



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

**Comité permanent des ressources humaines, du  
développement des compétences, du  
développement social et de la condition des  
personnes handicapées**

---

HUMA • NUMÉRO 037 • 1<sup>re</sup> SESSION • 42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 31 janvier 2017**

—  
**Président**

**M. Bryan May**



## Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées

Le mardi 31 janvier 2017

•(1100)

[Traduction]

**Le président (M. Bryan May (Cambridge, Lib.)):** Bonjour à tous.

Je vous souhaite un bon retour. J'espère que vous avez tous passé de belles vacances, chers collègues, membres du personnel et interprètes, et que vous êtes d'attaque, car nous allons commencer sur les chapeaux de roues; c'est le moins que l'on puisse dire. Nous allons retourner tout de suite à notre étude.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement et à la motion adoptée par le Comité le lundi 13 juin 2016, le Comité reprend son étude sur les stratégies de réduction de la pauvreté.

Nous sommes très heureux d'avoir aujourd'hui un groupe complet de témoins pour notre réunion. Nous accueillons M. Doug Murphy, directeur général, Politique sociale, Direction générale des politiques stratégiques et de service, du ministère de l'Emploi et du Développement social. Nous recevons également des représentants de Statistique Canada: M. François Nault, directeur, Statistique de la santé; et Mme Jennifer Ali, chef, Division de la statistique de la santé. Nous allons également entendre M. Sony Perron, sous-ministre adjoint principal, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, et Dre Patricia Wiebe, médecin spécialiste en santé mentale, Division de la santé et du bien-être de la population, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, de Santé Canada. En terminant, nous accueillons Mme Anna Romano, directrice générale, Centre pour la promotion de la santé, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, à l'Agence de la santé publique du Canada.

Merci à vous tous d'être ici aujourd'hui, surtout par ce temps glacial. Sans plus tarder, nous allons recueillir les déclarations de nos témoins. Étant donné qu'il y a plusieurs déclarations aujourd'hui, nous allons essayer de les limiter à sept minutes chacune.

Monsieur Murphy, c'est vous qui ouvrez le bal. Vous disposez de sept minutes.

**M. Doug Murphy (directeur général, Politique du développement sociale, ministère de l'Emploi et du Développement social):** Merci, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité. C'est un plaisir d'être parmi vous ce matin.

Je vais vous tout d'abord amorcer la discussion en vous donnant un aperçu de la stratégie de réduction de la pauvreté. Mes collègues examineront ensuite cette question importante plus en profondeur.

Comme vous le savez, le gouvernement s'est engagé à élaborer une stratégie de réduction de la pauvreté. Cette stratégie établira des cibles de réduction de la pauvreté qui permettront de mesurer les progrès réalisés et de les rendre publics. Les stratégies de réduction

de la pauvreté ne sont pas rares au Canada. En effet, la plupart des provinces et des territoires et bon nombre de municipalités ont déjà mis en place de telles stratégies. Il sera donc important de tirer parti de leur leadership et des progrès qu'ils ont accomplis à ce chapitre.

Le 4 octobre dernier, le ministre Jean-Yves Duclos vous a présenté un document de travail intitulé *Vers une stratégie de réduction de la pauvreté*. Il s'agit d'une première étape vers l'élaboration de la stratégie. Comme vous vous en souviendrez sans doute, le but de ce document est de fournir un cadre qui orientera le prochain dialogue national sur la réduction de la pauvreté au Canada. Il est le fruit d'un véritable effort de collaboration. Je tiens d'ailleurs à remercier mes collègues ici présents qui ont joué un rôle primordial dans l'élaboration de ce document de discussion, et j'estime que ce comité est l'endroit idéal pour discuter de ces enjeux importants.

Le document examine les nombreuses facettes de la pauvreté au Canada, comme le revenu, le logement, l'emploi, les études, la santé et l'inclusion. Il met également l'accent sur les groupes les plus vulnérables à la pauvreté.

Dans l'ensemble, le document se penche sur la pauvreté en tant que problème social complexe dont la solution nécessitera une approche multidimensionnelle. Un point important de la réduction de la pauvreté est le lien entre la pauvreté et la santé. Comme il est indiqué dans le document, la pauvreté et la santé, tant physique que mentale, sont étroitement liées. Lorsqu'une personne vit dans la pauvreté, elle est plus à risque d'avoir des problèmes de santé. Lorsqu'une personne souffre de problèmes de santé, elle vit souvent dans la pauvreté. Il est plus difficile pour elle de faire des études postsecondaires, de jouer un rôle actif dans sa communauté et de trouver un emploi qui lui procure un revenu adéquat.

Même si le lien entre santé et pauvreté peut être multidimensionnel et compliqué, un bon moyen de réduire efficacement la pauvreté sera de soutenir les Canadiens aux prises avec des problèmes de santé mentale. Mon ministère compte plusieurs programmes qui aident, de façon directe ou indirecte, les personnes qui en souffrent. Il y a la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance. Le lien entre la santé mentale et l'itinérance est bien connu. Nous offrons également des programmes de soutien au revenu, y compris des prestations de maladie de l'assurance-emploi et des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada.

En ce qui a trait aux prochaines étapes de l'élaboration de la Stratégie de réduction de la pauvreté, on a notamment annoncé le projet Combattons ensemble la pauvreté. Il consiste à mener des études de cas dans six collectivités du Canada: Saint John; Trois-Rivières; Regent Park, à Toronto; Winnipeg; Yellowknife; et Tisdale.

Dans le cadre de ce projet, on discutera surtout avec des personnes qui ont été touchées par la pauvreté afin de comprendre ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas et ce qui pourrait être amélioré. Au fur et à mesure de nos discussions, les problèmes de santé mentale seront sans aucun doute mis à l'avant-plan.

Nous travaillons également à l'élaboration d'un plan pour une consultation publique qui devrait être lancée bientôt. Non seulement nous discuterons avec des experts au cours de tables rondes, mais nous parlerons également avec des gens qui ont vécu ou vivent dans la pauvreté; nous en apprendrons davantage sur les liens entre la pauvreté et la santé mentale au Canada.

En terminant, j'aimerais remercier le Comité de nous avoir invités aujourd'hui. Je vais céder la parole à mes collègues de Statistique Canada, qui vous donneront un aperçu statistique de la santé mentale au Canada.

• (1105)

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant céder la parole aux représentants de Statistique Canada.

Je suis désolé; je ne vous l'ai pas demandé tout à l'heure. C'est François qui va prendre la parole?

La parole est à vous, pour les sept prochaines minutes. Allez-y, je vous prie.

• (1110)

[Français]

**M. François Nault (directeur, Statistique de la santé, Statistique Canada):** Merci, monsieur le président. C'est ma collègue Jennifer Ali, qui est spécialiste des statistiques sur la santé mentale, qui va faire la présentation.

Ce sera un plaisir de répondre aux questions dans l'une ou l'autre des langues officielles.

[Traduction]

**Mme Jennifer Ali (chef, Division de la statistique de la santé, Statistique Canada):** Bonjour, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité. Je vous remercie de nous avoir invités à venir vous donner des renseignements sur l'état de santé mentale des Canadiens.

Les données les plus récentes sur la santé mentale des Canadiens proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes qui a été réalisée en 2012. La plupart des données présentées ici en sont d'ailleurs tirées. Cette enquête a été effectuée auprès des Canadiens âgés de 15 ans et plus de l'ensemble des provinces. Les personnes vivant dans les territoires, les réserves ou autres établissements autochtones, les membres des Forces canadiennes et les sans-abri n'en font pas partie. Étant donné qu'il s'agit d'une enquête transversale, je vais faire des associations, mais je ne serai pas en mesure de tirer des conclusions sur les causes possibles.

Je vais parler des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances. Dans le cadre de l'enquête, les répondants ne devaient pas définir eux-mêmes les troubles. On leur a plutôt posé une série de questions sur les symptômes ressentis et les types de comportements adoptés. Selon les réponses, les répondants étaient réputés avoir satisfait aux critères d'un trouble mental ou d'un trouble lié à l'utilisation de substance particulier et étaient classés en conséquence.

À moins d'indication contraire, les troubles dont nous allons traiter dans cet exposé ont été vécus au cours des 12 mois précédant l'enquête. Six troubles ont été mesurés: dépression, trouble bipolaire,

trouble d'anxiété généralisée, abus d'alcool ou dépendance à l'alcool, abus de cannabis ou dépendance au cannabis, et abus d'autres drogues ou dépendance à d'autres drogues.

Nous avons dressé un portrait de la façon dont les troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances touchent différents groupes démographiques et sociaux. Étant donné qu'il y a beaucoup trop de graphiques pour les examiner en détail, je vais vous faire un résumé des résultats et ensuite attirer votre attention sur plusieurs constatations clés. Vous pourrez consulter les graphiques ultérieurement pour en savoir plus.

En résumé, sachez qu'un grand nombre de personnes vont souffrir d'un problème de santé mentale à un moment donné de leur vie. Le taux de troubles mentaux est plus élevé chez les femmes tandis que le taux de troubles liés à l'utilisation de substances est plus élevé chez les hommes. Parmi les groupes vulnérables, notons les jeunes, les personnes célibataires, les parents seuls, les personnes en situation de faible revenu, les Autochtones, les personnes ayant connu une situation d'itinérance et les victimes de mauvais traitements pendant l'enfance. Les immigrants faisaient exception à la règle, en ce sens qu'ils affichaient des taux de troubles plus faibles par rapport à la population née au Canada.

Maintenant que je vous ai donné les points saillants, je vais examiner quelques diapositives plus en détail. À la diapositive 5, on voit qu'environ 10 % des gens ont souffert de l'un des troubles au cours des 12 derniers mois. La proportion des Canadiens atteints d'un trouble mental était deux fois plus élevée que celle des Canadiens ayant souffert d'un trouble lié à l'utilisation de substances, c'est-à-dire 6 % par rapport à 3 %. Bien que cela ne figure pas dans le graphique, il est important de noter que 1 % des Canadiens ont souffert à la fois d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.

La diapositive 6 concerne les 10 % de gens qui ont eu des troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances au cours de l'année précédant l'entrevue. Pour vous mettre un peu en contexte, sachez que le tiers des Canadiens ont indiqué avoir souffert d'un trouble mental ou d'un trouble lié à l'utilisation de substances au cours de leur vie. Heureusement, la plupart d'entre eux n'ont pas eu de symptômes dans les 12 mois précédant l'entrevue.

En ce qui concerne la prévalence chez certains groupes d'âge, à la diapositive 7, on peut voir que les jeunes âgés de 15 à 24 ans étaient les personnes les plus susceptibles d'avoir un trouble, avec pratiquement une personne sur cinq. Dans l'ensemble, les taux diminuaient avec l'âge. Ce contraste est principalement attribuable aux troubles liés à l'utilisation de substances. Il y a une prévalence plus élevée de ces troubles chez les 15 à 24 ans.

Même si on ne le voit pas ici, 3 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans ont souffert à la fois d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances, un pourcentage qui est beaucoup plus élevé que la moyenne des groupes d'âge, qui se situe à 1 %. En revanche, la proportion des gens ayant été atteints d'un trouble mental était similaire pour tous les groupes d'âge, à l'exception des personnes âgées de 65 ans et plus.

À la diapositive 8, lorsqu'on prend le revenu en considération, on remarque qu'une plus grande proportion des personnes ayant un revenu annuel par ménage de moins de 20 000 \$ ont souffert d'un trouble mental ou lié à l'utilisation de substances. Un peu moins de 20 % des Canadiens qui gagnent un revenu annuel de moins de 20 000 \$ ont indiqué avoir souffert d'un trouble, alors que pour tous les autres groupes de revenus, le taux se situait entre 8 et 11 %.

En outre, il est intéressant de souligner que les troubles étaient plus fréquents chez les personnes vivant principalement de l'aide sociale. Plus précisément, près de trois Canadiens sur 10 dont les prestations sociales étaient la principale source de revenus ont déjà été atteints d'un trouble comparativement à une personne sur 10 qui touche un revenu d'emploi.

• (1115)

Nous savons que le revenu du ménage peut avoir une certaine incidence, selon divers facteurs, dont la taille de la famille et le lieu de résidence, alors nous avons demandé aux répondants s'ils croyaient que leur revenu était suffisant pour couvrir leurs dépenses essentielles. Les personnes qui avaient du mal à joindre les deux bouts étaient deux fois plus susceptibles de souffrir d'un trouble que les personnes dont le revenu était suffisant.

La diapositive 9 révèle que la plus forte proportion de troubles a été observée chez les personnes ayant une incapacité permanente à travailler.

À la diapositive 13, on se penche sur les taux de troubles chez les parents ayant des enfants de moins de 18 ans à la maison. On constate que chez les parents seuls, il y a deux fois plus de troubles mentaux ou liés à l'utilisation de substances que chez les personnes mariées ou en union libre.

À la diapositive 14, on peut voir que les immigrants présentent deux fois moins de troubles que les personnes nées au Canada. Cela ne tient pas compte des sous-groupes vulnérables tels que les réfugiés, mais nous n'avons pas de statistiques ventilées par sous-groupe. Même si cela ne figure pas au tableau, nous nous sommes également penchés sur le statut de minorité visible. On n'a constaté aucune différence par minorité visible lorsque le statut d'immigrant était pris en considération. Avant cela, les minorités visibles avaient des taux plus faibles.

La diapositive 16 concerne les adultes ayant subi de mauvais traitements pendant l'enfance. Une étude antérieure laissait entendre qu'il y avait un lien entre la maltraitance subie pendant l'enfance et le risque de souffrir d'un trouble. Dans cette enquête, il était question de divers types d'abus physiques ou sexuels subis au moins une fois avant l'âge de 16 ans. Les résultats de l'enquête correspondent aux recherches qui ont été menées antérieurement, en ce sens qu'ils indiquent que près de 14 % des adultes qui ont été victimes de mauvais traitements lorsqu'ils étaient enfants ont souffert d'un trouble, comparativement à 6 % chez ceux qui n'ont pas été maltraités — soit plus que le double.

Pour résumer, comme je l'ai dit plus tôt, il y a d'autres groupes vulnérables pour lesquels nous avons fourni des statistiques, mais dont nous n'avons pas discuté en détail, c'est-à-dire les personnes célibataires, divorcées et séparées; et les personnes ayant des antécédents d'itinérance.

J'espère que ce portrait de la santé mentale des Canadiens sera utile dans le cadre de vos travaux.

**Le président:** Merci beaucoup.

Maintenant, du côté du ministère de la Santé, est-ce Sony ou Patricia qui va prendre la parole?

Monsieur Sony Perron, vous disposez de sept minutes.

**M. Sony Perron (sous-ministre adjoint principal, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, ministère de la Santé):** Merci beaucoup.

Bonjour, monsieur le président, et mesdames et messieurs les membres du Comité. Je suis le sous-ministre adjoint principal pour la

Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits à Santé Canada.

[Français]

Il s'agit de ma première comparution devant votre comité. Je suis ravi à l'idée d'avoir cette discussion avec vous ce matin.

Avant de poursuivre ma présentation, permettez-moi de vous présenter Dre Patricia Wiebe, qui est médecin spécialiste en santé mentale et qui travaille au sein de notre direction générale.

[Traduction]

Aujourd'hui, je vais vous donner un aperçu général de notre mandat et de nos programmes, et je pourrai ensuite répondre à vos questions concernant notre soutien au bien-être mental au moyen d'approches novatrices dans le contexte de la réduction de la pauvreté.

Santé Canada, par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, s'est engagé à travailler auprès des Premières Nations, des Inuits et des partenaires provinciaux et territoriaux pour s'assurer que les communautés inuites et des Premières Nations ainsi que les membres de ces communautés ont accès à un vaste éventail de programmes et de services de santé de qualité adaptés à leurs besoins et à leurs priorités. Les Premières Nations et les Inuits subissent encore les répercussions historiques de la colonisation, y compris les effets intergénérationnels des pensionnats indiens et la déconnexion entre les forces de leur culture et les perceptions autochtones du monde.

[Français]

Comme vous le savez, les populations des Premières Nations et des Inuits sont aux prises avec d'importants défis en matière de santé. Lorsqu'on les compare à la population canadienne en général, on y observe une espérance de vie plus courte, un taux plus élevé de maladies chroniques et de maladies infectieuses ainsi qu'un taux de mortalité et de suicide plus élevé.

Elles doivent également surmonter de plus grands défis pour ce qui est des déterminants sociaux de la santé, notamment un taux de chômage élevé, un niveau de scolarité plus faible et un taux plus élevé de maisons surpeuplées.

• (1120)

[Traduction]

Il est largement reconnu partout au Canada que des disparités importantes existent entre les besoins de la population en matière de services de traitement de la toxicomanie et de santé mentale et les services actuellement offerts. Cet écart est encore plus marqué chez les populations autochtones.

Pour ce qui est du sujet à l'étude, j'aimerais vous entretenir des programmes et des services de santé mentale, financés par notre direction générale, qui viennent en aide aux familles et aux communautés autochtones et qui peuvent également avoir une incidence sur la vie des personnes handicapées tout en contribuant indirectement à réduire la pauvreté. J'aimerais également parler du cadre qui oriente les programmes, les interventions et les services de Santé Canada et qui vise à améliorer l'accès à ces services importants.

Santé Canada investit plus de 300 millions de dollars par année pour répondre aux besoins en matière de mieux-être mental des communautés inuites et des Premières Nations en finançant des activités telles que la promotion de la santé mentale, la prévention de la toxicomanie et du suicide, les services d'intervention en situation de crise, les traitements et les soins de suivi, ainsi que les services de soutien destinés à aider les anciens élèves des pensionnats admissibles et leur famille à aborder sans crainte un large éventail de questions de mieux-être liées aux répercussions de leur séjour dans ces écoles.

Ces programmes et ces services visent à réduire les facteurs de risque associés à la santé mentale et à promouvoir les facteurs de protection, comme le renforcement de la résilience, afin d'améliorer les résultats des Premières Nations et des Inuits au chapitre du bien-être mental. La majorité des services sont offerts par des organismes de santé communautaires, des centres de traitement des Premières Nations ou des conseillers indépendants en santé mentale. Santé Canada agit à titre de bailleur de fonds pour ces services.

Au cours de l'été 2016, on a annoncé un investissement supplémentaire de 69 millions de dollars sur trois ans afin d'appuyer des mesures immédiates en vue de répondre aux besoins en santé mentale des communautés inuites et des Premières Nations. Cet investissement renforcera la capacité à l'échelon local et régional d'offrir des services essentiels en santé mentale pouvant répondre aux situations de crise actuelles. Ces investissements sont guidés par le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations et la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits, qui ont tous deux été élaborés de concert avec nos partenaires des Premières Nations et nos partenaires inuits.

L'élaboration du Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, par exemple, a été reconnue comme étant une pratique exemplaire pour son processus exhaustif de renforcement des capacités et de validation et pour la participation des Premières Nations au dialogue. Le cadre traite de la nécessité d'utiliser une approche pangouvernementale axée sur la transformation afin de répondre aux besoins en mieux-être mental et de promouvoir la réconciliation et la guérison. Il énonce une approche holistique à l'égard des services de mieux-être mental fondée sur la culture des Premières Nations. Les partenaires nationaux et régionaux des Premières Nations travaillent en étroite collaboration avec les autres ministères fédéraux pour appuyer la mise en oeuvre du continuum à l'échelle communautaire, régionale et nationale. Le continuum s'appuie sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones et permet aux partenaires de planifier, de mettre en oeuvre et de partager des responsabilités concernant des éléments essentiels qui dépassent le contrôle direct du système de santé.

La Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits a été élaborée par l'Inuit Tapiriit Kanatami. Pour appuyer cette démarche menée par les Inuits, la ministre de la Santé a annoncé en juillet 2016, soit le jour du lancement de ce cadre important, du financement additionnel sur une période de trois ans. Le développement communautaire, l'appropriation par la communauté et le renforcement des capacités doivent être présents à tous les niveaux de la prestation des services pour s'assurer que les programmes et les services sont pertinents, efficaces, souples, durables et axés sur les besoins et les priorités des communautés.

[Français]

Les événements malheureux qui ont affligé la communauté de Wapekeka récemment nous ont encore rappelé l'importance et l'urgence de travailler de concert avec les professionnels en santé

mentale, les autorités et les intervenants locaux ainsi qu'avec nos partenaires provinciaux afin qu'une assistance adaptée soit apportée à temps aux familles et aux membres des communautés qui font face à des crises graves comme celle que traverse cette communauté.

[Traduction]

En plus de répondre à la crise à Wapekeka, nous continuons de travailler avec la collectivité pour trouver des solutions appropriées à long terme et sur le plan culturel qui contribueront à donner de l'espoir et qui favoriseront le bien-être mental.

La culture est un déterminant social important en matière de santé et un facteur clé pour assurer le mieux-être dans les collectivités autochtones. Par exemple, Santé Canada appuie des programmes axés sur les terres qui utilisent la culture comme fondement pour venir en aide aux particuliers, aux familles et aux communautés et pour renforcer leur relation avec la terre et la culture traditionnelle. Par ailleurs, cet appui contribue à atteindre un équilibre mental, physique, émotionnel et spirituel en renforçant la résilience et en gérant les facteurs de risque.

Nous avons effectué des investissements pour le déploiement de solutions de télésanté et, maintenant, la majorité des centres de santé et des postes de soins infirmiers sont équipés de technologie de télésanté. Une analyse réalisée en 2015-2016 a révélé qu'il y a eu plus de 14 000 séances de télésanté dans les collectivités des Premières Nations, offrant un vaste éventail de services de santé, dont des conférences de cas et des renseignements aux patients. De plus, des consultations cliniques telles que des séances sur la santé mentale représentent 9 % de toutes les séances cliniques en Alberta et 13 %, au Manitoba.

La technologie peut contribuer à améliorer l'accès aux services de santé mentale. Il est particulièrement important d'explorer ces avenues où les collectivités sont confrontées à des problèmes pour ce qui est de la disponibilité des services.

Conformément à la priorité du gouvernement de s'engager envers les Premières Nations, une à une, ce qu'il faut, c'est une relation constante et évolutive entre les différents paliers de gouvernement et les dirigeants autochtones axée sur le respect mutuel et le partenariat. Le bien-être d'une collectivité est une responsabilité partagée qui peut seulement être atteinte et maintenue au moyen d'une approche concertée en matière de soins qui se penche sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones et qui est axée sur la culture et l'autodétermination.

Pour atteindre des résultats, les services de santé mentale doivent respecter la sécurité culturelle et doivent être créés et offerts conjointement avec des partenaires communautaires. Nous avons l'obligation d'explorer de nouvelles façons d'offrir ces services pour pouvoir répondre aux besoins.

La Dre Wiebe et moi-même serons ravis de répondre à vos questions. Merci beaucoup du temps que vous nous consacrez ce matin.

•(1125)

[Français]

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Perron.

[Traduction]

Je suis certaine que mes collègues ont hâte de vous poser des questions.

Enfin et surtout, nous entendrons la déclaration d'Anna Romano, de l'Agence de la santé publique du Canada.

**Mme Anna Romano (directrice générale, Centre pour la promotion de la santé, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada):** Merci, monsieur le président.

Je me réjouis de l'occasion qui m'est offerte de m'adresser au Comité au nom de l'Agence de la santé publique du Canada.

Permettez-moi de commencer en vous donnant quelques définitions importantes qui, je pense, illustreront l'importance primordiale de soutenir et d'améliorer la santé mentale pour assurer la santé publique. L'Organisation mondiale de la santé définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel chaque personne réalise son potentiel, fait face aux difficultés normales de la vie, travaille avec succès de manière productive et peut apporter sa contribution à la communauté ».

La maladie mentale fait référence à des problèmes de santé mentale généralement diagnostiqués et traités par les professionnels de la santé mentale. La dépression et l'anxiété sont les deux maladies mentales les plus répandues, mais il en existe d'autres, comme la schizophrénie.

Nous savons que la maladie mentale est l'une des causes importantes de la pauvreté. Nous savons également que vivre dans la pauvreté peut nuire à la santé mentale. L'Organisation mondiale de la santé a récemment souligné que la pauvreté, le logement inadéquat et la difficulté à trouver un emploi ou à faire des études étaient des facteurs de risque en santé mentale.

Comprendre les facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé mentale est essentiel à l'élaboration de programmes de santé publique efficaces. À l'Agence de la santé publique, nous travaillons en amont pour aider à renforcer les facteurs de protection qui favorisent la santé mentale en aidant les Canadiens à acquérir de la résilience et des habiletés d'adaptation pour prévenir la maladie mentale. Parallèlement à d'autres stratégies de réduction de la pauvreté, une bonne santé mentale peut aider à briser les cycles de la pauvreté.

Les activités de l'agence en matière de promotion de la santé mentale comprennent des programmes de surveillance et de dépistage — que l'on appelle également des « recherches en matière d'intervention » — et des programmes communautaires destinés aux populations vulnérables comme les enfants, les jeunes, les survivants de violence et les personnes âgées.

J'aimerais prendre quelques minutes pour vous parler de certains des investissements de l'agence dans ces domaines.

Étant donné que nous nous concentrons sur la prévention et la promotion, nous avons fait du soutien aux enfants et aux jeunes vulnérables une priorité de santé publique. Chaque année, nos programmes de soutien prénatal et parental touchent 278 000 enfants et parents à risque dans plus de 3 000 collectivités du Canada.

Nous investissons environ 112 millions de dollars par année dans trois programmes: le Programme canadien de nutrition prénatale, le Programme d'action communautaire pour les enfants et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques. Les familles qui ont recours à ces programmes sont confrontées à des conditions de vie difficiles telles que le faible revenu, la monoparentalité ou la parentalité des jeunes, l'isolement social ou géographique, les situations de violence ou de négligence, ainsi que les problèmes de toxicomanie. Ces programmes favorisent la parentalité positive, la participation des parents, l'attachement, la résilience et les relations saines. Ce sont tous des facteurs de protection associés à la santé mentale.

Les évaluations des programmes et les sondages auprès des participants nous montrent que ces programmes ont des effets positifs importants sur les parents et leurs enfants, y compris l'amélioration de la santé mentale.

L'Agence de la santé publique évalue également les interventions de promotion de la santé mentale pour comprendre quels types d'interventions fonctionnent, pour qui et dans quel contexte. Plus précisément, nous investissons 1,5 million de dollars par année dans des projets axés sur les enfants, les jeunes et leurs familles, qui augmentent les facteurs de protection de la santé mentale, comme le soutien social aux parents vulnérables, l'attachement entre les parents et les enfants, la résilience et la capacité de créer des relations saines. Par exemple, le « Fourth R » est un programme de prévention en milieu scolaire qui favorise des relations saines entre les jeunes. Le programme comprend la modélisation de rôles pour renforcer les habiletés relationnelles, le mentorat par les pairs, la prévention de l'intimidation, des séances sur l'utilisation sécuritaire des médias sociaux ainsi que des leçons pour traiter et prévenir la violence dans les fréquentations.

En outre, l'agence appuie les projets communautaires qui favorisent autant la santé physique que la santé mentale des survivants de la violence familiale. La pauvreté, le chômage et le stress économique font partie des nombreux facteurs de risque de violence familiale. La violence familiale peut causer de graves problèmes de santé et sociaux tout au long de la vie d'une victime, y compris un risque accru de problèmes de comportement chez les enfants, la consommation de drogues et d'alcool, des tentatives de suicide chez les adolescents et la maladie mentale.

L'agence soutient des projets à l'échelle du pays qui touchent les populations vulnérables, notamment les jeunes de la rue, les populations autochtones et du Nord, ainsi que les parents et les enfants touchés par la violence. Ces projets évaluent également l'efficacité des approches novatrices de promotion de la santé en mesurant les changements dans les résultats de santé mentale tels que l'anxiété, la dépression et les troubles liés au stress post-traumatique.

● (1130)

À toutes les étapes de leur vie, les Canadiens peuvent souffrir d'une mauvaise santé mentale. Les personnes âgées n'y échappent pas. Les personnes âgées à faible revenu sont plus exposées à l'isolement social, à la solitude et à la dépression, ainsi qu'à une mauvaise santé et à un décès prématuré. D'autres experts l'ont dit: la lutte contre la pauvreté ne se limite pas au soutien du revenu. Il s'agit également de renforcer les liens de la communauté et de donner aux Canadiens la possibilité d'accéder à des services de soutien sociaux. C'est pourquoi l'Agence de la santé publique continue de travailler en étroite collaboration avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec l'Organisation mondiale de la santé, pour assurer le fonctionnement de l'Initiative des collectivités amies des aînés. Au Canada, cette initiative a renforcé l'inclusion sociale dans plus de mille collectivités en réunissant les aînés, leurs aidants, les gouvernements et d'autres intervenants afin d'aider les aînés à demeurer actifs, engagés et en bonne santé dans leurs collectivités.

L'agence collabore également avec des partenaires pour sensibiliser les gens à la santé mentale des aînés et à mettre des ressources à leur disposition. Par exemple, l'agence a accordé des fonds à la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, en collaboration avec Shoppers Drug Mart, afin d'élaborer des ressources pour les aînés et leurs familles pour lutter contre certains problèmes de santé mentale chez les personnes âgées. Cette initiative assure également aux pharmaciens une formation continue et un accès à l'information dont ils ont besoin.

Je conclurai ici en soulignant que l'investissement dans la promotion de la santé mentale peut contribuer à la réduction de la pauvreté. Toutefois, la complexité des problèmes de pauvreté et de mauvaise santé exige une approche pluridisciplinaire pour assurer le succès des mesures prises pour y remédier.

Merci de votre attention et du temps et de l'énergie que vous consacrez à ce sujet. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

**Le président:** Merci beaucoup.

Merci à vous tous de vos déclarations liminaires et d'avoir respecté le temps qui vous a été imparti.

Avant de commencer, je tiens à souhaiter la bienvenue au député Glen Motz. Je sais que vous ne faites qu'assister à la réunion aujourd'hui, mais j'aimerais beaucoup que vous nous parliez de votre expérience à Medicine Hat, où nous nous rendrons dans quelques semaines. Bienvenue.

Il est bon de voir Brigitte Sansoucy et la députée Vecchio également.

Je veux prendre un instant pour souhaiter la bienvenue au nouveau secrétaire parlementaire, Adam Vaughan. Je me réjouis de votre présence ici, et compte tenu de la question que nous étudierons dans les semaines et les mois à venir, vous serez une ressource importante pour nous.

À compter de ce matin, la députée Dhillon se joindra officiellement à nous au Comité.

Bienvenue à tous. Merci.

D'accord, Dan. En passant, bon retour, Dan.

Sur ce, je cède la parole à la députée Vecchio pour six minutes.

**Mme Karen Vecchio (Elgin—Middlesex—London, PCC):** Merci beaucoup de votre présence ici aujourd'hui.

Avant de devenir députée, j'ai eu l'honneur de travailler avec l'un des bureaux de député et, pendant la récession, nous avons enregistré une montée en flèche du nombre de demandes de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada. J'ai quelques questions à ce sujet.

Premièrement, puisque nous examinons la question, y a-t-il une façon de ventiler ces demandes selon qu'il s'agit de santé mentale ou de santé physique? Avons-nous enregistré une hausse des demandes de prestations pour des problèmes de santé mentale, car c'est une chose que j'ai remarquée dans la région d'Elgin—Middlesex—London?

Deuxièmement, avez-vous vu un lien entre le taux de chômage élevé et le nombre élevé de demandes de prestations d'invalidité, ou cette situation est-elle survenue seulement dans notre propre circonscription?

J'invite n'importe quel témoin à répondre à la question.

À vrai dire, je vais commencer avec Statistique Canada. Vous avez peut-être des données à ce sujet.

• (1135)

**M. François Nault:** J'ai bien peur que non.

**Mme Karen Vecchio:** Vous n'en avez pas?

Quelqu'un en a-t-il? Doug?

**M. Doug Murphy:** Oui. Ce sont des questions intéressantes. Je vais devoir m'informer auprès des experts du programme, puis nous fournirons une réponse au Comité. Merci.

**Mme Karen Vecchio:** Je vous en suis très reconnaissante. Merci beaucoup.

Avez-vous des renseignements sur l'incidence positive d'occuper un emploi intéressant sur la santé mentale d'une personne? Y a-t-il des renseignements à ce sujet? Lorsque les gens trouvent un emploi, constatez-vous que leur mieux-être s'améliore? Existe-t-il des renseignements à ce sujet?

**Mme Anna Romano:** Je vais peut-être devoir adresser la question à des haut gradés. Je ne sais pas si Statistique Canada a des données à cet égard.

L'emploi serait un « déterminant social » de la santé très important, comme nous l'appelons dans le secteur de la santé publique. Si vous avez un emploi et que vous contribuez à la société, votre santé mentale est généralement meilleure. Je suis certaine qu'il existe des statistiques pour corroborer cet énoncé. Là encore, nous pourrions probablement assurer un suivi à ce sujet.

**Mme Karen Vecchio:** Fantastique.

**M. François Nault:** J'aimerais simplement ajouter que nos sondages sont transversaux. Nous demandons aux gens s'ils ont un emploi ou non, puis nous évaluons leur santé mentale. À la diapositive 9, on peut voir qu'une faible proportion des personnes qui disent souffrir d'un trouble ont un emploi, mais les statistiques ne nous permettent pas de faire ce que vous suggérez: démontrer si les gens recouvrent une meilleure santé mentale lorsqu'ils ont un emploi. Il faudrait des données longitudinales pour nous permettre d'évaluer l'état de santé d'une personne avant l'emploi et après l'emploi, mais nous n'avons pas ces données.

**Mme Karen Vecchio:** Ce n'est pas un problème.

À la diapositive 13 de Statistique Canada, je trouve les renseignements sur les chefs de famille monoparentale très intéressants. Nous reconnaissons qu'il y a un grand nombre de problèmes pour les parents et les chefs de famille monoparentale qui vivent dans la pauvreté. Existe-t-il des données sur la santé mentale de ces gens qui appartiennent à cette catégorie des chefs de famille monoparentale qui, à un moment donné, étaient sans doute mariés ou séparés, par exemple? Existe-t-il des renseignements sur leur situation avant de devenir des chefs de famille monoparentale, pour montrer comment la pauvreté a contribué à détériorer leur santé mentale? Y a-t-il des renseignements à ce sujet?

**M. François Nault:** Là encore, je pense que la solution serait de réaliser un sondage longitudinal où nous mesurons l'état de santé à deux moments différents et essayons d'établir la chronologie de l'état de santé des gens. Ce sont des sondages très dispendieux à réaliser. Je ne pense pas que nous...

**Mme Karen Vecchio:** Ce n'est pas un problème. Je vais simplement continuer.

Je suis mère de cinq enfants, alors j'ai l'impression que la santé mentale est l'une de mes réalités de tous les jours. C'est vrai; et il s'agit parfois de mes propres problèmes.

Pierre et moi avons discuté de la question. On a consacré beaucoup d'efforts à l'éducation et au bien-être des enfants, y compris la mise en poste de conseillers dans les écoles et diverses mesures de la sorte. Y a-t-il des renseignements qui nous permettent de démontrer la détérioration de la santé mentale chez les jeunes? Nous avons vu d'importantes statistiques qui révèlent une hausse de la toxicomanie, de la dépression et de l'anxiété. Y a-t-il un moyen de faire une comparaison avec les données des années 1980 et 1990? Avons-nous ces renseignements?



Ce n'était peut-être pas la portée. Je ne pense pas que la santé mentale était... J'ai fréquenté l'école secondaire dans les années 1980. Je ne pense pas que nous nous concentrons sur la question. Il y avait des pressions semblables à l'époque. Les temps ont changé, et nous le reconnaissons. J'essaie de voir s'il y a des données qui montrent que nous consacrons beaucoup d'efforts au bien-être dans les écoles à l'heure actuelle. Je me demande quelle est l'incidence sur nos écoles et ce qui nous a amené à déployer ces efforts. Il y a dû y avoir un élément déclencheur pour nous faire réaliser que nous devons améliorer le bien-être dans nos écoles. Quel a été cet élément déclencheur? Quelqu'un le sait-il?

**Mme Jennifer Ali:** Je n'en suis pas certaine. Je n'ai pas cette information, mais une étude de Statistique Canada qui a été rendue publique plus tôt ce mois-ci s'est penchée sur la dépression et le suicide parmi les gens âgés de 15 à 24 ans. Elle s'est également penchée sur les gens qui ont demandé de l'aide pour régler leurs problèmes et sur les gens vers qui ils se sont tournés. Cette étude a démontré que les gens âgés de 15 à 24 ans consultaient un certain nombre de sources différentes, mais qu'entre 61 et 63 % de ceux qui demandaient de l'aide le faisaient auprès de sources informelles, à savoir des amis, des membres de leur famille, des enseignants ou des directeurs d'école, et des collègues. Il était intéressant de voir que, de ceux qui se sont adressés à ces sources informelles, 88 % des gens qui ont consulté un enseignant ou un directeur d'école ont trouvé que cela leur a été très utile ou assez utile. Par conséquent, ces ressources sont très utiles pour venir en aide aux gens qui éprouvent des difficultés.

• (1140)

**Le président:** Merci.

Vous pouvez répondre, très brièvement.

**M. Doug Murphy:** J'ai une donnée pour la députée: 30,9 % des demandes de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada sont pour des troubles de santé mentale. On me dit que ces demandes sont en hausse. Nous obtiendrons le renseignement additionnel que la députée a demandé.

**Le président:** Excellent. Merci.

Nous allons céder la parole au député Long pour six minutes.

**M. Wayne Long (Saint John—Rothsay, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Bon retour, chers collègues.

Merci aux témoins de leurs excellentes déclarations.

Je suis de Saint John, au Nouveau-Brunswick et, de toute évidence, j'étais très heureux lorsque le ministre Duclos est venu à Saint John le 3 septembre, si je ne m'abuse, pour annoncer qu'elle serait l'une des villes visées par l'étude *Combattons ensemble* la pauvreté.

Monsieur Murphy, pour la gouverne du Comité, pourriez-vous expliquer brièvement quelles sont les attentes pour l'initiative *Combattons ensemble* la pauvreté et nous dire comment vous pensez qu'elle sera rattachée, surtout en ce qui concerne la santé mentale, à la stratégie de réduction de la pauvreté?

**M. Doug Murphy:** Le projet *Combattons ensemble* la pauvreté consiste en fait à étudier les recherches qualitatives. Il faut parler aux gens, car les statistiques quantitatives ne permettent pas de dresser un tableau exhaustif. Il s'agit ici d'examiner en profondeur la manière dont les habitants de communautés clés du Canada vivent avec la pauvreté, la façon dont les programmes actuels les aident et comment ces programmes peuvent être améliorés.

Comme je l'ai indiqué, il faut parler aux gens qui ont vécu dans la pauvreté. Comme nous le savons et comme plusieurs personnes nous l'ont fait remarquer, les gens atteints de maladie mentale sont représentés de façon disproportionnée au sein de cette population.

**M. Wayne Long:** Je vais intervenir.

Dans le cadre de l'initiative *Combattons ensemble* la pauvreté, veillerez-vous à parler à un grand nombre de personnes ayant vécu dans la pauvreté? Est-ce une priorité?

**M. Doug Murphy:** C'est presque la principale priorité de la stratégie.

**M. Wayne Long:** Merci,

Madame Romano, merci de l'exposé, que j'ai trouvé formidable.

Je suis un nouveau député, et nous apprenons, mais ce qui me contrarie parfois, c'est que le gouvernement fédéral lance une initiative, puis en confie une partie à la province, et il arrive qu'on perde le fil en première ligne.

Tout d'abord, pouvez-vous me dire à quel point il importe que les gouvernements fédéral et provinciaux coordonnent leurs efforts? Ensuite, quelles innovations pourraient, selon vous, améliorer les choses pour que nos initiatives prioritaires se rendent en première ligne par l'entremise des provinces?

**Mme Anna Romano:** Merci de me poser la question.

Je parlerai de certains programmes de l'Agence de la santé publique, notamment des programmes de santé maternelle et infantile que j'ai évoqués plus tôt. En pareil cas, nous travaillons en étroite collaboration avec les provinces et les territoires. Un certain nombre de comités de gestion mixtes établissent les priorités en matière d'investissement pour éviter les chevauchements entre les investissements du gouvernement fédéral et ceux des gouvernements provinciaux et territoriaux. Nous tentons notamment d'aligner nos investissements pour qu'il n'y ait pas de lacunes importantes.

Je pense avoir indiqué dans mon exposé que nous tendons à accorder la priorité aux populations plus vulnérables et aux endroits où nous avons découvert qu'il n'existe tout simplement pas suffisamment de programmes provinciaux et territoriaux pour atteindre certaines de ces populations.

En ce qui concerne les approches novatrices, cela semble très bureaucratique, mais le fait de disposer de ces comités de gestion mixtes, au sein desquels on travaille avec des collègues provinciaux et territoriaux pour établir des priorités, semble avoir porté fruit au cours des 20 dernières années sur le plan des programmes.

• (1145)

**M. Wayne Long:** Est-ce que certaines provinces se démarquent des autres en offrant le nécessaire?

**Mme Anna Romano:** L'exemple qui me vient à l'esprit est celui de l'initiative des communautés amies des aînés dont j'ai parlé plus tôt. Nous jouissons d'une excellente relation de travail avec le Québec, qui a vraiment adhéré à cette initiative. Cette dernière y est probablement mise en œuvre dans un plus grand nombre de communautés que partout ailleurs au pays. C'est un exemple où nous avons en quelque sorte montré la voie, alors que d'autres provinces et territoires ont peut-être des priorités différentes.

Je ne suis pas certaine d'avoir entièrement répondu à votre question.

**M. Wayne Long:** C'est correct.

Je vais maintenant m'adresser aux témoins de Statistique Canada, si vous le voulez bien. Je vais brièvement lire une statistique, qui figurerait également dans vos diapositives: onze pour cent des Canadiens âgés de 15 à 24 ans ont souffert de dépression à un moment donné au cours de leur vie, et moins de la moitié d'entre eux ont cherché de l'aide professionnelle.

Quand j'étais adolescent, j'ai énormément souffert d'anxiété. Je me souviens qu'à l'école, à l'université ou ailleurs, je ne m'en serais jamais ouvert à qui que ce soit. Si j'avais répondu à un sondage, à un appel ou à quelque chose comme cela, jamais je n'aurais admis souffrir d'anxiété.

Pouvez-vous me dire à quel point vous êtes certains de joindre les gens dans le besoin? Je sais que les diapositives sont formidables et contiennent d'excellentes informations, mais comment réussissez-vous à vraiment rejoindre les gens dont les besoins sont les plus criants? Ce que je crains, c'est que dans cette situation — et nous parlerons des refuges pour sans-abri dans un instant — et certainement dans le cas des adolescents aux prises avec l'anxiété et la dépression, les gens ne se manifestent pas. Comment les trouvez-vous? Comment tenez-vous compte d'eux?

**Mme Jennifer Ali:** La stratégie d'échantillonnage que nous employons repose sur un échantillon représentatif. Nous sélectionnons les ménages, au sein desquels nous choisissons certaines personnes. Nous n'avons pas remarqué...

**M. Wayne Long:** Je vais intervenir.

Je comprends comment cela fonctionne. Nous avons participé à...

**Le président:** Pardonnez-moi, Wayne, mais je dois vous interrompre un instant.

Pouvez-vous rester vraiment bref?

**M. Wayne Long:** J'interviendrai au cours du prochain tour.

**Le président:** D'accord. Merci.

Nous accorderons la parole à Mme Sansoucy.

[Français]

**Mme Brigitte Sansoucy (Saint-Hyacinthe—Bagot, NPD):** Merci, monsieur le président.

Je remercie l'ensemble des témoins de leurs présentations. Ils nous ont bien démontré comment la pauvreté peut conduire à un problème de santé mentale et, inversement, comment la santé mentale peut mener à la pauvreté.

Madame Romano, je vous remercie de vos propos. Il est toujours intéressant d'établir de nouvelles définitions et de voir qu'on ne réinvente pas la roue. L'Organisation mondiale de la santé a déjà bien documenté ces choses.

Comme vous l'avez souligné, il faut se rappeler des évidences, par exemple l'importance de bien comprendre les facteurs de risque, que ce soit la pauvreté, un logement inadéquat, la difficulté à trouver un emploi ou de faire des études, quoiqu'il y ait parfois des éléments contradictoires à ce sujet. Ce qui m'a surpris au chapitre des statistiques, c'est que les personnes ayant un niveau d'études supérieur présentaient un risque plus élevé. Il arrive que des informations nous amènent à nous poser des questions.

Vous nous avez aussi dit qu'il est important de s'attarder aux causes, parce qu'il est souvent tentant de ne s'attaquer qu'aux conséquences. À court terme, on s'attaque aux conséquences, mais tant qu'on ne s'attaquera pas aux causes d'un problème, on n'y arrivera pas.

Cela m'amène à m'adresser aux représentants du ministère de la Santé. Malheureusement, ce sont souvent les crises qui nous incitent à nous rappeler les choses fondamentales, par exemple la façon d'intervenir, les meilleures pratiques et les moyens qu'on connaît depuis longtemps mais qu'il faut mettre en application. Malheureusement, ce sont les crises qui nous rappellent qu'il faut investir à cet égard.

Vous avez conclu en parlant de l'importance d'avoir une collaboration constante et progressive, mais on dirait qu'il faut toujours qu'il y ait des crises pour s'en rappeler. J'aimerais vous entendre sur l'équilibre qu'il doit y avoir entre la prévention et la réaction nécessaire aux situations de crise. Comment pouvons-nous, jour après jour, être présents dans les communautés autochtones, au lieu d'attendre qu'il y ait une situation de crise pour décider d'investir davantage? J'ai besoin de vous entendre à propos de cet équilibre nécessaire.

• (1150)

**M. Sony Perron:** Merci beaucoup. C'est une excellente question.

Je vais tenter de vous donner une réponse qui soit suffisamment large pour couvrir la portée de votre question.

À la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, notre approche en santé publique consiste à faire en sorte que les communautés inuites et des Premières Nations disposent d'institutions ou de la capacité d'offrir des services de façon continue. Je ne parle pas ici de services qui ciblent uniquement la santé mentale. Ils sont aussi destinés à la prévention, notamment dans le cadre de la petite enfance. Si on veut que l'approche en santé mentale soit vraiment exhaustive, il faut travailler dès l'étape prénatale. Il faut investir auprès des mères, des pères et des familles afin de leur donner les outils nécessaires pour soutenir leurs enfants et la croissance de ces derniers.

Dans l'ensemble des régions du pays, nous avons une série de programmes qui sont offerts dans les communautés des Premières Nations. Ils sont souvent réalisés par les communautés elles-mêmes. Ces programmes destinés à la petite enfance comportent des interventions prénatales ayant pour but de soutenir les familles et les parents. C'est extrêmement important.

Je vous ai parlé plus tôt de nos interventions directes en santé mentale. Or cette composante est extrêmement importante. Il faut soutenir les soins et la détection des problèmes de façon continue. Les soins primaires dans les communautés aident à subvenir aux besoins au fur et à mesure qu'ils se développent.

L'erreur qui a été commise il y a plusieurs décennies consistait à penser qu'une approche sectorielle, dirigée par le gouvernement, était la bonne façon d'organiser les services. On a appris au fil du temps que l'autodétermination, soit le contrôle par les communautés elles-mêmes de leurs programmes et de leurs services, faisait une énorme différence sur le plan de la qualité et de la réponse.

On a donc développé un cadre de santé mentale de concert avec les Premières Nations, notamment. On commence à la base en essayant de créer de l'espoir et de susciter un sentiment d'appartenance ainsi que l'impression d'apporter sa contribution. Ces éléments sont cruciaux pour réparer le tissu de base des communautés qui a été détruit par les politiques de colonisation appliquées dans nos institutions pendant des années. Il doit y avoir une intervention importante en ce sens.

Au cours des récentes années, notre approche en santé mentale a consisté à financer ce qu'on appelle les équipes de santé mentale. Elles sont formées non seulement de travailleurs sociaux, de psychologues ou de psychiatres, mais aussi d'aînés de la communauté. Ces grands-parents ou autres personnes interviennent d'une façon qui est davantage traditionnelle. On essaie de combiner ce qu'il y a de meilleur dans les interventions en santé qui se font auprès de la population. On intègre les traditions et la culture. On cherche à retrouver ce qui est essentiel. C'est ce qu'on a un peu détruit et qui, en fin de compte, affaiblit la résilience des familles et des communautés.

Je dirais que 90 % des services offerts et financés par le gouvernement fédéral dans les communautés des Premières Nations sont contrôlés par les communautés elles-mêmes, soit par des organisations des Premières Nations.

**Mme Brigitte Sansoucy:** Cette approche vous fait honneur.

Mme Romano a répondu plus tôt avec beaucoup de diplomatie à la question touchant les compétences provinciales en matière de santé. Eva Ottawa, qui est devenue présidente du Conseil du statut de la femme du Québec alors qu'elle était grande chef atikamekw, me disait combien cette situation était difficile. Qu'on le veuille ou non, même si le soutien de la santé des Premières Nations est de compétence fédérale, la situation n'est pas simple. Au Québec, par exemple, à cause du système de protection de la jeunesse, les enfants des gens des communautés étaient placés dans des familles d'accueil qui n'étaient pas autochtones. Ces enfants étaient donc complètement déracinés.

Compte tenu de la compétence provinciale en matière de santé, la question est de savoir comment vous arrivez à répondre à ce désir d'impliquer les Premières Nations dans toute les sphères. La question reste en suspens.

[Traduction]

**Le président:** Je crains que nous ayons de loin dépassé le temps accordé. Je vous ai laissée poursuivre votre intervention. Peut-être pourrions-nous revenir à cette question au cours du prochain tour. Nous entendrons maintenant M. Robillard.

[Français]

**M. Yves Robillard (Marc-Aurèle-Fortin, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse à M. Perron.

Nous savons qu'il y a des enjeux culturels spécifiques dans chaque communauté autochtone et inuite. Des témoins nous ont affirmé qu'il y avait un lien direct entre la capacité de maintenir un emploi, la santé mentale et la réduction de la pauvreté.

Quel est votre avis à ce sujet?

• (1155)

**M. Sony Perron:** Il est largement démontré que, dans le domaine de la santé mentale, les conditions d'emploi, l'éducation et les conditions sociales affectent les résultats. Cela est clair. C'est pourquoi l'approche en santé mentale que la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits a adoptée et qui a été élaborée avec les Premières Nations est une approche exhaustive. Elle tente de couvrir l'ensemble de ces éléments. Il s'agit de travailler avec les communautés, de préciser les facteurs de risque et d'établir une offre de services qui réponde à cela.

On peut difficilement s'attendre à régler des enjeux de santé mentale en intervenant seulement en situation de crise ou en déployant des équipes à des moments spécifiques. Il faut que des

services soient disponibles de façon continue et que ces enjeux de base soient abordés. L'habitation, le niveau de services disponibles dans les communautés et l'éducation sont des éléments essentiels pour arriver à des résultats concrets en matière de santé mentale.

Une intervention uniquement chirurgicale avec des spécialistes en santé mentale ne va pas transformer l'état des communautés. C'est pourquoi les investissements du Budget 2016 destinés à la construction de nouvelles résidences représentent l'un des facteurs de base. En effet, quand les familles vivent à 15 ou 20 personnes dans la même installation, il y a des problèmes supplémentaires qui surviennent.

Les investissements en éducation sont aussi extrêmement importants. Je pense que le ministère de la Santé a la responsabilité de travailler avec les communautés pour s'assurer que les services en santé mentale sont présents. Pour obtenir des résultats concrets dans l'ensemble du pays, investir dans les déterminants sociaux de la santé est extrêmement important.

**M. Yves Robillard:** Merci.

Monsieur Murphy, l'approche Logement d'abord de la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance, ou SPLI, cible les personnes qui sont sans-abri de façon chronique ou épisodique.

Pourrait-on structurer un programme semblable à l'intention des personnes qui ont besoin de services de soutien similaires en santé mentale, mais qui ne sont pas sans-abri, afin d'empêcher qu'elles ne se retrouvent dans la rue?

[Traduction]

**M. Doug Murphy:** Mon collègue me remet quelque chose.

Nous nous intéressons actuellement au problème de l'itinérance. Je pense que vous voulez savoir si cette approche, notamment les services complets, peut s'appliquer lorsque l'itinérance ne constitue pas le problème fondamental. Je devrai vous répondre ultérieurement. L'approche Logement d'abord, ou les services complets, qui s'attaque aux problèmes de santé mentale dans la sphère de compétences fédérale, a toujours mis l'accent sur l'itinérance, qui constitue l'élément central de notre stratégie de partenariat de lutte à l'itinérance. Je ne suis pas en mesure de vous dire pour l'instant s'il serait possible de l'élargir aux personnes qui ne sont pas sans abri, mais qui éprouvent des problèmes de santé mentale. Mais c'est une observation intéressante.

**M. Yves Robillard:** Pourriez-vous nous fournir une réponse exhaustive plus tard?

**M. Doug Murphy:** Oui.

[Français]

**M. Yves Robillard:** Monsieur le président, je vais partager mon temps de parole avec M. Wayne Long.

[Traduction]

**Le président:** Vous disposez d'un peu moins de deux minutes.

**M. Wayne Long:** Je remercie mon collègue et le président.

Je vais m'adresser de nouveau aux témoins de Statistique Canada. En ce qui concerne les adolescents aux prises avec la dépression ou l'anxiété, qu'est-ce que Statistique Canada a fait différemment au cours des cinq dernières années pour s'assurer de rejoindre ce groupe? De quelle innovation avez-vous fait preuve pour tenter de le rejoindre?

**M. François Nault:** Je pense que c'est une bonne question. Ma collègue avait commencé à traiter de la méthode. Nous avons mis en oeuvre la meilleure méthode possible. Nous disposons aussi d'excellents enquêteurs qui convainquent les gens de répondre aux questions. Ces questions sont, de toute évidence, très délicates. C'est indéniable. Y a-t-il sous-dénombrement? Nous tentons de contrôler la situation de notre mieux. Nous obtenons des résultats très cohérents au fil du temps; nous sommes donc assez sûrs de nos chiffres. Dernièrement, nous avons essayé toutes sortes de techniques, comme des approches d'économie comportementale, pour convaincre les gens de répondre. Nous avons téléphoné, en faisant preuve de beaucoup de persistance et en téléphonant à environ 25 reprises aux gens pour essayer de les convaincre de répondre aux questions. Il est toutefois certain que les taux de réponse ont diminué; il nous est donc difficile de nous assurer que les plus vulnérables ne sont pas sous-représentés.

• (1200)

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous accordons maintenant la parole à Dan Ruimy pour six minutes.

**M. Dan Ruimy (Pitt Meadows—Maple Ridge, Lib.):** Merci beaucoup, monsieur le président, et merci à tous de comparaître.

C'est très difficile. Sur papier, d'après ce que vous nous dites, les programmes semblent formidables. Ce n'est toutefois pas ce que je constate dans ma circonscription, et cela me préoccupe beaucoup. Est-ce parce que nous échouons? Est-ce parce que les programmes ne réussissent pas à rejoindre les gens? Voilà les problèmes que nous tentons de résoudre.

Le taux de chômage est de 70 à 90 % parmi les gens atteints de maladie mentale grave; le revenu familial diminue donc de 60 % quand le soutien principal reçoit un diagnostic de maladie mentale.

Je voudrais parler brièvement du système d'assurance-emploi actuel afin de voir comment il intervient en pareille situation et aide les chômeurs canadiens en leur offrant des services appropriés. La question suivante s'adresse à M. Murphy. Comment ces chômeurs réintègrent-ils le marché du travail? Que faisons-nous pour les aider?

**M. Doug Murphy:** Votre question porte-t-elle précisément sur les personnes atteintes de maladie mentale?

**M. Dan Ruimy:** La maladie mentale semble constituer une facette importante du problème de pauvreté, et nous savons qu'il existe une interdépendance étroite entre les deux. Quand nous tentons d'aider les gens à retourner sur le marché du travail, nous intéressons-nous à cette facette? Service Canada s'y attaque-t-il?

**M. Doug Murphy:** Oui. Je suis désolé, mais en ce qui concerne ce problème précis, je vais devoir vous communiquer la réponse plus tard.

**M. Dan Ruimy:** D'accord.

Service Canada offre actuellement un programme de « connexion compétences » destiné aux jeunes à risque. Comment permettons-nous aux jeunes de retourner sur le marché du travail? Un des problèmes que nous observons, c'est que nous offrons de l'argent et une formation préparatoire à l'emploi à une personne aux prises avec une foule de problèmes de santé mentale, alors qu'elle touche au fond du désespoir. Considérez-vous que ce soit une approche efficace ou pensez-vous que l'on puisse en adopter une meilleure? C'est une question difficile.

**M. Doug Murphy:** En effet, et ce n'est pas mon domaine de compétences, mais je peux certainement consulter le personnel de

Service Canada et les responsables de notre politique d'assurance-emploi afin d'examiner ces problèmes avec eux.

**M. Dan Ruimy:** D'accord.

Je vais maintenant m'adresser à Mme Romano. Comme vous travaillez à Santé Canada, pouvez-vous répondre à une de ces questions? Nous parlons beaucoup de la santé mentale, mais nous ne faisons pas vraiment grand-chose pour aider ceux qui ont le plus besoin d'aide, particulièrement les jeunes.

**Mme Anna Romano:** Bien sûr. Je peux peut-être répondre en partie à la question, et mon collègue, M. Perron, pourra peut-être parler un peu des investissements futurs que nous envisageons de faire dans le domaine des services.

Ici encore, je veux faire remarquer que l'Agence de la santé publique tente d'éviter que les gens ne soient atteints de maladie mentale. Quand j'emploie le terme « en aval », je veux dire qu'un grand nombre des programmes que nous mettons en oeuvre — vous avez probablement entendu le mot « résilience » huit fois au cours des divers exposés — tentent de résoudre le problème de demande et de réduire le nombre de gens qui essaient d'obtenir des services une fois malades. Je pense qu'il est largement admis que... Ma ministre a fait de l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale une grande priorité. On sait que la demande dépasse l'offre.

Je laisserai peut-être Sony traiter de l'accord sur la santé.

• (1205)

**M. Sony Perron:** Dans la mesure où je le peux.

**Mme Anna Romano:** Oui, dans la mesure où vous le pouvez.

**M. Dan Ruimy:** On se renvoie la question épineuse.

**M. Sony Perron:** C'est un peu au-delà du mandat de ma direction. Je peux toutefois dire que la ministre de la Santé négocie avec les provinces et les territoires notamment pour améliorer l'accessibilité des services de santé mentale au Canada, comme vous le savez tous d'après sa lettre de mandat. Ces discussions sont en cours. Je suis persuadé que tous les membres du Comité savent comment le dossier avance auprès des différents territoires et provinces.

Je pense qu'il y a une volonté réelle et un intérêt énorme. Dans le cadre des discussions avec les provinces et les territoires, j'ai pu constater que la question préoccupe les gouvernements. À ce stade-ci, je ne peux pas vraiment en dire plus sur l'issue des négociations puisque je n'y participe pas directement. Il n'y a manifestement pas que votre comité qui se soucie de la question. Nous avons bien sûr entendu les mêmes inquiétudes de la part des provinces et des territoires, qui souhaitent vivement faire avancer le dossier.

Permettez-moi de parler de mon domaine d'intervention, qui porte davantage sur un segment de la population en particulier. L'objectif est de mettre en place des services de proximité régis par la collectivité, et d'aider les gens à les adapter. Nous essayons de corriger les erreurs du passé, lorsque nous tentions d'imposer un modèle semblable à celui qui existe à l'extérieur des réserves et dans la population générale. Nous nous contentions de changer quelques mots pour que le programme s'applique aux Premières Nations ou aux Inuits. Nous devons plutôt considérer les choses sous l'angle de l'adaptation culturelle. Nous devons songer à l'emprise culturelle de ce volet et rebâtir les fondements. Nous l'avons fait, et nous essayons désormais d'intégrer ces mesures à nos nouveaux programmes.

Nous devons également songer à la sécurisation culturelle. Plusieurs membres du Comité m'ont posé des questions sur le rôle de la province à ce chapitre. Je crois que nous avons un défi à relever au Canada: renforcer la sécurisation culturelle, non seulement à l'échelle fédérale, mais au sein de toutes les autres instances gouvernementales aussi. Prenons des clients qui ont vécu des réalités particulières — je pense aux Premières Nations et aux Inuits, qui ont des origines différentes. Lorsque ces gens obtiennent des services en établissement, peu importe si la prestation est provinciale ou fédérale, ces services doivent respecter leurs valeurs culturelles, sans quoi les patients ne se présenteront pas au rendez-vous.

Un membre du Comité a dit que les gens n'ont pas accès aux services. Je pense que nous devons toujours nous demander si le service est adapté. Le service correspond-il aux besoins? Ce volet dépasse parfois la portée d'établissements tels que les ministères, mais nous devons nous y attarder sur le terrain.

Dans le cas des Premières Nations et des Inuits, je pense que des efforts considérables ont été déployés ces 10 dernières années afin de s'attaquer à la sécurisation culturelle et de s'assurer que les fournisseurs de services comprennent que la personne qui se présente devant eux porte tout un bagage et toute une histoire. Nous parlons beaucoup des séquelles laissées par les pensionnats et d'autres politiques désolantes qui ont marqué leur vie dans le passé. Nous devons investir massivement dans la sécurisation et l'adaptation culturelles afin que les services offerts soient pertinents.

Nous avons récemment constaté dans un rapport du coroner que les gens ont accès aux services, mais qu'ils n'y retournent pas, en fait, probablement en raison d'un problème d'acceptation ou d'adaptation du système pour qu'il réponde à leurs besoins. Nous devons vraiment nous pencher là-dessus. La solution n'est pas toujours d'offrir plus de services. Il suffit souvent d'adapter les services pour qu'ils s'appliquent à ce segment de la population.

**Le président:** C'est maintenant au tour de M. Poilievre. Allez-y, s'il vous plaît.

**L'hon. Pierre Poilievre (Carleton, PCC):** Merci beaucoup, tout le monde.

Ma première question s'adresse aux représentants de Statistique Canada. Quand recevrons-nous les données du seuil de faible revenu, ou SFR, pour l'année 2015?

**M. François Nault:** Je n'en suis pas certain. Je vais devoir confirmer auprès de mes collègues.

**L'hon. Pierre Poilievre:** Nous avons actuellement l'information jusqu'en 2014 seulement. Les tableaux ne vont pas plus loin. Or, nous sommes déjà en 2017. J'espère que nous verrons bientôt les données de 2016, mais nous n'avons même pas celles de 2015. Je pense que tout ce que vous pourriez faire pour clarifier...

**M. François Nault:** Vous avez raison. Normalement, les enquêtes se déroulent environ un an après la fin de la période de référence. Il y a eu une collecte de données en 2015. Je ne m'occupe pas du traitement des données. Il faut habituellement prévoir 12 à 15 mois. Je présume que les résultats seront divulgués bientôt, mais je vais vérifier.

**L'hon. Pierre Poilievre:** Merci.

La page 9 du document de Statistique Canada montre une très forte corrélation entre le chômage et les troubles mentaux ou liés à la consommation de substances. Avez-vous des données qui établissent ce lien de causalité?

●(1210)

**M. François Nault:** J'en doute. Ma consœur en a peut-être.

Encore une fois, il s'agit d'une enquête transversale. Généralement, les enquêtes de ce genre sont bonnes pour créer des associations. Nous prenons les personnes qui ont donné une situation d'emploi donnée, puis observons leur réponse à propos des troubles. C'est ce qui nous permet de tracer le graphique que vous avez sous les yeux. Pour établir un lien de causalité, comme je l'ai dit, il faut vraiment retourner voir les gens pour savoir quelle situation a précédé l'autre et comment s'est passée la transition. Si une personne se trouvait dans une situation d'emploi donnée, puis...

**L'hon. Pierre Poilievre:** Y a-t-il une raison pour laquelle nous n'avons pas encore établi de lien semblable?

**M. François Nault:** C'est généralement une question de coût.

**L'hon. Pierre Poilievre:** Les données associatives ne sont pas particulièrement utiles à moins qu'un lien de causalité ne soit établi.

**M. François Nault:** Je suis d'accord, mais je pense que la limite est surtout monétaire. Ces enquêtes coûtent très cher. Ce sont des projets à long terme. Nous en avons réalisé un certain nombre dans le passé, où nous suivions des gens aux deux ans ou chaque année, par exemple. Mais je crois qu'il ne nous en reste plus qu'une, qui porte plutôt sur...

**L'hon. Pierre Poilievre:** Il faudrait donc déterminer quelle situation a précédé l'autre: le chômage ou le trouble. Si une personne perd son emploi, puis qu'un trouble se manifeste ensuite, cela veut dire que la perte d'emploi a été la cause, et que le trouble a été l'effet, et inversement.

Vous employez ici l'expression « incapacité permanente ». Il y a 300 000 Canadiens qui travaillent malgré un handicap lourd ou très lourd. Comment définissons-nous une incapacité permanente de travailler?

**Mme Jennifer Ali:** Dans cette enquête, il s'agissait de membres de la population inactive, qui sont au chômage ou à la retraite pour d'autres raisons... Veuillez m'excuser, je vous ai donné la définition de la catégorie « pas d'emploi ».

C'est ainsi que ces gens se sont décrits. Ces gens ont dit être incapables de travailler en permanence. Cette catégorie n'inclut ni la population inactive ni les gens qui sont au chômage ou à la retraite pour d'autres raisons.

**L'hon. Pierre Poilievre:** Demandons-nous simplement aux répondants s'ils sont dans l'incapacité permanente de travailler?

**Mme Jennifer Ali:** Cela faisait partie des questions sur leur situation d'emploi.

**L'hon. Pierre Poilievre:** Donc, pour bien comprendre...

**Mme Jennifer Ali:** Pour les répondants qui ont coché « oui », une des catégories de réponses est « incapacité permanente ».

**L'hon. Pierre Poilievre:** Au fond, le répondant indique être dans une incapacité permanente de travailler, puis vous enregistrez sa réponse.

**Mme Jennifer Ali:** Oui, les gens se désignent ainsi.

**L'hon. Pierre Poilievre:** Selon vos données, il existe une relation entre l'état civil et les troubles. Avez-vous réalisé un travail longitudinal afin de confirmer ce lien de causalité?

**M. François Nault:** J'ai bien peur que la réponse soit la même. Il serait fantastique de suivre une personne pour voir si son état civil passera de mariée à divorcée, de divorcée à mariée, ou de célibataire à mariée, puis si le trouble change par la suite, d'après ce qui est rapporté. Mais encore une fois, nous ne réalisons que des enquêtes transversales.

**L'hon. Pierre Poilievre:** J'aimerais revenir au lien de causalité entre le chômage et les troubles. Je suis conscient que l'enquête transversale que nous avons sous les yeux ne confirme pas ce lien de causalité. Toutefois, Statistique Canada possède-t-il d'autres données pouvant être jumelées afin de démontrer un tel lien?

**M. François Nault:** C'est une excellente question. Statistique Canada se penche sur les données administratives autant que possible afin d'établir des liens. Par exemple, nous avons les données des hôpitaux sur les congés des patients. Si une personne s'est rendue à l'hôpital, nous savons pourquoi. Nous pourrions donc probablement surveiller ce genre de chose à l'aide des renseignements du dossier administratif.

**L'hon. Pierre Poilievre:** Vous semblez dire que des données semblables pourraient exister et qu'une telle analyse est possible. Si le président est d'accord, j'aimerais demander à Statistique Canada de nous dire plus tard s'il est capable de démontrer un lien de causalité entre le chômage et les troubles de santé mentale.

• (1215)

**M. François Nault:** Je vais essayer de trouver la réponse, mais je doute que nous puissions démontrer une telle causalité. Le travail exploratoire que nous réalisons à l'aide des données administratives est véritablement nouveau et novateur, d'une certaine façon, et il suit son cours. Or, les informations administratives sont limitées, de sorte que je ne pense pas que ce soit possible. Je doute qu'il y ait des renseignements sur l'emploi du patient dans le dossier que j'ai décrit et les données du milieu hospitalier. Pouvons-nous établir un lien avec le recensement? Pouvons-nous déduire une certaine causalité si la personne était sur le marché du travail lors du recensement de 2011? Si nous constatons que la personne est hospitalisée pour une raison de santé mentale, pouvons-nous en déduire qu'il y a un lien? Je ne pense pas que nous pourrions le faire.

Je vais tout de même faire mes devoirs et vérifier auprès des analystes de Statistique Canada.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant écouter le député Sangha. Allez-y, s'il vous plaît.

**M. Ramesh Sangha (Brampton-Centre, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Merci, tout le monde.

Ma première question s'adresse à M. Sony Perron.

Vous ou Dre Patricia Wiebe pourrez répondre à la question. Dans votre exposé, vous avez parlé de la participation culturelle des Premières Nations. Vous souhaitez renforcer la résilience de la culture. Vous avez dit que vous alliez mettre les collectivités à l'avant-plan afin de cerner les problèmes. Vous avez également fait mention du cadre avec lequel vous voulez travailler à cette fin.

Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, ou CCMMPN, a été élaboré conjointement par les Premières Nations, la Direction générale de la santé des Inuits de Santé Canada, l'Assemblée des Premières Nations, de même que par les chefs de file autochtones du domaine de la santé mentale des différentes organisations non gouvernementales des Premières

Nations. Le cadre dont vous parlez est une approche exhaustive et coordonnée en ce qui concerne les programmes axés sur la santé mentale et les toxicomanies.

Pouvez-vous nous donner plus de détails sur les principaux facteurs du cadre que vous allez introduire dans la communauté?

**M. Sony Perron:** Je vous remercie.

Je vais présenter le cadre en quelques mots, puis je demanderai peut-être à la Dre Wiebe d'expliquer ce qu'il contient. Pour commencer, après notre comparution devant le Comité, et avec l'accord du président, nous allons remettre à la greffière un document de synthèse qui présente le cadre, étant donné qu'il est fort complexe et que nous n'y rendrions pas justice si nous tentions ici d'en exposer la raison d'être en une minute ou deux. Nous avons un document, que nous pouvons remettre à la greffière à l'intention des membres du Comité.

En deuxième lieu, le cadre nous sert essentiellement à orienter nos actions. Lorsque nous lançons de nouveaux programmes et que nous collaborons avec des partenaires pour renforcer la programmation en place, nous tentons de repositionner ces efforts dans le cadre. Nous essayons de moderniser l'ancienne méthode de prestation des services et d'organiser les programmes et les services d'une manière plus poussée.

Nous avons suivi un processus d'élaboration conjoint avec des dirigeants autochtones. Nous avons collaboré avec des partenaires d'un bout à l'autre du pays à cette fin, et nous avons maintenant un guide. Le cadre s'attarde moins à ce que nous devrions faire et à la façon dont nous devrions le faire, mais il indique plutôt comment nous devons l'appliquer maintenant. C'est ce sur quoi nous nous concentrons, et nous avons un tableau qui nous permet d'aider les collectivités à se doter des outils nécessaires pour bien faire les choses conformément au cadre.

Je vais demander à Patricia de parler brièvement de ce qui se trouve dans le cadre, si vous le souhaitez.

**M. Ramesh Sangha:** Je pense qu'il serait bon de remettre au Comité le document complet sur le cadre, pour que nous puissions l'étudier. Je vous remercie.

L'ensemble du cadre sera utile au Comité. Les membres pourront examiner les questions relatives aux stratégies de réduction de la pauvreté, qui est le sujet que nous étudions maintenant.

• (1220)

**M. Sony Perron:** Même si la question touche plus particulièrement les Premières Nations, je pense qu'il est fort important d'avoir un cadre complet qui tienne compte non seulement des services eux-mêmes, mais aussi de la façon de réunir tous les éléments ayant un effet sur le bien-être des gens, des familles et des collectivités.

Lorsque nous envisageons le travail fort délicat à faire relatif à la santé mentale et au bien-être mental, je pense que nous devrions toujours essayer de comprendre ce qu'ont vécu les personnes visées par les programmes et les services. Il s'agit ici d'un exemple propre aux Premières Nations, selon moi. Nous collaborons avec des organisations inuites à l'élaboration d'un outil semblable à l'intention cette communauté, étant donné que sa culture est fort différente et que les mesures doivent être adaptées.

Il pourrait y avoir des points communs entre les deux outils, et il y en aura probablement, mais je pense que l'adaptation change la donne. Appliquer la même recette à tout le monde ne donnera pas de résultats satisfaisants.

Voulez-vous ajouter quelque chose là-dessus, Patricia?

**Dre Patricia Wiebe (médecin spécialiste en santé mentale, Division de la santé et du bien-être de la population, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, ministère de la Santé):** Merci, Sony.

Si vous avez des questions précises sur les modalités du cadre, je serai heureuse d'y répondre, mais sachez qu'il repose essentiellement sur les déterminants sociaux de la santé sous une trame culturelle. Au bout du compte, les partenaires des Premières Nations ont découvert des éléments de preuve selon lesquels l'espoir, le sentiment d'appartenance, le sens de la vie et la raison d'être illustrent en quoi la culture sous-tend tout ce que nous faisons.

**M. Ramesh Sangha:** Votre principal intérêt consiste donc à viser le cœur des cultures pour y attirer les familles, puis les faire participer au cadre complet afin de résoudre leurs problèmes?

**M. Sony Perron:** Je pense que le principe fondamental du cadre consiste à reconnaître que les gens se sentent bien et autonomes lorsqu'ils gardent espoir pour l'avenir. Cela signifie qu'ils contribuent à la société, qu'ils sont enracinés, puis qu'ils peuvent assurer la subsistance de leurs communautés et familles. Nous devons donc nous attarder à ces éléments essentiels.

Voilà qui est possible grâce à un soutien en santé mentale et à d'autres mesures qui procureront ce que nous appelons un « bien-être » à ces communautés.

**M. Ramesh Sangha:** Le premier ministre Trudeau a récemment rencontré les dirigeants autochtones du Nord pour discuter de la hausse des taux de suicide dans la région. Partout au pays, le taux de suicide chez les jeunes autochtones est cinq à sept fois supérieur à la moyenne nationale, et celui des collectivités inuites est onze fois supérieur à la moyenne nationale.

Pouvez-vous expliquer les facteurs qui contribuent au défi que représente, pour le premier ministre, la prévention nationale du suicide chez les jeunes autochtones?

**M. Sony Perron:** C'est une question fort difficile.

Je dirais que c'est attribuable à l'héritage des pensionnats indiens et de ce genre de politiques. C'est pourquoi il est très important de mettre l'accent sur la culture et sa reconstruction, et de rendre le contrôle aux Premières Nations et aux organisations inuites, pour que les communautés créent leurs propres programmes et services.

Le premier ministre a d'ailleurs rencontré les dirigeants l'été dernier pour en discuter. Depuis, un certain nombre d'événements tristes sont survenus. Bien sûr, nous avons investi davantage dans le bien-être mental à l'échelle du pays depuis juin dernier, un effort qui englobe trois éléments importants.

Premièrement, nous dépêchons une équipe d'intervention en santé mentale afin d'aider les collectivités qui traversent de telles crises. Il s'agit d'une capacité d'appoint en cas de besoin.

En deuxième lieu, des équipes de mieux-être mental mettent en place des services et un soutien continu; élaborent des stratégies de proximité; et aident les collectivités à composer avec la situation, à prévenir les crises, à remédier à la situation et à guérir les blessures avant qu'une crise n'éclate. L'objectif n'est pas seulement d'intervenir en situation de crise.

Le troisième volet est une ligne téléphonique d'urgence qui permet aux gens qui traversent une crise d'obtenir l'aide d'un conseiller dans leur langue, que ce soit l'anglais, le français, l'inuktitut ou le cri, et ce, en tout temps, 24 heures par jour.

Un certain nombre de mesures préventives ont été prises l'été dernier. Mais il y a aussi eu un certain nombre de réactions à la crise qui sévit malheureusement dans les collectivités.

**Le président:** Merci beaucoup.

Je suis désolé, mais votre temps est écoulé depuis longtemps.

Passons maintenant à M. Motz.

Vous disposez de cinq minutes.

**M. Glen Motz (Medicine Hat—Cardston—Warner, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je dois d'abord me dire ravi de participer à l'étude de cette question particulière. Les 35 années que j'ai passées dans le maintien de l'ordre m'ont permis de constater, pour moi personnellement et pour le service auquel j'appartenais, la prégnance des questions de sans-abrisme et de pauvreté dans nos opérations. En faisant aussi partie de notre conseil du logement et en travaillant pour notre banque alimentaire, j'ai pu être le témoin direct de leurs issues heureuses ou malheureuses.

Dans le temps dont je dispose, je veux d'abord questionner les représentants du ministère de la Santé, particulièrement la Dre Wiebe.

Vous avez parlé de l'affectation de 300 millions de dollars annuellement à la santé et au mieux-être des Premières Nations. Comment mesurez-vous l'effet de cet argent dans les réserves des Premières Nations. Obtenez-vous de bons résultats? S'il existe des lacunes dans la prestation du service, où se trouvent-elles? Se situent-elles dans la conception du service ou se manifestent-elles dans la communauté où le service est donné?

• (1225)

**M. Sony Perron:** Je peux commencer, en demandant à la Dre Wiebe de compléter au besoin ma réponse.

Une grande partie de ce montant va à des centres de traitement de la maladie mentale et des toxicomanies. Nous finançons des centres de traitement partout au pays, parce que ça fait partie de l'offre. Nous mesurons notre réussite grâce à des indicateurs, dont l'un d'eux est la fin de la dépendance d'au moins une substance après le traitement et après un certain temps. Nous surveillons ce paramètre. Ces centres ont une efficacité égale, parfois meilleure, à celle de centres semblables de traitement dans la population générale.

Je dirais que c'est un travail très exigeant. L'objectif n'est pas de 100 %, parce que, parfois, il faut recommencer le traitement. Nous avons des objectifs et des façons de mesurer l'efficacité de ces centres de traitement. Nous mesurons aussi la demande et la capacité de ces centres. Il faut augmenter leur capacité, en raison de la forte demande.

Les communautés sont financées pour les programmes de prévention en santé mentale. Nous ciblons les jeunes. Chaque communauté possède un plan de santé sous-jacent à ces programmes. Elle doit nous communiquer un rapport annuel et, tous les cinq ans, elle évalue le rendement des programmes. Comme le programme n'est pas mis en œuvre exactement de la même façon dans toutes les communautés, les évaluations se font communauté par communauté.

Cependant, nous surveillons des macro-indicateurs, pour déceler l'évolution de la situation au Canada. Le travail de Statistique Canada est vraiment excellent, mais, comme vous pouvez le constater à la lecture de ses statistiques, le ministère dit, par exemple, ne pas compter les Premières Nations sur les réserves. Nous finançons une enquête régionale sur la santé, par un partenariat avec les Premières Nations de partout au Canada, qui rassemblent les données tous les trois ans, je crois, pour mesurer l'évolution d'un certain nombre de facteurs de santé et de facteurs sociaux sur les réserves pour mesurer leur évolution. Nous constatons une certaine amélioration.

Mais cette amélioration ne me satisfait pas, parce que les besoins sont tellement grands. Des changements sont nécessaires, mais je crois que le cadre et la nouvelle façon d'aborder le mieux-être mental donneront finalement de meilleurs résultats, parce que nous savons que les interventions ancrées dans la culture, liées au sol, ont beaucoup de succès. Parfois, nous évaluons la réussite d'initiatives particulières pour essayer de cerner les pratiques exemplaires. Ce n'est pas parce que c'est un cadre confié à la communauté pour qu'elle fasse de la planification. Nous n'élaborons pas d'outils pour les aider à choisir le bon modèle.

Je dois dire que les communautés des Premières Nations et les communautés inuites du pays sont très créatrices et qu'elles conçoivent leurs propres solutions. Parfois, la difficulté provient de la diffusion de ces solutions et de leur extension, parce que les vraies solutions viennent des communautés et que nous essayons de les encourager au moyen de programmes très souples.

**M. Glen Motz:** Merci.

J'ai le privilège notable de servir la plus grande réserve du Canada. Je commence notamment à comprendre que, malgré leur pensée très progressiste, ses dirigeants s'occupent très mal des leurs. J'ai pris beaucoup de temps avant d'arriver à Ottawa et, depuis, dans mes conversations avec certains habitants de cette réserve, ils me racontent des choses différentes de celles que nous entendons dans le grand public.

Au risque d'en froisser certains, ils ne me disent jamais que la situation qui existe sur la réserve est liée aux pensionnats ni qu'elle est liée à leur histoire, mais qu'elle découle de la négligence actuelle de leurs semblables, dans la réserve. C'est leur façon de nier les faits.

Les jeunes à qui je parle ont perdu tout espoir. Même les adultes. Ce n'est pas à cause de leur histoire. C'est en partie à cause de l'acculturation. Je comprends. Je respecte cette opinion. Je pense que c'est vrai en partie. Mais c'est aussi à cause de la négligence de leurs semblables. C'est ce qu'ils me disent.

Je veux vous entendre sur l'avenir, et la meilleure façon d'agir, désormais, passe par la collaboration. Comment prévoyez-vous que ça ira? Comment est-ce que ça se présentera? À quoi ça ressemble, sur place, dans la réserve des Gens-du-Sang quand vous allez faire valoir certains de ces enjeux de santé mentale pour aider à réduire la pauvreté, peut-être devant un groupe d'élus qui ne fournissent pas toujours les ressources? Ils n'en manquent pas, mais ils ne les consacrent simplement pas à ceux qui en ont le plus besoin.

Comment agir en collaboration dans ces conditions?

• (1230)

**Le président:** Votre temps, en fait, est écoulé, mais je vais autoriser une courte réponse.

**M. Sony Perron:** Si vous me permettez de parler brièvement de cette réserve, je vous dirai que... je ne connais pas les détails de l'opération, bien sûr. Seulement une partie. La communauté a

proposé une stratégie très progressiste contre la crise des opiacés, qui est reliée à la santé mentale et qui a ravagé sa population. Elle a été très progressiste dans l'organisation du service et vraiment créatrice dans l'intégration des éléments fournis par la province et l'administration fédérale et dans l'organisation du service sur son territoire.

L'important, je pense, est que la solution est basée dans la communauté. Il s'agit d'élaborer des plans efficaces dans la communauté, d'essayer de miser sur tous les atouts et toutes les forces de la communauté, ce en quoi la communauté excelle vraiment. Toutes les communautés n'ont pas les mêmes capacités. Nous les aidons à réaliser leurs propres plans. Quand elles sont en panne de moyens, nous essayons d'y pourvoir et de mobiliser des ressources supplémentaires, mais c'est vraiment une action qui se fait communauté par communauté.

C'est à peu près tout ce que je peux en dire.

**Le président:** Merci.

Madame Sansoucy. Vous disposez de trois minutes.

[Français]

**Mme Brigitte Sansoucy:** Merci, monsieur le président.

J'ai commencé à travailler dans le milieu des services sociaux au début des années 1990. À cette époque, les déterminants sociaux de la santé étaient cruciaux lorsqu'il s'agissait d'identifier la meilleure façon d'intervenir pour améliorer la santé et le bien-être de la population. Cela a été mis de côté au cours des années 2000 pour des questions de restrictions budgétaires. On s'est alors davantage concentré sur les structures. C'est pourquoi le fait d'entendre ce matin des représentants du milieu de la santé et de la santé publique parler des déterminants sociaux de la santé me fait du bien.

Ma question s'adresse aux gens de Statistique Canada. Pendant les 20 dernières années, on disait qu'une personne sur cinq ferait face à un problème de santé mentale au cours de sa vie. Or à la page 6 de votre présentation, vous parlez du tiers des Canadiens.

Les données dont vous disposez vous permettent-elles d'expliquer cette augmentation? D'une personne sur cinq qui va vivre des problèmes de santé mentale au cours de sa vie, nous sommes passés à une personne sur trois.

Comment en sommes-nous arrivés à une telle augmentation?

[Traduction]

**Mme Jennifer Ali:** Je réfléchis.

**Mme Brigitte Sansoucy:** Ça va.

**Mme Jennifer Ali:** Votre première statistique se fondait sur l'Enquête sur la santé mentale dans les collectivités canadiennes de 2002, qui a permis de mesurer différents troubles. Dans cette enquête de 60 minutes, il nous a été impossible de mesurer tous les troubles.

En 2012, nous avons mesuré cet ensemble de troubles. Il comprenait plus de toxicomanies et le trouble anxieux généralisé. Le taux de prévalence de cet ensemble est passé à 33 %. La véritable prévalence observée chez les Canadiens, de leur vivant, est donc supérieure, parce que notre enquête ne permettait pas de mesurer certains troubles.



[Français]

**Mme Brigitte Sansoucy:** À la page 14, on dit que les personnes issues de l'immigration présentent deux fois moins de troubles que les personnes nées au Canada.

À partir des données dont vous disposez, pouvez-vous dégager des explications sous-jacentes à cet égard? L'écart est tout de même spectaculaire.

**M. François Nault:** On remarque que les immigrants sont en meilleure santé, et il ne s'agit pas seulement de santé mentale, mais aussi de santé physique. Je crois que cela s'explique en grande partie par le fait que ces immigrants sont sélectionnés. Ce sont des gens qui, à l'entrée, subissent un examen de santé. Ils sont donc certainement plus en santé que la moyenne des gens. Je pense qu'après 10 ou 15 ans, leurs niveaux de santé — et c'est probablement le cas pour la santé mentale également — rejoignent ceux des personnes nées au Canada. Cela dit, il est clair qu'il y a un effet touchant la sélection.

Comme l'a dit Mme Ali, il serait intéressant de séparer les immigrants des réfugiés ou des immigrants économiques. On verrait probablement des différences. Par contre, si je me souviens bien, on constate que la santé physique des réfugiés est bonne. Encore une fois, il s'agit d'un effet de la sélection de l'immigration destinée au Canada.

[Traduction]

**Le président:** Merci. Vous aurez la chance de vous reprendre, ne vous inquiétez pas.

Voilà qui conclut cette série de questions. D'après l'heure, nous disposons de six minutes pour chaque parti. Je veux nous garder un peu de temps à la fin pour une question de régie interne.

Sans plus attendre, je cède la parole à Pierre Poilievre, six minutes. Partagerez-vous votre temps?

• (1235)

**L'hon. Pierre Poilievre:** Je crois que je vais partager mon temps.

**Le président:** Parfait.

**L'hon. Pierre Poilievre:** Avec qui devrais-je partager mon temps?

**Le président:** Je crois que Dan voulait avoir du temps, mais il est parti.

**L'hon. Pierre Poilievre:** Dan est parti. Glen, aimeriez-vous ajouter quelque chose?

**M. Glen Motz:** J'aimerais poser quelques questions. Merci.

Monsieur Robillard, vous avez posé une question précise sur le programme Logement d'abord, et monsieur Murphy, vous avez répondu à la question. Je peux vous dire que dans ma collectivité, Medicine Hat, où l'approche productive que nous utilisons avec les sans-abri est reconnue à l'échelle nationale, le programme Logement d'abord fonctionne, et il fonctionne dans le cadre de sa structure actuelle. Lorsque nous serons à Medicine Hat pour étudier la situation sur le terrain, le 16 février, je vous encourage à poser cette question précise aux témoins qui seront présents. Ceux qui ont profité du programme et ceux qui gèrent ces programmes sont... Il est remarquable de constater à quel point ce type particulier de stratégie fait une différence dans la vie des personnes qui sont touchées par des problèmes de santé mentale et d'itinérance.

Selon mon expérience personnelle, un problème précède habituellement l'autre, et c'est la même chose en ce qui concerne l'emploi. Dans le cas des personnes avec lesquelles j'ai travaillé au cours de ma carrière, les problèmes de santé mentale précédaient habituelle-

ment la perte d'un emploi, l'itinérance et la pauvreté. Notre nation a beaucoup de travail à faire. Lorsque j'ai pris ma retraite de notre service de police il y a un an, la majorité des nouveaux dossiers ou des nouveaux cas concernaient des enjeux liés à la santé mentale. Le temps requis pour traiter ces enjeux augmentait plus rapidement que pour tout autre enjeu.

Nous avons immédiatement réorganisé notre service pour répondre à ces enjeux, car nous n'étions pas prêts. Nos collectivités étaient également mal préparées. Les soutiens offerts n'étaient pas adéquats. Nous aimons l'expression que vous avez utilisée, monsieur Perron, lorsque vous avez parlé d'approche collaborative. Notre organisme a dû évoluer afin de travailler en collaboration avec des professionnels du domaine de la santé mentale et avec d'autres services pour réussir, ensemble, à apporter des changements positifs dans la vie des gens et les empêcher de passer entre les mailles du filet. Les problèmes de santé mentale mènent souvent à la criminalité, mais il ne suffit pas de souffrir d'un problème de santé mentale pour être un criminel. Nous avons tenté de veiller à établir cette distinction.

Je suis désolé d'avoir pris la parole sans avoir posé de questions, mais je peux vous dire que les travaux effectués par le Comité... Je suis désolé. Je suis émotionnel, car j'ai vécu tout cela. Vous n'avez aucune idée des répercussions que les décisions que vous prendrez autour de cette table auront sur la vie des gens. Nous devons faire les choses correctement. Nous ne pouvons pas nous contenter de dépenser de l'argent. Nous devons obtenir la participation des organismes qui souhaitent faire une différence. Tout le monde se bat pour les mêmes fonds, et cela ne fonctionne pas toujours. Lorsque vous verrez... Lorsque vous serez à Medicine Hat, vous entendrez parler de la façon dont la vie des gens a changé parce qu'un programme a fonctionné; les gens se sont mobilisés et cela a fait une différence. On leur a d'abord fourni un logement et on a ensuite mis en oeuvre des mesures de soutien intégrées. Lorsque ces interventions fonctionnent, on réussit à changer des collectivités. Et lorsque les collectivités changent, on épargne de l'argent. C'est un fait. Cela permet d'épargner beaucoup d'argent. Si nous faisons les choses correctement dès le début... J'ai rêvé d'être ici. Lorsque j'étais sur le terrain à Medicine Hat, je pensais aux décideurs; je voulais que vous fassiez les choses différemment. Maintenant que je suis ici, je dois me pincer. Nous avons l'occasion de faire une différence. Mettons-nous au travail.

Merci.

**Le président:** C'est nous qui vous remercions, monsieur.

Je crois que toutes les personnes assises autour de cette table sont d'accord. Je pense que si nous avons entrepris cette étude et que nous y avons consacré tout ce temps et cette énergie, c'est pour prendre les bonnes décisions à l'avenir, comme vous l'avez si bien dit. Je crois que les enjeux politiques jouent un rôle dans de nombreux comités. Je n'ai pas vu cela se produire pendant notre étude ou au sein de notre comité. Quelle que soit leur allégeance politique, tous les membres de notre comité sont ici pour faire ce qu'il faut pour le Canada, afin d'améliorer la situation au pays. Je vous remercie de votre passion.

J'ai très hâte de faire ce voyage. Il est prévu depuis un certain temps, et j'y pense souvent. Je ne peux pas croire que nous soyons sur le point de faire ce voyage, et précisément à Medicine Hat. Nous nous sommes battus pour veiller à ce que ce voyage soit prévu au calendrier en raison des travaux qui sont effectués sur le terrain là-bas. Nous avons très hâte de voir s'il est possible d'étendre ce projet à l'extérieur de Medicine Hat et de le mettre en oeuvre à l'échelle du pays. Parfois, de petites décisions et de petits programmes réussissent à résoudre de gros problèmes. Je crois que je m'attends à apprendre beaucoup de choses au cours de notre voyage là-bas.

Merci, monsieur. C'est difficile de faire mieux.

Madame Anju Dhillon, vous avez les six prochaines minutes, ou le temps dont vous avez besoin, pour poser votre toute première question à titre de membre de notre comité.

• (1240)

**Mme Anju Dhillon (Dorval—Lachine—LaSalle, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Il est impossible de faire mieux que M. Motz. Merci, monsieur Motz, de vos paroles émouvantes et empreintes d'émotion. Vous nous avez rappelé pourquoi nous sommes ici, pourquoi nous sommes devenus députés et pourquoi nous travaillons très fort pour aider les autres. C'est parce que nous avons l'occasion de le faire. Au nom de toutes les personnes dans cette salle, je vous remercie beaucoup d'avoir suscité nos émotions.

Ma question s'adresse à Mme Romano. Vous avez mentionné que l'adoption d'une approche multidisciplinaire était nécessaire pour briser le cycle de la pauvreté et des piètres résultats en matière de santé. Pourriez-vous nous expliquer le type d'approche qui, à votre avis, serait approprié?

**Mme Anna Romano:** Certainement.

Si je me fonde sur le nombre d'experts qui ont comparu devant votre comité, je pense que vous êtes déjà en mesure de déterminer que nous devons cibler plusieurs secteurs pour régler le problème de la pauvreté et réussir à faire une différence. Comme je l'ai mentionné dans mon exposé, il ne s'agit pas seulement du revenu. Par exemple, dans le cas d'une personne âgée qui vit seule, quel que soit son revenu, si elle ne peut pas sortir de chez elle pour avoir accès à certains des soutiens sociaux qui lui sont offerts et si elle se sent isolée, cela affectera sa santé mentale.

Vous établissez un lien avec la santé mentale, et encore une fois, je crois que c'est une sage décision. Vous avez entendu les statistiques sur les liens entre la santé mentale et la pauvreté. Nous avons parlé de l'emploi. Dans mon exposé, j'ai parlé de la violence familiale. On peut établir des liens avec le système de justice et le système d'éducation.

Nos programmes nous ont permis de conclure qu'il est plus efficace d'adopter une approche... Lorsque je pense à nos programmes de santé maternelle et infantile, il ne s'agit pas seulement du programme qui vise les enfants. Lorsqu'une mère adolescente amène son enfant au centre, elle apprend des choses sur les relations, sur la résilience et sur la façon d'acquérir des compétences sociales très importantes. Ensuite, cette maman peut retourner à la maison et parler de ces choses aux membres de sa famille élargie. C'est lorsqu'on peut aborder ces enjeux dans un milieu scolaire ou communautaire, et qu'il ne s'agit pas seulement d'une intervention individuelle, qu'on peut avoir des répercussions sur l'enfant, les parents et ensuite sur l'ensemble de la collectivité, y compris le système d'éducation, etc.

**Mme Anju Dhillon:** Vous avez également mentionné que les personnes qui reçoivent de l'aide sociale contractent des maladies mentales ou qu'ils reçoivent de l'aide sociale parce qu'ils souffrent d'une maladie mentale. Pourriez-vous nous préciser le lien qui a été établi?

**Mme Anna Romano:** Je ne suis pas certaine d'avoir parlé du lien entre l'aide sociale...

Est-ce que j'en ai parlé? Je ne suis pas entièrement certaine. Avez-vous des statistiques à ce sujet?

• (1245)

**Mme Jennifer Ali:** Nous avons des statistiques, mais nous ne connaissons pas la cause ou la raison.

**Mme Anju Dhillon:** D'accord.

Je partage mon temps de parole avec M. Long, alors allez-y.

**M. Wayne Long:** Je vous remercie.

Je vais revenir aux témoins de Statistique Canada. Vous saviez que j'allais revenir à vous. La diapositive 15, qui porte sur la population auparavant sans abri, contient quelques statistiques. Il est écrit que 22 % des personnes ayant connu une situation d'itinérance ont déclaré un trouble mental.

Le groupe dont je fais partie à Saint John, au Nouveau-Brunswick, sert le déjeuner au refuge pour hommes tous les samedis matin. Je peux vous dire que, malheureusement, le pourcentage des sans-abri qui ont des problèmes mentaux, ou un trouble mental, peu importe le terme que vous employez, est de toute évidence beaucoup plus élevé que 22 %.

Je tiens à dire que je suis ravi que notre gouvernement ait décidé de rétablir le formulaire détaillé du recensement, car cela vous permettra d'obtenir davantage d'informations, dont pourra se servir le gouvernement.

Comment vous y prenez-vous pour joindre ces personnes et établir des statistiques concernant les refuges et les sans-abri? Évidemment, vous ne pouvez pas joindre les itinérants par téléphone mobile ni à leur domicile. Je le répète, je vais au refuge au moins une ou deux fois par semaine. Je les vois; ils sont dans la rue. Comment recueillez-vous des renseignements à leur sujet et comment proposez-vous de le faire?

**M. François Nault:** Il est certain qu'il est très difficile de recueillir des renseignements au sujet des itinérants. Je crois que dans notre première diapositive nous précisons que les sans-abri ne font pas partie de l'enquête sur la santé mentale.

Les statistiques qui figurent à la diapositive 15 proviennent d'une autre enquête. Je crois qu'on avait demandé s'il y avait eu à un moment donné dans la vie d'une personne une période où elle n'avait pas de domicile fixe. Il s'agit de gens qui ont vécu dans leur voiture ou dans la rue à un moment donné dans leur vie, que nous pouvons joindre. Par contre, il nous est impossible d'obtenir des statistiques sur les gens qui sont sans-abri de façon permanente.

**M. Wayne Long:** Vous devez bien en avoir discuté ou y avoir réfléchi. Avez-vous des idées quant à la façon de recueillir des données au sujet des itinérants dans les villes de sorte qu'ils figurent dans les statistiques? Y a-t-il des mécanismes que vous pourriez utiliser?

M. Murphy semble vouloir intervenir.

**Le président:** Soyez très bref, monsieur Murphy.

**M. Doug Murphy:** Oui. Il existe un système d'information sur l'itinérance qui contient des données recueillies auprès des refuges.

**M. Wayne Long:** Mais est-ce que ces données peuvent être conciliées avec les vôtres?

**M. Doug Murphy:** Non.

**M. Wayne Long:** D'accord.

**M. Doug Murphy:** Le système contient toutefois des données démographiques de base recueillies auprès de plus de 200 réfugiés au Canada, alors je ne sais pas dans quelle mesure...

**M. Wayne Long:** N'est-ce pas là un problème? Il est évident qu'il y a un manque de communication.

**M. Doug Murphy:** Je crois que nous pourrions nous pencher là-dessus.

**Le président:** Je vous remercie beaucoup.

La parole est maintenant à Mme Sansoucy pour six minutes.

[Français]

**Mme Brigitte Sansoucy:** Merci, monsieur le président.

J'aimerais moi aussi remercier notre collègue de son témoignage. Ce sera un privilège pour nous d'aller à Medicine Hat et de rencontrer des intervenants sur le terrain. Je suis tout à fait d'accord avec lui sur l'importance des décisions que nous avons à prendre et de l'impact qu'elles peuvent avoir. Je crois aussi qu'il est important d'écouter ces intervenants qui obtiennent des résultats sur le terrain.

Ma question s'adresse à M. Murphy et va dans le même sens.

Dans votre présentation initiale, vous nous avez fait part des consultations en cours et à venir. Les organismes communautaires de ma circonscription qui luttent contre l'itinérance ont eu l'occasion, au début de l'automne dernier, de rencontrer le ministre à Sainte-Julie, au Québec. Je sais bien que les rapports de ces consultations ne sont pas encore complétés, mais pouvez-vous nous dire déjà ce qui est ressorti de ces consultations auprès de ces intervenants qui travaillent sur le terrain? Après tout, ce sont eux qui côtoient jour après jour les gens les gens qui sont en situation de pauvreté et ceux qui ont des problèmes de santé mentale. Qu'est-il ressorti des consultations auprès des intervenants de ces organismes qui travaillent sur le terrain?

• (1250)

[Traduction]

**M. Doug Murphy:** Je vous remercie. Je crois que ces consultations ont eu lieu dans le cadre de la stratégie nationale du logement. Je vais devoir communiquer avec mes collègues de la Société canadienne d'hypothèques et de logement. Nous allons établir des liens avec les renseignements pertinents qui sont ressortis de ces consultations...

[Français]

**Mme Brigitte Sansoucy:** On a parlé de l'importance de la multisectorialité et de la mise en pratique d'une telle approche. Dans votre secteur, comment tenez-vous compte de cela?

On a vu que la question du logement était fondamentale lorsqu'il était question de pauvreté ou de santé mentale.

[Traduction]

**M. Doug Murphy:** Il y aura une série de consultations qui... Nous n'allons pas nous pencher encore une fois sur le logement précisément, car nous travaillons déjà avec la Société canadienne d'hypothèques et de logement pour cerner les problèmes pertinents qui ont été soulevés. Toutefois, nous allons nous entretenir avec des gens qui ont vécu la pauvreté. Nous allons discuter avec des intervenants clés dans les collectivités.

[Français]

**Mme Brigitte Sansoucy:** D'accord. Je vous remercie.

Monsieur Perron, je vais profiter du peu de temps qu'il me reste pour vous poser une question plus précise.

On a abordé un peu le sujet, mais j'aimerais que vous nous en parliez davantage. Je ne parle pas ici des discussions que la ministre a tenues avec les provinces.

De quelle façon avez-vous collaboré avec les gouvernements provinciaux — par exemple, je parlais plus tôt de la protection de la jeunesse — pour que vos actions soient complémentaires et aillent dans le même sens?

**M. Sony Perron:** Dans la plupart des régions du pays, notre approche est bilatérale ou trilatérale. Elle inclut les partenaires provinciaux, ceux des Premières Nations et les partenaires inuits. Le but est de s'assurer que les interventions sont aussi intégrées que possible. Par exemple, nous sommes en train de mettre en place des investissements supplémentaires en santé mentale dans le Nord de l'Ontario. Nous travaillons en collaboration avec le gouvernement de l'Ontario parce qu'il a lui aussi annoncé des investissements supplémentaires. Cependant, une fois que les deux gouvernements se parlent, nous travaillons avec les Premières Nations pour que les enjeux soient abordés d'une façon qui respecte leur autorité sur les services.

Nos modèles de collaboration varient un peu d'une province à l'autre. J'ai fait allusion plus tôt au rapport du coroner sur la situation de la Côte-Nord, au Québec, qui a été déposé un peu plus tôt cette année, soit en janvier. Les gens de nos bureaux régionaux travaillent avec les ministères provinciaux concernés et avec les Premières Nations. Il faut déterminer comment répondre à ces ententes et prendre des mesures.

Un des éléments de cette recommandation est l'adaptation des services. Il s'agit de faire en sorte que ce soit *culturally safe*, comme on le dirait en anglais. On parle ici de l'accessibilité aux services offerts. Des services existent, mais l'accès ou la continuité n'existe pas. Il faudrait s'assurer de faire correspondre les services offerts à la communauté à ceux fournis dans les institutions provinciales, de façon à ce que ces populations soient elles aussi bien desservies.

Dans chacune des provinces, nous disposons de mécanismes de collaboration bilatéraux et trilatéraux. C'est vraiment très important parce qu'il est impossible d'offrir un service complet si on ne travaille pas avec les provinces. Au Canada, le gouvernement fédéral finance des services supplémentaires destinés aux Premières Nations et aux Inuits, mais ce sont les autorités des provinces et des territoires qui, dans les faits, effectuent la prestation des services de santé et des services sociaux. Nous devons donc travailler très étroitement avec elles.

Je pense que nous avons fait beaucoup de progrès au cours des quatre ou cinq dernières années pour ce qui est de la transparence de nos actions. Avant d'intervenir en matière de santé auprès des Premières Nations et des Inuits, nous tenons beaucoup de discussions avec nos partenaires. C'est loin d'être parfait, mais le niveau de collaboration est élevé.

Quand il y a des incidents malheureux dans certaines provinces, la première question que je pose aux gens vise à savoir s'ils ont communiqué avec nos partenaires des Premières Nations et s'ils sont entrés en contact avec le chef et la communauté pour vérifier s'il y avait des besoins. La deuxième question consiste à vérifier si la province ou le territoire est en train de faire quelque chose et si de l'assistance supplémentaire est requise. Il faut essayer de s'aligner. Quand il y a du tumulte autour d'une crise et qu'il y a un peu de chaos, la situation est très rapidement redressée, du fait que nous disposons de mécanismes de collaboration destinés à améliorer la situation. Une absence de coordination n'est d'aucun intérêt. En fait, je peux dire que ce niveau de collaboration fonctionne vraiment très bien dans la plupart des provinces.

[Traduction]

**Le président:** Je vous remercie beaucoup.

Avant de terminer, je veux vous dire que nos travaux concernant les deux prochains sujets, le logement et les quartiers, iront bon train, car lorsque nous serons en déplacement, le nombre de séances sera doublé.

Il y a une question de logistique qu'on m'a demandé de régler, c'est-à-dire fixer une échéance pour le dépôt des mémoires. Le 21 février sera la dernière journée où nous entendrons des témoins. Bien entendu, l'échéance doit dépasser cette date pour permettre aux organismes de présenter un mémoire s'ils ne sont pas en mesure de

comparaître devant nous ici ou pendant que nous serons en déplacement. Nous voulons leur laisser considérablement de temps, et nous pourrions le faire savoir dans les endroits où nous irons, particulièrement à Kuujjuaq, car nous ne serons pas en mesure de recevoir des témoins lorsque nous serons là-bas. J'en ai discuté avec la greffière et les analystes, et je crois que nous pouvons convenir d'un délai satisfaisant. Le 3 mars est la date qui est proposée.

Est-ce que tout le monde convient que c'est un délai satisfaisant? C'est pratiquement deux semaines après la dernière réunion où nous entendrons des témoins. Nous allons indiquer cette date dans le site Web. Des gens d'un peu partout au pays ont communiqué avec la greffière pour savoir quelle serait l'échéance pour présenter un mémoire. Nous devons faire connaître ce délai bientôt. Y a-t-il des commentaires à ce sujet?

Il n'y en a pas.

Je remercie donc tous les témoins.

Je suis ravi de revoir tous les membres du Comité. Nous sommes tous en pleine forme après le congé.

Je remercie tous ceux qui ont rendu possible la réunion d'aujourd'hui: les analystes, la greffière, les interprètes et tous les techniciens. Je vous souhaite une excellente journée.

La séance est levée.

---







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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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 du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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 Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>