recevoir un diagnostic positif à la COVID ont eu un im-

pact sérieux sur la santé mentale des travailleuses et travailleurs que nous représentons.

En plus de tout le reste, nos membres en soins de longue durée travaillent dans un secteur qui a été mis à rude épreuve par la privatisation et la sous-traitance mises en place par l'ancien gouvernement libéral de la Colombie-Britannique. Les salaires et les avantages sociaux varient considérablement d'un secteur à l'autre, ce qui oblige les travailleurs à occuper plusieurs emplois juste pour joindre les deux bouts. En fait, un travailleur sur cinq dans nos maisons de soins occupe deux emplois ou plus dans le secteur. Bien que la province ait nivelé les salaires dans le cadre de son ordonnance de santé publique pour limiter les travailleurs à un seul site, de nombreux travailleurs ont encore un nombre insuffisant de congés de maladie payés. Le manque d'accès à des emplois décents et les lacunes au chapitre des congés de maladie sont également une source de stress pour nos membres.

Comme cela a été le cas lors de l'épidémie de SRAS il y a 17 ans, nous ne voyons actuellement que la partie émergée de l'iceberg. Les effets sur la santé mentale peuvent durer des années et nos membres sont vraiment en difficulté. Nous sommes préoccupés par ce que l'avenir leur réserve. Nous nous posons des questions sur notre capacité à retenir les travailleurs dans ce secteur ainsi que par l'incidence que cela aura sur les coûts des avantages sociaux.

Maria est ici pour vous parler de son expérience sur le terrain en tant qu'intervenante de première ligne.

• (1320)

Mme Maria Dreyfus (aide en soins de santé, Hospital Employees' Union): Bonjour. Je m'appelle Maria Dreyfus. Je suis aide en soins de santé dans un établissement de soins de longue durée en Colombie-Britannique, où je travaille depuis 12 ans.

Mon établissement a connu deux éclosions depuis le début de la pandémie. La première a eu lieu en mai et elle était très modeste. La seconde a eu lieu en novembre. Lors de ce deuxième épisode, plus de 150 personnes ont contracté le virus, soit 93 résidents et 63 travailleurs, et 26 résidents en sont morts.

Il est difficile de décrire à quel point cela a été effrayant pour nous tous qui travaillons dans les soins de longue durée pendant la pandémie, mais lorsque la deuxième éclosion a frappé, son effet a été complètement dévastateur. Les résidents que nous connaissions et dont nous nous occupions depuis de nombreuses années se retrouvaient à l'agonie. Nous sommes leurs soignants, mais aussi leur famille et leurs amis, donc cela a été très difficile sur le plan émotionnel et très stressant.

J'ai moi-même reçu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 et j'ai dû m'isoler. Je partage mon logement avec trois autres travailleurs à plein temps, et ils ont eux aussi dû s'isoler. Ma plus grande crainte était de transmettre le virus à ma famille. Comment allions-nous nous débrouiller si chacun de nous allait devoir s'absenter du travail?

Heureusement, j'avais des symptômes très légers et j'ai pu finalement reprendre le travail, mais toutes mes collègues n'ont pas eu cette chance. Une d'entre elles qui l'avait attrapé était une jeune mère. Elle a infecté non seulement son mari, mais aussi un de ses jeunes enfants. Une autre collègue qui avait reçu un résultat positif a récemment découvert, après son retour au travail, que ses organes internes avaient été gravement endommagés. Cette nouvelle a été extrêmement difficile à prendre pour nous. Nous avons toutes pleuré lorsque nous avons reçu son message.

Cela ne peut plus se reproduire. Une réponse plus rapide s'imposait. Il y a tellement de peur et d'anxiété. Nous avons besoin d'être mieux informés à propos du virus et de l'EPI nécessaire pour nous protéger au maximum. Nous devrions tous pouvoir demander des indemnités pour accident du travail. Au reste, nous ne devrions pas avoir à nous inquiéter du fait que nous ne disposons pas de congés de maladie payés en quantité suffisante.

Je vous remercie.

Le président: Je vous remercie, madame Dreyfus.

Nous entendrons maintenant Mme Katherine Hay, présidente et cheffe de la direction de Jeunesse, J'écoute.

Vous avez la parole pour six minutes.

Madame Katherine Hay (présidente et directrice générale, Jeunesse, J'écoute): Bonjour, monsieur le président et distingués membres du Comité permanent de la santé. Merci de m'avoir invitée à prendre la parole aujourd'hui.

Je commencerai par une statistique choquante qui nous fera tous réfléchir. L'an dernier, Jeunesse, J'écoute a activement sauvé plus de 4 000 personnes du suicide. Les recherches révèlent que chaque suicide a des répercussions directes sur 125 personnes. Ainsi, non seulement nous avons sauvé plus de 4 000 jeunes Canadiens, mais nous avons également évité à un million de personnes de subir le traumatisme du deuil et de la perte d'un être cher mort par suicide.

La réalité de la première vague de la pandémie a très durement frappé les jeunes. La deuxième vague est tout aussi difficile. La troisième vague est bien réelle: il s'agit de la pandémie de la santé mentale.

Je suis ici parce que la santé mentale est une des crises les plus importantes qui touchent les jeunes aujourd'hui. Si nous ne trouvons pas de solutions, si nous ne faisons pas en sorte que les jeunes puissent obtenir du soutien, nous perdrons plusieurs générations. L'avenir d'un Canada fort repose sur le bien-être des jeunes Canadiens d'aujourd'hui.

Depuis plus de 31 ans, Jeunesse, J'écoute est le seul service national de santé mentale virtuel offert 24 heures par jour, sept jours sur sept, en anglais et en français dans l'ensemble des provinces et territoires. En 2020, nous avons agi en interaction et communiqué avec plus de 4,5 millions de personnes au pays. Il s'agit habituellement de jeunes de 5 à 27 ans, mais aussi d'adultes. C'est une augmentation de 137 % par rapport à 2019.

Je veux que vous vous rappeliez que les équipes cliniques de Jeunesse, J'écoute sont constamment en première ligne et accomplissent un travail extraordinaire, mais cela a un prix.

En plus de fournir un service essentiel, nous utilisons des données en temps réel pour étayer nos décisions et connaître la situation sur le plan de la santé mentale. Notre service de santé mentale est le seul au Canada à combiner l'expertise clinique avec l'intelli-

gence artificielle et l'apprentissage machine aux fins de triage afin de mieux aider les jeunes qui font appel à notre soutien.

Nous observons quotidiennement les répercussions de la COVID-19. Pendant la pandémie, les échanges sur le chagrin ont augmenté, tout comme l'ont fait les conversations sur l'alimentation et l'image corporelle, qui ont crû de plus de 80 %; sur le genre et l'identité sexuelle, qui ont augmenté de plus de 65 %; sur l'isolement, avec une augmentation de plus de 50 %; et sur la violence, où on note un accroissement de plus de 45 %, et la liste continue.

Je veux aussi prendre un instant pour souligner que tous les jeunes Canadiens ne sont pas servis également par le système. Ceux qui vivent dans des régions mal servies, éloignées ou rurales, ou les jeunes racisés ne bénéficient pas d'un accès équitable. Voilà pourquoi Jeunesse, J'écoute joue un rôle très important en s'attaquant à cette réalité.

Nous nous préoccupons particulièrement des effets à long terme sur les jeunes les plus vulnérables, notamment les jeunes Autochtones, les jeunes Noirs, les jeunes de couleur, les jeunes vivant en région rurale ou éloignée, et les jeunes faisant partie de la communauté LGBTQ2S+. Ils font appel à nous tous les jours. Le pourcentage de jeunes qui nous appellent pour parler de racisme et de discrimination a doublé après le meurtre de George Floyd et l'augmentation de l'injustice sociale.

Les jeunes qui nous textent chaque jour figurent parmi ceux dont la détresse est la plus aiguë, venant immédiatement après les jeunes qui craignent d'être violentés par un membre de leur foyer. Quand ils parlent de racisme, ils sont également plus susceptibles de parler de suicide. Nous devons en faire plus. Le Canada doit en faire plus pour que ces jeunes ne soient pas laissés derrière.

Je pense que nous convenons tous que, manifestement, la COVID-19 a durement touché la santé mentale des gens, particulièrement celle des jeunes. Jeunesse, J'écoute a immédiatement enregistré une hausse fulgurante des demandes en mars, une tendance qui perdure encore à ce jour. Il y a eu 4,5 millions de connexions en 2020.

Jeunesse, J'écoute a été confronté à une immense pression pour augmenter ses services, ainsi qu'à de l'incertitude quant à sa stabilité financière, comme ce fut le cas pour les autres organismes caritatifs. Nous sommes reconnaissants envers le gouvernement du Canada d'avoir effectué un investissement substantiel de 7,5 millions de dollars sur deux ans dans nos services essentiels. Cette contribution cruciale nous a permis de demeurer ouverts et de ne pas connaître d'interruption de service, même quand la demande a atteint un record. Jamais, ne serait-ce que pour une minute, nous n'avons cessé d'offrir des services.

Notre travail est loin d'être terminé. Il ne prendra pas fin quand la pandémie de COVID-19 sera terminée, ce qui — nous l'espérons tous — arrivera bientôt.

• (1325)

Tout le monde conviendra que le secteur canadien de la santé mentale est en quelque sorte fragmenté et peine à combler les besoins croissants des Canadiens. C'est là que Jeunesse, J'écoute peut apporter une plus-value à titre de pionnier des soins virtuels. Nous continuons d'élargir notre plateforme de santé mentale pour permettre à un plus grand nombre de jeunes de bénéficier d'un accès plus harmonieux à un éventail de services de soutien virtuels. Nous collaborerons avec nos partenaires du secteur et avec les gouvernements pour continuer de combler les lacunes. Nous tirons parti de nos données, les seules données en temps réel du Canada qui révèlent ce que les jeunes affrontent, et ce, dans leurs propres mots. Nous leur parlons chaque jour. La réalité, c'est que nous savons tous que l'état de santé mentale des jeunes était en crise avant la pandémie, mais le problème s'est amplifié de manière exponentielle.

En terminant, comme je l'ai souligné plus tôt et comme nous le savons tous, la pandémie ne prendra pas fin avec la vaccination ou même quand le pays reviendra à une nouvelle normalité. Il n'existe pas de vaccin contre les graves répercussions sur notre santé mentale. Le Canada doit être prêt à gérer les effets à long terme de la pandémie sur la santé mentale.

Jeunesse, J'écoute est un partenaire de confiance. Son partenariat continu avec le gouvernement jouera un rôle crucial en offrant des solutions électroniques en matière de santé mentale à tous les jeunes du pays et en utilisant les données pour mieux étayer les politiques et les solutions du réseau de la santé. C'est impératif. L'avenir du Canada dépend du bien-être et de la santé mentale des jeunes d'aujourd'hui. C'est à nous qu'il revient d'améliorer cet avenir pour eux.

Sachez que Jeunesse, J'écoute sera toujours là pour les jeunes qui ont besoin de nous. Nous serons en poste 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, offrant des services dans les deux langues officielles dans chaque province et chaque territoire à tous ceux qui ont besoin de nous.

Nous remercions le président, tous les députés et les membres du comité permanent de nous recevoir.

• (1330)

Le président: Je vous remercie, madame Hay.

Nous commencerons maintenant à poser des questions. Nous avons le temps d'effectuer un tour de questions.

Monsieur Maguire, vous avez la parole pour six minutes.

M. Larry Maguire (Brandon—Souris, PCC): Je vous remercie, monsieur le président.

Je veux remercier nos témoins de leurs exposés d'aujourd'hui.

Pour commencer, madame Hay, je vous remercie de votre exposé. Vos chiffres sont très frappants. Ils révèlent une augmentation de 137 % par rapport à 2019. Je me demande si vous pourriez donner votre avis sur la ligne d'urgence que mon collègue Todd Doherty a proposée à la Chambre. C'est un autre service qui permettrait d'offrir de l'aide à cet égard.

Bien entendu, vous préconisez l'utilisation de votre ligne, soulignant que vous avez contribué à prévenir 4 000 suicides. Pouvez-vous nous en dire plus sur le mécanisme sous-jacent?

Mme Katherine Hay: Tout d'abord, j'admettrai qu'il importe d'accroître l'accès pour toute personne en crise. Ainsi, dans le cas du point d'accès à trois chiffres, Jeunesse, J'écoute constituerait certainement un bon partenaire grâce à la technologie. Ce n'est pas la personne en crise qui devrait être obligée de trouver où elle peut obtenir de l'aide. Nous travaillons de concert avec nos collègues à cet égard.

Vous avez parlé de nos protocoles et de nos processus de sauvetage actif. Jeunesse, J'écoute est un service national fort de conseillers professionnels et de centres de conseil, qui agissent maintenant à distance à Montréal, à Toronto et à Vancouver, et qui servent aussi chaque province à distance. En outre, plus de 2 200 intervenants répondent aux crises actives chaque mois sur notre plateforme. Je vous fournis cette information, car ce n'est pas si facile de simplement composer le 911 pour obtenir de l'aide. Nous nous trouvons peut-être à Toronto alors que la personne en crise vit peut-être à Sioux Lookout. Nous entretenons une excellente relation avec la GRC, qui constitue notre premier point de contact pour nous mettre en rapport avec les services de police locaux.

Je tiens également à faire remarquer que nous devons faire du travail au pays, et nous en faisons en cherchant à trouver la bonne approche pour mener des sauvetages actifs. Parfois, il ne convient pas de dépêcher la police dans un milieu à haute tension. Dans certaines communautés, ce n'est peut-être pas la chose à faire. À l'heure actuelle, nous mettons en œuvre un projet pilote en Saskatchewan avec des équipes de bien-être qui interviennent lors de sauvetages actifs.

M. Larry Maguire: Dans bien des cas, il est très important de veiller à dépêcher les personnes qui conviennent à la situation. Vous avez absolument raison.

Je veux maintenant m'adresser à vous, mesdames Nederpel et Dreyfus. Je vous remercie de votre exposé. Il s'agit d'un sujet chargé d'émotion.

Mme Dreyfus a traité de l'équipement de protection individuelle requis pour le processus. Pouvez-vous nous apporter plus de certitude à propos de la qualité de l'équipement de protection individuelle que le gouvernement libéral achète pour le personnel de première ligne? Avez-vous des recommandations à lui prodiguer afin de soumettre les expéditions d'équipement à une inspection plus exhaustive? Vous avez notamment fait mention de pénuries. Peut-être pourriez-vous alors répondre à cette question en premier.

Mme Barb Nederpel: Je renverrai la question à Mme Hackett, qui est experte du domaine de la santé et de la sécurité au travail.

M. Larry Maguire: Je vous remercie.

Mme Georgina Hackett (directrice, Santé et sécurité au travail, Hospital Employees' Union): Pour ce qui est de l'expérience vécue en Colombie-Britannique, l'un des principaux défis auxquels nous avons été confrontés a été celui de la fragmentation du secteur des soins de longue durée entre les propriétaires, les gestionnaires et les exploitants des installations. Pour ceux et celles qui travaillaient dans un centre de soins de longue durée dont la propriété et l'exploitation étaient assurées par une autorité sanitaire, la coordination était meilleure en ce qui concerne l'achat d'équipement de protection individuelle et les normes qui les régissent.

Dans les premiers temps, les centres de soins de longue durée privés et les installations affiliées ont dû trouver des fournisseurs pour se procurer une bonne partie de leur équipement. Il nous est arrivé de devoir accélérer l'acheminement d'équipement de protection individuelle à certaines installations aux prises avec des éclosions, alors que le personnel devait prendre soin de résidents atteints de la COVID-19 sans l'équipement nécessaire, ou à des installations qui avaient trouvé un fournisseur dont l'équipement ne satisfaisait pas aux normes requises pour prodiguer des soins de santé. Nous avons même dû envoyer du matériel par taxi.

Le centre d'approvisionnement centralisé que la province a instauré nous a aidés, mais ici encore, il a fallu beaucoup de temps pour établir le processus pour l'ensemble du secteur et des divers propriétaires et exploitants au cours de la crise.

• (1335)

M. Larry Maguire: Vous en arrivez essentiellement au point auquel je voulais en venir à cet égard. Au début de la crise, le gouvernement a mis au rebut le réserve d'urgence d'équipement de protection individuelle qu'il avait et a fait venir de la Chine des avions pleins d'équipement de protection individuelle.

Vous venez d'évoquer la pénurie d'équipement de protection individuelle au début de la crise. Cette pénurie a provoqué beaucoup de stress et d'anxiété. Je sais que dans ma propre circonscription, des employés de première ligne ont téléphoné à notre bureau à ce sujet. Vos membres se plaignent-ils de telles pénuries? Vous avez parlé des pénuries antérieures, mais où en sommes-nous à l'heure actuelle?

Mme Georgina Hackett: Certains ont soulevé des préoccupations pas plus tard qu'en novembre, alors que les diverses installations tentaient d'obtenir des fournitures, comme des masques, des masques non médicaux et médicaux, des lunettes et des visières, auprès de divers fournisseurs. La situation semble s'être résorbée au cours des dernières semaines, mais des problèmes sont survenus pas plus tard qu'en novembre.

Le président: Je vous remercie, monsieur Maguire.

Monsieur Fisher, vous avez la parole pour six minutes.

M. Darren Fisher (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): Je vous remercie, monsieur le président. Avec ce groupe de témoins, ces six minutes ne suffiront pas, loin de là.

Je veux tout d'abord prendre un instant pour vous remercier tous et toutes de témoigner. Mesdames Nederpel, Hackett et Dreyfus, veuillez transmettre à vos membres les remerciements de tous les membres du Comité pour le travail extraordinaire que vous et vos membres accomplissez. Nous vous en sommes immensément reconnaissants.

Madame Dreyfus, je suis très heureux que vous vous soyez remise de la COVID. C'est un réel plaisir de vous voir ici, et je vous remercie beaucoup.

Je me tournerai vers vous, si vous le voulez bien, madame Hay. Vos statistiques sont alarmantes. Le travail que vous accomplissez est extrêmement impressionnant, et je vous en remercie.

Je suis père de deux adolescents. Quand je pense à la fermeture de toutes les écoles et de tous les programmes destinés aux jeunes au cours de la première vague, je suis heureux que nous ayons investi plus de 7 millions de dollars dans Jeunesse, J'écoute.

Je veux aussi prendre quelques secondes pour remercier Tony Van Bynen, car nous n'aurions pas ces échanges s'il n'avait pas tant insisté pour que nous entreprenions la présente étude. C'est donc très important, car c'est une pandémie dans la pandémie.

Je suis désolé de prendre tant de temps avant de poser une question, mais ces remerciements étaient très importants pour moi.

Les vaccins nous permettent de voir la lumière au bout du tunnel, mais nous ne sommes pas sortis de l'auberge, loin de là. Je pense à l'isolement social et aux étudiants des quatre coins du pays qui suivent un apprentissage exclusivement virtuel et qui manquent d'activités en personne. C'est un problème de taille. C'était le cas avant la pandémie de COVID et le problème perdurera longtemps après la crise.

Que pouvons-nous faire pour mieux soutenir cette génération de jeunes, maintenant et dans l'avenir?

Mme Katherine Hay: Je vous remercie de cette question, monsieur Fisher. Je suis on ne peut plus d'accord avec vous. Étant père de deux adolescents — j'ai heureusement survécu à l'adolescence des miens —, vous savez que nous observons actuellement un incommensurable sentiment de perte et de douleur chez nos jeunes.

Mon collègue de l'Université McGill a parlé du toucher et du manque d'interaction en personne. Il importe de créer un environnement où les soins et le soutien virtuels — qui prennent diverses formes, car les solutions uniques ne conviennent pas à tous — soient intégrés et harmonisés. Je ne saurais trop insister sur l'harmonisation. Nous devons absolument établir un système pour les jeunes afin qu'ils ne soient pas laissés derrière. C'est maintenant que le gouvernement fédéral et les autres gouvernements du pays doivent mettre l'accent sur la santé mentale et les jeunes, car nous ne pouvons pas laisser ces jeunes trop loin derrière.

Je pourrais vous dresser une liste des initiatives auxquelles Jeunesse, J'écoute pourrait s'associer et qui auraient un effet direct sur les jeunes, mais pour aujourd'hui, je veux simplement implorer le Comité de veiller à mobiliser tous les acteurs du secteur et vous-mêmes pour que les services soient harmonisés, sans fragmentation. Ne présumons pas que les lacunes sont mineures, car elles sont substantielles.

• (1340)

M. Darren Fisher: Merci.

Faute de temps, voici peut-être ma dernière question, à laquelle je réfléchis beaucoup comme parent. De nombreux parents ne pourraient distinguer chez leur enfant une mauvaise journée ou un état de détresse.

C'est en relation avec l'apprentissage virtuel, la vie sur Zoom. Nous, les membres du Comité, nous vivons tous sur Zoom. Nous vivons dans des locaux dont les sièges sont médiocres, sous un mauvais éclairage, dans un cadre détestable, mais, chez nos enfants, cet apprentissage virtuel, ça ne marche pas. Ou, plutôt, parfois ça ne marche pas. Après son premier semestre, mon fils ne voulait pas commencer le deuxième et il ne reprendra pas ses études, pour le moment, tant qu'elles ne seront pas en présentiel, faute d'une qualité de vie et de contacts directs, comme monsieur le professeur l'a dit.

Quels signes les parents et les gardiens doivent-ils guetter chez le jeune qui connaît peut-être une mauvaise journée?

Mme Katherine Hay: La santé mentale, rappelons-le, a précédé la COVID. Il faut maintenant accorder la priorité aux trucs qui ont donné de bons résultats aux parents, aux enseignants, à la communauté. Chez le jeune, guettez les changements de comportement. Un isolement plus grand, la détresse ou même une gaieté exagérée pourraient être des indicateurs.

Mon meilleur conseil, pas celui d'un professionnel, c'est d'avoir des relations actives avec le jeune ou un jeune que vous connaissez. Soyez aux aguets. Ne supposez pas que tout va bien, parce que si la COVID vous stresse, comme nous tous, soyez assurés c'est encore plus intense chez les jeunes.

Enfin, que la communauté veuille bien guetter les jeunes, parce que l'accoutumance et les agressions augmentent. Avant, le foyer familial n'était pas nécessairement plus sûr pour les jeunes, mais ils pouvaient compter sur l'appui de l'école ou de l'entourage. Mais plus maintenant. Gardez l'oeil ouvert. Jeunesse, J'écoute fait quotidiennement des signalements obligatoires, et nous travaillons avec des jeunes et leurs parents dans ces cadres de vie.

M. Darren Fisher: Excellent! Merci beaucoup.

Merci, monsieur le président. Je sais que mon temps est écoulé.

Le président: Merci à vous également, monsieur Fisher.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

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

Je remercie tous les témoins de leur contribution. Cela nous éclaire dans notre réflexion et nous aide à trouver des pistes de solution pour mieux gérer ce genre de situations créées par la pandémie.

Docteur Veissière, j'aimerais aborder en premier lieu la question des conséquences psychosociales en tant qu'effets collatéraux de la pandémie.

Tout au long de nos rencontres, des témoins nous ont mis en garde contre des effets collatéraux de la pandémie, entre autres sur les patients non atteints de la COVID-19. Il a été question notamment de délestage, de dépistage effectué trop tardivement et d'annulation d'interventions chirurgicales. Sans exagération, nous pouvons nous attendre à voir des cas où, de manière secondaire, la COVID-19 aura causé la mort de certains patients ou eu des effets très graves sur leur santé, en plus des problèmes de santé mentale.

La semaine dernière, alors que vous participiez à une consultation menée par le gouvernement du Québec, vous avez clairement indiqué que, au titre des effets collatéraux de la COVID-19, les répercussions psychosociales sur la santé mentale des familles comptaient parmi les données manquantes auxquelles nous allions devoir faire face.

Pourriez-vous nous en parler davantage? Si vous vous sentez inspiré, pourriez-vous nous donner quelques pistes de solution?

Dr Samuel Veissière: Merci beaucoup de la question. Si vous me le permettez, je vais y répondre en anglais.

[Traduction]

Vous posez une excellente question.

Comme vous le faites remarquer, nous craignons beaucoup qu'il y ait eu surmortalité. À son tour, cette surmortalité découle proba-

blement d'un surcroît de conséquences négatives subies par les familles en raison des chirurgies reportées ou d'une surmortalité qui n'a rien à voir avec la COVID ou qui découle de l'annulation de services hospitaliers.

L'aspect qui touche de plus près mon propre domaine de compétences et dont je tiens à parler, en raison des données lacunaires, c'est notre besoin urgent de recherches fondées sur de meilleures données probantes sur les effets de l'isolement, de l'accroissement du temps d'utilisation d'écrans et de l'apprentissage à distance sur le développement à la fois psychosocial et affectif des jeunes ainsi que sur leur santé mentale.

Enfin, je tiens à répondre à la question antérieure — que faire pour aider nos jeunes? Nous connaissions, avant la pandémie, les statistiques alarmantes et la détresse de nos jeunes. Une convergence de facteurs contribue à l'érosion accrue de leur résilience. L'un d'eux est l'augmentation du temps passé devant un écran. Nous le savons, grâce à la recherche.

J'implore notre gouvernement, parce que nous ne pouvons pas compter sur les entreprises de hautes technologies pour le faire pour nous. Qu'il finisse par considérer le temps passé devant un écran comme une substance réglementée, comme le tabac, le cannabis ou l'alcool, des substances qui, nous le savons, nuisent au développement — et qu'il le régisse par des lignes directrices claires, fondées sur des données probantes.

À court terme, nous pouvons également communiquer ces lignes directrices aux intéressés, par l'entremise des médecins de famille et de nos éducateurs, pour favoriser un usage et une durée d'utilisation responsables des écrans. Beaucoup d'entre nous, dans la communauté, estiment que c'est un problème urgent de santé publique. Déjà grave avant la pandémie, il l'est maintenant bien plus.

Merci pour la question.

• (1345)

[Français]

M. Luc Thériault: Vous parlez de lignes directrices. Pourriez-vous nous donner quelques indications?

Dr Samuel Veissière: Parlez-vous des lignes directrices pour une utilisation responsable des écrans?

M. Luc Thériault: Oui. Qu'est-ce que cela veut dire pour vous, une utilisation responsable des écrans? Dans quel contexte cela s'applique-t-il?

Nous sommes présentement dans une situation de pandémie. Par conséquent, on privilégie la consultation virtuelle. J'imagine que, dans votre pratique, cela comporte certains avantages, mais aussi des désavantages. Vous êtes en train de colliger les différences que vous constatez sur le plan thérapeutique. Il y a des limites à ce que vous pouvez faire quand vous rencontrez un patient de manière virtuelle plutôt qu'en personne.

De façon générale, que pourriez-vous dire au sujet de ces lignes directrices? Dans quelles situations faut-il privilégier les consultations à distance? Peut-on généraliser cette pratique? Cela va-t-il créer des effets secondaires ou des problèmes secondaires?

Dr Samuel Veissière: Je vous remercie de la question.

[Traduction]

J'estime important de faire remarquer l'excellent et indispensable travail de Mme Hay, par exemple. De fait, la recherche montre l'utilité de la téléthérapie pour certains patients en situation de handicap. Sans perdre de vue ces stratégies, il importe également de se focaliser aussi sur la prévention. Si, avant la pandémie, plus du quart de nos jeunes avait besoin de soins de santé mentale, c'est le signe que notre société, dans un certain sens, est fracturée. Il faut nous focaliser sur ces stratégies pour ne pas avoir besoin de ces services qui sont, bien sûr, excellents, mais, de cette manière, nous aurions l'espoir que les gens seraient en meilleure santé.

Il serait mieux de passer moins de temps devant les écrans, d'en consacrer plus aux activités face à face et de réglementer la durée d'utilisation des écrans d'après l'âge de l'utilisateur. Par exemple, jamais de temps d'écran pour les moins de six ans, puis augmentation jusqu'à une heure par jour, sous supervision, mais, aussi, bonnes lignes directrices sur le contenu visionné et utilisé. Par exemple, si nous favorisons les communications actives avec des êtres chers sur les médias sociaux, qui augmentent le mieux-être, nous déconseillons la consommation passive, par défilement machinal, d'informations anxiogènes.

Les lignes directrices ne manquent pas, mais, malheureusement comme je l'ai dit à l'Assemblée nationale du Québec, la semaine dernière, la plupart des conseils de protection que nous pouvons recommander sont inapplicables sous le régime en vigueur des lignes directrices de santé publique que nous savons nécessaires à la protection de nos populations vulnérables. Mais il est également devenu urgent de mieux cibler différents groupes assujettis à différents facteurs de risque chez qui nous savons que les jeunes, particulièrement les élèves et les étudiants, ont besoin de contacts en ligne.

• (1350)

[Français]

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

La parole est maintenant à M. Davies.

Monsieur Davies, vous disposez de six minutes.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins. Leurs témoignages sont frappants. J'ai l'intention de questionner les porte-parole de la Hospital Employees' Union.

Mesdames, je vous remercie notamment pour votre défense farouche de non seulement vos membres et de ceux qui travaillent en première ligne, mais, également, des patients dont ils prennent soin. Je vous remercie également des services que vous rendez. C'est bien connu que, au Canada, plus de 70 % de la mortalité attribuable à la COVID est survenue dans des établissements de soins de longue durée. C'est vos membres qui ont travaillé en première ligne, en exposant leur propre santé et leur famille. Je tiens à vous remercier de vos sacrifices incroyables pour notre santé à tous.

Madame Nederpel, on a dit que les conditions de travail sont celles des soins dans le secteur des soins de longue durée. Que conseillerez-vous au gouvernement fédéral de faire pour aider à prévenir dans le secteur de la santé une crise des ressources humaines qui couve du fait de l'épuisement professionnel engendré par la pandémie?

Mme Barb Nederpel: Voilà, monsieur Davies, une question qu'on ne peut tellement pas ne pas poser. Je vous en remercie.

Je dois dire que dès le départ, les fractures, ici en Colombie-Britannique, sont profondes. Des centaines de conventions collectives sont en vigueur. Beaucoup d'établissements n'en ont aucune. Chaque province, également, est différente. Les ravages de la COVID, assez étendus, ont néanmoins été dévastateurs.

Il faut revenir aux principes fondamentaux. Il faut absolument des normes nationales sur les conditions de travail et sur les soins accordés à nos résidents. Ça signifie augmenter les transferts fédéraux vers les provinces pour qu'elles puissent fournir les soins dont nos résidents ont grand besoin, sans précipitation, dans le respect de leur dignité. Bien sûr, ce transfert de fonds doit être conditionnel à une reddition de comptes. C'est impératif. Nous devons respecter les principes fondamentaux essentiels pour, en cas d'urgence comme la COVID, le syndrome respiratoire aigu sévère et d'autres maladies, pouvoir nous retourner aussi rapidement que possible.

En plus, nous devons trouver moyen de verser aux travailleurs une indemnité de maladie. Je ne sais pas trop si c'est de compétence fédérale ou provinciale, à vous tous de le déterminer. Dans les conventions du secteur public, les syndiqués obtiennent jusqu'à 18 jours de congés de maladie par année. Mais, dans le secteur morcelé des soins de longue durée, ils sont chanceux s'ils peuvent en avoir 5 à 7. Il suffit par exemple d'un seul symptôme de la COVID pour remettre à zéro le nombre de jours auxquels ils avaient droit. Ensuite, qu'arrive-t-il? On les soumet au dilemme du retour au travail ou de l'impossibilité de nourrir leur famille, un dilemme inacceptable, particulièrement dans ce secteur.

Il nous faut un régime robuste d'indemnités de maladie. Il importe également de noter que les nouveaux employés n'en reçoivent pas. Un employé nouvellement embauché pendant la COVID travaille à plein temps aux côtés de son collègue. Il n'obtient aucun congé de maladie. C'est par là que nous devons vraiment commencer.

M. Don Davies: Merci.

Vous avez en quelque sorte préparé le terrain pour ma prochaine intervention, qui était de dire que mon parti, le Nouveau Parti démocratique, a réclamé des normes nationales pour le secteur des soins de longue durée, un partenariat avec les provinces et les territoires pour établir les normes minimales du nombre minimal d'heures quotidiennes de soins à donner, la majoration des salaires et des avantages sociaux, la bonification universelle des conditions de travail dans le secteur en question et d'autres acquis analogues.

Nous apprenons qu'il existe des différences notables entre les conditions de travail et les normes de soins dans les établissements de soins à but lucratif par rapport aux établissements sans but lucratif ou ceux de l'État. Que pouvez-vous nous dire sur ce que vous observez à cet égard?

Mme Barb Nederpel: Il faut vraiment souligner les différences entre les secteurs privé et public, où d'importantes modifications rapides aux conventions ont entraîné une sous-traitance importante, ce qui était conçu pour faire baisser les salaires et les avantages sociaux. Ça a creusé un écart considérable entre les rémunérations du public et du privé, de jusqu'à 7 \$ l'heure. Ça ne tient même pas compte des conséquences disproportionnées qu'ont subies les avantages sociaux et les régimes de retraite.

Il s'ensuit des problèmes de recrutement et de rétention du personnel comme ceux qu'on a connus. Je le répète, les soins de longue durée étaient en crise bien avant la COVID, à cause de cet écart salarial considérable.

Encore une fois, la province a fait du bon travail, en relevant les salaires de chacun au même niveau, mais ça doit absolument être permanent. Or, il ne s'agit pas seulement de salaires; ça concerne également tous les avantages sociaux. Il faudra une égalité des droits partout dans le secteur.

• (1355)

M. Don Davies: Madame Dreyfus, vous aurez le mot de la fin.

À quoi tenez-vous le plus, vous et vos collègues, pour remonter le moral, votre plaisir et votre sentiment de protection du secteur dans lequel vous travaillez? Que nous conseillerez-vous?

Le président: Rapidement, s'il vous plaît.

Mme Maria Dreyfus: Il serait vraiment important pour nous de pouvoir faire notre travail, donner directement des soins, sans qu'on nous ordonne de faire vite et de pouvoir passer du temps de qualité avec nos patients.

Le président: Merci, monsieur Davies.

Chers témoins, je vous remercie de votre temps, de votre expertise aussi, bien sûr, et, essentiellement, de tout votre travail quotidien accompli par plaisir.

Si vous jugez bon de nous communiquer d'autres renseignements, veuillez le faire par l'entremise de notre greffier. Nous les intégrerons dans notre étude.

Sur ce, nous suspendons la séance pour accueillir le prochain groupe de témoins. Merci beaucoup à vous tous.

• (1355)

(Pause)

• (1400)

Le président: Reprenons.

Soyez tous, de nouveau, les bienvenus, pour la poursuite de la 15^e séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

La séance porte sur l'étude de la situation d'urgence à laquelle les Canadiens font face avec la deuxième vague de la pandémie de COVID-19.

Je rappelle à nos nouveaux témoins qu'ils peuvent s'exprimer dans la langue officielle de leur choix. Nous vous offrons un service d'interprétation. Dans le bas de votre écran, vous pouvez choisir entre l'anglais ou le français. La dernière version de Zoom vous permet de vous exprimer dans la langue de votre choix sans être obligés de choisir le canal correspondant.

Sur ce, je présente les témoins.

Nous accueillons la directrice exécutive du refuge pour femmes Camrose, Mme Nora-Lee Rear; deux membres de la Canadian Grief Alliance, Mme Maxxine Rattner et M. Paul Adams; le vice-président exécutif des services médicaux nationaux et chef du personnel médical du Homewood Health Centre Incorporated, le Dr Carlos Lalonde; enfin, la présidente et chef de direction de la Commission de la santé mentale du Canada, Mme Louise Bradley.

Chaque groupe disposera de six minutes pour faire sa déclaration. Après cinq minutes, je montrerai une carte jaune, puis une carte rouge après six.

Sur ce, commençons, s'il vous plaît.

Madame Nora-Lee Rear, vous disposez de six minutes.

• (1405)

Mme Nora-Lee Rear (directrice exécutive, Camrose Women's Shelter): Je vous remercie, monsieur le président, de me donner l'occasion de m'adresser au Comité cet après-midi.

La pandémie de COVID-19 a donné lieu à une hausse marquée de la violence familiale, ce qui signifie qu'un nombre accru de personnes cherchent à obtenir du soutien. La demande de services de soutien en santé mentale excède actuellement ce que peuvent offrir nos employés, et d'autres ressources en counselling dans la collectivité ont souvent des listes d'attente ou facturent des frais que nos clientes ne peuvent pas se permettre de payer.

Subir des mauvais traitements entraîne de nombreux problèmes de santé mentale, notamment la dépression, l'anxiété et du stress post-traumatique. La pandémie de COVID-19 a occasionné un stress accru, de l'incertitude et des changements rapides, ce qui a créé des pressions supplémentaires pour les femmes et les enfants qui ont recours à nos services. L'accès à des soins de santé mentale de qualité joue un rôle important dans le cheminement d'une personne vers une vie exempte de violence. Ce que nous espérons principalement en offrant des services et en améliorant le soutien à la santé mentale à l'intention des femmes et des enfants, c'est briser le cycle des traumatismes et appuyer leur transition vers une vie où ils seront indépendants et en sécurité. Favoriser une bonne santé mentale est profitable pour l'ensemble de la communauté, car il y a un lien entre la santé mentale, le bien-être global et la capacité de fonctionner en société.

C'est pourquoi notre organisme a conçu une évaluation pour comprendre les changements qualitatifs qui résultent de notre programme. L'évaluation s'est concentrée sur les personnes qui reconnaissent qu'elles ne sont pas seules au monde ou qu'elles ne sont pas les seules à éprouver des problèmes. Nous avons procédé à une analyse thématique pour arriver à des constatations clés, et nous croyons que certaines de ces constatations sont pertinentes dans le cadre de la discussion d'aujourd'hui. Nous avons choisi des clientes qui participaient à notre programme en date du 11 septembre 2020, ce qui nous a fourni un bassin de 52 répondantes possibles, dont la majorité suivait notre programme depuis le 1^{er} mars 2020.

Les services que nous offrons au refuge visent d'abord à protéger nos clientes de leurs agresseurs, mais un grand nombre de nos clientes ont affirmé également que le refuge contribue en quelque sorte à prévenir le suicide. Il arrive souvent que les personnes qui quittent une relation, même une relation de violence, éprouvent un sentiment de solitude. Cette situation, conjuguée aux difficultés de nature logistique et financière auxquelles la plupart des femmes sont confrontées et auxquelles viennent s'ajouter les messages contradictoires que nous recevons durant la pandémie de COVID, a créé la tempête parfaite pour les agresseurs. Les refuges affirment être l'endroit le plus sécuritaire pour les victimes, même durant la pandémie de COVID, alors que les consignes de la santé publique contribuent à les enfermer avec leurs agresseurs, ce qui fait qu'elles ont beaucoup plus de difficulté à fuir une relation de violence pour se rendre dans un refuge durant cette période d'isolement social, car leur partenaire les surveille sans doute de plus près ou restreint leur utilisation de la technologie.

Une des personnes interviewées a déclaré que notre programme lui a donné beaucoup d'espoir, alors qu'au départ elle pensait au suicide. Les personnes qui se sentaient démunies ont le sentiment par la suite d'avoir du pouvoir et des options et d'être indépendantes. Ce sentiment accru de maîtrise contribue à une meilleure résilience sur le plan mental et donne la capacité d'aller de l'avant même dans des situations difficiles, comme la pandémie de COVID.

De nombreuses clientes ont affirmé avoir acquis la capacité de reprendre leur pouvoir. Avant de participer à notre programme, certaines répondantes ne pouvaient pas parler pour elles-mêmes ou leurs enfants, mais elles disent avoir maintenant retrouvé la personne qu'elles étaient avant leur relation de violence. Ces personnes étaient démunies et elles ont maintenant le sentiment d'avoir du pouvoir et des options et d'être indépendantes. Pour l'une des personnes interviewées, savoir qu'elle peut compter sur de l'aide lui permet d'être en mesure mentalement de passer au travers de la situation. Une autre personne a affirmé qu'elle sait que lorsque les choses ne vont pas bien pour elle, elle peut toujours revenir au refuge pour les femmes.

Un certain nombre des répondantes ont parlé de la difficulté à faire face aux idées fausses véhiculées dans la société en ce qui concerne les mauvais traitements. Elles ont parlé de conversations avec des amis et des membres de la famille qui ne savaient pas comment réagir lorsqu'elles leur ont avoué subir de mauvais traitements et qui ne comprenaient pas ce qu'elles vivaient. L'aspect commun était la difficulté à expliquer les mauvais traitements à ceux qui ne comprenaient pas la situation. L'une des répondantes a raconté que c'était très frustrant, car, dans sa famille, qui est censée la soutenir, certains lui disaient qu'elle mentait, que ce n'était pas vrai ou que ce n'était pas aussi pire qu'elle le disait. Ces frustrations sont occasionnées par des idées fausses dans la société en général et à propos d'elles-mêmes, ce qui fait qu'une personne qui essaie de parler des effets des mauvais traitements sur sa santé mentale éprouve de la difficulté à le faire lorsque personne ne la croit.

● (1410)

Les répondantes ont également parlé de ce qui les empêche de recourir aux services. Les mauvais traitements peuvent fausser la perception d'une personne à l'égard de l'aide. Elle peut avoir le sentiment qu'elle ne mérite pas d'obtenir de l'aide ou craindre que l'aide lui soit refusée. Les répondantes ont affirmé qu'elles craignent de se faire dire « non » lorsqu'elles demandent des services. L'une des répondantes a dit qu'elle craignait de faire appel à des services, car

elle avait peur que son agresseur utilise cette démarche contre elle. La crainte continuelle que quelque chose soit utilisé contre elles constitue un rappel constant du contrôle qu'exercent les agresseurs, et la pandémie de COVID a exacerbé cette situation.

En temps de pandémie, alors que le public entend partout qu'il faut rester à la maison et en sécurité pour protéger sa santé physique et mentale, les femmes doivent également savoir que, d'une part, les refuges destinés aux femmes et aux enfants victimes de mauvais traitements sont ouverts et prêts à les aider, et que, d'autre part, il n'est pas nécessaire de se rendre dans un refuge pour obtenir de l'aide. Comme ils l'ont toujours fait, les refuges font preuve d'innovation pour joindre les femmes et leur offrir du soutien et des services de santé mentale.

La pandémie de COVID a mis en lumière les fissures dans les réseaux de soutien dont les femmes ont besoin pour cheminer vers la guérison. Nous savons que nous pouvons contribuer à améliorer la santé mentale des femmes et de leurs enfants en ce moment, et nous pourrions le faire également durant les périodes très difficiles qui s'annoncent.

Merci.

Le président: Merci, madame Rear.

Nous allons maintenant passer aux représentants de l'Alliance canadienne pour le deuil. Mme Rattner et M. Adams vont procéder à leur déclaration liminaire.

Allez-y. Vous disposez de six minutes.

M. Paul Adams (membre, Canadian Grief Alliance): Monsieur le président et chers membres du Comité, je vous remercie d'avoir invité l'Alliance canadienne pour le deuil à témoigner aujourd'hui.

Notre organisation regroupe des spécialistes du deuil et de plus de 150 organisations éminentes du domaine de la santé, y compris l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association des psychiatres du Canada. Nous avons uni nos forces au printemps dernier pour demander à tous les ordres de gouvernement de se pencher de façon urgente sur la question du deuil dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et en prévision du lourd bilan que nous avons constaté depuis.

La plupart d'entre nous avons dû composer avec un deuil au cours de notre vie, que ce soit à la suite de la perte d'une mère ou d'un père, d'un frère ou d'une sœur, d'un enfant ou encore d'un ami proche. Aussi profond que notre chagrin ait pu être, nous l'avons vécu comme la plupart des humains gèrent une grande perte, soit, dans la majorité des cas, avec l'aide de notre famille et de nos amis et, au fil du temps, nous avons repris le cours de notre vie, même si la douleur de la perte n'a jamais entièrement disparu. Or, les recherches démontrent que le deuil est un processus complexe. Si les circonstances font en sorte que nous n'avons pas le temps ou l'appui nécessaire pour le vivre, le deuil peut se transformer en dépression ou en anxiété, causer des problèmes de dépendance et mener à l'automutilation ou déclencher des pensées à cet égard.

Nous sommes maintenant aux prises avec une pandémie de deuil. Près de 20 000 Canadiens ont perdu la vie des suites de la COVID-19. L'image d'une infirmière qui tient un iPad pour permettre à une famille de faire ses adieux à un proche nous est maintenant familière. Les personnes endeuillées ne peuvent plus accompagner un proche sur son lit de mort et doivent se contenter d'un appel Zoom plutôt que de véritables funérailles. Elles ne peuvent pas non plus recevoir le soutien de leurs amis et des membres de leur famille: on déposera peut-être une lasagne congelée à leur porte en respectant la distanciation sociale, mais il ne pourra y avoir aucun câlin, aucun contact, aucune visite qui se prolonge.

Aujourd'hui, une grande partie de ce constat est également vrai pour ceux qui pleurent les 25 000 personnes qui meurent au cours d'un mois ordinaire au Canada, que ce soit d'un cancer, d'une maladie cardiaque ou de toute autre cause. On estime que plus de deux millions de Canadiens ont été directement touchés par la mort dans leur entourage lors de cette pandémie, et leur expérience est tout sauf normale. Ils doivent vivre un deuil complexe qui, nous le savons, peut entraîner des problèmes durables de santé mentale.

En outre, certaines communautés sont particulièrement touchées. Les travailleurs de la santé sont exposés à une échelle de souffrance à laquelle ils ne sont pas habitués. L'Alliance canadienne pour le deuil reconnaît également que les peuples autochtones vivent dans le deuil depuis des générations en raison de la colonisation et de la violence structurelle, qui est souvent négligée dans les politiques de santé publique.

Notre système actuel n'est pas suffisamment équipé pour gérer le deuil, notamment parce qu'il n'est pas considéré, à juste titre, comme une forme de maladie mentale. En effet, les conseils en matière de santé mentale qui sont judicieux pour les personnes aux prises avec des problèmes d'anxiété ou de dépression peuvent aggraver la situation pour les gens qui vivent un deuil. Les personnes endeuillées ont besoin d'un soutien compréhensif et adapté. Elles ont besoin d'être guidées adéquatement. Pour toutes ces raisons, l'Alliance canadienne pour le deuil estime qu'il est temps de créer une stratégie canadienne en matière de deuil, dont l'objectif serait d'aider les Canadiens à surmonter les problèmes en matière de santé mentale de longue durée, qui risquent de réduire leur qualité de vie et d'avoir des répercussions sur la société et les systèmes de soins de santé.

Je vais demander à ma collègue, Maxxine Rattner, de poursuivre.

• (1415)

M. Maxxine Rattner (membre, Canadian Grief Alliance): Merci beaucoup, monsieur Adams.

La mise en place de la stratégie canadienne en matière de deuil que nous proposons comporte trois volets fondés sur la gravité de l'urgence. Premièrement, les Canadiens doivent avoir un accès élargi aux services de deuil là où ils vivent. Les services de deuil, qui manquaient de ressources avant la pandémie, sont aujourd'hui débordés et tentent de répondre à une demande croissante. Dans de nombreuses régions du pays, les listes d'attente sont longues ou les services de deuil sont totalement inexistantes. L'absence de services de deuil suffisants augmentera les risques de voir apparaître des problèmes de santé mentale. Les communautés touchées de manière disproportionnée par la pandémie, y compris les communautés racialisées et autochtones, sont également touchées de manière disproportionnée par le deuil. Les services et programmes de soutien au deuil dirigés par ces communautés et pour celles-ci sont essentiels.

Deuxièmement, nous proposons la création d'une campagne nationale de sensibilisation du public afin d'améliorer la compréhension du deuil au sein de la population et de fournir de l'information et des stratégies pour aider les Canadiens qui vivent leur deuil dans l'isolement. Une telle campagne permettrait également de reconnaître que le pays vit un deuil collectif.

Troisièmement, comme les Canadiens n'ont jamais connu une vague de deuil et de pertes d'une telle ampleur par le passé, nous proposons la tenue immédiate d'une consultation nationale rapide et la création d'un fonds pour financer la recherche au cours des prochains mois afin de nous aider à mieux comprendre le processus de deuil lié à la pandémie ainsi que ses conséquences. Nous disposons d'un modèle qui nous permettrait de mener à bien la consultation dans un délai de deux mois, puisque nous sommes en contact avec toutes les organisations qui effectuent ce genre de travail et sommes engagés auprès de différentes communautés à l'échelle du pays.

Les mesures d'urgence établies sont nécessaires, mais elles ne suffiront pas à endiguer la vague de deuil croissante et ses répercussions à moyen et à long terme sur la santé mentale, la société et l'économie au Canada. Les dépenses actuelles en santé mentale ne visent pas les services de deuil. Le deuil passe entre les mailles du filet. Nous vous demandons instamment de mettre en place une stratégie canadienne en matière de deuil visant les ministères du gouvernement fédéral, les partenaires des provinces et des territoires ainsi que les organisations non gouvernementales de façon à créer une réponse coordonnée, soutenue et fondée sur des preuves pour répondre aux besoins croissants des Canadiens endeuillés.

Le deuil touche tous les aspects du travail du gouvernement en matière de santé et de santé publique, qu'il s'agisse de la démence, de la toxicomanie, des collectivités autochtones et des enfants. Nous croyons qu'une telle stratégie devrait faire partie de façon permanente du cadre gouvernemental. En effet, une stratégie canadienne en matière de deuil contribuera à prévenir les conséquences importantes sur la santé mentale des personnes, des familles et des collectivités partout au pays aujourd'hui et pendant les mois et années à venir. Le Canada a l'occasion d'être un véritable chef de file en étant le premier pays au monde à établir une stratégie en matière de deuil dans la foulée de la pandémie de COVID-19. Au nom du nombre de plus en plus élevé de Canadiens qui vivent un deuil, nous vous exhortons à saisir cette occasion.

Merci.

Le président: Merci, madame Rattner.

La parole est maintenant au Dr Lalonde du Homewood Health Centre.

Allez-y. Vous disposez de six minutes.

Dr Carlos Lalonde (vice-président exécutif des services médicaux nationaux et chef de cabinet, Homewood Health Centre Inc.): Je vous remercie beaucoup, monsieur le président, de me donner l'occasion de m'adresser au Comité.

La pandémie de COVID-19 a contribué à une crise en santé mentale qui perdure, qui prend de l'ampleur et qui touche les Canadiens ainsi que les systèmes, les institutions et les professionnels qui fournissent des soins de santé mentale à l'échelle du pays. Les répercussions de la pandémie sur la santé mentale sont à la fois importantes et omniprésentes, et, comme toujours, ce sont les personnes vulnérables qui souffrent le plus.

J'espère que nous reconnaissons tous ces faits et la hausse des taux d'anxiété, de dépression, de dépendance et d'autres problèmes de santé mentale. Plutôt que de vous donner des statistiques précises aujourd'hui, je vais faire valoir des mesures pratiques et peu coûteuses qu'il est possible d'adopter dès maintenant et qui auront une incidence considérable et durable sur la capacité du Canada de faire face à la crise actuelle de santé mentale et à celles qui suivront.

Bien que je sois le vice-président exécutif des services médicaux et le chef du personnel au Homewood Health Centre, un organisme national qui fournit des soins aux personnes souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie, je suis également membre du Bureau des examinateurs du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Je participe activement aux programmes d'études de premier cycle et des cycles supérieurs du département de psychiatrie de l'Université McMaster et j'exerce en tant que psychiatre. J'ai une longue expérience du traitement en première ligne de patients hospitalisés et de patients externes en psychiatrie.

Étant donné mes antécédents, j'aimerais vous parler de nos travailleurs de première ligne en santé mentale. Ce ne sont pas seulement nos systèmes, nos institutions et nos ressources qui sont débordés durant la pandémie, ce sont aussi leurs employés. À la maison, ces gens ont été confrontés aux mêmes facteurs de stress que tout le monde au cours de la dernière année. En outre, ils ont la responsabilité de soutenir ceux qui ont grandement besoin de soins intensifs en santé mentale tout en étant souvent confrontés à un risque élevé d'être exposés au virus sur la ligne de front.

La pandémie a créé une situation où les professionnels de première ligne en santé mentale — médecins, psychologues, infirmières et personnel clinique — qui soutiennent les plus vulnérables de la société, ainsi que les professionnels du milieu médical et les travailleurs essentiels épuisés se retrouvent en congé de maladie en nombre record. Par conséquent, il reste peu de professionnels qualifiés en santé mentale pour s'occuper d'un nombre croissant de patients. Cela a donné lieu à d'importantes lacunes dans les soins et à davantage de cas d'épuisement professionnel. J'observe cette situation tous les jours. En plus de la pénurie générale de professionnels, il y a le problème des ressources vitales qui sont réparties inégalement dans l'ensemble du pays. Les professionnels ont tendance à pratiquer davantage dans les régions urbaines et dans certaines provinces en particulier.

En même temps, nous encourageons à juste titre les gens à aller chercher de l'aide. Par exemple, Espace mieux-être Canada répond aux besoins de milliers de Canadiens en fournissant des services virtuels et téléphoniques faciles d'accès dans le cadre d'un modèle de soins comprenant notamment du soutien par les pairs et du counselling à court terme axé sur les besoins propres à la personne.

Malheureusement, l'expérience que nous avons acquise au cours de la présente pandémie a davantage mis en évidence ce qu'un grand nombre d'entre nous savaient déjà, c'est-à-dire qu'il est impossible, dans le système actuel, de répondre entièrement aux besoins d'un grand nombre de personnes, car l'accès aux praticiens en santé mentale, particulièrement les psychologues et les psychiatres, est extrêmement restreint. Dans l'ensemble du pays, le nombre de psychiatres est particulièrement limité. Il existe un besoin criant de professionnels en santé mentale qui ont les compétences nécessaires pour diagnostiquer ceux qui ont des formes sévères de maladie mentale et pour les traiter grâce à des psychothérapies fondées

sur des données probantes, des soins fondés sur des mesures et, parfois, des médicaments.

Que pouvons-nous faire? Certaines choses peuvent être faites au sein des organisations, mais un changement systémique et du soutien à l'échelle nationale sont nécessaires. À long terme, nous pouvons nous engager à effectuer des investissements sans précédent dans la santé mentale. Nous pouvons former davantage de professionnels en santé mentale et nous pouvons inclure les soins virtuels dans les programmes de formation. Nous pouvons mettre en place ce type d'initiatives dans l'avenir, mais nous avons besoin de stratégies pratiques que nous pouvons mettre en œuvre dès maintenant pour répondre aux besoins durant la pandémie.

J'ai trois suggestions à formuler.

Premièrement, nous devons faciliter le déploiement de spécialistes là où c'est nécessaire en réduisant les barrières interprovinciales, afin qu'il soit plus facile pour des professionnels en santé mentale qualifiés de pratiquer dans diverses provinces. Étant donné que les cliniciens et les patients deviennent de plus en plus à l'aise avec les soins virtuels, un praticien autorisé devrait être en mesure d'aider des patients en Alberta, en Ontario et en Nouvelle-Écosse en un seul après-midi.

Mon expérience personnelle me permet d'affirmer qu'un psychiatre canadien dûment autorisé à pratiquer dans une province doit attendre plusieurs mois avant d'obtenir l'autorisation de pratiquer dans une autre province, et ce processus est onéreux. Le processus à suivre est similaire pour des professionnels dans d'autres domaines qui relèvent de leur propre collège provincial. Je suis en faveur des recommandations qu'a formulées dans son rapport le groupe de travail sur les soins virtuels du Collège royal, notamment l'idée d'un permis de pratique pancanadien.

Deuxièmement, compte tenu du fait que l'accès aux plateformes virtuelles devient de plus en plus sécuritaire, j'estime que nous devrions offrir des incitatifs financiers dans les services dont nous avons le plus besoin, particulièrement les services de consultation et de prestation de soins virtuels, particulièrement dans les régions les moins bien desservies du pays. Je suis d'avis que ces incitatifs ne devraient pas être conditionnels à l'utilisation d'une plateforme en ligne précise comme l'OTN, que doivent utiliser les médecins en Ontario.

● (1420)

Troisièmement, nous pouvons simplifier le processus permettant aux professionnels de la santé mentale formés à l'étranger de pratiquer au Canada. Même les psychiatres très expérimentés qui ont suivi toute leur formation médicale aux États-Unis se heurtent à des obstacles importants pour exercer leur profession au Canada. Ce processus semble inutile et peut parfois prendre des années, alors que nous avons présentement besoin des services de ces professionnels au pays, un besoin qui augmente vertigineusement.

Le Canada doit mieux prendre soin des gens qui travaillent sur la ligne de front de son système de santé mentale. Afin qu'ils puissent aider leurs concitoyens, nous devons agir rapidement pour renforcer nos capacités professionnelles et donner à ces professionnels la marge de manœuvre nécessaire pour qu'ils puissent pratiquer là où nous avons le plus besoin d'eux. Si nous pouvons réduire les barrières interprovinciales, accroître l'accès à des plateformes virtuelles sécurisées, fournir des incitatifs supplémentaires pour les services les plus nécessaires et accélérer le processus pour que les non-Canadiens qualifiés puissent travailler en première ligne, nos professionnels, notre système et notre nation seront mieux préparés à aider les personnes qui en ont le plus besoin.

Merci.

Le président: Merci, docteur Lalonde.

C'est maintenant au tour de Mme Bradley, qui représente la Commission de la santé mentale du Canada.

Vous disposez de six minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

• (1425)

Mme Louise Bradley (présidente et chef de direction, Commission de la santé mentale du Canada): Monsieur le président, mesdames et messieurs, je vous remercie de m'accueillir aujourd'hui. Le moment est particulièrement bien choisi étant donné qu'hier, c'était la Journée Bell Cause pour la cause, qui vise à sensibiliser les gens au sujet de la santé mentale. Cette année, en 2021, il s'agissait de la 11^e Journée Bell Cause pour la cause, et elle était bien différente par rapport aux années précédentes. C'est en partie parce que la santé mentale est au cœur des préoccupations depuis le début de la pandémie, et les chiffres sont éloquentes.

Un sondage Léger qui sera bientôt publié et qui a été réalisé pour la Commission de la santé mentale du Canada et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances révèle qu'il y a des problèmes bien réels. Le nombre de personnes au Canada qui affirment avoir une bonne santé mentale a chuté de 23 %; la proportion de la population disant avoir une bonne santé mentale est passée d'environ les deux tiers à moins de la moitié depuis mars dernier.

Il y a peut-être une meilleure sensibilisation, mais pour ce qui est de la mesure dans laquelle les gens qui ont des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale accèdent aux traitements et aux services qu'il faut, les choses n'évoluent pas au même rythme. Seulement 24 % des répondants ayant des problèmes de toxicomanie et 25 % des répondants ayant des symptômes de maladie mentale ont accédé à des traitements depuis le mois de mars.

Au lendemain de la Journée Bell Cause pour la cause, je pense que nous pouvons convenir qu'il est temps d'agir avec vigueur. Comprenez-moi bien — le versement de 5 ¢ pour chaque texto représente un important financement communautaire pour la santé mentale, mais pour véritablement passer de la parole aux actes, nous devons être prêts à investir le genre de montant qui nous permettrait de déplacer des montagnes, à vrai dire.

C'est pourquoi la Commission de la santé mentale du Canada a été si ravie de voir le Parlement faire front commun sur la nécessité d'établir une ligne nationale d'aide en santé mentale. Ce n'est peut-être qu'un petit pas, mais tout voyage commence en mettant un pied devant l'autre.

Toutefois, il existe peut-être un moyen d'améliorer les choses plus rapidement. Si les idées d'autrefois sont un moyen de parvenir à une fin, nous atteindrons la parité en santé mentale plus vite si nous sommes prêts à tirer parti des technologies. Dans de nombreux cas, les interventions durant lesquelles les technologies ont été utilisées se sont révélées aussi efficaces que les interventions en personne.

Avant que nous parlions de soins virtuels et de cybersanté mentale, deux éléments qui peuvent changer la donne et que la Commission préconise fortement, nous devons comprendre que compte tenu de la complexité de la maladie mentale, il n'y aura jamais une seule solution adéquate. Nous ne pouvons pas séparer l'esprit du corps, ni le bien-être mental des expériences qui ont forgé chacun d'entre nous. En tant qu'êtres humains, nous ne sommes pas constitués de compartiments étanches qui peuvent être évalués séparément les uns des autres. Nous avons tendance à être un peu désordonnés et compliqués, un mélange de biologie et de psychologie très fortement influencé par des déterminants sociaux de la santé, comme le revenu, le niveau de scolarité, la race, l'expérience d'un traumatisme, etc.

La question de l'équité va être au centre de tout progrès véritable, et cela signifie qu'il faut mettre en lumière les lacunes et construire les ponts pour les combler. Avec le manque de soins adaptés à la culture, la rareté des signaux à large bande dans les communautés rurales et éloignées, l'hésitation des personnes âgées par rapport à l'utilisation de la technologie et le manque d'accès pour les personnes vivant dans la pauvreté, nous ne pouvons pas nous attendre à ce que la cybersanté mentale résolve les problèmes sociétaux systémiques qui doivent être combattus à la source.

Cela ne signifie pas que nous devons baisser les bras, bien au contraire. Prenez le portail Espace mieux-être Canada, dont on vient de parler. Il s'appuie sur un cadre préconisé par la Commission et montre bien à quel point des partenariats établis à l'échelle du pays peuvent se traduire par des services utiles. Aujourd'hui, nous pouvons accéder gratuitement à des services de soutien en santé mentale grâce à des services en ligne qui ont été créés pour répondre à un besoin, et cela s'est fait presque du jour au lendemain. Si nous pouvons accomplir cela, un tour de force que l'on croyait autrefois impossible — que l'on n'osait même pas imaginer —, imaginez à quel point l'avenir pourrait être positif. À ce jour, un demi-million de personnes ont accédé à ce site, mais nous savons que les besoins sont plus grands.

• (1430)

Avant la pandémie, 1,6 million de personnes dans ce pays avaient déclaré ne pas avoir accès à des soins de santé mentale. Compte tenu de la chute abrupte observée sur le plan de la santé mentale, je pense qu'on peut dire sans se tromper que les besoins n'ont fait que croître. Oui, il est vrai que les symptômes d'anxiété et de dépression ainsi que les pensées suicidaires augmentent, mais cela ne signifie pas que nous devons considérer que la situation de pandémie de la santé mentale est inévitable.

S'il n'y a jamais eu un moment pour resserrer le filet de sécurité, c'est bien maintenant. Que nous nous concentrons sur la normalisation des soins virtuels ou sur des investissements dans l'accréditation des applications de santé mentale, vous avez tous un rôle essentiel à jouer en tant que décideurs capables de militer pour l'innovation.

L'ancien président de notre conseil d'administration, l'honorable et le regretté Michael Wilson, a bien résumé la situation lorsqu'il a dit que des fonds importants doivent être destinés à l'amélioration de l'accès aux services, des soins de santé communautaires et de la prévention du suicide, mais qu'il faut aussi une certaine latitude pour prouver qu'adopter des approches novatrices est sensé sur le plan économique. Ces approches novatrices comprennent l'utilisation des nouvelles technologies pour nous permettre de nous aligner sur nos homologues en Nouvelle-Zélande et en Australie.

La COVID a mis en évidence l'importance de la santé mentale, en montrant la fragilité de notre bien-être.

J'espère que vous vous engagerez à favoriser la collaboration et l'innovation. Nous nous réjouissons à l'idée de nous associer avec vous dans le cadre de ces initiatives.

Merci beaucoup.

Le président: Je remercie tous les témoins de leurs déclarations.

Nous passons maintenant aux questions. Nous avons du temps pour une série de questions.

C'est Mme Rempel Garner qui commence.

Allez-y, s'il vous plaît. Vous disposez de six minutes.

M. Chris d'Entremont (Nova-Ouest, PCC): Je vais utiliser son temps d'intervention.

Le président: D'accord. Allez-y, monsieur d'Entremont.

M. Chris d'Entremont: Merci beaucoup.

Je vais d'abord poser des questions aux représentants de l'Alliance canadienne pour le deuil.

J'habite en Nouvelle-Écosse, et je sais que d'autres membres de notre comité y habitent: M. Fisher et M. Kelloway. La Nouvelle-Écosse vit beaucoup de deuils, que ce soit à cause des meurtres commis à Portapique ou de la récente perte de six personnes en bateau, ici, dans la partie sud-ouest de la province, et de la toute récente perte d'un couple dans notre coin de pays également. C'est beaucoup... Même au-delà du problème de la COVID, il y a eu beaucoup de deuils très publics — ou l'absence de deuil.

Je veux comprendre ce que sont les services de deuil, car nous n'en avons pas ici. Au-delà de la communauté et de quelques membres de la communauté qui se réunissent pour rassembler les familles et les groupes, je ne sais pas ce qu'est réellement un service de deuil.

Mme Maxxine Rattner: Je vous remercie beaucoup de la question.

Il y a certainement des organisations partout au pays. Je sais également que votre province a des ressources formidables, en fait. Ce sont des personnes qui ont l'expertise qu'il faut et qui servent les gens sur le terrain. Je viens de Toronto, et je peux vous dire que des organismes existent, comme Bereaved Families of Ontario, et que de nombreux établissements de soins palliatifs offrent du soutien en cas de deuil.

Vous avez raison. Il existe un ensemble hétérogène de services de deuil dans tout le pays. C'est un secteur qui manque de ressources et qui touchait vraiment l'humanité entière avant la pandémie. Vous pouvez imaginer que cet ensemble hétérogène de services qui existait avant la pandémie est débordé, comme je l'ai dit, parce qu'il est

invisible. Ce sont des choses que les gens ne connaissent pas ou auxquelles ils n'ont pas accès avant qu'ils ne soient touchés.

Lorsqu'une personne décède dans un établissement de soins de longue durée, comme c'est le cas de milliers de personnes dans tout le pays, aucun soutien de suivi n'est offert aux gens en deuil. Quand une personne décède à l'hôpital, c'est la même chose. En tant que fière intervenante du milieu des soins palliatifs et en tant que travailleuse sociale en établissement de soins palliatifs depuis 10 ans, je dirais que dans la plupart des contextes de soins palliatifs, aucun soutien de suivi aux endeuillés n'est offert. Les établissements de soins palliatifs sont parmi les seuls endroits qui en offrent, pendant environ un an, mais toute personne en deuil peut vous dire qu'un an, ce n'est pas suffisant dans de nombreux cas, et compte tenu du nombre énorme de personnes en deuil et de pertes dans votre province, c'est à cela que nous pensons lorsque nous parlons d'un deuil compliqué.

On parle de deuil compliqué lorsqu'une personne, une communauté ou une famille subit de multiples pertes en peu de temps ou sur une longue période. Chaque perte est amplifiée. À bien des égards, et je ne voudrais jamais extrapoler, mais j'imagine que dans votre communauté, il y a certaines manifestations de deuil compliqué en raison de ces multiples cas de traumatisme et de perte qui se sont produits autour de vous.

Ce sont les exemples dont nous parlons, mais, oui, je peux regarder ma liste pour voir qui nous avons. Hospice Halifax offre du soutien en cas de deuil, mais vous avez raison, ce n'est pas comme un service de deuil.

• (1435)

M. Chris d'Entremont: Comme nous sommes à trois heures de là, c'est un grand défi.

M. Maxxine Rattner: Oui, exactement.

M. Chris d'Entremont: C'est un grand défi, et en raison de la COVID, nous ne nous déplaçons pas comme nous le devrions et nous n'obtiendrons pas les services que nous devrions obtenir, ce qui s'ajoute donc au problème.

Concernant votre stratégie à trois volets, ou votre demande, avez-vous fait appel aux gouvernements? Je suppose que c'est une question de santé, et chaque province est un peu différente et il y a un volet fédéral. À qui vous êtes-vous adressés et quels types d'engagements avez-vous obtenus à ce stade?

M. Maxxine Rattner: Nous avons rencontré des députés qui se sont montrés ouverts. Un de mes collègues de l'Alliance canadienne pour le deuil a rencontré la ministre de la Santé, à Thunder Bay. Je pense que nous avons tous travaillé de façon volontaire pour essayer d'attirer l'attention sur ce besoin urgent.

Je suis ravie de laisser mon collègue, M. Adams, ajouter quelque chose à cet égard, si cela peut être utile.

M. Paul Adams: Pour l'instant, nous avons été en contact avec le gouvernement fédéral, principalement. Nous essayons de faire passer notre message par les médias.

Ce que vous disiez m'a vraiment touché. J'ai perdu ma femme il y a quatre ans à cause d'un cancer. J'ai pu être à son chevet. Il y a eu un enterrement. La famille et les amis sont venus. Nous avons pu nous déplacer pour être avec d'autres membres de la famille. Toutes ces choses sont refusées aux gens. Comme vous le décriviez, dans une situation de perte très profonde, il est très difficile d'imaginer que les gens aient les ressources nécessaires pour s'en sortir.

M. Chris d'Entremont: Il me reste une minute. Je veux parler au Dr Lalonde.

En ce qui concerne le transfert de médecins et de médecins suppléants et l'idée d'être en mesure, au moins, de transférer ces experts d'une province à l'autre, cela ne relève-t-il pas parfois du collège des médecins, une profession autoréglémentée, par exemple? Comment le pays peut-il gérer cela, alors qu'il existe tant d'organisations ou de collèges de professions autoréglémentées?

Dr Carlos Lalonde: Je pense que c'est une excellente question, à laquelle je n'ai pas de réponse simple. L'un des rares avantages de la situation actuelle de COVID, c'est qu'elle a renforcé l'esprit de communauté et de collaboration dans tout le pays et entre les organisations, entre autres. C'est un sujet dont on parle depuis des années et, encore une fois, même avant la pandémie, certains parlaient de l'idée d'un permis de pratique pancanadien.

Il faudrait que les différents collèges provinciaux, qu'il s'agisse des collèges des médecins des différentes provinces ou d'autres organismes de réglementation professionnelle, communiquent et collaborent essentiellement entre eux. Ce ne serait pas si difficile, car nous devons déjà enregistrer en ligne la plupart de nos documents et de nos autres qualifications. Il suffirait que les collèges provinciaux collaborent et trouvent une formule pour que cela fonctionne. C'est quelque chose qui pourrait se faire très rapidement. Prenez un processus qui dure actuellement deux ou trois mois et faites-en quelque chose qui durerait deux ou trois semaines, voire deux ou trois jours. Les exigences sont presque identiques dans toutes les provinces. Ces frontières que nous avons formées au fil du temps doivent simplement être abolies pour que nous puissions fournir les services aux gens qui en ont besoin.

Encore une fois, une enquête réalisée l'année dernière auprès des médecins canadiens a révélé que 90 % d'entre eux pensaient que l'accès aux soins s'améliorerait partout au pays si nous étions en mesure de le faire, et environ 50 % de ces médecins seraient prêts à faire des remplacements dans différentes provinces, un nombre similaire de personnes étant disposées à offrir des soins virtuels.

M. Chris d'Entremont: Merci pour cette réponse.

Merci à tous pour vos exposés.

Le président: Merci, monsieur d'Entremont.

Nous passons maintenant à M. Van Bynen.

Vous avez six minutes.

● (1440)

M. Tony Van Bynen (Newmarket—Aurora, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je veux d'abord vous dire que je vais partager mon temps avec mon collègue, M. Kelloway.

Docteur Lalonde, merci d'être des nôtres aujourd'hui et merci également pour l'important travail que vous accomplissez. Si j'ai bien compris, vous offrez du soutien et des soins à un grand nombre de nos travailleurs de la santé. D'après ce qu'on nous a dit précédemment, c'est vraiment un besoin criant.

Il y a bien des efforts qui sont déployés pour faire des projections quant au nombre de cas de COVID-19. Nous parlons tous des risques importants en matière de santé mentale. J'ai bien l'impression que la prochaine vague sera beaucoup plus dévastatrice, et

notre comité aura la lourde tâche de cerner les lacunes à combler pour le gouvernement.

Y a-t-il une façon pour nous de prévoir l'évolution des besoins et du nombre de cas en santé mentale de manière à pouvoir commencer à prendre les dispositions nécessaires au déploiement de ressources suffisantes?

Dr Carlos Lalonde: Je pense que c'est chose possible et qu'il y a d'ailleurs des gens qui s'emploient à établir des projections à ce sujet. Avec cette pandémie qui perdure, nous savons que les taux de dépression ont augmenté et qu'il en va de même pour l'anxiété. C'est une chose d'arriver à composer avec des facteurs de stress pendant une courte période, mais nous savons que les effets cumulatifs d'une situation semblable font généralement grimper la prévalence de différents types de problèmes de santé.

Encore là, nous savons que ceux qui ont le moins accès à des services seront sans doute les plus touchés. Comme c'est le cas pour nous tous, les choses vont continuer de s'aggraver pour les gens ayant déjà des problèmes de santé ou des troubles psychiatriques, pour ceux qui sont au bord de la pauvreté, pour les personnes qui n'ont pas accès aux ressources nécessaires et pour tous ceux qui perdent leur emploi et n'ont pas de source de revenus par ailleurs. Nous savons toutefois que certains segments de la population seront sans doute proportionnellement plus touchés que d'autres. Il semblerait ainsi que les risques soient légèrement plus élevés pour les femmes que pour les hommes à ce moment-ci. C'est également le cas des familles ayant des enfants de moins de 18 ans, des membres des groupes marginalisés comme les personnes racisées et celles faisant partie de la communauté LGBTQ, ainsi que de ceux qui sont les plus affectés du point de vue financier.

Nous savons quels groupes sont exposés aux risques les plus grands. Nous savons aussi que la prévalence de ces problèmes augmente et que la difficulté à prédire ce que l'avenir nous réserve avec cette pandémie continuera de faire grimper la fréquence des divers problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

M. Tony Van Bynen: Beaucoup ont fait valoir la nécessité de pouvoir compter sur une base de données pancanadienne. Si cela devenait chose possible pour la santé mentale également, nous serions mieux à même de cerner les lacunes et les secteurs où elles sont les plus criantes.

Dr Carlos Lalonde: Oui, tout à fait.

M. Tony Van Bynen: Il y a une autre vague qui me préoccupe. Chaque année, des Canadiens sont aux prises avec des symptômes de dépression saisonnière. Avec l'hiver qui débute à peine, les effets de la pandémie viennent s'ajouter à ceux de la dépression faisant suite au congé des Fêtes. Je sais qu'il est encore tôt dans l'année, mais pouvez-vous nous dire si des données ont déjà été compilées sur les impacts de la pandémie pour les personnes aux prises avec la dépression saisonnière?

Dr Carlos Lalonde: C'est une bonne question, mais il est très difficile de savoir exactement à quoi s'en tenir à ce sujet. En toute franchise, je n'ai pas consulté de données sur la prévalence des cas qui pourraient nous permettre d'établir une distinction entre les deux. Nous savons que les mois d'hiver sont beaucoup plus pénibles pour bien des gens, surtout dans certaines régions du pays où les journées sont beaucoup plus courtes. Nous savons que les taux de dépression sont beaucoup plus élevés qu'auparavant pendant ces mois d'hiver, mais il est difficile de déterminer dans quelle mesure cela est attribuable aux troubles affectifs saisonniers ou à la pandémie. En toute vraisemblance, les taux sont beaucoup plus élevés dans le contexte de la pandémie si l'on compare avec l'an dernier, toutes les autres conditions étant les mêmes.

Plutôt que de chercher à savoir quelles sont les causes exactes, il importe surtout de reconnaître que la prévalence des dépressions a augmenté et de déterminer ceux qui ont le plus besoin de traitements pour une dépression grave, qu'elle soit d'origine saisonnière ou non, afin de les aiguiller vers les ressources appropriées. Il ne faut pas se limiter à faire du counselling, car ceux qui satisfont aux critères pour l'établissement de certains diagnostics ont besoin de thérapies plus ciblées fondées sur des données probantes. On peut penser notamment à la luminothérapie, à la psychothérapie raisonnée, aux soins fondés sur des résultats mesurables et à une médication dans certains cas. Il faut pouvoir compter sur les ressources humaines suffisantes pour rendre ces services accessibles.

• (1445)

M. Tony Van Bynen: Merci.

Je vais passer le relais à mon collègue.

M. Mike Kelloway (Cape Breton—Canso, Lib.): Merci, monsieur Van Bynen.

Ma question est pour le Dr Lalonde. Homewood Health est l'un des partenaires du portail Espace mieux-être Canada pour la santé mentale. Pouvez-vous me dire si ce portail a été utile? Est-ce une ressource utile pour vous et pour les gens avec lesquels vous travaillez?

Je veux par ailleurs vous remercier pour les quatre secteurs d'intervention que vous avez suggérés. Il faudrait que je vous appelle ou que je communique avec vous via Zoom pour en savoir plus long, car cela m'intéresse beaucoup.

Dr Carlos Lalonde: Ce sera avec plaisir.

M. Mike Kelloway: Parmi les quatre que vous proposez, y a-t-il un secteur par lequel on devrait débiter et pour quelle raison?

Merci beaucoup.

Dr Carlos Lalonde: Pour répondre à votre première question, je vous dirais que ce portail a effectivement été utile pour certaines organisations de même qu'à l'échelle nationale. Je pense en fait qu'il a été d'une grande utilité si l'on en croit simplement le nombre de personnes qui ont eu accès à ce service. Je ne peux pas vous donner de chiffres précis, mais je crois que Mme Bradley a indiqué précédemment qu'il y en avait plus de 500 000. Je pense que l'on se rapproche davantage des 800 000 à ce moment-ci, mais il est possible que je fasse fausse route. Quoi qu'il en soit, nous savons qu'un grand nombre de Canadiens se sont prévalus de cette ressource.

Il s'agit encore une fois d'offrir le niveau de soins qui convient le mieux en fonction des besoins de chacun. On peut ainsi aiguiller une personne vers certaines ressources d'éducation en ligne, des programmes interactifs de formation par ordinateur, du soutien par

les pairs ou jusqu'à quatre séances virtuelles de counselling individuel. Nous savons que de nombreux Canadiens ont bénéficié de ce service, mais nous n'ignorons pas qu'il a ses limites. Pour certaines personnes éprouvant des problèmes de santé plus graves, ce genre de service devient insuffisant.

Quant à savoir quel serait le secteur d'intervention à privilégier dans l'immédiat, je pense que l'on pourrait rapidement établir un mécanisme de coopération entre différents établissements d'enseignement supérieur au Canada. On pourrait de cette façon permettre instantanément à de très nombreux Canadiens d'avoir plus facilement accès à un psychiatre, à un médecin, à un psychologue ou à un autre professionnel de la santé mentale s'il nous était possible d'éliminer les frontières interprovinciales.

M. Mike Kelloway: Merci beaucoup. Je vais communiquer avec vous.

Merci à tous nos témoins. Nous avons appris beaucoup de choses aujourd'hui.

Le président: Merci, monsieur Kelloway.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

M. Luc Thériault: Merci, monsieur le président.

Madame Bradley, la Commission de la santé mentale du Canada a produit un très bon document sur la cybersanté mentale au Canada. Cela dit, je me permets de faire une remarque générale. On dit communément que le bonheur se situe entre les deux oreilles, c'est-à-dire dans la façon dont on perçoit la réalité quand on se lève le matin. En même temps, la pandémie nous révèle que, tout au long de l'histoire, la maladie mentale n'a jamais eu le même statut que toutes les autres maladies. Elle a toujours été le parent pauvre de nos réseaux de santé, et cela revient nous frapper en plein visage maintenant que nous sommes en situation de crise.

Ce que j'ai compris de votre exposé tout à l'heure, c'est qu'il faut continuer à faire des investissements dans les déterminants de la santé mentale, à intervenir en amont et à améliorer notre capacité de rendre réversibles les situations de mal-être qui conduisent à des états suicidaires. Évidemment, il y avait des états suicidaires avant la pandémie, mais ceux-ci ont peut-être été exacerbés par la crise. En tant que décideurs et en tant que société, nous n'avons pas le droit de refaire les erreurs du passé. Nous avons l'occasion de rétablir les choses. Cette pandémie peut nous permettre de revoir nos priorités. Une société ne peut pas tolérer qu'un individu en parfaite santé physique veuille mettre fin à ses jours à cause d'une souffrance fondamentale liée à sa perception de la réalité.

J'aimerais maintenant parler de votre document intitulé « COVID-19 et suicide: Répercussions potentielles et occasions d'influencer les tendances au Canada ». Vous y soulignez ceci:

Bien que l'histoire démontre que la pandémie de COVID-19, ainsi que la récession économique prévue en découlant, est *susceptible* d'avoir un impact sur les taux de suicide, une hausse du nombre de suicides n'est *pas* inévitable.

Que proposez-vous pour éviter le pire? Quelles seraient les mesures prioritaires? Qu'est-ce qu'il presse le plus de faire, ici et maintenant, pour que n'ait pas lieu cette hausse, qui est évitable?

• (1450)

[Traduction]

Mme Louise Bradley: Merci beaucoup pour cette question. Je vais essayer de répondre aux différents volets qu'elle comporte.

Comme vous le disiez d'entrée de jeu, il est effectivement essentiel de s'attaquer au problème en amont.

Quant aux événements qui peuvent se produire et avoir un impact sur la santé mentale, vous avez tout à fait raison également. Nous avons certes grandement progressé vers l'élimination des préjugés à cet égard, mais ceux-ci continuent bel et bien d'exister. Je pense que ces préjugés, surtout lorsqu'ils émanent d'une stigmatisation structurelle, ont un impact marqué du fait qu'ils nous empêchent de prendre certaines décisions importantes qui s'imposent, surtout dans un contexte de pandémie.

Je pourrais profiter de l'occasion pour répondre aussi à la question précédente concernant le portail Espace mieux-être. Il s'appuie sur le modèle de soins par paliers 2.0. Je tiens à souligner qu'il a d'abord été mis à l'essai dans une province et qu'il est maintenant accessible dans trois autres, y compris la Nouvelle-Écosse. Dans la province pilote, on a constaté qu'il réduisait les temps d'attente de 68 %. C'est un résultat fort impressionnant, surtout quand on sait que ces délais d'attente sont d'environ 18 mois pour les jeunes et les adultes au Canada.

Des problèmes de santé mentale plus graves exigent des interventions différentes. Il y a tout lieu de s'inquiéter des impacts possibles de la pandémie sur bon nombre de populations vulnérables, mais la situation des personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale est particulièrement préoccupante. Selon une étude dont les résultats ont été rendus publics pas plus tard que ce matin, les gens atteints de schizophrénie sont plus nombreux à mourir des suites de la COVID-19.

Je suis également d'avis qu'une hausse du nombre de suicides est évitable. La situation est difficile du fait que nous ne disposons pas de données très probantes sur les taux de suicide. Nous savons qu'il y a chaque année au Canada environ 4 000 personnes qui se suicident. Il semblerait que ce nombre n'ait pas augmenté, mais il n'a pas diminué non plus. Pour nous attaquer à ce problème, il faut savoir au départ combien il y a de suicides exactement. Il existe un programme communautaire pour la prévention du suicide qui est maintenant mis à l'essai dans huit collectivités du pays sous l'égide de la Commission de la santé mentale du Canada. Différents autres groupes se joignent à l'initiative à l'échelle provinciale.

Vous avez soulevé-là un enjeu très complexe, mais j'estime qu'il y a assurément des moyens de faire en sorte que le nombre de suicides n'augmente pas. Nous devons toutefois accorder une attention particulière au sort des personnes souffrant de maladies chroniques et de problèmes mentaux graves.

[Français]

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Nous passons maintenant à M. Davies.

Vous avez six minutes.

M. Don Davies: Merci.

Monsieur Adams, vous écriviez en mai 2020 que nous sommes des créatures sociales qui avons désespérément besoin de contacts sociaux, de contacts humains, et qu'il faut s'attendre à des répercussions du fait que de tels contacts ne sont plus possibles en raison de la pandémie.

Pourriez-vous nous indiquer quelles sont à vos yeux ces répercussions?

• (1455)

M. Paul Adams: Des recherches nous ont révélé que le fait d'être privé du processus naturel de deuil, comme celui que vivent les personnes qui ont le privilège d'avoir des proches, des amis, de l'espace et du temps pour cheminer vers un retour à la vie normale, peut entraîner des problèmes de santé mentale plus graves chez certains. Cela peut se traduire par des idées suicidaires, de l'anxiété, de la dépression ou des troubles mentaux persistants qui font en sorte qu'il est difficile pour la personne de retrouver son équilibre et de réintégrer sa communauté en reprenant sa vie, son travail et ses relations familiales comme un deuil normal nous permet naturellement de le faire.

Je peux vous dire à ce sujet que c'est un groupe de deuil mis sur pied par un organisme local pour le cancer qui nous a beaucoup aidés, moi et mes deux enfants adolescents, lors du décès de mon épouse. À l'instar de bien d'autres organismes de bienfaisance, ce groupe a perdu son financement et ses dons si bien que des gens sont laissés à eux-mêmes alors que le besoin de telles mesures de soutien n'a jamais été aussi grand. C'est le genre de situation avec laquelle on peut avoir à composer. Il ne faut pas non plus oublier que la perte d'un être cher peut aussi s'accompagner de la perte d'une entreprise ou d'un emploi sans compter toutes les autres contraintes associées à la pandémie comme le fait de devoir travailler à la maison en présence des enfants ou encore dans un environnement qui peut être stressant, voire dangereux. La situation est particulièrement difficile en raison de toutes ces pressions qui s'exercent.

M. Don Davies: Merci.

Madame Rattner, vous avez cosigné en décembre dernier une lettre d'opinion dans *iPolitics* où vous écriviez qu'après trois saisons en pandémie, le gouvernement n'avait toujours pas offert de solution globale au problème croissant du deuil qui représente une véritable crise à l'intérieur de la crise.

Avez-vous pu savoir pour quelle raison le gouvernement a tant tardé à réagir à cette crise du deuil qui me semblait prévisible à la lumière des mises en garde faites à ce sujet en mai dernier?

M. Maxxine Rattner: Nous n'avons eu droit à aucune indication concrète à ce sujet. Je crois que l'intérêt est de plus en plus marqué, mais le gouvernement a bien évidemment une foule d'autres questions à régler. Pendant les premières saisons de la pandémie, les répercussions possibles de tous ces décès n'étaient pas nécessairement au cœur de ses préoccupations.

Nous savons que le portail Espace mieux-être a été une ressource importante que le gouvernement a rendu accessible pour aider tous les Canadiens ayant des problèmes de santé mentale. Nous avons rencontré les responsables de ce portail et nous sommes bien conscients de ses limites évidentes pour ce qui est du deuil. Nous réalisons certains progrès dans la sensibilisation de différents ministères du gouvernement à cet enjeu. La distinction à faire entre les moyens à prendre pour traiter et faciliter le deuil par rapport à ceux à déployer pour certains problèmes de santé mentale comme la dépression et l'anxiété n'est pas nécessairement bien comprise.

Je serais ravie de vous en dire plus long à ce sujet, si cela peut vous être utile, mais je ne sais pas si...

M. Don Davies: Merci. Mon temps est limité. Nous pourrions peut-être en reparler ultérieurement.

M. Maxxine Rattner: Certainement.

M. Don Davies: Madame Bradley, la Société royale du Canada a récemment publié un rapport intitulé « Atténuer les perturbations engendrées par la pandémie de la COVID-19 : comment soutenir la santé mentale de la population canadienne ». Elle y recommande que le Canada augmente « le financement des services de santé mentale à hauteur d'au moins 12 % du budget des services de santé pour répondre aux besoins qui existaient depuis longtemps et qui ont été exacerbés par la pandémie de la COVID-19 ».

Pourriez-vous nous dire quel est le pourcentage des dépenses en santé mentale au Canada, actuellement, et si vous êtes d'accord avec cette recommandation?

Mme Louise Bradley: Je suis d'accord avec cette recommandation. À l'heure actuelle, le Canada dépense environ 7 % de son budget de santé en santé mentale. Si l'on tient compte des derniers investissements pour les 10 prochaines années, si ma mémoire est bonne — et ce n'est pas toujours le cas —, cela nous porte à environ 7,2 %. Nous réclamons, pour parvenir à une certaine parité entre la santé mentale et la santé physique, un financement à hauteur d'au moins 9 %. Cela nécessiterait des investissements assez importants.

Je me dépêche d'ajouter qu'il n'y a pas que la somme qui compte. Il faut également investir de façon innovante, trouver de nouvelles façons d'offrir des services, et nous en avons déjà parlé.

• (1500)

M. Don Davies: Merci.

Monsieur Lalonde, j'entends souvent que l'antidote à la dépendance n'est pas la sobriété, mais la connexion. Nous savons que les groupes de soutien par les pairs, les programmes en 12 étapes et les autres modèles de rétablissement important du genre sont essentiels. J'aimerais savoir quels sont les effets que vous constatez sur ces services, sur le soutien offert aux personnes qui tentent de s'affranchir d'une dépendance, comment ces services sont touchés par les restrictions imposées pour lutter contre la COVID-19.

Dr Carlos Lalonde: C'est un excellent point. Beaucoup de personnes souffrant de troubles graves de la consommation de substances dépendent énormément du soutien de la communauté, de leurs parrains, des réunions en 12 étapes et des rencontres des groupes de soutien par les pairs. La présence physique a son importance dans ce genre de contexte. Bien sûr, elle n'est pas possible à l'heure actuelle, mais je suis heureux de pouvoir vous dire que beaucoup de groupes de soutien continuent de se réunir grâce aux plateformes en ligne. Bon nombre de nos patients continuent d'utiliser ces plateformes de chez eux. Divers patients et diverses personnes à la recherche d'un traitement des dépendances me disent que ces rencontres leur sont bénéfiques, mais que ce n'est pas tout à fait pareil.

J'espère que quand l'ordre de confinement sera levé en Ontario et que nous pourrions recommencer à nous réunir, ne serait-ce qu'en respectant une certaine distance sociale, nous pourrions redéployer ces stratégies importantes pour entretenir les liens sociaux qu'offrent les groupes de soutien par les pairs, mais d'ici là, nous arrivons à tirer pleinement parti des plateformes en ligne auxquelles nous tous accès.

M. Don Davies: Merci.

Le président: Merci, monsieur Davies.

C'est ici que se termine la période des questions.

Je remercie tous nos témoins de leur compétence. Je vous remercie d'avoir pris le temps d'échanger avec nous sur vos préoccupations et ce qui vous tient à cœur.

Cela dit, je vois que M. Van Bynen lève la main pour demander la parole.

Monsieur Van Bynen, allez-y.

M. Tony Van Bynen: Merci, monsieur le président.

Pour commencer, je tiens à remercier le Comité du travail que nous venons de conclure. Je pense que nous avons réussi à saisir les vastes enjeux propres à cette étude très importante et bien sûr, je parle de la lourde pandémie silencieuse. Je pense que le témoignage d'aujourd'hui le confirme.

Il est toutefois important, je crois, que nous prenions le temps de consolider nos acquis. Je demande donc, en fait je propose:

Que le Comité demande aux analystes de préparer un rapport provisoire traitant des répercussions de la COVID-19 sur la santé mentale des Canadiens, à la lumière des quatre réunions qui ont été consacrées à cette question dans le cadre de l'étude sur la Situation d'urgence à laquelle les Canadiens font face avec la deuxième vague de la COVID-19.

C'est la fin de la motion.

Je pense qu'il est important que nous prenions le temps de nous asseoir et de bien examiner ce que nous avons entendu avant que cela se perde dans tout le reste, et nous avons l'occasion, si le Comité le souhaite, de faire la même chose pour d'autres sujets aussi. Je pense qu'il est très important que nous prenions maintenant le temps de consolider ce que nous avons appris et de rassembler tout cela dans un rapport qui pourra constituer un chapitre dans l'étude globale que le Comité a entreprise.

Le président: Merci, monsieur Van Bynen.

Je demanderai aux analystes s'ils veulent intervenir pour nous conseiller sur ce dont ils auraient besoin pour préparer un tel rapport et le reste.

M. John Barlow (Foothills, PCC): Monsieur le président, si je peux me permettre un petit rappel au Règlement très rapidement, vous voudrez peut-être laisser les témoins partir. Je vois qu'ils sont toujours en ligne, et il n'y a aucune raison pour qu'ils restent ici.

Le président: Oui, absolument. Merci, monsieur Barlow.

Je remercie infiniment tous les témoins du temps qu'ils nous ont accordé. Nous prenons acte de tout ce que vous nous avez dit, mais nous devons maintenant nous pencher un peu sur l'organisation des travaux du Comité, donc sentez-vous bien libre de quitter la réunion si vous le voulez. Merci.

Dr Carlos Lalonde: Merci beaucoup.

Le président: Continuons.

Encore une fois, j'aimerais demander aux analystes s'ils ont des conseils à nous donner sur la façon de procéder.

Mme Sonya Norris (attachée de recherche auprès du comité): Je pense que ce serait très judicieux de préparer un rapport provisoire. Cela aiderait le Comité à se concentrer sur ce qu'il a entendu pendant ces quatre premières séances et rendrait l'étude plus digeste, en petites bouchées. Nous serions tout à fait prêts à commencer à préparer un rapport provisoire. Si le Comité le souhaite, chacun des membres pourrait nous soumettre ce qu'il espère voir écrit dans ce rapport. Ces propositions pourraient être envoyées au greffier.

• (1505)

Le président: Je vous remercie de l'information, madame Norris.

Monsieur Van Bynen, je vois que vous levez toujours la main. Voulez-vous parler de nouveau? Très bien.

La prochaine intervenante sera Mme Rempel Garner.

L'hon. Michelle Rempel Garner (Calgary Nose Hill, PCC): Les témoignages que nous avons entendus aujourd'hui m'ont profondément ébranlée, au point où j'en ai presque eu les larmes aux yeux, et je ne suis pas la seule, j'en suis sûre. Les effets de la pandémie se font sentir dans toutes les tranches démographiques, quelles que soient nos couleurs politiques, partout au pays.

Je suis assise là à essayer de digérer la nouvelle selon laquelle les livraisons de vaccins de Moderna ont été gravement amputées aujourd'hui. Les libertés civiles canadiennes sont de plus en plus restreintes, et l'on n'en voit pas la fin. L'UE envisage d'imposer des restrictions au commerce de vaccins. J'essaie encore de digérer toutes ces nouvelles et je ne voudrais surtout pas que la préparation d'un rapport provisoire serve d'excuse au gouvernement pour nous empêcher de faire comparaître des témoins ou les ministres devant le Comité la semaine prochaine au sujet des vaccins et de leur distribution.

Cela ne me dérange pas que les analystes commencent à préparer un rapport provisoire, mais si c'est ce que le Comité décide de faire, ils peuvent s'attendre à ce que nous fassions des recommandations au nom du Comité sur la distribution des vaccins.

Nous sommes en pleine crise nationale. En ce vendredi après-midi, sans maquillage, j'essaie d'absorber le fait que notre pays ne semble pas en mesure de recevoir des vaccins avant longtemps. Au beau milieu de ce qui est essentiellement une course contre la montre, si nous n'avons pas le vaccin, je ne veux pas que notre comité de la santé, le Comité permanent de la santé, perde son temps à délibérer de choses comme la ponctuation dans un rapport qui ne nous aidera pas à nous doter des outils dont nous avons besoin pour mettre un terme à cette pandémie.

Si c'est l'intention des libéraux qui siègent à ce comité, il n'en est absolument pas question pour moi ni pour le Parti conservateur. Ça ne me dérange pas si les analystes veulent commencer à rédiger un rapport, parce que je pense que c'est très bien de préparer un rapport sur les effets de la pandémie sur la santé mentale.

J'aurais cependant besoin qu'il soit bien entendu avec mes collègues, particulièrement avec ceux du NPD et du Bloc, que si nous appuyons la préparation d'un rapport provisoire sur la santé mentale, les délibérations sur ce rapport auront lieu en dehors des réunions prévues sur les vaccins au cours des prochaines semaines, ou pendant la relâche. Si nous voulons discuter d'un rapport provisoire sur la santé mentale, je proposerais que le Comité le fasse pendant la relâche parlementaire plutôt que pendant les réunions en bonne et due forme prévues sur les vaccins.

Tous les partis politiques doivent unir leurs forces au sein de ce comité, pour inciter le gouvernement à prendre fermement position sur la façon dont notre pays obtiendra des vaccins.

Pendant que je suis ici, mon téléphone ne déroutait pas, et les gens me demandent tous quand nous obtiendrons des vaccins. Je passe mon temps à leur dire que je ne le sais pas, que le gouverne-

ment ne nous le dit pas. Il nous a dit que nous les aurions d'ici septembre, mais nous ne semblons pas très bien partis.

En gros, c'est ce qui me préoccupe. Je pense qu'il ne faut pas être passifs-agressifs sur cette question. Si les libéraux veulent nous priver de nos séances sur les vaccins, je n'appuierai pas la motion. La santé mentale des Canadiens ne pourra pas s'améliorer tant que nous n'aurons pas accès à des vaccins, à des tests rapides, à des médicaments et à des moyens de dépister les variants chez tous les Canadiens.

Je ne sais pas trop si mes collègues sont du même avis que moi; j'aimerais savoir ce qu'ils en pensent. Cependant, je ne voudrais pas que le Comité perde de son temps précieux sur des questions de ponctuation dans un rapport, alors que nous devrions être en train de nous organiser pour que les Canadiens reçoivent des vaccins.

Le président: Merci, madame Rempel Garner.

Nous entendrons maintenant M. Barlow. La parole est à vous.

M. John Barlow: Merci beaucoup, monsieur le président.

Mme Rempel Garner a essentiellement dit ce que j'allais dire. Je comprends le but de la motion de M. Van Bynen, mais je ne crois pas que ce rapport devrait... Si les analystes en ont le temps, ils peuvent très bien utiliser leur propre temps pour commencer à le préparer, je peux le comprendre, mais ce rapport ne devrait absolument pas faire interférence à l'étude en cours du Comité sur les vaccins.

Dans le cadre de notre étude sur la santé mentale, nous avons entendu les témoins nous dire que l'une des grandes sources de stress, d'anxiété et des problèmes de santé mentale en général, à l'heure actuelle, c'est qu'on ne sait pas quand on aura accès au vaccin et qu'on n'a pas accès à des tests rapides qu'on puisse faire chez soi. Si nous voulons vraiment améliorer la santé mentale des gens, nous devons arriver à leur donner des réponses. Parmi celles-ci, la plus importante concerne les vaccins, où nous en sommes à cet égard et quel est le plan de distribution.

Je n'ai rien contre la motion de M. Van Bynen, dans la mesure où cette étude n'empêche absolument pas le Comité de se pencher sur les vaccins la semaine prochaine. M. Davies aura peut-être quelque chose à ajouter étant donné que le sujet qui est la priorité du NPD sera abordé après l'étude sur les vaccins. Il pourrait juger cette question tout aussi importante que celle des vaccins pour les députés conservateurs qui siègent au Comité.

Je conviens que la COVID a des effets immenses et profonds sur la santé mentale. Nous avons tous entendu les témoins nous le dire. Nous avons vu les statistiques qui ont été publiées. Nous avons vu le nombre de suicides qu'il y a au Canada, puisqu'une question inscrite au *Feuilleton*, hier, portait là-dessus. Ma province, l'Alberta, trône au deuxième rang de la liste, derrière l'Ontario. Nous comprenons les conséquences de tout cela, mais la cause première à tout cela et la priorité absolue des Canadiens, d'après ce que nous entendons tous, c'est d'avoir accès aux vaccins et de savoir où ils sont.

Malheureusement, les nouvelles sont un peu plus sombres chaque jour. Le ministre de la Santé de l'Alberta a dit un peu plus tôt cette semaine qu'aucun vaccin ne nous serait livré cette semaine. Les livraisons prévues par le gouvernement fédéral seront réduites de 80 %, de sorte que les Albertains recevront 63 000 vaccins de moins ce trimestre-ci. C'est inacceptable. Nous avons besoin de réponses.

Monsieur Van Bynen, je vous remercie de tous les efforts que vous déployez pour la santé mentale. Je vous appuie, mais je ne peux pas appuyer cette motion si elle empiète d'une manière ou d'une autre sur notre étude concernant les vaccins.

Merci, monsieur le président.

• (1510)

Le président: Merci, monsieur Barlow.

Monsieur Davies, la parole est à vous.

M. Don Davies: Je vous remercie.

Oui, il est difficile de débattre de cette motion particulière après avoir entendu des témoignages aussi percutants, mais ce que je veux faire, c'est étendre la discussion. Nous étudions la COVID depuis février dernier. Nous avons entendu beaucoup de témoignages sur beaucoup de sujets depuis février dernier. Bien sûr, la prorogation a mis fin à ces témoignages. Si ma mémoire est bonne, nous avons adopté tous les témoignages entendus lorsque nous avons formé le nouveau comité et nous avons poursuivi notre étude.

Ce qui me préoccupe, c'est que, en effet, nous avons entendu des témoignages percutants sur la santé mentale, mais nous avons aussi entendu beaucoup de témoignages percutants sur de nombreux autres enjeux. En choisissant un sujet parmi tous les différents sujets et domaines importants dont on nous a parlé et en concentrant ensuite l'attention du Comité sur ce sujet particulier, je crains qu'on ne rende pas justice à beaucoup d'autres enjeux que nous avons. Cela revient à donner la priorité à une question particulière parmi toutes ces choses. Je pense que Mme Rempel Garner et M. Barlow viennent de faire valoir de façon très convaincante que si un rapport provisoire devait être publié sur quoi que ce soit à l'heure actuelle, il devrait probablement porter sur les vaccins ou sur ce qui s'ensuivra. Je ne pense pas que cela vienne heurter le point de vue de quiconque selon lequel toutes ces questions sont importantes. C'est juste que la vraie question qui se pose à nous est la suivante: au milieu de cette étude, voulons-nous vraiment nous arrêter et en isoler un aspect pour ensuite consacrer le temps très précieux et très limité du Comité à cet aspect particulier?

Je pense pouvoir dire en même temps que je considère la santé mentale comme étant extrêmement importante, mais je ne sais pas si, parmi toutes les questions auxquelles nous sommes confrontés dans le contexte de la COVID, la santé mentale est la seule sur laquelle nous devrions nous arrêter et nous concentrer.

En ce qui concerne Mme Rempel Garner, j'admire toujours son éthique du travail. Je commence à comprendre pourquoi elle a été élue la parlementaire qui travaille le plus. Je ne pense pas être aussi travaillant. En fait, la vérité, c'est que nous sommes vraiment débordés. Le Comité tient deux réunions par semaine. Je sais que certains d'entre nous font partie de plus d'un comité. Je fais également partie du Comité des parlementaires sur la sécurité nationale et le renseignement, qui se réunit quatre heures par semaine. Nous avons également nos réunions de caucus et nos périodes de questions. Nous avons aussi notre travail de circonscription. Bien sûr, ma situation est peut-être unique, tout comme celle de M. Thériault, mais nous sommes les seules personnes à pouvoir siéger à ce comité. Les substitutions ne sont pas autorisées. Il n'y a qu'un seul d'entre nous. Je ne pense donc pas que la solution soit de multiplier les réunions. Ce serait très difficile à organiser.

La décision revient à M. Van Bynen, mais je me demande si vous pourriez envisager de retirer la motion ou de la déposer. Nous pour-

rions peut-être reconsidérer la question après avoir entendu au moins la principale priorité de chacun des partis sur cette étude. Nous venons de terminer le premier thème. Les libéraux ont choisi la santé mentale. Les conservateurs ont choisi les vaccins. Les enjeux du NPD et du Bloc sont encore à venir. J'ai pensé qu'après cette principale priorité, puisque nous en avons quatre chacun, nous pourrions peut-être réexaminer cette idée. Peut-être qu'à ce moment-là, nous pourrions revoir les grands thèmes que nous avons eus et envisager de faire un rapport provisoire, ce qui n'est pas une mauvaise idée à mon avis. Nous pourrions peut-être choisir quatre, cinq, six ou sept thèmes parmi les nombreux thèmes sur lesquels nous avons porté notre attention au cours de cette période de presque un an. Nous pourrions publier un rapport provisoire, pas seulement sur un point particulier, mais sur plusieurs. Il serait peut-être logique de faire une pause pour réfléchir à la pertinence d'un rapport provisoire.

• (1515)

Le président: Merci, monsieur Davies.

Madame Sidhu, c'est à vous.

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

Je veux simplement rappeler au Comité que nous avons prévu de recevoir des témoins. Il n'est pas question de... C'est une année de travail. Il faudra du temps aux analystes pour faire le rapport. Des ministres vont comparaître. Nous sommes tous prêts à faire l'étude sur les vaccins. Des témoins sont déjà prévus pour la semaine prochaine.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, madame Sidhu.

Monsieur Van Bynen, c'est à vous.

M. Tony Van Bynen: Merci, monsieur le président.

Permettez-moi de préciser que l'intention n'était absolument pas de retarder l'étude sur les vaccins. Je pense que c'est une question importante que nous voulons tous nous assurer d'étudier. Nous examinons les options sur la manière dont nous pourrions le faire. Je note que les analystes avaient indiqué que cela leur serait utile. Je pense que revenir sur le matériel et les choses que nous avons entendues il y a longtemps nous rend difficile la tâche d'assimiler ce que nous avons entendu lors des dernières réunions.

Je me suis dit que je serais tout à fait disposé à participer au besoin à des réunions supplémentaires, comme l'a suggéré Mme Rempel Garner pendant la pause. C'est une suggestion que j'accueille très favorablement, car nous pourrions ainsi aller de l'avant et assimiler ce qui est au cœur de ce que nous avons entendu. Franchement, je pense que c'est une bonne idée de faire la même chose pour les vaccins et tous les autres programmes. Je pense qu'il y a un réel avantage pour nous de le faire. Si nous pouvons trouver un moyen de le faire sans retarder notre progression en général, je pense que nous devrions sérieusement y réfléchir.

Je vous remercie.

Le président: Merci, monsieur Van Bynen.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole.

M. Luc Thériault: Merci, monsieur le président.

Je veux d'abord préciser que je n'ai pas reçu cette motion, du moins pas en français.

Cela dit, j'aimerais parler de méthodologie. Nous avons fait du travail avant la prorogation, mais je n'en ai pas vu une seule note écrite. J'aurais aimé que nous ayons un document de référence, un peu à la manière des notes que nous recevons avant nos rencontres, simplement dans le but de continuer à alimenter notre réflexion. Il ne s'agit pas ici de nous engager dans un processus de rapport provisoire ou de rapport final.

Nous venons de terminer la séquence de réunions consacrées au premier sujet. Nous avons effectivement décidé, après plusieurs réunions, que nous travaillerions par séquences thématiques, en fonction des priorités établies par les partis. Comme M. Davies l'a dit tantôt, avant de commencer à travailler tous ensemble sur une partie d'un rapport provisoire, il faudrait peut-être d'abord faire le tour des sujets que les partis veulent étudier. C'est un aspect.

Pour ce qui est de la santé mentale, il me semble que les analystes pourraient produire un document, semblable aux notes qu'ils nous fournissent régulièrement, que nous pourrions lire et bonifier chacun de notre côté, en fonction de nos horaires. Avant d'aller plus loin, attendons d'avoir fini de nous pencher sur au moins un des sujets choisis par chacun des partis, par exemple la santé mentale ou les vaccins. Au Bloc québécois, nous avons tenté de choisir comme priorités des éléments de la pandémie qui n'étaient pas déjà couverts par d'autres partis, de façon à ne pas créer de redondance. Par exemple, il ne faudrait pas consacrer huit ou douze séances aux vaccins. Pour notre part, nous n'avons pas encore réfléchi à cette question. Nous avons un préjugé favorable envers l'ensemble des effets collatéraux, c'est-à-dire les effets de la pandémie sur les patients non atteints de la COVID-19. Cela dit, nous n'annonçons encore rien aujourd'hui.

Faisons donc ce que propose M. Davies. Comme il va peut-être y avoir une période électorale, il ne faudrait pas que tout cela se perde dans la brume. Il importe donc, du point de vue méthodologique, de créer un document de référence qui résume ce qui s'est dit sur un thème donné. Nous devrions avoir un tel résumé à chacune des étapes de l'étude et pouvoir y faire des ajouts. Lorsque nous aurons terminé d'étudier le premier thème choisi par chacun des quatre partis, alors nous pourrions peut-être consacrer des séances à la préparation d'un rapport provisoire. De cette façon, nous allons cesser de perdre une quantité invraisemblable de temps sur des points de détail. À un moment donné, il nous a fallu sept séances pour orienter notre méthodologie. Cela n'a aucun sens.

Pour ma part, je veux que nous puissions avoir un résumé du travail accompli avant la prorogation et que nous sachions ce qui a été écrit, par respect pour les gens qui ont travaillé là-dessus. Nous n'en avons jamais discuté. Je comprends bien que nous sommes dans une situation d'urgence. N'empêche, nous pourrions recevoir cette documentation, qui éclairerait nos travaux et nous permettrait de poser des questions plus pertinentes encore.

Si M. Van Bynen et les libéraux veulent absolument planifier des séances supplémentaires pour travailler dès maintenant à un rapport provisoire et que c'est le but de la rencontre cet après-midi, il est certain que je ne suis pas d'accord. J'espère que ce que je propose est clair: nous devrions attendre d'avoir étudié le premier thème choisi par chacun des partis avant de nous pencher sur un rapport provisoire, et, à la fin de l'étude de chaque thème, les analystes devraient rédiger un genre de document de référence qui nous aiderait

à travailler par la suite sur un rapport provisoire. Pour l'instant, je pense qu'il faut gérer la crise.

• (1520)

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

C'est maintenant au tour de M. Powlowski. Nous vous écoutons.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Je vous remercie.

Je ne pense pas, en fait, que nous soyons en désaccord sur cette question. Nous voulons également poursuivre l'étude sur les vaccins. Nous sommes tous dans le même bateau; tout le monde au Canada l'est. Nous avons tous... Mes parents restent seuls dans leur petite maison depuis quatre semaines à peu près et ne peuvent pas voir leurs petits-enfants. Il y a une éclosion à l'école de mes enfants. Aucun d'entre eux n'a été vacciné. Mes collègues des urgences n'ont pas été vaccinés. Nous sommes tous dans le même bateau. Nous ne devrions pas tous ramer dans des directions différentes, et je ne pense pas que ce soit le cas.

Les libéraux ne veulent pas que cela entrave la poursuite de l'étude sur les vaccins. À mon avis, ce n'était pas l'intention. J'aurais pensé que les analystes seraient en mesure de commencer à rassembler la documentation pendant que nous continuons, comme prévu, à faire comparaître les ministres et à entendre d'autres personnes sur la question des vaccins.

Nous ne sommes pas passifs agressifs. Je veux que nous soyons agressifs. Je veux faire témoigner les gens qui s'occupent des vaccins. Posons-leur les questions. Que tout le monde... Laissez Mme Rempel Garner leur poser les questions difficiles, car nous voulons des réponses. Nous n'essayons pas de cacher quoi que ce soit. Moi aussi, j'ai des questions à poser.

L'intention n'était certainement pas de reporter l'étude sur les vaccins, car nous sommes tous d'accord pour dire qu'il s'agit de la question la plus importante à laquelle le pays est confronté actuellement.

Merci.

Le président: Merci, monsieur Powlowski.

Nous allons maintenant écouter M. Maguire. Allez-y, je vous prie.

M. Larry Maguire: Merci, monsieur le président.

La question de la santé mentale est aussi présente dans tous les esprits, mais comme nous l'avons dit précédemment, l'un des meilleurs moyens de contribuer à résoudre ce problème est d'en apprendre davantage sur les vaccins et sur le moment où ils seront disponibles.

Comme l'a dit Mme Sidhu, les réunions sont déjà prévues pour lundi et vendredi, et elles se poursuivront sur les vaccins avec les ministres qui vont comparaître la semaine prochaine. Comme l'a dit Mme Rempel, je ne veux absolument pas que le processus relatif aux vaccins soit perturbé. Je sais que c'était également une priorité pour l'équipe de M. Davies, et je suis d'accord avec les commentaires de M. Davies. Il a parfaitement raison de dire que nous ne devons pas interrompre le processus.

Cela ne me dérangerait même pas d'avoir... C'est une bonne idée d'envisager de prendre la principale priorité de chaque parti et de faire également un rapport provisoire sur ces priorités à la fin. Il est nécessaire de traiter chacune d'entre elles de la même manière, mais nous rompons alors ce que nous avons convenu de faire au départ. Nous avons dit que nous aurions deux études, l'une sur le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et l'autre sur la CO-VID, qui engloberait la santé mentale, les vaccins et l'EPI, entre autres questions.

La seule chose qui me préoccupe, s'il doit y avoir une discussion concernant un rapport provisoire sur la santé mentale, c'est que nous considérons qu'il faudra des réunions supplémentaires. Je crois que notre collègue du Bloc, M. Thériault — il peut me corriger si je me trompe — vient d'indiquer qu'il n'est pas d'accord avec cela.

Monsieur le président, j'envisagerais de proposer un amendement visant à ce que toute réunion liée à la rédaction ou à l'examen de ce rapport provisoire se tienne pendant les semaines que les parlementaires consacrent à leur circonscription. Nous en avons une après la semaine prochaine. Nous savons déjà ce que nous allons faire la semaine prochaine. Si le personnel estime qu'il a le temps de préparer cet examen provisoire des discussions approfondies sur la santé mentale que nous avons eues avec tous nos témoins, et à condition que toute discussion que nous aurions sur cet examen ait lieu au cours des semaines que nous consacrons à nos circonscriptions, je présenterais un amendement en ce sens.

● (1525)

Le président: Merci, monsieur Maguire. L'amendement est proposé, bien que cela restreigne notre champ d'action. Cela signifie que nous ne pouvons pas ajouter du temps aux réunions existantes. De toute façon, c'est votre amendement.

La discussion porte sur l'amendement.

Madame Rempel, allez-y.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Monsieur le président, je me demandais si M. Maguire pouvait clarifier son libellé pour moi. Je l'écoutais. Je voulais simplement vérifier que l'amendement qu'il propose à la motion vise le remplacement de la formulation « rapport provisoire » par « résumé des témoignages », conformément à la suggestion que M. Thériault avait faite avant la prorogation, et que toute réunion relative à l'examen de la rédaction de ce rapport provisoire se tienne pendant les semaines que nous consacrons à nos circonscriptions.

Le président: Ce n'est pas ce que dit l'amendement de M. Maguire, si j'ai bien compris. Il ne fait qu'ajouter la demande ou l'exigence que nous tenions toute réunion relative à l'examen et à l'approbation d'un tel rapport pendant les semaines consacrées aux circonscriptions. Son amendement ne modifie pas la nature du rapport pour le remplacer par un résumé des témoignages.

Monsieur Kelloway, allez-y, je vous prie.

M. Mike Kelloway: Merci, monsieur le président.

Nous avons en ce moment une excellente discussion. Pour commencer, la députée Michelle Rempel Garner a fait quelques remarques intéressantes sur la gravité non seulement de la situation actuelle, mais aussi de toute cette pandémie et de son impact sur la santé mentale. Pour moi, c'est personnel à plusieurs niveaux. Ce que j'ai entendu aujourd'hui vient corroborer beaucoup de choses que j'ai vues dans ma propre collectivité et dans ma propre famille.

J'aimerais revenir aux propos de M. Lalonde sur les approches pragmatiques et pratiques à cet égard. Encore une fois, étant donné que je suis relativement nouveau dans ce poste, chose que je ne pourrai pas dire encore bien longtemps, lorsque nous examinons les rapports provisoires... Encore une fois, je suppose que c'est fonction du degré de flexibilité des analystes, mais je serais personnellement heureux d'un rapport provisoire sur les choses qui se sont produites et qui ont été discutées avant qu'il soit question de santé mentale. Nous pourrions envisager de marquer cela d'un signet pour la santé mentale et d'un autre pour les vaccins. Est-ce réalisable? Est-ce faisable? J'ai été l'auteur de nombreuses études. La pire chose qui puisse arriver quand on fait une étude, c'est qu'elle reste sur une étagère et qu'elle accumule de la poussière. Ce sont quelques-unes des questions que je voulais aborder.

L'autre aspect est la façon dont nous avons entamé la discussion. Pour paraphraser les choses, nous ne voulons pas que ce soit un moyen pour les députés libéraux de ralentir la discussion sur les vaccins, les réunions sur les vaccins ou quoi que ce soit d'autre. Vous savez, pour moi, c'est un tel... J'essaie de trouver les mots, mais je n'y arrive pas vraiment. En réalité, nous ne ferions cela en aucun cas. Est-ce que quelqu'un le ferait? Est-ce que quelqu'un de ce groupe ferait cela? Est-ce qu'un parti retarderait une discussion sur les vaccins qui est déjà prévue?

Parce que nous sommes en temps de guerre, je souhaite que nous nous asseyions, pendant toutes ces séances, et... Là encore, nous pouvons nous critiquer mutuellement à n'en plus finir et critiquer les positions des autres partis sur ce sujet, mais je me demande si nous pouvons commencer par ce qui est réaliste, pour ensuite passer à la politique.

● (1530)

Le président: Merci, monsieur Kelloway.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole.

M. Luc Thériault: M. Maguire semble avoir mal compris mes propos, et moi les siens. Nous sommes tous les deux d'accord sur la proposition de M. Davies voulant que nous entendions la priorité de chaque parti avant de faire un rapport provisoire, mais il propose un amendement allant à l'encontre de cette idée. Je ne suis pas favorable à cet amendement.

Je suis d'accord sur l'idée avancée par M. Davies. Il serait intéressant que les analystes nous soumettent un résumé, sur lequel nous pourrions travailler chacun de notre côté. Par la suite, nous pourrions aborder le thème des vaccins, ensuite celui proposé par le Bloc québécois, puis celui choisi par le NPD, et alors déposer un rapport provisoire. Plutôt que d'avoir un gros document sur lequel il faudrait travailler par la suite, ce serait bien qu'on nous remette, à chacune des étapes, un document que nous pourrions bonifier. Ainsi, une fois rendus à la rencontre sur le rapport provisoire, nous gagnerions beaucoup de temps. Voilà ce que j'ai dit.

Comme je suis favorable à ce que propose M. Davies, je ne vois pas la pertinence de tenir des séances la semaine prochaine pour travailler à un rapport provisoire avant même d'aborder un autre thème.

Nous ne voulons empêcher personne de travailler. Je ne fais pas de procès d'intention à mes amis libéraux. Ils veulent que nous poursuivions le travail, et je tiens pour acquis qu'ils sont de bonne foi. Pour ma part, j'estime que nous pourrions produire un rapport provisoire seulement une fois que chacun des partis aura déterminé sa priorité.

J'aimerais d'ailleurs vous rappeler que la motion adoptée à la Chambre impliquait une étude sur la COVID-19 comportant des sujets que nous pouvions proposer. Nous avons décidé de commencer par la santé mentale, et c'est maintenant fait. Nous pouvons passer à un autre sujet. Nous serons aussi efficaces lorsque viendra le temps de produire un rapport provisoire.

En somme, je ne comprends pas pourquoi M. Maguire propose cet amendement.

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Monsieur Maguire, c'est à vous.

M. Larry Maguire: Merci, monsieur le président.

Je peux certainement me rallier davantage à M. Thériault maintenant. Je comprends beaucoup mieux ce qu'il envisageait.

Monsieur le président, serait-il possible d'ajouter 15 minutes à la prochaine réunion afin que nous puissions réserver un segment distinct pour en discuter à ce moment-là?

Le président: Je pense que ce serait possible, si c'est ce que le Comité souhaite faire.

• (1535)

M. Larry Maguire: C'est ce que je propose. Nous pourrions en discuter davantage à ce moment-là.

Le président: Je pense que ce que nous avons ici est une motion d'amendement visant à fixer une date précise, ce qui me paraît recevable. Si ce n'est pas le cas, je demanderais au greffier d'intervenir.

Si c'est ce que vous souhaitez, monsieur Maguire, je vous suggère de présenter une motion pour reporter le débat à lundi, après la comparution de nos témoins.

M. Larry Maguire: C'est la motion que je propose.

Le président: Est-ce que tout le monde est pour?

Je vais suivre les conseils du Président de la Chambre et me contenter de repérer ceux et celles qui sont contre. Est-ce que quelqu'un s'oppose à cette suggestion?

Mme Rempel Garner s'y oppose.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Je ne m'y oppose pas, mais la motion dit que ce serait « après les témoignages ». Je ne veux pas que cette discussion ait préséance sur les questions pendant le temps réservé au ministre. Je crois comprendre que cela prendrait environ 15 minutes à la fin de la prochaine réunion.

Le président: Absolument. Personne n'a suggéré, ne suggère et ne va suggérer d'empiéter sur le temps consacré aux témoignages.

Monsieur Van Bynen...

L'hon. Michelle Rempel Garner: J'invoque le Règlement, monsieur le président. Ce n'est pas ce que j'ai demandé. Je parlais du temps consacré aux questions à la suite des témoignages.

M. Larry Maguire: Monsieur le président, je crois que c'est notre objectif. C'est assurément mon objectif de consacrer les 15 minutes de lundi à la discussion, une fois que notre réunion ordinaire sera terminée.

Le président: C'est tout à fait ainsi que la présidence l'a également interprété.

M. Larry Maguire: C'est ce que je pensais.

Le président: Trois personnes veulent prendre la parole, mais nous avons maintenant une motion d'ajournement. Je crois que cela ne peut pas faire l'objet d'un débat.

M. Larry Maguire: En effet.

Le président: Nous allons mettre la motion aux voix. Je demanderai uniquement aux députés qui sont contre d'exprimer leur dissidence.

Si quelqu'un s'oppose à la motion, veuillez le signaler. Faites-moi signe.

M. Tony Van Bynen: Monsieur le président, pourriez-vous s'il vous plaît éclaircir la motion? S'agit-il d'une motion d'ajournement ou d'une motion visant à reporter le débat à une période de 15 minutes qui suivra nos questions?

Le président: La motion vise à ajourner le débat maintenant pour le tenir à une date précise, soit après les questions qui seront posées aux témoins lundi.

M. Tony Van Bynen: Parfait. Merci beaucoup.

Le président: Encore une fois, est-ce que quelqu'un est contre la motion?

Je ne vois aucune dissidence...

Monsieur Fisher, vous m'avez fait signe. Êtes-vous contre?

M. Darren Fisher: Je pensais que nous pourrions le faire aujourd'hui. J'attends que M. Davies fasse une suggestion pour que cela...

Je ne veux pas parler à la place de M. Van Bynen concernant ce qu'il voulait, mais peut-être qu'il n'y a pas lieu de nous précipiter à ce sujet. Les analystes pourraient travailler à quelque chose en parallèle à toutes nos études, avec de l'information déterminante, et peut-être qu'un rapport paraîtrait ensuite. Je ne veux pas parler au nom de M. Van Bynen, et...

M. John Barlow: La motion ne peut pas faire l'objet d'un débat. Nous sommes censés voter.

Le président: Soyons un peu plus directs et demandons au greffier de procéder au vote sur cette motion.

La motion consiste à reporter ce débat à lundi, après les tours de questions actuellement prévus.

Monsieur le greffier, pourriez-vous procéder au vote?

(La motion est adoptée par 6 voix contre 5.)

Le président: Merci, monsieur le greffier.

La motion d'ajournement est adoptée. Ce débat sera repris après les deux groupes de témoins de lundi.

Sur ce, la séance est levée.

Merci à tous.

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>