



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 109

Le jeudi 11 avril 2024

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le jeudi 11 avril 2024

• (1110)

[Traduction]

Le président (M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.)): La séance est ouverte.

Bienvenue à la 109^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Je rappelle amicalement à tout le monde de garder l'oreillette à une certaine distance du microphone afin qu'il ne se produise pas de retour de son et de blessures potentielles.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement et à la motion adoptée le 16 mai 2022, le Comité reprend son étude sur la santé des femmes.

Avant d'accueillir nos témoins, je tiens à faire une mise en garde. Nous allons discuter d'expériences liées à la violence et à des agressions. Cela peut constituer un élément déclencheur pour les personnes ayant vécu des expériences semblables. Si vous vous sentez bouleversé ou si vous avez besoin d'aide, veuillez en aviser la greffière.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à notre groupe de témoins. Nous accueillons, à titre personnel, Mme Nichole Fairbrother, professeure agrégée de clinique au Département de médecine familiale de l'Université de la Colombie-Britannique. Nous recevons également Mme Liisa Galea, scientifique principale et titulaire de la chaire Treliving en santé mentale des femmes, qui témoigne au nom du Centre de toxicomanie et de santé mentale. Jocelyn Enright, coordonnatrice, Engagement communautaire, communications et collecte de fonds, représente le Kawartha Sexual Assault Centre. Nous recevons enfin Linda MacDonald, cofondatrice, et Jeanne Sarson, cofondatrice, qui témoignent au nom de Persons Against Non-State Torture.

Bienvenue à toutes nos témoins. Vous disposez de cinq minutes pour faire votre déclaration préliminaire.

Nous commencerons par Mme Fairbrother.

Mme Nichole Fairbrother (professeure agrégée de clinique, Département de médecine familiale, University of British Columbia, à titre personnel): Bonjour et merci beaucoup.

Je sais, de par mes collègues, que la santé mentale des femmes englobe un large éventail de troubles dont d'autres personnes ont déjà parlé cette semaine. Je consacrerai donc mes cinq minutes à mes propres domaines de connaissances et d'expertise et vous parlerai de deux sujets clés dans ce domaine: les pensées post-partum liées à la maltraitance du nourrisson et leur relation avec la sécurité et la santé mentale du nourrisson, ainsi que l'anxiété périnatale et les troubles liés à l'anxiété.

Sachez d'abord que 99 % des nouveaux parents signalent des pensées non désirées et intrusives liées au fait que leur bébé soit blessé par accident, et plus de la moitié d'entre eux font état de pensées intrusives non désirées liées au fait de blesser intentionnellement leur bébé. On ne le sait généralement pas, et ce phénomène est mal compris. Ce manque de connaissances a des conséquences négatives importantes pour les parents et leurs nourrissons.

Nous disposons maintenant de superbes données qui montrent que lorsque les pensées de blesser intentionnellement son nourrisson sont non désirées et intrusives, elles ne sont pas associées à un risque accru de violence envers le nourrisson. Elles sont toutefois liées à une détresse importante et à un risque accru de problèmes de santé mentale, les plus communs étant le trouble obsessionnel-compulsif et la dépression.

Les fournisseurs de soins de santé sont préoccupés — et c'est compréhensible — lorsqu'un parent révèle qu'il pense à faire du mal à son nourrisson. Cependant, le manque de connaissances dans ce domaine fait en sorte qu'on recourt souvent inutilement aux services de protection de l'enfance, à la surveillance de la maltraitance d'enfants et, à l'occasion, au retrait des enfants. Ces mesures sont nécessaires lorsque la sécurité des nourrissons est réellement en péril. Lorsque ce n'est pas le cas, toutefois, ces actions dramatiques peuvent avoir des conséquences dévastatrices pour les parents et leurs nourrissons.

À cet égard, je recommande que nous élaborions et évaluions des formations pour les fournisseurs de soins afin d'améliorer leurs connaissances et leur gestion des divulgations de pensées de maltraitance; que nous cherchions à comprendre et à atténuer les conséquences négatives de la divulgation de pensées de maltraitance post-partum par les parents aux fournisseurs de soins, en particulier pour les parents autochtones; que nous évaluions l'efficacité de l'éducation concernant les pensées de maltraitance post-partum pour réduire leurs conséquences sur la santé mentale; et que nous en apprenions davantage sur l'expérience des pensées de maltraitance post-partum chez les pères et les parents d'autres genres.

En ce qui concerne l'anxiété et les troubles liés à l'anxiété, on compte plus de 10 affections. Elles touchent les femmes de façon disproportionnée et constituent, collectivement, les troubles les plus répandus parmi tous les problèmes de santé mentale. Elles sont également associées à une détresse importante, à une dégradation de la qualité de vie et à une augmentation des coûts des soins de santé.

Par souci de commodité, je désignerai l'anxiété et ses affections connexes collectivement comme des troubles anxieux.

Parmi les personnes enceintes et en période post-partum, 21 % — soit une personne sur cinq — souffrent d'au moins un de ces troubles. Ils sont particulièrement importants pendant la période périnatale, car ils ont également une incidence négative sur le développement du nourrisson et du fœtus. Pour que notre système de soins de santé puisse combler efficacement les besoins des personnes atteintes de ces troubles, nous avons besoin d'un dépistage, d'une évaluation et d'un traitement précis et efficaces.

En dehors de la reproduction, nous offrons d'excellents traitements psychosociaux et médicaux. La thérapie par la parole — notamment la thérapie cognitivo-comportementale, ou TCC — est le traitement de choix pour bon nombre de ces troubles. La TCC est habituellement aussi efficace que la médication à la fin du traitement et est supérieure au suivi et à la prévention des rechutes. Cependant, la TCC financée par l'État étant extrêmement limitée, ceux qui bénéficient d'une couverture médicale de tiers ou qui ont les moyens de payer de leur poche des coûts élevés sont souvent les seuls à avoir accès à un traitement.

Chez les personnes en période périnatale, le dépistage jouit d'une grande acceptabilité, et la thérapie par la parole est nettement préférable à la médication. Les personnes enceintes ont particulièrement besoin d'avoir accès à une thérapie par la parole fondée sur des données probantes pour leur santé mentale en raison des préoccupations relatives aux effets négatifs potentiels des médicaments psychotropes sur le développement du fœtus.

À cet égard, je recommande d'accroître la recherche afin de trouver des outils de dépistage précis et fiables pour les troubles d'anxiété périnatale, d'évaluer l'incidence du dépistage en santé mentale sur les résultats en matière de santé mentale pour la dépression et l'anxiété périnatales, d'évaluer l'efficacité de la TCC chez les personnes en période périnatale et de trouver des moyens économiques d'accroître l'accès de ces personnes en particulier à la TCC. De façon générale, je pense qu'un financement accru pour la santé mentale périnatale serait très bénéfique.

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de m'écouter.

• (1115)

Le président: Merci, madame Fairbrother.

Nous allons maintenant entendre Mme Liisa Galea, du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Bienvenue devant le Comité. Vous avez la parole.

Mme Liisa Galea (scientifique principale, Chaire Treveling Family, Santé mentale des femmes, Centre de toxicomanie et de santé mentale): Merci, monsieur le président et honorables membres du Comité.

Je suis professeure depuis plus de 25 ans, initialement à l'Université de la Colombie-Britannique, et maintenant au Centre de toxicomanie et de santé mentale et à l'Université de Toronto. Je suis également responsable scientifique de *womenmind*, au Centre de toxicomanie et de santé mentale, et dirigeante de la grappe de recherche sur la santé des femmes, qui compte plus de 570 membres dans 29 pays à l'échelle mondiale. Ces deux initiatives ont des objectifs communs visant, notamment, à combler l'écart entre les sexes dans le domaine scientifique en plaçant les besoins et les expériences uniques des filles et des femmes à l'avant-plan de la recherche en santé mentale.

Mes recherches à titre de neuro-endocrinologue portent sur la façon dont les oestrogènes et le stress influent sur la santé mentale des femmes tout au long de leur vie du point de vue biologique. Mes principales questions concernent les raisons pour lesquelles les femmes sont plus susceptibles que les hommes de recevoir un diagnostic de dépression et de maladie d'Alzheimer. Qu'est-ce qui rend notre cerveau plus vulnérable à ces troubles?

De fait, nous, ainsi que d'autres chercheurs, avons découvert que de nombreuses signatures moléculaires dans le cerveau diffèrent selon le sexe et les expériences propres aux femmes. Voilà qui souligne l'importance cruciale de poursuivre les travaux dans ce domaine, car il n'y a pas de solution universelle lorsqu'il s'agit d'interventions en santé mentale.

En plus de comprendre l'influence du sexe sur les maladies, j'étudie comment les expériences propres aux femmes, comme la grossesse, la ménopause et les contraceptifs hormonaux, influencent le cerveau. C'est après l'accouchement et pendant la périménopause que le risque de première dépression est le plus élevé. Cependant, ces expériences propres aux femmes sont rarement prises en compte dans la documentation scientifique. À quel point ces recherches sont-elles rares? Nous avons constaté que seulement 3 % des études en neuroscience et en psychiatrie portaient sur la santé des femmes. De fait, il y a eu neuf fois plus d'études sur les hommes que sur les femmes.

Je suis une scientifique très souvent citée, figurant parmi les 2 % des scientifiques les plus renommés, et je compte plus de 200 publications à mon actif, mais il est très difficile d'obtenir du financement à la recherche pour travailler dans ce domaine. Mon expérience n'est pas unique. Nombre d'entre nous avons reçu des commentaires sur nos subventions, les gens demandant constamment qu'il y ait plus d'hommes. Or, il s'agit de subventions destinées à la recherche sur la grossesse, le placenta ou les cancers propres aux femmes. Nous avons besoin de recherche sur la santé des femmes; sans recherche, nous ne pouvons pas orienter nos fournisseurs de soins de santé, car les découvertes issues de nos recherches sont notre boussole et notre carte.

Pourtant, bien que l'attention portée au manque d'équité dans la recherche en santé s'améliore, elle est surtout centrée sur les différences entre les sexes dans les maladies et la santé. Nous devons comprendre que la recherche sur la santé des femmes et les variables propres aux femmes tout au long de leur vie sont essentielles à l'amélioration des résultats en matière de santé mentale.

La recherche sur la santé des femmes a été sous-évaluée, sous-étudiée et sous-financée. Non seulement les femmes et les femmes ont une physiologie et des expériences uniques qui influencent leur santé différemment de celle des hommes, mais de nombreuses femmes vivent ces expériences à d'autres moments de leur vie que les hommes. Si on ne tient pas compte de ces différences, il devient plus difficile de diagnostiquer et de traiter ces maladies avec précision.

Une autre grande étude a révélé que pour plus de 980 troubles, les femmes étaient diagnostiquées 3,7 ans plus tard que les hommes pour la même maladie. C'était le cas pour les troubles de santé mentale, la maladie d'Alzheimer et d'autres affections. Ces disparités s'expliquent fondamentalement par le fait que nos connaissances médicales, y compris nos critères de diagnostic, se fondent sur les données sur les hommes et les expériences des hommes.

C'est ainsi que les symptômes chez les femmes ont été qualifiés d'atypiques. Cette étiquette d'atypie a été attribuée à un large éventail de troubles, y compris la dépression, l'anxiété, le trouble bipolaire et l'autisme. Or, ces troubles sont atypiques seulement quand on le compare aux hommes. Ils ne le sont pas pour environ 50 % de la population. Les mots sont importants. Cette étiquette d'atypie contribue probablement au retard de diagnostic. Or, nous savons qu'un diagnostic précoce mène à des interventions précoces et à de meilleurs résultats.

Dans une autre de nos études, nous avons examiné plus de 8 000 subventions canadiennes sur une période de 11 ans. Nous avons constaté que moins de 6 % du financement fédéral était consacré à la recherche sur la santé des femmes. Selon un récent rapport du Forum économique mondial, nous pourrions économiser 1 billion de dollars par année à l'échelle mondiale si nous investissions dans la recherche sur la santé des femmes. Le gouvernement américain promet d'investir 12 milliards de dollars dans la recherche sur la santé des femmes.

Quand on protège le financement pour certaines maladies, on fait des découvertes incroyables. Pensez au défi du seau d'eau glacée pour la sclérose latérale amyotrophique, ou SLA, qui a permis de recueillir 115 millions de dollars pour cette maladie il y a 10 ans. Cet investissement a plus que doublé le nombre de chercheurs et de publications, et décuplé le nombre d'essais cliniques, de sorte qu'il existe maintenant au moins quatre nouveaux traitements approuvés.

Je recommande un investissement national concerté dans la recherche sur la santé des femmes, car c'est nécessaire pour améliorer les résultats en matière de santé mentale des femmes. Ce n'est que lorsque la société accordera de l'importance aux facteurs liés à la santé des femmes et y portera davantage d'attention que nous pourrions concrétiser la promesse de la médecine de précision.

• (1120)

Je vous remercie.

Le président: Merci, madame Galea.

Nous allons maintenant entendre Jocelyn Enright, du Kawartha Sexual Assault Centre.

Bienvenue devant le Comité. Vous avez la parole.

Mme Jocelyn Enright (coordonnatrice, Engagement communautaire, communications et collecte de fonds, Kawartha Sexual Assault Centre): Je vous remercie.

C'est un honneur que de comparaître aujourd'hui devant le Comité permanent pour parler de la santé des femmes et des filles.

Je m'appelle Jocelyn Enright et je porte le pronom « elle ». Je travaille dans un petit centre d'aide aux victimes d'agression sexuelle à Peterborough, en Ontario, qui reçoit environ 340 000 \$ en financement de base du gouvernement provincial par l'entremise du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires.

Je tiens à souligner que notre centre soutient des survivantes de tous les genres; je parlerai toutefois aujourd'hui du soutien que nous offrons aux femmes et aux filles.

Je voudrais mettre en lumière les répercussions importantes que la violence sexuelle a sur la santé des femmes et des filles, y compris les femmes trans et toutes les autres femmes membres de la communauté 2ELGBTQIA+. Je traiterai de la nécessité d'atténuer

les problèmes de santé mentale à long terme des survivantes, de prendre davantage de mesures préventives et d'accroître le financement de base pour atteindre ces objectifs.

Les femmes qui survivent à une agression sexuelle sont deux fois plus susceptibles que les hommes de développer un trouble de stress post-traumatique, ou TSPT, dont les symptômes durent jusqu'à quatre fois plus longtemps que ceux des hommes, même en tenant compte de l'étendue de l'exposition à un traumatisme et du type d'agression sexuelle subie.

Selon le DSM-5, certains des taux les plus élevés de TSPT sont observés chez les survivantes de viols, ces taux allant du tiers à plus de la moitié. Parmi les symptômes figure le fait de revivre l'événement traumatique par des épisodes de reviviscence et des cauchemars, d'éviter les rappels de l'événement traumatique, de sursauter facilement et d'avoir des pensées et des croyances négatives qui ont une incidence sur la vie quotidienne.

Le TSPT est souvent associé à de nombreux autres troubles de santé et de santé mentale, et ce n'est pas le seul problème de santé mentale qui peut survenir après une agression sexuelle. Les survivantes peuvent également développer un trouble d'anxiété généralisée, un trouble dépressif majeur, des idées suicidaires, des comportements d'automutilation, des douleurs et des problèmes de santé chroniques, des troubles de l'alimentation et de dysmorphie corporelle, un trouble obsessionnel-compulsif et une dépendance aux substances comme moyen de composer avec la situation.

De nombreuses femmes peuvent également recevoir un diagnostic de troubles de la personnalité comme le trouble de la personnalité limite après avoir vécu un traumatisme. Ces troubles sont fortement stigmatisés et peuvent mener de nombreux responsables de programmes à juger ces cas trop complexes. Les chercheurs considèrent que les troubles de la personnalité sont surdiagnostiqués chez les femmes qui ont été agressées sexuellement et préconisent de poser plutôt des diagnostics de TSPT complexe.

Le risque de souffrir de ces problèmes de santé mentale connexes peut être plus élevé chez les personnes qui sont victimes d'agression sexuelle à un plus jeune âge. Les traumatismes précoces peuvent entraîner des perturbations des neurotransmetteurs et nuire au développement du cerveau. Les traumatismes modifient les connexions et le câblage dans le cerveau, et peuvent influencer notre capacité à traiter et à gérer les émotions plus tard, des symptômes souvent associés aux troubles de la personnalité.

Le TSPT complexe est souvent observé chez les femmes qui ont subi de multiples traumatismes sexuels ou qui en ont subi dès l'enfance. Les filles victimes d'abus sexuels pendant leur enfance courent un risque accru d'être agressées sexuellement à l'adolescence et à l'âge adulte, ce qui augmente d'autant leur risque de développer d'autres troubles de santé mentale.

Il est important de souligner que notre centre n'est malheureusement pas financé pour servir les clients âgés de moins de 16 ans. Il y a donc une lacune importante dans les services offerts aux filles. Où les envoyons-nous si elles n'ont pas d'argent pour suivre une thérapie privée ou s'il n'existe pas d'autres organismes qui se spécialisent dans le soutien aux victimes d'agression sexuelle dans notre région? De nombreuses adultes viennent frapper à notre porte pour obtenir du soutien à la suite d'agressions sexuelles subies pendant leur enfance. Imaginez tout ce que nous pourrions faire de plus pour ces survivantes si elles pouvaient avoir accès à nos services et à notre soutien immédiatement après avoir été victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance. Imaginez comment cela faciliterait les choses à l'avenir pour toutes les ressources en santé si nous pouvions réduire le retour des traumatismes avant qu'ils ne se pérennisent et atténuer le développement de tous les autres troubles de santé mentale. Imaginez si nous traitions le TSPT complexe chez les femmes et les filles au lieu de les stigmatiser plus tard dans leur vie.

Notre organisme sert quatre grands comtés dans les environs de Peterborough, et les données du recensement de 2021 indiquent qu'environ 336 864 résidents vivent dans notre zone de service. Seulement pour les femmes et les filles, cela représente beaucoup de gens, et je tiens à souligner que notre financement de base sert à payer un poste de gestionnaire, un poste d'administrateur, un poste d'éducateur en prévention et un poste de conseiller.

Les femmes qui sont crues, qui ne sont pas blâmées et qui se voient offrir un soutien tenant compte des traumatismes après une agression sexuelle sont moins susceptibles de subir des effets à long terme sur la santé mentale. Les centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle sont extrêmement sous-financés en Ontario et ailleurs au Canada. Si davantage de financement de base était investi dans ces organismes, les survivantes de la violence sexuelle auraient un meilleur accès à des mesures de soutien en temps opportun, ce qui préviendrait de nombreux troubles à long terme.

Il faut aussi accorder la priorité à l'éducation en prévention. En Ontario, de nombreux centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle ne peuvent assumer ce rôle par manque de capacité et de financement ou avec un financement limité. Si nous pouvons enseigner tôt aux jeunes garçons les fondements de la violence sexuelle, du consentement, de la masculinité et du patriarcat, nous observerons une diminution des taux de violence sexuelle au fil du temps.

À l'heure actuelle, notre financement nous fournit le strict minimum pour offrir des solutions de fortune aux femmes, souvent longtemps après que le mal a été fait. On néglige le pouvoir de la prévention dans la création d'un changement durable.

• (1125)

Nous travaillons sans relâche pour faire du monde un lieu aussi sûr que possible pour les femmes et les filles, mais le fait est que nous manquons cruellement d'argent. Un relèvement du financement de base accordé aux centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles aura une incidence considérable sur l'avenir des femmes et des jeunes filles, ainsi que sur leur santé physique et mentale. Le gouvernement fédéral peut contribuer à cet égard en incitant les gouvernements provinciaux à majorer le financement, en puisant à cette fin aux programmes financés par le gouvernement fédéral, comme le Plan d'action national pour mettre fin à la violence fondée sur le sexe, du ministère de la Sécurité publique.

Merci.

Le président: Merci, madame Enright.

Nous passerons maintenant à Persons Against Non-State Torture.

Je vous souhaite la bienvenue.

Mme Linda MacDonald (co-fondatrice, Persons Against Non-State Torture): Merci.

Je m'appelle Linda MacDonald, et je suis accompagnée de Jeanne Sarson. Nous représentons Persons Against Non-State Torture, et nous sommes membres du Conseil national des femmes du Canada. Nous sommes des infirmières de santé publique à la retraite, et des militantes féministes communautaires.

Depuis 31 ans, au Canada, nous venons en aide à des femmes qui ont subi la torture aux mains d'acteurs non étatiques; ce qu'on appelle la torture non étatique. Tout a commencé avec une femme de notre communauté, en Nouvelle-Écosse. Nous sommes fières de porter la voix de ces femmes. Beaucoup d'entre elles ont été victimes de torture non étatique dès leur plus jeune âge, et toutes ont subi de graves discriminations.

La torture non étatique est la torture qui se produit dans la sphère domestique ou privée, à l'intérieur de la famille, de même que dans le cadre de la traite de personnes, de la prostitution, de l'exploitation pornographique et des groupes et gangs violents. Elle est minimisée en tant que normes ou gestes socioculturels, traditionnels ou religieux, et elle peut se produire dans un contexte de migration, de déplacement et de troubles humanitaires.

Le Conseil de sécurité des Nations unies définit les acteurs non étatiques comme étant des individus ou des entités « n'agissant pas sous l'autorité ou la tutelle » d'un État.

Les actes de torture non étatique sont intentionnels et peuvent inclure l'imposition d'une douleur et de souffrances mentales ou physiques intenses au moyen de chocs électriques, de noyade simulée, d'ingestion forcée de drogues, de viols de groupe ou collectifs, de coups, de flagellation, de coupures, de brûlures, ou d'imprégnations et d'avortements forcés. L'absence de disposition explicite interdisant la torture non étatique dans le Code criminel canadien a pour conséquence d'invisibiliser les femmes, de les pathologiser et de les étiqueter à tort comme malades mentales. Leur réaction normale à la torture non étatique est assimilée à un trouble, et la discrimination les empêche de recevoir les soins de santé mentale dont elles ont besoin pour guérir avec dignité de ces graves crimes et violations de leurs droits fondamentaux.

Je vous citerai l'exemple de Sara, une survivante de la torture non étatique qui s'est rendue à notre hôpital local pour des prises de sang. Dans l'ascenseur, la vue de flacons de sang a eu sur elle un effet déclencheur, et elle s'est effondrée au sol. Le personnel de l'hôpital s'est mépris sur sa réaction et l'a placée sur une civière aux ridelles levées, sous la surveillance d'un commissaire en uniforme chargé de l'empêcher de fuir. Au bout de huit heures, elle nous a appelées, et nous sommes allées l'aider à s'installer. S'il avait compris qu'il s'agissait d'une réaction normale à la terreur causée par le rappel de la vue de son propre sang, le personnel aurait pu lui éviter ce calvaire de huit heures.

En recourant à notre propre modèle de soins basé sur la victimisation et la traumatisation, nous avons réussi à aider les femmes à guérir des séquelles de la torture non étatique.

• (1130)

Mme Jeanne Sarson (co-fondatrice, Persons Against Non-State Torture): Je poursuivrai, et je présenterai les résultats de recherches fondées sur des données probantes et centrées sur les victimes.

Nous ne sommes pas seules à distinguer et à comprendre les différences, au niveau de la santé mentale, entre la victimisation résultant de la torture non étatique et la victimisation associée aux agressions ou aux sévices. Dans notre questionnaire de recherche, nous présentions 48 comportements violents, en demandant aux répondants si ces comportements, infligés en tout ou en partie à une personne, représentaient d'après eux de l'agression, des sévices ou de la torture non étatique.

Sur 776 répondants, 723 ou 93 % étaient canadiens, 680 ou 88 % étaient des femmes, 89 ou 12 % étaient des hommes, 7 n'ont pas précisé ou ont répondu « Autre », 7 % étaient originaires d'autres pays et 8 % ont répondu sur notre site web ou par courrier.

Ce questionnaire demandait également « Si vous deviez choisir entre être une victime de sévices-d'agression ou une victime de torture, que choisiriez-vous? »

Six cent quatre-vingts personnes, ou 88 %, ont choisi l'agression ou les sévices, en expliquant que la torture non étatique risquait davantage de mettre la vie en danger, était plus déshumanisante et plus douloureuse, qu'il était plus difficile d'en guérir et que ses victimes n'étaient pas crues. Environ 6 % des personnes sondées étaient indécises ou n'ont pas répondu, et 6 % ont opté pour la torture non étatique.

Comme nous l'ont expliqué deux femmes, c'est tout ce qu'elles ont connu. Une d'entre elles nous a raconté avoir été introduite à l'âge de quatre ans environ dans un réseau de trafic sexuel d'enfants. Elle assimile à de la torture la plus grande partie de ce qu'elle a subi dans ce réseau, et elle continue d'avoir de graves flashbacks, y compris des souvenirs corporels de cette torture.

L'autre femme a déclaré avoir bel et bien été torturée. Elle emploie ce terme pour aider les professionnels de la santé et les autres intervenants à comprendre son enfance, sans la minimiser.

Nous avons trois recommandations: considérer comme crime de torture la torture perpétrée par des acteurs non étatiques; reconnaître les soins tenant compte de la victimisation et de la traumatisation des victimes de torture non étatique; inclure la victimisation résultant de la torture non étatique dans l'éducation sur la violence à l'égard des femmes.

Chez les femmes, il ne peut y avoir de guérison mentale quand l'injustice sociopolitique les déshumanise en les considérant comme des personnes n'ayant pas le droit de dire la vérité, quand elles ne sont pas traitées avec dignité, quand elles ne sont pas crues et quand elles ne sont pas protégées contre la torture non étatique.

Je vous remercie de votre attention.

Le président: Merci.

Nous allons maintenant entamer les tours de questions, en commençant par les conservateurs.

Madame Roberts, vous avez la parole pour six minutes.

Mme Anna Roberts (King—Vaughan, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci également à tous les témoins. Je vous félicite pour votre travail essentiel; vous avez toute mon admiration.

Je commencerai par mesdames MacDonald et Sarson.

Un avertissement avant de commencer: si vous n'avez pas lu leur livre, ne le faites pas le soir avant d'aller au lit. J'en citerai quelques passages, car je veux aborder ce thème de la torture. Je pense que cette distinction entre torture étatique et non étatique n'a pas sa place.

Je commencerai par une citation tirée de la page 15.

Selon Sara, il n'y a « aucun espoir pour les personnes comme moi ».

À la page 27, on trouve une autre citation de Sara, selon qui son « 'père l'utilisait pour ses amis', et sa tante la faisait 'coucher avec son fils et leur faisait faire des choses pendant qu'elle regardait'. » En plus, « des chiens participaient ».

À la page 33, on lit qu'en 1991, « le monde ne reconnaissait pas une telle brutalité déshumanisante comme de la torture non étatique, comme une forme de violence infligée aux filles et aux femmes à l'intérieur des relations familiales ».

Plus loin, on lit que « Sara craignait de finir par s'automotiler si elle ne parvenait pas à s'enfuir ». Elle répétait sans cesse « 'Débarressez-moi de ça, débarrassez-moi de ça...', en voulant dire tous les crimes qu'elle subissait. Selon Sara, 'Je sais qu'ils ne voulaient pas me voir mourir, parce que j'étais leur marchandise.' »

Je pourrais continuer longtemps. Beaucoup de citations m'ont vraiment touchée à la lecture de votre livre.

Une chose qui m'a vraiment choquée, c'est lorsque Sara dit « 'des gens importants, des adultes! Des ministres, des fonctionnaires, des policiers, des pilotes... des orgies tenues dans des sous-sols, comme d'autres personnes organisent des fêtes ou des rencontres Tupperware, etc...' » et avoir été « 'emmenée loin dans les bois pour être torturée et violée à répétition.' »

L'étude que nous menons aujourd'hui porte sur la santé mentale des femmes, alors je vous pose la question suivante: Si une femme a subi des atrocités de la part d'un membre de sa famille, d'un conjoint ou d'un étranger et que le système juridique canadien ne reconnaît pas ce qu'elle a subi comme étant de la torture, alors quelles en seront les conséquences sur sa santé mentale?

Par exemple, les Nations unies reconnaissent le viol collectif comme une forme de torture, mais pas le Code criminel canadien.

Qu'advient-il de la santé mentale d'une femme qui, après avoir enfin trouvé le courage de nommer son tortionnaire, se fait répondre par le système juridique « Non, vous n'avez pas subi de torture »?

Je laisserai Mme MacDonald ou Mme Sarson répondre à cette question.

• (1135)

Mme Jeanne Sarson: Qu'est-ce qui leur arrive? Quand Sara est débarquée chez nous en 1993, Mme MacDonald et moi n'avions aucune idée que la torture pouvait survenir en milieu familial. Ce que nous avons appris, c'est que les victimes survivent par la dissociation. Sara ne savait pas qu'elle était un être humain. Quand nous lui avons dit « Sara, tu es un être humain », elle nous a répondu que personne ne le lui avait jamais dit. Elle pensait être une chose. C'est ainsi qu'elle se percevait: pas comme un être humain, comme « elle », mais plutôt comme « ça ».

Dans leur parcours de guérison, certaines femmes, dont Sara, veulent souvent nous tenir la main. Sara disait ne ressentir aucune sensation. C'est parce que, pour survivre, elles doivent se couper de leurs sens. Elles se coupent de leur odorat. Elles se coupent de leur sens physique et de leur sens visuel. Un jour d'automne, où Sara et moi étions assises dehors, elle m'a dit soudainement « Regarde les arbres, ils prennent des couleurs ». Elle m'a dit n'avoir jamais vu autrement qu'en noir et blanc. Nous assistons constamment à de tels scénarios.

Dans le passage « Débarrassez-moi de ça » que vous citez, cette réaction était attribuable au caractère tellement accablant des souvenirs de torture. Si on n'écoute pas ces victimes, elles ignorent quoi faire d'autre. Comme d'autres témoins l'ont dit ici, elles commencent à s'automutiler et à se droguer. Elles ont des difficultés avec la nourriture qu'elles mangent. Les parents de Sara lui ont également appris comment se suicider, si elle le désirait. Quand elle était petite, ils l'amenaient — c'est elle qui le raconte — dans le couloir pour lui montrer comment se trancher les veines des poignets.

Quand nous l'avons rencontrée, elle avait presque 30 ans. C'était une professionnelle, elle occupait un travail de professionnelle et elle vivait encore deux vies. Les gens ne semblent pas le comprendre. Pourtant, nous savons que dans les cas de violence domestique, les femmes vont travailler, puis rentrent à la maison et se font battre. C'était une professionnelle. Elle allait travailler. Elle rentrait à la maison et, même à près de 30 ans, elle continuait d'être torturée, elle demeurait victime de la traite de personnes et elle ne comprenait toujours pas que ce qu'elle vivait était de la violence.

Nous devons comprendre que ces personnes ont besoin de temps pour comprendre ce qu'elles ont enduré. La torture a commencé quand elle était encore un bébé.

Mme Anna Roberts: Je voudrais intervenir rapidement, car je sais que je n'ai pas beaucoup de temps.

À la page 43, on peut lire la citation suivante: « J'ai passé ma vie à faire ce que les autres voulaient, dans l'espoir qu'ils m'aiment ou qu'ils viennent à se soucier de moi, même un peu. » Je tiens à vous remercier, Mme MacDonald et Mme Sarson, d'avoir rescapé Sara, car la lecture de ce livre m'a beaucoup appris. La torture non étatique et la torture sont très similaires. Comment un pays comme le Canada peut-il ne pas considérer cela comme de la torture? Cette femme que vous avez pu sauver a été torturée.

Allez-y, madame MacDonald.

Mme Linda MacDonald: Ce que je veux faire, c'est expliquer ce que l'absence de loi dans notre pays fait ressentir à Sara et à toutes ces autres femmes.

C'est une chose d'être déshumanisée par sa famille ou des trafiquants, ou par la prostitution ou la pornographie. Mais c'en est une

autre d'être déshumanisée par son pays. Leur pays leur dit que... À l'âge de 20 ans, Sara avait subi 20 000 viols. Qualifier cela d'agression dans notre pays est une grave injustice pour elle. Cela renforce chez elle l'idée qu'elle est simplement une chose et que personne ne la croira jamais. Comment peut-on dire que les femmes victimes de viols collectifs en zone de conflit ont été torturées, mais que dans notre pays, lorsqu'il s'agit de Sara, qui a été victime d'un viol collectif, ou lorsqu'il s'agit des femmes qui ont subi un viol collectif après un match de hockey, on doit parler d'agression et non de torture? L'injustice, c'est que nous leur faisons voir qu'elles ne sont pas aussi importantes. C'est une forme de discrimination avec laquelle elles doivent vivre quotidiennement.

• (1140)

Le président: Je vous remercie, votre temps est écoulé.

Madame Sidhu, vous avez six minutes.

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

Merci à tous les témoins. Je vous félicite pour le travail que vous accomplissez pour toutes les femmes, et je vous invite à continuer. Je vous remercie de vos émouvants témoignages.

Madame Galea, dans votre témoignage, vous avez parlé du retard qui existe dans le cas des femmes. On compte neuf fois plus d'études sur les hommes que sur les femmes. D'après vous, quels sont les obstacles? Auriez-vous des recommandations à nous formuler aujourd'hui sur les mesures que nous pourrions prendre?

Mme Liisa Galea: Je pense personnellement, et c'est ce que je recommande, qu'il faut établir un financement protégé et réservé pour la santé des femmes en général et pour la recherche à ce sujet, parce que lorsqu'on protège le financement de la recherche dans un domaine particulier, ce sont des chercheurs multidisciplinaires qui rédigeront les demandes de subventions et effectueront la recherche dans ce domaine. Si on laisse la possibilité de dire... À l'heure actuelle, dans les subventions fédérales, beaucoup d'attention est accordée à l'analyse sexospécifique et genospécifique, ce qui est parfait et tout à fait louable, et les fonctionnaires vous diront que c'est le cas de 90 % des subventions, mais ils ont analysé une case obligatoire que nous devons tous remplir.

Nous avons décidé d'analyser ce qu'ils ont dit qu'ils prévoyaient faire, et c'est là que nous avons découvert que seulement... si on exclut le cancer du sein chez la femme, je pense que seulement 4,4 % des subventions fédérales sont consacrées aux enjeux de santé féminine. Je n'ai pas tous les chiffres. Je peux simplement vous faire part de mon expérience: la santé des femmes est grandement sous-valorisée. Si j'ai voulu créer le carrefour de santé des femmes, c'était notamment pour donner aux chercheurs les moyens d'effectuer ce type de travail. Des chercheurs qui font des travaux sur la santé féminine m'ont dit qu'ils ne veulent pas se désigner « chercheurs en santé féminine » parce qu'ils pensent que c'est une désignation sous-valorisée.

Comme je l'ai dit, j'ai des questions. Un des champs de recherche de mon laboratoire est la dépression post-partum, et on m'a souvent dit, quand nous essayions de faire publier des articles ou d'obtenir des subventions, que ce n'était pas un domaine de recherche important, même si nous savons que dans la vie d'une personne, c'est la période où le risque de dépression est le plus élevé.

Je pense que les financements réservés, comme dans le cas du défi du seau d'eau glacée pour la sclérose latérale amyotrophique... Un autre exemple est celui du VIH-sida. Le gouvernement canadien a distribué beaucoup d'argent à l'échelle mondiale, et la maladie est passée d'une condamnation à mort à la possibilité de vivre avec l'infection.

Pour moi, voilà où est la solution. Voilà notre boussole et notre carte.

Mme Sonia Sidhu: J'aimerais soulever un autre point. Vous avez dit que les femmes sont diagnostiquées 3,7 années plus tard.

Mme Liisa Galea: Oui.

Mme Sonia Sidhu: Est-ce que c'est à nouveau en raison d'un manque de données, d'un manque d'argent pour la recherche ou d'un diagnostic différent? Quelle est la raison?

Mme Liisa Galea: C'est une excellente question. Je pense qu'il s'agit d'un peu tout cela. Il y a des facteurs biologiques. Il y a aussi des facteurs sociaux. Les causes habituelles sont le déni, le rejet, le retard, le diagnostic, de même que l'insuffisance de recherche, la sous-valorisation et le sous-financement. Un certain nombre de maladies et de troubles se manifestent différemment chez la femme, n'est-ce pas? C'est de là que vient l'étiquette « atypique ».

Par ailleurs, il y a récemment eu un reportage sur une femme dans la quarantaine qui a subi une crise cardiaque. Elle n'a pas reconnu les symptômes, car un des principaux symptômes est un sentiment de malaise. Vous avez probablement entendu parler de cas similaires: des femmes qui se rendent à l'urgence et se font prescrire des antidépresseurs. Je pense que c'est une bonne partie du problème. On ne reconnaît pas que les symptômes peuvent être très différents, et qu'ils se manifesteront aussi probablement de façon très différente au niveau du cerveau ou du corps, ce qui nécessitera des types de traitements différents. C'est une situation regrettable.

Au sujet de ces 3 000 études, nous avons également examiné si elles faisaient une analyse différenciée selon le sexe ou le genre. Tout d'abord, les revues que nous avons consultées couvraient très peu de recherche sur le genre en général: c'était 3 % des études...

Mme Sonia Sidhu: Merci.

On nous a dit qu'en raison de la façon dont les cours de périnatalité sont actuellement structurés, la santé mentale est souvent négligée ou laissée de côté. D'après vous, comment pourrait-on améliorer la formation des futurs parents?

• (1145)

Mme Nichole Fairbrother: Pourriez-vous préciser votre question, s'il vous plaît?

Mme Sonia Sidhu: Dans le contenu et la structure actuelle des cours de périnatalité, la santé mentale est souvent négligée ou laissée de côté. Comment pourrait-on donner une meilleure formation aux futurs parents dans ces cours? Ou y a-t-il quelque chose qui manque dans ces cours? Vous pouvez en parler.

Mme Nichole Fairbrother: J'aimerais que vous répondiez d'abord, madame Galea. Je pourrai compléter, mais vous en savez probablement un peu plus que moi sur les cours de périnatalité.

Mme Liisa Galea: Je ne peux pas vous parler des cours de périnatalité, mais je peux vous dire, parce que j'ai fait cette petite analyse très récemment, que nous avons examiné le contenu des livres écrits à ce sujet. Vous en avez certainement entendu parler lundi aussi. La femme enceinte reçoit énormément d'attention, et une fois que le bébé est né, toute cette attention est reportée sur le bébé. Très

peu d'attention est accordée au parent qui accouche, et c'est un problème.

Un autre problème est que la santé mentale demeure grandement stigmatisée dans notre pays, alors qu'une personne sur deux connaît des problèmes de santé mentale au cours de sa vie. Autrement dit, chacun et chacune d'entre nous, ou une personne qui nous est très proche, sera touché.

Je n'ai jamais compris cette stigmatisation. Il faut la déconstruire en en parlant. Nous devons faire comprendre qu'il n'y a pas de mal à parler de maladie mentale. Évidemment, le fait d'en parler quand on est enceinte peut avoir des conséquences, mais c'est une période très délicate. Durant la période post-partum, on observe de nombreuses signatures biologiques qui correspondent à ce qui se passe durant la grossesse; il est donc logique que ce soit une période où la femme est particulièrement vulnérable.

Mme Nichole Fairbrother: Parmi les choses que nous remarquons dans le domaine de la santé périnatale, c'est à quel point on se concentre sur le nourrisson, ce qui est évidemment au plus haut point important, mais cet accent mis sur le nourrisson a parfois pour conséquence que la femme, le parent qui accouche, devient simplement un véhicule pour produire un enfant en bonne santé. On ne considère pas la femme elle-même comme ayant des besoins authentiques et distincts, indépendants de ceux de l'enfant. La santé mentale en est un très bon exemple, car on focalise tellement sur le développement de l'enfant.

Par exemple, je pense qu'il serait très difficile d'attirer beaucoup d'attention sur les problèmes de santé mentale du parent qui accouche, c'est-à-dire la mère, si ce n'était des conséquences pour le développement du fœtus, à cause de l'orientation exclusivement axée sur l'enfant. Quand on parle de santé mentale dans l'éducation prénatale, c'est un des enjeux qui me préoccupent personnellement, car c'est mon domaine de travail.

Lorsque nous parlons de pensées de faire du mal post-partum, la plupart des parents, la plupart des personnes enceintes, n'ont aucune idée que cela peut leur arriver. Cela s'explique en partie par le fait que lorsque c'est le cas, elles sont terrifiées à l'idée d'en parler à quiconque, de crainte qu'une personne décide de leur enlever l'enfant. Elles se pensent démoniaques. Au laboratoire, des personnes sont venues nous dire qu'elles avaient tenté de donner leur bébé en adoption parce qu'elles avaient tellement peur de ces pensées, ou elles nous disaient être devenues suicidaires à cause de la crainte inspirée par ces pensées.

Si elles avaient reçu une formation prénatale sur ces enjeux de santé mentale, ne serait-ce que des fiches-conseils ou des feuillets d'information, elles auraient pu affronter différemment cette expérience et avoir une idée de ce qui les attendait.

Le président: Merci, madame Fairbrother.

[Français]

Je cède maintenant la parole à Mme Larouche pour six minutes.

Mme Andréanne Larouche (Shefford, BQ): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je ne sais trop par quoi commencer. Il y a une expression chez moi, au Québec, qui dit: « ça me rentre dedans ». Vos témoignages me touchent profondément, mesdames Enright, Sarson, MacDonald, Galea et Fairbrother. Je vous en remercie beaucoup.

Il est vrai qu'il y a beaucoup de stigmatisation et, évidemment, cela nous ramène à nos histoires vécues. Dans ma propre famille, il y a des gens qui vivent avec des problèmes de santé mentale, de dépression. Ils vont probablement devoir être médicamentés et suivis toute leur vie pour éviter les dérapages.

Le président: Excusez-moi, madame Larouche, j'hésite à vous interrompre, mais il n'y a pas d'interprétation sur Zoom, si je comprends bien.

Nous allons donc arrêter le chronomètre, le temps de résoudre le problème.

• (1145) _____ (Pause) _____

• (1155)

[Traduction]

Le président: La séance est à nouveau ouverte. Je crois comprendre que nos problèmes techniques ont été résolus grâce à nos professionnels de l'informatique, que je remercie à nouveau.

[Français]

Madame Larouche, je vous remercie de votre patience.

Vous disposez encore de cinq minutes.

Mme Andréanne Larouche: Merci, monsieur le président.

Comme l'a mentionné Mme Galea, une personne sur deux souffrira de problèmes de santé mentale dans sa vie. Si une personne n'en souffre pas directement, ce sera quelqu'un de son entourage. Je tiens donc à souligner le travail des témoins. J'ai malheureusement connu le suicide dans ma propre famille et, en tant que mère d'une petite fille maintenant âgée de 2 ans, je m'inquiète pour elle.

Je tiens à souligner le travail d'organismes de chez moi. Je remercie Oasis santé mentale Granby et région, qui fait un travail exceptionnel auprès des familles. Chaque année, je me fais un devoir d'aller à son brunch-bénéfice, qui aura d'ailleurs lieu à la fin du mois, pour l'encourager. Par ailleurs, cette année, nous soulignons les 40 ans du Centre de prévention du suicide Haute-Yamaska Brome-Missisquoi.

J'ai commencé ma carrière de députée, en 2019, par un discours qui commémorait les 30 ans de la tuerie de Polytechnique, un acte causé par la misogynie, par la haine envers les femmes. Je suis également membre du Comité permanent de la condition féminine depuis février 2019. Chaque fois que ce comité fait une étude, on voit comment les femmes sont touchées d'une façon différente et disproportionnée. Je me l'explique mal.

Madame Fairbrother, vous avez parlé de la question des femmes autochtones. En ce moment, le Comité permanent de la condition féminine fait une étude sur la création d'une alerte robe rouge au Canada. Vous avez parlé d'une expérience différente vécue par les parents autochtones relativement à la santé mentale.

Pourriez-vous nous en parler davantage?

Mme Nichole Fairbrother: Bien sûr. Je suis désolée, mais je vais vous répondre en anglais. J'espère que cela ira.

[Traduction]

Je ne peux pas parler de tous les problèmes possibles de santé mentale pour les personnes enceintes ou en post-partum. Je reconnaissais également, avec une profonde humilité, qu'en tant que per-

sonne colonisatrice blanche, je dois m'avancer avec précaution sur ce terrain. Je ne peux pas parler avec autorité de certains sujets.

Cependant, je pense que lorsqu'on parle de phénomènes tels que les pensées de faire du mal post-partum, qui font partie du cœur de ma recherche, si cela m'arrivait et que j'étais un parent autochtone au Canada, il ne me viendrait pas à l'esprit d'en parler à qui que ce soit. Nous savons déjà, en discutant avec des mères blanches, que c'est un sujet difficile à aborder, presque inavouable. Je crois sincèrement que pour un parent autochtone, considérant l'histoire canadienne des enfants autochtones retirés à leurs parents, cela serait quasiment impossible. Autrement dit, une personne qui vit ce genre d'expérience hésitera à en parler.

Je pense que cette hésitation s'applique aussi très probablement à un large éventail de problèmes de santé mentale, en raison de la crainte suscitée par les conséquences, les figures d'autorité et le système de santé en général.

Récemment, une personne m'a contactée par courriel parce qu'elle avait des pensées de faire mal à son enfant. Elle m'a raconté qu'à l'hôpital, elle a initialement reçu un accueil chaleureux et cordial. Après discussion, son médecin de famille l'a envoyée à l'urgence, parce qu'on lui avait dit que ce serait le moyen le plus rapide d'être aiguillée vers le département de santé mentale génésique.

Pour situer le contexte, je vous dirai qu'elle se fait des mèches blondes dans les cheveux, comme sa mère, pour éviter que les gens ne l'identifient immédiatement comme autochtone, parce que cela lui donne un meilleur sentiment de sécurité. C'est juste pour illustrer à quel point une personne peut réfléchir à son identité personnelle.

Après qu'elle eut révélé son ascendance autochtone, les réactions ont immédiatement changé. Elle a été laissée seule dans une chambre pendant un certain temps. Pour cette raison, elle n'a pu avoir aucun contact avec les services de santé mentale, et on l'a dirigée vers les services de protection de l'enfance. Toute sa famille a dû déménager pendant deux ou trois mois, pour qu'elle puisse faire l'objet d'un suivi pour éventuelle maltraitance d'enfant, parce que ce suivi ne pouvait être effectué dans sa propre ville.

Je suis maintenant en contact avec diverses autorités sanitaires et je m'efforce d'offrir de l'éducation et de la formation à ce sujet, en raison du caractère hautement traumatisant de cette expérience pour la personne.

Même si cet exemple porte spécifiquement sur les pensées néfastes, qui constituent un très fréquent sujet de dissimulation, je crois que des situations similaires se produisent à l'égard d'autres enjeux de santé mentale.

• (1200)

[Français]

Le président: Merci, madame Larouche. C'est tout le temps qui vous était alloué.

[Traduction]

Madame Gazan, à vous la parole. Vous avez six minutes.

Mme Leah Gazan (Winnipeg-Centre, NDP): Merci beaucoup, monsieur le président.

Ma première question s'adresse à Mme Fairbrother.

Vous avez dit que la rafle d'enfants a pu causer des taux plus élevés de dépression chez les mères. Un des problèmes qui perdure encore chez nous au Manitoba, par exemple, pour faire suite aux propos de Mme Larouche, ce sont les alertes à la naissance, en particulier pour les parents qui ont déjà eu affaire aux services de protection de l'enfance; en cas d'inquiétudes, on ouvre immédiatement leur dossier, avant même qu'il soit survenu quelque chose. Encore aujourd'hui, des enfants sont retirés à leurs parents à l'hôpital, sans que les parents aient la possibilité d'exercer leur rôle parental.

Pouvez-vous nous en parler? Comme le dit clairement la recherche, nous savons que les femmes qui se voient retirer leur enfant subissent une dégradation considérable de leur santé mentale, et il leur devient plus difficile d'être parents en raison des conséquences associées à leurs problèmes de santé mentale, comme les dépendances ou les traumatismes.

Mme Nichole Fairbrother: J'inviterai également Mme Galea à intervenir si elle le souhaite.

Ma connaissance des retraits d'enfants se limite à mon propre champ de recherche sur les pensées de faire mal post-partum. Je pense toutefois que nous avons négligé un facteur, soit le traumatisme d'attachement qui se produit lorsqu'une mère est séparée de son nourrisson. Nous avons toujours supposé que, même pour les enfants, le fait de passer d'une situation malsaine à une situation saine ne peut être que bénéfique. Quand on a une étroite relation d'attachement avec une personne, le fait d'être séparé de cette personne est traumatisant; c'est traumatisant pour les enfants et pour les parents, et cela se répercutera très vraisemblablement sur la santé mentale.

Tout d'abord, je pense que le problème auquel nous sommes confrontés est, manifestement et à bien des égards, lié au racisme systémique et à l'histoire des peuples autochtones au Canada. Cependant, il y a aussi les enjeux de seuil et de processus. Notre seuil est fixé à un niveau qui suppose que le retrait ne sera pas préjudiciable, et qu'il ne peut être que bénéfique. Pour cette raison, nous plaçons la barre au mauvais endroit.

Mme Leah Gazan: J'ai une question à ce sujet. Nous savons que les deux premières années de vie sont les plus cruciales pour le développement de l'attachement à une autre personne. Y a-t-il un lien entre le retrait d'enfants de la garde de leurs parents et le risque de voir apparaître des troubles de l'attachement plus tard?

• (1205)

Mme Nichole Fairbrother: J'aimerais connaître la réponse à cette question. Si vous me demandez ce que j'en pense, je dirais oui, mais je ne peux pas m'exprimer avec autorité à ce sujet.

Mme Liisa Galea: Je dirais la même chose. Je ne sais pas, mais je pense que...

Mme Nichole Fairbrother: Je ne sais pas combien de personnes ici présentes ont des enfants, mais si vous vous souvenez de votre enfant lorsqu'il avait un an ou un an et demi — les larmes vont me monter aux yeux — je pense que vous vous souviendrez tous de l'amour et de l'intensité de cette relation. Je pense qu'il est très difficile d'imaginer qu'il n'y aurait pas de conséquences.

Mme Leah Gazan: J'ai une question sur le fait que nous devons toujours mesurer la santé des femmes par rapport à celle des hommes. C'est tout simplement ridicule. Je sais entre autres que de nombreuses universités et écoles polytechniques réclament un financement accru de la recherche dans les établissements d'ensei-

gnement. Quel est l'effet du manque de financement de la recherche sur la santé des femmes?

Mme Liisa Galea: L'effet est énorme. Nous en avons si peu en premier lieu. Soyons claires: nos niveaux de financement ont été faibles et ils diminuent par rapport au G7 et au G20; notre financement de la recherche en santé va dans la direction opposée à celle de nombreux autres pays. Cela joue contre nous.

Ensuite, nous avons aussi ce déficit extrême d'attention portée aux facteurs de la santé des femmes, qui ont fait l'objet de 6 % du financement de 8 000 subventions fédérales accordées sur 11 ans. C'est une très petite part du gâteau; nous avons besoin d'un plus grand gâteau en général.

Je dirai simplement qu'une grande partie de nos coûts de recherche est liée au financement du personnel. Les coûts liés aux doctorants, aux assistants de recherche et aux laboratoires augmentent tous, si bien que nous pouvons faire de moins en moins de recherche avec l'argent dont nous disposons.

Mme Leah Gazan: Nous parlons souvent de la violence au sein de relations conjugales. Nous ne parlons pas de la violence faite aux femmes en dehors des relations conjugales. Nous savons que, souvent, les femmes consomment des substances pour composer avec la violence qu'elles subissent.

J'ai fait pression pour qu'il y ait davantage d'espaces à faible barrière pour les femmes. Pourquoi est-il essentiel d'avoir des espaces à faible barrière, notamment des espaces ouverts en tout temps et des refuges pour les femmes?

Le président: Veuillez répondre brièvement, si vous le pouvez. Nous n'avons plus de temps.

Mme Liisa Galea: Je vais parler de ce que je connais. Quand nous parlons de commotions cérébrales, nous pensons tous aux blessures sportives, aux joueurs de football et de hockey. C'est plus de mille fois plus fréquent avec la violence entre partenaires intimes, dans les cas de violence familiale chez les filles et les femmes.

Le président: Je vous remercie.

Nous cédon la parole à Mme Vecchio, si vous le voulez bien, pour cinq minutes.

Mme Karen Vecchio (Elgin—Middlesex—London, PCC): Merci beaucoup.

C'est merveilleux d'avoir l'occasion de poser des questions. D'habitude, je n'ai pas cette chance.

Je dispose de cinq minutes, alors je serai très brève. Mesdames Fairbrother et Galea, je commencerai par vous.

Je crois que l'un des moyens de se défaire de la stigmatisation est de parler de choses comme la ménopause. Pour tout le monde, la ménopause, voilà, c'est reparti — je suis repartie.

De quoi devrions-nous avertir mes autres collègues lorsque nous parlons de santé mentale et de toutes ces choses, notamment les changements hormonaux, ainsi que le temps perdu? Cela fait neuf ans que je suis ici et je pense que j'ai observé du recul à certains égards. En ce qui concerne les pertes de salaire, nous savons qu'il n'y a manifestement pas assez d'études sur la ménopause. Les femmes éprouvent des difficultés, mais nous ne lâchons pas, parce que c'est ce que nous savons faire.

Que nous recommanderiez-vous par rapport à la ménopause et quelles études devrions-nous mener? Si nous devons investir de l'argent dans une étape ultérieure du cycle de la femme, que recommanderiez-vous?

Mme Liisa Galea: Pouvons-nous avoir plus de temps? Nous en savons si peu.

En fait, je viens d'écouter un balado intitulé « This Podcast Will Kill You » ou « Ce balado va vous tuer ». Le titre de l'épisode était « La ménopause est tout ce que vous voulez qu'elle soit ». J'étais à la fois en colère et heureuse de l'écouter. On y parlait de tous les symptômes qui surviennent pendant la périménopause, soit la période de deux à dix ans qui précède la ménopause, l'arrêt des cycles menstruels.

Nous en savons si peu à ce sujet. Je pense que les recherches sur le cerveau féminin pendant la ménopause ne représentent que 0,5 %, ce qui est très peu. Nous disposons donc de peu d'information.

Nous pouvons ressentir tellement de symptômes différents. Tout le monde pense aux bouffées de chaleur, mais il y en a beaucoup d'autres. Je pense que c'est la raison pour laquelle des femmes quittent le marché du travail. Elles n'ont pas conscience de ce qui se passe. Le système musculo-squelettique est touché. Je souffre maintenant d'arthrite aux articulations, et c'est un symptôme lié à la ménopause.

Parfois, des gens diront: « Eh bien, c'est l'âge, que voulez-vous ». C'est un peu vrai, mais pensez à la perte des hormones ovariennes. Les hormones ovariennes renferment des récepteurs d'oestrogène et de progestérone. Elles sont présentes partout dans notre corps. Elles ne se trouvent pas seulement dans les parties que nous couvrons d'un bikini, elles sont partout. Il est donc logique que lorsque nous perdons ces hormones, nous ressentions de nombreux symptômes différents.

Nous avons besoin de recherches, de recherches et encore de recherches.

• (1210)

Mme Karen Vecchio: Je sais que j'en veux plus, mais j'ai encore deux questions à poser, alors je vais m'adresser à Jocelyn Enright, avant de me tourner vers Jeanne Sarson et Linda MacDonald.

Madame Enright, nous parlons de contrôle coercitif. Nous savons que 30 % des femmes peuvent présenter des marques de maltraitance, comme des ecchymoses, mais pour une grande partie des 70 % qui restent, le problème tient au contrôle coercitif exercé pour les contrôler.

Que devons-nous faire en ce qui concerne le contrôle coercitif? Nous savons que l'impact est entièrement psychologique. Que devons-nous faire à cet égard?

Mme Jocelyn Enright: Merci pour la question. C'est un excellent point.

Parfois, notre attention est monopolisée par les symptômes physiques. Malheureusement, je pense que nous vivons au Canada dans une société qui suit les mêmes lignes directrices que la police, autrement dit: « J'ai besoin de preuves tangibles. J'ai besoin de le voir de mes yeux pour croire que cela se produit. » Pendant ce temps, notre centre et tous les autres centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles fonctionnent selon le principe suivant: « Si c'est

votre vécu et si ce sont les émotions que vous ressentez, c'est la preuve dont j'ai besoin pour vous aider. »

Même en ce qui concerne les lieux consacrés à la santé physique, il faut accorder beaucoup plus d'attention à la manière de créer un espace qui tient mieux compte des traumatismes. Comment faire en sorte que chaque personne qui franchit le seuil se sente aussi en sécurité que possible, de sorte que même si elle ne présente pas de signes physiques de blessures — si elle dit: « Je n'ai pas le droit d'aller là à cause de ceci » ou « Mon partenaire confisque mon téléphone » — nous ne nous contentions pas de l'ignorer? Nous savons comment poser des questions pour en savoir plus à ce sujet et leur laisser de l'espace.

Mme Karen Vecchio: Mesdames MacDonald et Sarson, je m'en remets à vous pour nous parler des traumatismes. La première fois que je vous ai rencontrées, c'était pendant la COVID. Nous avions parlé d'une jeune femme ligotée à un radiateur; je pense que c'est l'une des premières histoires que vous m'avez racontées.

En ce qui concerne l'aide psychosociale, quels services sont disponibles? Il n'est même pas possible d'avoir accès à un conseiller pour de simples problèmes de santé mentale, qu'il s'agisse d'anxiété ou de... Je sais que l'anxiété n'est pas simple, mais lorsqu'il s'agit de traumatismes complexes liés à la traite de personnes, quels services sont disponibles? Qui est formé pour offrir une aide psychosociale? Qu'avons-nous ici au Canada pour aider à sauver certaines de ces jeunes femmes de la torture mentale qu'elles continueront à subir pour le reste de leur vie?

Que pouvons-nous faire?

Mme Linda MacDonald: En ce qui concerne la torture et la traite de personnes, le seul endroit que nous connaissons qui a adopté le modèle que nous avons créé est le London Abused Women's Centre.

Pour le reste, nous avons des courriels. Cette semaine, j'ai répondu au courriel d'une femme dont la fille a été torturée dans le cadre de la traite de personnes. J'ai dû lui dire que, là où elle vit au Canada, je ne connais personne qui puisse l'aider — pas de la manière dont elle a besoin.

J'aimerais vous expliquer quelques-unes des raisons pour lesquelles les soins tenant compte de la victimisation et des traumatismes sont si importants. Les problèmes s'estompent. Les gens cessent d'être suicidaires. Ils cessent d'être sensibles à des déclencheurs. Ils cessent de se dissocier. Ils peuvent dormir la nuit. Ils ne prennent plus de médicaments. Ils n'ont plus besoin de prestation d'invalidité. Ils retrouvent une qualité de vie qui leur permet de s'amuser, d'avoir du plaisir et d'être libres d'être eux-mêmes.

Je sais qu'il est difficile de lire le soir, Anna, mais c'est une bonne histoire. C'est une histoire positive si nous acceptons leur réalité et si nous savons que, si les victimes peuvent guérir de la torture, elles peuvent guérir de n'importe quoi. C'est le pire crime qui existe sur la terre. Il n'y a pas encore d'endroit pour elles dans ce pays, parce que nous n'avons pas de loi. Bien sûr, parce que nous n'avons pas de loi, nous n'avons pas les soins dont elles ont besoin et qu'elles méritent.

Mme Karen Vecchio: Merci beaucoup.

Le président: C'est le tour de Brendan Hanley.

Allez-y, je vous en prie, pour cinq minutes.

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Merci beaucoup à vous toutes d'être venues.

Je vais commencer par Mme Enright.

Vous avez parlé de l'absence de financement pour les moins de 16 ans dans votre centre. Pourriez-vous nous parler brièvement des services disponibles dans votre région pour ce groupe d'âge, soit les enfants et les adolescents?

Mme Jocelyn Enright: Malheureusement, il n'y a pas grand-chose.

Je pense que l'on fait l'hypothèse que, parce que nous avons l'obligation de dénoncer, la police et les services d'aide à l'enfance sont les services appropriés lorsqu'une personne de moins de 16 ans subit un préjudice. On suppose qu'il faut les appeler et les laisser s'en occuper. Nous savons qu'un grand nombre de ces scénarios sont incroyablement préjudiciables et engendrent une forte stigmatisation. Les victimes risquent de ne pas être traitées comme il se doit.

Oui, bien sûr, je peux appeler la police lorsqu'une situation concerne une personne de moins de 16 ans. Si les policiers décident qu'il n'y a pas assez de preuves, je ne peux pas offrir d'aide psychosociale. Je suis obligée de dire: « Voici un centre d'aide à l'enfance et à la jeunesse qui a une liste d'attente d'un ou deux ans, potentiellement ». Je ne sais pas si la situation a changé, mais pendant la COVID, à Peterborough, nous avions une liste d'attente d'au moins deux ans pour la plupart de nos services à l'enfance et à la jeunesse. Je ne peux pas garantir que les travailleurs — qui, j'en suis sûre, font un excellent travail — possèdent la formation spécialisée nécessaire pour travailler avec des survivants d'exploitation sexuelle, qui ont souvent besoin de différentes façons d'aborder le problème. Souvent, nous ne pouvons pas utiliser une modalité particulière sans l'adapter pour tenir compte davantage des traumatismes.

Malheureusement, ce sont les options qui s'offrent à nous à l'heure actuelle. Nous nous retrouvons dans une position où nous n'avons pas grand-chose à offrir aux gens.

• (1215)

M. Brendan Hanley: À propos du financement, vous avez parlé des domaines dans lesquels le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle. Je pense qu'en partie, il s'agissait de négocier le financement de base avec le gouvernement provincial et d'augmenter l'apport d'autres sources de financement. L'annonce prébudgétaire récente de la ministre Saks était une très bonne nouvelle: 500 millions de dollars consacrés à la santé mentale des jeunes.

Imaginons que vous disposiez d'une part de ces fonds. Où l'affecteriez-vous dans votre communauté? Où iriez-vous en premier? Je sais que cela peut dépendre du montant, mais disons que vous en avez un bon morceau.

Mme Jocelyn Enright: On m'a dit que notre rêve est d'obtenir 700 000 \$ de plus. Ce serait le strict minimum pour nous permettre de disposer d'un financement de base afin d'aider ceux que nous aidons et ceux que nous ne voyons pas. C'est l'essentiel. Nous pouvons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour créer un lieu aussi sûr que possible. J'essaie de me faire la porte-parole de cette volonté. Beaucoup de gens passent à travers les mailles du filet.

Oui, je comprends la nécessité de toutes sortes de mesures de santé mentale pour les enfants... mais si nous prenons toutes ces différentes sections... il ne suffit pas de parler de « santé mentale ». Bien sûr, nous pourrions atténuer beaucoup de ces problèmes de

santé mentale en investissant dans des centres comme le nôtre. C'est très bien. Faisons-le. Cependant, je pense que, bien souvent, nous ne prenons pas en compte les enfants issus de situations de violence familiale. Ce n'est pas aussi simple que de dire: « Sortez de ce contexte. »

« Est-ce que je peux aller dans un refuge avec mes enfants? S'agit-il d'un refuge à faible barrière? Que se passe-t-il si je consomme des substances pour composer avec ce genre de situation? Et si mes enfants le font aussi? » Il faut aussi prévoir des fonds à cet effet. Une grande partie de ces fonds pourrait servir à fournir aux gens des produits de première nécessité lorsqu'ils quittent ces situations.

Il y a aussi des organismes auxquels les gens ne pensent pas d'emblée. Nous pouvons envisager d'affecter cet argent à la santé mentale, mais s'il est affecté à différents types de problèmes, à la torture ou au travail que nous faisons à l'égard des agressions sexuelles, il y a de fortes chances que nous observions une diminution des autres troubles mentaux.

M. Brendan Hanley: Je vous remercie.

Je vais passer à Mme Galea. J'ai tellement de questions à vous poser.

Vous avez parlé de la publication d'études sur la santé des femmes. Est-ce une question de contenu? Le fait qu'une femme mène la recherche a-t-il son importance? Cela joue-t-il un quelconque rôle en tant que chercheuse?

Mme Liisa Galea: Tout à fait. Nous avons tendance à faire des recherches sur ce qui nous intéresse, et nous nous intéressons à ce que nous avons vécu.

Je vais vous donner un très bon exemple. J'ai souffert de nausées et de vomissements très intenses pendant ma grossesse. On m'a dit que tout était dans ma tête. Je tiens à préciser que j'avais accès à une professionnelle de la santé fantastique. Elle n'avait tout simplement pas été formée, parce que nous ne disposons pas de la recherche nécessaire pour connaître certaines de ces choses. Elle m'a dit de ne pas m'inquiéter, qu'elle pouvait m'hospitaliser, mais que les symptômes disparaîtraient. Je me suis résignée, parce que c'est ce que nous faisons. Mon fils a maintenant 27 ans, donc 27 ans plus tard, nous savons maintenant qu'il existe une hormone appelée GDF15.

Je suis désolée, j'ai oublié son nom, mais cette hormone a été découverte par une femme aux États-Unis. Elle a souffert de nausées et de vomissements très intenses pendant sa grossesse et elle a fini par perdre son bébé. L'autre chose que l'on nous disait, c'est que tout allait bien, qu'il n'y avait pas de danger, mais en fait, ce n'était pas vrai pour certaines personnes. Elle était généticienne. Elle a commencé à chercher un facteur génétique et a découvert cette hormone. Les femmes souffrant de nausées et de vomissements très graves pendant la grossesse ont maintenant accès à des traitements potentiels.

Lorsqu'elle a dit à son laboratoire que c'était ce qu'elle voulait commencer à étudier, on s'est moqué d'elle. Elle a persévéré, car c'était ce qu'elle avait vécu. Elle voulait obtenir une explication et savoir pourquoi cela se produisait.

La corrélation n'est pas parfaite, mais les chercheuses sont plus susceptibles de travailler sur des questions qui leur tiennent à cœur. C'est important. Comme vous le savez probablement, comme dans de nombreux domaines, nous n'avons pas tendance à gravir les échelons aussi facilement.

• (1220)

Le président: Merci, madame Galea.

[Français]

Je cède maintenant la parole à Mme Larouche pour deux minutes et demie.

Mme Andréanne Larouche: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vais poursuivre mon tour de questions en revenant à Mme Galea.

Encore une fois, je ne comprends pas qu'il y ait autant de différences entre le financement de la recherche sur les maladies et la santé des femmes par rapport à la recherche pour la santé des hommes. Les chiffres que vous avez donnés sont vraiment affolants.

Pouvez-vous revenir aux raisons de cet écart d'investissement et nous parler de ce qu'on peut faire de plus?

Vous avez aussi mentionné que des investissements supérieurs dans la recherche sur la santé des femmes permettraient des économies. Vous avez parlé d'économies de 1 trillion de dollars, si j'ai bien compris. J'aimerais que vous reveniez sur ce chiffre et que vous nous indiquiez de quel organisme il provient.

[Traduction]

Mme Liisa Galea: Je répondrai d'abord à la dernière question.

[Français]

Je suis désolée, mon français n'est pas très bon.

[Traduction]

Le chiffre de 1 000 milliards de dollars que nous pourrions économiser dans le monde si nous obtenions davantage de connaissances grâce à la recherche sur la santé des femmes est tiré du rapport du Forum économique mondial qui vient d'être publié il y a un mois environ.

Les Instituts de recherche en santé du Canada figurent parmi les principaux organismes subventionnaires fédéraux. On y dénombre quelque 58 comités. Ils s'intéressent aux neurosciences et aux aspects biologiques et cliniques du vieillissement. Aucun comité ne s'occupe explicitement de la santé des femmes. Il y en a un sur la santé maternelle et infantile. J'ai essayé d'obtenir des fonds par son intermédiaire. Je n'y parviens pas, car comme vous pouvez l'imaginer, on s'intéresse surtout à l'enfant.

Il y en a un autre appelé « Genre, sexe et santé » ou GSS. C'est de ce comité que j'ai tendance à obtenir des fonds. Si vous regardez sur Twitter-X, vous y verrez ma montée de lait. J'étais vraiment en colère, parce que j'ai présenté cinq demandes de subvention à ce comité pour étudier l'effet de la grossesse sur le vieillissement du cerveau, et on me demandait toujours d'ajouter des hommes. Les hommes ne tombent pas enceintes. Je ne pouvais pas faire le travail qu'on me demandait. Par ailleurs, il y a un manque de recherches et de publications dans ce domaine. On croit à tort que les filles et les femmes sont plus difficiles à étudier, parce qu'elles sont plus hor-

monales. Nous avons ces phases du cycle menstruel, et nous sommes donc plus difficiles à gérer ou à interpréter. Toutefois, pour un peu plus de légèreté, sachez que les hommes vivent chaque jour une baisse de 50 % de leur taux de testostérone. Je me permets une petite pointe: compte tenu de la fluctuation mensuelle chez les femmes et de la fluctuation quotidienne chez les hommes, qui est le plus hormonal?

De nombreuses études ont été menées pour montrer qu'il n'y a pas de différence de variabilité entre les deux sexes. Je ne peux pas me prononcer. J'aimerais connaître la réponse.

Le président: Je vous remercie. C'est avec beaucoup de réticence que je vous interromps.

Nous cédon la parole à Mme Gazan pour deux minutes et demie.

Mme Leah Gazan: Je ne sais pas si quelqu'un peut répondre à cette question, mais une nouvelle m'a vraiment choquée. Il y a deux jours, une Mexicaine s'est vu refuser une césarienne à Edmonton jusqu'à ce qu'elle trouve 5 000 \$ pour l'obtenir.

J'ai vraiment fait pression en ce qui concerne le statut pour toutes ces raisons, des facteurs de sécurité pour les femmes.

Vous avez parlé un peu de la santé mentale. Je me demande si Mmes Enright, Fairbrother ou Galea pourraient répondre à la question de savoir comment cela compromet la santé des femmes, le racisme actuel et systémique au sein de notre réseau — je le qualifie de racisme systémique.

Quelqu'un peut-il répondre à cette question?

Mme Nichole Fairbrother: Je peux vous en parler un peu en me fondant sur ma propre expérience.

Au cours des 10 dernières années, je me suis entretenue avec plusieurs femmes autochtones qui m'ont parlé de leurs problèmes de santé mentale. Lorsque je les entends raconter leur vécu dans le réseau de la santé et de la psychiatrie, j'ai l'impression que c'est surréaliste. J'ai l'impression qu'elles lisent un article récent décrivant le problème. Cela ressemble à un cliché, et je ne dis pas cela pour banaliser leur situation.

Ce qu'elles décrivent, c'est ce dont on nous a avisés ou dont nous avons vu les gros titres, et elles me racontent ces histoires qui correspondent exactement à ces récits, et cela me semble extraordinaire.

Je pense que j'avais l'espoir ou l'impression qu'étant donné que ce phénomène était mieux connu, il ne se produirait plus, mais il est clair qu'il s'agit toujours d'une préoccupation très sérieuse et persistante.

• (1225)

Mme Leah Gazan: Je vous remercie pour cette réponse, car comme je vous l'ai demandé pendant la pause, nous savons que la stérilisation forcée des femmes autochtones est toujours d'actualité au Canada. Il est certain que la discrimination n'est pas nouvelle dans notre réseau de la santé.

J'ai été horrifiée. Je me suis dit: « Oh, mon Dieu, ce qu'elle a dû endurer lorsqu'on lui a refusé la possibilité d'accoucher dans un hôpital. » Comment est-ce possible? Avez-vous des commentaires à faire?

Le président: Soyez très brève, si vous le pouvez. Nous n'avons plus de temps.

Mme Jocelyn Enright: Je ne connais pas aussi bien le réseau de la santé, mais nous travaillons bien sûr constamment avec des femmes qui nous disent qu'elles ne se sentent pas à l'aise d'aller à l'hôpital pour des problèmes de santé à cause de la discrimination systémique qu'elles y vivent.

Nous parlons ici de se voir refuser une chose qu'on croirait être simplement un droit fondamental au Canada, à savoir la possibilité de se rendre à l'hôpital et d'y obtenir cette intervention. Cela semble si simple, mais ce n'est pas ce qui arrive. Nous constatons souvent la même chose chez nos survivantes qui se présentent pour un motif connexe quelconque. Dès qu'elles s'identifient comme étant une femme, dès qu'elles révèlent qu'elles ont subi un traumatisme ou de la violence sexuelle, elles sont traitées de manière incroyablement différente.

Le président: Je vous remercie.

C'est le tour de Mme Goodridge, pour cinq minutes.

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

Je suis vraiment reconnaissante à nos témoins d'être venues.

Mes questions s'adresseront plus particulièrement à Mmes Fairbrother et Galea.

Je vous ai dit avant le début de notre séance que je suis mère de deux petits garçons. Pour ce qui est de la santé mentale périnatale et de l'anxiété, je ne savais même pas que cela existait.

Lorsque j'ai eu mon premier fils, je n'ai rien vécu de tout cela. Très peu de temps après la naissance de mon deuxième fils, j'ai pris conscience que mon anxiété était paralysante, hors de contrôle. J'avais l'impression que quelque chose n'allait pas, et il est né un mois avant terme. Il y avait beaucoup de stress supplémentaire, alors j'ai supposé que j'étais anxieuse et que j'avais raison de l'être.

Il a fallu que je prenne connaissance de certaines de vos recherches pour que je me dise: « Hé, un instant. Ce n'est qu'un phénomène normal. Cela aussi passera. Je vais bien. Tout va bien. »

J'en parle parce que je ne savais même pas que cela existait. Je me demandais quelles recommandations vous pourriez faire pour améliorer cet aspect.

Mme Nichole Fairbrother: Vous avez tout à fait raison.

La dépression majeure et la psychose post-partum sont probablement les deux problèmes de santé mentale qui ont reçu le plus d'attention médiatique, qui ont fait l'objet du plus grand nombre de recherches, etc. Ce sont les deux pathologies les mieux connues. En tant que trouble dépressif majeur, la dépression post-partum touche environ 6 % des nouvelles mamans, alors que les troubles anxieux touchent 21 %. Toutes les recherches et l'attention qui ont été accordées à la dépression et à la psychose sont bien méritées. C'est très bien. Cependant, nous n'avons pas consacré beaucoup de temps à ces troubles anxieux qui sont beaucoup plus courants.

Un point de départ consisterait simplement à les nommer. Il m'arrive souvent de parler à des femmes qui disent avoir vécu un post-partum. Elles ne précisent même pas de quel type de post-partum il s'agit. On suppose qu'il s'agit d'une dépression. Si vous entrez dans le cabinet d'un médecin et qu'il commence à vous poser des questions sur la dépression et que vous présentez d'importants symptômes de dépression, il est tout à fait possible que la raison pour laquelle vous êtes déprimée soit que vous souffrez d'un trouble an-

xieux sur lequel personne ne vous a questionné et dont personne n'a parlé, et pourtant on vous diagnostique une dépression parce que l'une des conséquences de ce trouble est une humeur dépressive, mais personne n'y porte attention.

Nous avons besoin d'une meilleure vulgarisation publique à ce sujet afin que les gens soient plus conscients de l'existence de ce trouble. Quelqu'un a parlé plus tôt de l'éducation prénatale. Il est très important de fournir des renseignements sur les manifestations de ce trouble et de mener plus de recherches ciblées afin d'en savoir plus sur ce trouble. Il est important de déterminer si les gens sont informés et ce que nous pouvons faire pour que les nouveaux parents soient mieux informés.

• (1230)

Mme Laila Goodridge: Madame Galea, allez-y.

Mme Liisa Galea: J'étais en train de prendre tout un tas de notes. Évidemment, mon grand message est la recherche, la recherche, la recherche. Nous en savons si peu sur ce qui se passe dans le cerveau maternel. Comme je disais, un certain nombre de signatures biologiques se manifestent au cours de la grossesse et du post-partum. J'aimerais bien faire de l'humour, mais je sais que je n'en ai pas le temps. Ces signatures reflètent ce qui se passe dans un certain nombre de troubles psychiatriques, et notamment la dépression. Je ne suis probablement pas tout à fait d'accord avec ma collègue sur les chiffres, mais là n'est pas la question. Ce qui compte, c'est qu'il s'agit d'une période de grande vulnérabilité et que nous devons fournir aux personnes les outils dont elles ont besoin pour comprendre cela.

Jeffrey Meyer, du Centre de toxicomanie et de santé mentale, vient de faire une grande découverte. Il a examiné certains suppléments et étudié des renseignements fondés sur des données probantes concernant ce qui manque, les signaux biologiques et la façon dont nous pouvons mieux servir les gens.

En ce qui concerne la psychose, je ne suis pas d'accord. Je ne pense pas que la plupart des gens savent que l'on peut avoir des pensées, des psychoses et des symptômes similaires à la schizophrénie après l'accouchement. Cela n'est le cas que d'environ 1 % des personnes, mais c'est assez important.

Patricia Tomasi a publié un excellent article. Elle a fait l'objet d'un grand article dans le *Toronto Life*, si vous voulez le consulter.

Mme Laila Goodridge: Merci.

Je vous remercie, et si vous pouvez soumettre ces renseignements supplémentaires au Comité, ce serait très utile.

Je voudrais présenter une motion que j'ai inscrite au Feuilleton, et je pense qu'elle est très opportune, étant donné que nous étudions la santé des femmes. La voici, monsieur le président:

Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité entreprenne une étude de deux réunions sur les lignes directrices pour le dépistage du cancer du sein au Canada, y compris, mais sans s'y limiter, un examen a) des lignes directrices actuelles pour le dépistage du cancer du sein, b) de la recommandation de Cancer du sein Canada d'abaisser les lignes directrices pour le dépistage du cancer du sein à 40 ans, c) de la recommandation de Cancer du sein Canada que les lignes directrices canadiennes pour le dépistage, la détection et le traitement du cancer du sein soient mises à jour tous les deux ans, d) des pratiques exemplaires en matière de traitement et des options visant à améliorer les résultats pour la santé; que le comité fasse rapport de ses conclusions et recommandations à la Chambre; et que, conformément à l'article 109 du Règlement, le comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale à son rapport.

Je propose cela dans cet espace parce qu'avril est le mois de la sensibilisation au cancer. Je le fais aussi pour des gens comme moi. Ma mère a été emportée par un cancer du sein en 2010. Elle avait 49 ans. Je sais que si le dépistage précoce du cancer du sein avait été disponible, j'aurais pu parler à ma mère lorsque je souffrais d'anxiété post-partum et voir si c'était quelque chose qu'elle avait eu. Mais je n'avais pas cette possibilité.

La conséquence directe de l'absence de ces lignes directrices en matière de dépistage est que de nombreuses femmes sont privées de cette possibilité. Je fais cela en l'honneur de ma mère et de toutes les femmes qui en bénéficieront, ainsi que de leurs familles et de la société.

Monsieur le président, je présente ma motion et espère que tout le monde la soutiendra afin que nous puissions obtenir une étude sur ce sujet très important.

Le président: Madame Goodridge, malgré votre lien personnel et la passion que vous mettez dans votre présentation de la motion, il se trouve que celle-ci n'est pas recevable, car nous menons actuellement une étude, et la motion nous demande d'entreprendre une autre étude.

Nous pouvons accepter votre motion en tant qu'avis d'une motion qui sera débattue à une date ultérieure, à moins qu'il n'y ait consentement unanime pour adopter la motion telle quelle, ce qui nous dispenserait de la nécessité d'un avis, mais ne permettrait pas non plus un débat.

Devons-nous considérer qu'il s'agit d'un avis, ou demandez-vous le consentement unanime?

Mme Laila Goodridge: Je demande le consentement unanime, monsieur le président.

Le président: Y a-t-il consentement unanime pour présenter la motion?

Des députés: D'accord.

Le président: On m'informe maintenant que, puisqu'elle a le consentement unanime pour présenter la motion, celle-ci peut faire l'objet d'un débat. La parole est maintenant à la personne qui la demande.

Allez-y, monsieur Powlowski.

• (1235)

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Je pense que nous voulons revenir aux témoins, donc nous appuyons la motion.

Le président: Y a-t-il d'autres interventions concernant la motion? Non.

(La motion est adoptée. [Voir le Procès-verbal])

Le président: Merci, madame Goodridge.

Cela conclut également votre temps de parole. Monsieur Powlowski, vous avez cinq minutes.

M. Marcus Powlowski: J'aimerais vous poser à tous des questions, mais je vais me concentrer sur Mme Fairbrother.

Vous avez dit que 50 % des femmes avaient des pensées agressives envers leur bébé. Pouvez-vous me donner rapidement quelques références? Quelle est la taille de l'échantillon?

Mme Nichole Fairbrother: Plusieurs chercheurs se sont penchés sur la question — Jonathan Abramowitz, en particulier, puis moi-même.

Je me concentre particulièrement sur les pensées nuisibles. J'ai publié deux articles à ce sujet. Le premier portait sur une centaine de personnes et le second sur environ 400 personnes. Dans le premier cas, 49 % des personnes interrogées ont déclaré avoir eu des pensées intrusives et non voulues de faire exprès du mal à leur bébé. Dans le deuxième cas, qui portait sur 400 à 700 personnes — il faudrait que je vérifie les chiffres exacts —, 54 % des personnes interrogées ont déclaré avoir eu des pensées intrusives et non voulues de faire exprès du mal à leur bébé.

Dans ces deux études, nous avons cherché à savoir si les personnes qui déclaraient avoir pensé faire exprès du mal à leur bébé faisaient en réalité du mal à leur enfant, et si cela se produisait plus souvent dans ce groupe que dans le groupe de personnes qui ne déclaraient pas avoir pensé à faire exprès du mal à leur bébé. À ce jour, nous n'avons trouvé aucune preuve, et les chiffres bruts laissent entendre que les personnes ayant ces pensées pourraient — peut-être, si nous avons un échantillon suffisamment grand — être légèrement moins susceptibles de faire du mal à leur bébé.

M. Marcus Powlowski: Je suppose que c'est très stressant pour les femmes qui ont ces pensées.

Existe-t-il des preuves que cela contribue à la dépression et à l'anxiété chez les femmes? Dans quelle mesure le fait de pouvoir en parler à quelqu'un sans avoir à craindre qu'on leur retire leurs enfants pourrait-il les soulager?

Mme Nichole Fairbrother: C'est très perturbant pour certaines personnes. Certaines sont capables de faire face à ces pensées, mais pour beaucoup de personnes, c'est très pénible.

Nous savons que le trouble obsessionnel compulsif, qui est le problème de santé mentale le plus susceptible de survenir à la suite de ce genre de pensées, peut toucher jusqu'à 17 % des personnes en post-partum. Il ne s'agit pas seulement de l'idée de faire exprès du mal à son bébé, mais aussi de l'idée que le bébé pourrait être blessé par accident.

Dans un premier temps, ce que nous voulons vraiment savoir, c'est ceci: si, pendant la période prénatale, nous informons les gens au sujet de ces pensées, dans quelle mesure celles-ci seront-elles atténuées? Je pense qu'il s'agit là d'une première étape importante, car on peut obtenir de grands résultats avec cette simple mesure. Ce sont donc ces personnes qui auront besoin d'un traitement post-partum.

M. Marcus Powlowski: J'ai travaillé longtemps comme médecin et j'ai mis au monde de nombreux bébés. Cependant, ma participation aux soins prénatals a porté sur la tension artérielle, les protéines dans l'urine et ce genre de choses, et c'était surtout dans les pays en voie de développement.

Au Canada, est-ce que cela fait partie des discussions que la plupart des praticiens qui s'occupent des femmes enceintes ont avec les mères?

Mme Nichole Fairbrother: Non. Ce n'est pas inexistant, mais c'est loin d'être courant. De nombreux praticiens de la santé, malheureusement, savent très peu de choses sur ces pensées, et ne les mentionnent pas ou n'y répondent pas, comme si toute pensée de faire exprès du mal à son bébé était un signe avant-coureur de violence envers les enfants; or, ce n'est pas le cas.

M. Marcus Powlowski: J'aurais pensé que ce genre de pensées serait plus stressant pour les personnes qui ont elles-mêmes été victimes de violence faite aux enfants ou qui ont vu leurs frères et sœurs être victimes d'une telle violence. Je voudrais passer à la partie suivante de la question, qui concerne les façons différentes dont les mères sont traitées en fonction de leur race. Je pense qu'il y a probablement une plus grande incidence d'intervention lorsque les femmes autochtones signalent de telles choses.

J'ai travaillé dans de nombreuses salles d'urgence. Je suis presque sûr que si une femme autochtone se présente, le médecin renvoie automatiquement le cas aux services à l'enfance. Cela dépend de l'existence ou non de services à l'enfance autochtones, comme c'est le cas à Thunder Bay. Dans d'autres endroits, ce n'est pas le cas. Je pense qu'une femme autochtone qui dit avoir de telles pensées — surtout si elle a elle-même des antécédents de violence faite aux enfants — a beaucoup plus de chances de se faire enlever cet enfant, mais y a-t-il des preuves à ce sujet?

● (1240)

Mme Nichole Fairbrother: Mon laboratoire de recherche essaie d'aller dans cette voie. Comme certains de vos collègues dans cette salle le comprendront, en tant que personne blanche, il est un peu plus compliqué de s'aventurer dans cette sphère et cela requiert beaucoup de collaboration avec des chercheurs autochtones. L'une de nos prochaines actions consistera à essayer d'obtenir des données à ce sujet. Je pense que vous avez tout à fait raison; les choses se passeraient très différemment, et le retrait de l'enfant est presque inévitable dans ce cas, mais c'est anecdotique à ce stade, et je n'ai pas encore de données à ce sujet.

M. Marcus Powlowski: J'ai une petite question. Lorsque les tribunaux examinent la question de la garde des enfants, l'intérêt de l'enfant passe avant tout, mais nous avons certainement entendu parler aujourd'hui du traumatisme que représente pour la mère la perte d'un enfant. Lorsque les tribunaux établissent cet équilibre entre l'intérêt du parent et ceux de l'enfant, pensez-vous qu'ils le font généralement correctement? Deuxièmement, cet équilibre change-t-il selon que l'on est autochtone ou non autochtone?

Cela dit, permettez-moi de dire rapidement qu'en tant que médecin, on voit couramment des personnes qui ont un grave problème d'alcoolisme se présenter aux urgences avec des taux d'intoxication élevés. Ce sont des sans-abri. Quand on leur dit qu'elles sont en train de se tuer, elles répondent qu'elles le savent. On leur demande pourquoi et, d'après mon expérience, la perte d'un enfant est une des raisons les plus courantes.

Les tribunaux parviennent-ils à un juste équilibre? Je sais que c'est très difficile pour les tribunaux, mais y a-t-il une différence entre les affaires concernant des Autochtones et celles concernant des non-Autochtones?

Le président: Excusez-moi un instant. M. Powlowski pensait poser une question rapide, et il a largement dépassé le temps imparti.

Si vous pouviez répondre de façon beaucoup plus succincte que lui, nous vous en serions reconnaissants.

Mme Nichole Fairbrother: Je vais essayer. J'aurais aimé être plus experte dans ce domaine. Ce que je peux dire, c'est que le traumatisme qu'une mère subit lorsqu'elle perd son enfant a de lourdes conséquences pour l'enfant. Ce n'est pas une question de décision entre l'un ou l'autre. La mère et l'enfant forment un duo et, d'une certaine manière, ils existent en tant qu'unité, de sorte que ce qui arrive à la mère a des répercussions sur l'enfant. Sa capacité de retrouver la garde de son enfant diminue à la suite de ce traumatisme, donc non, je ne suis pas sûre que nous faisons correctement les choses.

Le président: Je vous remercie.

Monsieur Kitchen, vous avez cinq minutes.

M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC): Merci, monsieur le président, et merci à tous d'être ici.

Aujourd'hui, lorsque j'ai pris place ici, le président a prononcé au début de la réunion un avertissement concernant ce que nous allons vivre aujourd'hui. Il a prononcé cet avertissement pour ceux qui regardent et écoutent. J'ai pensé que c'était la première fois que j'entendais un tel avertissement, mais cette réunion a été l'une des plus fascinantes auxquelles j'ai assisté en neuf ans, à entendre parler des expériences et de l'énorme impact.

J'ai beaucoup de questions à poser, mais je vais essayer d'être aussi rapide que possible.

J'ai regardé dans la salle et observé les expressions sur les visages des gens. Ce que nous avons entendu est stupéfiant. J'ai vécu en Afghanistan, au Pakistan et en Iran. Je suis allé dans des endroits où des gens ont eu les mains coupées, où il y a eu des pendaisons, et ce que j'ai entendu aujourd'hui était plus fascinant pour moi que toutes les choses que j'ai entendues. Je vous remercie toutes pour ce que vous faites. C'est un domaine très vaste.

Madame Enright, vous avez soulevé la question de la reconnaissance du fait que c'est le gouvernement provincial qui vous apporte son soutien, et que le gouvernement fédéral pourrait peut-être au moins faire preuve d'une certaine sagesse en défendant cette cause. Vous avez parlé de quatre personnes qui aident votre organisation.

Combien d'entre elles établissent les diagnostics avant que les personnes ne viennent vous voir? Est-ce qu'elles viennent vous voir avec un diagnostic ou est-ce qu'elles vous sont envoyées par des praticiens?

● (1245)

Mme Jocelyn Enright: En fait, n'importe qui peut franchir notre porte. Il n'est pas nécessaire d'avoir un diagnostic pour recevoir de nos services.

Cependant, pour la petite histoire, beaucoup de nos clients ont suivi d'autres sortes de thérapies et ont reçu des diagnostics différents. Puis, ils viennent nous voir. Pour certaines personnes, il est utile de recevoir un diagnostic. Cependant, pour beaucoup d'autres... Les femmes, en particulier, ont l'impression que, bien souvent, elles entrent dans le système médical et se font dire: « Vous avez tel trouble; voici une pilule, au revoir », ou « Vous êtes dramatique et hystérique » — bref, ce que l'on entend généralement à propos des femmes.

Puis elles viennent dans notre centre, parlent de leur traumatisme et se rendent compte que, oui, qui ne développerait pas d'anxiété? Qui ne souffrirait pas de dépression? Qui n'aurait pas besoin d'une substance quelconque pour s'en sortir après avoir vécu quelque chose de terrible? Ne suis-je pas en train d'agir comme n'importe quel être humain agirait probablement face à une telle situation? Oui.

C'est ce que nous constatons.

M. Robert Kitchen: Je vous remercie.

Je m'excuse de vous interrompre, mais je n'ai que peu de temps.

Madame Galea et madame Fairbrother, vos remarques étaient extraordinaires, surtout lorsque vous avez parlé de la dépression comparativement à l'anxiété.

Je suis praticien et la santé mentale n'est pas ma spécialité. Cependant, lorsque des patients venaient me voir, j'essayais toujours de les aiguiller chez un spécialiste, quelle que soit la situation. Vous avez souligné le fait que, bien souvent, les femmes ne reçoivent pas les diagnostics qu'elles devraient recevoir et ne sont pas aiguillées vers les services compétents. Par exemple, les maladies cardiovasculaires sont une cause majeure... chez les femmes — plus que chez les hommes — et cela n'est pas reconnu.

J'ai beaucoup insisté sur la formation des praticiens. Je sais que lorsque j'ai obtenu mon diplôme, je croyais tout savoir. En réalité, une fois que l'on travaille dans différents domaines...

Comment les former? Certes, il y a un système de formation continue qui est censé exister, mais comment s'assurer qu'il existe réellement?

Mme Liisa Galea: Je vais commencer.

Pour autant que je sache — parce que je ne suis pas médecin, comme vous le savez —, on n'enseigne pas beaucoup sur la santé des femmes, en particulier, dans les facultés de médecine. Je pense qu'il y a une matinée pour la ménopause et une semaine environ pour la grossesse. Je n'en suis pas sûre, mais je suis certaine qu'il n'est pas forcément question de la santé mentale pendant la grossesse ou de ces périodes délicates. Il faut absolument qu'il y ait plus d'éducation. Pour cela, il faut encore des recherches. Nous avons toujours besoin de la carte et de la boussole, et nous avons besoin de plus de spécialités dans ce domaine.

Si une femme a des symptômes de périménopause tels que des sueurs nocturnes, elle va chez le gynécologue et elle reçoit une thérapie hormonale, si elle est une bonne candidate pour cela. Cependant, d'après ce que je sais — pour la petite histoire, mais aussi selon ma spécialisation —, ils ne disposent pas de tous les renseignements dont ils ont besoin, et ce, en raison tout simplement de l'absence de recherche dans ce domaine.

Si vous me le permettez, j'aimerais mentionner rapidement un autre point, celui des bases de données.

Les gens disent que les bases de données sont formidables. Elles offrent l'accès à des millions de personnes à étudier. Nous avons essayé de faire une partie de ce travail — examiner l'hormonothérapie et la manière dont elle peut toucher le cerveau, ainsi que les différents types d'hormonothérapie. Ces renseignements ne figurent pas dans la base de données. Elle produit simplement « hormones ».

M. Robert Kitchen: Je vous remercie.

Je m'excuse encore une fois pour le peu de temps.

Un autre aspect qui, à mon avis, n'est pas pris en compte est l'éducation des femmes pour qu'elles comprennent vraiment ce qui est disponible. Cette éducation doit être dispensée par les praticiens ainsi que par d'autres moyens, comme la santé publique, etc. de sorte...

Le président: Je vous remercie.

M. Robert Kitchen: ... que les femmes comprennent vraiment l'éventualité de problèmes de santé mentale.

Le président: Merci, monsieur Kitchen.

Monsieur Jowhari, allez-y, s'il vous plaît, pour cinq minutes.

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

Je remercie nos témoins.

Tout d'abord, je m'excuse sincèrement de ne pas pouvoir être présent en personne, mais je vous remercie d'être des nôtres.

Je vais commencer par Mme Fairbrother.

Dans votre déclaration liminaire, vous avez dit qu'environ une femme sur cinq au Canada est aux prises avec des problèmes de santé mentale périnatale.

Pouvez-vous nous parler des principaux défis auxquels sont confrontées les femmes au Canada pour accéder au soutien, aux soins et aux traitements fondés sur des données probantes en matière de santé mentale maternelle?

Mme Nichole Fairbrother: Je pense qu'il est tout à fait exact que 20 % ou plus des femmes souffrent d'un ou de plusieurs problèmes de santé mentale pendant la grossesse et le post-partum. La première étape des soins est un dépistage adéquat. Pour la dépression, nous disposons d'un excellent dépistage. Pour les troubles anxieux, nous n'avons pas encore trouvé les outils appropriés. Cependant, je suis très reconnaissante d'avoir reçu une subvention et nous travaillons à changer cette situation.

Si l'on considère la grossesse en particulier, et un peu le post-partum avec l'allaitement, les personnes en périnatalité veulent avoir accès à la thérapie par la parole, parce qu'elles s'inquiètent de ce que prendre des médicaments pendant la grossesse pourrait signifier et de l'effet que cela pourrait avoir sur le développement de l'enfant. Je dirais qu'à l'heure actuelle, les thérapies par la parole fondées sur des données probantes au Canada sont financées dans de petits, minuscules coins ici et là. J'ai une feuille entière dans mon laboratoire pour les miettes que les gens peuvent obtenir après de très longues attentes. Il n'y a pas d'accès généralisé.

Si je devais défendre l'intérêt d'un sous-groupe de la population qui mérite d'avoir accès à une thérapie par la parole fondée sur des données probantes, je crois que ce pourrait être celui des femmes enceintes en raison du souci concernant leur enfant.

• (1250)

M. Majid Jowhari: Je vous remercie.

Vous avez également parlé de traitements fondés sur des preuves et de thérapie cognitivo-comportementale financés par l'État. Quels autres genres de traitements fondés sur des données probantes sont actuellement disponibles au Canada? Par ailleurs, comment nous situons-nous par rapport à d'autres pays ou aux pratiques exemplaires internationales, et comment les suivons-nous?

Cela s'adresse à tout le monde.

Mme Nichole Fairbrother: Je vais laisser Mme Galea répondre à cette partie de la question.

Mme Liisa Galea: Je dirais — et je crois que vous l'avez entendu lundi — que le Canada n'a pas de stratégie en matière de santé mentale périnatale. Pour une raison ou une autre, on a voté contre une telle stratégie. L'Australie, le Royaume-Uni et les États-Unis en ont une. Je pense que l'élaboration de lignes directrices et d'une stratégie en matière de santé mentale périnatale serait très utile pour que les professionnels de la santé disposent de cette information et que les femmes enceintes en disposent.

Pour ce qui est de la thérapie cognitivo-comportementale, vous êtes mieux placée pour répondre à cette question.

Mme Nichole Fairbrother: En dehors de la reproduction, si l'on examine les données sur le traitement de l'anxiété et des troubles liés à l'anxiété, les preuves les plus solides concernent la thérapie cognitivo-comportementale. Aussi, en ce qui concerne la thérapie cognitivo-comportementale liée aux traumatismes ou les thérapies de ce genre, ainsi que les approches basées sur la pleine conscience, l'accès est très limité.

M. Majid Jowhari: Oui. Je pense que parler de l'accès est un excellent point. Vous avez également parlé de la thérapie cognitivo-comportementale financée par l'État. A moins d'avoir une assurance privée... ce n'est pas offert par l'État.

Pouvez-vous nous dire ce que vous en pensez?

Mme Nichole Fairbrother: L'une des raisons pour lesquelles j'ai entrepris des recherches dans ce domaine est que l'accès aux meilleurs soins de santé me tient particulièrement à cœur. Nous nous trouvons dans une situation très particulière, où le traitement de choix et le traitement dont l'efficacité est la mieux démontrée ne sont généralement pas accessibles.

Si une personne souhaite avoir accès à des médicaments pour une maladie mentale, elle peut probablement les obtenir en l'espace d'une semaine. Si elle cherche une thérapie par la parole financée par l'État et fondée sur des preuves, il lui faudra probablement attendre un an ou plus.

Mme Liisa Galea: Au Centre de toxicomanie et de santé mentale, nous avons une autre chercheuse financée par womenmind, Daisy Singla. Elle vient de réaliser une étude très importante avec Simone Vigod, que vous avez entendue lundi, sur la thérapie par la parole. Elles ont obtenu des données très intéressantes montrant qu'il est possible de faire faire par une autre personne, pas nécessairement un médecin ou un professionnel de la santé, une partie de cette thérapie par la parole, et que cela fonctionne très bien.

C'est une solution très peu coûteuse que le Canada pourrait adopter.

Mme Nichole Fairbrother: Je pense qu'il serait extrêmement utile de mener des recherches sur ce sujet particulier.

Le président: Je vous remercie.

[Français]

Madame Larouche, vous avez maintenant la parole pour deux minutes et demie.

Mme Andréanne Larouche: Merci beaucoup, monsieur le président.

Comme c'est la dernière fois que j'ai la parole aujourd'hui, je vais essayer de résumer tout ce qui a été dit.

Madame MacDonald, vous avez beaucoup parlé des traumatismes. Vous nous avez donné l'exemple du viol collectif commis après une partie de hockey. De son côté, le Comité permanent de la condition féminine a mené une étude dont la principale recommandation est d'investir plus d'argent dans la recherche sur la santé des femmes. Une autre recommandation liée à la santé mentale demande la tenue d'une enquête indépendante qui permettrait de faire la lumière sur la culture de misogynie et de haine envers les femmes dans le milieu sportif.

Qu'en pensez-vous? Quelle est l'importance de cette recommandation? Pourquoi ne doit-elle pas être tablettée?

• (1255)

[Traduction]

Mme Linda MacDonald: Je pense que ce serait une recommandation précieuse, mais j'aimerais qu'ils comprennent également que ce serait de la torture...

[Français]

Mme Andréanne Larouche: Monsieur le président, je n'ai pas accès à l'interprétation.

[Traduction]

Le président: Est-ce qu'elle fonctionne maintenant? Bien.

[Français]

Mme Andréanne Larouche: J'espère que vous aviez arrêté le chronomètre, monsieur le président.

Le président: Oui, madame Larouche.

Madame MacDonald, vous avez la parole.

[Traduction]

Mme Linda MacDonald: Merci.

Oui, je pense que ce serait très important, mais je crois aussi qu'en étudiant la misogynie et la violence dans les sports, nous devrions élargir notre compréhension du genre de violence pour y inclure la torture — en particulier le viol collectif —, parce que les objectifs sont différents selon qu'il s'agit de maltraitance ou de torture.

Dans le cas de la maltraitance, l'objectif est de contrôler la femme. Dans le cas de la torture, il s'agit de détruire le sentiment d'identité de la femme. Je pense que c'est la raison pour laquelle il est si horrible pour les femmes qui ont été victimes d'un viol collectif de se manifester. C'est parce qu'elles sont démolies. Si vous pouvez imaginer des rangées d'hommes s'approchant de vous alors que vous êtes impuissante, c'est une violation qu'il faut vraiment comprendre dans le cadre de la misogynie qui sévit dans notre pays.

[Français]

Mme Andréanne Larouche: Le contrôle coercitif est justement le sujet de la prochaine étude que j'apporterai au Comité permanent de la condition féminine. Il nous permettra d'élargir la définition des genres de violence. J'y crois beaucoup.

Il me reste 30 secondes de temps de parole.

Mesdames Enright et Sarson, dans le cadre de notre rapport sur la santé mentale des jeunes femmes et des jeunes filles au Canada, on nous a recommandé de présenter un projet de loi pour contrer la haine en ligne.

En quoi une telle loi serait-elle importante pour contrer cette haine envers les femmes? Pouvez-vous répondre très rapidement s'il vous plaît?

[Traduction]

Mme Jeanne Sarson: C'est de la haine contre les femmes. Je pense qu'il faut continuer à la nommer et à dire que c'est le système. Le système fait cela de façon répétitive. Si nous voulons une justice, celle-ci commence sur la Colline. Elle commence par la dénonciation du crime afin que les personnes puissent dire la vérité, être entendues et crues. La misogynie fait obstacle à cela.

[Français]

Mme Andréanne Larouche: Madame Enright, pouvez-vous nous faire part rapidement de votre opinion sur une loi visant à contrer la haine en ligne.

[Traduction]

Mme Jocelyn Enright: Je pense que c'est extrêmement important. On voit beaucoup plus de choses de ce genre. Je fais beaucoup de travail dans les écoles pour parler de ce sujet aux jeunes, les jeunes hommes en particulier. Cela commence dès le plus jeune âge.

Lorsque je vais dans les écoles secondaires, les gens pensent que c'est peut-être encore trop tôt. Dans les écoles primaires, tout le monde est branché à l'Internet. Nous avons besoin de plus de renseignements à ce sujet.

En particulier, il ne faut pas se contenter d'en parler aux jeunes femmes parce qu'elles en font davantage l'expérience. Il faut aussi en parler aux jeunes hommes, car ce sont souvent eux qui sont les auteurs de ces actes. Nous devons nous pencher sur les raisons de cet état de choses et sur la manière d'y mettre un terme dès le plus jeune âge.

Le président: Je vous remercie.

Madame Gazan, vous disposez de deux minutes et demie, s'il vous plaît.

Mme Leah Gazan: Merci beaucoup.

Je voudrais revenir sur la formation. Je sais que vous êtes toutes deux des chercheuses, mais vous êtes aussi des universitaires. Diriez-vous que la formation doit être modifiée — la formation médicale en particulier, puisque nous parlons du post-partum — pour inclure une formation sur le post-partum? Si je vous pose cette question, c'est en partie parce que vous avez été très claire sur le fait que nous sommes un réceptacle à bébés, puis une entité physique distincte une fois que nous avons accouché. Je voulais savoir ce que vous en pensiez.

Mme Liisa Galea: Bien sûr, je vais commencer.

Oui, nous avons besoin de plus de formation, mais encore une fois, pour pouvoir former les gens, nous devons savoir ce qu'il faut leur apprendre et quels sont les renseignements fondés sur des preuves que nous pouvons communiquer à nos professionnels de la santé.

Je tiens également à souligner que le post-partum est vraiment important, mais je ne veux pas que le comité sur la santé se concentre, en ce qui concerne les femmes, uniquement sur le post-partum, car il s'agit de toute la durée de la vie. Mais je sais que ce n'est pas le cas.

Nous avons parlé de la pérимénopause, de la ménopause et de la puberté. Toutes ces périodes sont vraiment importantes et sont si peu étudiées chez les filles, les femmes et les personnes de diverses identités de genre.

• (1300)

Mme Leah Gazan: Pensez-vous qu'il serait utile d'avoir des programmes visant particulièrement les femmes et les personnes de diverses identités de genre pour qui pourraient entrer dans le domaine? Je sais que ce domaine est encore majoritairement peuplé d'hommes. Croyez-vous qu'il serait utile de modifier certaines de ces barrières systémiques?

Mme Nichole Fairbrother: Oui, je crois qu'il serait utile d'accroître la représentation des femmes dans le domaine de la santé, absolument.

Mme Liisa Galea: Il faut aussi responsabiliser les femmes. Si nous disons aux gens que la santé des femmes est un renseignement précieux, ils seront plus nombreux à la voir. À l'heure actuelle, elle est énormément sous-estimée, et je pense que c'est une partie du problème.

Mme Leah Gazan: Je partage ce point de vue. Avec tout le respect que je vous dois, je suis heureuse qu'il y ait des femmes autour de la table, mais le comité de la santé, en ce qui concerne les genres, à l'exception d'une femme, ne compte actuellement que des hommes. Je pense que cela prouve le manque d'intérêt envers la question de la santé des femmes dans le système.

Il y en a maintenant deux. Voilà.

Une voix: C'est une augmentation de 100 %.

Une voix: Le problème, c'est que nous ne représentons que 30 % à la Chambre des communes.

Le président: Je vous remercie.

Madame Roberts, vous avez cinq minutes, s'il vous plaît.

Mme Anna Roberts: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vais poser mes questions à Mme Sarson et à Mme MacDonald. J'ai besoin de savoir, d'après vos explications, quelle est la différence entre la torture étatique et la torture non étatique, parce que le Canada ne reconnaît pas la torture non étatique. Je suis sûre que tout le monde a entendu parler de la jeune fille Kerri Kehoe, qui a été violée et torturée à l'âge de 11 ans. Personne n'a cru qu'elle avait été torturée. Personne n'a cru qu'elle avait été violée. Le violeur a finalement été arrêté, puis il a été libéré sous caution. Kerri Kehoe est en train de revivre ce qu'elle a vécu. Comment changer le système judiciaire de ce pays pour qu'il reconnaisse que c'est de la torture? Ce n'est pas de la maltraitance, c'est de la torture. Si nous parvenons à faire comprendre qu'il s'agit de torture, nous pourrions alourdir les peines afin que ces personnes n'aient pas l'occasion de sortir de prison et de revictimiser les victimes.

Mme Jeanne Sarson: C'est une excellente question, car c'est une chose qui nous a choquées, Mme MacDonald et moi, en 1993, lorsque Sara est venue nous voir pour nous dire qu'elle avait été torturée. Nous avons regardé autour de nous et avons été choquées de découvrir que le Canada ne reconnaissait pas la torture perpétrée par des acteurs non étatiques. Nous avons ensuite cherché à comprendre la discrimination qui existe dans la loi. Nous avons découvert qu'au Canada, l'article 269.1 du Code criminel stipule très clairement qu'un tortionnaire ne peut être qu'un fonctionnaire, un agent de police ou un militaire, parce qu'on ne pensait pas que les femmes et les filles, ou les enfants pouvaient être torturés dans le domaine privé. Dans les années 1980, lorsque la Convention contre la torture a été élaborée, la violence à l'encontre des femmes et des enfants au sein de la famille était une affaire de famille. Tout le monde était au courant, mais personne n'y prêtait attention.

Ce qui s'est passé, à notre avis, c'est que lorsque la Convention a été mise en œuvre — et qu'elle contenait une discrimination, c'est-à-dire qu'elle ne concernait que les hommes en temps de guerre ou les hommes terroristes — les pays de toute la planète ont décidé d'adopter une loi qui imitait la Convention et qui stipulait qu'il ne pouvait s'agir que d'un fonctionnaire. Personne n'a pensé aux femmes.

Mme MacDonald et moi travaillons avec un groupe à Vienne. Nous avons demandé à l'un des experts si, lorsqu'ils ont élaboré la Convention, ils avaient pensé aux femmes et aux enfants; il nous a répondu que non, que cela ne leur était même pas venu à l'esprit.

C'est ainsi qu'est née la discrimination, qui s'est étendue à l'ensemble de la planète. Nous pensons qu'il est très important que les Nations unies tentent de changer cette attitude. Par exemple, le comité contre la torture en 2008, au paragraphe 18, a dit très clairement que les acteurs non étatiques commettent des actes de torture et que les pays devraient s'en préoccuper et modifier leurs lois.

Les femmes et les hommes de ce pays seront peut-être surpris d'apprendre que ce n'est qu'en 1993 que la maltraitance et la torture des femmes ont été reconnues. On a parlé des femmes lors de la convention sur les droits de l'homme de 1993 à Vienne. C'était la première fois, dans l'histoire des droits de la personne, que la question de la maltraitance et de la torture des femmes était soulevée. Les questions dont nous parlons tous ici sont très nouvelles. Elles remontent à très peu longtemps.

Par ailleurs, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, qui a pour mission d'éliminer la discrimination... Le Canada a ratifié ces deux conventions. Leurs auteurs tentent eux aussi de se mettre au diapason des temps modernes. Dans la recommandation 35, il est également indiqué que les acteurs non étatiques peuvent commettre des actes de torture.

• (1305)

Mme Anna Roberts: Je voudrais juste lire un passage de la page 45 de votre livre. On y lit: « La torture, c'est la destruction d'un être humain, les actions d'un tortionnaire qui déshumanisent et tentent de détruire un autre être humain — une réalité qui donne froid dans le dos ».

Je crois, en lisant votre livre, que c'est ce que Sara et certaines des femmes que vous avez aidées ont vécu. Nous devons, à l'échelle fédérale, veiller à ce qu'une loi soit adoptée pour changer cela, pour que les gens sachent que ce que ces victimes subissent n'est pas de la maltraitance, mais de la torture. J'ai eu les larmes aux

yeux en lisant certaines des descriptions du livre, parce que c'est ce qu'ils font à nos enfants. En tant que femmes, nous devons les défendre, car notre système judiciaire nous a fait défaut.

Mme Jeanne Sarson: J'aimerais ajouter quelques mots sur les bébés dans le cadre de la conversation que nous avons eue.

La question qui n'a pas été soulevée est que cela peut être intergénérationnel. Les femmes nous ont dit que si l'on n'en parle pas dans les soins prénataux et si l'on n'en parle pas pendant le travail et l'accouchement, ces familles ne sont pas prises en compte.

Pour les femmes que nous avons aidées, tout ce qu'elles voulaient, c'était d'être retirées de leur famille.

Le président: Je vous remercie.

Mme Jeanne Sarson: Si nous ne mentionnons pas que la torture peut se produire dans les familles, nos connaissances sont incomplètes. Nous en savons suffisamment aujourd'hui pour être en mesure de faire mieux que ce que nous avons fait jusqu'à présent.

Le président: Je vous remercie.

[Français]

Les dernières questions seront posées par Mme Brière, qui dispose de cinq minutes.

[Traduction]

Mme Élisabeth Brière (Sherbrooke, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je tiens à vous remercier toutes d'améliorer les choses dans la vie des femmes, des mères et de futures mères.

[Français]

J'aimerais d'abord rappeler qu'en 2016, pour revenir à la dernière discussion, le Comité permanent de la justice et des droits de la personne s'est penché sur les différentes définitions de voies de fait, de torture et de voies de fait grave, entre autres, et est arrivé à la conclusion que les dispositions existantes du Code criminel englobaient déjà ces différentes définitions.

Je vais poser mes questions à Mmes Galea et Fairbrother.

Vous avez conçu une série d'interventions en ligne pour les troubles anxieux en lien avec la périnatalité. Pourriez-vous nous en parler davantage?

[Traduction]

Mme Nichole Fairbrother: Je n'ai pas mis au point les interventions en ligne.

Mme Liisa Galea: Moi non plus.

Mme Nichole Fairbrother: Ce que je pourrais dire, c'est qu'en grande partie, peut-être à la suite de la COVID, on s'est rendu compte qu'il était possible d'élargir l'accès aux traitements de santé mentale grâce à des interventions de santé en ligne par Internet. C'est particulièrement important pour les personnes qui vivent dans des collectivités rurales et éloignées et qui, par le passé, devaient parcourir de longues distances pour avoir accès à des soins spécialisés.

En outre, il est possible — bien qu'à mon avis, nous avons encore besoin de données et recherches supplémentaires à ce sujet — qu'une combinaison d'auto-assistance par les patients eux-mêmes et de soutien par un thérapeute puisse produire des résultats analogues à ceux d'un traitement face à face à un coût bien moindre. J'aimerais en savoir un peu plus sur l'efficacité de cette méthode.

Je sais que si l'on retire le soutien du thérapeute des thérapies fournies par Internet, l'efficacité de ces thérapies s'effondre. Le soutien du thérapeute est indispensable. Je suis moins sûre de savoir dans quelle proportion exactement pour arriver au même degré d'expertise.

Mme Liisa Galea: Oui, je pense que vous vous souvenez peut-être de l'essai Summit mené par Daisy Singla, Simone Vigod et d'autres.

Je ne le connais pas très bien, mais ils ont formé des non-professionnels à agir en quelque sorte en tant que thérapeutes dans certaines situations de post-partum et cela a très bien fonctionné. Les résultats de l'essai ont déjà été publiés. Il y aura d'autres annonces importantes à ce sujet, mais il semble que ce soit un outil peu coûteux et efficace qui peut être utilisé.

• (1310)

[Français]

Mme Élisabeth Brière: Je vous remercie.

Plus tôt, vous avez aussi dit qu'on se concentrait souvent sur le nourrisson au détriment des besoins de la mère, notamment sur le plan de la santé mentale, et que cela pouvait poser un risque après l'accouchement.

Pouvez-vous nous en parler un peu plus?

[Traduction]

Mme Nichole Fairbrother: J'essaie de voir comment il est possible d'avoir des bébés en bonne santé si les mères sont en mauvaise santé. Je ne vois pas vraiment comment ce serait possible. Je pense qu'il faut que les mères soient en bonne santé mentale pour qu'elles aient des bébés en bonne santé.

La question n'a pas vraiment été soulevée aujourd'hui, mais je ne crois pas inutile de rappeler que si l'on examine les données sur le

travail domestique non rémunéré au Canada et sur les personnes qui effectuent ce travail non rémunéré, on constate que ce sont encore majoritairement les femmes qui s'en chargent. En tant que femmes, nous nous occupons généralement beaucoup plus des enfants que les hommes.

Il y a donc un fardeau supplémentaire qui peut également avoir un impact sur la santé mentale. Ce poids de responsabilité est également important pour la santé mentale des femmes, et je pense donc que nous devons y prêter attention.

Mme Liisa Galea: En dehors du post-partum, les femmes sont également plus susceptibles de s'occuper de leurs parents âgés. Cela représente également un lourd fardeau.

Je voudrais simplement dire quelque chose à propos du comité de la santé et du pourcentage d'hommes au sein du Comité. Nous avons également besoin d'alliés masculins. Ce n'est pas seulement aux femmes que revient la responsabilité d'aider les femmes. Il faut aussi que les hommes et les personnes de diverses identités de genre... Ensemble, nous sommes plus forts. J'applaudis les hommes qui siègent au Comité.

Merci.

Le président: Une excellente note sur laquelle terminer.

Je vous remercie tous pour vos exposés très convaincants.

Madame Roberts.

Mme Anna Roberts: Je tiens à dire que c'est un grand honneur pour moi d'être ici aujourd'hui. Je n'ai pas l'habitude de siéger à ce comité.

Je tiens à remercier nos témoins. Cela a été à la fois instructif et gratifiant de savoir qu'il y a quelqu'un qui se bat pour nous, les femmes. Je vous félicite chaleureusement.

Le président: Le Comité souhaite-t-il lever la séance? Je vois un consensus.

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>