



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 041

Le jeudi 3 novembre 2022

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le jeudi 3 novembre 2022

• (1100)

[Traduction]

Le vice-président (Monsieur Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC)): Bonjour à tous. La séance est ouverte.

Malheureusement, M. Casey ne peut pas venir aujourd'hui, pour des raisons personnelles, alors il y a un nouveau shérif en ville.

Bienvenue à la 41^e séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Aujourd'hui, nous entendrons des témoins pendant deux heures dans le cadre de notre étude sur la santé des enfants. La réunion d'aujourd'hui se déroule de façon hybride, conformément à l'ordre de la Chambre du 23 juin 2022.

Voici quelques observations à l'intention des témoins et des membres du Comité.

Veillez attendre que je vous appelle par votre nom avant de parler. Pour ceux qui participent avec vidéoconférence, cliquez sur l'icône du microphone pour activer votre micro. Veuillez désactiver votre micro lorsque vous ne parlez pas. Pour l'interprétation sur Zoom, vous avez le choix au bas de votre écran entre anglais et français. Pour ceux qui sont dans la salle, vous pouvez utiliser l'écouteur et sélectionner le canal désiré.

Tous les commentaires doivent être adressés à la présidence. Attention, il est interdit de faire des captures d'écran et de prendre des photos de votre écran. Les délibérations seront affichées au site Web de la Chambre des communes. Conformément à notre motion de régie interne, j'informe le Comité que tous les témoins ont effectué les tests de connexion requis avant la réunion.

Avant de commencer, je tiens à souligner aux membres du Comité que le sujet de la réunion d'aujourd'hui est la santé mentale des enfants. Les téléspectateurs, les députés et les membres du personnel trouveront peut-être certaines discussions difficiles à écouter. Si vous ressentez de la détresse ou si vous avez besoin d'aide, veuillez consulter le greffier pour obtenir des renseignements sur le soutien offert par l'Administration de la Chambre.

J'ai un autre point d'ordre administratif avant de commencer. Je vous ferai signe lorsqu'il ne vous restera qu'une minute. Cela nous aidera à respecter l'horaire. J'espère que ce sera utile et que j'éviterai ainsi d'interrompre des intervenants au milieu d'une phrase.

Cela étant dit, je vais maintenant souhaiter la bienvenue aux témoins qui se sont joints à nous ce matin par vidéoconférence. Le Dr Tyler Black est professeur adjoint d'enseignement clinique à l'Université de la Colombie-Britannique, et Mme Wendy Digout est psychologue.

Merci de nous consacrer de votre temps pour comparaître aujourd'hui. Vous disposez tous deux de cinq minutes pour faire votre déclaration préliminaire.

Docteur Black, je vous invite à commencer. Vous avez maintenant la parole pour cinq minutes.

Dr Tyler R. Black (professeur adjoint d'enseignement clinique, University of British Columbia, à titre personnel): Je remercie le président et les membres du Comité de m'avoir invité et de m'avoir offert cette occasion.

Je me présente. Je suis professeur adjoint d'enseignement clinique et sous-spécialiste en psychiatrie auprès des enfants et des adolescents. J'exerce ma profession depuis 14 ans. J'ai été directeur médical d'une importante unité d'urgence psychiatrique à l'Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique pendant plus de 10 ans. Vous avez déjà rencontré mon collègue, le Dr Quynh Doan, un urgentologue avec qui j'ai créé le HEARTSMAP, un outil de dépistage psychosocial pour les jeunes. J'ai également créé l'ASARI, un important outil pratique pour la préparation de documents sur les risques de suicide.

Je suis passionné par l'enseignement, la suicidologie et la recherche en santé mentale. Cependant, je me sens profondément responsable d'assurer la santé et le bien-être des plus de 10 000 jeunes patients que j'ai vus dans des services d'urgence ainsi que des enfants et des adolescents que je n'aurai jamais l'occasion de voir.

Même si ma déclaration préliminaire ne porte pas sur ces questions, j'ai soumis une fiche d'information à votre attention. Au lieu de noyer le Comité dans notre jargon trop verbeux, j'ai choisi de présenter des graphiques qui montrent des points de vue importants fondés sur des données probantes que je considère comme des connaissances cruciales, mais négligées. J'ai également inclus cinq graphiques illustrant la complexité des données des jeunes Canadiens qui ont des problèmes de santé mentale depuis la pandémie.

Soit dit en passant, je n'aurais jamais imaginé que mon expérience en suicidologie me mènerait à m'enliser dans des batailles politiques, mais pendant la pandémie, mes activités de sensibilisation m'ont amené à mettre les gens en garde contre les affirmations selon lesquelles les taux de suicide ont augmenté à cause de la pandémie. En fait, ils ont diminué. J'ai lutté en public contre les affirmations de politiciens et de prétendus experts en santé mentale qui citaient à tort le besoin de protéger les enfants de troubles de santé mentale et du risque de suicide pour justifier leur résistance aux mesures de santé publique visant à nous protéger de la contamination à une pandémie qui a tué des millions de personnes et qui a produit plus de 10 millions d'orphelins dans le monde entier.

J'ai publié des données qui remettent en question le discours de panique morale dominant selon lequel la santé mentale de tous les jeunes s'est détériorée, et j'en publierai d'autres. Certains jeunes ont prospéré, et il est important que nous comprenions pourquoi.

Dans le domaine de la santé mentale, mon travail clinique consiste à évaluer les troubles de santé mentale des jeunes amenés au service d'urgence et à consulter des collègues situés partout en Colombie-Britannique. Il me semble évident que le manque de services a eu des répercussions. Un pourcentage important de mes patients et de leurs familles sont actuellement sur une liste d'attente pour obtenir des services de santé mentale, ce qui ne me laisse que l'option décourageante de supplier que l'on accélère leur admission et de dire à ces jeunes terriblement souffrants de continuer d'attendre. Partout au Canada, on refuse de fournir des services de santé mentale à des jeunes parce qu'ils répondent à des critères qui les en excluent ou parce que leur trouble ne semble pas assez grave. Malheureusement, quand ils arrivent enfin à mon bureau, ils ont fait une tentative de suicide après avoir attendu pendant des mois que l'on allège leur souffrance.

Je traite un nombre disproportionné de jeunes pris en charge par le gouvernement et de jeunes Autochtones, sachant très bien que ces chiffres sont dus aux obstacles systémiques, au racisme et à la colonisation qui règnent encore au Canada. Je souffre continuellement d'un préjudice moral incroyable. Je suis heureux d'être le genre de personne qui travaille fort pour faire de son mieux dans l'adversité, parce que si je m'arrêtais pour contempler les tristes situations que l'on me présente, je serais anéanti.

Le gouvernement fédéral pourrait faire bien des choses pour améliorer les soins de santé mentale et les résultats des jeunes. Il devrait améliorer les déterminants sociaux de la santé comme la pauvreté, la violence, l'éducation et les obstacles systémiques. Il devrait fournir des soins de meilleure qualité aux enfants qui sont peu privilégiés ou qui vivent dans des régions éloignées. Il devrait offrir aux familles un accès gratuit aux produits pharmaceutiques et aux thérapies. Il faut aussi éliminer les critères d'exclusion des jeunes à la prestation de services, qui ne font qu'accroître la discrimination systémique. Le gouvernement fédéral doit garantir son soutien aux jeunes handicapés de toutes divergences neurologiques. Il devrait aussi établir des normes fédérales d'accès rapide aux soins et verser de l'argent aux provinces qui promettent de créer des centres offrant des traitements de jour ainsi qu'un programme Relais-départ axé sur la neurodivergence. Il faut aussi créer des normes de sécurité dans les écoles et trouver des moyens scientifiques de rendre l'école moins stressante pour les enfants.

Les psychiatres sont formés selon un modèle bio-psychosocial, et dès le premier jour, on leur enseigne l'importance des déterminants sociaux de la santé. Ce qui est frustrant, c'est que j'ai peu de façons de prescrire ou de modifier les déterminants sociaux de la santé pour offrir des programmes de services aux jeunes qui en ont besoin. Je n'ai que peu d'influence sur les conséquences de la colonisation sur les jeunes Autochtones, mais le gouvernement a le pouvoir de faire ces choses.

Au nom des jeunes auprès desquels je travaille ainsi que de leurs familles et des soignants qui les aiment, pour tous les jeunes que je n'ai pas la chance de voir, je suis très reconnaissant au Comité de s'attaquer à ce problème et j'espère vraiment que des changements sérieux et substantiels découleront des fruits de vos efforts.

Merci.

• (1105)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, Dr Black. Je vous comprends tout à fait.

J'invite maintenant Mme Digout à nous présenter son allocution.

Vous avez la parole pour cinq minutes.

Mme Wendy Digout (psychologue, à titre personnel): Bonjour, et merci de m'avoir invitée à m'adresser à vous.

Je m'appelle Wendy Digout et je suis psychologue à Antigonish. Je travaille à partir de mon cabinet privé situé dans une région rurale de la Nouvelle-Écosse et je travaille aussi comme associée au cabinet Hexagon Psychology.

Le fait de travailler en pratique privée ainsi que dans des systèmes scolaires et dans des hôpitaux de santé mentale me donne un point de vue très particulier de la santé mentale des enfants. Je dois dire que j'ai eu du mal à résumer mes réflexions sur la santé mentale des enfants en cinq minutes.

Cependant, lorsque je pense à la santé mentale des enfants au Canada, les premiers thèmes qui me viennent à l'esprit sont les lacunes des services et la nécessité de tenir compte de la situation familiale en examinant la santé mentale des enfants.

Nous savons tous que l'accessibilité est extrêmement problématique. Les temps d'attente en Nouvelle-Écosse sont très longs. Selon le site Web du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, 50 % des enfants et des jeunes aiguillés vers des services non urgents en santé mentale attendent souvent jusqu'à 77 jours pour commencer leur traitement. Il s'agit là de la moyenne d'attente pour 50 % des jeunes, mais de très nombreux autres attendent même plusieurs mois.

Les gens qui ont la chance d'avoir des ressources financières pour payer chaque visite ou qui ont une assurance-maladie décident souvent de consulter des thérapeutes en pratique privée. Cependant, les données que l'Association of Psychologists of Nova Scotia a recueillies en 2021 indiquent que les listes d'attente des thérapeutes privés s'allongent tout autant. Près de la moitié des thérapeutes privés ont une liste d'attente de deux à cinq mois, et 35 % ont une liste d'attente de six mois à un an, et c'est dans le système privé.

En milieu rural, l'accessibilité se heurte aussi à des obstacles fonctionnels. Notre autorité sanitaire locale couvre un vaste territoire allant du Cap-Breton à Antigonish. Notre circonscription hospitalière s'étend sur quatre comtés. Certaines personnes doivent faire un trajet d'une heure ou une heure et demie pour se rendre à l'hôpital régional afin d'obtenir des services de santé mentale. Ces gens doivent prendre une journée de congé, engager des services de garde pour leurs autres enfants et payer l'essence. De nos jours, ces frais sont élevés.

Bien que les services virtuels aient considérablement amélioré l'accessibilité pendant la pandémie de la COVID-19, nous nous heurtons encore à des obstacles intergouvernementaux et interprovinciaux. Les thérapeutes associés à un programme national d'aide aux employés ou à un cabinet privé comme Hexagon Psychology ne peuvent soigner que les personnes inscrites dans leur province. Depuis quelques années, les patients sont de plus en plus aiguillés vers des programmes nationaux. Il serait donc important de faciliter l'accès intergouvernemental.

De plus, de nombreuses collectivités rurales n'ont pas un accès fiable au service de téléphonie cellulaire ou à Internet haute vitesse. Par exemple, les gens qui résident à 10 minutes de notre université n'ont pas accès au service de téléphonie cellulaire, et un grand nombre d'entre eux n'ont pas Internet haute vitesse. Ils ne peuvent donc pas participer à des consultations virtuelles.

Il y a beaucoup d'autres problèmes que j'aimerais soulever, mais je n'aurai pas le temps de le faire. Je voudrais parler de la nécessité d'offrir des services adaptés à la culture ainsi que des lacunes des services fournis aux jeunes hospitalisés. J'allais mentionner les lacunes, en général, des soins fournis aux jeunes de 16 à 19 ans, des problèmes de pénurie alimentaire, de l'itinérance, des logements insalubres et des populations mal desservies ainsi que des répercussions de la COVID-19.

J'aimerais consacrer ma dernière minute à présenter des solutions possibles. Je pense qu'il nous faut vraiment une approche collaborative qui facilite l'intégration des services. Il faut que les médecins de famille, les thérapeutes, les psychiatres, les ergothérapeutes, les nutritionnistes et autres spécialistes puissent collaborer pour fournir leur soutien aux familles.

Nous devons également créer une approche communautaire de gestion de cas. Les professionnels devraient connaître toute la famille du patient pour répondre à ses besoins et l'aider à trouver les services nécessaires. Nous avons de bons modèles, comme nos navigateurs en soins du cancer et les modèles de SchoolsPlus dans les écoles.

Je pense que nous devrions aussi envisager d'intégrer les professionnels de pratique privée réglementés à un programme de facturation comme le Medical Services Insurance des médecins. Nous devrions aussi chercher à faciliter la prestation de services intergouvernementaux.

En résumé, j'aimerais demander au Comité de continuer à faire preuve de créativité en cherchant à établir un cadre équitable de soins de santé mentale accessibles et rapides pour les enfants et les jeunes et pour leurs familles. Ce cadre devrait être assez souple pour utiliser les atouts des collectivités afin de mieux répondre aux besoins des patients.

• (1110)

N'oublions pas qu'en soignant un jeune, nous soignons toute une famille. Votre étude vise en fait un enjeu familial et communautaire.

Merci.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, madame Digout.

Nos deux témoins ont parfaitement respecté l'horaire. Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer aux questions. Chaque parti aura six minutes au premier tour. Nous allons commencer par le Parti conservateur.

Madame Goodridge, vous avez la parole pour six minutes.

Mme Laila Goodridge (Fort McMurray—Cold Lake, PCC): Merci, monsieur Ellis.

Je remercie nos deux témoins. Je tiens d'abord à vous remercier du travail que vous accomplissez pour aider les jeunes et les familles de notre pays. C'est extraordinaire.

Madame Digout, vers la fin de votre présentation, vous avez souligné que toute la famille ressent les répercussions de la maladie mentale d'un enfant. Je comprends tout à fait cela, car je représente la circonscription de Fort McMurray—Cold Lake, une circonscription rurale dont les difficultés sont probablement très semblables à celles que vous décrivez. Dans bien des cas, les gens doivent faire

de longues heures de route pour obtenir des soins spécialisés, et nous n'avons pas toujours la capacité Internet nécessaire pour offrir ne serait-ce que certaines options numériques.

Qu'avez-vous à ajouter? Avez-vous des solutions? Vous pourriez peut-être nous en dire un peu plus à ce sujet.

• (1115)

Mme Wendy Digout: Je vous remercie pour cette question.

Il est intéressant vous parliez de Fort McMurray, parce que chez nous aussi, plusieurs familles font la navette entre des collectivités. C'est un autre problème familial, un parent qui travaille loin de chez lui.

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a travaillé d'arrache-pied pour que les gens de ces localités aient accès aux services Internet, mais ces initiatives sont trop lentes. Pendant la pandémie de COVID-19, nous avons constaté la disparité que crée ce problème en limitant l'accès de certaines familles à ce qu'il leur aurait fallu pour suivre les programmes scolaires.

L'installation de services de téléphonie cellulaire progresse bien, mais je ne suis pas sûre qu'elle ait atteint les quelques régions autour de la nôtre qui n'ont pas de service. À mon avis, il faut que le gouvernement prenne cela en main. De nos jours, les familles doivent avoir des services Internet et cellulaire, ne serait-ce que pour assurer leur sécurité.

Mme Laila Goodridge: Vous avez parlé des longues listes d'attente. Même les fournisseurs privés ont des listes d'attente exceptionnellement longues. Quelles répercussions les jeunes subissent-ils lorsqu'ils ne reçoivent pas de soins quand ils en ont besoin?

Mme Wendy Digout: Je pense qu'ils finissent par consulter quelqu'un comme le Dr Black.

Si nous pouvions détecter les problèmes assez tôt, tant chez l'enfant que dans sa famille... Ils ne vivent pas en vase clos, alors les parents et la famille ont également besoin de soutien. Les jeunes qui n'ont pas accès à des services se retrouvent en situation de crise. Ils finissent par s'automutiler. Ils développent souvent des troubles de l'alimentation plus intenses. Un trouble d'alimentation légèrement émotif peut devenir très grave. Ces jeunes finissent par être suicidaires et se retrouvent aux urgences. Les services d'urgence ne savent pas où les placer parce que les listes d'attente des thérapeutes sont extrêmement longues.

Je pense que le travail du Dr Black est vraiment important à cet égard.

Mme Laila Goodridge: Merci beaucoup. Je suppose que ma prochaine question s'adresse à vous deux. Je suis la ministre du cabinet fantôme responsable des toxicomanies, et nous entendons dire de plus en plus souvent que les enfants développent des problèmes de toxicomanie à un plus jeune âge. Je me demande si vous pouvez nous parler de cela et si vous avez des solutions à suggérer.

Dr Tyler R. Black: Je vous remercie pour cette question. Je vais commencer.

Contrairement à ce que les gens disent, nous ne voyons pas d'augmentation de la toxicomanie chez les jeunes. En fait, les enfants consomment moins de substances au fil du temps. Cette consommation a diminué. Selon les résultats de sondages menés auprès des enfants, le nombre d'enfants qui consomment certaines substances diminue d'environ 2 à 3 % par année. Bien sûr, pendant la pandémie, il y a eu le problème des médicaments vendus sans ordonnance, et le nombre de surdoses a augmenté à cause de la toxicité des médicaments consommés. Toutefois, ce problème a été très grave chez les adultes de 20 ans et plus, mais les jeunes y ont échappé.

Le traitement de la consommation de substances se heurte à un problème d'accès. Chaque fois que l'on m'amène un jeune qui a un problème de toxicomanie, je ne connais que très peu d'endroits où l'on donne des traitements concomitants. Si vous avez des idées suicidaires et que vous avez une dépendance, bien des gens vous diront qu'ils ne peuvent pas vous aider parce que vous êtes suicidaire. Si vous avez une dépendance et que vous devenez suicidaire, on vous retire du programme. Nous avons besoin de beaucoup plus de traitements pour ce que nous appelons les « troubles concomitants », parce qu'il est évident que la toxicomanie, les problèmes de santé mentale et les problèmes physiques sont interreliés.

Mme Laila Goodridge: Je crois que vous soulignez un élément important. Nous avons une installation extraordinaire en Alberta, la CASA House, qui traite les enfants qui ont des problèmes concomitants. J'ai eu la chance, dans mes fonctions de députée provinciale de ma circonscription, de faire admettre quelques jeunes enfants à la CASA House pour qu'ils obtiennent l'aide qu'il leur fallait.

Cependant, il est devenu évident que nous n'avons pas assez de ces installations et de ces thérapeutes. Pensez-vous que nous manquons de personnes qui travaillent dans ce domaine et qui pourraient régler ce problème?

Dr Tyler R. Black: Nous avons beaucoup de gens dévoués qui travaillent fort, et je pense bien qu'il nous en faudrait en plus grand nombre.

Je travaille dans un hôpital tertiaire qui leur réserve un certain nombre de lits, mais il y a tout un groupe de jeunes qui ne sont pas assez malades pour être hospitalisés. Ils ont beaucoup de difficulté à effectuer leur travail quotidien. Il nous manque énormément de programmes de traitement de jour, de centres de consultation externe, de soins à domicile pour ces jeunes qui se trouvent au milieu — pour ces familles aux prises avec des crises croissantes —, voilà où l'on constate une énorme pénurie de services et de lits.

Évidemment, nous avons aussi besoin de plus d'hôpitaux.

• (1120)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci, docteur Black. Nous allons nous arrêter ici. Je vous remercie beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Powlowski.

Vous avez la parole pour six minutes, monsieur.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Pour reprendre le fil des idées de Mme Goodridge, je vais poser une question un peu semblable.

Docteur Black, vous avez parlé de ce qu'il faudrait faire pour aider les jeunes qui ont des troubles de santé mentale et qui sont suicidaires. Ce problème concerne aussi la toxicomanie, parce que vous vous occupiez aussi de troubles de toxicomanie. Comme vous

le savez sans doute, beaucoup de jeunes qui font une surdose n'ont pas nécessairement un trouble de santé mentale.

Nous étudions la santé des enfants. J'ai beaucoup d'enfants, mais j'ai deux jeunes de 12 et de 14 ans. Je crois que la plupart d'entre nous qui ont des adolescents ont une peur bleue qu'ils fassent une surdose.

Ce n'est pas que mes jeunes semblent susceptibles de le faire. Cependant ces jours-ci, les adolescents qui consomment de l'alcool dans un endroit comme Thunder Bay où, d'après ce que j'entends dire — je ne sais pas si c'est vrai —, le taux de décès par surdose par habitant est plus élevé qu'à Vancouver, nous craignons qu'à une simple fête, une catastrophe arrive. Il suffit d'une fois. Si la substance qu'on leur offre contient du fentanyl, c'est fini.

Je vous demande à tous les deux ce que les parents, les enseignants, les écoles ou les gouvernements peuvent faire pour régler ce problème et pour prévenir les surdoses chez les jeunes?

Mme Wendy Digout: Je vais commencer.

Je pense que cela nous ramène au traitement précoce. Les adolescents reçoivent de l'éducation à l'école sur la consommation de drogues, mais je ne crois pas qu'ils l'écoutent beaucoup. À mon avis, il leur faut une expérience concrète, il faut qu'ils entendent les récits de gens qui ont vécu cette expérience.

Quand les jeunes commencent à consommer, que ce soit de la marijuana ou autre chose, il arrive parfois que quelqu'un y ajoute une autre substance, ce qui cause une surdose. Il faut que nous leur parlions ouvertement de la consommation de marijuana, sans porter de jugement, pour qu'ils puissent participer ouvertement à la conversation.

À Dartmouth, en Nouvelle-Écosse, une femme a perdu sa fille il y a plusieurs années. Sa fille était à une fête, elle a pris une pilule pour la première fois de sa vie, et elle est morte. Elle ne s'est pas réveillée le lendemain matin.

Cette femme s'appelle Dale Jollota. Elle fait énormément de sensibilisation dans les écoles et auprès du gouvernement. Je pourrai vous fournir ses coordonnées, si cela vous est utile.

Dr Tyler R. Black: En travaillant auprès des jeunes, surtout à l'adolescence, nous devons reconnaître à quel point il leur est important, à cette étape de leur vie, de découvrir qui ils sont et ce qu'ils devraient faire. Ils ont aussi un grand besoin d'autonomie et de responsabilités. Autrement dit, lorsqu'ils s'inquiètent, les parents devraient bien informer leurs jeunes et leur dire où demander de l'aide, de sorte que s'ils ont des problèmes, ils appellent les gens qui les aiment le plus.

J'encourage les familles et les centres à suivre des modèles qui ne portent pas de jugement, qui présentent des données probantes sur la réduction des méfaits et qui travaillent avec les jeunes en tenant compte de l'étape de la vie qu'ils traversent. On ne peut pas imposer à un jeune de 14 ans ce qu'il devrait faire, mais on peut l'orienter. En ne jugeant pas vos jeunes, mais en les traitant avec beaucoup de bienveillance, vous les encouragerez à faire appel à vous quand ils auront besoin d'aide ou qu'ils se trouveront dans une situation difficile. Vous leur offrez un endroit où ils peuvent se tourner.

M. Marcus Powlowski: C'est un excellent conseil.

Ma prochaine question s'adresse surtout au Dr Black. Vous travaillez à Vancouver. Je suis sûr qu'on y trouve une population autochtone assez importante ainsi que des gens qui quittent des collectivités éloignées pour s'installer à Vancouver. Pourriez-vous nous parler — peut-être que vous pourriez tous deux nous donner votre opinion à ce sujet — du degré de succès ou d'échec du système psychiatrique occidental qui cherche à traiter les troubles de santé mentale et de toxicomanie au sein de la communauté autochtone.

Je siège aussi au comité INAN. Un grand nombre de témoins de la communauté autochtone ont demandé plus de financement pour les services de santé non assurés afin d'y intégrer les guérisseurs autochtones, par exemple, ainsi que les thérapeutes du système psychiatrique occidental.

Avez-vous des commentaires à ce sujet?

• (1125)

Dr Tyler R. Black: Bien sûr.

Je pense que la psychiatrie, la médecine et, de façon générale, la société colonisatrice, doivent reconnaître qu'elles ont infligé de nombreux traumatismes et des mauvais traitements aux familles autochtones dans le domaine des soins. Il faut inviter les familles autochtones à la table. Il est vraiment important que les centres de traitement tiennent compte de l'avis des Autochtones en concevant les soins afin de respecter leur culture. Il faut concevoir les systèmes de soins pour les Autochtones.

Aux urgences, je fais souvent face à des crises majeures. Nous invoquons alors la Loi sur la santé mentale. Nous invoquons aussi l'article 28, en vertu duquel la GRC amène des jeunes...

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Docteur Black, il faut que je vous arrête ici.

Merci beaucoup, monsieur, pour votre réponse.

[Français]

Le prochain intervenant est M. Champoux.

Monsieur Champoux, soyez le bienvenu au Comité permanent de la santé. Vous avez la parole pour six minutes.

M. Martin Champoux (Drummond, BQ): Merci beaucoup, monsieur le président.

C'est à mon tour de remercier les témoins qui sont parmi nous aujourd'hui.

Docteur Black, j'ai cru comprendre, tout à l'heure, que vous aviez dit qu'on n'avait pas nécessairement observé une augmentation de la consommation de drogues chez les jeunes.

Ai-je bien compris votre affirmation?

[Traduction]

Dr Tyler R. Black: Si vous parlez du pourcentage des jeunes qui consomment des substances, il diminue régulièrement depuis des années.

[Français]

M. Martin Champoux: D'accord.

Parlons, par exemple, des adolescents en général. Tout à l'heure, mon collègue M. Powlowski a parlé de ses adolescents, et j'en ai aussi quelques exemplaires à la maison. On sait que les adolescents, par nature, sont tentés de faire toutes sortes d'expériences. Nous sommes tous passés par là.

Docteur Black et madame Digout, avez-vous pu observer, dans vos pratiques respectives, une modification ou une augmentation de la consommation auprès de la clientèle adolescente, depuis qu'on a légalisé la marijuana au Canada et qu'on a un peu dédramatisé certaines substances?

Avez-vous constaté que plus de jeunes vont vers ces produits plutôt que vers l'alcool, qui était peut-être plus facilement accessible à l'époque, alors que, maintenant, c'est plus facile de se procurer de la marijuana?

[Traduction]

Dr Tyler R. Black: Les jeunes n'ont pas accès à la marijuana, même si elle est légalisée. Évidemment que depuis les débuts de la consommation de la marijuana, les jeunes ont su l'obtenir par d'autres moyens. Les statistiques que nous commençons à obtenir — évidemment que la légalisation est un phénomène récent — laissent entendre que de moins en moins de jeunes consomment de la marijuana.

[Français]

M. Martin Champoux: Monsieur le président, on m'informe que l'interprétation en français ne fonctionne pas présentement.

Voilà. C'est revenu.

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Est-ce qu'elle fonctionne maintenant?

[Français]

M. Martin Champoux: Oui. L'interprétation fonctionne, maintenant.

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Alors, poursuivons.

Dr Tyler R. Black: Devrais-je répéter ce que j'ai dit?

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Reprenez là où vous vous êtes arrêté. Je crois que cela ira.

Dr Tyler R. Black: Les chiffres ont diminué.

J'ai constaté que chaque génération, chaque nouvelle vague de jeunes avec qui je travaille semble plus responsable, mieux branchée, plus engagée socialement et plus soucieuse de ce qui va se passer. Je sais qu'on a parfois l'impression que les choses empirent, mais les données ne confirment pas cela. Les jeunes de la génération actuelle consomment le moins de drogues, ont le moins de relations sexuelles avant 13 ans et commettent le moins de violence. Les données ne confirment pas certains des clichés moraux que l'on entend au sujet des jeunes.

[Français]

M. Martin Champoux: D'accord.

Je reviens à la question plus précise de la santé mentale des jeunes. Vous avez dit souhaiter qu'il y ait davantage de normes et de programmes en santé mentale partout au pays. Mes collègues et moi répétons régulièrement que les questions de santé relèvent de la compétence du Québec et des provinces.

Docteur Black, je ne vous demanderai pas de faire des commentaires sur l'ensemble des provinces, mais faites-vous confiance au gouvernement de la Colombie-Britannique pour gérer le système de santé? Comment cela se passe-t-il en Colombie-Britannique?

• (1130)

[Traduction]

Dr Tyler R. Black: Tous les gouvernements que j'ai connus, dont celui de la Colombie-Britannique, sont aux prises avec des listes d'attente et avec la difficulté d'accéder à des soins. Je ne crois pas que l'un des gouvernements canadiens ait réussi à résoudre ce problème. À mon avis, dans l'ensemble, nous dépensons moins par habitant en santé mentale que la plupart des pays développés. La santé mentale, en particulier celle des jeunes, est un élément fondamental qui a une incidence sur le reste de leur vie. Il serait vraiment rentable pour les gouvernements d'investir davantage dans le bien-être des enfants.

En général, il serait difficile, en examinant les temps d'attente que les familles signalent et leur manque d'accès aux soins, de donner une note élevée à un gouvernement, quel qu'il soit, même à celui de la Colombie-Britannique.

[Français]

M. Martin Champoux: Madame Digout, comment cela se passe-t-il en Nouvelle-Écosse? Faites-vous confiance au gouvernement de la province pour gérer le système de santé?

[Traduction]

Mme Wendy Digout: Je suis d'accord avec le Dr Black. Les temps d'attente prouvent que le système est mal géré. Je pense que notre gouvernement s'efforce de trouver d'autres solutions. Je constate un niveau élevé d'épuisement professionnel chez mes collègues, tant dans le système hospitalier de santé mentale que dans les cabinets privés. Il nous faut plus de gens, et surtout des gens qualifiés. Au lieu d'affecter n'importe qui en s'attendant à ce qu'ils fassent du bon travail, il nous faut des gens bien formés. À mon avis, c'est l'un des problèmes de notre système.

[Français]

M. Martin Champoux: Je ne pourrais être plus d'accord avec vous là-dessus.

Ma question m'adresse à vous deux, docteur Black et madame Digout.

Si le fédéral donne de l'argent au Québec et aux provinces pour les soins de santé en y attachant des conditions, cela risque-t-il de compliquer davantage les choses? Ne serait-il pas plus simple de faire comme le demandent tous les premiers ministres? Il y a actuellement des campagnes radiophoniques d'un bout à l'autre du pays implorant le gouvernement fédéral d'arrêter d'attacher des conditions aux transferts en santé et de les augmenter jusqu'à hauteur de 35 %.

N'est-ce pas cela qui permettrait au Québec et aux provinces de mieux gérer l'argent et de le consacrer à des soins précis, notamment dans les soins de santé mentale des enfants, dans lesquels il est urgent d'investir?

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Je vais demander aux deux témoins de s'en tenir à deux ou trois secondes chacun. S'ils ne le peuvent pas, nous reviendrons plus tard sur cette question.

Dr Tyler R. Black: Je m'en remets à ceux qui ont l'expertise nécessaire pour prendre ces décisions. Je dirais qu'il serait bon d'avoir plus d'argent.

Mme Wendy Digout: Je suis d'accord.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Excellent. En fait, je dirais que vos réponses sont impressionnantes.

Cela dit, je vais essayer d'éviter d'émettre des commentaires.

Monsieur Davies, vous avez maintenant la parole pour six minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

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

Docteur Black, si vous me le permettez, je vais commencer par m'adresser à vous. Dans un article paru en août dans la revue *Scientific American*, vous avez déclaré que les taux de suicide et les crises de santé mentale chez les jeunes augmentent considérablement lorsque les écoles sont ouvertes et qu'ils diminuent quand les écoles sont fermées. Vous avez souligné que d'autres pays, comme le Japon, l'Allemagne et la Finlande ont également constaté cette tendance.

Pouvez-vous nous en expliquer la raison?

Dr Tyler R. Black: Il est toujours difficile de donner une raison. Nous l'avons remarqué. Quiconque travaille avec des jeunes sait qu'ils sont plus occupés pendant l'année scolaire et qu'ils le sont moins pendant les vacances. Je pense que pour les jeunes, l'école est un peu comme un emploi. Ils y trouvent des collègues, un patron, un superviseur, ils y font des heures supplémentaires, c'est-à-dire leurs devoirs, et ils ont leurs heures habituelles. On n'y voit pas souvent les avantages, qui sont comme un salaire, et les enfants ne les reconnaissent pas non plus.

L'école est très importante. Une étude réalisée en 2014 a révélé que 84 % des enfants ont affirmé que l'école les rend anxieux. Les écoles pourraient améliorer tant de choses, comme les heures de service, la réduction du volume de devoirs, l'accès à un programme d'études en santé mentale, la création d'espaces sûrs pour les enfants neuroatypiques, et bien d'autres choses. Les écoles pourraient faire tellement de choses.

Je pense que si l'on demandait à un échantillon aléatoire de 10 élèves ce que les écoles pourraient améliorer, on obtiendrait une foule de réponses. L'école est vraiment stressante pour les enfants. Nous constatons une augmentation de 60 % du taux de suicide pendant l'année scolaire. Les services d'urgence reçoivent 100 à 150 % plus de jeunes pendant l'année scolaire que pendant les vacances.

• (1135)

M. Don Davies: Merci.

En 2018, lors d'une entrevue intitulée *Ask Me Anything*, vous avez affirmé qu'il était inacceptable de faire attendre une personne qui est aux prises avec une maladie pendant 6 mois avant de pouvoir consulter un psychiatre. Savez-vous si l'on a effectué de la recherche démontrant un lien entre le manque d'accès aux soins et l'augmentation du taux de suicide?

Dr Tyler R. Black: Il serait difficile de réunir ces preuves. Pour générer des preuves causales, nous effectuons habituellement des essais contrôlés randomisés, mais il serait assez contraire à l'éthique de forcer des gens à attendre avant de consulter un thérapeute. J'ai cependant constaté qu'un bon nombre des patients que je vois au service d'urgence avaient des problèmes qui... Je vais peut-être vous donner l'impression d'être un sage après coup, mais je me dis souvent que si j'avais vu le patient huit mois auparavant, j'aurais pu l'aider beaucoup mieux qu'aujourd'hui.

Toutefois, nous savons avec certitude que les troubles de santé mentale non traités... et je dois dire que pour les enfants, la thérapie est extrêmement importante et qu'il est encore plus difficile pour eux d'y avoir accès que d'obtenir des médicaments d'un médecin de famille ou d'un psychiatre. Si l'on n'aborde pas ces troubles sans tarder, ils s'enveniment. Ils s'aggravent. Nous sommes nombreux à connaître des adultes qui sont aux prises avec de graves troubles de santé mentale à cause de problèmes d'enfance qui n'avaient jamais été abordés. C'est extrêmement important.

M. Don Davies: Cela me rappelle l'expression selon laquelle il est inutile de mener des études de recherche pour prouver que l'eau est mouillée.

Dr Tyler R. Black: Oui. Ce serait très difficile.

M. Don Davies: Je suppose que vous convenez que plus nous attendons et plus nous refusons aux enfants l'accès à la thérapie qu'il leur faut... De façon générale, je pense que cela augmenterait le risque de suicide. Est-ce que je me trompe?

Dr Tyler R. Black: Pas du tout.

M. Don Davies: Très bien.

Madame Digout, vous avez abordé cette question. Je me demande si vous pourriez nous expliquer comment les déterminants sociaux influent sur la santé mentale des enfants au Canada. En nous concentrant peut-être sur la pauvreté, voyez-vous un lien entre la pauvreté et les troubles de santé mentale chez les enfants?

Mme Wendy Digout: Je n'ai pas lu d'études particulières menées à ce sujet, mais je suis sûre qu'elles existent. Je pense que même le simple bon sens... Il y a des familles qui doivent décider si elles peuvent se permettre de s'absenter du travail pendant un après-midi pour amener leur enfant chez un thérapeute, ou si elles ont les moyens de lui acheter des médicaments. Elles doivent choisir entre le loyer et les médicaments si elles n'ont pas de services, mais je pense que le simple fait d'avoir accès...

J'ai travaillé avec un jeune adulte il y a des années, et je me souviens qu'un jour... Ses parents étaient en mode survie. Ils essayaient littéralement de mettre de la nourriture sur la table et de subvenir à leurs besoins essentiels, et cet enfant suivait une thérapie. Je me souviens qu'un jour, il a marché tout seul pendant 20 minutes sous une pluie battante pour venir à son rendez-vous.

Les enfants veulent de la thérapie. Ils n'ont pas toujours la possibilité de l'obtenir, et les obstacles sont énormes pour les familles qui vivent dans la pauvreté. Les familles ont souvent bien de la peine à acheter des aliments nutritifs et à sortir de chez elles pour mener une vie active.

M. Don Davies: Vous avez deviné où je voulais en venir.

Docteur Black, avez-vous vu des études de recherche sur le lien entre la pauvreté et les troubles de santé mentale chez les enfants?

Dr Tyler R. Black: Bien sûr. Nous savons que les déterminants socioéconomiques de la santé sont interreliés. Je me ferai un plaisir

de transmettre des liens au greffier pour qu'il les transmette au Comité. Une étude a même récemment établi un lien entre les taux de suicide chez les enfants et les adolescents et la pauvreté. C'est une variable dont nous tenons compte.

Nous ne recueillerons probablement pas de données probantes sur la cause de ce lien, mais si nous pouvions le faire, elles seraient convaincantes.

M. Don Davies: Merci.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci, monsieur Davies.

Merci, docteur Black. Cela met fin à la première série de questions.

Je signale aux témoins que la période allouée sera différente. Je vous le ferai savoir lorsque les députés commenceront leur tour. Pour le deuxième tour, j'aimerais souhaiter la bienvenue à M. Vidal au Comité permanent de la santé.

Monsieur Vidal, vous avez la parole pour cinq minutes.

M. Gary Vidal (Desnethé—Missinipi—Rivière Churchill, PCC): Merci, monsieur le président. Je vous remercie de m'accueillir ici aujourd'hui.

Comme M. Powlowski, je siège habituellement au Comité des affaires autochtones et du développement du Nord, alors j'ajouterai cette saveur à la discussion.

J'ai examiné rapidement la motion d'hier soir et le sentiment de disparité que cause l'accès aux services de santé pour les gens des régions rurales, pour les Autochtones et pour les personnes à faible revenu. Comme je représente la moitié nord de la Saskatchewan — 71 000 personnes sur environ 350 000 kilomètres carrés, soit à peu près l'étendue de l'Allemagne —, je pense que j'apporte un peu de cette saveur à la table. Je suis heureux de pouvoir vous parler aujourd'hui.

Je remercie les témoins pour leurs témoignages. Il y a une ou deux petites questions que j'aimerais poser dans le temps qui m'est alloué.

Évidemment, l'éloignement et la distance des services sont importants pour des communautés comme la mienne et pour l'accès à des services professionnels. La semaine dernière, certains dirigeants de ma circonscription m'ont dit qu'ils avaient eu accès à des services de santé mentale à distance pendant la pandémie. Ils le faisaient en tenant des réunions virtuelles et autres, et ils craignaient que cela ne prenne fin.

Ma question comporte deux volets.

Ont-ils vraiment raison de craindre de ne plus avoir ces réunions virtuelles? Il est évident que c'est important. Pouvez-vous nous parler de la possibilité, de la qualité ou de la capacité de fournir ces services virtuellement? Ils sont très importants pour les gens qui résident à six ou huit heures du bureau du professionnel le plus proche.

Je vous demanderais de me donner tous deux une réponse, si vous n'y voyez pas d'inconvénient.

• (1140)

Dr Tyler R. Black: Je vais essayer de répondre brièvement pour laisser du temps à notre autre témoin.

Les soins virtuels sont essentiels. Ils avaient déjà lieu avant la pandémie. Évidemment, la pandémie nous a tous obligés à le faire. En 2022, bien que la plupart de nos patients aient la capacité physique de venir dans nos bureaux et que la COVID ne les en empêche plus, plusieurs d'entre eux trouvent qu'il leur est plus facile de participer à des séances virtuelles.

En psychiatrie, il m'arrive de devoir faire des examens physiques, prendre des mesures et voir des gens en personne. J'aurai toujours besoin d'un bureau pour cela, mais la prestation de soins virtuels en toute sécurité est vraiment importante. Il faudrait établir les infrastructures nécessaires et veiller à ce que les patients et leurs familles comprennent l'importance de respecter la vie privée pendant ces séances. Nous devrions aussi établir de bons mécanismes de vérification afin que la qualité des soins ne diminue pas.

Cependant, je peux dire sans l'ombre d'un doute qu'en 2022, la plupart de mes patients et leurs familles préfèrent les rendez-vous virtuels aux séances en présentiel. Nous devrions probablement nous demander pourquoi.

Mme Wendy Digout: Je suis d'accord avec vous. Un grand nombre de mes clients demandent de continuer les séances virtuelles. Certains enfants sont tout simplement plus à l'aise devant un écran, ce qui, à mon avis, est important lorsque nous effectuons des évaluations et que nous travaillons avec des enfants.

Je ne sais pas si les systèmes officiels continueront à le faire. J'espère qu'ils maintiendront les séances virtuelles, car je pense qu'elles sont devenues cruciales en améliorant l'accessibilité.

M. Gary Vidal: Je comprends cela, car cela me confirme qu'il faut défendre ces deux options... C'était l'objet de ma question.

Madame Dugout, j'ai une brève question à vous poser.

Vous avez parlé de sécurité alimentaire. Je vais de nouveau citer l'exemple de ma circonscription. Dans certaines collectivités, on paie 14 \$ pour un gallon de lait, 9 \$ pour une douzaine d'œufs et 12 \$ pour un kilo de pommes. C'est évidemment un énorme problème dans certaines collectivités très éloignées, à cause du transport et de ce genre de coûts.

Pouvez-vous faire le lien pour moi... ou expliquer un peu le lien entre la sécurité alimentaire et la santé mentale ainsi que l'incidence que cela pourrait avoir sur les gens dans les régions éloignées où les prix des aliments sont très élevés?

Mme Wendy Digout: La sécurité alimentaire est un problème dans toutes les collectivités. C'est probablement pire dans les collectivités éloignées comme la vôtre, où tout coûte beaucoup plus cher.

Je reviens à l'idée qu'une calorie est une unité d'énergie. Nous devons donner aux enfants l'énergie et les nutriments qu'il leur faut pour grandir. Leur cerveau en a besoin. Leur corps en a besoin. À mon avis, la nourriture fait partie intégrante d'une bonne santé mentale et physique.

Les familles ne sont pas toujours en mesure de... Il y a d'excellentes occasions de fournir des réfrigérateurs communautaires et d'autres choses, ce qui peut aussi aider.

M. Gary Vidal: Merci.

Docteur Black, ma question sera très brève, parce que le président va m'interrompre.

Vous avez parlé de l'outil ASARI que vous avez mis au point. Je suis vraiment curieux de savoir s'il peut être utilisé en ligne — je ne le connais pas très bien — dans les régions rurales et éloignées. Comment d'autres personnes peuvent-elles s'en servir?

Dr Tyler R. Black: L'ASARI est différent de beaucoup d'outils d'évaluation. Il ne vise pas à évaluer les risques. Il permet au clinicien de documenter entièrement ce qu'il pense et de transmettre son estimation du risque de suicide.

Cet outil est accrédité. On l'utilise partout au Canada. On peut l'utiliser n'importe où. On peut le télécharger gratuitement au site Web que j'ai créé à ASARI.ca.

● (1145)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci, docteur Black. Ce sera très utile.

Merci, monsieur Vidal.

Nous passons maintenant à M. van Koevorden.

Vous avez la parole, monsieur, pour cinq minutes.

M. Adam van Koevorden (Milton, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je suis heureux de prendre la parole après M. Vidal, comme je le faisais lorsque nous siégeons ensemble au Comité INAN. J'espère que son travail continuera d'être enrichissant et productif à ce comité. Je suis sûr qu'il le sera.

Merci à nos témoins d'aujourd'hui, non seulement d'être venus et de nous avoir présenté d'excellents témoignages, mais aussi d'accomplir un travail extraordinaire. Je n'ai pas besoin de vous le dire, mais je tiens à souligner l'importance de vos efforts extraordinaires dans notre société. Chaque jour, vous sauvez des vies. Merci.

Ma première question s'adresse au Dr Black.

Je voudrais revenir sur la première chose que vous avez mentionnée, soit les critiques dont vous avez fait l'objet relativement à la mésinformation et à la désinformation. Je pense qu'il faut distinguer la mésinformation de la désinformation. Il y a de la mésinformation intentionnelle. D'autres renseignements se répandent parce que les gens sont mal informés. Il y a là une distinction cruciale fondée sur l'intention. Beaucoup de gens répandent de la mésinformation dans le but d'aider. Beaucoup d'autres le font avec l'intention de nuire. Je pense qu'il faut distinguer ces choses.

J'aimerais que vous nous parliez un peu de vos expériences et de ce que notre gouvernement pourrait faire pour contrer la mésinformation, la désinformation et la malinformation. Selon vous, quelles sont nos obligations à cet égard?

Dr Tyler R. Black: Merci infiniment. C'est une question à laquelle j'ai beaucoup réfléchi. J'ai fait de la sensibilisation en ligne, où l'on trouve énormément de désinformation et de mésinformation. À mon avis, il faut que nous commençons à considérer la désinformation utilisée sous forme d'arme comme une menace à la vie des Canadiens. De nombreuses personnes sont mortes de la COVID-19 à cause de la désinformation sur la COVID-19 et sur les vaccins. Beaucoup de gens n'ont pas fait ce qu'ils auraient pu faire pour se protéger à cause de la désinformation qui s'était répandue.

La désinformation sur les vaccins se répandait déjà bien avant la pandémie de la COVID-19. Ses auteurs la diffusaient intentionnellement soit pour en faire profit, soit pour perturber la vie politique, soit pour s'opposer à l'autoritarisme et à d'autres choses de ce genre. Elle nuit avant tout aux personnes qui sont marginalisées et qui n'ont pas la capacité de s'enquérir sur les plus récentes données scientifiques. La désinformation en ligne est souvent très convaincante. À mon avis, le gouvernement a la forte obligation de lutter contre la désinformation.

Je fais partie d'un groupe appelé ScienceUpFirst, qui est dirigé par Tim Caulfield de l'Université de l'Alberta et par le sénateur Stan Kutcher. Nous travaillons très fort pour diffuser l'information qui démentit la désinformation. Je pense que le gouvernement doit prendre au sérieux — sachant que nous jouissons de la liberté d'expression et non de la liberté de parole — les menaces que crée la désinformation. Quant à la mésinformation, eh bien, vous savez, les gens pensent à des choses. J'ai l'habitude des mythes. Il est bon de combattre les mythes. La désinformation est intentionnelle. Elle est subversive et elle attire beaucoup les gens pour des raisons psychologiques très importantes.

M. Adam van Koeverden: Puis-je poser une question précise à ce sujet?

Quand je pense à la mésinformation, je pense aussi à la relation entre l'acte d'omission et l'acte de commission. Un acte de commission souligne l'excellente qualité des vaccins et la nécessité de se faire vacciner — je viens de prendre rendez-vous pour me faire vacciner contre la grippe aujourd'hui —, alors qu'un acte d'omission serait la réticence de dire ces choses alors que l'on a une occasion extraordinaire de les diffuser.

Que pensez-vous de cela?

Dr Tyler R. Black: C'est difficile.

Ce que nous faisons et ce que nous ne faisons pas ont évidemment une incidence sur les résultats qui nous tiennent à cœur.

Malheureusement, de nombreux médecins ont choisi de garder le silence face à la désinformation. Je pense que la désinformation devrait nous inviter à la contrecarrer activement, non seulement en publiant des brochures ou en invitant nos patients à nous en parler, mais en luttant contre elle.

À mon avis, les médecins qui font de la désinformation devraient subir de graves conséquences. Aux États-Unis, on commence à traîner des médecins en cour. Certains faits intéressants se sont aussi passés au Canada. C'est très important.

M. Adam van Koeverden: Merci.

J'ai une dernière question rapide sur l'activité physique. Selon moi, les enfants devraient s'adonner suffisamment à l'activité physique, mais il me semble qu'ils en font toujours moins.

Ma question s'adresse autant à la Dre Digout qu'au Dr Black. Je comprends et j'apprécie votre optimisme pragmatique à l'égard des enfants canadiens. Est-ce que les professionnels de la santé mentale ont pensé à ce qu'ils pourraient peut-être prescrire aux malheureux enfants qui ne peuvent pas faire d'activité physique ou sortir de chez eux? Pouvez-vous nous parler le plus longtemps possible des effets positifs de l'activité physique sur les jeunes et sur leur santé mentale?

Allez-y, docteur Digout. Je n'ai pas beaucoup de temps.

• (1150)

Mme Wendy Digout: Je le répète, il y a des tonnes d'études de recherche à ce sujet. Nous savons qu'il est important de sortir et d'être actif. Je pense que pour certains de nos clients neurodivergents, il est encore plus important de pouvoir sortir, d'être actifs et de bouger.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Je vais vous arrêter ici, madame Digout. Merci.

Merci, monsieur van Koeverden.

Nous passons maintenant à M. Champoux.

Je souligne à l'intention de nos témoins que cette période de questions est de deux minutes et demie.

[Français]

Monsieur Champoux, vous avez la parole.

M. Martin Champoux: Je vous remercie, monsieur le président.

Deux minutes et demie, c'est très court. Alors, je vais essayer de poser une question qui ne demandera pas une trop longue réponse.

Ma question s'adresse aux deux témoins.

Vous inspirez-vous des pratiques d'autres pays?

Croyez-vous que d'autres pays réussissent mieux que le Québec et le Canada en matière de santé mentale et de prévention, particulièrement auprès des enfants et des jeunes?

Pourriez-vous nous donner des exemples de pays qui réussissent mieux?

Que font-ils différemment?

[Traduction]

Dr Tyler R. Black: Je vais répondre rapidement, puis je céderai la parole à Mme Digout.

Je tiens beaucoup aux normes. De nombreux pays prennent les normes de santé plus au sérieux. En fait, nous nous inspirons souvent des lignes directrices du Royaume-Uni et de l'Australie, parce que le Canada n'a pas de lignes directrices particulières... Nous fournissons des soins de santé, mais nous laissons les fournisseurs de soins décider de la façon de le faire. Il serait très important de normaliser ces choses.

Par exemple, l'institut NICE au Royaume-Uni aide vraiment à orienter les traitements, mais d'une manière très souple. C'est l'un des exemples que je pourrais citer.

[Français]

M. Martin Champoux: Madame Digout, de votre côté, avez-vous des exemples à nous donner?

[Traduction]

Mme Wendy Digout: Pas vraiment.

Je visite souvent le U.K. psychological... Je ne me souviens pas du nom de ce site Web. J'examine régulièrement ses normes, et il y a quelques programmes au Royaume-Uni vers lesquels je me tourne lorsque je cherche des idées.

Cependant, je ne sais pas grand-chose des autres pays et de ce qu'ils font à l'heure actuelle.

[Français]

M. Martin Champoux: Je poursuis avec vous, madame Digout.

Selon vous, l'école joue-t-elle son rôle de façon adéquate? Les enseignants ont-ils les bons outils pour informer les jeunes?

[Traduction]

Mme Wendy Digout: Beaucoup d'enseignants le font. Le sénateur Kutcher a beaucoup travaillé avec les écoles de la Nouvelle-Écosse. Il a mis sur pied d'excellents programmes pour renseigner les enseignants sur la santé mentale et sur le langage utilisé dans ce domaine.

La situation s'améliore. Certains enseignants sont très à l'aise de parler de santé mentale, mais d'autres ne le sont pas.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci, madame Digout.

Merci, monsieur Champoux.

Nous passons maintenant à M. Davies, pour deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci.

J'ai vu des statistiques indiquant qu'environ 32 % des Canadiens n'ont pas d'assurance dentaire, mais qu'environ 50 % des Canadiens à faible revenu n'ont pas accès à des soins dentaires. C'est l'un des rares domaines des soins de santé où les effets d'une mauvaise santé sont visibles. Ils s'affichent sur le visage. La documentation indique clairement que les problèmes dentaires causent de la douleur, mais ils causent aussi de l'embarras et de la honte.

Dans le cas des jeunes, y a-t-il un lien entre la mauvaise santé buccodentaire, la défiguration faciale et la santé mentale? Recommanderiez-vous que nous comblions cette lacune de notre système de soins de santé pour régler les problèmes de santé mentale des enfants?

Dr Tyler R. Black: Oui, absolument. Les enfants sont très sensibles à la façon dont... Je dirais que la nouvelle génération taquine beaucoup moins et souligne moins les différences chez les jeunes, mais il faut que jeunesse se passe, surtout pendant les premières années du secondaire. Cela rend les choses très difficiles.

Quand j'y pense, je constate une population négligée dans le groupe de la neurodivergence. Je travaille avec beaucoup d'enfants autistes. Ils ont des déficiences neurodéveloppementales et des déficiences intellectuelles. Souvent, ils sont hospitalisés à la suite d'une agression grave; ils se blessent très gravement à cause de mauvais soins buccodentaires. Quand ils ne peuvent pas exprimer d'où vient leur douleur, ils se frappent la tête et s'infligent beaucoup de blessures. Certainement, les soins buccodentaires sont liés à l'hospitalisation. J'ai résolu de nombreuses hospitalisations en envoyant le jeune chez le dentiste, alors que je travaille dans un établissement de santé mentale. La santé buccodentaire est extrêmement importante.

Si l'on dresse une liste de ce qui crée la confiance en soi chez les jeunes, il est évident qu'une douleur ou une déformation quelconque aura de graves conséquences sur leur santé mentale.

• (1155)

M. Don Davies: Madame Digout, avez-vous quelque chose à ajouter?

Mme Wendy Digout: J'ajouterai simplement que dans la communauté neurodivergente, il est souvent difficile de fournir des soins et même d'effectuer de l'hygiène buccodentaire, parce que

ces jeunes ont des problèmes sensoriels. Je pense qu'il est vraiment important que les cliniciens en santé mentale, et les ergothérapeutes en particulier, travaillent avec les enfants qui ont des problèmes sensoriels. Il leur est même pénible de se brosser les dents, mais ils sont obligés de s'infliger cette peine. Oui, l'apparence est importante, mais il est souvent très difficile de fournir des soins adéquats.

Les soins dentaires causent aussi des détriments dans le cas d'autres troubles de santé mentale. Nous le constatons régulièrement chez les jeunes en début de psychose qui négligent des éléments de leur hygiène quotidienne.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, madame Digout.

Merci, monsieur Davies.

Nous allons maintenant revenir à Mme Goodridge.

Vous avez la parole pour cinq minutes.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur Ellis.

J'aimerais revenir à une question que j'ai posée plus tôt au sujet de la toxicomanie chez les enfants.

Plus tôt dans notre étude, nous avons entendu M. Bruce Squires, de l'Hôpital McMaster pour enfants de Hamilton, en Ontario. Il a dit entre autres choses que l'hôpital avait signalé une augmentation de 90 % des admissions pour des troubles de l'alimentation et le double d'admissions de jeunes pour des troubles liés à la consommation de substances. Je trouve ces chiffres profondément troublants.

Docteur Black, vous avez ensuite dit qu'en réalité, selon les statistiques, le nombre de cas diminue. Je me demande si vous pourriez fournir au Comité les statistiques qui soutiennent cela. Que ce nombre double ou diminue, je pense qu'il est très problématique que nous n'ayons pas les bons renseignements.

Seriez-vous disposé à remettre cette documentation au Comité?

Dr Tyler R. Black: Oui. Si vous me le permettez, Ray et coll. ont publié, dans le *Journal of the American Medical Association*, une étude sur les admissions en Ontario pour surdose et automutilation. Nous avons les rapports du McCreary Centre que j'aimerais vous remettre pour que vous disposiez de données plus vastes sur l'Ontario.

Mme Laila Goodridge: Merci.

Je voudrais faire remarquer — et j'espère que tous les députés ont fait les vérifications de son requises avant le début de la séance — que vous ne semblez pas utiliser le casque d'écoute de la Chambre des communes. Nous avons de la peine à vous entendre.

Auriez-vous ce casque d'écoute sous la main, afin de protéger la santé et la sécurité de nos interprètes?

Dr Tyler R. Black: Je peux certainement l'utiliser. J'ai fait la vérification du son et l'on m'a dit que tout allait bien.

Mme Laila Goodridge: Fantastique.

C'est l'un des défis intéressants que nous avons à relever à la Chambre des communes, surtout dans le cadre des séances hybrides. Nos interprètes ont subi des blessures parce que les gens n'utilisaient pas les casques d'écoute qu'il fallait. À mon avis, c'est une bonne pratique.

Je m'excuse de ne pas avoir signalé cela plus tôt, mais mieux vaut tard que jamais. Nous éviterons ainsi de blesser l'un de nos interprètes.

Vous avez parlé de la nécessité de réduire davantage les méfaits. Croyez-vous qu'il y ait suffisamment de places au Canada pour traiter les jeunes qui souffrent de troubles liés à la consommation de substances? Croyez-vous que leur traitement et leur rétablissement devraient passer avant la réduction des méfaits?

Dr Tyler R. Black: La réduction des méfaits est l'un des troubles à traiter en premier.

Il est évident que nous devons traiter les jeunes lorsqu'ils en ont besoin. Il faut cependant que le jeune soit prêt à suivre un traitement, qu'il se trouve dans un état où le traitement sera fructueux. Bien sûr qu'en cas de crise, nous avons besoin d'un accès rapide au traitement et à la gestion du sevrage et à ce genre de choses aussi.

La réduction des méfaits est une philosophie globale qui prend naissance à la table de cuisine familiale et qui s'étend jusqu'à l'hôpital. La réduction des méfaits est un modèle qui peut s'appliquer à n'importe quelle étape, même au stade le plus précoce.

• (1200)

Mme Laila Goodridge: Merci, docteur Black.

Je dirais que cela relève davantage de l'éducation et de la prévention. Ces conversations sont d'une importance cruciale. Il me semble que dans notre société, nous n'en faisons pas assez pour alarmer nos enfants sur les risques de toxicomanie et sur les troubles liés à la consommation de substances en général. J'espère que chacun d'entre nous se fait le champion de la réduction des troubles liés à la consommation de substances. Je sais que les taux sont disproportionnés dans bon nombre de nos collectivités rurales et isolées, qui finissent souvent par faire face à une série de suicides parce que les gens n'y trouvent pas de soutiens adéquats.

Madame Digout, vous pourriez peut-être nous parler du contexte de la toxicomanie que vous observez dans les régions rurales de la Nouvelle-Écosse.

Mme Wendy Digout: Je suis d'accord avec le Dr Black pour dire que les principes de la réduction des méfaits sont en quelque sorte... C'est sans doute la norme à respecter au départ, mais nous n'avons pas suffisamment de centres de traitement lorsque nous en avons besoin. La réduction des méfaits est une approche qui trouve une utilisation très précise en thérapie. La notion a une dimension proactive, familiale et éducative, mais son sens est très précis en thérapie. Il s'agit d'examiner les moyens d'amener les enfants ou les jeunes à commencer à réfléchir à leur propre consommation, de voir si la consommation occasionne d'autres préjudices qu'ils veulent atténuer, s'ils sont intéressés par la réduction des méfaits et s'ils sont en mesure d'en prendre conscience. Il y a donc les modalités thérapeutiques de la réduction des méfaits et ses principes qui constituent en quelque sorte le grand idéal.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci, madame Digout.

Merci, madame Goodridge.

Je vais donner la parole à M. Hanley.

Vous avez la parole, monsieur. Cinq minutes

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie les deux témoins de leur témoignage et, comme l'a dit M. van Koeverden, de leur travail extraordinaire.

Mes questions graveront autour d'un thème général, soit notre étude antérieure, dont nous sommes en train d'étudier le rapport. Il s'agit de la crise des ressources humaines dans le domaine de la santé sous l'angle des besoins et des moyens d'améliorer la prévention et de maximiser l'accès aux services. Mes questions seront de cet ordre.

Docteur Black, brièvement, pour faire suite à la question de M. Vidal sur l'utilisation de l'outil ASARI, nos fournisseurs de soins de santé évaluent-ils assez bien les risques à l'urgence? Entre l'outil HEARTSMAP et l'outil ASARI... Ces outils nous aident-ils déjà, peut-être, à être plus cohérents dans l'évaluation des risques et la façon de les communiquer? Vous pourriez peut-être nous en dire un peu plus à ce sujet.

Nous ne vous entendons pas.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Docteur Black, nous ne recevons pas le son. Nous pouvons voir que vous êtes en sourdine.

Dr Tyler R. Black: Je viens de remettre le son. J'essaie encore de voir comment fonctionne le casque d'écoute parce que je n'en avais pas fait l'essai. Je vous présente mes excuses.

Les outils ASARI et HEARTSMAP peuvent être très utiles pour documenter le risque et le communiquer. L'outil HEARTSMAP sert aussi à l'évaluation psychosociale, car il permet d'établir ce que l'urgentologue peut envisager comme démarche et qui il peut consulter à propos non seulement de la santé mentale, mais aussi des besoins sociaux et physiques, des besoins en santé des jeunes, etc. Cet outil serait vraiment utile.

Pour ce qui est de l'évaluation des risques en général, il est très difficile de prédire qui va se suicider et qui ne va pas le faire. En fait, il n'existe aucun système de prévision des risques qui ait une valeur prédictive positive supérieure à 1 %. Par conséquent, l'évaluation des risques vise souvent à trouver les facteurs de risque qui rendent le suicide plus probable et les facteurs de protection qui au contraire le rendent moins probable, en essayant de réduire le plus possible les facteurs de risque et d'ajouter le plus de facteurs de protection possible. Tout être humain qui travaille avec des enfants peut le faire. Je vois beaucoup d'efforts axés sur la prédiction, et je voudrais que la science en soit rendue là, mais ce n'est tout simplement pas le cas. La réduction des risques et le renforcement de la protection sont néanmoins des objectifs tout à fait atteignables dans n'importe quel contexte, y compris dans les services d'urgence.

• (1205)

M. Brendan Hanley: Merci. C'est très utile.

Madame Digout, des cliniques privées de mon territoire me disent que les listes d'attente sont longues. Elles doivent souvent offrir des services gratuitement à ceux qui n'ont pas d'assurance. Elles manquent de personnel et sont souvent débordées parce que les services publics de santé mentale et de traitement de la toxicomanie eux-mêmes sont engorgés à cause d'une forte demande. Vous avez déjà abordé le sujet, mais je voudrais que vous nous en parliez un peu plus. Vous avez évoqué la possibilité d'étendre à vos services l'assurance médicale. C'est une idée que j'ai déjà entendue.

Selon vous, comment l'accès aux services de santé mentale serait-il amélioré si vos services étaient couverts par le régime public d'assurance-maladie?

Mme Wendy Digout: Il y a actuellement un débat en Nouvelle-Écosse sur les moyens à prendre pour que cela puisse se faire, puisque le gouvernement provincial songe sérieusement aux modalités de facturation des praticiens du secteur privé. Alors que je peux facturer les services directement aux clients qui ont une assurance-maladie privée, les autres clients doivent payer tout de suite et se faire rembourser ensuite ou encore assumer eux-mêmes la dépense. La différence est la possibilité d'échapper au stress d'ordre financier. C'est vraiment important. Du point de vue de la pratique, il est vraiment important d'alléger le stress financier du client et de sa famille.

Pour nous, praticiens, il n'y a rien de plus déchirant que d'avoir à refuser quelqu'un parce que l'horaire est déjà complet ou parce qu'on donne déjà des consultations gratuites à cinq personnes. À un moment, il devient impossible de faire plus à cause de la fatigue ou parce que c'est financièrement difficile. C'est déchirant. C'est même une des causes d'épuisement professionnel chez les psychiatres, les psychologues et les travailleurs sociaux. La cause n'est pas le travail que nous faisons lorsque nous apportons de l'aide, mais l'incapacité d'offrir les services que nous savons nécessaires.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, madame Digout.

Merci, monsieur Hanley.

Cela met fin aux deux premiers tours.

M. Vidal, du Parti conservateur, va maintenant entamer le troisième. Cinq minutes.

M. Gary Vidal: Merci, monsieur le président.

Je voudrais revenir sur certaines choses qui ont été dites plus tôt. Ainsi, M. Hanley a parlé des problèmes de dotation qui existent dans les établissements et un peu partout.

Par exemple, on a annoncé et construit un établissement dans ma circonscription pour traiter des patients ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie et les aider à se rétablir. On a injecté 16,1 millions de dollars dans cet établissement de 20 000 pieds carrés et de 24 lits. L'établissement a donc été annoncé et il a été inauguré en juin. J'ai eu l'honneur de le visiter en juillet. À mon grand désarroi, il était vide. Aucun patient, faute de personnel.

Quelle est votre réaction? Quelle exaspération ressentez-vous devant le fait que nous bâtissons un établissement de 16 millions de dollars et sommes incapables de le doter en personnel?

Dr Tyler R. Black: C'est profondément irritant. On observe la même chose dans les hôpitaux. Il faut moduler les décisions sur le nombre de lits et les traitements à dispenser en fonction des niveaux de dotation. Cela arrive régulièrement.

On peut bien construire des locaux, mais il faut aussi des ressources humaines, comme Mme Digout l'a dit. Il nous faut des professionnels. Il y a eu de nombreux cas d'épuisement professionnel. Certains s'en vont. Il est très difficile de remplacer des personnes d'expérience. Dans bien des établissements, les problèmes de dotation sont quotidiens.

Il ne suffit pas de fournir des locaux. Il faut aussi des ressources humaines, et cela exige un engagement de tous les instants. Si on fait une comparaison avec d'autres secteurs où on pourrait travailler, il devient parfois très décourageant de travailler en santé mentale, ce domaine qui semble toujours un peu négligé par rapport à d'autres domaines des services de santé.

• (1210)

M. Gary Vidal: Madame Digout, voulez-vous ajouter rapidement quelque chose ou préférez-vous que je passe à ma prochaine question? Je peux vous adresser cette prochaine question, si vous le voulez.

Mme Wendy Digout: Vous pouvez continuer.

M. Gary Vidal: Merci.

Dans votre exposé liminaire de cinq minutes, ce qui n'est pas très long, vous avez parlé entre autres choses de services adaptés à la culture — par opposition à l'établissement, qui serait également adapté à la culture s'il était ouvert et était au service des patients.

Il y a là une valeur que je reconnais, mais il y a aussi un autre établissement qui est à la recherche de fonds vraiment modestes. Il s'agirait d'offrir des traitements très bien adaptés à la culture et en lien avec le territoire. J'ajoute, mais vous en avez aussi parlé, qu'il serait fait appel à la participation de toute la famille. Il nous semble tout à fait essentiel de faire participer toute la famille si nous voulons résoudre le problème de la santé mentale, apporter le mieux-être et aider les toxicomanes à se rétablir. Pourtant, une organisation comme celle-là, qui a déjà des locaux et a besoin de fonds vraiment très modestes, n'arrive pas à les obtenir.

Je ne veux pas que, à propos des fonds, la question porte sur les aspects négatifs, mais pouvez-vous nous expliquer l'importance de cette combinaison de traitement adapté à la culture, en lien avec le territoire et centré sur la famille dans le contexte de la santé mentale et des toxicomanies, s'il vous plaît?

Mme Wendy Digout: Il est très important d'avoir la possibilité d'offrir aux clients différents types de thérapie — que la thérapie soit en lien avec le territoire, propre à la culture du client ou plutôt fondée sur la médecine occidentale — parce que, parfois, les clients ont des réactions étonnantes.

Lorsque le traitement en santé mentale s'adresse à un jeune, il arrive qu'il devienne... Tout semble tourner autour de ce qu'il fait de mal alors qu'il y aurait lieu de voir ce qui se passe dans la famille. Parfois, nous pouvons mieux travailler avec la famille lorsque nous sommes loin de la salle de thérapie, que nous nous rendons à domicile, que nous faisons quelque chose de constructif et que nous essayons de voir comment les membres de la famille interagissent et communiquent les uns avec les autres.

M. Gary Vidal: Docteur Black, quelque chose à ajouter?

Comme il ne me reste que 30 secondes, je ne vais pas poser d'autre question.

Dr Tyler R. Black: Je vais essayer d'être bref.

Chaque fois que nous avons l'occasion d'écouter les points de vue des Autochtones et d'élaborer des programmes qui fonctionnent pour eux, nous devrions le faire avec enthousiasme. Nous devrions fournir des fonds. Ce serait une démarche anticoloniale qui concentre le pouvoir entre les mains des Autochtones. J'y serais favorable.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci, docteur Black.

Merci, monsieur Vidal.

Monsieur Jowhari, vous avez maintenant la parole. Cinq minutes.

M. Majid Jowhari (Richmond Hill, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins de leurs témoignages et aussi de leur travail acharné, de leurs efforts de promotion des droits en matière de santé mentale, en particulier pour les jeunes.

Docteur Black, je m'adresse d'abord à vous. Dans votre exposé, vous avez dit que l'une de vos recommandations concernait les normes fédérales en matière de soins précoces. Mme Digout a également parlé de l'accès rapide. Je voudrais élargir la discussion et poser des questions plus générales sur votre recommandation portant sur des normes fédérales. Comment pouvons-nous collaborer avec les provinces pour veiller à ce que ces normes soient mises en place, à ce que les résultats soient mesurés et fassent l'objet de rapports?

Si vous pouviez démystifier ce que devraient être ces normes fédérales et nous faire des recommandations sur les modalités de collaboration, je vous en serais très reconnaissant.

Dr Tyler R. Black: Il est probablement bien connu que, sur le plan politique, les temps d'attente sont un élément qui compte. La publication des temps d'attente en chirurgie et dans les salles d'urgence recèle énormément de pouvoir politique. Cela fait naître des idées chez tous ceux qui sont en politique.

De la même façon, il pourrait y avoir des normes qui... Lorsqu'un enfant est en difficulté, combien de temps faut-il attendre avant qu'un professionnel de la santé mentale le rencontre? C'est un exemple. La publication de cette information et l'incitation à réduire les temps d'attente pourraient correspondre à une norme nationale, et ce serait un point de repère bien connu. Il incombe aux groupes de défense d'en parler. En Ontario, il y a environ trois ans, je crois, ils ont fait savoir que certains jeunes attendaient plus de deux ans avant d'être traités. Nous avons besoin de ces normes.

Les normes devraient distinguer les niveaux de soins. Lorsque les problèmes sont traités sans tarder, il n'est pas nécessaire de faire appel à un psychiatre d'urgence de troisième ligne comme moi. Il y a beaucoup de professionnels dans bien des domaines qui ont une excellente formation et offrent toutes sortes de thérapies, mais lorsqu'ils ont besoin d'aide, ils devraient pouvoir l'obtenir. Lorsqu'ils en ont besoin, ils devraient y avoir accès même jusqu'au niveau des services de troisième ligne, les plus rares et les plus coûteux.

Déployer ces normes qui tiennent compte des niveaux de service aurait pour effet de beaucoup réduire les temps d'attente. Je passe du temps à évaluer des jeunes qui n'ont pas besoin de me voir. Il serait vraiment utile d'établir des normes sur les modalités d'accès aux soins dans les meilleurs délais.

• (1215)

M. Majid Jowhari: Merci.

À vous, madame Digout.

Mme Wendy Digout: Il est vrai qu'il est important d'avoir un système à plusieurs niveaux.

Lorsque je réfléchissais à l'accès précoce, des exemples... Parfois, l'accès précoce, cela veut dire que, si un enfant commence à ressentir de l'anxiété lorsqu'il va à l'école, il faut être capable de voir ce qui se passe, comment il se sent physiquement lorsqu'il ne peut pas aller à l'école, puis de trouver des stratégies d'adaptation.

C'est une intervention assez rapide si le problème est repéré très tôt. Si on attend trop longtemps, cet enfant refusera complètement

d'aller à l'école. Il peut commencer à se replier sur soi, devenir déprimé à cause de l'isolement et du repli. Si les problèmes sont détectés rapidement, il est possible de recourir à d'excellents programmes d'intervention précoce pour les enfants qui ont des déficiences développementales.

Il est essentiel d'obtenir des services d'orthophonie dès le début lorsqu'on voit les résultats sur les plans du comportement et de la réussite scolaire. Il faut s'assurer que, lorsque nous avons besoin d'un service, nous pouvons l'obtenir auprès d'une personne compétente. Un enfant qui commence à être anxieux et à avoir mal au ventre lorsqu'il faut aller à l'école n'a certainement pas besoin de voir le Dr Black. Il doit acquérir des stratégies d'adaptation.

M. Majid Jowhari: Ce que je comprends, c'est que l'accès aux bons soins répartis en diverses étapes et selon une certaine structure pourrait réduire le temps d'attente, ce qui est une norme que nous essayons de recommander ou de mesurer. La norme est multidimensionnelle.

Il ne me reste qu'une trentaine de secondes, et probablement 15 secondes pour chacun de vous.

Que pensez-vous de l'idée de services intégrés pour les jeunes? De façon directe, vous avez tous les deux parlé des déterminants sociaux de la santé, des services sociaux et du soutien en santé mentale. Quel est votre avis? Croyez-vous que le gouvernement fédéral devrait ou non financer directement ce programme?

Dr Tyler R. Black: Nous avons en Colombie-Britannique un modèle de services, la Foundry, qui reçoit des fonds fédéraux. Il s'agit de mettre sur pied des centres de jour intégrés pour les jeunes. On s'y occupe de la santé, du mieux-être, de l'accès aux services en santé mentale. Ces centres seraient de bons candidats pour recevoir des fonds, oui.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci, monsieur Black.

Merci, monsieur Jowhari.

[Français]

Monsieur Champoux, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

M. Martin Champoux: Merci, monsieur le président.

Je m'inscris en faux contre les questions de mon collègue M. Jowhari, qui suggère que le gouvernement fédéral devrait attacher des normes au financement accordé aux provinces.

Docteur Black, vous avez répondu bien honnêtement, j'en conviens, mais il est bon de rappeler qu'il y a 50 ans, le fédéral finançait les services de santé des provinces à hauteur de 50 % de leur coût. Maintenant, c'est 22 %. Les premiers ministres de toutes les provinces, du Québec et des territoires réclament depuis longtemps et unanimement que le gouvernement fédéral hausse les transferts en santé à 28 %, puis à 35 % des coûts pour rétablir un certain équilibre.

Vous savez, comme moi, docteur Black et madame Digout, que le problème des provinces, dans la gestion des systèmes de santé, c'est le sous-financement de la part du gouvernement fédéral. C'est un manque d'argent. Toutes les normes que le gouvernement fédéral pourrait exiger dans le cadre de la hausse des transferts en santé font déjà partie des idéaux des provinces et du Québec.

Alors, la réponse n'est pas très compliquée. Ce n'est pas d'attacher des normes à la hausse des transferts en santé ni de permettre au gouvernement fédéral d'intervenir comme il le souhaiterait dans l'administration des services de santé au Québec, dans les provinces et dans les territoires. C'est simplement d'envoyer l'argent à ceux qui gèrent depuis toujours les systèmes de santé.

Je voulais simplement faire cette mise au point, parce que nous souhaitons tous une baisse des temps d'attente dans les urgences. Nous souhaitons tous une prise en charge meilleure et plus rapide des patients et des gens qui ont des troubles de santé mentale, notamment, qui sont souvent mal perçus, mal diagnostiqués et mal jugés aussi. Ce sont tous des souhaits que nous avons. Nous espérons tous avoir un filet social plus efficace. Or je ne pense pas que cela passe par des discussions ou des normes que le gouvernement fédéral pourrait imposer aux provinces et au Québec pour envoyer de l'argent ici et là, selon son bon vouloir.

Je tenais également à vous dire que je soutiens et j'admire votre travail. Il est essentiel, et vous le faites dans des conditions déplorables, selon moi. Vous devriez être beaucoup mieux soutenus, et c'est ce que je souhaite que l'on retienne de cette réunion. Il faut que l'argent soit envoyé à la bonne place et qu'il soit géré par les bonnes personnes, selon les priorités, les urgences et les besoins précis de chacune des régions du Canada, qui ne sont pas tous les mêmes d'un bout à l'autre du pays.

C'est peut-être la dernière fois que j'aurai l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui, alors je vous félicite et je vous remercie infiniment de votre présence et de votre travail essentiel.

J'espère qu'on saura mieux vous soutenir.

• (1220)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, monsieur Champoux.

[Traduction]

Nous allons maintenant passer à M. Davies. Deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci, monsieur Black.

Dans l'échange de questions et réponses de « Demandez-moi n'importe quoi », en 2018, vous avez abordé la question des idées fausses au sujet du risque de suicide, et vous avez de nouveau évoqué le sujet aujourd'hui.

Quelles sont, selon vous, les idées fausses les plus répandues au sujet du risque de suicide et, peut-être, par ailleurs, les principaux facteurs de risque?

Dr Tyler R. Black: Bien sûr.

Parmi les grandes idées fausses que j'entends régulièrement, il y a le lien étroit qui existerait entre le suicide et les problèmes de santé mentale. Selon un mythe qui circule, tous ceux qui se suicident ou 90 % d'entre eux ont des problèmes de santé mentale. De nombreux organismes de défense des droits colportent encore ce chiffre. Pour établir des chiffres, nous avons recours à ce qu'on appelle l'autopsie psychologique, méthode qui n'est pas sans poser certains problèmes.

Chaque fois qu'il y a des examens de coroner, et j'y ai participé... Selon les National Institutes of Health, aux États-Unis, les problèmes de santé mentale sont un facteur qui joue dans environ 56 % des cas de suicide. Ce lien étroit entre suicide et problèmes de santé

mentale n'est donc pas le seul facteur dont il y a lieu de se préoccuper en matière de suicide. Certains se suicident pour des raisons qui n'ont rien à voir avec leur santé mentale, comme les problèmes de santé physique, des déficiences, des déterminants socioéconomiques de la santé, etc.

Un autre mythe au sujet du suicide que j'aime toujours combattre, c'est l'idée selon laquelle le fait de parler du suicide, de poser des questions à ce sujet ou de faire du dépistage ferait apparaître un risque dans l'esprit des gens. En réalité, le fait d'en parler ouvertement et d'avoir — je vois votre signal — la capacité d'interagir avec les gens sur le plan humain au sujet du suicide a un effet protecteur. De bonnes recherches montrent que c'est bénéfique.

Les principaux facteurs de risque? La liste est longue, mais je dirai qu'il y a la santé mentale, la santé physique, le racisme systémique et l'exclusion, et chez les jeunes, la discrimination fondée sur le genre et la discrimination contre les minorités sexuelles, ce qui est un facteur important.

M. Don Davies: À ce sujet, ma prochaine question... Vous aurez probablement peu de temps pour ajouter beaucoup de choses.

Depuis des décennies, la santé mentale est considérée comme moins essentielle à notre santé globale et à notre santé physique. Est-il temps, selon vous, d'ajouter les traitements en santé mentale à l'éventail des prestations assurées en vertu de la Loi canadienne sur la santé?

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Répondez en deux secondes ou moins, s'il vous plaît.

Dr Tyler R. Black: C'est plus que temps.

M. Don Davies: Madame Digout, à vous.

Mme Wendy Digout: Encore une fois, je suis d'accord.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Vous êtes formidables. Ce travail est le plus facile qui soit.

Merci beaucoup aux témoins.

Merci, monsieur Davies.

Nous passons maintenant à Mme Goodridge.

Vous avez cinq minutes.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

Je tiens à remercier les témoins. Seulement deux témoins pour une séance de deux heures, c'est beaucoup demander.

Sauf votre respect, l'une des questions qui me préoccupent le plus... Je suis une jeune mère. Pendant l'étude du Comité et au cours des derniers mois, j'ai soulevé à maintes reprises les préoccupations réelles et sérieuses qui m'ont été signalées par de nombreux parents — des mères et des pères, des gens ordinaires, des grands-parents des quatre coins du Canada, qui ont du mal à trouver des analgésiques pour les enfants. La pénurie prend les proportions d'une crise. Aux États-Unis, on en trouve en abondance — on peut même choisir le parfum —, mais au Canada, on n'en trouve nulle part. C'est particulièrement inquiétant dans les collectivités rurales, éloignées et isolées, comme celle où j'habite. Nous sommes très loin d'un hôpital pour enfants pour obtenir de l'aide si quelque chose va mal.

Voilà pourquoi je propose une motion:

Que le Comité tienne une réunion le mardi 15 novembre pour discuter les pénuries continues d'analgésiques pour enfants afin d'inclure une heure de représentants de Santé Canada et la deuxième heure d'inclure un témoin de chaque parti politique représenté au Comité.

• (1225)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, madame Goodridge. Je vais consulter le greffier pour m'assurer que tout est en règle.

Merci, monsieur le greffier.

Même s'il faut normalement un préavis de 48 heures pour présenter une motion, il y a certainement un lien avec le sujet à l'étude. Le problème touche tout le monde. Voilà pourquoi je conclus à la recevabilité de la motion.

La motion peut maintenant faire l'objet d'un débat.

Monsieur Vidal, à vous la parole.

M. Gary Vidal: Je ne suis pas un membre régulier du Comité, mais il me semble important que nous entendions les bons témoins lorsque nous prenons des initiatives comme celle-ci. Je propose un amendement prévoyant que le ministre de la Santé comparaitra pendant la première heure de la séance du 15 novembre.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci, monsieur Vidal.

Vous proposez donc un amendement prévoyant que, outre les fonctionnaires de Santé Canada, le ministre de la Santé comparaitra au cours de la première heure.

Nous sommes maintenant saisis d'un amendement. Est-ce exact, monsieur?

M. Gary Vidal: C'est exact.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup.

Un amendement est à l'étude.

Plusieurs députés souhaitent intervenir. Nous entendons d'abord M. van Koeverden, puis M. Champoux.

Monsieur van Koeverden, vous avez la parole.

M. Adam van Koeverden: Merci, monsieur le président.

La motion a été distribuée à l'avance, et Mme Goodridge a communiqué avec nous avant le début de la séance. Le préavis est largement suffisant.

Nous appuyons la motion, mais nous n'avons pas eu l'occasion de discuter de l'amendement. Nous sommes favorables, comme vous l'avez dit, à l'idée que comparaissent des fonctionnaires et des témoins proposés par tous les partis, mais pour l'instant, nous ne tenons pas à ce que le ministre soit là. Nous n'avons pas eu l'occasion d'en discuter.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci, monsieur van Koeverden.

[Français]

Monsieur Champoux, vous avez la parole.

M. Martin Champoux: Monsieur le président, ce n'est pas tant de la motion ou de l'amendement que je voulais discuter. À moins qu'on ait vraiment l'intention d'entamer une autre série de questions, je propose au Comité de libérer les témoins qui sont restés. Si nous prévoyons débattre d'une motion et passer au vote, il serait en effet poli de les remercier.

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Comme vous l'avez dit, ce n'est pas de l'amendement qu'il s'agit, mais je pourrais prendre le pouls de l'assemblée pour savoir s'il y a lieu de remercier les témoins.

Il semble y avoir accord.

Je remercie donc les deux témoins d'avoir comparu.

Je vous remercie de vos observations, de l'aisance avec laquelle les délibérations se sont déroulées, de votre attitude compréhensive envers le nouveau shérif et ses signaux indiquant qu'il reste une minute. Je vous en suis reconnaissant, et mes meilleurs vœux vous accompagnent.

Merci beaucoup d'avoir comparu.

Mme Wendy Digout: Merci.

Dr Tyler R. Black: Merci.

[Français]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup.

[Traduction]

Madame Goodridge, vous avez la parole.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

Monsieur van Koeverden, lorsque j'ai rédigé la motion, je n'avais pas vraiment... Je suis encore plutôt une néophyte, puisque je suis une élue de la promotion de 2021. Ce n'est pas une proposition à laquelle j'ai songé au départ, mais j'accueille favorablement l'idée de mon collègue, M. Vidal. Il est important, dans la mesure du possible...

Le problème touche les parents de tout le territoire national. Si nous obtenions toutes les réponses au sujet des causes du problème et des mesures prises pour le régler, ce serait bénéfique pour les parents et cela aiderait à atténuer l'anxiété.

Mme Digout nous a dit que la santé mentale des jeunes est un problème familial. À l'heure actuelle, beaucoup de familles sont encore plus angoissées parce qu'elles sont incapables de trouver des analgésiques de base en vente libre dans un pays très développé comme le nôtre. Les problèmes semblables sont courants dans les pays du tiers monde, mais pas au Canada. Il vaut la peine d'en discuter.

J'espère que les membres du Comité tiendront compte du fait que je suis encore une nouvelle députée. La proposition de mon collègue me semble excellente.

• (1230)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci, madame Goodridge.

Monsieur Hanley, vous avez la parole.

M. Brendan Hanley: Merci.

Je remercie Mme Goodridge d'avoir soulevé la question pour que le Comité en discute. Le problème est important et c'est le moment idéal pour en parler.

Je ne suis pourtant pas d'accord pour que le ministre soit invité. Nous voulons tirer les choses au clair en consultant les fonctionnaires de Santé Canada. Je n'appuierai pas l'amendement, mais je suis tout à fait d'accord pour que nous consacrons une séance à cette importante question.

Merci.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Monsieur Jowhari, vous avez la parole

M. Majid Jowhari: Je suis tout à fait en faveur de la motion. Merci beaucoup. Le texte a été distribué. Nous avons eu des échanges. L'appui est total.

Deux points, cependant. D'abord, la date du 17 ne nous donne pas beaucoup de temps pour obtenir que le ministre compare. Deuxièmement, je suis certain que le Budget supplémentaire des dépenses (B) et le Rapport sur les résultats ministériels seront publiés très bientôt, probablement au cours des prochaines semaines. C'est une excellente occasion de poser des questions au ministre. D'ici là, nous aurons compris ce que disent les fonctionnaires et les autres témoins, et nous aurons aussi des données qui nous permettront de poser des questions pertinentes et importantes au ministre.

J'appuie sans réserve la motion présentée par notre collègue, Mme Goodridge. Pour ce qui est de faire comparaître le ministre avec peu de préavis, le 17, sans avoir entendu tout le reste, je m'y opposerai.

Merci.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci, monsieur Jowhari.

Monsieur Champoux, vous avez la parole.

[Français]

M. Martin Champoux: Je comprends la proposition d'amendement de mon collègue M. Vidal et je me permets de proposer ce qui suit.

Si les conservateurs tiennent à ce que le ministre fasse partie de cette réunion du Comité, je propose de reporter ce sujet de quelques réunions et de passer à l'étude suivante, qui avait été proposée par mon collègue M. Thériault et qui porte sur les implants mammaires, une question très importante pour les Québécois et les Canadiens. Deux réunions sont prévues pour cette étude. Je propose donc de changer la date de la réunion qui inclurait la comparution du ministre. Cela offrirait un meilleur délai pour inviter ce dernier. Ainsi, nos collègues libéraux seraient peut-être d'accord sur ce changement.

Je vous laisse en discuter.

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Si je vous comprends bien, vous n'avez pas proposé de date exacte, mais le sous-amendement consisterait à retarder la séance et à faire comparaître le ministre à une date ultérieure pour discuter de cette question précise.

C'est toujours intéressant de siéger au comité de la santé. Le greffier m'informe que tout sous-amendement devrait viser l'amendement initial plutôt que le sous-amendement.

Je ne sais pas comment cela a été interprété en français.

Monsieur Champoux, à vous.

[Français]

M. Martin Champoux: Ce fut difficilement traduit.

Je précise que c'était une proposition d'amendement favorable pour mes amis conservateurs plutôt qu'un sous-amendement officiel.

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): D'accord. Merci beaucoup.

Monsieur van Koeverden, à vous la parole.

M. Adam van Koeverden: Merci, monsieur le président.

Encore une fois, je tiens à préciser que nous sommes en faveur de la tenue d'une séance très bientôt. C'est important.

• (1235)

[Français]

C'est d'une grande urgence.

[Traduction]

La journée est bien choisie.

Je répète que, pour aller au fond des choses, nous devrions entendre ce que nos collectivités ont à dire. J'ai discuté de la question hors ligne avec Mme Goodridge. J'ai appelé cinq ou six pharmacies de ma circonscription pour vérifier. Il serait vraiment utile d'entendre des pharmaciens ou des experts, ainsi que des fonctionnaires.

Une précision: un détail m'a agacé. L'expression « tiers monde » est dépassée. C'est un terme de l'époque de la guerre froide que nous n'utilisons plus. Il peut même avoir parfois une connotation méprisante. Comparer le Canada aux pays en développement ne fait pas grand-chose pour expliquer les difficultés qui surgissent chez nous. Nous avons certes des problèmes, mais ceux des pays en développement sont différents.

Merci.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Monsieur Davies, je vous en prie.

M. Don Davies: Merci.

Devant ces amendements et sous-amendements, je me suis rappelé le vieil adage selon lequel le chameau serait un cheval conçu par un comité.

Nous devrions revenir à la simplicité. Le texte initial de la motion me plaît. Convoquer le ministre ne ferait que politiser inutilement l'enjeu et ne permettrait probablement pas d'obtenir beaucoup plus de renseignements de fond par rapport à ce que nous donneront les fonctionnaires du ministère.

Il y a malgré tout un problème d'ordre pratique: comment arriver à faire comparaître des témoins? Il faudrait que nous proposons des noms d'ici la fin de la journée de demain, je dirais, pour que le greffier ait la semaine pour les convoquer, puisque la date prévue, c'est le mardi suivant notre retour. C'est plutôt une question de régie.

J'appuierai telle quelle la motion de Mme Goodridge proposant une séance le 15. De plus, s'il s'agit d'une question urgente, repousser la séance ne tombe pas sous le sens.

Cela nous donne également l'occasion de discuter entre nous du choix des témoins que nous voudrions entendre. Je crois comprendre que la pénurie d'analgésiques pour enfants est un problème mondial. Je n'affirmerais pas que tous les pays sont touchés, mais ils le sont presque tous. Je voudrais aussi entendre brièvement le point de vue de l'industrie. Il se trouve que j'ai rencontré ce matin un fabricant canadien de produits pharmaceutiques. C'est même le plus important de ces fabricants. Il avait des renseignements intéressants à ce sujet. Il serait bien d'entendre un large éventail de témoins au cours de la deuxième heure, afin que nous puissions avoir une bonne idée des solutions possibles.

Ce que je veux, c'est comprendre où se situe le problème et connaître les solutions possibles. Mon objectif n'est pas d'attaquer politiquement le gouvernement à ce sujet, mais plutôt de travailler concrètement pour voir comment nous pouvons apporter notre aide.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci, monsieur Davies.

Allez-y, madame Sidhu.

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

Je remercie ma collègue, Mme Goodridge, d'avoir soulevé cette question dont, comme tous mes collègues, je reconnais l'importance. Attaquons-nous au problème. Je ne suis en faveur d'aucun amendement ou sous-amendement, mais j'appuie la motion parce qu'elle est importante.

Comme l'a dit M. Davies, tenons une séance dans l'urgence avec Santé Canada, les pharmaciens et des témoins de votre circonscription.

Nous collaborons tous. Travaillons de concert pour donner suite à la motion.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci, madame Sidhu.

Allez-y, madame Goodridge.

Mme Laila Goodridge: Je suis reconnaissante à mes collègues de leur appui pour que nous examinions cette question extrêmement importante.

Voici un élément anecdotique qui semble important: un grand nombre de mamans, notamment des jeunes, ont communiqué avec moi depuis hier, depuis que le sujet a été abordé pendant la période des questions. Il ne s'agit pas de politiser la question. Elles m'ont écrit ou dit ceci: « Merci. J'avais l'impression de perdre la raison, d'être la seule à éprouver ce problème. Je me suis débattue dans les difficultés, mais je ne savais pas que le problème ne touchait pas que moi ou ma collectivité. » Les mamans ont eu le sentiment d'être entendues.

Franchement, en invitant le ministre à comparaître, personne ne cherchait à le mettre dans l'embarras. Il s'agissait simplement d'essayer de voir quels autres mécanismes politiques nous pourrions utiliser et non de politiser la chose. À dire vrai, je ne veux pas que la politique s'imisce dans le débat. Je veux que le problème se règle. J'ai soulevé la question devant le Comité il y a plus d'un mois et on peut soutenir que le problème s'est aggravé depuis.

Pour ma part, je n'ai vu depuis le début de l'été aucun analgésique pour enfants sur les tablettes dans ma collectivité du Nord de l'Alberta. C'est extrêmement préoccupant, car nous sommes à cinq heures de route de l'hôpital pour enfants le plus proche.

Je suis convaincue qu'il faut étudier la question. Selon moi, l'amendement proposé par M. Vidal ne visait pas à politiser davantage la question, mais plutôt à aller au fond du problème pour voir ce qui s'est passé, ce qui va se passer et quels autres mécanismes sont à notre disposition. Nous avons pu montrer que la motion recueille l'appui d'à peu près tous les partis.

Les familles canadiennes espèrent qu'il y aura du progrès et elles le méritent. Je comprends que bien des gens croient qu'il y a là une tentative de politisation. Ce n'était l'intention de personne. Nous n'en sommes pas là. J'exhorte tout le monde à réfléchir à l'idée de convoquer le ministre, car les parents ne demanderaient pas mieux que d'apprendre ce qu'il a fait pour tenter de redresser la situation.

• (1240)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci, madame Goodridge.

Il semble que plus personne ne veuille intervenir. Il conviendrait donc de se prononcer sur l'amendement de M. Vidal voulant que le ministre de la Santé compare comme témoin au cours de la première heure.

(L'amendement est rejeté.)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Nous allons reprendre le débat sur la motion proposée.

Monsieur Davies, vous avez la parole.

M. Don Davies: Le moment doit bien convenir pour faire une observation. C'est l'occasion de penser aux jeunes parents. Mme Goodridge a fait preuve de beaucoup d'engagement, d'efficacité et de courage en parlant de sa propre expérience avec son enfant, qui avait une poussée dentaire et pour qui elle ne pouvait pas trouver d'analgésiques, et en évoquant la situation des jeunes parents qui, un peu partout au Canada, ne peuvent pas se procurer des analgésiques pour leurs enfants.

Il convient de souligner une similitude entre le problème soulevé et le manque de soins dentaires. En effet, au Canada, des millions de jeunes et de parents vont au lit le soir en ayant des douleurs, parce qu'ils ne peuvent avoir accès à des soins dentaires. Qu'il s'agisse de parents qui ont un enfant qui fait ses dents et n'arrivent pas à trouver des analgésiques ou de parents d'adolescents qui vont au lit avec des douleurs comparables parce qu'ils ne peuvent recevoir des soins dentaires, la souffrance est la même pour les parents. C'est la même exaspération. Le besoin en matière de santé est identique.

C'est l'occasion de rappeler à tous les parlementaires que la cohérence est importante. J'espère que ce sera un bon exemple pour nous tous ici présents, de tous les partis, qui illustre la nécessité de travailler de façon constructive pour régler ce problème. Pas seulement le problème passager de la pénurie d'analgésiques, mais aussi la possibilité d'implanter une solution structurelle pour régler le problème de l'accès à des soins de santé buccodentaire pour tous les enfants et les adolescents.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci, monsieur Davies.

Je constate que plus personne ne souhaite intervenir.

J'ai la nette impression que la motion initiale dans sa version originale fait l'objet d'un consensus favorable. Ai-je raison de penser que les députés appuient la motion?

(La motion est adoptée.)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Excellent. La motion propose que le Comité tienne une séance le mardi 15 novembre pour discuter de la pénurie continue d'analgésiques pour les enfants, en consacrant une heure à l'audition des fonctionnaires du ministère de la Santé et une deuxième heure à l'audition de témoins proposés par chaque parti politique représenté au Comité.

Le greffier m'informe que nous devons recevoir les noms de ces témoins d'ici la fin de la journée de demain.

Mme Laila Goodridge: Pourquoi ne pas préciser l'heure? Est-ce 16 heures, heure normale de l'Est?

Le vice-président (M. Stephen Ellis): C'est à 16 heures, heure de l'Est.

Monsieur Davies, vous avez la parole.

• (1245)

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Maintenant que nous avons réglé cette question, comme je l'ai dit au président tout à l'heure au sujet de notre rapport sur les ressources humaines en soins de santé auquel nous travaillons, puis-je proposer que les analystes nous remettent d'ici la fin de la semaine prochaine le texte au propre du rapport contenant les changements convenus? Nous avons examiné le texte du rapport et nous l'avons accepté. Il serait même utile de souligner ces changements.

Pourrions-nous aussi mettre en évidence de façon différente les parties du rapport que nous avons mises de côté? Je songe à la partie qui porte sur les compétences, au début du rapport, aux paragraphes 3 à 7. Nous avons dit que nous y reviendrions. Peut-être pourrait-on utiliser une couleur différente. Nous pourrions ainsi travailler à partir d'une version à jour du rapport. Je crois que ce serait utile pour nous tous.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci, monsieur Davies.

J'ai eu l'occasion de m'entretenir de la question avec l'analyste.

Veillez faire part de vos réflexions au Comité.

Mme Sarah Dodsworth (attachée de recherche auprès du comité): Nous allons faire de notre mieux. Il y a d'autres ressources dont il faut tenir compte, dont la capacité de traduction. Il nous faudra vérifier auprès de nos collègues.

D'après les discussions que j'ai déjà eues, il est peu probable qu'il soit possible d'y arriver à la fin de la semaine prochaine, ce qui était l'objectif, mais nous pouvons travailler avec eux pour fournir le texte le plus tôt possible avant les discussions ultérieures.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup.

Madame Goodridge, vous avez la parole.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

La proposition de M. Davies sera productive et fructueuse pour l'avenir.

Je proposerais au Comité de ne pas revenir à l'étude du rapport tant que les analystes ne seront pas en mesure de nous fournir le texte. Ils ont une lourde charge de travail et beaucoup d'autres choses à faire. S'il faut environ deux semaines, ce serait très raisonnable. L'étude s'est étirée sur une longue période. Il me semble que c'est une façon raisonnable de nous assurer que nous avançons rapidement dans nos travaux.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup.

Monsieur van Koeverden, vous avez la parole.

M. Adam van Koeverden: Merci, monsieur le président.

Je dirais simplement que si nous devons discuter du rapport, nous le ferons normalement à huis clos. Je ne pense pas que nous en soyons encore là, mais nous siégeons d'habitude à huis clos lorsque nous discutons de ce genre de choses. Habituellement, nous sommes à l'aise d'en parler dans ce contexte.

J'insiste également sur le fait que nous devrions, collectivement, publier ce rapport avant Noël. Il nous reste maintenant trois, peut-être quatre, peut-être cinq semaines, qui sait, avant Noël, et nous avons une autre journée, ce qui est important, pour en parler. Nous avons une étude sur la santé des enfants. Nous avons toutes ces études à mener de front et, si nous ne...

Le problème, c'est peut-être seulement moi et ma façon d'organiser mon temps, mais j'aime bien terminer un travail avant de passer à autre chose. Nous devrions déposer ce rapport. Je ne nie pas qu'il y ait d'autres travaux qui retiennent notre attention. Ce n'est qu'une question de gestion du temps.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup.

Je vais m'assurer que le président en titre comprend bien vos propos et les modalités de la suite de nos travaux.

Monsieur Davies, vous avez la parole.

M. Don Davies: Merci.

Pour ce qui est du huis clos, nous ne parlons pas du fond du rapport. Nous ne parlons que de sa structure. Tout devrait bien se passer.

Le fait est que nous avons tous pris des notes au fur et à mesure que nous examinons le rapport. J'ai donc ma propre copie annotée, comme nous tous, j'en suis sûr. Cela ne veut pas dire que nous devons retarder la suite de l'étude du rapport. À dire vrai, nous en sommes aux recommandations et nous devons continuer de les intégrer de toute façon. Je dis simplement qu'il serait utile d'avoir une version à jour afin que, lorsque nous aurons terminé les recommandations et que nous reviendrons aux parties du texte qui ont été mises de côté, nous sachions où elles se trouvent.

Je comprends ce que dit l'analyste. Il est acceptable d'attendre que ce soit raisonnablement possible. C'est bien, mais je ne pense pas que cela devrait retarder notre étude du rapport parce que, là encore, comme dans le cas des analgésiques, la question des ressources humaines a également été qualifiée de crise. Il y a aussi urgence.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, monsieur Davies. Certes, le bon sens peut l'emporter en fin de compte.

Nos échanges ont été fructueux. Nous savons ce que veut le Comité: il souhaite obtenir dans les meilleurs délais une version mise à jour dont divers passages seraient mis en évidence, comme M. Davies l'a proposé.

Monsieur Davies, vous avez la parole.

• (1250)

M. Don Davies: Je propose de lever la séance.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Plaît-il au Comité de lever la séance?

Monsieur Hanley, à vous.

M. Brendan Hanley: Avant de lever la séance, je tiens à dire que les interventions de M. Ellis m'ont manqué, mais je le félicite

de la façon dont il a assuré la présidence. Il est facilement l'un des deux meilleurs présidents avec qui il m'a été donné de travailler au Comité. Merci.

Des députés: Oh, oh!

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Là-dessus, la séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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