



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 138 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 9 avril 2019

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le mardi 9 avril 2019

• (1535)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)):
Je déclare la séance ouverte.

Bienvenue à la 138^e réunion du Comité permanent de la santé.

Plusieurs membres du Comité rentrent tout juste de voyage. Je ne sais pas exactement comment le qualifier, mais je dirais qu'il s'agissait d'un circuit éducatif qui nous a menés à Montréal, Winnipeg, Calgary et Vancouver. Il était question des LGBTQ2, mais aussi de méthamphétamine, ce qui relie les deux. Nous avons beaucoup appris.

Je souhaite la bienvenue à nos invités.

Nous allons commencer par les observations préliminaires. Chaque personne disposera de 10 minutes.

Tout d'abord, nous avons Travis Salway, Ph.D., chercheur postdoctoral à la School of Population and Public Health de l'Université de la Colombie-Britannique.

Nous avons Alex Abramovich, Ph.D., scientifique indépendant au Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Par vidéoconférence depuis Vancouver, nous avons Greg Oudman, directeur général de Health Initiative for Men.

Et nous avons Christian Coolman, président de Pflag York Region.

Nous commencerons par les observations préliminaires de M. Salway. Vous avez 10 minutes.

M. Travis Salway (chercheur postdoctoral, School of Population and Public Health, University of British Columbia, à titre personnel): Monsieur le président, mesdames et messieurs, c'est un privilège de m'adresser à vous cet après-midi. Je m'appelle Travis Salway. Je suis épidémiologiste et chercheur postdoctoral à l'Université de la Colombie-Britannique, où j'étudie l'incidence du stress et de la stigmatisation sur la santé des minorités sexuelles.

Dans mes observations, j'utiliserai le terme « minorités sexuelles » pour désigner les personnes qui s'identifient comme bisexuelles, lesbiennes, gaies ou queer, ainsi que celles qui ressentent des attirances non hétérosexuelles, mais pour qui il n'est peut-être pas facile de mettre une étiquette sur ce qu'elles éprouvent. Je ne parlerai pas expressément de la santé des personnes transgenres, car ce n'est pas dans mes compétences. Cependant, j'encourage le Comité à voir dans quelle mesure mes recommandations pourraient également être utiles au bien-être des Canadiens transgenres.

Le taux de suicide est beaucoup trop élevé dans les minorités sexuelles canadiennes et c'est pourquoi je suis ici aujourd'hui. Leurs droits et leur statut social se sont considérablement améliorés au cours des 25 dernières années et pourtant, malgré ces progrès, au

moins un membre de minorités sexuelles sur six, soit un quart de million de Canadiens, a tenté de se suicider au moins une fois. C'est quatre fois plus en proportion que dans la population hétérosexuelle.

Ces statistiques montrent que le gouvernement doit prendre plus de mesures. Je recommanderai en particulier de faire en sorte qu'il y ait plus de soutiens en santé mentale et qu'ils soient plus accessibles, et pour cela d'élargir le mandat du Fonds d'initiatives communautaires de l'Agence de la santé publique du Canada, d'interdire la thérapie de conversion et d'accroître la recherche sur la santé des minorités sexuelles.

Tout d'abord, pour mettre les choses en contexte et pour situer ma recherche, je définirai la notion de stress minoritaire. Tout le monde connaît des facteurs de stress quotidiens — un bus en retard, une date butoir au travail. Les minorités sexuelles, toutefois, vivent un stress additionnel en raison de leur statut de minorités. Le stress minoritaire prend de nombreuses formes et s'accumule avec le temps à cause d'une exposition répétée.

Dans le cadre de ma recherche, j'ai interrogé des hommes adultes homosexuels qui avaient tenté de se suicider, et il en ressort qu'il est rare qu'un seul stress soit à l'origine de la tentative de suicide. En fait, il y avait une accumulation d'agressions et de stress. Un homme songeait à une remarque blessante de son père qui, voyant un couple homosexuel à la télévision, avait parlé de « sales dépravés ». Il avait intériorisé la remarque qui ne cessait de le hanter et qui se trouvait renforcée quand d'autres se moquaient de lui ou le rejetaient dans la cour d'école, dans le vestiaire, en ligne et aussi plus tard dans la vie, même lorsqu'il a révélé son homosexualité et qu'il a essayé d'aller à un groupe de soutien pour personnes gaies, mais a eu du mal à communiquer avec les autres participants. Voilà comment le stress minoritaire vous envahit corps et âme. La stigmatisation s'incruste en nous et nous tue petit à petit de l'intérieur.

Le stress minoritaire ne tient pas seulement à la discrimination et aux propos haineux. Il vient aussi de nous, d'un manque de confiance en soi et d'estime de soi. Un autre homme que j'ai interviewé parlait de « garder le plus grand secret... le fait d'être homosexuel ». Selon lui, s'il avait fait de multiples tentatives de suicide, c'était à cause de la douleur viscérale associée au fait de devoir garder ce secret.

La dissimulation, c'est quelque chose que toutes les minorités sexuelles connaissent. Même celles et ceux d'entre nous qui vivent dans des milieux ouverts qui acceptent les minorités sexuelles doivent constamment se demander s'ils doivent révéler leur orientation ou pas et quand ils peuvent le faire en toute sécurité. Cela crée un stress particulier.

Les nombreuses formes de stress minoritaire et l'accumulation de ce stress dans le temps ont des conséquences pour la santé mentale. C'est une des raisons pour lesquelles les politiques et les droits reconnus dans notre pays au cours des 25 dernières années n'ont pas encore complètement soulagé le fardeau des problèmes de santé mentale dans les minorités sexuelles. Mais il y a de l'espoir pour les minorités sexuelles qui éprouvent des difficultés et je souhaite vous proposer aujourd'hui des solutions concrètes pour avancer.

À Vancouver, où je travaille, un tiers des minorités sexuelles auxquelles nous avons parlé veulent parler à un professionnel de la santé de dépression, d'anxiété, de suicide ou de consommation de substances, mais ne peuvent pas le faire. Face à cette somme de besoins en soins de santé mentale auxquels il n'est pas répondu et aux services existants limités qui offrent des soins de transition aux minorités sexuelles, mes collègues et moi-même avons fondé à Vancouver un collectif de personnes et d'organismes que nous avons appelé Table ronde sur la santé mentale des LGBTQ2. La plupart des membres travaillent dans des organismes créés pour faire face à l'épidémie de VIH et qui ont toujours reçu un financement du Fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C de l'Agence de la santé publique du Canada. Nous considérons qu'il faut, pour répondre aux besoins en santé mentale des minorités sexuelles auxquels il n'est actuellement pas répondu, la même infrastructure communautaire que celle créée pour faire face au VIH et au sida.

Le travail de notre table ronde est réalisé par des bénévoles et d'autres personnes dont ce n'est pas la tâche officielle de lutter contre l'épidémie de troubles mentaux qui frappe nos communautés. Ces personnes n'en sont pas moins dévouées à ce travail en raison de l'ampleur des besoins. Nous réussissons à toucher les communautés des minorités sexuelles parce que notre travail est dirigé par des organismes qui travaillent depuis longtemps avec elles. C'est pourquoi je recommande d'élargir le mandat du Fonds d'initiatives communautaires de l'Agence de la santé publique du Canada pour s'attaquer à l'épidémie de suicides, de dépressions et de consommation de substances de la même façon que ce Fonds a créé des interventions équitables face à l'épidémie de VIH et d'hépatite C.

Mes recherches sur le stress minoritaire me permettent de voir très clairement le mal causé par une pratique continue et passée sous silence ici, au Canada, à savoir la thérapie de conversion.

On désigne par thérapie de conversion des pratiques qui visent à changer l'orientation sexuelle et l'identité de genre d'une personne. Il s'agit d'une des formes les plus extrêmes de mauvais traitements et de violence psychologique qui existent, et celles et ceux qui y sont soumis subissent pendant des années le stress associé à une forme sévère de dissimulation. La thérapie de conversion est donc la pointe la plus acérée du stress minoritaire. C'est pourquoi elle est dénoncée sans équivoque par la Société canadienne de psychologie et par de nombreuses autres instances professionnelles.

Malgré ces dénonciations, une récente enquête canadienne révèle que 4 % des hommes appartenant à une minorité sexuelle se sont soumis à une thérapie de conversion. Autrement dit, 20 000 hommes et d'innombrables femmes appartenant à une minorité sexuelle ainsi que des personnes transgenres y ont été exposés. Or, nous avons constaté dans notre étude que l'exposition à ce type de thérapie est associée à de nombreux problèmes de santé. Notamment, un tiers des personnes qui sont allées au bout de programmes de thérapie de conversion ont commis des tentatives de suicide.

Les jeunes des minorités sexuelles risquent particulièrement d'être inscrits à des programmes de conversion contre leur volonté, mais

nous n'avons pas au Canada de politiques fédérales pour les protéger contre ces pratiques dangereuses. Bon nombre des programmes de conversion, si ce n'est la plupart, se déroulent en dehors du cabinet de professionnels de la santé. Par conséquent, la situation actuelle où certaines provinces interdisent les pratiques de conversion par un sous-ensemble de fournisseurs est insuffisante et inéquitable. Je recommande donc une interdiction fédérale de la pratique de la thérapie de conversion.

Le stress minoritaire est nocif, mais la santé des minorités sexuelles ne se résume pas à ce stress. Nous savons, d'après les données recueillies dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, que les minorités sexuelles sont moins susceptibles d'être mariées ou en couple et qu'elles passent donc à côté de certains des bienfaits d'une relation sur le plan financier, social et de la santé. Les minorités sexuelles, surtout les personnes bisexuelles, sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté. Même dans des milieux où le stress minoritaire est moindre, les minorités sexuelles manquent souvent de réseaux de soutien social aussi solides que ceux des hétérosexuels.

Ces tendances sont frappantes parce que, dans la population en général, nous voyons que le fait d'être en couple, le revenu et les réseaux de soutien social figurent parmi les facteurs de protection contre le suicide les plus importants et les plus constants. Cela donne à penser que les statistiques sur le suicide dont je vous ai fait part tout à l'heure ne tiennent pas au seul stress minoritaire. C'est pourquoi nous devons approfondir et élargir la recherche canadienne sur la santé des personnes appartenant à des minorités sexuelles.

Comme d'autres l'ont déclaré devant le Comité, le Canada est en retard sur d'autres pays dans la collecte systématique de données sur les minorités sexuelles et de genre. Le Sexual and Gender Minority Research Office des National Institutes of Health des États-Unis cite 13 bases de données nationales accessibles au public qui mesurent la situation des minorités sexuelles ou de genre. Au Canada, nous n'en avons que deux.

Les possibilités de tirer parti de plusieurs grands ensembles de données fédéraux couplés afin de caractériser de manière plus complète les problèmes de santé des minorités sexuelles et de genre restent à concrétiser. Je recommande donc d'ajouter des mesures relatives aux minorités sexuelles et de genre à toutes les enquêtes sur la santé financées par le palier fédéral, et ce, pour les répondants de tous âges.

De plus, une grande partie des données probantes auxquelles j'ai fait référence aujourd'hui découle d'études financées par les Instituts de recherche en santé du Canada. Ces études ont établi des estimations canadiennes initiales de la prévalence des problèmes de santé dans les minorités sexuelles dont nous parlons aujourd'hui et nous aident à comprendre en partie comment le stress minoritaire cause ces problèmes. Cependant, sachant que nous avons encore beaucoup à apprendre sur les différentes autres causes de maladie dans les minorités sexuelles, je recommande de consacrer des fonds spéciaux à l'accélération de nouvelles recherches sur la santé des Canadiens appartenant à des minorités sexuelles et de genre.

En conclusion, je pense que les mesures que je recommande au gouvernement contribueront beaucoup à réduire les taux anormalement élevés de problèmes de santé mentale dans les minorités sexuelles et de genre au Canada. Encore une fois, mes recommandations visent, tout d'abord, à faire en sorte d'augmenter les soutiens en santé mentale en élargissant le mandat du Fonds d'initiatives communautaires; ensuite, à interdire la thérapie de conversion; et enfin, à accroître la recherche sur la santé des personnes appartenant à des minorités sexuelles.

Je remercie le Comité d'avoir entrepris cette étude qui marque une étape historique et déterminante vers un leadership national dans la réponse aux besoins en matière de santé des personnes LGBTQ2. Le stress minoritaire a également souvent pour effet d'engendrer un sentiment de profond désespoir et, en l'occurrence, une étude fédérale sur les besoins des minorités sexuelles et de genre est en soi une formidable intervention. Félicitations pour cet important travail.

• (1540)

Le président: Merci beaucoup. Nous vous remercions de vos observations. Elles me rappellent certainement beaucoup de choses que nous avons apprises pendant nos visites.

La parole est maintenant à M. Abramovich.

Dr Alex Abramovich (scientifique indépendant, Centre for Addiction and Mental Health, Institute for Mental Health Policy Research, à titre personnel): Je vous remercie, monsieur le président, mesdames et messieurs, de me donner l'occasion de participer à cette étude historique sur la santé des LGBTQ2S.

Je m'appelle Alex Abramovich. Je suis scientifique indépendant à l'Institute for Mental Health Policy Research du Centre de toxicomanie et de santé mentale et professeur agrégé à la Dalla Lana School of Public Health de l'Université de Toronto.

Je m'intéresse depuis plus de 10 ans à la question de l'itinérance chez les jeunes et les jeunes adultes LGBTQ2S. Je dirige actuellement une étude sur la santé transgenre plus généralement. Aujourd'hui, je parlerai de ces deux sujets.

J'utiliserai le terme « jeune » pour désigner le groupe des 16 à 29 ans et le terme « cisgenre », qui renvoie aux personnes qui s'identifient au sexe qui leur a été assigné à la naissance.

On compte environ 40 000 jeunes sans-abri au Canada et, chaque soir, 7 000 jeunes qui se retrouvent à la rue dans le pays. Parmi les jeunes en situation d'itinérance, de 25 à 40 % s'identifient comme étant LGBTQ2S.

Les conflits familiaux liés à l'identité, qui découlent du fait qu'un jeune s'est déclaré LGBTQ2S, constituent un facteur important de l'itinérance chez les jeunes et la cause la plus souvent mentionnée de sans-abrisme chez les jeunes LGBTQ2S. De plus, l'expérience de l'itinérance n'est pas la même pour les jeunes LGBTQ2S et pour les jeunes hétérosexuels et cisgenres. Les premiers deviennent généralement itinérants plus jeunes et le restent plus longtemps que les seconds.

Certains jeunes LGBTQ2S sont davantage confrontés à la discrimination et à la violence que d'autres. Par exemple, les personnes transgenres de couleur, surtout les jeunes transfemmes de couleur, rencontrent plus de violence et de discrimination dans les refuges et les programmes de logement et dans la rue. Elles sont plus susceptibles d'être victimes de crimes violents, d'agression sexuelle et de meurtre.

Un des plus grands problèmes que connaissent les jeunes LGBTQ2S dans les refuges et les programmes de logement et les institutions plus généralement est celui de la sécurité. Au fil des

années dans mes recherches, je me suis intéressé aux différentes façons dont les personnes LGBTQ2S sont encore plus marginalisées et effacées dans des cadres institutionnels tels que les refuges et les programmes de logement, marginalisation qui complique la tâche quand on cherche à déterminer combien de personnes LGBTQ2S sont sans abri au Canada.

Il y a certes plus d'études dans ce domaine depuis quelques années, mais on se penche encore peu sur ces questions et la collecte de données à grande échelle reste limitée. Il y a très peu de temps encore, la recherche et les recensements ponctuels ne comprenaient aucune question sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre.

L'exactitude des taux de prévalence dépend aussi de l'inclusion de l'identité sexuelle et de genre dans le programme de gestion des données du système ou de la collectivité, ainsi que de la saisie et de l'intégration de ce type de données dans les systèmes de gestion des données plus importants au niveau national.

Par exemple, le Système d'information sur les personnes et les familles sans abri, le SISA, qui est un système global de collecte de données et de gestion de cas utilisé par les programmes de logement et de refuges dans tout le pays, propose des options pour s'identifier comme étant de sexe féminin, de sexe masculin ou de diverses identités de genre, mais il ne recueille aucune donnée sur l'orientation sexuelle. Même lorsque nous recueillons des données inclusives, beaucoup de jeunes sont oubliés parce qu'ils ne s'adressent pas aux services à cause de leurs problèmes de sécurité et de leur difficulté à s'inscrire dans la binarité de genre, car la plupart des programmes sont séparés en étages pour filles et étages pour garçons.

Le sans-abrisme caché, par exemple en couchant chez des connaissances, reste un problème important chez les jeunes LGBTQ2S, surtout pour ceux qui vivent dans des collectivités rurales ou éloignées, et il fait qu'il est difficile de connaître avec précision l'ampleur du problème. Un manque de services et de soutiens inclusifs, plus les options de logement plus rares pour les jeunes confrontés à l'itinérance dans les zones rurales, peut obliger les jeunes à quitter leur collectivité, en laissant derrière eux des réseaux sociaux et des liens affectifs importants. Partir vivre dans une grande ville pour obtenir des services et des soutiens inclusifs peut aussi avoir son lot de conséquences, y compris une détérioration de la santé, moins de réseaux sociaux et de soutien et un risque accru de mauvais traitements et d'exploitation.

J'ai travaillé dernièrement avec la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance à la rédaction de deux nouvelles questions axées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre qui ont été incluses dans le recensement ponctuel national de 2018 et posées dans plus de 60 collectivités dans l'ensemble du Canada. Il n'y a que peu d'années que les premiers programmes de logement ciblés sur les jeunes LGBTQ2S ont ouvert leurs portes au Canada.

L'ouverture de Sprott House du YMCA à Toronto, en 2016, a marqué une étape importante, car il s'agissait du premier programme de logement de transition LGBTQ2S du Canada. La plus grande différence entre Sprott House et beaucoup d'autres programmes de logement, c'est que tous ses programmes ont été conçus dans l'optique LGBTQ2S, en mettant les besoins des jeunes LGBTQ2S au centre de tous les aspects du programme. Ce pas important dans la bonne direction a incité à ouvrir d'autres programmes et en a conduit d'autres à revoir leur prestation de services et à se demander s'ils sont inclusifs. Mais il reste encore beaucoup à faire.

•(1545)

La discrimination et la stigmatisation sociale sont lourdes de conséquences pour la santé et le bien-être des jeunes LGBTQ2S. Elles entraînent des problèmes de santé mentale importants et sont cause de toxicomanie, d'anxiété, de dépression et de taux de suicide élevés, surtout chez les jeunes transgenres. Il est bien établi que les personnes transgenres connaissent des problèmes de santé mentale et physique et des taux élevés de maladie, y compris une forte prévalence de troubles mentaux.

Cependant, la santé transgenre continue d'être un domaine insuffisamment étudié. On ne collecte pas encore systématiquement de données sur l'identité de genre dans les données administratives, les dossiers de santé électroniques et les enquêtes provinciales et fédérales, d'où la difficulté à recenser les personnes transgenres dans les sources de données démographiques.

Je dirige actuellement une étude sur les trajectoires d'utilisation des soins de santé et l'état de santé des personnes transgenres en Ontario qui relie entre elles les données des services de santé. Cette étude utilise des données de qualité provenant de centres de soins primaires et psychiatriques pour repérer un grand nombre de personnes transgenres en Ontario dans toutes les tranches d'âge. C'est la première étude qui recense des personnes transgenres dans le dépôt de données d'ICES.

Cette étude en est encore à ses premières étapes. Je ne peux donc parler que de certaines de ces constatations très préliminaires. Pour l'instant, plus de 2 000 personnes transgenres ont été recensées, et 50 % d'entre elles vivent dans les deux quartiers aux quintiles de revenus les plus faibles, contre 37 % de la population en général. Il existe des liens très étroits entre le revenu et la santé. Les personnes qui vivent dans les quartiers aux plus faibles revenus sont généralement en plus mauvaise santé que celles qui vivent dans des quartiers à revenu plus élevé.

Les données préliminaires font apparaître des taux plus élevés de consultation psychiatrique et de soins primaires liés à la santé mentale, ainsi que des taux plus élevés d'hospitalisation et de visites au service d'urgence dues à des actes d'automutilation et à des troubles de santé mentale que dans la population en général.

Il existe différentes solutions à ces problèmes, et j'aimerais terminer par quelques recommandations.

Les stratégies ciblées et la priorisation des populations LGBTQ2S, surtout des jeunes, dans les stratégies nationales sur le logement, la lutte contre l'itinérance et la réduction de la pauvreté, offrent une occasion importante de mettre fin plus globalement à l'itinérance au Canada. Quand les plans et politiques du gouvernement pour mettre fin à l'itinérance accordent la priorité à des populations touchées de façon disproportionnée, y compris les jeunes LGBTQ2S, ils créent des politiques qui sauvent des vies.

Le gouvernement de l'Alberta accomplit un travail exceptionnel dans ce domaine. J'ai défini une stratégie provinciale ciblée de lutte contre l'itinérance des jeunes LGBTQ2S avec le gouvernement de l'Alberta et un groupe de travail provincial. Ce travail résultait de son plan pour la jeunesse qui accordait la priorité aux jeunes LGBTQ2S et découlait de son plan décennal pour mettre fin à l'itinérance, un premier du genre au Canada, et une réponse vraiment importante qui met l'accent sur des solutions à long terme et sur la prévention.

Le rapport final comprenait six recommandations clés, qui ont toutes été approuvées par le gouvernement de l'Alberta et qui sont actuellement mises en oeuvre. Des stratégies ciblées comme celle-ci comprennent des programmes de logement axés sur certaines populations, une éducation et une formation complètes pour tout le

personnel, et des normes et politiques inclusives en matière de logement et de refuge, ce qui crée au final un modèle uniforme de prestation de soins et de services qui répond aux besoins de toutes les personnes qui se trouvent sans abri, indépendamment de leur identité de genre ou de leur orientation sexuelle.

Je recommande également d'inclure des questions sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre dans toutes les enquêtes, les systèmes de collecte de données et les données administratives sur la santé au niveau fédéral afin de mieux comprendre les disparités sur le plan de la santé et la situation des personnes LGBTQ2S dans tout le pays.

Quand les enquêtes ne comprennent pas de questions et d'options de réponse inclusives, elles perpétuent l'effacement de données sur les personnes LGBTQ2S et font qu'il est extrêmement difficile de recueillir des données qui reflètent fidèlement la population.

Je recommande moi aussi d'accorder la priorité à la recherche sur la santé des LGBTQ2S au Canada, en particulier dans les Instituts de la recherche en santé du Canada, et de renforcer les capacités de recherche sur la santé des LGBTQ2S. Il s'offre au Canada une incroyable occasion de mieux comprendre les disparités sur le plan de la santé que connaissent les personnes LGBTQ2S et d'y remédier, et je suis très honoré de participer à ce débat important.

Je vous remercie.

•(1550)

Le président: Merci infiniment. Nous sommes honorés de vous recevoir.

Nous allons à présent passer à Health Initiative for Men, par vidéoconférence.

Monsieur Oudman, vous avez 10 minutes pour présenter vos observations préliminaires. Nous vous écoutons.

M. Greg Oudman (directeur général, Health Initiative for Men): Je vous remercie.

Monsieur le président, mesdames et messieurs, c'est un privilège de m'adresser à vous cet après-midi. Je m'appelle Greg Oudman. Je suis directeur général de Health Initiative for Men, ou HIM, organisme communautaire à but non lucratif situé à Vancouver qui est à la fois dirigé et géré par des homosexuels. Nous avons pour mission de renforcer la santé et le bien-être des homosexuels vers une vision des homosexuels qui bâtissent ensemble une vie saine.

Mes estimés collègues vous ont parlé des résultats de la recherche menée sur les minorités sexuelles et de la nécessité continue de mettre davantage l'accent sur cette recherche. En tant que fournisseur de services, HIM se trouve dans une position particulière qui lui permet de mettre la recherche en pratique au niveau communautaire. Je vais vous parler un peu de nous. HIM a été fondé en 2008 par un groupe de dirigeants éclairés animés d'un esprit communautaire qui s'inquiétaient du fait qu'on ne mettait pas l'accent sur la santé des homosexuels dans la réponse de Vancouver au VIH et au sida. HIM est né à un moment où les éléments voulus étaient réunis pour nous amener à créer un organisme vraiment unique reposant sur le principe de pour nous, par nous.

Au milieu des années 2000, la communauté entendait de plus en plus d'appels à des programmes de prévention efficaces du VIH et du sida et pour la santé des homosexuels, en même temps que le bailleur de fonds régional des soins de santé primaire cherchait à mettre davantage l'accent sur la prévention. La recherche communautaire indiquait que l'infection par le VIH et les comportements propices à la transmission étaient en hausse. Parallèlement, les hommes qui avaient des rapports homosexuels étaient moins nombreux à faire des tests de dépistage du VIH, surtout les moins de 30 ans. L'intégration de la communauté LGBTQ2S dans la société dominante grâce au renforcement des droits et à une plus grande acceptation sociétale a entraîné une disparition de ce qui était des lieux gais traditionnels. Les homosexuels vivaient de plus en plus en dehors des zones urbaines traditionnellement gais et, à la place, se contactaient par les réseaux en ligne. Tous ces facteurs ont fait prendre de plus en plus conscience qu'il fallait trouver des approches novatrices pour avoir une réelle incidence sur la santé des homosexuels.

C'est dans ce contexte qu'est né HIM, organisme dont les valeurs uniques soulignent combien nous croyons que notre propre communauté est capable de trouver les outils les plus efficaces pour veiller sur notre propre santé. L'approche de la santé des homosexuels adoptée par HIM est une approche intégrée qui comprend que la santé sexuelle n'est qu'une des composantes de la santé et du bien-être. Les besoins en matière de santé physique, sociale et mentale sont souvent les moteurs de comportements sexuels plus sains, et parfois moins. Très peu de programmes ou d'interventions de HIM ne portent que sur un élément. Tous comprennent le rôle de la syndémie dans l'état de santé général.

HIM dialogue avec les homosexuels de toutes sortes de façons afin de travailler de concert avec eux pour arriver aux plus larges résultats possible pour la santé. Les interventions de HIM sont autant d'efforts destinés à améliorer la santé sexuelle, physique, sociale et mentale des homosexuels, et elles relèvent dans une large mesure de la promotion de la santé et de l'application des connaissances. Elles concernent aussi des populations très ciblées, des maladies et/ou des facteurs ou des questions de santé importants considérés comme prioritaires.

Nos efforts de promotion de la santé reposent sur la recherche scientifique et constituent notre principal mécanisme de mobilisation pour la santé des homosexuels. À HIM, la promotion de la santé passe par différentes méthodes, y compris des campagnes de marketing social, la création de ressources particulières et adaptées, des communications et des médias axés sur la santé, et des stratégies d'information et de mobilisation communautaire. Dernièrement, HIM s'est associé avec un centre de recherche communautaire, ici, à Vancouver, afin de rédiger une déclaration officielle sur la santé mentale et la consommation problématique de substances dans les minorités sexuelles et de genre, y compris parmi les homosexuels. Nous y expliquons l'impact de la santé mentale sur la consommation problématique de substances, mentionnons les obstacles au progrès et formulons des recommandations pour régler les questions relatives à la santé mentale et à la consommation problématique de substances. Une grande partie de l'information dont je vais parler dans la prochaine section vient de la recherche effectuée pour éclairer cette déclaration.

Nous savons que, malgré la marginalisation et l'oppression continues, on a beaucoup progressé en ce qui concerne les droits et la reconnaissance par la société en général des personnes qui appartiennent à des minorités sexuelles et de genre, y compris les homosexuels. Toutefois, la recherche montre que, malgré ces

progrès, les homosexuels continuent d'être touchés de façon disproportionnée sur le plan de la santé mentale et de la consommation problématique de substances. Comme vous l'avez déjà entendu, des études approfondies montrent qu'en comparaison de la population moyenne, les taux de maladie mentale, de consommation problématique de substances et de suicide sont plus élevés chez les homosexuels. Souvent, la surreprésentation des maladies mentales chez les homosexuels s'accompagne aussi d'une augmentation des taux de consommation problématique de substances, qui font fréquemment partie d'une syndémie plus générale de problèmes de santé étroitement liés. Par exemple, les taux de tabagisme sont également plus élevés chez les homosexuels, qui sont plus sujets à une alcoolisation excessive épisodique et qui présentent un taux de troubles liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues presque deux fois plus élevé que dans l'ensemble de la population.

Cette surreprésentation est également attribuable à l'intersectionnalité, car des segments de population homosexuelle clés sont également confrontés à des obstacles à l'accès aux services de santé mentale et de traitement de la consommation problématique de substances, comme le racisme, le capacitisme, le sexisme, le classisme et d'autres formes d'oppression et de discrimination. Certains homosexuels s'identifient à une combinaison de ces catégories sociales. Par conséquent, des services créés en se fondant sur un seul aspect de leur identité peuvent constituer un obstacle à des soins efficaces et appropriés. La complexité de ces identités croisées nécessite une approche communautaire et factuelle pour bien tenir compte des besoins particuliers de la diversité des homosexuels dans la prestation de services de santé mentale et de traitement de la consommation problématique de substances.

●(1555)

Même si des données probantes démontrent l'incidence démesurée des troubles de santé mentale et de toxicomanie dans la population des hommes gais, les progrès restent timides et les ressources ainsi que le soutien sont insuffisants pour qu'on puisse s'attaquer de front au problème.

En Colombie-Britannique, l'accès aux traitements et aux services de prévention est difficile pour la population en général, et ceux qui sont offerts ne sont pas financés par le public. Le plus souvent, il faut payer de sa propre poche pour obtenir ce type de services, ou les frais sont couverts par un régime d'assurance privé. Comme ceux qui sont financés par le système public ne suffisent pas à la demande, soit les listes d'attente sont interminables, soit les critères d'admissibilité sont très restrictifs.

Selon l'étude récente évoquée par mon éminent collègue Travis Salway sur l'efficacité de l'intégration des services en santé mentale dans une clinique spécialisée dans les infections transmissibles sexuellement, les ITS, 20 % des répondants ont déclaré avoir eu récemment un besoin non satisfait de service lié à la santé mentale ou à la toxicomanie, et 83 % parmi eux se sont dits à l'aise de discuter de santé mentale ou de toxicomanie avec un intervenant d'une clinique spécialisée dans les ITS. Ces statistiques nous indiquent qu'il existe à la fois un besoin non satisfait et une possibilité inexploitée d'intervention dans les domaines de la santé mentale et de la toxicomanie chez les hommes gais.

Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, l'organisme Health Initiative for Men occupe une place de choix en raison de ses racines dans la communauté et du fait que ses pratiques reposent sur des données probantes issues de la recherche. Nous prenons tous les moyens à notre disposition pour faire du transfert de connaissances en vulgarisant de manière concise, claire et pertinente l'information et les résultats de travaux de recherche complexes menés dans les domaines biomédical et de la santé en tenant compte des besoins de la communauté.

Pour que le transfert de connaissances soit efficace, il faut nouer des partenariats avec les chercheurs, les universités et d'autres organismes de recherche comme ceux pour lesquels travaillent les chercheurs que vous avez entendus cet après-midi. Les initiatives de transfert des connaissances vont de pair avec la promotion de la santé dans la mesure où, dans les deux cas, l'objectif est de favoriser une amélioration significative de la santé et du bien-être des hommes gais. HIM s'appuie sur des travaux de recherche comme ceux de Travis Salway et de ses collègues pour mettre au point des programmes efficaces de lutte aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Comme je l'ai dit auparavant, HIM aborde toutes ses activités dans une perspective d'intégration, car nous sommes convaincus que les déterminants sociaux de la santé sont indissociables et interdépendants et que, pour être véritablement efficaces, les programmes et les interventions doivent s'attaquer à plusieurs dimensions de la santé globale.

Une bonne santé mentale est synonyme de bonne santé physique, sexuelle et sociale. Maintenant plus que jamais, après dix années d'existence, HIM sait que les hommes gais ont désespérément besoin de mesures de soutien adaptées à leurs problèmes particuliers de santé mentale, que ce soit sous la forme de counseling par des pairs ou de programmes d'intervention en toxicomanie ou de prévention du suicide s'adressant aux personnes queer. Toutes ces mesures peuvent véritablement aider les hommes gais à trouver ensemble un mode de vie sain.

Actuellement, Health Initiative for Men offre un programme de counseling animé par des professionnels bénévoles, qui peuvent être entre 15 et 20 selon les périodes. Il peut s'agir de travailleurs sociaux, de psychologues de la communauté, de même que d'étudiants dans ces domaines qui donnent bénévolement leur temps pour offrir des séances sous supervision clinique qui sont axées sur les solutions et qui peuvent déboucher sur un suivi de gestion de cas. Il s'agit d'un programme gratuit offert en priorité aux hommes gais marginalisés ou issus de milieux défavorisés sur le plan économique.

HIM offre également un programme de coaching dans le cadre duquel des pairs, des mentors et des accompagnateurs professionnels, supervisés par un accompagnateur expert, animent bénévolement des séances axées sur divers objectifs selon un modèle d'entrevues motivationnelles mis au point par HIM.

De plus, HIM propose des groupes fermés de soutien en santé mentale qui sont animés par des professionnels spécialisés et qui sont axés sur des besoins précis qui vont de l'anxiété à la consommation dangereuse de substances comme la méthamphétamine en cristaux.

Enfin, notre programme subventionné de counseling propose des services à tarif réduit de thérapeutes, de travailleurs sociaux et de psychologues indépendants et agréés, qui tous ont été approuvés par le comité consultatif en santé mentale de HIM. Le nombre de séances par client n'est pas limité, et elles s'adressent à des personnes dont les revenus vont de moyens à élevés.

HIM est un organisme communautaire qui réussit comme nul autre à mettre la recherche au service de ses pratiques. Nous souscrivons aux recommandations formulées par Travis Salway dans son exposé. L'accès accru à des services de soutien en santé mentale grâce à une augmentation du Fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C de l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi que l'intensification de la recherche sur la santé des minorités sexuelles contribueront à renforcer le travail déjà accompli par HIM pour combler les lacunes en matière de programmes en santé mentale et en toxicomanie.

L'accroissement de nos ressources et de notre capacité nous permettrait d'élargir notre offre de programmes en santé mentale et de répondre à des besoins pour l'instant ignorés. Nous rêvons d'enrichir notre offre de services de counseling et d'interventions thérapeutiques à la communauté. Nous rêvons de repousser les frontières de l'excellence en matière de soins de santé mentale. Nous rêvons d'élaborer et de maintenir des programmes novateurs pour lutter contre les dépendances propres à notre communauté. Nous rêvons d'améliorer les normes de soins en santé mentale et de traitement des dépendances. Nous rêvons de briser les préjugés liés à la santé mentale, aux dépendances et au suicide chez les hommes gais. Nous rêvons de mobiliser et d'engager la communauté afin de créer un environnement accueillant et sain. Par-dessus tout, nous rêvons de devenir le porte-étendard du changement et de l'espoir pour tous ceux qui sont affligés par l'isolement, l'angoisse et les pensées suicidaires.

• (1600)

Pour terminer, j'aimerais remercier le Comité d'avoir entrepris cette étude historique, qui représente une étape décisive vers l'exercice d'un leadership national essentiel pour s'attaquer aux besoins en santé de la communauté LGBTQ2, qui est aussi ma famille.

Votre leadership dans ce domaine aura des retombées à très long terme sur la vie de milliers de personnes appartenant à une minorité sexuelle ou de genre, et je vous en remercie.

Le président: Merci beaucoup.

J'espère que nous faisons des progrès.

Je donne maintenant la parole à M. Coolman.

M. Tristan Coolman (président, Pflag York Region): Merci beaucoup, monsieur le président.

Bonjour à tous. Je m'appelle Tristan Coolman. J'utilise les pronoms il et lui, et je m'identifie comme homme gai. Je fais du bénévolat depuis longtemps et, peu à peu, je suis parvenu à mon poste actuel de président de l'organisme Pflag York Region, un réseau de soutien, de ressources et d'éducation à l'oeuvre dans toutes les municipalités de la région de York.

Je me sens extrêmement honoré d'être ici aujourd'hui et de pouvoir m'exprimer sur la question précise de la santé des membres de la communauté LGBTQ2+ au Canada. Pflag est à l'origine de nombreuses initiatives qui visent à créer des espaces communautaires et sûrs. Par exemple, nous organisons plusieurs cafés-rencontres par mois au cours desquels nous offrons du soutien à des personnes s'identifiant comme LGBTQ2+, aux membres de leur famille, à leurs amis et à leurs alliés. Ces soirées offrent un lieu sûr et privé où ils peuvent raconter leur histoire et obtenir des conseils de la part de personnes qui vivent la même chose qu'eux. Nous formons une famille et nous offrons un lieu d'entraide où personne n'est laissé pour compte.

J'encourage tous les membres du Comité à venir assister à une réunion du chapitre de Pflag de vos circonscriptions respectives. C'est bien de me donner la parole aujourd'hui, comme vous l'avez fait pour mon collègue de Toronto en février, et d'écouter les quelques histoires que je raconte, mais entendre ces histoires de la bouche de ceux qui les vivent vous donnerait une autre perspective.

La santé des personnes LGBTQ2+, comme vous avez pu le constater, j'imagine, varie énormément en fonction de divers facteurs croisés comme l'accès à l'éducation, le revenu et la stabilité financière, l'origine ethnique, les questions de croyance ou de religion et le lieu géographique. Tous ces facteurs façonnent l'expérience d'une personne.

Comme je suis un homme gai, ces facteurs ont aussi eu des répercussions dans ma vie et mon expérience. J'ai été élevé par une mère monoparentale et immigrante. Ses propres antécédents et son éducation en Guyane, les influences reçues de ma grand-mère et de ses frères et sœurs ont fait en sorte qu'elle connaissait très peu la communauté LGBTQ2+. Quand j'ai affirmé mon identité voilà presque 15 ans, je n'en savais pas beaucoup plus qu'elle. C'était en septembre 2004, le jour de la fête du Travail, et je commençais ma dernière année du secondaire.

Je me souviens du moment où j'ai su que tout irait bien. Je venais de recevoir un essai que j'avais écrit pour mon cours de droit canadien sur la légalisation du mariage entre personnes du même sexe, qui soulevait les passions à l'époque. Cet essai a été parmi les plus faciles que j'ai eu à rédiger. Quand j'ai reçu ma copie, j'ai vu que j'avais obtenu 98 %, de loin la plus haute note que j'ai jamais eue. Mon professeur me l'a remise avec un sourire et m'a invité à passer le voir à l'heure du dîner. J'y suis allé, et j'y ai été accueilli par mes professeurs de philosophie, d'histoire et d'économie, qui m'ont tous dit à quel point ils avaient été impressionnés par mon travail et qu'ils tenaient à me féliciter.

Leur appui a été très déterminant pour moi et il m'a donné le courage d'affronter ma mère. Ce soir-là, j'ai cogné à la porte de sa chambre et je lui ai donné mon essai sans dire un mot. Quelques jours après, nous nous sommes enlacés et nous avons vidé la question. Il restait du travail à faire pour notre relation mais, à ce moment, je savais que les choses avaient pris une bonne tournure.

Je vous épargne le récit des années qui ont suivi et je reviens à aujourd'hui, 15 ans plus tard et 50 ans après la décriminalisation de l'homosexualité dans notre pays. J'aimerais vous dire que mon histoire n'a rien d'exceptionnel, mais je mentirais. La situation est tragique. Le manque d'éducation, de compréhension et d'amour les uns envers les autres reste encore endémique dans nos communautés, partout au pays. Malheureusement, la haine continue de bien se porter et elle est exacerbée par la difficulté d'accès aux services, les degrés divers d'homophobie, de transphobie et de queerphobie dans tous les coins de notre pays. C'est un phénomène institutionnel et culturel, et il connaît actuellement une recrudescence.

Une utilisatrice de nos services est une femme transgenre qui était victime d'une discrimination constante dans tous les environnements de travail qu'elle a connus. Elle travaille dans le domaine de la construction et elle possède des compétences exceptionnelles en gestion. Pourtant, sur chaque chantier où elle a travaillé, elle a reçu des commentaires haineux lors de ses échanges de vive voix avec ses collègues ou en privé, par la voie de graffitis dans les toilettes.

Dernièrement, elle a vécu une période d'instabilité financière. Elle nous a raconté qu'elle a été forcée de déménager après avoir été expulsée parce qu'elle n'arrivait plus à payer son loyer. Elle devait choisir entre payer son loyer ou payer ses médicaments. Elle nous a

raconté cette histoire en décembre 2018, et nous ne l'avons plus revue.

Il est clair qu'il faut en faire plus pour convaincre nos partenaires du secteur privé à offrir des formations sur l'égalité et l'inclusivité à leurs employés.

Très récemment, une mère et son fils ont commencé à fréquenter nos réunions. Peu de temps après, le fils a parlé de son combat avec son identité de genre et a commencé à s'afficher comme personne non binaire. La mère et le fils sont respectivement dans la mi-cinquantaine et à la fin de la vingtaine. Tous les deux ont reçu un diagnostic de syndrome d'Asperger et d'anxiété. Ils ont entrepris des démarches pour obtenir du soutien et, comme la mère nous l'a raconté, elle a communiqué avec plusieurs cliniques et services de counseling. Même si elle avait une recommandation, le délai d'attente pour une première rencontre avec un professionnel est d'au moins cinq mois. L'accès aux services payants est toutefois plus rapide. Malheureusement, la famille ne peut pas s'offrir le luxe d'un accès plus rapide à des services de counseling.

Pour certains, le counseling n'est pas un moyen parmi d'autres pour améliorer leur qualité de vie — il peut être la clé pour comprendre et être en paix avec leur identité de genre. Le counseling peut leur donner la clé pour composer au quotidien avec la réalité et pour décider comment ils veulent se présenter au monde et y faire leur place. Il peut leur ouvrir la porte sur un monde dans lequel ils peuvent vivre en étant fidèles à eux-mêmes, en accord avec leur véritable identité.

● (1605)

Dans les dernières semaines, nous avons rencontré la famille d'un garçon transgenre qui éprouve des craintes que personne ici n'a jamais éprouvées, et c'est tant mieux. Un jour, la famille — le garçon et sa mère — participait à une activité communautaire avec des centaines de leurs amis, membres de la famille et voisins. Ils passaient tous un bon moment, jusqu'à ce que la mère doive se rendre aux toilettes. C'était l'été, il faisait chaud, et ils buvaient beaucoup pour rester hydratés. Les seules toilettes disponibles se trouvaient dans un centre communautaire à proximité. Quand la mère a demandé au fils s'il avait besoin d'y aller, il lui a répondu qu'il irait une fois à la maison. Leur retour n'était pas prévu avant des heures.

Le fils lui a alors parlé de son expérience avec les toilettes publiques. Il a expliqué que l'utilisation de toilettes de genre neutre installées à côté de toilettes réservées aux hommes et aux femmes était associée pour lui à une sortie du placard involontaire. Son fils s'en fait encore beaucoup au sujet de son apparence. Il garde ses cheveux très courts et il a commencé à porter des vêtements plus amples et de couleur foncée parce qu'il a l'impression qu'ils lui donnent une allure plus masculine. Le souci constant de son apparence l'amène à avoir peur pour sa sécurité quand il utilise les toilettes pour hommes. Il a peur que des étrangers remarquent ses gestes et son apparence. Il a peur qu'ils lui posent des questions, et même qu'ils deviennent violents. Chaque jour, que ce soit à l'école, quand il sort avec ses amis ou avec sa famille, il est exposé à des situations qui sont autant de menaces pour son sentiment de sécurité.

Pour beaucoup de membres de la communauté LGBTQ2+, sécurité et santé sont interreliées, et la sécurité personnelle est un souci quotidien. Les personnes comme ce jeune homme vivent comme des soldats en zone de guerre, avec une conscience aiguë des menaces qui pèsent sur leur sécurité. À première vue, l'origine de ces menaces peut sembler simple, mais comme elles puisent leurs racines dans la culture essentiellement, les institutions liées à tous les paliers de gouvernement pourraient contribuer à les atténuer en changeant la manière dont elles envisagent l'égalité, la diversité et l'inclusion.

L'alliance n'est pas une identité, mais un ensemble de comportements et de traits de caractère que nous devons tous mettre en valeur. C'est le parcours de toute une vie, qui suppose d'entrer en contact avec des personnes et des groupes marginalisés afin de gagner leur confiance, et de faire en sorte que ceux dont les actes constituent une menace pour eux en soient tenus publiquement responsables, sans laisser de marge à l'interprétation. Il est particulièrement important de comprendre qu'on ne peut pas s'arroger le titre d'allié. C'est un titre qui se mérite.

Les alliances prennent diverses formes. On peut devenir un allié en utilisant les pronoms d'identification dans tout ce qu'on fait, que ce soit dans la signature d'un courriel ou lorsque vous vous présentez dans le cadre d'un événement officiel, comme je l'ai fait aujourd'hui. Quand j'indique quels pronoms je préfère utiliser, je permets à des personnes qui s'identifient à un sexe et à celles qui ne se sentent pas bienvenues de se sentir ouvertement acceptées.

La communauté LGBTQ2+ n'a tout simplement pas droit à la même qualité de vie que la majorité de la population canadienne, comme il a été souligné précédemment, et les délais d'attente pour les services se comptent en mois. Malheureusement, l'accès aux services dépend surtout des cordes sensibles de nos leaders. La communauté LGBTQ2+ attend de vous, sans égard à vos allégeances politiques, que vous preniez le temps d'apprécier et de comprendre les recommandations que vous avez reçues jusqu'ici et toutes celles que vous recevrez à partir de maintenant. Vous devez tout mettre en œuvre pour les réaliser, avec un sentiment d'urgence absolue. On ne vous demande pas de faire un choix. On vous demande d'agir.

Il n'existe pas de frontière — et il ne devrait pas exister de frontière — entre les paliers de gouvernement. Il n'y a aucune excuse. Je n'exagère pas quand je vous dis que les personnes LGBTQ2+ sont désavantagées. Elles sont isolées. Elles souffrent. Elles peuvent en mourir. Certaines y ont déjà laissé leur vie. Mon premier copain en fait partie. Il a perdu sa bataille contre la dépression à 23 ans.

Je voudrais vous faire ma propre recommandation. Elle est très claire. Je vous demande à vous et à vos collègues qui siègent à vos côtés aujourd'hui ou qui étaient là avant vous, peu importe les bastions politiques, de servir de modèles et de devenir des alliés indéfectibles des groupes marginalisés comme les membres de la communauté LGBTQ2+. Ne laissez aucune marge à l'interprétation quand il est question de propos et de gestes haineux, qu'ils soient directs ou insidieux. Ne vous confortez pas dans l'idée que vous et vos collègues avez ces caractéristiques. Ce n'est pas suffisant. La décriminalisation de l'homosexualité remonte à 50 ans, mais les progrès ont été trop lents.

•(1610)

C'est l'alliance de mes enseignants du secondaire qui m'a donné le courage d'affronter ma mère. C'est le genre de gestes qui auraient pu sauver la vie de mon premier amour. De tels gestes pourraient mettre

fin à la discrimination sur les chantiers de construction. Ils pourraient assurer la mise en place par les institutions de mesures d'accès aux espaces communautaires et assurer l'égalité d'accès aux services de santé. Si jamais le Comité est dissous, votre alliance continuera de porter la cause. Pour agir en alliés, vous n'avez pas besoin de présenter un projet de loi ni de le mener en deuxième ou en troisième lecture. C'est par notre alliance que nous pouvons agir de manière vraiment responsable pour aider les prochaines générations de personnes LGBTQ2+ au Canada.

Merci.

Le président: Beau travail. Il vous reste une seconde.

M. Tristan Coolman: Vous avez peut-être noté que j'ai raccourci un peu ma présentation.

Le président: Je l'ai regardé et je lui ai dit qu'il n'y arriverait pas.

Nous devons régler cinq points liés aux affaires du Comité. Nous pouvons poursuivre jusqu'à 17 heures, puis nous discuterons des affaires du Comité à huis clos.

Nous en sommes à la période de questions. M. McKinnon ouvrira le bal, avec une période de sept minutes.

M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie tous d'être venus à notre rencontre aujourd'hui.

Monsieur Salway, vous avez dit que les thérapies de conversion représentaient un problème grave et vous en avez recommandé l'interdiction.

Tout d'abord, pouvez-vous nous dire qui sont les personnes qui pratiquent des thérapies de conversion?

M. Travis Salway: C'est une excellente question.

Historiquement, les professionnels de la santé mentale, y compris des psychologues et des psychiatres, pratiquaient différentes formes de thérapie de conversion. Jusqu'à la fin des années 1960, l'homosexualité a été considérée comme une maladie mentale. Ces traitements trouvent donc leur origine notamment dans les milieux professionnels de la santé mentale. Toutefois, depuis cette époque, les principaux ordres de psychologues et de psychiatres ont changé leur vision du tout au tout et affirment aujourd'hui non seulement que l'homosexualité n'est pas une maladie mentale, mais que le counselling visant à encourager l'affirmation d'une orientation sexuelle ou de genre minoritaire peut vraiment aider ces personnes. Pour la plupart, les ordres professionnels en santé et en santé mentale s'autoréglementent et ils encouragent leurs membres à adopter des pratiques thérapeutiques de valorisation des minorités sexuelles et de genre.

Pour revenir aux milieux qui adhèrent à ces pratiques, ils ne semblent pas associés aux établissements de santé canadiens en général, et certains sont à l'étranger. Des personnes peuvent envoyer leurs enfants, leurs jeunes ou leurs adolescents dans des camps aux États-Unis. Dans tous les cas, ils sont remis entre les mains de professionnels de la santé qui sont réputés déroger aux lignes directrices, ou de professionnels d'un autre domaine. Certains sont des chefs de groupes confessionnels ou des intervenants des milieux de la santé qui ont perdu tout respect ou leur permis de pratique.

•(1615)

M. Ron McKinnon: Dans l'ensemble, les professionnels en santé mentale désapprouvent cette pratique aujourd'hui.

M. Travis Salway: Effectivement.

M. Ron McKinnon: Les personnes qui recourent à ces pratiques — j'hésite à parler de traitements — sont des tiers. Est-ce que ces personnes agissent pour le compte d'autrui ou pour leur propre profit?

M. Travis Salway: Oui, dans certains cas.

M. Ron McKinnon: Vous avez aussi parlé de certains cas, ou peut-être de nombreux cas, de personnes qui ressentent une obligation.

Qui sont ces personnes et comment leur fait-on subir cette contrainte?

M. Travis Salway: Le scénario type, je crois, est celui d'une personne mineure qui a été mise sous tutelle. Le parent ou le tuteur peut se faire du souci devant un enfant qui vit une forme de détresse ou qui commence à s'interroger sur son identité de genre ou son orientation sexuelle. Si on pense à tout ce qui a été dit jusqu'ici, un parent qui se trouve dans cette situation et qui ne connaît pas les ressources comme Pflag, qui ne se sent pas attiré par ce genre de services ou qui doute que son enfant puisse vivre une vie épanouie et saine en tant que personne qui s'identifie comme LGBTQ2S pourrait être tenté par ces programmes et leurs fausses promesses d'une nouvelle forme de conversion.

C'est ce que je comprends du scénario type des personnes qui se retrouvent dans ce genre de programmes. Il existe une communauté nombreuse et grandissante de survivants de programmes de conversion au Canada. J'ai discuté avec beaucoup d'entre eux ces derniers jours. De manière générale, les traumatismes subis laissent des séquelles variables. Très souvent, ils trouvent une manière d'échapper à ces programmes et d'autres formes de soutien auprès d'organismes comme ceux dont les témoins ont parlé aujourd'hui. Malheureusement, certains n'y arrivent pas à cause des pressions internes énormes que ces programmes font subir aux participants. J'imagine que les parents sont bien intentionnés, mais comme ils ne trouvent pas d'autres ressources, ils se tournent vers ce que j'appellerai ces praticiens à défaut d'un meilleur terme.

M. Ron McKinnon: Concernant l'interdiction de cette pratique, j'aimerais savoir si vous avez réfléchi à une mesure qui serait du ressort du gouvernement fédéral. Comme il s'agit d'une pratique médicale, la compétence relève des provinces. À votre avis, y aurait-il lieu d'intégrer cette interdiction au Code criminel?

M. Travis Salway: Oui.

Je sais que des États comme Malte et Taiwan l'ont fait. En demandant aux provinces de réglementer les différents groupes qui fournissent des soins de santé, on court le risque que ce genre de pratiques persiste dans des contextes non médicaux. Elle peut se perpétuer dans des foyers privés, ou au sein d'organismes communautaires ou confessionnels. Pour cette raison, je crois qu'il faudrait faire un ajout au Code criminel.

M. Ron McKinnon: Selon vous, s'agit-il d'une infraction grave qui pourrait être passible de 14 années d'emprisonnement, ou plutôt d'une infraction sommaire passible d'une peine de deux ans moins un jour?

M. Travis Salway: Très honnêtement, je ne me suis pas préparé à répondre à cette question, mais je connais des organismes et des personnes qui travaillent directement avec des survivants de thérapies de conversion au Canada. Je pense particulièrement à Generous Space, un organisme national établi ici, en Ontario. Ils seraient mieux placés que moi pour parler de la gravité des séquelles.

Selon l'une des conclusions importantes de l'enquête que nous avons menée, les effets sur la santé mentale sont semblables à ceux

dont nous avons parlé. Effectivement, les tentatives de suicide, les idées suicidaires, les traitements contre l'anxiété ou la dépression et la consommation de drogues illicites sont plus fréquents chez les personnes qui ont subi une thérapie de conversion. Les conséquences pour la santé sont assez importantes. Ces constats m'amènent à penser que le fait de forcer quelqu'un à subir une thérapie de conversion, surtout si c'est un jeune qui ne peut pas décider pour lui-même, constitue une agression ou une infraction assez grave. C'est tout ce que je peux dire. Je ne pourrais pas vraiment vous dire quelle peine devrait être imposée sur l'échelle que vous avez proposée.

M. Ron McKinnon: Merci.

Il me reste une minute, que je vais consacrer à M. Abramovich.

Vous avez parlé de l'itinérance comme d'un problème grave. Je crois que vous avez affirmé que 40 000 jeunes LGBTQ se trouvent actuellement en situation d'itinérance.

• (1620)

Dr Alex Abramovich: En fait, de 25 à 40 % de ces jeunes sont dans cette situation.

M. Ron McKinnon: D'accord.

J'ai de la difficulté à comprendre comment des parents en arrivent là. Comment un parent peut-il abandonner une personne aussi proche? Je ne comprends pas. Pourriez-vous m'éclairer un peu?

Dr Alex Abramovich: Oui, aucun problème.

C'est quelque chose qui est extrêmement difficile à comprendre, vous avez raison, surtout quand le phénomène prend de telles proportions.

Nous savons que les conflits familiaux sont la principale cause qui pousse des jeunes vers l'itinérance, sans égard à leur identité. Cependant, pour les jeunes LGBTQ2S, les conflits familiaux sont directement liés à leur identité. Beaucoup d'entre eux viennent d'un foyer où les conflits familiaux duraient depuis des années et, quand ils s'affirment comme transgenres, lesbiennes, gais ou bisexuels, soit ils sont mis à la porte, soit ils sont forcés de quitter la maison à cause des conflits. Il est clair que ces jeunes se retrouvent à la rue à cause des conflits directement liés à leur sortie du placard. C'est la cause principale.

Le président: Très bien, nous allons passer à Mme Gladu maintenant, pour sept minutes.

Mme Marilyn Gladu (Sarnia—Lambton, PCC): Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins.

J'aimerais commencer avec Alex.

Vous avez parlé d'un programme mis en place à Toronto, à la Sprott House du YMCA.

Dr Alex Abramovich: Oui.

Mme Marilyn Gladu: Pourriez-vous nous décrire ce programme et nous expliquer en quoi il diffère des activités habituelles d'un YMCA?

Dr Alex Abramovich: Oui, tout à fait.

Sprott House est un établissement qui compte 25 lits. Il s'agit d'un programme de logements de transition. En réalité, il s'agit davantage d'un programme de logements d'un genre plus indépendant. Mais ce n'est pas un refuge. Si un jeune vient d'être expulsé de la maison, parvient à se rendre à Toronto, et a besoin d'un endroit où dormir là, tout de suite, ce n'est pas ce qui est offert à Sprott House. Il faut d'abord s'inscrire au programme. Il faut passer une entrevue, et ensuite, on peut être accepté dans le programme. On n'y obtient pas un lit aussi rapidement que dans un refuge. Il n'existe actuellement aucun refuge d'urgence pour les jeunes LGBTQ2.

Les jeunes peuvent résider à Sprott House pendant deux ans au maximum. Ils sont suivis et peuvent participer à un éventail de programmes d'apprentissage de l'autonomie fonctionnelle. Tous les employés qui y travaillent sont soit identifiés à la communauté LGBTQ2 ou font preuve d'une très solide compréhension de cette communauté. Ils ont reçu une formation poussée.

Tous les programmes qu'ils ont conçus l'ont été dans une perspective véritablement LGBTQ2. Par exemple, les formulaires qui doivent être remplis par les jeunes lorsqu'ils se présentent à un refuge ou un programme de logement n'incluent habituellement pas les jeunes de la communauté LGBTQ2. Ce qui différencie Sprott House, c'est que tout est fait dans l'optique de répondre aux besoins des jeunes de la communauté LGBTQ2 qui sont au centre de tous les services, de tous les formulaires, de tous les services offerts.

Mme Marilyn Gladu: D'accord, très bien.

Ai-je bien entendu, avez-vous dit qu'il y avait 40 000 personnes de la communauté LGBTQ sans abri d'un bout à l'autre du pays?

Dr Alex Abramovich: Non. En réalité, on dénombre 40 000 jeunes qui vivent dans l'itinérance aux quatre coins du pays, et de ce nombre, 25 % à 40 % s'identifient à la communauté LGBTQ2.

Mme Marilyn Gladu: D'accord, très bien. Merci.

Greg, j'aimerais revenir sur votre commentaire, vous avez indiqué que si les cliniques de dépistage des ITS disposaient de programmes de soutien en santé mentale sur place, les patients se sentiraient à l'aise de consulter. Quel genre de soutien en santé mentale recommandez-vous, et quelle est la situation en ce qui concerne le nombre de cliniques de dépistage des ITS dans tout le pays?

M. Greg Oudman: Health Initiative for Men exploite cinq centres de santé dans l'ensemble du Lower Mainland qui offrent des services de dépistage du VIH et des ITS. Nous avons mis au point une approche intégrée selon laquelle l'accès aux programmes de santé mentale, que j'ai décrits aussi, est offert par le biais de nos centres de santé. Je pense que Travis a entrepris une étude qui comprenait notamment les centres de santé exploités par Health Initiative for Men, de même que d'autres cliniques de dépistage des ITS dans le Lower Mainland. Cette étude a montré que 28 % des répondants ont indiqué un besoin qui n'était pas satisfait, et 83 % des répondants se sont déclarés ouverts à la consultation de programmes en santé mentale.

Je pense que cette étude nous a permis de voir qu'étant donné que les cliniques de dépistage des ITS existent déjà, elles présentent une occasion parfaite d'élargir l'éventail des objectifs de ces centres de santé ou cliniques en donnant accès à de l'aide en matière de santé mentale par leur entremise. C'est ce que nous avons fait dans nos cinq centres de santé du Lower Mainland, et la réponse a été extraordinairement positive.

•(1625)

Mme Marilyn Gladu: Nous avons entendu le même commentaire lorsque nous avons visité la clinique Nine Circles, à Winnipeg.

Vous avez mentionné la prévention du suicide axée sur les queers. En quoi cette formation en matière de prévention du suicide diffère-t-elle de la formation ordinaire qui est déployée à grande échelle?

M. Greg Oudman: À vrai dire, je vais demander à Travis s'il aimerait répondre, parce que c'est son domaine d'expertise plus que le mien.

Mme Marilyn Gladu: Il est deuxième sur ma liste, alors pourquoi pas.

M. Greg Oudman: Mais je peux vous en parler un petit peu.

Vous avez entendu parler aujourd'hui, et d'autres témoins en ont probablement déjà parlé devant vous à d'autres moments, des besoins très particuliers des personnes qui s'identifient à la communauté LGBTQ. Je pense que ces mêmes besoins s'appliquent aussi dans la sphère de la maladie mentale. Nous avons constaté, encore une fois grâce à des travaux de recherche et à la pratique, que les programmes de prévention du suicide qui sont axés tout particulièrement sur les personnes LGBTQ2, même au chapitre de l'amélioration du niveau de compétence chez les fournisseurs de services de counselling en santé mentale, sont plus efficaces.

Mme Marilyn Gladu: Travis, voulez-vous prendre le relais?

M. Travis Salway: Oui, certainement.

Bien entendu, le suicide en particulier et d'autres questions relatives à la santé mentale sont un sujet de honte pour tout le monde. On sent une réticence à en parler ouvertement. Une réticence à confronter directement cette problématique. On peut facilement imaginer que pour les membres de minorités sexuelles et de genre, qui ressentent habituellement le besoin de cacher, de nier ou de taire, ces problèmes pourraient signifier une double stigmatisation. Il s'ensuit que le groupe vers lequel on s'est tourné, qu'il s'agisse de migrer vers une communauté qui s'affirme davantage sur le plan sexuel ou du genre, ou la ressource à laquelle on s'est adressé, paraîtra très différent. Cela signifie que parfois, il faut des stratégies ciblées.

Je travaille dans une équipe d'étude à Vancouver appelée Still Here. Elle se penche sur les expériences de suicide avec des personnes LGBTQ2. Elle est dirigée par mon collègue, le Dr Olivier Ferlatte. Cette étude nous a permis de constater, lorsque nous avons réalisé une exposition de photographies selon une approche artistique et que nous avons réuni des personnes LGBTQ2 à cette occasion, que ces dernières éprouvaient un peu plus de facilité à s'exprimer au sujet des taux de suicide au sein de la communauté.

Mais à part dans ces lieux privilégiés, ou dans les services de prévention du suicide axés sur les queers ou qui s'affirment comme queers, on constate une tendance à se retirer, à montrer de la réticence. De fait, lorsque nous parlons de ces statistiques avec les communautés LGBTQ2, il est fréquent qu'elles montrent de la surprise ou de la répugnance à en parler, peut-être parce qu'elles sentent qu'elles sont déjà stigmatisées, et qu'elles ne veulent pas en rajouter.

Mme Marilyn Gladu: Très bien, mais pensez-vous que les gens vont s'adresser aux services de prévention du suicide si — j'ignore comment vous les appelez — ces derniers s'affichent ouvertement comme des services de prévention du suicide axés sur les queers? Est-ce qu'ils ne ressentiront pas de la crainte, je pense à ceux qui ont peur de sortir du placard, et de ce genre de choses?

M. Travis Salway: Oui. La bonne façon de procéder à cet égard consiste à faire en sorte que la formation soit dirigée par des organismes affichant de solides antécédents concernant les interventions auprès des communautés queers.

Mais vous avez raison. Nous avons besoin des deux approches. Celle-ci ne va pas rejoindre tout le monde, aussi, il nous faut une approche générale de la prévention du suicide — une stratégie universelle de prévention et une stratégie ciblée. Avec les deux, nous espérons être en mesure d'atteindre ceux qui en ont besoin.

Mme Marilyn Gladu: Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant céder la parole à M. Davies.

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

Monsieur Coolman, nous étions à Calgary l'autre jour, et j'ai été frappé par les mots de l'un de nos témoins. Il a dit qu'il n'a pas révélé son homosexualité juste une fois, mais plutôt qu'il doit sortir du placard 10 fois par jour, tous les jours. Il a parlé du fait que chaque fois que lui ou ses amis de la communauté gaie entraînent en contact avec le système de soins de santé, ils ressentent toujours cette vive inquiétude ou ce sentiment de devoir révéler quelque chose. Il a déclaré aussi qu'après avoir révélé qu'il était gai, on lui posait souvent des questions stéréotypées, qui révélaient des présuppositions et des préjugés sans aucun rapport avec la maladie pour laquelle il consultait.

Auriez-vous des commentaires à ce sujet?

M. Tristan Coolman: Oui. Cela me fait penser à une histoire qui a été racontée au Comité en février au sujet d'une personne qui s'est rendue dans une clinique et qui a précisé quels pronoms devraient être utilisés pour la désigner. Ces pronoms n'ont pas été utilisés et n'ont pas été respectés.

Un éventail de raisons pourraient expliquer pourquoi ce genre de situations se produisent. Peut-être s'agit-il d'un manque de respect envers la communauté ou envers la façon dont les personnes s'identifient. Les motivations qui les sous-tendent peuvent être multipliées par 100. C'est pourquoi j'ai parlé aujourd'hui des alliés. C'est parce que ces comportements influent réellement sur votre façon d'interagir avec quiconque dans la vie courante. C'est une chose dont on doit vraiment faire la promotion. En plus de toutes les recommandations dont nous avons parlé aujourd'hui, ces comportements sont véritablement ce qui va entraîner un changement.

• (1630)

M. Don Davies: Est-ce que l'expérience que vous avez décrite est répandue?

M. Tristan Coolman: Oh oui. Pour ma part, je sors du placard tous les jours au travail. Je suis spécialiste de la TI. Je prends des rendez-vous pour venir réparer les appareils chez les gens. Au moins une fois par jour, quelqu'un me demande si j'ai une petite amie ou des enfants. Je révèle mon homosexualité sans aucune honte pour leur prouver qu'il n'existe aucune raison aujourd'hui de ne pas l'assumer.

M. Don Davies: Merci.

Monsieur Salway, vous êtes originaire de Vancouver et du Lower Mainland, et je représente Vancouver Kingsway. Bien entendu, nous savons que le Lower Mainland constitue une mosaïque très diversifiée sur le plan ethnique et très riche sur le plan culturel. Je me demandais si vous aviez remarqué, dans le cadre de vos recherches, si des considérations particulières ressortent de la réunion d'une multiplicité de cultures.

M. Travis Salway: Oui, certainement.

Tristan y a fait allusion tout à l'heure lorsqu'il a évoqué les effets des intersections de nombreuses positions sociales.

Étant donné que mon travail porte principalement sur le suicide, je vais vous parler d'un cas qui se distingue vraiment. Il s'agit de l'expérience des Autochtones du Canada qui connaissent également un taux de suicide quatre fois supérieur à celui de la population non autochtone. Comme il fallait s'y attendre, les minorités sexuelles ou de genre autochtones font face à deux formes d'oppression, d'opprobre et d'injustices historiques à la fois.

Très souvent dans le système de soins de santé — et peut-être dans bon nombre de nos institutions —, nous ne pensons qu'à une seule population à la fois, de sorte que les personnes qui se trouvent dans ces intersections sont souvent laissées pour compte. Lorsque nous parlons d'une stratégie de prévention du suicide axée sur les queers ou de services axés sur les queers, cela sous-entend parfois que nous les destinons principalement à des individus qui appartiennent à la majorité blanche, mais c'est injuste. C'est pour cette raison que j'encouragerais le Comité à inviter des témoins qui possèdent une expertise de travail auprès des Autochtones et des personnes LGBTQ bispirituelles.

M. Don Davies: Mon ami M. McKinnon a parlé de la thérapie de conversion. Récemment, ma collègue de Saskatoon-Ouest, Sheri Benson, a déposé une pétition à la Chambre des communes demandant au gouvernement fédéral de modifier le Code criminel pour interdire la thérapie de conversion.

Cette demande a été rejetée par ce gouvernement. Les raisons qui ont été données pour expliquer le refus sont qu'il s'agit dans une grande mesure d'une question qui relève de la compétence provinciale et territoriale, et qu'il est déjà possible de s'attaquer à cette pratique au moyen de dispositions existantes du Code criminel, par exemple, enlèvement, séquestration et agression.

D'après vous, est-ce que ces raisons sont satisfaisantes, ou souhaiteriez-vous que le Code criminel contienne une disposition explicite pour interdire la thérapie de conversion? Pensez-vous que le Code criminel dans sa version actuelle est suffisamment rigoureux?

M. Travis Salway: Non, je ne le pense pas. Et la raison en est qu'il est très difficile de classer la pratique en soi dans l'une ou l'autre des infractions que vous venez de mentionner. Très souvent, cette pratique est amenée de manière un peu plus subtile, mais à certains égards, c'est encore plus pernicieux parce que cette thérapie peut se poursuivre pendant des années, parfois des mois, et que les effets peuvent durer pendant des décennies.

Je suis convaincu que cette pratique mérite sa propre catégorie à titre d'infraction criminelle. Je ne suis pas sûr d'utiliser les bons termes. Mais une chose est sûre, je désapprouve l'affirmation voulant que les dispositions actuelles sont suffisantes, en particulier en ce qui concerne les fournisseurs de soins de santé.

M. Don Davies: Merci.

Monsieur Oudman, je sais que Health Initiative for Men fournit des services majoritairement aux hommes gais. Est-ce que vos services sont également offerts aux hommes bisexuels, transgenres, bispirituels ou à tous les autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des partenaires masculins?

M. Greg Oudman: Oui, tout à fait. Nous utilisons le terme « gai », mais dans son acception la plus large possible. Nous avons entrepris un processus sur le plan organisationnel dans le cadre duquel nous étudions cette définition et examinons la manière dont nous nous présentons. Nous parlons du groupe de personnes GBT2Q avec lesquelles nous travaillons, et nous savons avec certitude que les types qui participent à nos programmes, que ce soit dans les centres de santé ou dans le cadre de nos programmes sociaux, ou de santé physique ou mentale, s'identifient à l'ensemble du spectre.

M. Don Davies: Est-ce que les besoins de ces différentes populations sont différents en matière de santé mentale et physique, disons, entre les hommes gais et les hommes bisexuels, transgenres et bispirituels?

M. Greg Oudman: Non, je pense que généralement les problèmes que présentent les minorités sexuelles et de genre sont typiques. Les collègues qui ont parlé avant moi ont mentionné la marginalisation ressentie par les personnes qui s'identifient à une minorité sexuelle ou de genre. Nous constatons ces problèmes de manière générale chez tous les individus avec lesquels nous travaillons. Non, je ne dirais pas qu'il existe des différences significatives entre ces catégories.

• (1635)

M. Don Davies: Merci.

Monsieur Abramovich, selon vous, le gouvernement fédéral devrait-il élaborer une stratégie canadienne faisant la promotion de la santé sexuelle qui renfermerait des renseignements complets sur la sexualité et la santé sexuelle et encourager son utilisation dans les programmes scolaires partout au pays?

Dr Alex Abramovich: À quoi cette stratégie pourrait-elle ressembler exactement?

M. Don Davies: J'espérais que vous pourriez me le dire.

Je suppose que l'idée de l'identité de genre et sexuelle émerge à un très jeune âge, et je ne pense pas que le système scolaire de notre pays intervienne suffisamment tôt pour permettre une expression positive aux enfants lorsqu'ils commencent à faire l'expérience de leur genre et de leur sexualité. Je me demandais si vous trouvez que le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle à cet égard.

Dr Alex Abramovich: Absolument, je pense que c'est une lacune importante, surtout pour les populations avec lesquelles je travaille.

Bon nombre de ces jeunes gens avouent très tôt leur homosexualité. Ils fréquentent toujours l'école, et leurs familles ne sont pas prêtes à accepter la situation, à les soutenir, et sont sans ressources. Je pense que beaucoup de ces familles aimeraient soutenir leur jeune, mais qu'elles ne disposent pas des ressources nécessaires. Elles ne sont pas outillées pour ça. Elles ne sont pas renseignées. Je pense que le système d'enseignement pourrait faire quelque chose pour aider ces jeunes lorsqu'ils sortent du placard. Ils sont encore aux études. Ils révèlent leur homosexualité. Ils vivent toujours avec la famille. À mon avis, on pourrait offrir davantage de soutien dans ce type de situation.

Le président: Maintenant, nous allons passer à Mme Sidhu.

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

Nous avons entendu beaucoup de choses au sujet de la communauté LGBTQ2. Mon collègue Don Davies vient tout juste de mentionner que vous faites face à beaucoup de discrimination dans le système de soins de santé. De quel genre d'éducation sur la formation inclusive aurait-on besoin dans le secteur de la santé?

Vous avez dit qu'à la Sprott House du YMCA le personnel reçoit une formation inclusive. Pensez-vous que le secteur de la santé devrait recevoir une formation de ce genre? Quel genre de formation devrait-on offrir?

Dr Alex Abramovich: Oui, absolument. C'est une très bonne question et un point très important.

Actuellement, à l'école de médecine, il n'y a pas vraiment de formation relative à la sensibilisation ou à l'inclusion des personnes LGBTQ2; c'est une lacune réelle. Peut-être que l'on invite parfois un conférencier, mais ce n'est pas généralisé. Je pense vraiment que cette formation devrait faire partie du programme. Elle est extrêmement importante, compte tenu des problèmes relatifs à l'accès aux soins de santé, surtout pour les personnes transgenres.

L'un des commentaires m'a fait penser à beaucoup de personnes transgenres qui, par exemple, se retrouvent à l'urgence pour une infection à l'oreille. D'une manière ou d'une autre, le médecin découvre qu'il s'agit d'un transgenre. Et soudainement, il commence à poser des questions inappropriées et qui portent atteinte à la vie privée du patient et n'ont rien à voir avec l'infection à l'oreille. Je pense que beaucoup de transgenres vivent ce genre d'expérience, malheureusement. Selon moi, en offrant plus d'éducation et de formation, on pourrait éviter ce genre de situations à l'avenir.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Monsieur Salway, compte tenu du manque d'éducation, de quel genre d'outils aurait-on besoin pour éduquer les enfants à l'école et à partir de quel âge?

M. Travis Salway: Je suis d'accord avec tout ce qu'a dit M. Abramovich. Il faut offrir davantage d'éducation en ce qui concerne la prestation de soins d'affirmation de genre et de sexe à de nombreux niveaux, alors je pense que cela pourrait commencer dans les écoles afin que les enfants puissent développer tôt un sentiment général de pouvoir et de confiance en soi qui vient de la reconnaissance et de l'acceptation de la diversité sexuelle et de genre.

Alors, oui, en effet, nous avons besoin de ces protecteurs dignes de confiance et réellement essentiels, qu'il s'agisse de fournisseurs de soins de santé ou d'enseignants. Ils doivent comprendre également, aussi nous devons les renseigner pour qu'ils comprennent l'importance de ne pas poser de questions qui décourageront la personne de faire appel de nouveau aux soins de santé. Grâce aux travaux mentionnés par Greg Oudman, nous savons que dans les cliniques de santé sexuelle et dans les organismes communautaires, des personnes se présentent avec un souci qui ne relève pas nécessairement du VIH ou de la santé sexuelle. Elles se présentent dans ces cliniques parce qu'elles s'y sentent en confiance.

Je pense que nous avons des choses à apprendre d'organismes de ce genre et des autres organismes LGBTQ2, sur la manière dont elles ont su créer des environnements sûrs et inclusifs, et adopter des normes et des lignes directrices qui pourraient éventuellement être déployées dans d'autres cadres de soins de santé partout au pays.

• (1640)

Mme Sonia Sidhu: Quel est, selon vous, le meilleur âge pour renseigner les enfants sur la santé sexuelle?

M. Travis Salway: Cette question ne relève pas de mon domaine de compétence, mais je pense que le plus tôt sera le mieux.

Dr Alex Abramovich: Oui, le plus tôt possible, donc peut-être même au niveau préscolaire, nous pourrions commencer à aborder l'identité d'une autre manière.

Évidemment, la méthode pour expliquer cela à un enfant d'âge préscolaire serait très différente, mais si vous regardez les livres qui sont mis à la disposition des enfants dans les garderies et dans les établissements préscolaires, bon nombre d'entre eux sont très hétéronormatifs et cisnormatifs. C'est pourquoi, dans bien des cas, les exemples que les enseignants utilisent sont ceux de familles constituées d'un père et d'une mère, car ce sont les seuls exemples dont ils disposent. Par exemple, j'ai un enfant d'âge préscolaire, et les commentaires qu'elle entend sont vraiment hétéronormatifs. Par conséquent, si elle se lie d'amitié avec un petit garçon, subitement, c'est son petit ami; mais s'il s'agit d'une petite fille, c'est sa meilleure amie.

À mon avis, ce genre d'éducation peut commencer très tôt parce que nous représentons ces schémas devant de très jeunes enfants. Il existe bon nombre de livres LGBTQ2 pour les enfants d'âge préscolaire, et ce sont d'excellents livres. Ils devraient être mis à la disposition du système scolaire.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Quelle recommandation feriez-vous pour vous assurer que les méthodes d'intervention en ligne ou au téléphone sont efficaces pour prévenir les tentatives de suicide? Pensez-vous que les méthodes en ligne...

M. Travis Salway: Absolument, je pense qu'à l'avenir, nous devons adopter les approches en ligne et hors ligne. Il me semble que c'est le meilleur moyen d'atteindre le plus grand nombre de personnes. J'ai déjà travaillé dans un centre de crise, et c'est là que j'ai constaté que c'est un genre de personne très différent qui cherchera de l'aide en ligne. Je crois que ce type de ressource est très prometteur pour ceux qui vivent en région éloignée ou dans un milieu rural, c'est pourquoi, à mon sens, nous avons besoin des deux. Dans le même ordre d'idées, qu'il s'agisse de l'une ou l'autre approche, le but est d'avoir accès à des renseignements ou à un conseiller. On a besoin de quelqu'un pour créer un environnement qui inspire confiance. Nous avons toujours besoin d'approches inclusives des personnes LGBTQ2 pour ces interventions aussi.

Mme Sonia Sidhu: Pourquoi le taux d'usage de substances est-il si élevé chez les hommes gais? Est-ce en lien avec l'itinérance?

M. Travis Salway: Un modèle de recherche auquel Greg a fait allusion également est celui de la théorie syndémique. Selon la théorie syndémique, la raison pour laquelle nous voyons de nombreux problèmes de santé survenir au sein d'une même population — et vous avez mentionné l'usage de substances, mais nous pourrions tout aussi bien parler de l'anxiété ou des nombreux autres problèmes de santé auxquels nous faisons référence aujourd'hui — est la confluence de deux facteurs. Le premier est l'habitude de se sentir stigmatisé et différent. Parfois, lorsque ces sentiments sont intériorisés, un moyen de faire face est de se mettre à consommer des substances. Cette consommation devient aussi un moyen d'entrer en contact avec d'autres personnes.

Selon la théorie syndémique, ces populations pourraient se rassembler dans le même espace géographique. C'est ce qui se passe traditionnellement avec les gais et les lesbiennes et d'autres minorités sexuelles et de genre. Les gens se rassemblent en certains lieux pour entrer en contact les uns avec les autres, et sentir qu'ils appartiennent à une communauté. Parfois, si l'usage de substances est très répandu, cela crée une forme de lien. L'usage de substances contribue également à lever les inhibitions. Si pendant toute mon existence on m'a répété que ma sexualité est déviante, je pourrais ressentir un rejet naturel lorsque je vois un autre homme, mais

l'usage de substances pourrait contribuer à atténuer en partie cette inhibition et cette crainte.

Et toujours selon la théorie syndémique, un autre facteur pourrait être que traditionnellement, ces populations ou ces groupes qui affichent de façon disproportionnée ces résultats sur le plan de la santé ont déjà été exclus de certains services de santé, comme nous en avons déjà parlé aujourd'hui. Il suffirait peut-être de déployer des efforts supplémentaires pour les atteindre et les inciter à consulter, étant donné qu'ils évitent peut-être de se rendre en salle d'urgence ou dans une clinique parce qu'ils ignorent quelle sera la réaction des fournisseurs de soins à leur endroit.

Le président: Très bien. Votre temps est écoulé.

Nous allons maintenant commencer notre série de questions de cinq minutes, avec Mme Gladu.

Mme Marilyn Gladu: Je vais d'abord poser une question à Tristan.

Je vous demande d'excuser mon ignorance, mais vous avez mentionné les personnes non binaires. J'ignorais de quoi il s'agissait, alors j'ai demandé à mon collègue, mais il ne le savait pas lui non plus.

Alors, qu'est-ce qu'une personne non binaire?

M. Tristan Coolman: C'est la raison de notre présence ici, vous renseigner.

Une personne agendre ou qui s'identifie au genre non binaire est quelqu'un qui ne se définit pas comme appartenant à un genre en particulier; elle peut même se présenter ainsi, en s'habillant de façon androgyne et en modifiant son apparence au gré de ses envies.

Mme Marilyn Gladu: Est-ce la même chose qu'asexuel ou est-ce différent?

M. Tristan Coolman: Asexuel correspond davantage à une identité en ce qui a trait à l'attraction pour une autre personne.

Pour une personne agendre ou non binaire qui s'identifie comme telle, cela tourne davantage autour de la manière dont on sent que l'on appartient ou non au monde. Une personne asexuelle est simplement quelqu'un qui n'a aucune attraction sexuelle envers quiconque.

• (1645)

Mme Marilyn Gladu: Merci.

La prochaine question pourrait vous sembler un peu risquée, mais pendant notre voyage, nous sommes allés à Montréal et quelqu'un nous décrivait l'un des facteurs, c'est-à-dire l'intersectionnalité entre la population des hommes gais et le problème de toxicomanie qu'ils connaissent. On l'appelait le « chemsex ». Je n'en avais jamais entendu parler. Il en avait été question à Winnipeg, mais on y utilisait un autre terme. Vous vous déplacez d'un bout à l'autre du pays, alors, s'agit-il de quelque chose de répandu?

M. Travis Salway: Je regarde Greg. Peut-être qu'il aimerait répondre.

Mme Marilyn Gladu: Greg, je vais commencer avec vous, et ensuite nous nous dirigerons vers l'est.

M. Greg Oudman: Les points que Travis a fait valoir tout à l'heure en répondant à la question sur l'usage problématique des substances par les hommes gais pourraient expliquer aussi toute la question du « chemsex » — ou ce que l'on appelle souvent « party and play », ici dans le reste du Canada plutôt que « chemsex ». Pour certaines des mêmes raisons pour lesquelles nous constatons l'abus problématique de substances chez les hommes gais, ces mêmes hommes gais s'adonnent au « chemsex » ou au « party and play », parce que cette pratique leur offre un espace où ils se sentent en sécurité, lève leurs inhibitions et leur donne l'occasion d'entrer en contact avec d'autres hommes gais tout en prenant une substance.

Mme Marilyn Gladu: En est-il de même à Toronto et ailleurs au pays?

Dr Alex Abramovich: À vrai dire, je ne peux pas répondre à cette question.

M. Travis Salway: Je n'ai rien à ajouter.

Mme Marilyn Gladu: Dans ce cas, ma question suivante porte sur ce que vous, Travis, avez mentionné, c'est-à-dire les différents facteurs d'influence ou le fait que ces personnes soient aux prises avec la pauvreté et n'aient pas de partenaire pour les soutenir. Diriez-vous que des initiatives comme HIM contribueraient véritablement à combler cette lacune sur le plan de la recherche de partenaires?

M. Travis Salway: Oui, absolument.

Si l'on se reporte aux balises fondamentales de la recherche en matière de suicide et de santé mentale, on sait qu'un nombre accru de soutiens sociaux et de liens sociaux est vraiment important. En effet, dans des moments de faiblesse, quand on se sent déprimé, peut-être même suicidaire, plus il y a de personnes vers qui on peut se tourner, mieux c'est. Une personne LGBTQ2S qui a vécu ce sentiment de séparation peut avoir besoin d'un endroit qui se concentre particulièrement sur cette expérience.

Mme Marilyn Gladu: J'ai une autre question au sujet de l'aspect pauvreté dans tout cela.

J'ai besoin de comprendre pourquoi cette population présente un plus fort pourcentage de pauvreté. D'après mon expérience, tous mes amis gais sont de riches ingénieurs.

Cela s'explique-t-il par la discrimination dans le milieu de travail, ou est-ce qu'ils n'ont tout simplement pas suffisamment d'éducation? Est-ce le lien avec la pauvreté?

Dr Alex Abramovich: Cela dépend du sous-groupe dont on parle. Chaque groupe a un accès différent à l'emploi et à l'éducation.

Je peux vous parler des personnes avec qui je travaille. Souvent, elles ne sont pas en mesure d'obtenir un emploi solide, parce qu'un grand nombre des jeunes transgenres avec qui je travaille n'ont pas changé leur nom légalement. Ils n'ont pas changé leur pièce d'identité, et pour obtenir un emploi, il faut avoir une pièce d'identité. C'est à l'origine de gros problèmes pour la plupart des jeunes avec qui je travaille.

Aussi, si ces personnes n'ont pas un endroit où dormir, c'est vraiment difficile pour elles de se remettre sur pied. Si elles tentent d'accéder aux programmes de logement, elles cherchent un endroit où dormir, elles veulent un foyer. Cependant, elles font face à l'effacement institutionnel, font l'objet de discrimination, d'homophobie, de transphobie et de violence, et elles n'ont pas leurs pièces d'identité. Elles sont la cible de tant de choses.

Surtout, s'il s'agit d'une personne autochtone transgenre, le racisme s'ajoute à tout cela. Cette personne serait encore plus pauvre et aurait encore plus de difficulté à obtenir un emploi stable.

Le président: Nous passons maintenant à M. Eyolfson.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci de votre présence; ce que vous nous dites est très instructif et très utile.

Monsieur Abramovich, j'aimerais revenir un peu plus sur ce que vous avez dit au sujet du manque de formation dans le système médical. J'ai terminé mes études de médecine en 1993. Notre éducation au sujet des problèmes des personnes LGBT se limitait à « Vous devez être gentils avec les personnes gaies ». Je crois que l'on a besoin d'un peu plus que cela en fait d'éducation.

Je vais commencer par M. Salway. Nous avons parlé de l'attitude dans la société et de la stigmatisation que subissent les personnes LGBT, surtout les jeunes, et encore plus dans le contexte scolaire. Pensez-vous que les alliances gais-hétéros sont un ajout valable?

• (1650)

M. Travis Salway: Oui, tout à fait. Les recherches menées à Vancouver par Mme Elizabeth Saewyc ont examiné très attentivement au cours des 10 dernières années les districts scolaires de la Colombie-Britannique qui ont mis en oeuvre des politiques permettant les alliances gais-hétéros, et elles ont constaté une réduction marquée des idées suicidaires dans ces écoles. Nous avons donc la preuve qu'elles ont un effet.

M. Doug Eyolfson: Bien, et je vois aussi un grand nombre de hochements de tête approbateurs autour de la table. Je dirai, là encore, que c'est la réponse à laquelle je m'attendais.

Il semble y avoir une certaine controverse, surtout au sein de quelques campagnes politiques. D'aucuns voudraient permettre aux écoles de choisir d'interdire les alliances gais-hétéros. De fait, le Manitoba vient d'adopter une loi selon laquelle les écoles ne peuvent les interdire. Diriez-vous que toute école qui reçoit des fonds publics devrait être autorisée à bannir ces organisations?

M. Travis Salway: À mon avis, elles sauvent des vies, et il ne devrait pas être permis de les interdire. Le faire équivaldrait à priver des jeunes d'une ressource qui, nous le savons, pourrait leur sauver la vie.

M. Doug Eyolfson: Très bien. Merci.

Il y a aussi les personnes qui voudraient que les écoles avisent les parents des enfants qui se joignent à ces organisations. Diriez-vous qu'une telle politique pourrait causer des préjudices?

J'ouvre la question à tout le monde.

Dr Alex Abramovich: C'est extrêmement nuisible, surtout quand je pense aux jeunes avec qui je travaille. Un grand nombre de ces jeunes ont besoin des alliances gais-hétéros. Ils ont besoin d'avoir un espace sûr où ils peuvent parler de leur identité et, dans bien des cas, se préparer avant de se dévoiler à leurs familles. Si les écoles devaient appeler ces parents, je peux vous garantir qu'un bon nombre de ces jeunes se retrouveraient dans la rue et nous aurions sur les bras une épidémie de sans-abrisme encore plus aiguë dans les pays.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Maintenant, sans vouloir trop généraliser, certaines organisations confessionnelles et même quelques-unes des grandes religions sont encore très négatives sur le sujet des personnes LGBT. Diriez-vous que, surtout dans les régions qui ont de grandes communautés religieuses, cette attitude contribue au problème du suicide, du sans-abrisme et de la santé mentale auquel font face les personnes LGBT?

M. Tristan Coolman: Je dirais que cela dépend de l'optique morale des dirigeants religieux. Il y a d'un côté l'optique morale, et de l'autre côté l'optique religieuse, et cela se traduit par une opinion de la façon dont les personnes devraient vivre leur vie.

Par exemple, dans notre collectivité, dans la région de York, nous avons une très solide relation avec bon nombre de nos dirigeants religieux, et nous avons assisté à des événements sur le thème LGBTQ dans des églises locales. Ces dirigeants ont la responsabilité de diffuser le message d'amour et de veiller à ce que les membres de la collectivité ne se sentent pas ostracisés ni considèrent l'église comme un endroit où ils ne sont pas bienvenus.

Dr Alex Abramovich: Si vous me permettez d'ajouter un commentaire, bon nombre des refuges et des services d'accueil offerts aux sans-abri sont confessionnels. Un grand nombre de ces services dans le pays sont dirigés par des groupes confessionnels. Plusieurs des jeunes avec qui je travaille ont eu une expérience négative par le passé et sont plus réticents à aborder ces services, mais je crois que bon nombre de ces services qui étaient peut-être auparavant homophobes et transphobes peuvent changer, et ont changé, et nous avons pu constater ce changement.

Quand ils changent et diffusent le message qu'ils sont accueillants et positifs, et quand ils mettent au point des politiques ou des plans communautaires à l'intention des jeunes LGBTQ2S sans-abri, cela envoie un message percutant aux jeunes et ceux-ci sont plus susceptibles d'accéder à ces services.

M. Doug Eyolfson: C'est très rassurant de l'entendre.

Merci beaucoup.

Le président: Bon.

Nous revenons maintenant à Mme Gladu.

Mme Marilyn Gladu: En fait, je vais partager mon temps avec M. Webber. Je vais le laisser commencer.

• (1655)

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): Merci.

J'ai raté une partie des questions de Mme Sidhu. Je m'excuse si ma question est répétitive.

Je m'adresse à Tristan de Pflag.

Vous avez mentionné des rencontres tous les mois ou toutes les semaines. Vous rencontrez-vous chez vous? Avez-vous une salle communautaire? J'aimerais que vous nous parliez un peu de vos rencontres.

M. Tristan Coolman: Au début, nous nous rencontrions dans une église locale une fois par mois. Nous avons constaté, à l'occasion de ces rencontres, que bon nombre des gens, comme l'a mentionné Alex, nourrissent encore des appréhensions ou avaient eu certaines expériences avec des organismes confessionnels ou la religion. Nous avons établi un partenariat avec un ou deux autres partenaires communautaires.

Nous nous rencontrons maintenant deux fois par mois. Nous avons deux points de chute. La région de York étant si grande, nous avons un espace dans le sud et un dans le nord, pour essayer de desservir le plus grand nombre possible de personnes et rendre nos services accessibles.

M. Len Webber: Vous avez gentiment invité les membres du comité à assister à une rencontre Pflag.

M. Tristan Coolman: Je vous en encourage fortement.

M. Len Webber: Avez-vous déjà invité des personnes à venir à ces rencontres?

M. Tristan Coolman: Oui, elles sont ouvertes à tous. Vous n'avez pas besoin d'être un membre qui s'identifie avec la communauté. Parfois, des parents viennent sans leurs enfants, sans que leurs enfants le sachent, parce que les parents recherchent un appui et souhaitent s'informer davantage sur les façons d'aborder les conversations avec leurs enfants et leurs êtres chers.

N'importe qui peut y assister librement.

M. Len Webber: Vous avez parlé un peu, personnellement, de votre relation avec votre mère durant tout ceci.

Est-ce une chose que vivent bon nombre des personnes qui vont à ces rencontres? Y a-t-il beaucoup de familles qui n'acceptent pas les choses?

M. Tristan Coolman: Il y a eu l'an dernier un couple dont le fils s'était révélé durant un voyage au chalet. Ils étaient censés y être pendant trois semaines. Il n'est venu que deux ou trois jours. Le dernier jour, il s'est révélé, a dit au revoir et est parti.

Ils sont venus à notre rencontre. La mère a été très ouverte sur la question. Le père nourrissait encore des inquiétudes et n'arrivait toujours pas à comprendre la situation. Trois ou quatre mois plus tard, il était beaucoup plus tolérant, beaucoup plus chaleureux et attentionné, prenant la parole durant les rencontres et même guidant d'autres parents dans cette conversation.

M. Len Webber: C'est intéressant.

Vous allez dans les écoles. Connaissant le programme d'études de l'Alberta, je sais qu'il est très difficile d'inclure un grand nombre de sujets en une journée.

Dans quelle mesure ces écoles du pays vous accueillent-elles et écoutent-elles ce que vous avez à dire?

M. Tristan Coolman: Chez Pflag, nous avons un grand nombre d'écoles qui s'adressent à nous toutes les semaines, tous les mois. Comme nous sommes un organisme bénévole, il nous est parfois difficile de maintenir le rythme. Nous coordonnons avec elles ce qu'elles souhaitent que nous fassions, ce dont elles veulent que nous parlions. Nous disons aussi ce que nous voulons communiquer.

Nous vivons beaucoup les fluctuations dans ce que les écoles veulent accomplir. Elles viennent plus souvent vers nous que nous allons vers elles. Nous travaillons aussi à rebâtir notre relation avec le conseil des écoles catholiques.

M. Len Webber: Merci pour tout ce que vous faites.

M. Tristan Coolman: Merci.

Mme Marilyn Gladu: Mes dernières questions s'adressent à Greg.

HIM dessert combien d'hommes? Combien coûte l'exploitation de cet organisme? Vous avez parlé du Fonds d'initiatives communautaires de l'Agence de la santé publique du Canada. Recevez-vous un financement de ce fonds?

M. Greg Oudman: En ce qui concerne le nombre d'hommes que Health Initiative for Men sert, nous avons cinq centres de santé. C'est notre principal point de contact. Au cours d'une année, nous offrons un soutien à près de 10 000 hommes qui s'identifient comme GBTQ2, et ce, dans les centres de santé mêmes.

Ensuite, j'ai parlé de nos services dans le domaine de la santé sociale, physique et mentale. Nous avons un grand nombre de programmes qui fonctionnent à l'extérieur de nos centres de santé. Je dirais qu'en périphérie, nous touchons probablement 10 000 autres hommes par an par l'intermédiaire de ces programmes.

J'ai parlé un peu dans mon exposé de choses comme la promotion de la santé et le transfert des connaissances. Il est difficile pour nous de quantifier la portée de ce genre de programmes, parce qu'ils sont si vastes. Nous menons des campagnes de promotion de la santé qui visent à atteindre le plus grand nombre possible d'hommes. Nos analyses nous ont permis de constater que des personnes du monde entier accèdent en ligne à nos ressources de promotion de la santé.

Nous voyons souvent des personnes qui accèdent à ces ressources à partir d'endroits qui sont moins tolérants envers les personnes LGBTQ, comme des pays de l'Asie et du Moyen-Orient. C'est vraiment satisfaisant pour moi de savoir que, bien que nous ayons notre base à Vancouver ou dans le Lower Mainland, notre portée est plutôt large.

C'était pour la première question. Quelle était la seconde?

• (1700)

Mme Marilyn Gladu: C'était au sujet de l'argent.

M. Greg Oudman: Ce que cela coûte? Nous avons un budget annuel de 1,6 million de dollars qui provient principalement de sources publiques. Notre plus grosse source de fonds est la Vancouver Coastal Health, l'organisme de santé local ici, à Vancouver.

Nous recevons de l'argent du Fonds d'initiatives communautaires de l'Agence de la santé publique du Canada. Nous ne recevions pas d'argent de cette agence auparavant, mais avec l'avènement du Fonds d'initiatives communautaires il y a deux ans, nous avons pu collaborer avec quatre autres organismes nationaux. Je crois que vous avez visité RÉZO la semaine dernière à Montréal. Cet organisme est l'un des membres de ce que nous appelons l'Alliance communautaire avancée. C'est une alliance nationale pour la santé des homosexuels composée de cinq organismes qui s'emploient à augmenter l'accès aux nouvelles technologies de prévention des ITSS et du VIH.

Nous recevons de l'argent à ce niveau, et nous collaborons aussi avec un certain nombre d'organismes locaux qui offrent un soutien aux travailleurs du sexe, car nous avons aussi une présence importante dans la communauté masculine des travailleurs du sexe de Vancouver.

Le président: Bien. Merci beaucoup.

Il est 17 heures. Je demande au Comité si nous pouvons avoir 10 minutes de plus. Ainsi, nous pourrions terminer le tour des questions. Tout le monde est-il d'accord?

Bien. Monsieur Ouellette, vous avez cinq minutes.

M. Robert-Falcon Ouellette (Winnipeg-Centre, Lib.): Merci beaucoup.

Le budget fédéral de 2019 comprenait un financement initial de 25 millions de dollars sur cinq ans pour l'établissement d'un service pancanadien de prévention du suicide. Ce service bilingue offrirait aux Canadiens l'accès à un service 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, par téléphone, texto ou clavardage. Dans les documents du budget, le gouvernement fédéral a noté que les pensées suicidaires et le comportement liés au suicide figurent de façon disproportionnée chez les communautés LGBTQ2+, surtout chez les jeunes, comparativement à leurs pairs non LGBTQ2+.

Savez-vous dans quelle mesure les méthodes d'intervention par téléphone ou en ligne sont efficaces dans la prévention des tentatives de suicide?

M. Travis Salway: C'est un excellent premier pas. Les lignes de prévention du suicide sont une façon merveilleuse de traiter avec les personnes qui sont gravement suicidaires dans des moments de crise.

Ce dont on a besoin au-delà de cela, c'est un endroit vers lequel aiguiller les personnes une fois que l'on a déterminé un problème de santé mentale et qu'elles sont suicidaires. L'état d'esprit suicidaire ne disparaît pas toujours; en fait, très souvent, il va et vient suivant les périodes.

Il faut pouvoir les amener à prendre contact avec les services de soutien et les organismes comme Health Initiative for Men et d'autres services dotés de professionnels de la santé mentale bien disposés envers les personnes LGBTQ2S.

Dr Alex Abramovich: Je peux ajouter quelque chose.

Nous avons certaines initiatives. Il y a la Trans Lifeline, et aussi la LGBT Youth Line à Toronto. Nous avons certaines initiatives qui sont vraiment merveilleuses. Elles sont certainement utilisées largement. Elles manquent de ressources et sont assurément utilisées.

Souvent, à mon avis, ces initiatives ne sont pas évaluées; il est donc difficile pour nous de dire dans quelle mesure elles ont un impact ou quel genre d'impact elles ont dans la collectivité. C'est une chose qui arrive très fréquemment dans la communauté LGBTQ2S, surtout sur le plan des programmes de logement et les différentes initiatives. Elles ne sont pas évaluées et il est donc difficile de dire exactement quel est leur impact dans la population.

M. Robert-Falcon Ouellette: Je me demandais simplement, en ce qui concerne la thérapie de conversion, combien de jeunes sont sortis du pays. Le Canada devrait-il interdire la pratique de faire sortir les gens du pays?

M. Travis Salway: Je ne suis pas au courant de données. En fait, le sondage dont j'ai parlé est la seule source de données que j'ai trouvée pouvant quantifier l'exposition à la thérapie de conversion, et nous sommes convaincus que les chiffres sont sous-estimés, parce que bien des gens exposés à la thérapie de conversion ne participent pas aux sondages de la communauté LGBTQ2S, bien sûr.

Certainement, il devrait être interdit d'exposer des mineurs à la thérapie de conversion, où qu'elle soit, même à l'étranger.

M. Tristan Coolman: J'ai une observation rapide sur la thérapie de conversion.

Il a été dit aujourd'hui que celle-ci n'est pas du ressort du gouvernement fédéral. Je tiens à dire que, si vous laissez la question aux provinces, vous créez votre propre iniquité. Tout le monde doit être logé à la même enseigne. Une interdiction fédérale renforcerait ce soutien de la communauté et rendrait responsable quiconque pratique une telle fraude.

• (1705)

M. Robert-Falcon Ouellette: Je me demandais aussi si l'un d'entre vous pourrait parler des conséquences sur la santé pour les lesbiennes et des problèmes auxquels elles font face dans le système de soins de santé.

M. Travis Salway: Je peux parler brièvement de ce que nous avons vu dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, c'est-à-dire les taux plus élevés de conséquences sur la santé mentale des lesbiennes et des bisexuelles comparativement aux hétérosexuelles.

Il y a aux États-Unis une recherche continue selon laquelle les femmes de minorité sexuelle présentent un risque plus élevé de certains résultats sur la santé physique. Nous ne disposons pas au Canada de données pour évaluer cela. Par exemple, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ne demandait que l'orientation sexuelle des personnes jusqu'à l'âge de 59 ans.

Nous avons d'autres enquêtes sur la santé physique, comme l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, mais celles-ci ne comprennent pas une mesure de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre. Il est fort possible que certains de ces problèmes de santé physique affectent les lesbiennes et les bisexuelles à des taux plus élevés, mais nous ne disposons pas de données pour le démontrer.

M. Robert-Falcon Ouellette: Il ne me reste plus que 30 secondes, d'après mes calculs.

Comment devrions-nous recueillir ces données? Qui devrait les recueillir?

M. Travis Salway: Je commencerais par Statistique Canada, car ce ministère a plusieurs études nationales qui mesurent les résultats en matière de santé. Je crois que des travaux sont déjà en cours, mais des consultations plus élargies permettraient de comprendre quelles mesures précises devraient être ajoutées. Il faut, comme on l'a dit, avoir de multiples mesures.

Dr Alex Abramovich: Oui, je dirais que n'importe laquelle des études sur la santé qui recueillent des données démographiques devrait recueillir ces données. Toute étude qui demande si la personne qui répond est un homme ou une femme devrait avoir des questions plus poussées et plus inclusives sur l'identité de genre, ainsi que des questions sur l'orientation sexuelle. Je ne pense pas qu'une seule suffit.

Le président: Nous passons maintenant à M. Davies.

Vous avez trois minutes, monsieur.

M. Don Davies: S'il y a une chose que j'entends clairement, c'est que la stigmatisation et la discrimination sont un problème grave dans le monde des LGBTQ2S. Nous savons que les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes sont frappés d'une interdiction de donner du sang, ce pour quoi il ne semble y avoir aucun fondement scientifique valable. Je sais que les libéraux avaient promis lors de l'élection précédente qu'ils élimineraient l'interdiction de cinq ans. Ils ne l'ont pas fait. Ils ont réduit l'abstinence de cinq ans à un an, ce qui est ridicule, me dit-on. Il est ridicule de s'attendre que les hommes dans une relation monogame gaie s'abstiennent de relations sexuelles pendant un an pour pouvoir donner du sang.

J'aimerais savoir ce que vous pensez de la question, en tant qu'homosexuels. Êtes-vous dérangés par le fait que nous ayons une politique gouvernementale officielle qui, essentiellement, est discriminatoire? Nous savons qu'un hétérosexuel pourrait s'adonner à des pratiques extrêmement dangereuses, et il ne lui est pas interdit de donner du sang. Que pensez-vous de cela?

M. Tristan Coolman: Pour ma part, je suis heureux de travailler dans un milieu vraiment extraordinaire où nous encourageons les dons de sang. Nous venons tout juste de célébrer un an de partenariat avec la Société canadienne du sang, mais chaque fois qu'un événement est organisé, je suis laissé pour compte. Je sais que je ne peux pas donner mon sang, et bien que je sois heureux de voir mes collègues aller le faire, c'est extrêmement frustrant pour moi de ne pas faire partie de cela, de ne pas contribuer au merveilleux travail que fait la Société canadienne du sang et aux nombreuses vies qu'elle

sauve par ce travail. J'aimerais contribuer, mais mon gouvernement me dit que je ne peux le faire. C'est très décevant.

M. Don Davies: Je vais vous laisser le dernier mot. Dites-moi, chacun de vous, si vous étiez le premier ministre, quelle serait la chose que vous feriez si vous pouviez faire quoi que ce soit pour améliorer la santé dans la communauté LGBTQ2S?

Je n'ai que trois minutes; vous devrez donc faire vite.

Greg, quelle serait la première chose que vous feriez?

M. Greg Oudman: Je crois que ce serait d'encourager l'élaboration d'une stratégie nationale, une stratégie nationale de santé des LGBTQ2S qui simplifie l'approche à la santé des membres de la communauté LGBTQ2S. Cette stratégie déterminerait quels sont les facteurs qui nuisent à la santé, puis mettrait au point une approche simplifiée et exhaustive plutôt que des approches fragmentées.

Je crois que mes collègues M. Salway et M. Abramovich ont parlé du besoin de recherches plus poussées. Je crois que ce serait des gains faciles également, comme l'ajustement des études que mène déjà Statistique Canada pour les rendre plus inclusives et recueillir des données plus utiles qui permettraient aux organismes communautaires populaires, comme Health Initiative for Men, d'utiliser cette recherche pour éclairer leurs pratiques.

M. Don Davies: Premier ministre Abramovich.

Dr Alex Abramovich: J'aimerais parler du travail que je fais. Une stratégie nationale visant à régler et éliminer le sans-abrisme des jeunes au Canada est une chose qui me tient très fort à coeur. Cela signifierait collaborer avec les provinces dans l'ensemble du pays pour élaborer, pour chaque province, des plans précis visant à régler ce problème et à mettre cette population de jeunes en priorité pour que nous puissions élaborer des programmes d'intégration et de soutien et des programmes de logement, ainsi que des centres de santé et une formation accrue, avec une collaboration avec les systèmes scolaires et les familles de sorte que les jeunes ne soient pas jetés à la rue quand ils se dévoilent.

•(1710)

M. Don Davies: Je crois que mon temps est écoulé. Vous devrez donc attendre la prochaine élection.

Le président: Merci beaucoup.

M. Davies a demandé ce que vous feriez pour aider le mieux votre communauté si vous étiez premier ministre. Je crois que la meilleure des choses serait d'envoyer tous les Canadiens faire le même voyage que nous avons fait la semaine dernière. Nous avons tant appris. Assis ici, je me demandais: « Qu'est-ce que je ressens? » Je me sens reconnaissant du privilège d'avoir vu et entendu ce que nous avons entendu la semaine dernière et aujourd'hui. Nous avons entendu des choses très intimes et personnelles que nous n'avons pas souvent l'occasion d'entendre. Je suis rentré de ce voyage — comme nous tous d'ailleurs, je crois — profondément ému et touché. Par conséquent, si j'étais premier ministre, j'enverrais tout le monde au Canada faire ce que nous avons fait, si c'est une chose à laquelle ils pourraient survivre.

Enfin, j'aimerais vous remercier tous de votre participation. Elle a été très utile.

Monsieur Coolman, d'après vos observations préliminaires, je sais que vous êtes pressé, mais cette institution ne bouge pas rapidement. Cependant, elle progresse. Je pense que vous avancez et que les choses comme ceci ont une influence. C'est utile.

Je vous remercie, au nom du Comité.

Nous allons prendre une pause de quelques minutes, puis reprendrons nos travaux à huis clos. [La séance se poursuit à huis clos.]

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.

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 : <http://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: <http://www.ourcommons.ca>