



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 137 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 28 février 2019

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le jeudi 28 février 2019

• (1535)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)): La séance est ouverte. Je souhaite à tous la bienvenue à la 137^e séance du Comité permanent de la santé.

Je tiens à signaler aux membres que nous avons déposé aujourd'hui notre rapport sur les maladies et les troubles rares, et je sais qu'un grand nombre de personnes ont déjà demandé une copie du rapport. Elles recherchent donc nos paroles judicieuses. Je tiens à féliciter les analystes et le greffier de nous avoir aidés à mettre au point un excellent rapport.

De plus, notre projet de voyage dans l'Ouest canadien a été approuvé aujourd'hui pendant la séance du Comité de liaison, mais il doit toujours être examiné par la Chambre. Nous devrions être en mesure d'aller de l'avant à cet égard.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à nos invités d'aujourd'hui. Il s'agit de notre toute première séance consacrée à l'étude sur la santé des membres de la communauté LGBTQ2, et nous nous réjouissons à la perspective de l'amorcer. Je tiens à ce que vous sachiez que ce sera peut-être l'étude la plus détaillée que nous ayons jamais entreprise. Nous prévoyons organiser un grand nombre de séances et entendre un grand nombre de témoins. Toutefois, ce ne sera pas notre étude la plus coûteuse. Cet honneur revient à l'étude sur l'élaboration d'un programme d'assurance-médicaments, qui a duré deux ans.

Nous souhaitons tous entendre vos témoignages et savoir où cette étude aboutira.

Aujourd'hui, nous recevons Devon MacFarlane, directeur de Santé arc-en-ciel Ontario; Mme Lori Ross, professeure agrégée, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto; Richard Matern, directeur de la recherche et des politiques, Fonds Égale Canada pour les droits de la personne; et Giselle Bloch qui représente Toronto Pflag.

Soyez les bienvenus.

Chacun de vous dispose de 10 minutes pour faire une déclaration préliminaire. Je vous avertirai si vous atteignez la limite de 10 minutes, mais tâchez de respecter cette limite si vous le pouvez, car je sais que tous les membres ont hâte de vous poser des questions.

Nous allons commencer par donner la parole à M. MacFarlane.

M. Devon MacFarlane (directeur, Santé arc-en-ciel Ontario): Merci, monsieur le président, merci, chers membres du comité permanent, de nous avoir invités à témoigner aujourd'hui.

Je m'appelle Devon MacFarlane, et je suis directeur de Santé arc-en-ciel Ontario, un programme offert par le centre de santé communautaire Sherbourne Health. Santé arc-en-ciel Ontario donne

au système de soins de santé des occasions de mieux servir les communautés LGBTQ2SQ et leurs membres. Nous faisons cela en soutenant la pratique clinique et les changements organisationnels, en exerçant des activités d'élaboration de politiques publiques et en stimulant la recherche et l'application des connaissances. Santé arc-en-ciel Ontario est un programme unique en son genre au Canada.

Nous, les employés de Sherbourne Health, sommes très emballés que vous ayez entrepris cette étude sur la santé des membres de la communauté LGBTQ2SQ au Canada et, personnellement, je suis très heureux d'assister à votre réunion d'ouverture.

Aujourd'hui, je vais vous donner une vue d'ensemble de la santé des membres de la communauté LGBTQ2SQ et préparer le terrain pour mes collègues. Je vais aborder brièvement la taille et la diversité de nos communautés LGBTQ2SQ, les disparités en matière de santé auxquelles elles font face, les causes de ces disparités et les facteurs qui y contribuent, les conséquences de ces disparités sur les personnes et sur la société, et les mesures qui pourraient contribuer à apporter des changements positifs. Nous présenterons un mémoire fondé sur des données probantes qui étoffe mes observations. Par souci de concision, je vais employer l'acronyme LGBTQ.

Permettez-moi de commencer par décrire la situation dans son ensemble. L'image qui nous passe souvent par la tête lorsque nous pensons aux communautés LGBTQ est celle de jeunes homosexuels blancs en forme qui participent à des activités célébrant la fierté. Cependant, nos communautés sont très diversifiées. Leurs membres habitent dans de grands centres urbains, de petites villes, à l'intérieur ou à l'extérieur de réserves et dans le nord de la province. Nos communautés englobent des personnes de tout âge, y compris des jeunes enfants et des personnes âgées de 90 ans et plus. Nous sommes issus de toutes les cultures, ethnicités, races et confessions. Nos communautés comptent des francophones, des personnes qui parlent un vaste éventail de langues maternelles et des nouveaux arrivants, y compris des réfugiés. Nos communautés comprennent aussi des itinérants, des pauvres et des personnes à revenu moyen ou élevé.

Santé arc-en-ciel Ontario utilise une estimation selon laquelle environ 7,3 % des Ontariens s'identifient comme lesbiennes, gais ou bisexuels, et environ 0,6 % d'entre eux s'identifient comme transsexuels. À l'échelle nationale, cela correspond à environ 2,9 millions de Canadiens. Et il y a encore d'autres gens qui ont des comportements homosexuels, mais qui ne s'identifient peut-être pas comme tels.

Les meilleures données de santé disponibles montrent clairement les disparités qui touchent les membres de la communauté LGBT et qui, dans certains cas, ne sont pas évidentes. Nous observons dans cette communauté des taux plus élevés de cancer et de consommation problématique de substances et, chez les lesbiennes et les femmes bisexuelles, des taux plus élevés de maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires, l'asthme et l'arthrite. Certains problèmes de santé chroniques semblent aussi apparaître plus tôt. Comme on pouvait s'y attendre compte tenu de la prévalence accrue, on observe aussi des signes précurseurs, comme des taux plus élevés de comportements à risques liés au cancer. Nous remarquons aussi des taux plus élevés de problèmes dentaires et de grossesses chez les jeunes membres de la communauté LGBT. Puis il y a bien sûr les ITS, le VIH, les problèmes de santé mentale et le suicide, c'est-à-dire ce que la plupart des gens ont tendance à imaginer lorsqu'il est question de la santé de nos communautés.

Bref, dans tous les domaines de la santé et des soins de santé, y compris les soins palliatifs, l'assurance-médicaments et la crise des opioïdes, les membres de nos communautés éprouvent probablement des difficultés. Cependant, aucun aspect inhérent à nos identités ne cause ces disparités. Avant d'envisager des interventions stratégiques possibles, nous devons d'abord étudier les facteurs qui contribuent à ces disparités.

Les membres de la communauté LGBT font face au rejet familial et sociétal, à des taux plus élevés de sévices physiques et sexuels pendant l'enfance, à la violence, à la stigmatisation, aux préjugés et à la discrimination. Bon nombre de membres de nos communautés subissent d'autres formes de discrimination, comme le racisme, ce qui amplifie leur stress. Si vous avez ouvertement fait l'objet de discrimination de la part de votre famille et d'autres personnes, si vous avez été attaqué en raison de votre identité et si vous avez été victime de discrimination au travail, il n'est pas étonnant que vous puissiez souffrir de dépression, d'anxiété, de trouble de stress post-traumatique et de tendances suicidaires. Bon nombre de ces personnes s'en sortent en consommant des substances, y compris le tabac, à titre d'automédication.

Bien entendu, il y a aussi de nombreux exemples de résilience mais, dans le cas présent, nous devons examiner les disparités. Par exemple, le risque que les jeunes transsexuels canadiens qui n'ont pas le soutien de leur famille et qui vivent d'autres formes de discrimination tentent de se suicider pendant une période de 12 mois s'élève à 72 %, comparativement à 7 % chez les jeunes qui bénéficient d'un soutien familial solide et ne vivent aucune autre forme de discrimination. Au cours de leur vie, 45 % des personnes transgenres, soit près de la moitié, ont tenté de se suicider au moins une fois.

● (1540)

Les expériences vécues relativement à l'accès à des soins de santé et des services sociaux, ainsi que les obstacles à surmonter pour obtenir des soins compétents d'un point de vue clinique et culturel, contribuent aux disparités en matière de santé. La population de travailleurs de la santé du Canada est vaste, mais la plupart des fournisseurs de soins de santé n'ont reçu aucune formation sur la communauté LGBT au cours de leurs études. Même s'ils sont bien intentionnés, la plupart des fournisseurs de soins de santé ne savent pas quoi faire ou ne pas faire d'un point de vue clinique. Par conséquent, de nombreuses personnes ne parlent pas de leur identité sexuelle à leurs fournisseurs de soins de santé, ou évitent complètement de se faire soigner en raison de leurs expériences antérieures ou de leur crainte d'être victimes de discrimination.

Il a été constaté, en particulier, que bon nombre des besoins sanitaires des lesbiennes et des personnes bisexuelles ou transgenres n'étaient pas satisfaits. Par ailleurs, les personnes transgenres ont des préoccupations particulières attribuables en partie aux listes d'attente, au fait que toutes les interventions requises ne sont pas financées, et au nombre extrêmement limité de fournisseurs de soins de santé et d'organismes qui ont les connaissances et les compétences nécessaires et le désir de les servir.

Il y a aussi une augmentation exponentielle du nombre de personnes transgenres qui cherchent à obtenir des soins de santé. Dans le cas des enfants transgenres pubères, il est particulièrement urgent qu'ils aient accès à des médicaments bloquant la puberté, mais les cliniques qui les servent ont du mal à répondre à la demande et, souvent, elles ne peuvent pas les recevoir avant de nombreux mois, pendant lesquels des changements surviennent dans le corps de ces jeunes gens.

Les membres âgés de la communauté LGBT ont des besoins particuliers et font face à des problèmes particuliers, y compris ceux liés aux soins de fin de vie. Ces personnes sont plus susceptibles de vieillir seules et moins susceptibles d'avoir une famille ou des amis qui peuvent leur prodiguer les soins dont elles pourraient avoir besoin. De plus, elles peuvent avoir du mal à nommer un mandataire. Leur méfiance à l'égard du système de soins de santé est profonde. Les membres âgés de la communauté LGBT ont grandi à une époque où le fait d'être gai constituait une infraction criminelle, en plus d'être considéré comme une maladie mentale. Certains d'entre eux ont été institutionnalisés et ont subi une sismothérapie.

Même si un grand nombre de personnes âgées plus jeunes ont vécu hors du placard toute leur vie, elles craignent de devoir dissimuler leur identité pour recevoir des soins. Une étude a révélé qu'un tiers des prestataires de soins à domicile qui appartiennent à la communauté LGBT craignent que leurs fournisseurs de soins de santé refusent de les toucher s'ils sont au courant de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre.

Les disparités en matière de santé et l'incidence de la discrimination génèrent de mauvais résultats tant pour la personne que pour la société canadienne. Ces résultats sont liés, entre autres, à l'espérance de vie, aux années de vie corrigées de l'incapacité, ou AVCI, aux pertes en matière d'apport économique et aux coûts évitables liés aux soins de santé.

Par exemple, une étude menée aux États-Unis a révélé une différence de 12 années dans l'espérance de vie des membres de la communauté LGB qui vivent dans des régions accueillantes et en faveur de la communauté, comparativement à l'espérance de vie de ceux qui vivent dans des régions hostiles du pays. Ces coûts humains et économiques sont énormes. Lorsque nous examinons les années de vie corrigées de l'incapacité des membres de la communauté LGBT ontarienne, on constate que 1 000 années supplémentaires sont perdues chaque année simplement en raison des problèmes de santé mentale et de trois formes de cancer particulières. En Ontario seulement, cela se traduit par une diminution annuelle du PIB qui oscille entre 11 et 33 millions de dollars.

Bien que les disparités en matière de santé et les obstacles à surmonter pour se prévaloir de soins de santé compétents soient importants, des mesures peuvent être prises pour donner lieu à des changements positifs au chapitre des soins de santé et des déterminants de la santé. En ce qui concerne les déterminants de la santé, les mesures pourraient comprendre — et nous recommandons qu'elles comprennent — une aide accrue aux familles afin de les aider à mieux appuyer les membres de la communauté LGBT qui leur sont chers, des mesures pour lutter contre les crimes haineux, la violence et la discrimination qui visent les populations LGBT, et des mesures pour régler les difficultés que les membres de la communauté LGBT rencontrent au chapitre du logement, de l'itinérance et de la réduction de la pauvreté.

En particulier dans le domaine de la santé, des mesures pourraient être prises dans le cadre de tout programme, service ou initiative de santé dirigé par le gouvernement fédéral afin de garantir que les enjeux liés à la communauté LGBT sont cernés, de prendre des dispositions à l'égard de la santé de la communauté LGBT lorsque des fonds sont transférés ou des ententes, négociées, d'encourager les provinces et les territoires à s'occuper de façon constructive de la santé de la communauté LGBT, d'obtenir des engagements et de mobiliser les établissements de soins de santé en vue de remédier aux disparités en matière de soins de santé et aux obstacles aux soins de santé que rencontre la communauté LGBT, et de faire en sorte qu'elle ait un accès équitable à des soins de santé qui sont compétents sur le plan clinique et culturel. Des mesures pourraient également être prises pour développer les compétences des fournisseurs de soins de santé, en tenant compte du fait que nous possédons une très importante population de travailleurs de la santé qui, pour la plupart, pourraient être plus efficaces. Enfin, il faudrait financer des initiatives de prévention des maladies chroniques propres à la communauté LGBT, notamment une évaluation solide et une application des connaissances, et il faudrait veiller à ce que les personnes transgenres des quatre coins du pays puissent avoir accès en temps opportun aux soins dont ils ont besoin pour procéder à leur transition.

• (1545)

En ce qui concerne la recherche et la surveillance, nous recommandons que vous vous appuyiez sur le nouveau service à Statistique Canada et sur le travail lié aux mesures d'équité de l'Institut canadien d'information sur la santé; que vous vous assuriez de recueillir et de rapporter des données robustes, y compris des données administratives sur les soins de santé; que vous surveilliez les progrès réalisés en ce qui concerne la santé de la communauté LGBT et ses résultats, y compris les années de vie corrigées de l'incapacité et les coûts économiques qui s'y rattachent; que vous accroissiez considérablement le financement de la recherche sur la santé de la communauté LGBT, en mettant l'accent sur la santé de la population, sur l'amélioration des soins cliniques et des systèmes de santé, ainsi que sur l'incidence des interventions. Dans ce contexte, la recherche doit être principalement axée sur les lesbiennes, sur les personnes bisexuelles, transgenres et bispirituelles, et, en particulier, sur les segments de notre population composés de personnes d'une autre race, de nouveaux arrivants, de francophones, de personnes vivant hors des principaux centres urbains ou de personnes vivant dans la pauvreté.

Pour conclure, je tiens à vous dire que nous, les employés de Sherbourne Health, sommes heureux que vous entrepreniez cette étude. C'est formidable. Cette étude et toutes les mesures prises pourraient avoir des répercussions de grande portée. La rectification des disparités en matière de santé qui touchent les membres de la

communauté LGBT est la prochaine étape importante à franchir dans notre travail pour construire une société égale et juste à laquelle tous peuvent sainement participer et contribuer.

En s'appuyant sur ses réussites dans le domaine des droits de la personne, le Canada pourrait devenir un chef de file dans le domaine de la santé de la communauté LGBT.

Je vous remercie de votre attention et de votre travail à cet égard.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à Mme Ross.

Mme Lori E. Ross (professeure agrégée, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto): Monsieur le président, chers membres du comité permanent, je suis ravie d'avoir l'occasion de m'adresser à vous à cette première séance consacrée à votre étude historique sur la santé des membres de la communauté LGBTQ2.

Je m'appelle Lori Ross, et je suis professeure agrégée à la Dalla Lana School of Public Health de la University of Toronto. Je mène des recherches sur la santé des personnes LGBTQ2 au Canada depuis 15 ans, et pendant le temps qui m'est imparti, j'aimerais attirer votre attention sur deux questions fondamentales à examiner dans le cadre de cette étude.

Premièrement, il y a une grande diversité, et du même coup, des sous-groupes de la communauté LGBTQ2 ont des vulnérabilités auxquelles nous devons remédier pour améliorer significativement la santé des membres de la communauté. Deuxièmement, des améliorations doivent être apportées à nos mécanismes actuels de collecte de données pour définir avec exactitude et, au bout du compte, surveiller les améliorations apportées à la santé des personnes LGBTQ2 au Canada.

En exposant mon premier argument, je vais surtout attirer votre attention sur ce que nous savons sur la santé mentale des membres de la communauté, étant donné que c'est un domaine où nous voyons des disparités particulièrement marquées. Veuillez toutefois noter que les vulnérabilités au sein de la communauté que je décris se rapportent à de nombreux problèmes de santé sur lesquels Devon a attiré votre attention dans son exposé.

La première occasion que nous avons eu de nous pencher sur la santé mentale des personnes LGBTQ2 au Canada au moyen de données sur la population remonte à 2003 lorsqu'une question sur l'identité sexuelle a été ajoutée pour la première fois à l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, l'ESCC. L'analyse de ces premières données a révélé que ceux qui s'identifient comme lesbiennes, gais ou bisexuels étaient beaucoup plus susceptibles que les hétérosexuels de signaler un trouble de l'humeur ou un trouble d'anxiété ainsi que des pensées suicidaires qui durent toute leur vie.

Des analyses subséquentes de cycles plus récents de l'ESCC continuent de reproduire ces résultats, sans diminution substantielle de l'ampleur des disparités, qui sont frappantes. Dans les données de 2003, les lesbiennes et les gais étaient environ de trois fois et demie à quatre fois plus susceptibles que les hétérosexuels d'avoir des pensées suicidaires tout au long de leur vie.

J'en viens maintenant au premier sous-groupe LGBTQ2 sur lequel je veux attirer votre attention: les bisexuels. De nombreuses personnes sont surprises d'apprendre que les bisexuels forment la plus grande minorité sexuelle, qu'ils sont plus nombreux que les gais et les lesbiennes. Les gens sont aussi parfois surpris d'apprendre que c'est le groupe, en fonction de l'orientation sexuelle, dont les membres sont les moins en santé. Cela signifie que, dans un vaste éventail d'indicateurs de santé, les bisexuels s'en sortent moins bien que les hétérosexuels, mais aussi que les lesbiennes et les gais. La recherche laisse croire que ces mauvais résultats sont probablement attribuables aux formes précises de discrimination auxquelles ils font face ainsi qu'à l'invisibilité omniprésente de la bisexualité, qui entraîne un manque de soutien social. Le travail de mon équipe indique que les jeunes bisexuels pourraient être particulièrement vulnérables aux troubles de santé mentale. En effet, un récent sondage auprès de 400 bisexuels en Ontario a révélé que près de 30 % des jeunes bisexuels ont eu des pensées suicidaires au cours de la dernière année.

Vous avez peut-être remarqué que je n'ai jusqu'à maintenant parlé que de l'orientation sexuelle. C'est parce que jusqu'à tout récemment — au point où, en fait, les données ne sont toujours pas disponibles —, nous n'avions pas accès à des données représentatives de la population concernant la santé des transgenres au Canada compte tenu de l'absence de question sur l'identité de genre dans nos sondages menés auprès de la population.

Pour comprendre la santé des transgenres au Canada, nous devons plutôt nous tourner vers la recherche communautaire rigoureuse faite à ce sujet, notamment l'étude Trans PULSE, qui a été menée en Ontario entre 2009 et 2010, et dont une version nationale est actuellement préparée et devrait être lancée au cours des prochains mois. Selon les données du projet Trans PULSE, on estime à plus de 60 % la prévalence de la dépression chez les transgenres. Trente-six pour cent des transgenres ont affirmé avoir eu des pensées suicidaires au cours de la dernière année, et 10 % ont dit avoir fait une tentative de suicide. Conformément à ce que Devon vous a dit sur l'incidence de la discrimination, ces personnes, qui signalent de hauts niveaux de transphobie et de faibles niveaux de soutien social, étaient plus à risque. Un récent sondage mené auprès de plus de 900 jeunes transgenres canadiens abonde dans le même sens, alors que 65 % des répondants affirment avoir eu des tendances suicidaires l'année dernière.

La bonne nouvelle est que nous avons des occasions de changer ces chiffres. L'analyse des données du projet Trans PULSE laisse croire qu'en augmentant le soutien parental et en réduisant la transphobie sociétale, il serait possible de diminuer considérablement les taux de pensées suicidaires et de tentatives de suicide. Il est donc essentiel de porter attention non seulement à l'état de santé des transgenres et à ce qu'ils vivent dans le système de santé, ce qui est grandement nécessaire, mais aussi aux conditions sociales à l'origine de ces bilans de santé.

J'aimerais maintenant attirer votre attention sur la santé mentale des personnes bispirituelles et d'autres membres autochtones de la communauté LGBTQ2 au Canada. Malheureusement, c'est un autre domaine dans lequel les données manquent, encore une fois à cause de lacunes concernant l'orientation sexuelle et l'identité de genre dans les sondages sur la santé des Autochtones. Là aussi, ce que nous savons provient largement de la recherche communautaire menée en partenariat avec des personnes bispirituelles pour évaluer leurs problèmes et leur bilan de santé. Cette recherche révèle des taux élevés de dépression, d'anxiété, de toxicomanie et de tendances suicidaires. La recherche qualitative a fait ressortir les répercussions

historiques et encore visibles de la colonisation sur la santé des personnes bispirituelles, en soulignant le rôle extrêmement important des traumatismes intergénérationnels ainsi que de la perte de la langue et de la culture. Comme pour les autres Autochtones, les interventions pour redresser ces torts doivent être à l'avant-plan afin d'améliorer significativement la santé des personnes bispirituelles au Canada.

• (1550)

De la même façon, nous en savons encore très peu sur la santé des personnes LGBTQ2 qui font partie d'autres groupes racialisés au Canada, étant donné que la taille des échantillons des sondages auprès de la population est trop petite pour réaliser ce genre d'analyses intersectionnelles. Il manque également des données sur la santé des personnes LGBTQ2 francophones et des membres de la communauté issus de minorités linguistiques, mais dans l'optique du stress lié à la situation minoritaire, nous nous attendons à ce que la discrimination et les obstacles connexes pour avoir accès à des soins de santé donnent encore peut-être lieu à d'importantes disparités pour ces groupes.

Enfin, avant de discuter brièvement des lacunes dans les données et des possibilités, j'aimerais souligner l'importance de tenir compte de l'incidence des problèmes socioéconomiques sur la santé des personnes LGBTQ2. Les données canadiennes disponibles indiquent d'importantes disparités des revenus en fonction de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, et que ces disparités contribuent aux problèmes de santé que nous observons dans nos communautés.

Par exemple, dans le cadre de la recherche que nous avons menée auprès de personnes bisexuelles en Ontario, nous avons constaté que plus de 25 % des personnes dans notre échantillon vivaient sous le seuil de pauvreté, et elles présentaient des taux de dépression et de trouble du stress post-traumatique beaucoup plus élevés que celles vivant au-dessus du seuil de pauvreté. Compte tenu des taux élevés d'itinérance et des preuves de discrimination associée à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre sur le marché de l'emploi au Canada, les mesures politiques prises pour s'attaquer à ces problèmes et à d'autres déterminants sociaux de la santé des personnes LGBTQ2 constitueront un important mécanisme pour remédier aux disparités en matière de santé dont nous parlons aujourd'hui.

J'aimerais terminer en parlant brièvement des limites et des possibilités des données sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre au Canada.

Depuis de nombreuses années, le manque de bonnes données nécessaires pour bien définir les disparités en matière de santé au sein de la communauté LGBTQ2 donne du fil à retordre aux chercheurs et aux intervenants communautaires. Même si la question sur l'identité sexuelle dans l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes est essentielle, le manque de données sur l'identité de genre ainsi que sur d'autres dimensions importantes de l'orientation sexuelle, comme les comportements et l'attraction sexuels, a grandement compromis notre travail. Le fait que la question sur l'identité sexuelle n'a été posée qu'aux répondants âgés de 18 à 59 ans a aussi limité nos connaissances sur les jeunes et les adultes plus âgés, deux groupes particulièrement vulnérables.

En raison de ces lacunes, il est grandement nécessaire pour nous de recourir aux ensembles de données sur la population américaine ou de demander des fonds pour mettre sur pied des projets de recherche communautaire afin de combler les lacunes dans les données nécessaires.

Le nouveau Centre pour les statistiques sur les sexes, la diversité et l'inclusion de Statistique Canada donne au Canada l'occasion de devenir un chef de file mondial dans ce domaine grâce à l'amélioration et à l'ajout de questions dans les sondages de Statistique Canada; à l'ajout de questions pertinentes dans les sondages où on ne tient pas compte de cette communauté, comme l'Enquête canadienne sur le revenu; à un soutien offert à d'autres ordres de gouvernement pour recueillir de bonnes données sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre; et à l'élaboration d'idées novatrices afin que les ensembles de données obtenues permettent de faire une solide analyse de sous-groupes importants au sein de la communauté LGBTQ2.

Cette étude en cours sur la santé des membres de la communauté LGBTQ2 offre peut-être une occasion propice à la mise en commun de l'expertise du nouveau centre et de la grande expertise universitaire et communautaire dans le domaine pour optimiser nos possibilités d'exceller dans ce domaine.

Par ailleurs, il est important de promouvoir des mécanismes de financement pour soutenir la recherche communautaire sur la santé des personnes LGBTQ2, ce qui continuera inévitablement d'être essentiel pour cerner les nouveaux sujets de préoccupation. Depuis toujours, une grande partie de la recherche menée dans le domaine est financée à l'aide de mécanismes liés au VIH. Même si le VIH est sans aucun doute un problème de santé préoccupant au sein de la communauté LGBTQ2, comme vous l'entendez aujourd'hui, nos besoins en matière de santé vont bien au-delà, et l'accent mis sur le VIH s'est révélé être restreignant.

De plus, à l'heure actuelle, il n'y a pas d'institut distinct pour la recherche sur la santé des personnes LGBTQ2 au sein des Instituts de recherche en santé du Canada. Autrement dit, aucun institut n'énonce explicitement la santé des personnes LGBTQ2 dans son mandat. Même si l'Institut de la santé des femmes et des hommes mentionne dans son mandat la santé des personnes de diverses identités de genre et qu'il finance d'importants travaux de recherche sur la santé des personnes LGBTQ2, comme il n'est pas fait mention de l'orientation sexuelle, nous devons nous tourner vers des comités d'examen de soutien pour pouvoir affirmer que ce genre de travail est du ressort de l'Institut. La reconnaissance de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre dans le mandat de l'Institut de la santé des femmes et des hommes ou dans un éventail d'instituts pertinents, de pair avec des annonces de financement prioritaire pour remédier à des lacunes précises dans les connaissances, permettrait d'établir une solide base de données qui servirait de fondement à des politiques et à des pratiques visant à remédier aux disparités en matière de santé pour les Canadiens LGBTQ2.

• (1555)

En résumé, malgré les grands progrès réalisés dans le domaine des droits de la personne et les améliorations connexes des conditions sociales de nombreux Canadiens LGBTQ2, d'importantes disparités persistent sur le plan de la santé. Cependant, cette première étude fédérale sur la santé des membres de la communauté LGBTQ2 et le nouveau Centre pour les statistiques sur les sexes, la diversité et l'inclusion de Statistiques Canada font en sorte qu'il s'agit d'un moment historique pour comprendre et, au bout du compte, remédier aux problèmes de santé des Canadiens LGBTQ2. Je vous suis très reconnaissant de l'occasion qui m'est donnée de participer à la discussion.

Merci.

Le président: Merci de votre contribution.

Nous allons maintenant passer à M. Matern, de Fonds Égale Canada.

M. Richard Matern (directeur de la recherche et des politiques, Fonds Égale Canada pour les droits de la personne): Monsieur le président, chers membres du comité permanent, à Fonds Égale, nous sommes heureux que vous ayez entrepris cette étude sur la santé des personnes LGBTQ2 au Canada. Merci de nous avoir donné l'occasion de comparaître à votre première séance.

Je m'appelle Richard Matern. Je suis directeur de la recherche et des politiques à Fonds Égale. En tant qu'unique organisation LGBTQ2 au Canada, Fonds Égale s'efforce d'améliorer la vie de nos communautés au Canada en étayant les politiques publiques, en inspirant un changement culturel et en faisant la promotion des droits de la personne et de l'inclusion.

Comme l'a dit Lori, et malgré les nombreux progrès juridiques que nous avons réalisés, il reste encore d'importantes disparités en matière d'égalité, surtout dans le secteur de la santé. La communauté LGBTQ2 au Canada fait face non seulement à des obstacles et à des préjugés au sein du système de santé proprement dit, mais aussi à des difficultés importantes liées à des déterminants sociaux ayant une énorme incidence sur la santé, comme le revenu et la sécurité alimentaire, l'emploi et les conditions de travail, ainsi que les liens avec les réseaux sociaux et la communauté. C'est d'autant plus vrai pour les membres de notre communauté qui sont racialisés, handicapés ou marginalisés pour une multitude d'autres raisons identitaires.

Au sein du système de santé, comme l'a dit Devon, les gens se heurtent régulièrement à des obstacles dans l'accès à des soins adéquats, qui découlent du manque de formation des professionnels de la santé en ce qui a trait au savoir-faire culturel et à des facteurs liés à la santé de certaines populations. Cela comprend également une couverture limitée et incohérente des besoins thérapeutiques et médicaux nécessaires dans le cadre du processus de transition sexuelle.

De plus, j'ajouterais que les personnes intersexuées continuent de subir des chirurgies non consensuelles, une stigmatisation et une non-divulgence d'information, même si ces pratiques sont contraires au droit international en matière de droits de la personne. On estime que de 30 à 80 % des enfants intersexués subissent plus d'une chirurgie, et certains en ont jusqu'à cinq. L'article 268 du Code criminel continue d'autoriser des chirurgies non consensuelles pratiquées par des médecins pour changer le corps de nourrissons et d'enfants qu'ils considèrent comme étant ambigus.

Au-delà du système de santé, les déterminants sociaux de la santé interviennent de manières complexes et cumulatives qui nuisent aux membres de la communauté LGBTQ2. Les perpétuels incidents homophobes, biphobes et transphobes à l'école, en milieu de travail et ailleurs contribuent à un isolement et à un stress chronique qui peuvent avoir une incidence directe sur la réussite scolaire, l'avancement professionnel et le niveau de revenu. Ce stress supplémentaire peut nuire à la santé mentale et accroître le risque de dépression, d'anxiété, de toxicomanie et de tendances suicidaires.

Mes collègues vous ont donné beaucoup de chiffres sur la santé mentale et les tendances suicidaires dans notre communauté. Je vais ajouter ce que nous avons constaté au centre jeunesse de Fonds Égale Canada pour les droits de la personne, un centre d'accueil que nous avons ouvert à Toronto pour les jeunes LGBTQI2 itinérants et mal logés, où nous voyons de nos propres yeux les répercussions de certaines de ces grandes forces systémiques sur les jeunes de notre communauté. Par exemple, depuis que nous avons ouvert le centre en 2016, nous avons accueilli des milliers de personnes chaque année. La moyenne est de plus de 100 visites différentes de clients par mois. La proportion de nouveaux venus a augmenté de 127 %, et la proportion d'interventions thérapeutiques, de 417 %. L'année dernière, plus de la moitié des jeunes qui sont venus au centre étaient des gais et lesbiennes, tandis que les transgenres et les personnes non binaires représentaient le tiers des clients.

Les trois principaux problèmes des jeunes étaient des problèmes de santé mentale, d'emploi et de relations familiales. Un nombre important de jeunes ont également fait part d'un certain risque de suicide. Parmi les autres préoccupations figuraient les problèmes de logement, d'isolement social et de toxicomanie, qui, bien que moins répandus que les problèmes précédents, se manifestent souvent en tant que difficultés connexes qui s'ensuivent et dont le personnel doit s'occuper d'un mois à l'autre.

Une grande partie des jeunes sont sans abri ou mal logés. Ils ne se sentent pas en sécurité dans le réseau de refuges. Beaucoup ont de la difficulté à répondre à leurs besoins de base. Par exemple, le programme alimentaire du centre, auquel participent et se fient de 15 à 30 personnes par jour pour manger, s'est révélé être un service essentiel pour réduire une insécurité alimentaire attribuable à la pauvreté et aux faibles revenus des participants.

Les aînés de notre communauté sont également touchés. Ce que nous disent ceux avec qui nous travaillons, c'est qu'ils sont nombreux à être isolés. Ils n'ont pas le soutien familial et social de leurs homologues hétérosexuels ou cisgenres, et dans bien des cas, ils ne reçoivent également pas de prestations d'un régime de pension d'employeur après avoir passé leur vie à souffrir de préjugés et de discrimination sur le marché du travail.

Les données canadiennes sur les besoins précis des aînés LGBTQI2 sont limitées, comme l'a mentionné Lori, mais les données américaines confirment les témoignages que nous entendons à notre conseil consultatif national sur les aînés. En effet, selon un sondage, 42 % des personnes âgées LGBT disent avoir très ou extrêmement peur d'épuiser leurs économies de retraite de leur vivant, alors que ce chiffre est de 25 % chez les personnes âgées qui ne font pas partie de ce groupe. Les données américaines montrent également que les personnes handicapées sont surreprésentées parmi les personnes âgées de la communauté LGBT, alors que près de la moitié d'un grand échantillon de personnes âgées de la communauté aux États-Unis a déclaré avoir un handicap.

• (1600)

Comme Devon l'a mentionné, les aînés LGBTQI2 ont également peur de se rendre dans des résidences avec services d'assistance personnelle et des établissements de soins de longue durée. Ils ont souvent l'impression de devoir cacher leur identité et leurs partenaires pour éviter les mauvais traitements et la discrimination.

Grâce à une consultation nationale menée par Fonds Égale Canada et son conseil consultatif national des aînés, on sait que le principal problème ayant la plus grande incidence perçue sur les aînés dans notre communauté était la crainte de devoir retourner dans le placard dans les établissements de soins pour bénéficiaires internes. Surtout

lorsqu'ils sont atteints de démence ou de la maladie d'Alzheimer, de nombreux aînés dans notre communauté se demandent si leur identité sera respectée alors que leur capacité à donner leur consentement et à être autonomes est remise en question.

Comme vous l'avez entendu, l'étude offre au gouvernement fédéral une occasion décisive de s'attaquer aux problèmes de santé qui subsistent pour les personnes LGBTQI2 pour veiller à ce que des mesures adéquates et appropriées soient prises afin d'établir de nouvelles priorités, de revoir la priorité accordée aux principaux besoins, de reconnaître les lacunes dans les services et d'offrir des solutions en vue d'améliorer la vie des membres de notre communauté.

Pour répondre à nos préoccupations à ce sujet, nous recommandons ce qui suit.

Premièrement, il faut mener de vastes consultations auprès des personnes intersexuées vivant au Canada en tant que premier pas vers la réforme du paragraphe 268(3) du Code criminel du Canada, qui continue d'autoriser les chirurgies non consensuelles faites par des médecins.

Deuxièmement, il faut veiller à ce que le projet de loi C-81, la loi canadienne sur l'accessibilité, prévoit des mesures pour s'attaquer aux obstacles qui ont une incidence disproportionnée sur les personnes handicapées LGBTQI2, y compris en garantissant des places sûres dans les établissements de soins. Il faut notamment que les collèges de soins de santé aient des cadres en place pour protéger les bénéficiaires de notre communauté et qu'ils offrent une formation obligatoire sur les problèmes des personnes LGBTQI2.

Il faut aussi prévoir des mesures de soutien des personnes LGBTQI2 qui sont atteintes d'une maladie mentale ou qui sont dans le système de justice pénale, en élaborant notamment une stratégie nationale de réduction des méfaits qui prévoit des fonds pour répondre aux besoins des personnes LGBTQI2 en matière de santé mentale et de toxicomanie.

Il faut veiller à ce que la politique alimentaire nationale comporte un plan pour assurer la sécurité alimentaire des personnes LGBTQI2, y compris celles qui vivent dans la pauvreté dans des collectivités autochtones et des collectivités isolées du Nord.

Il est également nécessaire d'inclure dans le nouvel accord sur la santé des mesures pour évaluer et intégrer les besoins en matière de santé de la communauté LGBTQI2, en prévoyant notamment un financement des services qui répondent aux besoins de membres de la communauté partout au pays.

Nous ajouterions aussi qu'il faut mettre fin aux pratiques discriminatoires en ce qui a trait aux dons de sang d'hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, de personnes transgenres.

De plus, il faut élaborer une stratégie nationale de soins de santé liés à l'affirmation du genre afin d'offrir aux communautés transsexuelles et de diverses identités de genre des soins de santé complets qui sont physiquement et économiquement accessibles et de répondre ainsi à leurs vastes besoins en matière de soins de santé.

Conformément aux Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle, il faut adopter un programme uniforme d'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive dans l'ensemble des provinces et des territoires. Ce programme doit être exhaustif et tenir compte des problèmes de santé et de ce que vivent les personnes LGBTQI2, et il doit être axé sur le développement des jeunes et des adolescents.

En outre, d'un bout à l'autre du Canada, la couverture des soins de santé sexuelle doit comprendre des contraceptifs abordables et faciles à obtenir, des plans de vaccination et des soins de santé sexuelle préventifs, notamment des prophylaxies pré-expositions et des prophylaxies post-expositions.

Enfin, il faut reconnaître les efforts de planification familiale et les différentes structures familiales de la communauté LGBTQI2 en offrant aux professionnels de la santé, y compris dans les cliniques de fécondation in vitro, une formation pour qu'ils offrent des soins inclusifs, sans idées préconçues hétéronormatives et cisnormatives de la planification familiale et de la fécondité.

Au nom de Fonds Égale Canada, je vous remercie de votre attention. Nous avons hâte de poursuivre le travail avec vous.

• (1605)

Le président: Merci beaucoup. Vous obtenez des points supplémentaires puisque vous avez terminé un petit peu avant le temps.

Nous allons maintenant passer à Mme Bloch, pour 10 minutes.

Mme Giselle Bloch (membre du conseil d'administration, Toronto Pflag):

Monsieur le président, chers membres du comité permanent, bonjour.

Merci de m'avoir invité à participer à cette importante réunion sur la santé des membres de la communauté LGBTQ2. Je m'appelle Giselle Bloch, et je suis honorée d'être ici aujourd'hui.

Je ne suis pas scientifique, chercheuse ou experte; je suis mère, et j'aime mes trois enfants, dont deux font partie de la communauté LGBTQ2.

Lorsque j'ai accompagné un de mes enfants adultes dans sa transition, j'ai rapidement appris à quel point la société a une piètre opinion des personnes transgenres. J'ai donc décidé d'être une alliée en soutenant cette communauté. Comme mon expérience a surtout été auprès de personnes transgenres et de leurs familles, mes observations porteront principalement sur ce segment de la population LGBTQ2.

Je suis membre du conseil d'administration de Toronto Pflag, un organisme de bienfaisance bénévole qui a pour mission de promouvoir la santé et le bien-être des personnes LGBTQ2 et de leurs familles, en soutenant et en sensibilisant les gens, et d'éviter la séparation des familles. Au cours des quatre dernières années, des centaines de personnes transgenres ainsi que des membres de leurs familles m'ont raconté leur histoire, et je vais vous faire part de certains de leurs points de vue aujourd'hui.

J'aimerais tout d'abord parler de l'accès aux services.

Les médecins de famille sont habituellement la première personne à qui les patients s'adressent à propos de leur santé. Ils sont nombreux à être peu enclins à offrir des soins de santé complets à leurs patients transgenres. Certains refusent carrément de les traiter, et d'autres continuent de leur prodiguer des soins, mais ils hésitent à prescrire l'hormonothérapie. De nombreux médecins de famille peuvent affirmer qu'il ne revient pas à eux de prescrire l'hormonothérapie à des patients transgenres, mais ils le font régulièrement pour des patients cisgenres.

Les patients transgenres sont habituellement dirigés vers un endocrinologue, et ils doivent parfois attendre six mois ou davantage avant de le rencontrer. Étant donné que les personnes transgenres risquent surtout de se suicider entre le moment où ils ont déclaré leur

identité transgenre et le commencement de leur transition, ce long temps d'attente met la vie de certaines personnes en danger.

La couverture des interventions médicales et des chirurgies varie grandement d'une province et d'un territoire à un autre. Il incombe aux personnes transgenres de découvrir les exigences précises, d'obtenir les bonnes lettres et les signatures nécessaires auprès de leurs professionnels de la santé, et de s'assurer que tout est transmis à leur ministère.

Certaines personnes transgenres doivent traverser le pays en avion pour subir une chirurgie. S'il y a des complications lorsqu'elles sont de retour chez elles, elles n'ont d'autres choix que de se rendre à l'urgence locale, où on n'a pas nécessairement les compétences nécessaires pour traiter les patients transgenres.

La semaine dernière, un jeune homme m'a dit avec grande joie que sa principale chirurgie était approuvée. Il était ravi à l'idée d'avoir le bon sexe lorsqu'il commencera l'université en septembre. Toutefois, lorsqu'il a appelé la clinique pour prendre rendez-vous, on lui a dit de rappeler en juillet juste pour fixer la date de la consultation, qui aura probablement lieu en novembre ou en décembre, et la chirurgie proprement dite sera peut-être faite de six mois à un an après. Il a éclaté en sanglots lorsqu'il a appris qu'il allait peut-être devoir attendre une autre année et demie ou deux ans avant de subir la chirurgie dont il a désespérément besoin.

Le deuxième point que je souhaite aborder est celui du traitement respectueux.

Certaines des histoires personnelles que j'ai eu le privilège d'entendre étaient très positives, tandis que d'autres faisaient état de douleur émotionnelle, de discrimination et de traumatismes. De nombreux fournisseurs de soins de santé ne possèdent pas les bonnes connaissances ou les bonnes compétences pour traiter les patients transgenres et leur prodiguer des soins. Certains continuent d'employer le mauvais nom et les mauvais pronoms même après s'être fait demander le contraire lorsque l'apparence d'un patient transgenre ne correspond pas au sexe indiqué sur sa carte d'assurance-maladie.

Certains patients transgenres sont victimes d'une agressivité manifeste. On m'a parlé de personnes qui ont été ridiculisées lorsque leur identité a été révélée. Entre autres choses, elles se sont fait demander si elles aimaient autant les hommes que les femmes ou elles se sont fait dire: « Oh, vous n'êtes donc pas vraiment un homme. »

Des patients transgenres ont entendu des professionnels de la santé discuter ouvertement de leur corps et de leur identité de genre avec d'autres membres du personnel devant d'autres patients. Certains se font demander des questions inappropriées sans lien avec leur consultation. Une personne m'a dit qu'un technicien qui lui plâtrait le poignet lui a demandé comment elle avait des relations sexuelles.

Il y a seulement quelques mois, une femme m'a parlé de la fois où elle s'est rendue à un laboratoire pour une prise de sang. Elle a une apparence féminine, mais elle n'a pas encore reçu sa nouvelle pièce d'identité. Quand elle a remis son formulaire et sa pièce d'identité à la réceptionniste, elle lui a demandé poliment si le technicien pouvait utiliser son nouveau nom féminin pour l'appeler. Elle a figé lorsqu'il a hurlé son vieux nom masculin. Il l'a appelé de nouveau, et elle est restée immobile. La réceptionniste s'est ensuite levée, a pointé vers elle et a dit d'une voix forte: « C'est lui. » La plupart des gens dans la pièce bondée se sont tournés et ont fixé la femme qui venait tout juste de se faire dire « lui ». Ils ont commencé à murmurer, et elle est restée assise là à pleurer dans ses mains jusqu'à ce qu'elle trouve la force de sortir du laboratoire en courant sans avoir fait prendre sa prise de sang.

● (1610)

Ces actes de discrimination et de transphobie ont des effets néfastes sur les personnes trans et les empêchent d'avoir accès à des soins de santé adéquats. Elles peuvent avoir l'impression que leurs besoins en soins de santé ne sont pas aussi importants que ceux de leurs pairs cisgenres.

De nombreux professionnels de la santé ignorent ou omettent délibérément certains tests de dépistage pour des organes précis qui sont aussi nécessaires pour les patients transgenres, comme le test Pap ou le test de l'APS, et qui peuvent déclencher la dysphorie de genre. Par conséquent, il arrive que ces personnes négligent totalement leurs soins de santé, ce qui accroît, à long terme, le fardeau sur le système des soins de santé si ces cancers ou ces maladies ne sont pas détectés.

Le troisième aspect dont j'aimerais parler est celui des répercussions sur les personnes transgenres.

Sur le plan de la santé mentale, notre société fait peser sur les personnes transgenres le poids de la stigmatisation et de la honte. Ajoutez à cela la discrimination, le harcèlement et même la violence. L'état de vigilance extrême permanente que doivent maintenir les personnes transgenres a des répercussions considérables sur leur santé mentale.

Le taux de suicide dans la communauté transgenre est extrêmement élevé. Les taux de problèmes de santé mentale, de toxicomanie, de violence physique et sexuelle et de harcèlement sont élevés. On constate aussi de la discrimination pour l'accès au logement, à l'emploi, à la santé, à l'éducation et aux services sociaux, et que beaucoup vivent dans la pauvreté.

Dans la population générale, 4 % feront une tentative de suicide, comparativement à 40 % chez les personnes trans, qui ne représentent qu'environ 1 % de la population totale. Comment expliquer une telle disproportion? Il est clair que les perceptions de la population et le traitement réservé aux transgenres nuisent considérablement à leur santé mentale.

Concernant le bien-être émotionnel, des parents de jeunes transgenres m'ont dit que leur enfant est suicidaire puisqu'il croit que tout le monde les déteste, tout simplement parce qu'il est transgenre. Certains parents disent que leur enfant ne veut plus aller à l'école parce qu'il a été harcelé ou agressé, et qu'il souffre maintenant d'anxiété ou de dépression.

Des personnes transgenres m'ont raconté qu'on leur a craché au visage, qu'elles ont été victimes de violence verbale et de railleries en public, qu'on les avait menacées et sorties de force des toilettes. Une femme m'a dit qu'après avoir croisé une personne sur le trottoir, cette personne s'est retournée pour l'agresser par derrière tout en la traitant de toutes sortes de choses que je ne répéterai pas ici. Maintenant,

lorsqu'elle se retrouve seule sur le trottoir, où que ce soit, elle est terrifiée. Aucun être humain ne mérite d'être traité ainsi.

Passons aux relations et à la famille. L'appui de la famille est le meilleur indicateur du succès futur d'une personne transgenre. Or, beaucoup de personnes transgenres sont rejetées par leur famille lorsqu'elles révèlent leur identité trans. Il arrive que certains parents commencent à accepter leur enfant après quelques années, mais la période critique, ce sont les premiers temps, particulièrement chez les jeunes.

Au Canada, 40 % des jeunes en situation d'itinérance sont des personnes LGBTQ2, qui ne forment pourtant que 10 % de la population. En outre, 47 % des jeunes transgenres envisagent le suicide, mais ce nombre baisse de 93 % chez ceux qui ont l'appui de leur famille. Ces chiffres sont éloquentes.

Les jeunes trans qui n'ont pas l'appui de leur famille, ou les personnes transgenres sans soutien social ont souvent de la difficulté à obtenir des soins. Beaucoup trop d'entre eux sont incapables de se faire valoir leurs droits.

Je propose que nous adoptions une approche coordonnée pour créer au Canada une culture inclusive à l'égard de l'identité de genre. Dans les écoles du pays, tous les élèves doivent être sensibilisés à l'identité de genre, et ce, dès la maternelle. On évitera ainsi que ces jeunes, les professionnels de la santé et les dirigeants de demain, stigmatisent les identités transgenres.

Les programmes des facultés de médecine, des écoles de soins infirmiers et des écoles des métiers spécialisés et techniques doivent comprendre un volet sur les soins adaptés aux personnes trans.

Les membres de la communauté transgenre doivent participer à l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes inclusifs et des protocoles de soins adaptés.

Il faut exiger que toutes les installations de soins de santé adoptent des politiques de non-discrimination qui devront être appliquées et affichées bien en vue. En outre, ces installations devraient avoir des toilettes neutres et les vestiaires devraient être neutres et privés.

Afin de favoriser une plus grande inclusion, des subventions fédérales pourraient être accordées aux établissements et aux programmes qui offrent des cours de niveau supérieur en soins de santé adaptés aux personnes transgenres.

Enfin, nous devons, en tant que société, nous devons créer un système de soutien et de ressources solide pour les personnes trans et leur famille. Il faut améliorer la mobilisation et la sensibilisation de la communauté. Nous avons besoin de services en santé mentale adaptés aux personnes transgenres ainsi que des services de soins de santé physique et mentale rapidement et facilement accessibles.

Je vous remercie de l'occasion de participer aujourd'hui.

● (1615)

Le président: Merci.

Avant que nous commençons la première série de questions, j'aimerais présenter notre nouvelle secrétaire parlementaire, Mme Pam Damoff.

Bienvenue au Comité.

Je tiens à remercier John Oliver, qui est absent. John a choisi de ne pas se représenter et il a quitté son poste de secrétaire parlementaire. Au cours des trois dernières années et demie, il a toujours apporté une précieuse contribution au Comité, et je tenais à le remercier.

Nous commençons maintenant la première série de questions avec M. McKinnon.

Vous avez sept minutes.

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

Merci à tous d'être ici aujourd'hui. Je vous suis reconnaissant de vos témoignages. J'ai entendu beaucoup de choses; je ne suis donc pas certain d'avoir tout compris. Certaines de mes questions pourraient se recouper.

Je vais commencer avec Égale.

Il reste beaucoup à faire pour atteindre l'égalité, mais il y a eu certains progrès par rapport aux droits des personnes LGBTQ2 ces dernières années. La légalisation du mariage entre personnes de même sexe et l'ajout de l'identité et de l'expression de genre dans la Loi canadienne sur les droits de la personne envoient à la population canadienne le signal que nous sommes tous égaux malgré nos différences.

Quelle incidence, le cas échéant, ces gains sur le plan juridique ont-ils eue sur la discrimination et la stigmatisation touchant les personnes LGBTQ2?

M. Richard Matern: C'est important. On ne peut sous-estimer l'effet et l'impact.

Nous constatons toutefois une disparité entre les liens juridiques et la réalité sur le terrain, comme le démontrent les recherches et les témoignages.

Une approche multidimensionnelle est nécessaire. Les gains de droits juridiques en font partie, mais il faudra un changement sociétal continu et transformateur pour éliminer ces disparités. Le secteur de la santé est important, comme vous l'avez entendu, mais cela touche aussi d'autres secteurs, de l'éducation à la justice pénale en passant par les changements sociaux en général. Beaucoup d'actions nécessaires se feront sur le terrain, dans les communautés. L'étude que le Comité de la santé vient d'entreprendre est un grand pas en avant, une avancée importante, car c'est un aspect extrêmement important. Il s'agit simplement de poursuivre le travail.

Toutefois, je ne saurais trop insister sur un point, et je reprends les propos de Lori. Il faut collecter des données, avoir des données adéquates et des renseignements qui permettent de cerner ces disparités. Nous pourrions ainsi prendre des mesures et nous aurons des données comparatives.

M. Ron McKinnon: Cela a eu une incidence sur la santé. Selon vous, l'effet sur les soins de santé est-il important?

M. Richard Matern: Vous parlez des gains juridiques?

M. Ron McKinnon: Oui, les changements juridiques.

M. Richard Matern: Je ne suis pas certain. Je pense que le problème est là. Nous ne sommes pas en mesure de déterminer si les changements juridiques ont eu une incidence importante ou non, et c'est justement pourquoi il nous faut plus de données.

M. Devon MacFarlane: J'aurais quelques commentaires à ce sujet.

J'ai témoigné au comité sénatorial au sujet du projet de loi C-16. Nous avons notamment indiqué que récemment, dans les États où le droit au mariage est protégé, où l'égalité en matière de mariage existe, on observe une amélioration des résultats en santé mentale par rapport aux États où l'égalité n'est pas une réalité. Au Canada, nous sommes en bonne posture en raison de nos progrès sur le plan juridique. Il est maintenant temps de déterminer comment concrétiser

tout cela, car les progrès sur le plan juridique entraîneront une amélioration des résultats en santé, mais nous progresserons beaucoup plus rapidement si nous agissons de façon concertée pour certains aspects stratégiques.

• (1620)

M. Ron McKinnon: Merci.

Quelqu'un d'autre souhaite faire un commentaire à ce sujet?

Mme Lori E. Ross: J'ajouterai seulement que les gains juridiques ne touchent pas tous les membres de la communauté LGBTQ2 de manière égale, car dans bien des cas, certains ont besoin de ressources pour faire valoir ces droits. Comme c'est le cas en santé, je pense que les plus grandes disparités touchent les personnes les plus marginalisées. Il s'agit aussi de la population qui a le moins de ressources pour accéder aux protections juridiques, par exemple. Je pense que nous ne verrons pas nécessairement l'ensemble des gains possibles en santé qu'on aurait espéré simplement en raison du grand nombre de personnes qui sont au bas de l'échelle socio-économique et qui n'ont pas accès aux mêmes avantages que ceux des échelons supérieurs de l'échelle socio-économique.

M. Ron McKinnon: Merci.

Je vais continuer avec vous, madame Ross.

On considère souvent les données disponibles sur la santé des personnes LGBTQ2 comme incomplètes ou partielles. En vous basant sur vos connaissances, comment le gouvernement fédéral pourrait-il collaborer avec les provinces et les territoires pour aider à régler ce problème?

Mme Lori E. Ross: Je pense qu'il y a déjà d'importants gains à venir. Je sais qu'une question sur l'identité de genre a été ajoutée dans une récente enquête sur la population et qu'on a l'intention d'inclure cette question ou des questions semblables dans les futures enquêtes de Statistique Canada. Je pense que c'est un pas important.

Toutefois, diverses enquêtes fédérales ne comprennent toujours aucune question sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre. J'ai déjà cité en exemple l'Enquête canadienne sur le revenu, dans laquelle ces questions ne figurent pas. Sachant que la pauvreté est un important déterminant de la santé, ces questions ont leur importance, même pour comprendre les enjeux en santé.

À cela s'ajoutent les données qui sont collectées par d'autres instances, comme les données de l'enquête canadienne sur la sécurité alimentaire qui, actuellement, ne comprend pas de données sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Il existe de multiples possibilités de collaboration à cet égard avec les ordres de gouvernement provincial, territorial et municipal pour veiller à la collecte de meilleures données pour dresser un portrait de la situation à l'échelle nationale.

M. Devon MacFarlane: Je pourrais peut-être en dire plus à ce sujet. Un autre point très important à améliorer est celui des données administratives sur les soins de santé. Par exemple, pour ceux qui ont une carte d'assurance-maladie, il pourrait y avoir des questions sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre au moment de l'inscription. Ces informations seraient confidentielles et protégées. On aurait ainsi une bien meilleure analyse de la situation à mesure que les gens auraient recours au système de soins de santé.

M. Ron McKinnon: Merci.

Madame Bloch, l'attitude des travailleurs de la santé est importante et a une incidence considérable, comme vous l'avez indiqué. Comment pourrions-nous régler ce problème, selon vous? Est-ce une question d'éducation, de formation?

Mme Giselle Bloch: Les deux. Je pense que cela doit commencer à l'école, dès le primaire. Plus tard, il faut offrir la formation dans les facultés de médecine et dans toutes les écoles spécialisées, dans divers domaines, y compris les soins infirmiers et le travail social.

M. Ron McKinnon: Quelqu'un d'autre aimerait faire un commentaire à ce sujet?

M. Devon MacFarlane: Le travail à cet égard est déjà commencé.

Le rôle de Santé arc-en-ciel Ontario comprend notamment la prestation d'une formation en soins de santé à des gens qui pratiquent déjà. Nous le faisons depuis 10 ans environ. En Ontario, nous sommes intervenus auprès de 40 000 fournisseurs de soins, environ, mais ce n'est qu'une petite fraction, considérant que 600 000 à 800 000 personnes travaillent dans le secteur de la santé des services sociaux au Canada. Cela dit, nous avons déjà commencé à offrir cette formation en particulier dans une optique axée sur les enjeux en milieu clinique.

M. Ron McKinnon: Pour les six secondes qui me restent, pourriez-vous m'éclairer ou recommander un terme que le Comité devrait employer dans son rapport concernant les personnes LGBTQ2, LGBTQ2S, par exemple?

Mme Giselle Bloch: LGBTQ2.

M. Richard Matern: Chez Égale, nous utilisons LGBTQI2S, pour inclure les personnes intersexuelles.

M. Devon MacFarlane: À Sherbourne, nous utilisons LGBTQ2SQ.

Mme Lori E. Ross: Donc, nous ne sommes pas nécessairement d'accord...

Des voix: Oh, oh!

Mme Lori E. Ross: ... mais je pense qu'il est important de garder à l'esprit que selon les paramètres de cette étude, les personnes intersexuelles n'étaient pas incluses. C'est donc pour cette raison que je n'ai pas abordé le sujet dans mon exposé, mais je pense qu'il est important d'en tenir compte. Les enjeux liés à l'intersexualité sont-ils inclus dans le cadre de cette étude? Je dirais qu'ils devraient en faire partie.

Je pense qu'il est également important d'inclure explicitement le « 2 » ou le « 2S » pour veiller à l'inclusion des enjeux de la communauté bispirituelle.

•(1625)

M. Ron McKinnon: Poser la question alors qu'il ne restait que six secondes n'était pas juste. Je suis désolé.

Merci.

Le président: Nous passons maintenant à M. Deltell.

Bienvenue au Comité.

M. Gérard Deltell (Louis-Saint-Laurent, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président. Je suis la Marilyn Gladue de la journée. Je suis très heureux d'être ici.

[Français]

Chers amis, bonjour.

Mesdames et messieurs, bienvenue à votre Chambre des communes.

Vos témoignages sont toujours très touchants et parfois même assez saisissants, particulièrement le vôtre, madame Bloch, quant à la réalité que vivent encore des gens de la communauté LGBTQ.

Peut-être que M. MacFarlane ou M. Matern pourraient répondre aux questions qui me viennent à l'esprit concernant les personnes âgées de la communauté LGBTQ.

[Traduction]

Comme nous le savons tous, les personnes âgées de la communauté LGBTQ sont nées et ont grandi dans un pays où il leur était interdit d'être elles-mêmes. Pendant la majeure partie de leur jeunesse et de leur vie adulte, beaucoup de ces personnes — hommes et femmes — avaient de la difficulté à vivre dans le placard et, parfois, à en sortir. Puis, à 60 ou 65 ans, ils se sont retrouvés dans des résidences pour personnes âgées, pour être replongés dans la même situation, encore une fois.

[Français]

Je suis un ancien journaliste. Il y a une dizaine d'années, j'avais parlé de la situation de ces personnes âgées qui ont à sortir de nouveau du placard — une expression malheureuse — lorsqu'elles vont vivre dans des maisons pour personnes âgées. C'est une situation très délicate. Cela fait déjà une douzaine d'années que j'ai quitté le monde du journalisme.

Sentez-vous que, encore aujourd'hui, les personnes de la communauté LGBTQ qui, à l'hiver de leur vie, vont demeurer dans des foyers pour personnes âgées se heurtent aux mêmes stigmates que ceux auxquels ils ont dû faire face dans leur jeune temps, dans les années 1970?

[Traduction]

M. Devon MacFarlane: Je suis désolé si j'ai mal compris votre question, mais mon français n'est plus ce qu'il était.

D'après ce que je comprends, il y a en effet des personnes âgées de la communauté LGBT qui retournent dans le placard parce qu'elles n'ont pas le choix. Par contre, un certain nombre d'établissements de soins de longue durée au pays ont commencé à travailler très activement à créer des conditions accueillantes pour les personnes LGBT. Ce n'est absolument pas l'ensemble des établissements de soins, mais seulement quelques-uns. On observe certains progrès importants, tandis qu'ailleurs, cela pourrait être amélioré. À titre d'exemple, la Ville de Toronto a publié ses premières lignes directrices pour les établissements de soins de longue durée en 2007 ou 2008. Une nouvelle version vient tout juste d'être publiée.

Donc, il y a certainement des problèmes. Les gens ont extrêmement peur. Nous avons aussi la possibilité d'améliorer les choses.

M. Gérard Deltell: Je me souviens que certaines personnes ont dit qu'il serait préférable d'avoir des résidences réservées pour la communauté LGBTQ.

Qu'en pensez-vous?

M. Devon MacFarlane: Re kai Centers, une agence de Toronto, souhaite aménager une aile pour la communauté LGBTQ sur un étage. Certains pourraient vouloir y vivre, et d'autres non.

Je pense que l'enjeu est plus de créer diverses options en fonction des préférences des gens et de ce qui les met à l'aise.

M. Gérard Deltell: Avez-vous constaté une évolution des mentalités? M. Matern voudra peut-être participer à la discussion.

Il y a 10 ans, les gens n'étaient peut-être pas prêts à accepter la nouvelle réalité, mais maintenant, ils doivent passer à autre chose.

M. Richard Matern: Parlez-vous d'un changement au sein des institutions elles-mêmes?

M. Gérard Deltell: Oui, et aussi chez les personnes qui ne font pas partie de la communauté LGBTQ.

M. Richard Matern: Il y a des changements, c'est certain.

Je pense que la peur actuelle est toujours... Je ne sais pas si cela a changé. Ce que les gens vivent réellement, en particulier alors qu'ils avancent en âge... Lorsque les gens craignent de perdre leur autonomie et leur capacité de prendre des décisions, il est possible que la peur occulte tous les progrès qui ont été réalisés sur le plan de l'évolution des mentalités. Je dirais que c'est pour cela qu'il faut accorder une attention particulière à la formation des fournisseurs de services et peut-être même établir un système de titres de compétence pour les établissements de soins de longue durée afin d'atténuer les préoccupations. C'est une autre possibilité.

M. Gérard Deltell: Monsieur MacFarlane.

M. Devon MacFarlane: J'ajouterais que certains défis qui se posent dans les établissements de soins de longue durée sont liés au déclin des fonctions cognitives des personnes âgées, ce qui contribue à faire tomber les filtres. Il arrive que des gens qui appuyaient auparavant les personnes LGBTQ se mettent soudainement à tenir un langage homophobe et rempli de préjugés sur divers sujets.

C'est l'un des aspects de ces défis. Malgré l'évolution de la société, ceux que les personnes âgées LGBTQ côtoient dans ces établissements sont aussi un produit de leur époque.

• (1630)

M. Richard Matern: J'aimerais aussi ajouter quelque chose.

Un sondage réalisé par le Fonds Égale auprès des fournisseurs de services et des personnes âgées a démontré que la principale préoccupation chez les deux groupes était la crainte que des personnes allosexuelles et transgenres soient poussées à se cacher de nouveau. En tant que fournisseurs de services, cela nous préoccupe aussi. C'est un sondage récent. C'est donc une crainte réelle au sein du personnel.

M. Gérard Deltell: J'aimerais parler des personnes transgenres, en particulier les jeunes. Quelque 40 % d'entre eux ont des idées suicidaires, comparativement aux personnes qui...

Ma question porte sur les personnes âgées. Comment vivent-ils cela? La transidentité n'était pas un enjeu important pour eux. Est-ce toujours le cas?

Mme Giselle Bloch: Actuellement, il y a certainement... Cela dépend de votre définition de « personne âgée ».

M. Gérard Deltell: Eh bien... Bon, je suis dans de beaux draps. Je veux dire 60 ans et plus.

Mme Giselle Bloch: Très bien.

Je connais des personnes transgenres dans cette tranche d'âge. Ces personnes ne se cachent plus et ont enfin la possibilité de vivre ouvertement l'identité de genre qu'elles ont caché pendant si longtemps. Personnellement, je ne connais pas beaucoup de transgenres de plus de 60 ans.

M. Gérard Deltell: Merci, monsieur le président.

Le président: Nous passons maintenant à M. Davies.

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

Monsieur Matern, parmi vos recommandations — qui sont très utiles, en passant —, vous proposez d'abolir la politique interdisant les dons de sang de la part d'hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Pendant la dernière campagne électorale, comme nous le savons, le parti qui forme actuellement le

gouvernement avait promis de lever cette interdiction. Elle était de cinq ans, mais elle a été réduite à un an.

Je sais que le Fonds Égale Canada pour les droits de la personne a lancé une campagne en ligne demandant la levée d'une interdiction qu'on qualifie de « discriminatoire » concernant les dons de sang de la part d'hommes qui ont eu des relations sexuelles avec d'autres hommes au cours de la dernière année. Sur le site Web de l'organisme, on peut lire que l'homosexualité n'est pas un groupe sanguin et que cette politique est vraiment discriminatoire. La politique actuelle est très désuète.

À votre connaissance, monsieur Matern, le maintien de l'interdiction de dons de sang pour une période d'un an pour les hommes qui ont eu des relations sexuelles avec des hommes est-il scientifiquement fondé?

M. Richard Matern: D'après ce que je comprends, des études sont faites pour confirmer que c'est sécuritaire. Il y a déjà des données à ce sujet. Ce n'est pas scientifiquement fondé.

M. Don Davies: Je crois savoir que les hommes hétérosexuels peuvent adopter des comportements extrêmement risqués, mais il ne leur est pas automatiquement interdit de donner du sang en raison de leur appartenance à ce groupe. Plusieurs proposent une exclusion fondée sur les comportements, s'il en faut une, mais pas une mesure discriminatoire fondée des stéréotypes.

Êtes-vous d'accord avec cela?

M. Richard Matern: Oui.

M. Don Davies: Merci.

Vos témoignages ont été si instructifs que j'en arrive à penser que nous devrions vous garder avec nous pour quelques jours.

Il me semble qu'il y a beaucoup d'éléments et de facettes aux enjeux que nous nous apprêtons à étudier, dont la santé mentale, un aspect parmi les plus courants. Cela semble omniprésent dans...

Monsieur Matern, j'aimerais revenir au début. Vous avez fait un commentaire sur la question troublante des chirurgies d'assignation de genre non consensuelles pratiquées sur des nourrissons intersexués, c'est-à-dire des enfants dont le genre est ambigu. Cela suscite ma curiosité. Si j'ai bien compris votre recommandation, vous proposez des consultations exhaustives pour déterminer comment traiter ces cas. Avez-vous des suggestions pour le Comité sur la façon idéale d'aborder la question des enfants nés avec des organes génitaux ambigus?

M. Richard Matern: Il faut d'abord corriger le Code criminel, soit l'article 268, qui comprend l'exception permettant cette pratique. Donc, outre la tenue de consultations, nous considérons que la première étape est la modification de cet article du Code criminel.

M. Don Davies: Merci.

Monsieur MacFarlane, je souligne au passage que chez moi, la plupart des choses ne vont pas en s'améliorant, ce qui comprend ma capacité de parler français.

J'ai une question au sujet de l'intersectionnalité, un autre thème très courant, semble-t-il. Nous pourrions avoir une femme qui est à la fois lesbienne, autochtone, pauvre...

• (1635)

M. Devon MacFarlane: Ou un parent.

M. Don Davies: ... et un parent. Il y a toutes sortes d'éléments. Je me demande si vous pourriez démêler tout cela pour nous et nous dire comment le gouvernement fédéral pourrait en tenir compte.

M. Devon MacFarlane: Je pense qu'il s'agit de tenir compte de la complexité de la vie des gens. Lorsqu'il pense à une population précise, les gens ont parfois tendance à se fier à ce qu'ils voient et à ce qu'ils connaissent le mieux. Une partie de la solution consiste à penser à ceux qui doivent surmonter les plus grands obstacles, car si nous parvenons à améliorer la situation pour eux, notamment l'accès aux soins, cela aura pour effet de hausser les exigences et d'ouvrir des portes pour tout le monde.

Moi, je suis une personne trans, mais je suis blanc et on me perçoit comme un homme. Il m'est donc beaucoup plus facile de faire ma place dans le monde et de composer avec ces choses que les personnes trans qui ne sont pas blanches et qui sont confrontées au racisme. En effet, nous savons aussi que les personnes autochtones ou racialisées, et souvent les personnes plus pauvres, attendent plus longtemps pour avoir accès à des soins cardiaques, par exemple. Sachant cela, l'examen des données ou l'obtention de données agrégées permet d'avoir un portrait exact des diverses populations. On peut savoir ce qui va bien et ce qui peut être amélioré. C'est essentiel.

M. Don Davies: Merci.

Mme Ross, si j'ai bien compris, vous avez dit que le taux d'idéation suicidaire est trois à quatre fois supérieur dans la communauté LGBT que dans la population générale, mais qu'il est six fois plus élevé chez les Canadiens bisexuels. Ai-je bien compris?

Mme Lori E. Ross: C'est exact.

M. Don Davies: Essentiellement, le taux d'idéation suicidaire chez les Canadiens bisexuels est plus élevé que chez les Canadiens hétérosexuels et homosexuels. Pourquoi, à votre avis?

Mme Lori E. Ross: Nous avons fait des recherches, pas seulement par rapport au suicide, mais aussi pour d'autres problèmes de santé mentale, afin de comprendre pourquoi les personnes bisexuelles affichent les pires résultats en matière de santé. La discrimination et le manque de soutien social semblent jouer un rôle important.

Beaucoup de personnes bisexuelles sont isolées parce qu'elles n'ont pas le soutien social de leurs pairs. En outre, ces personnes subissent de la discrimination, non seulement de la part d'hétérosexuels, mais aussi de gais et de lesbiennes. Elles n'ont donc pas l'impression d'être accueillies et appuyées par la communauté gaie et lesbienne en général. Par conséquent, beaucoup d'entre elles sont très isolées en raison de leur orientation sexuelle. Elles manquent de soutien.

De plus, les données sur les disparités économiques révèlent que les personnes bisexuelles s'en sortent moins bien que les personnes d'autres orientations sexuelles. Donc, il est très probable que le stress lié aux facteurs économiques que vivent les personnes bisexuelles nuise à leur santé mentale.

M. Don Davies: Vous avez parlé de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Nous avons qu'elle comprend une question sur l'orientation sexuelle et que les chercheurs ont utilisé les résultats de l'enquête pour évaluer les inégalités en matière de santé au Canada.

Une étude réalisée en 2017 visait à évaluer l'efficacité de la question sur l'orientation sexuelle utilisée dans l'ESCC. L'étude a révélé que la question ne permettait pas d'identifier les minorités sexuelles dans 14 % des cas. Êtes-vous d'accord pour dire que la question devrait être modifiée afin de mieux mesurer les inégalités en santé vécues par les minorités sexuelles?

Mme Lori E. Ross: Je recommande qu'elle soit mise à jour, car elle comprend trois choix de réponse, mais on y utilise des termes qui ne correspondent pas nécessairement à l'usage dans la communauté.

À mon avis, il conviendrait probablement de tenir des consultations avant d'adopter des termes précis, mais il faudrait penser à ajouter des options supplémentaires pour que les personnes puissent vraiment s'identifier. Il faut aussi éliminer la confusion. Actuellement, le libellé de la question est axé sur l'identité, tandis que la définition utilisée à des fins de précision est axée sur les comportements. On se trouve en fait à confondre deux dimensions distinctes de l'orientation sexuelle, ce qui pose problème pour l'interprétation des données. Il faut absolument établir une distinction entre les deux. L'identité sexuelle autodéclarée et l'orientation sexuelle doivent faire l'objet de questions distinctes.

Le président: Le temps est écoulé.

Nous passons maintenant à M. Ayoub.

• (1640)

[Français]

M. Ramez Ayoub (Thérèse-De Blainville, Lib.): Merci, monsieur le président.

Chers témoins, merci de vos témoignages.

Je suis le député de Thérèse-De Blainville, une circonscription située dans la banlieue nord de Montréal. Je suis impliqué dans ma région depuis très longtemps. Récemment, j'ai invité mon collègue M. Randy Boissonnault, qui est le conseiller spécial du premier ministre dans le dossier de la communauté LGBTQ, à venir voir ce qui se passait dans ma communauté, parce que j'avais l'impression que la communauté LGBTQ n'existait pas dans ma région. Évidemment, je savais que ce n'était pas vrai, mais le manque de statistiques, de connaissances et de cohésion entre les organismes est évident. Chaque organisme a une certaine spécialité et, souvent, ces organismes sont basés à Montréal. Comme il y a peu d'aide, les jeunes des banlieues sont redirigés vers la grande ville. Finalement, ils se trouvent démunis et deviennent des proies faciles soumises à toutes sortes d'influences, bonnes ou mauvaises.

Comment voyez-vous la situation de ce côté? Comment entrevoyez-vous la cohésion entre les organismes pour qu'on s'assure que le service est donné en dehors des grands centres? Comment commence-t-on? Quelles orientations devrait-on prendre, en tant que gouvernement fédéral, pour changer cela?

[Traduction]

Monsieur Matern, vous pourriez commencer.

M. Richard Matern: Nous avons remarqué une grande disparité des services entre les organismes en milieu rural et ceux en milieu urbain. En effet, comme pour toute stratégie...

M. Ramez Ayoub: Je ne suis pas dans une région rurale. Je suis en banlieue, pas très loin de...

M. Richard Matern: Toute aide que le gouvernement fédéral pourrait apporter pour renforcer les capacités serait utile. Par exemple, Égale cherche à établir des liens entre les organismes de personnes âgées du pays, car ils œuvrent dans des secteurs diversifiés. Nous tentons de les aider à coordonner leurs activités et à aiguiller les gens en conséquence.

Beaucoup d'organismes sont vraisemblablement à court de ressources et n'ont pas nécessairement la capacité de sensibilisation et de coordination voulue. Ce qui serait extrêmement utile, c'est que le gouvernement fédéral contribue à favoriser la coordination, qu'il joue un rôle semblable à celui d'Égale pour favoriser la coordination des organismes à l'échelle provinciale ou nationale, lorsque possible, et qu'il nomme une personne responsable.

M. Ramez Ayoub: Monsieur MacFarlane.

M. Devon MacFarlane: Il y a plusieurs façons d'aborder cela.

Le Centre de santé de Sherbourne, à Toronto, offre depuis longtemps à la communauté LGBT des services en santé et un éventail de services communautaires et de ressources de soutien. Nous avons récemment reçu du financement pour un programme de mentorat destiné aux jeunes allosexuels noirs, mais pas dans le centre-ville de Toronto. Certes, certains groupes y sont établis, mais nous avons aussi des groupes dans les quartiers à l'extérieur du centre-ville, comme Scarborough et Etobicoke, non seulement parce que l'accès au centre-ville est difficile, mais aussi parce qu'il faut offrir des services de proximité. On leur évite de déménager, même si ce n'était qu'un déménagement de la banlieue au centre-ville.

Il y a diverses façons de contribuer, que ce soit par le financement ou par l'organisation.

Ici, dans la région de Champlain — la grande région d'Ottawa, pour ceux qui ne sont pas originaires de l'Ontario —, nous avons des mécanismes qui favorisent l'organisation. Il y a ce qu'on appelle la Table de planification des services en santé trans, qui examine la planification de la prestation de services de santé à Ottawa et en banlieue, jusqu'à Hawkesbury, Cornwall, Petawawa et Pembroke. C'est parfois une question de perspective. Il s'agit d'offrir des fonds et des infrastructures aux organismes pour qu'ils examinent les services offerts dans la région et cherchent des améliorations possibles.

• (1645)

M. Ramez Ayoub: Merci.

J'aimerais aussi parler des statistiques, car il est très difficile d'obtenir du financement lorsqu'on n'a pas de données. Comment pouvons-nous obtenir ces données? Quel élément déclencheur? Quel est le défi? Qu'est-ce que le gouvernement fédéral peut faire pour changer la donne?

Mme Lori E. Ross: Je pense que Statistique Canada a un rôle important à jouer. Au Canada, nos données populationnelles sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre comportent d'importantes lacunes comparativement aux données d'autres pays. Je dirais que nous accusons un retard important à cet égard et je pense que les possibilités d'amélioration sont nombreuses.

À mon avis, nous avons aussi besoin de données plus précises à l'échelle locale pour régler les problèmes dont vous avez parlé. Voilà pourquoi il convient de collaborer avec les autres ordres de gouvernement sur le plan de la communication des données.

M. Ramez Ayoub: Avez-vous des mesures précises à nous recommander?

Mme Lori E. Ross: J'ai une suggestion précise. Cela concerne les dénombrements ponctuels de la population en situation d'itinérance, qui sont faits à l'échelle municipale. Actuellement, ces données sont parcellaires. Certaines municipalités collectent des données sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre, et d'autres, non. C'est un exemple précis qui démontre l'avantage indéniable d'avoir accès aux données municipales à l'échelle nationale, surtout lorsqu'on sait que tant de personnes LGBTQ2SQ sont sans-abri.

Une enquête sur la sécurité alimentaire serait une autre mesure importante, car il s'agit là d'un enjeu extrêmement important. Là encore, les questions sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre sont parfois incluses, parfois non, selon les régions.

M. Ramez Ayoub: Avez-vous des exemples précis, à l'extérieur du Canada, d'aspects pour lesquels nous manquons de données, comme vous l'avez indiqué? Quelles sont les pratiques exemplaires qui pourraient nous être utiles?

Mme Lori E. Ross: Très souvent, nous consultons les ensembles de données des États-Unis. C'est parce que les Américains posent un vaste éventail de questions, pas seulement sur l'identité sexuelle, ce que nous avons jusqu'à présent, mais aussi sur les comportements sexuels, ce qui englobe un autre groupe de personnes qui ne s'auto-identifient pas forcément mais qui peuvent se livrer à des comportements qui ont des répercussions sur la santé. Il y a aussi des questions sur l'attraction sexuelle, qui sont des questions que nous devons poser pour comprendre les problèmes des jeunes qui, comme vous en avez entendu parler, présentent des vulnérabilités particulières. Pour des jeunes qui ne sont pas encore sexuellement actifs ou qui n'ont pas encore choisi leur identité sexuelle, l'attraction sexuelle est vraiment le seul moyen de rejoindre cette population.

M. Devon MacFarlane: Si je peux revenir un peu là-dessus, nous avons un exemple qui est éloquent mais qui pourrait l'être beaucoup plus. Il y a tout juste un an, l'ASPC, conjointement avec Statistique Canada et d'autres partenaires, a lancé l'Outil de données sur les inégalités en santé. Il y a 65 indicateurs de santé. Dix-sept d'entre eux ont des renseignements au sujet de l'orientation sexuelle, mais aucun sur l'identité sexuelle.

Cet outil fournit quelques-unes des meilleures données jusqu'à présent. Il y a d'énormes lacunes, mais il y a une plateforme à mesure que ces questions sont ajoutées à divers endroits. C'est un outil qui change la donne, à mon avis.

Par ailleurs, de nombreux progrès ont été réalisés aux États-Unis, et plus particulièrement depuis 2010-2011. Aux États-Unis, en 2011, l'Institute of Medicine, que l'on appelle maintenant la National Academy of Medicine, a réalisé une étude sur la santé de la communauté LGBT. L'institut a examiné toutes les recherches disponibles sur la santé aux États-Unis seulement. Il a acquis une compréhension de la situation pour cette période. Dans la même veine de ce dont nous discutons, il a relevé toutes les lacunes et a versé du financement de façon très stratégique pour combler certaines de ces lacunes en matière de recherche.

Si nous pouvions faire quelque chose de ce genre au Canada, ce serait formidable. Certaines des données dont je vous ai parlé aujourd'hui sur la prévalence des maladies chroniques proviennent des États-Unis, et ces recherches ont été financées par l'entremise de ces initiatives.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à notre série d'interventions de cinq minutes, en commençant avec M. Webber.

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

De plus, monsieur le président, nous avons une nouvelle membre à notre comité. C'est la députée Pam Damoff.

Pourriez-vous clarifier quel est son rôle ici?

Le président: Elle est notre toute nouvelle secrétaire parlementaire.

John Oliver ne se porte plus candidat; il a donc démissionné de son poste de secrétaire parlementaire. Mme Damoff est notre nouvelle secrétaire parlementaire pour la santé.

Nous avons déjà tenu une discussion avec elle sur l'orientation et les travaux du Comité, si bien qu'elle est déjà au courant de ce que nous faisons et s'intègre parfaitement.

M. Len Webber: Excellent.

Vous avez pris deux minutes de mon temps, monsieur Casey. Repartez le chronomètre.

Le président: Je m'en occupe.

M. Len Webber: Quoi qu'il en soit, bienvenue, madame Damoff.

Chers témoins, merci de votre présence ici aujourd'hui.

M. Ayoub a fait allusion au député Randy Boissonnault et au travail qu'il fait au secrétariat. Il est le conseiller spécial du premier ministre sur les questions touchant les LGBTQ.

L'un de vous a-t-il déjà traité avec M. Boissonnault dans ses activités quotidiennes?

• (1650)

M. Devon MacFarlane: Dans le passé, j'ai été bénévole au conseil de l'Association canadienne des professionnels en santé des personnes transsexuelles, et à notre dernière conférence, nous avons eu l'occasion de le rencontrer.

Par l'entremise du Centre de santé de Sherbourne, lorsque sa nomination a été annoncée, des représentants de notre organisme ont pu le rencontrer. Nous avons présenté une lettre sur les priorités entourant la santé des LGBT auxquelles il faudrait donner suite. Les données étaient l'une de ces priorités.

M. Len Webber: Excellent.

M. Richard Matern: Je ne l'ai pas rencontré personnellement, mais Égale l'a souvent rencontré.

M. Len Webber: Excellent.

Monsieur Matern, dans votre exposé, vous avez parlé brièvement des refuges pour sans-abri et de la façon dont bon nombre de jeunes de la communauté LGBTQ ne se sentent pas en sécurité.

Avez-vous une recommandation à formuler sur ce que le gouvernement fédéral pourrait faire pour veiller à ce que ces jeunes se sentent plus en sécurité?

J'ai un passé avec la Calgary Homeless Foundation. J'ai siégé au conseil pendant de nombreuses années.

C'est un problème qui devrait être réglé, que ce soit par l'entremise d'une supervision dans ces refuges... qu'ils ont déjà, j'imagine.

Avez-vous des réflexions à faire à ce sujet, vous ou quelqu'un d'autre?

M. Richard Matern: Eh bien, je pense que dans le cadre de la Stratégie nationale en matière de logement, il y a quelques groupes qui pourraient mener des initiatives ciblant les sans-abri pour soutenir les jeunes LGBTQI2. Il serait crucial de soutenir l'infrastructure. Je pense que ce serait une importante mesure.

L'un des jeunes à notre centre avait mentionné que dans un refuge, parce qu'il était un non-conformiste sexuel, il n'y avait aucun espace sans distinction de sexe. On mettait essentiellement ces gens en isolement.

M. Len Webber: Êtes-vous d'accord avec l'isolement ou la séparation?

M. Richard Matern: Non. Il faut avoir une salle qui favorise l'appui des jeunes trans et non-conformistes sexuels pour ne pas devoir les placer en isolement.

C'est un problème d'infrastructure, et je pense que cela fait partie de la stratégie visant à soutenir les refuges qui offrent des services précisément aux jeunes LGBTQI2.

M. Len Webber: Monsieur MacFarlane, vous avez mentionné que dans certains établissements de soins de santé, ils isolent les aînés LGBTQ.

M. Devon MacFarlane: Je ne le décrirais pas forcément comme de l'isolement; on crée plutôt un espace où les gens peuvent aller s'ils le veulent. On ne les force certainement pas. C'est plus volontaire. C'est une approche qui est utilisée dans les refuges, surtout pour les personnes transsexuelles.

Si les refuges n'ont qu'une section pour les hommes et une autre pour les femmes, quelle serait la meilleure solution pour l'identité sexuelle des gens et comment peut-on s'assurer qu'ils se sentent en sécurité et les bienvenus? Des travaux très intéressants sont en cours dans quelques villes.

M. Len Webber: C'est bien. Nous accomplissons des progrès à tout le moins.

M. Devon MacFarlane: Nous réalisons des progrès, oui.

M. Len Webber: Fantastique.

Je vais adresser cette question à Mme Ross.

Premièrement, je trouve extrêmement troublant ce que vous nous avez dit aujourd'hui concernant la discrimination dans la communauté LGBTQ. C'est très triste.

Madame Ross, nous avons tous parlé des tentatives de suicide, de la dépression et de l'anxiété au sein de cette communauté.

Je suis en train de regarder le document de la Bibliothèque du Parlement que nous avons tous reçu, et on ne fait aucunement mention de la santé physique des membres de la communauté LGBTQ. Premièrement, le document fait état qu'il y a un taux élevé d'arthrite et d'asthme chez les femmes lesbiennes par rapport aux femmes hétérosexuelles.

Avez-vous des commentaires à faire à ce sujet? Je trouve cette différence très surprenante.

Mme Lori E. Ross: Oui.

Je pense que nous ne faisons que commencer à comprendre ce type de différences, car nous ne faisons que commencer à poser ces questions. Plus particulièrement pour les conditions qui ont un lien avec le système immunitaire, il y a des arguments solides selon lesquels les expériences de stress accumulées au cours d'une vie associées à la discrimination jouent vraisemblablement un rôle important dans ce type de conditions chroniques qui se manifestent plus tard dans la vie. Il existe également de nombreuses données sur les résultats en matière de santé sexuelle et reproductive qui révèlent des disparités frappantes chez les femmes appartenant à des minorités.

Là encore, nous ne faisons que commencer à pouvoir décrire pleinement ce qui se passe. Il est important de comprendre ce qui se passe principalement en ce qui concerne la discrimination sociale et ses répercussions sur le corps d'une personne au cours de sa vie.

•(1655)

M. Len Webber: Madame Bloch, vous avez parlé de l'éducation dans le système scolaire. Fait-on actuellement des démarches pour que ce soit intégré dans le programme scolaire? Des démarches en ce sens sont-elles entreprises dans certaines régions au pays?

Mme Giselle Bloch: En Ontario, ce volet vient d'être aboli.

Le président: Je vous ai laissé dépasser votre temps de parole. Désolé.

M. Len Webber: Je vous en remercie.

Le président: Vous avez largement dépassé votre temps de parole, mais c'est ma faute car je ne portais pas attention.

Les réponses sont intéressantes.

Nous allons maintenant entendre Mme Sidhu.

Vous avez cinq minutes.

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

Merci à vous tous d'être ici.

Vous avez mentionné le manque de formation. Quels types de mesures doivent être prises pour les professionnels de la santé de première ligne qui doivent être formés?

Je représente la région de Peel. J'aimerais mentionner une nouvelle initiative du nom de Rainbow Salad. C'est un portail en ligne qui a été créé par neuf organismes de soins de santé de district pour aider les membres de la communauté LGBTQ2 à sensibiliser et à éduquer les travailleurs de première ligne. Pensez-vous que ce genre d'idée est bonne pour eux?

M. Devon MacFarlane: Absolument.

Je pense que ce que vous devez savoir, c'est comment les gens perfectionnent leurs compétences. Parfois, nous percevons la formation comme étant un atelier que l'on suit, mais cela ne se traduit pas forcément par l'application de connaissances. Nous réfléchissons à la façon dont nous devons soutenir les gens au fil du temps pour qu'ils perfectionnent et appliquent leurs compétences. Ce que nous faisons notamment à Santé arc-en-ciel Ontario en ce qui concerne la santé des transgenres, c'est que nous offrons une série de formations, dont deux sont accréditées pour des crédits de formation médicale continue. Nous n'offrons pas seulement ces formations. Nous offrons également un service d'appels de mentorat hebdomadaires. Des médecins, des infirmiers praticiens et d'autres professionnels de la santé peuvent appeler et obtenir du soutien pour répondre à leurs questions.

Nous voulons aller plus loin, car c'est l'engagement au fil du temps qui aide vraiment les gens à acquérir les compétences cliniques dont ils ont besoin pour pouvoir faire ce travail adéquatement.

Mme Sonia Sidhu: Il y a le secteur des technologies.

Madame Ross, pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet? Le taux de suicide est très élevé chez les jeunes. Pensez-vous qu'une application peut être utile pour éduquer ces jeunes?

Mme Lori E. Ross: J'imagine que l'on pourrait probablement intervenir auprès des jeunes en offrant des ressources et des renseignements sur la prévention du suicide. À ma connaissance, il n'existe aucune ressource qui cible la communauté LGBTQ2 à l'heure actuelle.

Je pense que nous devons examiner attentivement des façons de cibler les interventions en fonction des groupes. Le taux élevé de pensées suicidaires chez les jeunes est en grande partie attribuable au manque d'environnements de soutien, que ce soit la famille,

l'école, etc. Il est important d'avoir des interventions pour les jeunes en matière de prévention du suicide, mais nous devons également intervenir, par exemple, pour rendre les milieux scolaires plus sécuritaires pour les jeunes et offrir du soutien et des renseignements aux familles pour qu'elles puissent aider leurs enfants également.

Je pense que nous avons besoin d'une approche à multiples volets en ce sens.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

En tant que mère, pouvez-vous nous dire comment nous pouvons éduquer les parents pour les intégrer à ce groupe de parents dans la même situation?

Mme Giselle Bloch: Je pense qu'il faut en parler ouvertement. Je discute avec mes enfants de leurs expériences et de mon expérience en tant que parent. Il n'y a qu'un petit changement; autrement, ils sont les mêmes personnes qu'avant que je découvre ce qui se passe.

Je pense que les gens ne comprennent pas ce qui leur fait peur. C'est une question d'éducation.

Mme Sonia Sidhu: Avez-vous relevé des différences parmi les populations ethniques? Une approche différente a-t-elle été adoptée?

Mme Giselle Bloch: Oui, dans certains cas. Je ne veux pas tomber dans les généralisations ou les stéréotypes, mais oui, chez certains groupes, la principale question qui se pose est: « Que vont penser les gens de ma communauté? ».

Lorsque ces situations se produisent, étant donné que les gens ne nous le disent pas d'emblée, il est facile de leur fournir des explications et de les aider à pouvoir en discuter avec les gens de leur communauté, car il y a de fortes chances que de nombreuses autres personnes vivent la même situation. Quelqu'un doit être la première personne à dire « Mon enfant est gai », ou peu importe. Il sera ensuite étonnant de voir le nombre de personnes qui diront la même chose.

•(1700)

M. Devon MacFarlane: Puis-je ajouter quelque chose brièvement?

Mme Sonia Sidhu: D'accord.

M. Devon MacFarlane: Par l'entremise de Santé arc-en-ciel Ontario, nous avons effectué une évaluation des besoins à l'échelle provinciale pour ce qui est du soutien aux enfants transgenres et à leurs familles. Nous avons notamment communiqué avec les communautés ethnoculturelles et nous nous sommes assurés de couvrir la diversité de nos communautés.

Nous avons notamment entendu parler de la nécessité d'avoir du soutien adapté aux réalités ethnoculturelles, qui requiert souvent du financement et des ressources. Les gens peuvent avoir ou non ce qu'il faut pour faire du bénévolat, mais du soutien adapté aux réalités ethnoculturelles ferait toute la différence.

Le président: Le temps est écoulé. Merci beaucoup.

Monsieur Lobb, vous avez cinq minutes.

M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC): Merci, monsieur le président.

Ma première question porte sur l'étude. De toute évidence, quelques-uns des sujets qui ont été abordés aujourd'hui relèvent des provinces, et je pense que vous en conviendrez tous.

Quel conseil donneriez-vous à ce comité, à la ministre de la Santé, au premier ministre ou aux personnes concernées? Si nous cherchons à améliorer les résultats liés à la santé physique, mentale, etc., quel rôle le ministre de la Santé du gouvernement actuel ou du prochain gouvernement doit assumer?

Je ne sais pas si vous avez la réponse aujourd'hui ou s'il y a une réponse, mais sur quoi devrait-on insister dans ce rapport ou cette étude?

M. Richard Matern: L'une de nos recommandations porte sur la Loi canadienne sur l'accessibilité, le projet de loi C-81, pour veiller à ce qu'elle incorpore des mesures pour réduire les obstacles qui touchent de façon disproportionnée les membres de la communauté. Il y a aussi l'exigence selon laquelle les collèges de soins de santé doivent avoir des cadres en place pour protéger les utilisateurs de services LGBTQI2S, de même que des formations axées sur les compétences obligatoires, ce dont mes collègues ont parlé. Ce pourrait être un rôle.

Voulez-vous ajouter quelque chose?

M. Devon MacFarlane: Je crois savoir également que parfois, des comités fédéraux, provinciaux et territoriaux sont formés. Ce pourrait être une avenue à explorer, mais dans ce cas-ci, je m'assurerais d'inclure des membres actifs des communautés LGBT de différentes façons ou de les consulter, car si les gens qui prennent les décisions en matière de planification n'ont pas vécu les expériences, on risque de ne pas obtenir les résultats escomptés. Je suggérerais seulement...

M. Ben Lobb: Eh bien, vous parlez du gouvernement. Je ne sais pas s'il fera cela un jour.

Des députés: Oh, oh!

M. Ben Lobb: Cependant, c'est un bon point.

M. Devon MacFarlane: Il serait peut-être utile d'essayer quelque chose de différent, où vous avez d'autres intervenants qui travaillent pour la structure à la table également.

M. Ben Lobb: Quelqu'un d'autre voudrait faire une observation?

Mme Lori E. Ross: J'ajouterais simplement que bon nombre des déterminants de la santé très importants au sein des communautés LGBTQI2S sont les déterminants sociaux de la santé tels que la pauvreté, le logement et l'emploi, des secteurs qui relèvent du gouvernement fédéral et où il y a des possibilités pour le gouvernement, notamment la Stratégie nationale pour le logement et la nouvelle Stratégie pour la réduction de la pauvreté. Il y a certainement des possibilités à ce niveau. Même si ce ne sont pas des orientations stratégiques en matière de santé, il est possible d'avoir une incidence considérable sur la santé en reconnaissant les enjeux qui touchent la communauté LGBTQI2S dans ces secteurs.

M. Devon MacFarlane: Si vous me permettez d'ajouter une petite observation, je crois savoir que le gouvernement fédéral est le cinquième fournisseur de soins de santé en importance au pays, si bien qu'il y a certaines mesures que le gouvernement peut prendre pour également servir de modèle.

M. Ben Lobb: Un exemple, et je sais que pratiquement tout le monde l'a mentionné, et certains de mes collègues l'ont mentionné, porte sur la santé mentale.

Je suis un député qui représente une région rurale, et nous avons désespérément besoin de soutien en matière de santé mentale à tous les niveaux. De toute évidence, comme il y a un montant fixe versé aux gouvernements, comment proposez-vous que les gouvernements provinciaux fassent le meilleur usage possible des fonds pour la

santé mentale pour pouvoir aider tout le monde? Les habitants des régions rurales diraient, « Nous avons besoin de ceci », et d'autres diraient, « Nous avons besoin de cela », mais vous voulez vous assurer que tout le monde reçoit de l'aide. Comment pouvons-nous y parvenir?

M. Devon MacFarlane: Je pense que c'est en partie parce que ce sont des gens issus de régions rurales. Lorsque vous regardez l'un ou l'autre de ces facteurs, comment pouvons-nous aborder la situation de la meilleure façon possible?

En Ontario, par exemple, il y a la stratégie en matière d'équité en santé dans le Nord de l'Ontario que Qualité des services de santé Ontario a dirigée, et nous avons contribué à faire participer des membres des communautés LGBT à cette stratégie.

• (1705)

M. Ben Lobb: Est-ce que ce devrait être une initiative globale qui s'adresse à tous, ou devrait-il y avoir un volet axé sur cette communauté? C'est ce que j'essaie de dire.

M. Devon MacFarlane: Je pense qu'il doit y avoir un volet universel, mais si nous voulons que ce soit le plus efficace possible, il faut faire participer les communautés qui éprouvent le plus de difficultés pour que ces initiatives aient une incidence.

M. Ben Lobb: Quelqu'un d'autre veut intervenir?

Me reste-t-il du temps?

Le président: Vous avez 28 secondes.

M. Ben Lobb: C'est bon, je pense.

Le président: D'accord.

Nous allons maintenant passer à M. Eyolfson.

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

Merci à vous tous d'être venus.

Je suis très fier de faire partie de cette étude. Je pense que c'est un sujet très important.

Madame Ross, je suis tout à fait d'accord avec vous qu'il faut incorporer davantage de matériel de ce genre dans les programmes des écoles de médecine. Je me rappelle en 1990 lorsque j'étais un étudiant de deuxième année en médecine, nous avons parlé de la santé mentale des adolescents. Je ne me souviens pas de la conclusion exacte de la discussion, mais on a signalé qu'un signe de bon développement à l'adolescence est d'avoir des buts à long terme, une bonne éthique de travail et la capacité de nouer des relations hétérosexuelles. C'est un professeur en psychiatrie qui nous a enseigné cela en classe en 1990. Je suis heureux de voir que nous avons fait beaucoup de chemin depuis. Même à l'époque, nous sommes sortis de la classe en secouant la tête.

Vous avez mentionné une question que je veux poser — et vous pouvez tous y répondre — concernant les obstacles aux soins de santé auxquels sont confrontés cette communauté. Il y a parfois de la controverse entourant le type de soins qui seraient autorisés ou refusés dans les centres de soins de santé ou les établissements de soins de santé de longue durée qui sont de nature confessionnelle. Par exemple, il est bien connu que les hôpitaux catholiques n'autoriseront pas que des services d'avortement soient offerts. Il y a des hôpitaux et des foyers de soins personnels qui n'autorisent pas l'aide médicale à mourir et ne permettront même pas que la consultation à ce sujet se fasse sur leur propriété.

Savez-vous s'il y a des données qui révèlent que les personnes LGBT sont confrontées à un plus grand nombre de ces obstacles dans ce type d'établissements de soins de santé? Des tendances ont-elles été dégagées?

M. Devon MacFarlane: Dans une province, un médecin qui avait été formé pour effectuer de nombreuses chirurgies de transition était affilié à un hôpital catholique et ne pouvait pas effectuer ces chirurgies.

M. Doug Eyolfson: Quelqu'un d'autre a vécu des expériences où veut nous faire part de ce qu'il a entendu?

M. Devon MacFarlane: Il y a d'importantes craintes au sein des communautés LGBT entourant l'accès à des services offerts par des organismes confessionnels et d'autres services de traitement de la toxicomanie dans certains autres secteurs. Les craintes et les préoccupations sont nombreuses.

Mme Lori E. Ross: Je ne suis pas au courant des données relatives aux expériences pour ce qui est d'accéder aux soins de santé, mais je connais les données sur les répercussions des relations difficiles avec les groupes confessionnels sur la santé mentale des gens. Soit ils ne reçoivent pas de soutien de la part de ces groupes confessionnels, ce qui a une incidence négative sur eux, soit ils reçoivent du soutien de leur part, ce qui a une incidence positive sur leur santé mentale. Je pense qu'il est important de reconnaître également que dans certains cas, ces groupes peuvent être des milieux de soutien.

M. Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

Un enjeu qui peut considérablement affecter la santé physique et mentale d'une personne est l'itinérance. Nous en parlons beaucoup. Je crois comprendre que les jeunes LGBT sont surreprésentés parmi les sans-abri...

Mme Lori E. Ross: ... et les adultes aussi.

M. Doug Eyolfson: ... et les adultes aussi, oui.

Je crois savoir que bon nombre d'entre eux sont simplement des jeunes qui, lorsqu'ils sortent du placard, sont expulsés de leur foyer par leurs parents, étonnamment.

Y a-t-il des tendances parmi divers groupes démographiques? Les jeunes issus de familles de nouveaux immigrants ou de groupes culturels ou confessionnels différents sont-ils plus représentés parmi ces groupes, ou avons-nous suffisamment de données pour le savoir?

M. Devon MacFarlane: Je m'adresserais au Dr Alex Abramovich à ce sujet. Alex est l'un des principaux chercheurs dans le secteur du logement et de l'itinérance dans la communauté LGBT.

M. Doug Eyolfson: Très bien, merci.

J'imagine que mon temps de parole est écoulé, alors je vais simplement dire que j'aurais aimé avoir plus de temps.

Merci à vous tous de votre présence et de vos témoignages.

• (1710)

Le président: Nous allons maintenant entendre M. Davies.

M. Don Davies: Merci.

Docteur Ross, si j'ai bien compris votre témoignage, vous avez mentionné que le Canada ne s'en tire pas bien comparativement à d'autres pays quant à la façon de recueillir et de traiter des données. Pourriez-vous nous citer un pays que nous pourrions utiliser comme modèle pour améliorer notre collecte de données?

Mme Lori E. Ross: Nous utilisons principalement les données colligées aux États-Unis. Il y a un certain nombre de sondages qui ont été menés aux États-Unis qui ont d'excellentes données sur

l'orientation sexuelle et, plus récemment, sur l'identité sexuelle également. Il y a le sondage sur les facteurs de risque liés aux comportements aux États-Unis. Le sondage national sur la croissance des familles est un autre sondage qui renferme d'excellentes données. Il y a un certain nombre de sondages que nous utilisons généralement pour répondre aux questions auxquelles nous ne sommes pas en mesure de répondre à l'aide des données canadiennes.

M. Don Davies: Recommanderiez-vous qu'on prenne quelques-uns de ces sondages et qu'on les adapte et les mette en oeuvre au Canada?

Mme Lori E. Ross: Oui. Je pense que ce serait une possibilité, absolument. Je pense que nous devons examiner attentivement ces questions. Il faudra probablement les passer en revue en tenant compte du contexte canadien car il y a des différences linguistiques entre les deux pays, mais les concepts généraux que ces sondages évaluent seraient très utiles dans un contexte canadien.

M. Devon MacFarlane: Je crois savoir que dans le cadre du recensement au Royaume-Uni de cette année, on posait des questions sur l'identité sexuelle, si bien qu'il serait peut-être utile de l'examiner.

M. Richard Matern: Par ailleurs, le Royaume-Uni a également lancé un plan d'action national pour réduire les inégalités chez les personnes LGBT au pays. Auparavant, un sondage national a été mené auprès des personnes LGBT par le Department for Work and Pensions, si je ne m'abuse. C'était une enquête à participation volontaire envoyée aux membres de la communauté. Il y a eu un taux de participation très élevé, avec des centaines de milliers de répondants, et bon nombre des recommandations dans le plan d'action étaient fondées sur les résultats de ce sondage.

M. Don Davies: D'accord, merci.

Cette question s'adresse à M. Matern et Dre Ross.

Je trouve frappant que les préjugés et les enjeux entourant la santé mentale commencent à un très jeune âge. Je ne sais pas trop quand nos identités sexuelles se développent, mais c'est à un très jeune âge.

J'ai été étonné par l'une de vos recommandations, monsieur Matern, voulant que l'éducation nationale en matière de santé sexuelle doit commencer dès l'adolescence et l'enfance. Bien entendu, le contenu tiendrait compte de l'âge des jeunes, mais recommanderiez-vous que nous commençons à la prénatale, à la maternelle, en première année, pour nous assurer que nos éducateurs et nos enfants...?

Pouvons-nous faire un meilleur travail pour nous assurer que nous sommes tous éduqués sur la diversité des identités et des préférences sexuelles à un jeune âge d'une manière appropriée, pour commencer à lutter très tôt contre les stéréotypes et les préjugés, et pour créer les conditions où les gens peuvent être qui ils veulent très tôt? J'ai l'impression que le fait de dissimuler son identité sexuelle doit être très difficile et dévastateur pour un jeune.

Désolé. Je ne voulais pas faire un discours, mais qu'en pensez-vous?

M. Richard Matern: Je peux commencer.

Je pense que ce dont nous entendons parler, c'est que de nombreuses personnes qui travaillent dans le système scolaire ont peur de soulever le sujet. Par conséquent, il doit y avoir un mécanisme de protection quelconque pour les enseignants et les gens qui travaillent dans le système scolaire, pour pouvoir signaler ou soutenir les élèves en créant à tout le moins un milieu... que ce soit des normes nationales ou des dispositions législatives pour veiller à ce que les éducateurs et les gens dans le système soient protégés.

M. Don Davies: Monsieur MacFarlane.

M. Devon MacFarlane: Je crois savoir qu'en Colombie-Britannique, le Pride Education Network, qui est un groupe d'enseignants LGBT, travaille avec la BC Teachers' Federation et, je pense, avec le ministère de l'Éducation également pour élaborer des lignes directrices du nom de SOGI 123, qui portent sur la façon d'éduquer les enfants d'une façon appropriée à leur âge, dès la maternelle.

M. Don Davies: Madame Bloch, je ne vous ai pas posé de question. Avez-vous des observations sur la façon dont nous pouvons mieux soutenir...?

Mme Giselle Bloch: Je sais que des enfants aussi jeunes que deux et trois ans comprennent leur identité sexuelle, donc nous devons les éduquer le plus tôt possible, dès qu'ils commencent l'école.

Le président: D'accord. Le temps est écoulé.

Voilà qui termine notre série d'interventions, mais j'aimerais poser une question à M. MacFarlane, si vous n'y voyez pas d'inconvénient.

Vous avez mentionné que vous êtes transgenre. Pouvez-vous nous parler de votre histoire, de votre parcours et de certains des défis auxquels vous vous êtes heurté?

M. Devon MacFarlane: Je peux peut-être aborder la question de façon plus générale. Je m'interroge seulement sur la meilleure façon d'aborder les questions et les problèmes fondamentaux sur lesquels les gens se questionnent parfois.

J'ai fait la transition il y a une vingtaine d'années, et c'était une époque très différente. J'ai eu beaucoup de chance. Lorsque j'ai fait la transition au travail, mon employeur avait adopté, des mois auparavant, une politique des droits de la personne qui incluait l'identité et l'expression sexuelles, ce qui signifiait que je pouvais sortir du placard sans être congédié. C'était une préoccupation que j'avais. Je savais que je pouvais m'adresser à mon syndicat, au besoin, mais je n'ai pas eu à le faire car l'organisation pour laquelle je travaillais a été très proactive.

J'ai eu un bon accès à des soins médicaux car je travaille dans le système de soins de santé et je sais comment faire valoir mes droits. L'un des problèmes auxquels sont confrontés les transgenres comme moi, selon les organes que l'on a, comme Giselle l'a mentionné, ce sont les contrôles médicaux. Comment une personne comme moi peut-elle obtenir un mammographie ou des soins gynécologiques? Bien souvent, ce sont des services destinés aux femmes, alors comment est-ce pour une personne comme moi d'attendre dans une salle d'attente pour obtenir ces types de soins? Il y a différents facteurs à prendre en considération pour ce qui est de l'accès aux soins de santé.

J'ai eu beaucoup de chance pour ce qui est du soutien familial. Il a fallu environ sept ans à mon père pour l'accepter. Je l'aime, et il m'a appuyé durant tout le processus, mais il lui a fallu sept ans avant de m'appeler par mon nom. Il n'avait pas accès à du soutien. En tant que parent, il n'avait pas accès au soutien dont il avait besoin pour pouvoir comprendre la situation car, comme je l'ai déjà dit, c'était une autre époque.

•(1715)

Le président: Vous aviez 20 ans?

M. Devon MacFarlane: Non, je n'avais pas 20 ans. Un grand nombre de personnes transgenres ont l'air plus jeune que leur âge car elles passent par deux pubertés, donc je suis à la fin de la quarantaine.

Le président: D'accord, mais vous aviez 20 ans lorsque vous avez fait la transition...

M. Devon MacFarlane: C'était il y a 20 ans, donc j'avais environ 30 ans.

Le président: Oh, d'accord. Eh bien, merci de cette précision.

Madame Bloch, quelle incidence cela a-t-il eu sur vous en tant que parent d'apprendre que vos enfants — je ne sais pas. Sont-ils gais ou...?

Mme Giselle Bloch: Vous parlez des deux?

Le président: Oui, les deux.

Mme Giselle Bloch: Lorsque mes enfants m'ont appris la nouvelle, il y a eu une période d'adaptation. Mon aîné, qui avait déjà annoncé qu'il était lesbienne quatre ans auparavant a dit...

Le président: Quel âge avait-il à ce moment-là?

Mme Giselle Bloch: Il avait 18 ans lorsqu'il nous a annoncé qu'il était une lesbienne et 22 ans lorsqu'il nous a dévoilé qu'il était transgenre. Entre-temps, notre deuxième fils nous a dit qu'il était gai. Je voulais m'assurer que rien n'allait changer.

En rétrospective, bien entendu, nous sommes tous brillants. Rien n'a changé. C'était le même enfant avec les mêmes merveilleuses qualités qu'il avait avant qu'il fasse la transition, sauf qu'il est beaucoup plus heureux maintenant.

Le président: Je ne saurais trop vous remercier de nous faire part de votre histoire et expérience.

M. Ouellette n'a pas eu l'occasion de poser une question.

Avez-vous une question que vous voulez poser?

M. Robert-Falcon Ouellette (Winnipeg-Centre, Lib.): J'ai une question. Je pense que la secrétaire parlementaire pourrait poser une question également.

Le président: Avons-nous le consentement unanime?

Des députés: D'accord.

Le président: Bien.

M. Robert-Falcon Ouellette: Merci beaucoup, tout le monde.

Le gouvernement fédéral investit dans des accords sur les soins de santé et, au Manitoba, par exemple, on verse 399,6 millions de dollars pour la santé mentale et les soins à domicile. Vous avez également discuté du concept du retour dans le placard dans les soins infirmiers.

Je me demande si vous recommanderiez que les transferts en santé prévoient également une section sur les droits et les considérations des LGBT2Q concernant ces accords sur la santé.

M. Devon MacFarlane: Tout à fait, je recommanderais fortement de prévoir des fonds et des résultats pour cela. Il y a les aînés LGBT, mais il y a aussi les jeunes handicapés plus particulièrement qui auront davantage besoin de soins à domicile que de soins de longue durée en établissement.

Je me souviens d'avoir eu une conversation avec des gestionnaires de cas de soins à domicile il y a de cela quelques années. Ils demandaient, « Comment pouvons-nous aborder la situation? ». Une gestionnaire de cas avec qui je discutais était lesbienne et elle m'a dit, « Je vois deux aînés qui sont sans aucun doute en couple, mais ils ne se déclarent pas comme étant un couple et disent qu'ils sont des colocataires ».

Ces intervenants se sont rendus à leur domicile en raison de problèmes de santé car l'un des aînés commençait à avoir une santé fragile. Ce couple n'avait pas de statut légal et n'allait pas l'avoir car il ne se déclarait pas comme étant en union de fait, ce qui a d'importantes répercussions car ces deux aînés ne seront pas admissibles aux prestations de survivant. Il y a aussi la question de la prise de décision au nom du partenaire. Cette travailleuse en soins à domicile lesbienne ne savait pas comment entamer ces conversations.

Il y a beaucoup de vulnérabilité dans les soins à domicile et les soins à long terme. Il y a les questions qu'il faut poser aux personnes transgenres. Si vous devez fournir des soins très personnels, comme leur donner un bain et leur fournir des soins d'hygiène corporelle, et que le corps du patient n'est pas ce à quoi l'on s'attend, comment le fournisseur de soins peut-il gérer la situation de façon respectueuse? Là encore, ce sont des sujets qui suscitent beaucoup de craintes, et il est possible de faire beaucoup mieux pour offrir de bons soins.

● (1720)

Le président: Madame Damoff.

Mme Pam Damoff (Oakville-Nord—Burlington, Lib.): Merci.

Et merci également de l'accueil chaleureux.

Le président: Ordinairement, les secrétaires parlementaires ne posent pas de questions, mais c'est un cas particulier.

Je vous ai dit que c'est un comité intéressant.

Mme Pam Damoff: Oh, je n'en avais aucun doute.

J'ai une question au sujet des médicaments, des doses et des recherches. Nous savons qu'il n'y a pas si longtemps — et je pense que c'est toujours le cas —, des recherches seraient réalisées sur un homme de 200 livres et que la dose serait ajustée pour une femme en fonction de son poids. Cela commence à changer, mais je me demande s'il y a des lacunes en ce qui concerne la communauté LGBT.

Je pense plus particulièrement aux transgenres qui suivent une hormonothérapie ou aux gens qui doivent prendre un cocktail de médicaments pour le VIH. Des recherches ont-elles été menées pour voir si les médicaments pour le cœur d'une personne seront efficaces malgré les autres médicaments qu'elle prend?

M. Devon MacFarlane: C'est une excellente question.

Je ne sais pas exactement ce qui se passe. C'est une question qui est soulevée pour savoir ce qui doit être prescrit, mais il y a aussi la valeur des laboratoires, car c'est un peu différent aussi, et on se fonde souvent sur le sexe d'une personne à la naissance plutôt que sur les organes.

Il y a certainement des sujets à examiner, et il faudra vraiment se pencher sur ce qui se fait actuellement. Je suis désolé de ne pas avoir une réponse plus complète, mais je peux essayer de vous en faire parvenir une.

Mme Pam Damoff: C'est correct.

Mme Lori E. Ross: J'ajouterais peut-être que très peu de recherches se penchent sur le sujet. Il y a un manque réel de recherches médicales sur les résultats en matière de santé à long terme pour les transgenres qui ont subi des interventions ou qui prennent des médicaments particuliers, et il y a encore moins de recherches sur les questions des interactions médicamenteuses ou des doses appropriées que vous avez soulevées. Il faut absolument mener des recherches dans ces secteurs.

Mme Giselle Bloch: J'ajouterais simplement que lorsque mon fils a entrepris ce processus, ma mère m'a demandé, « Quels sont les risques de l'hormonothérapie sur sa santé? ». J'ai répondu, « Les risques pour sa santé s'ils ne commencent pas l'hormonothérapie sont bien plus élevés, et nous découvrirons quels sont ces risques plus tard lorsque plus de recherches auront été réalisées ».

Le président: Merci beaucoup, tout le monde. Merci aux membres du Comité, et merci aux témoins d'avoir entamé avec nous cette étude qui sera des plus intéressantes. J'espère qu'elle sera utile à tous lorsque nous l'aurons terminée.

Encore une fois, merci, tout le monde.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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