



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 140 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 30 avril 2019

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le mardi 30 avril 2019

• (1540)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)): Bienvenue à la 140^e séance du Comité permanent de la santé. Nous poursuivons notre étude sur la santé des membres de la communauté LGBTQ2 au Canada.

Nous avons 4 témoins aujourd'hui, qui vont avoir chacun 10 minutes pour faire leur déclaration liminaire.

Bienvenue à nouveau.

M. Jody Jollimore (directeur exécutif, Community-Based Research Centre): Merci.

Le président: J'aimerais vous présenter M. Gabriel Girard, chercheur et sociologue; M. Jody Jollimore, directeur exécutif, du Community-Based Research Centre; et M. Joël Xavier, administrateur, du Conseil québécois LGBT.

[Français]

M. Joël Xavier (administrateur, Conseil québécois LGBT): Bonjour.

[Traduction]

Le président: Nous avons également Mme Rachel Loewen Walker, directrice exécutive, et Mme Martha Smith, présidente du conseil d'administration, de OUTSaskatoon.

Nous allons commencer par vous, monsieur Girard. Vous avez 10 minutes.

[Français]

M. Gabriel Girard (chercheur régulier, sociologue, Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations): Merci.

Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, chers collègues, je suis très heureux de prendre part aux travaux de ce comité sur la santé des personnes LGBTQ+. Je tiens à vous féliciter de mener ce travail de concertation et de consultation.

Avant de commencer mon propos, laissez-moi me présenter rapidement.

D'abord, sur le plan personnel, je suis un homme gai et cisgenre. Ensuite, au plan professionnel, puisque c'est à ce titre que je participe aux travaux du Comité, je suis sociologue, membre du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations — le CREMIS —, où je coordonne les activités d'un groupe de travail sur le genre et la diversité sexuelle. Je suis également agent de planification et de recherche à la Direction régionale de santé publique de Montréal.

Mon expertise professionnelle et scientifique porte principalement sur les hommes gais, bisexuels et les autres hommes ayant des

relations sexuelles avec des hommes, cisgenres et transgenres. Pour faire court, je vais utiliser l'acronyme gbHARSAH. Je m'intéresse aux conditions et aux situations de ces hommes en contexte urbain principalement. C'est donc avant tout à partir de cette expertise que je vais m'exprimer aujourd'hui.

Comme introduction à ma présentation, je voudrais préciser le cadre théorique dans lequel se situent mes réflexions, c'est-à-dire l'analyse relative aux inégalités sociales de santé. Cette analyse permet de saisir d'un même mouvement les dimensions systémiques et les réalités communautaires et individuelles des déterminants sociaux de la santé. Si l'on considère la santé des personnes LGBTQ+, l'analyse relative aux inégalités sociales souligne l'importance d'une approche holistique de la santé, afin de comprendre pourquoi les personnes de la diversité sexuelle et de genre sont structurellement en moins bonne santé que la population générale sur le plan de la santé physique, de la santé mentale ou de la prévalence des infections transmissibles sexuellement et par le sang, ou ITSS.

Pour la suite de ma présentation, je vais décrire les différentes barrières à la santé rencontrées par les personnes LGBTQ+ telles qu'elles apparaissent tant dans la littérature scientifique que dans ma pratique professionnelle.

Au Québec, les difficultés de santé des personnes LGBTQ+ sont diversement documentées. Pour les HARSAH, on dispose de nombreuses études, quantitatives et qualitatives, principalement liées à l'épidémie de VIH/sida. Par contre, pour les lesbiennes, les bisexuels, les personnes trans et les autres personnes de la diversité sexuelle, les données sont malheureusement plus restreintes, souvent moins précises, et relèvent pour la plupart des constats de terrain des organismes communautaires. On bénéficie cependant de suffisamment de recul pour dégager quelques enseignements utiles sur les différentes barrières auxquelles les personnes LGBTQ+ font face dans la reconnaissance de leurs problèmes de santé.

Mon premier point concerne les barrières qui s'établissent au niveau systémique ou structurel.

Au Canada, comme dans plusieurs pays développés, les personnes LGBTQ+ ont pratiquement obtenu un traitement d'égalité devant la loi. Je dis « pratiquement », car il reste des droits à obtenir, en particulier pour les personnes trans au Québec. Cependant, l'égalité juridique n'est pas l'égalité réelle. Autrement dit, la reconnaissance des couples de même sexe ou la mise en place de politiques de lutte contre l'homophobie sont des acquis indiscutables, mais sont encore souvent en décalage avec l'expérience de nombreuses personnes LGBTQ+.

Dans une société où l'hétérosexualité demeure la norme sociale dominante, le vécu et le développement des jeunes LGBTQ+ en particulier restent fortement imprégnés de sentiments de honte et, malheureusement, aussi d'injures, de brimades et de violences. Ces dimensions, qui affectent profondément l'estime de soi, expliquent en grande partie le haut taux de tentatives de suicide chez les personnes LGBTQ+, mais aussi plus largement la prévalence élevée des difficultés de santé mentale, notamment de l'anxiété, du mal-être et une mauvaise image corporelle. Dire cela n'est pas faire un constat d'impuissance. Nos sociétés évoluent et peuvent encore évoluer grâce à la visibilité accrue de la diversité sexuelle et de genre et à la multiplication de modèles positifs, mais aussi grâce au travail des alliés et aux innovations dans le domaine de l'éducation.

Mon second point porte sur les barrières à la santé LGBTQ+ dans le système de santé.

Au cours des dernières années, de nombreux progrès et innovations ont été déployés, le plus souvent en réponse à l'urgence de l'épidémie de sida. Ces acquis sont une source d'enseignements très importante. Cependant, ils souffrent de deux limites principales.

Premièrement, les services existants cantonnent généralement la santé des minorités sexuelles à la santé sexuelle ou à la lutte contre les ITSS. Deuxièmement, ces services sont d'abord et avant tout adaptés, à quelques exceptions près, aux personnes gaies et bisexuelles et les autres HARSAH cisgenres.

• (1545)

Or, les problèmes de santé des personnes LGBTQ+ découlent très largement de leurs difficultés à être reconnues et reçues dans le système de santé comme des individus ayant des défis et des besoins spécifiques. C'est une réalité plus marquée pour les personnes LBTQ que pour les gbHARSAH. Le système de santé, en particulier au Québec, peine encore trop souvent à s'adapter à cette réalité pour les raisons suivantes.

D'abord, la population concernée est souvent perçue comme très minoritaire par les décideurs. C'est peut-être vrai dans certains contextes, mais cela n'empêche pas de mettre en place des approches et des politiques inclusives. Ensuite, les besoins de santé exprimés par les communautés LGBTQ+ n'apparaissent malheureusement pas toujours prioritaires en contexte de restrictions budgétaires. Enfin, les autorités de la santé n'ont pas toujours une perception adéquate des besoins de santé. À défaut d'études et de données disponibles, comme je le disais en introduction, certains groupes de la population sont malheureusement encore mis de côté. Or, l'expérience montre, notamment à Montréal, que l'adaptation des services peut faire l'objet d'une collaboration étroite entre les communautés concernées, les organismes qui les représentent et les services de santé.

Le troisième niveau de barrières pour la santé LGBT dont je voulais parler aujourd'hui découle directement du précédent, puisqu'il concerne les pratiques professionnelles.

Trop souvent, les personnes LGBTQ+ font des demandes aux services de santé, mais sont aux prises avec des difficultés ou vivent des expériences négatives ou arbitraires. Ces difficultés peuvent être de plusieurs ordres.

Premièrement, il y a des pratiques discriminantes ou stigmatisantes, car cela existe encore, malheureusement. Deuxièmement, des intervenants ou des professionnels de santé, parce qu'ils ne s'estiment pas assez formés, orientent les patients vers d'autres confrères ou consœurs, ce qui occasionne parfois des délais d'attente injustifiés. Enfin, plus généralement, il est difficile d'accéder à un intervenant ou à un professionnel de la santé ouvert et accueillant, soit pour des

raisons d'éloignement géographique et de barrières financières, soit parce que ces professionnels sont déjà surchargés.

Le dernier niveau de barrières dont je veux parler concerne les personnes elles-mêmes. Prendre soin de soi et de sa santé est une pratique éminemment sociale et culturelle. Le genre et l'orientation sexuelle, mais aussi la couleur de peau, le niveau d'éducation, le niveau de revenus ou l'insertion communautaire jouent des rôles clés dans tous ces processus. Pourquoi? C'est parce que prendre conscience qu'on a des besoins particuliers et légitimes en matière de santé en tant que personne LGBTQ+ nécessite une aisance avec soi-même, une connaissance de son corps, une capacité réflexive et un désir de prendre soin de soi qui se développent aussi dans les interactions avec les autres membres de sa communauté d'appartenance et avec le système de santé. Le passage du besoin de santé perçu au recours effectif aux soins de santé s'inscrit dans ce schéma relationnel de la même manière que le maintien dans les soins, la poursuite de son traitement ou le suivi médical.

Après avoir dressé rapidement le constat de ces différentes barrières, je voudrais terminer ma présentation en pointant un certain nombre de pistes de solution qui proviennent principalement de mon expérience professionnelle. D'emblée, je précise que le succès de ces pistes de solution s'appuie sur trois conditions gagnantes: la concertation intersectorielle, la reconnaissance de l'expertise des communautés concernées et la prise en compte de la diversité des besoins de santé des personnes LGBTQ+.

La première piste d'amélioration concerne les parcours de santé.

Le premier enjeu lié au parcours de santé a trait à la navigation. À Montréal, les recherches auprès des gbHARSAH ont bien démontré qu'au-delà des services spécialisés ou adaptés, la clé se situe aussi dans la capacité des hommes concernés de naviguer dans le système de santé. Accéder au dépistage régulier des ITSS est une bonne chose, mais il faudrait aussi que cette porte d'entrée permette d'être orienté, si nécessaire, vers des services en santé mentale et en dépendance, ou à des ressources communautaires pour briser l'isolement. La logique des vases clos conditionne encore trop souvent le recours aux soins. Mettre en place des outils de navigation, par exemple une cartographie des services en ligne, faciliterait la vie des personnes concernées et le travail des professionnels de la santé.

Le deuxième enjeu relatif au parcours de santé est que les besoins de santé des membres des communautés LGBTQ+ varient selon les identités et au cours de la vie. Par exemple, les aînés LGBTQ+ ont besoin de services en tant qu'aînés, mais aussi en tant que personnes LGBTQ+. Une approche intégrée permettrait de prendre cela en compte adéquatement.

Enfin, une troisième idée très simple pour faciliter les parcours de santé serait de mettre en place des outils visuels comme des affiches ou des dépliants dans les services ou les organismes signalant que les personnes LGBTQ+ sont les bienvenues. Ces marques de considération, souvent discrètes, représentent un signal favorable pour que les personnes concernées se sentent à l'aise de se dévoiler auprès de leur professionnel de la santé.

La seconde piste d'amélioration touche plus directement les professionnels de la santé. Cela concerne évidemment les connaissances, donc la formation initiale et continue, car les outils sont maintenant nombreux pour développer les compétences des professionnels qui reçoivent des patients LGBTQ+. Cela concerne aussi le savoir-être, car, contrairement à une idée reçue, il n'est pas nécessaire d'être un spécialiste de la santé LGBTQ+ pour prendre en charge les patients issus de ces communautés.

• (1550)

Dans la plupart des situations, la disponibilité et l'attention à la personne peuvent suffire à détecter des difficultés et à envisager les options ou une orientation pour la santé. Le fait qu'un patient dévoile son orientation sexuelle ou son identité de genre doit être perçu comme un pas très significatif par les professionnels de la santé.

[Traduction]

Le président: Excellent. Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Jollimore.

M. Jody Jollimore: Bonjour, monsieur le président, et mesdames et messieurs les membres du Comité permanent de la santé. Je vous suis reconnaissant de pouvoir m'adresser à vous ici, sur le territoire traditionnel des Premières Nations algonquines.

Je m'appelle Jody Jollimore, et je suis directeur exécutif du Community-Based Research Centre, ou CBRC. Mon expertise provient de mon travail en prévention du VIH depuis 15 ans, d'une maîtrise en politique publique, mais surtout, du fait que je suis un homme gai qui a vécu, travaillé, et aimé en Nouvelle-Écosse, au Québec et en Colombie-Britannique.

J'ai la chance d'être né à une époque où il fait bon être gai. J'ai grandi avec *Will & Grace*, Svend Robinson et, en grande partie, avec le mariage gai. Au moment où j'ai commencé à être actif sexuellement, les médicaments ont fait en sorte que les hommes comme moi ne succombaient plus au sida dans la force de l'âge.

Toutefois, malgré les pas de géant accomplis dans le domaine des politiques et des droits de la personne, notre bilan de santé, le bilan de santé de toutes les personnes queers, demeure un des pires au pays.

Mon organisme, le CBRC, a été fondé en 1999 pour faire face au problème du VIH chez les hommes gais en Colombie-Britannique. Même si l'organisme a été fondé par et pour des hommes gais, nous avons fait des efforts pour inclure d'autres hommes des minorités sexuelles, y compris les bisexuels, les queers — cis et trans — et les personnes bispirituelles. Notre enquête nationale Sex Now constitue le plus grand ensemble de données sur cette population et demeure une source importante d'information pour les décideurs et les concepteurs de programmes.

Vous savez, pendant que les gouvernements s'efforçaient de faire fi, ou même pire, d'éradiquer notre population, nous nous employions tranquillement à recueillir des données, à préparer des rapports et à parler de la santé des hommes gais à quiconque prêtait l'oreille. Aujourd'hui, nous nous intéressons davantage à la politique publique, parce que nous sommes conscients que les changements nécessaires sont de nature transformationnelle et structurelle. À titre d'exemple, nous avons établi dernièrement un partenariat avec la Société canadienne du sang pour les aider à modifier leur politique sur les dons de sang des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Toutefois, avant de parler de politique, je veux vous raconter une histoire qui, je pense, mettra en contexte les difficultés auxquelles la communauté homosexuelle doit faire face.

Un de mes meilleurs amis au secondaire était gai. C'était un très bon ami et un mentor pour moi. Nous avons tous les deux quitté notre village en Nouvelle-Écosse pour poursuivre nos rêves. Toutefois, mon ami avait toujours lutté contre un problème de dépression non diagnostiqué, et la situation a empiré lorsque nous sommes allés vivre en ville. Même s'il était entouré plus que jamais de gens comme lui, il continuait de se sentir seul, déprimé, anxieux, soit des problèmes que connaissent très fréquemment les personnes queers, même dans les grandes villes. Il s'est soigné lui-même en prenant de la drogue et a commencé à consommer du crystal meth. En prenant de la meth, il se sentait bien. Il se sentait désiré et accepté au sein d'un groupe. Il est difficile de savoir s'il utilisait de la meth lorsqu'il a contracté le VIH, mais j'étais avec lui le jour où il a reçu ses résultats. Nous avons pleuré ensemble. Nous savions qu'il allait survivre, parce que des traitements existaient pour le garder en vie, en particulier en Colombie-Britannique. Mon ami a toutefois décidé de ne pas se faire traiter. Il s'est isolé davantage. Il a perdu emplois, appartements, amoureux et amis parce qu'il consommait de la meth.

Lorsqu'il n'est pas traité, le VIH se transforme en sida. Même si c'est rare au Canada, cela arrive encore, habituellement seulement aux personnes les plus marginalisées et coupées des soins médicaux. Mon ami est mort du sida à la fin des années 2000, même s'il pouvait avoir accès à des médicaments gratuitement qui lui auraient sauvé la vie. Mon ami n'était pas parmi les plus marginalisés. Il faisait partie des gens privilégiés, comme moi. Je suis blanc, je suis en bonne santé, je suis cisgenre, et je ne suis pas infecté par le VIH. Tout cela fait de moi un être privilégié, et pourtant, selon l'Agence de la santé publique du Canada, le fait que je sois un homme gai signifie que je suis 131 fois plus à risque de contracter le VIH, 20 fois plus à risque de développer un cancer anal associé au VPH et 4 fois plus à risque de suicide.

C'est alarmant. C'est pourtant le portrait d'un homme gai privilégié et en santé. La barre n'est pas très élevée.

J'ai écouté les témoignages de mes collègues que vous avez entendus lors des trois séances précédentes, et j'ai pu assister à votre séance à Montréal au RÉZO. Je pense que les intervenants ont fait un excellent travail pour jeter les bases de cette étude. Vous savez maintenant que notre santé n'est pas très bonne. Nous sommes en déficit sur tous les plans — physique, sexuel et mental. Et c'est seulement ce que les données limitées que nous avons nous révèlent. Si on mettait vraiment à profit les outils de recherche et de collecte de données au sein du gouvernement fédéral, nous en saurions tellement plus.

Parlons donc de ce que le gouvernement fédéral peut faire à ce sujet. Premièrement, mon ami avait des problèmes de santé mentale dont on ne parlait ni à la maison ni à l'école. On a procédé à des investissements en santé mentale dernièrement, mais ils sont modestes, et bien souvent, ils ne s'attaquent pas aux problèmes uniques des personnes queers. La santé mentale a des répercussions sur de nombreux autres aspects de notre santé, et il est beaucoup plus coûteux de traiter le problème que de le prévenir. Traiter coûte presque toujours beaucoup plus cher que prévenir.

Le gouvernement fédéral devrait accroître ses investissements en santé mentale et réserver des fonds pour les minorités sexuelles et de genre. Le fonds pour la santé mentale de l'Agence de la santé publique est un programme qui pourrait être élargi pour inclure les organismes qui mènent des recherches sur les personnes queers, ou avoir pour mandat de cibler les appels de financement de ces organismes.

•(1555)

Il faut aussi s'efforcer de contrer la stigmatisation au pays. Cela nous tue. Cette même stigmatisation, la peur et la honte accentuent les traumatismes et le stress au sein des minorités, et cette même honte et stigmatisation nous empêchent d'avoir accès aux services dont nous avons besoin. Il en résulte donc des hauts taux de VIH et de sida, de toxicomanie, de dépression, d'anxiété et de suicides.

Le gouvernement fédéral peut réduire la stigmatisation de plusieurs façons. La première est l'égalité devant la loi — nous sommes sur la bonne voie, mais il reste encore du travail à faire. Puis il y a le recours abusif au Code criminel pour, notamment, l'usage de substances qui, comme nous sommes à même de le constater, a des répercussions dévastatrices sur les consommateurs de drogues au pays, et également la criminalisation de la non-divulgaration du VIH. Ces deux éléments contribuent à stigmatiser nos communautés. Il y a ensuite le rôle du gouvernement fédéral dans l'éducation et la sensibilisation. Le gouvernement parraine des campagnes de marketing social sur la toxicomanie, la lutte contre le racisme et les saines habitudes alimentaires. Il pourrait en faire plus sur la sexualité et le genre. Les initiatives pourraient être financées, sous l'angle de la santé, par Santé Canada, ou, sous l'angle de l'équité, par Femmes et Égalité des genres.

Nous avons aussi besoin de fonds réservés. Les fonds réservés à diverses populations ne manquent pas. Il y a le fonds pour la réduction des méfaits pour les consommateurs de drogues, le fonds pour la santé mentale des Canadiens noirs, ce qui est fantastique, mais nous avons aussi besoin de fonds semblables pour la communauté queer. Nous avons besoin de plus de fonds réservés pour la recherche et les programmes, des fonds pouvant provenir de l'Agence de la santé publique ou des Instituts de recherche en santé du Canada et de leurs centres de santé.

Je sais que le Comité l'a entendu dire à maintes reprises au cours des dernières semaines, mais nous devons agir pour améliorer la collecte et l'utilisation des données au pays. Ce serait une solution rapide, mais nous devons aussi trouver des approches novatrices pour combler les lacunes.

Je sais que le Comité a étudié la question du régime d'assurance-médicaments et présenté des recommandations, mais je veux ajouter mon grain de sel, à savoir qu'il s'agisse de médicaments contre le VIH, de vaccins contre le VPH ou de thérapie hormonale pour les personnes trans, un programme national d'assurance-médicaments faciliterait grandement l'accès aux outils de prévention. À défaut de cela, le gouvernement fédéral a également d'autres façons créatrices de financer les traitements dans les provinces où ils ne sont pas couverts. À titre d'exemple, le financement fédéral a été utilisé pour combler les lacunes dans l'accès au traitement contre l'hépatite C dans les provinces. Le gouvernement fédéral pourrait étendre cette stratégie pour veiller à ce que les personnes queers puissent avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin, peu importe où ils habitent.

À mon avis, il s'agit là du rôle du gouvernement fédéral, c'est-à-dire veiller à l'équité et à l'accessibilité pour tous les Canadiens, parce que le fait d'être queer ou de faire partie d'une minorité sexuelle n'a pas de répercussions uniquement sur la communauté en question, mais transcende les races, les groupes ethniques, les religions et les allégeances politiques. Il y a des personnes gaies, lesbiennes, trans et queers dans toutes les communautés au pays, peu importe la circonscription que vous représentez. Pourquoi les personnes queers devraient-elles aller vivre en ville pour pouvoir profiter des soins de santé dont elles ont besoin?

Nos données révèlent que plus une personne habite loin d'un centre urbain, moins elle est susceptible d'aller voir son médecin. Et nous savons que si vous n'allez pas voir votre médecin, vous avez 10 fois moins de chances de passer un test de dépistage du VIH, et encore moins de recevoir les soins dont vous avez besoin.

Je faisais des entrevues en Colombie-Britannique, et après une longue journée, je me suis arrêté dans la petite ville de Castlegar pour acheter un café. C'est là où j'ai rencontré Todd, un être très joyeux, clairement gai et fier de l'être. Je me suis mis en mode chercheur, et j'ai commencé à lui poser des questions. En bon citoyen, je lui ai demandé ce qu'il faisait à Castlegar. Il m'a répondu qu'il avait habité dans des villes, à Vancouver et à Calgary, et qu'il était toujours revenu ici. Il considère Castlegar comme son chez-soi et adore y vivre. Je me suis dit que c'est pour cette raison que je fais ce travail. C'est pourquoi cette étude est importante, afin que des gens comme Todd n'aient pas à déménager en ville pour être en sécurité, pour trouver de bons services de santé et se sentir libres de toute discrimination.

Monsieur le président, j'aimerais reprendre une citation avant de conclure:

« Au fil de notre histoire, des lois et des politiques adoptées par le gouvernement ont légitimé beaucoup plus que les inégalités. Elles ont légitimé la haine et la violence et ont couvert de honte les personnes ciblées. »

Elle est tirée des excuses présentées par le gouvernement aux Canadiens LGBTQ2 en 2017.

Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, vous avez aujourd'hui l'occasion de corriger certains torts, de changer des lois et des politiques qui continuent de nuire gravement à la santé des personnes queers, trans et bispirituelles. Je vous mets au défi de le faire, et je vous offre le soutien et l'expertise de mon organisme. J'ai hâte de pouvoir discuter avec vous de ce que nous pouvons faire pour rendre nos communautés sécuritaires et saines pour les Canadiens queers.

Merci.

•(1600)

Le président: Je pense que vous devriez vous présenter aux élections.

M. Jody Jollimore: Merci. Je ne pense pas, non.

S'agit-il d'un compliment, toutefois?

Des voix: Oh, oh!

Mme Marilyn Gladu (Sarnia—Lambton, PCC): Oui.

Le président: Monsieur Joël Xavier, c'est à votre tour. Vous avez 10 minutes.

[Français]

M. Joël Xavier: Bonjour à tous.

Premièrement, je veux remercier tous les membres du Comité. Je suis très heureux d'être ici. Le fait que nous ayons l'occasion de discuter de ces enjeux ensemble et de nous poser des questions est vraiment important pour la démocratie. Je vous remercie beaucoup de cette occasion qui nous est offerte. Je veux aussi remercier le personnel de soutien qui est présent aujourd'hui ainsi que les interprètes et les autres professionnels langagiers qui me permettent de m'exprimer dans ma langue. Merci beaucoup.

Je m'appelle Joël Xavier. Je suis Franco-Ontarien de naissance, mais Québécois d'adoption. Je suis un homme gai et également une personne trans. Oui, on peut en effet être désigné par deux lettres de l'acronyme. C'est possible. Dans la vie, j'ai la chance d'être à la fois trans et gai. Certains pourraient dire que je suis doublement stigmatisé; moi, je me trouve doublement chanceux. En tant que citoyen canadien, ces enjeux me touchent sur les plans personnel, professionnel et scolaires. Présentement, je siège au conseil d'administration du Conseil québécois LGBT. C'est à ce titre — en tant qu'administrateur, membre du CA — que je vais livrer ma présentation aujourd'hui.

[Traduction]

Vous pourrez ensuite me poser des questions en anglais ou en français, à votre guise.

[Français]

Le Conseil québécois LGBT, à titre de regroupement, représente 35 organismes qui défendent les droits et les intérêts LGBT+ au Québec dans une optique de transformation sociale. Nous avons une approche consultative, ce qui veut dire que nous consultons nos membres et rapportons leurs projets, leurs intérêts et leurs priorités. Nous militons, à l'échelle provinciale, pour les droits et la défense des intérêts. Nous couvrons tout le Québec et une population aussi bien francophone qu'anglophone, ou encore d'une autre langue. Notre perspective est intersectionnelle. Comme mes confrères l'ont dit plus tôt, cela signifie que nous tenons compte de la façon dont les déterminants sociaux et de la santé peuvent être croisés et avoir un impact. C'est important, parce que nous ne sommes pas seulement LGBT: nous sommes aussi des personnes qui ont une vie, un certain âge, un héritage culturel, et ainsi de suite.

Nos consultations et la recherche nous permettent de constater, tout comme vous, sûrement, que la relation entre les personnes LGBT+ et le domaine de la santé ne se porte pas bien. Nous avons de la difficulté à accéder aux soins de santé. Il y a plusieurs causes structurelles et interpersonnelles, ainsi que des causes comme l'éloignement des régions. Comme mes confrères l'ont dit, la plupart des services sont disponibles seulement dans les grands centres urbains. Or nous sommes d'avis qu'il ne faut pas avoir à déménager à Montréal ou à Québec pour recevoir des soins en tant que personnes LGBTQ. Notre population intègre toutes les couches de la société. Nous ne devrions pas être considérés comme des exceptions, des personnes très particulières et difficiles à comprendre. Nous sommes des citoyens comme tout le monde.

Cette perte de confiance ne date pas d'hier. Bien qu'il y ait beaucoup d'avancées du côté des droits et que les gens commencent à s'informer de plus en plus, il y a un manque de recherche en ce qui concerne notamment l'expertise des personnes qui sont elles-mêmes LGBTQ et des acteurs sur le terrain. Il est difficile d'avoir de l'information pour défendre nos droits. Nous sommes d'avis qu'il faut consacrer davantage d'argent à la recherche. Je pense aussi aux hommes, aux femmes et aux personnes non binaires que je connais, qui sont dans la soixantaine et qui transportent avec eux toutes sortes de traumatismes. La difficulté de faire confiance au système de santé est une expérience que nous vivons. Si on nous dit que nous sommes bizarres, qu'il y a en nous quelque chose de mal et qu'on considère notre identité comme une pathologie — ce qui se fait encore au Canada —, il est certain que nous n'allons pas faire confiance au système de santé. Il faut beaucoup de temps et d'efforts pour dénouer ces difficultés. Pour les personnes trans, particulièrement, l'accès aux soins de santé est encore très difficile.

Si vous lisez les mémoires et les témoignages concernant les projets de loi n^{os} 35 et 103, du Québec, vous verrez qu'il y a encore beaucoup de chemin à faire. Depuis 2009 au Québec, certaines chirurgies affirmatives du genre, pour les personnes trans, sont payées par le gouvernement par l'entremise de la RAMQ. Toutefois, pour avoir accès à ces chirurgies, les personnes trans doivent encore fournir une évaluation psychiatrique et assumer elles-mêmes les frais que cela représente. Or pour obtenir une évaluation psychiatrique afin d'avoir accès à une chirurgie affirmative du genre, il peut en coûter jusqu'à 1 000 \$, voire plus. Ce n'est pas le cas pour une personne atteinte d'un cancer qui subit une mastectomie. On ne va pas demander à cette personne de fournir une évaluation psychiatrique. Il y a donc là des inégalités. Il y a aussi des facteurs qui font que le système n'est pas très efficace.

Simplement du côté de la santé générale des personnes trans, on constate dans une étude ontarienne — mais on observe la même chose au Québec — qu'environ 30 % des personnes trans ne consultent toujours pas les services d'urgence, dans le cas d'une urgence médicale, parce qu'elles craignent la discrimination. Par conséquent, nos problèmes de santé s'accumulent parce que nous avons peur des prestataires de soins. Comme nous n'accédons pas à ces soins, notre santé se détériore. Nous finissons par nous rendre à l'hôpital quand nous y sommes vraiment forcés. Cela représente des coûts pour le système. Comme le disaient mes confrères, le fait de ne pas faire de prévention génère des coûts à long terme pour le système.

Nous avons quelques recommandations à faire. Combien de temps me reste-t-il?

• (1605)

[Traduction]

Le président: Il vous reste trois minutes.

[Français]

M. Joël Xavier: D'accord.

Par rapport aux personnes trans, il serait important d'informer le milieu de la santé et de le sensibiliser aux problèmes propres aux personnes LGBTQ+, d'habiliter les personnes LGBTQ+, comme moi, qui ont vécu des difficultés à prendre conscience qu'elles ne sont pas seules et qu'elles ont le droit d'exiger de bons soins de santé, comme tous les Canadiens et les Canadiennes.

Il serait également important d'élaborer des lignes directrices transférables entre les établissements de santé pour les personnes LGBTQ+, mais surtout pour les personnes trans, et de consulter les personnes trans dans l'élaboration de ces lignes directrices. Il serait aussi important de créer un comité-conseil avec des personnes qui ont de l'expertise sur le terrain pour concevoir des lignes directrices et être en communication constante avec les instances du gouvernement.

La dernière chose que je voulais mentionner, mais qui est pourtant très importante, c'est la situation des personnes intersexuées au Canada. Au Canada, il arrive encore que des personnes intersexuées aient des interventions chirurgicales sans leur consentement. Le terme « intersexué » veut dire qu'au moins une dimension du sexe biologique n'est pas conforme aux attentes du système médical concernant ce que devrait être le sexe féminin ou masculin.

Dès la naissance, on pratique souvent des interventions chirurgicales qui ne sont pas nécessaires pour le bon fonctionnement du système uro-génital de l'enfant. On pratique encore quand même ces interventions, au Canada, sans le consentement de ces enfants, qui n'ont pas l'âge de consentir. Ces interventions causent des séquelles assez graves plus tard dans la vie, notamment sur le plan du plaisir. Nous avons tous droit au plaisir et au plaisir sexuel. Aussi, il y a parfois des complications médicales ou relatives à la capacité de reproduction et à la fertilité des gens.

C'est important d'arrêter de pratiquer des interventions chirurgicales sur des personnes intersexuées sans leur consentement. Des personnes intersexuées, il y a en beaucoup. Souvent, on pense que c'est une extrême minorité, mais on dit qu'il y en a autant que de roux. Donc, il y a beaucoup de personnes intersexuées. Je pense que mon temps de parole est presque écoulé.

Je veux vous remercier de votre temps et de votre écoute. J'espère que c'est le début d'une très belle conversation. Je suis très heureux d'être ici, de pouvoir parler dans ma langue et de représenter le Québec. Merci beaucoup, tout le monde.

• (1610)

[Traduction]

Le président: Nous sommes très heureux de votre présence.

Dans votre première phrase, vous avez dit: « Je suis un homme gai et également une personne trans. »

M. Joël Xavier: Oui.

Le président: Pouvez-vous m'expliquer ce que cela signifie?

M. Joël Xavier: Bien sûr. Pour les personnes trans et d'autres personnes, même pour ceux qui ne sont pas trans, la première valeur et la plus importante est l'autodétermination. Si vous me dites que vous êtes un homme, je vais respecter le fait que vous êtes un homme. D'accord?

Le président: Oui.

M. Joël Xavier: Très bien, alors votre orientation sexuelle indique qui vous êtes et par qui vous êtes attiré. Si je suis un homme et que je suis attiré par des hommes exclusivement, alors je peux dire que je suis un homme gai — même si on m'a attribué le sexe féminin à la naissance. Je suis trans, ce qui veut dire que je ne suis pas le même genre que celui que ma mère avait choisi pour moi à ma naissance. Elle a eu tort, désolé. Le fait est que je suis attiré exclusivement par des hommes, si bien que je suis un homme trans gai. Est-ce que cela a du sens?

Le président: Oui, mais c'est la première fois que j'entends cela.

M. Joël Xavier: Oui, et nous sommes nombreux.

Le président: Combien?

M. Joël Xavier: Plus de 50 %. Oui, nous sommes nombreux. Nous sommes... beaucoup.

Il y a aussi beaucoup de personnes trans hétéros également, si bien que le simple fait d'être trans... Les personnes trans ont aussi une orientation sexuelle, alors il y a des personnes trans hétéros, de même que des personnes trans gaies et bisexuelles.

Le président: Nous continuons d'apprendre. Merci beaucoup. Je vous en suis reconnaissant.

Nous passons maintenant à madame Walker.

Mme Rachel Loewen Walker (directrice exécutive, OUTSaskatoon): Merci, monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité permanent de nous accueillir aujourd'hui. Je m'appelle Rachel Loewen Walker, et je suis une femme queer cis et

je suis directrice exécutive de OUTSaskatoon depuis les cinq dernières années.

OUT est un centre communautaire pour les personnes queers, trans et bispirituelles qui est en activité depuis 28 ans sur le territoire du Traité n° 6 à Saskatoon, en Saskatchewan.

Avant de continuer, j'aimerais vous présenter la présidente du conseil d'administration de OUTSaskatoon, Mme Martha Smith.

Mme Martha Smith-Norris (présidente du conseil d'administration, OUTSaskatoon): Merci de nous avoir invitées à témoigner aujourd'hui.

Pour ajouter à ce que Rachel a dit au sujet de OUTSaskatoon, je suis fière de vous dire que nous avons 12 employés, que nos services comprennent un centre d'accueil de jour et de soir, du counselling gratuit, plus de 10 groupes de soutien de jour et de soir, deux éducateurs qui offrent de la formation sur la diversité dans des écoles et des entreprises partout dans la province, et plus de 35 activités communautaires par année.

De plus, nous gérons une clinique hebdomadaire de dépistage de la santé sexuelle et une clinique mensuelle PrEP en partenariat avec un organisme appelé Saskatoon Sexual Health. En 2017, nous avons ouvert Pride Home, un foyer de groupe de longue durée pour les jeunes LGBTQ2 de 16 à 21 ans.

Avant de céder à nouveau la parole à Rachel, j'aimerais vous raconter une histoire au sujet de l'importance des centres communautaires pour améliorer la santé et le bien-être des personnes LGBTQ2.

Lorsque ma fille JQ qui est gaie est sortie du placard, elle n'avait que 12 ans. Lorsqu'elle luttait — et luttait vraiment — pour devenir elle-même et cherchait un sentiment d'appartenance, nous avons découvert ce merveilleux organisme qu'est OUTSaskatoon. Ma fille adorait en particulier participer toutes les semaines au Rainbow Coffee, un groupe de soutien des jeunes queers qui offre des ateliers sur le leadership et de l'information sur la santé sexuelle et qui organise des activités artistiques et culturelles pour les jeunes de 15 à 19 ans. Comme JQ le dit aujourd'hui, sept ans plus tard, son expérience à OUTSaskatoon l'a aidée à devenir la personne confiante, en santé, socialement engagée qu'elle est aujourd'hui. Qui plus est, JQ fait maintenant partie de notre programme de mentorat pour Pride Home et offre aujourd'hui le même soutien qu'elle a reçu à une nouvelle génération de jeunes.

• (1615)

Mme Rachel Loewen Walker: Merci, madame Smith-Norris.

En prévision de notre exposé, nous avons lu la transcription des réunions précédentes et, à la lumière des témoignages d'aujourd'hui, nous sommes impressionnées par la profondeur et la rigueur dont toutes les personnes ont fait preuve devant ce comité. Ainsi, nous n'allons pas répéter ce qui a déjà été fourni. Nous allons plutôt nous concentrer sur la valeur fondamentale des centres communautaires ou des agences de services pour les personnes queers, trans et bispirituelles comme points d'accès à une communauté sûre et de soutien, mais aussi à un plus grand continuum de soins de santé.

Nous avons quatre recommandations, que le Comité trouvera aussi dans notre mémoire.

D'abord, la création d'une enveloppe fédérale consacrée exclusivement aux centres communautaires et réseaux pour les personnes LGBTQ2. Comme dans d'autres provinces, il y a eu en Saskatchewan beaucoup de victoires juridiques et politiques ces dernières années grâce à des personnes et à des organismes communautaires engagés. Cela dit, l'expérience des personnes queers en Saskatchewan et à l'échelle des Prairies est unique, mais souvent sous-représentée dans les études et programmes nationaux. Sans compter que le climat politique en Saskatchewan pose des barrières à notre communauté, y compris le soutien familial fourni par le gouvernement et l'absence de stratégie provinciale, que ce soit en matière d'éducation, de santé ou de services sociaux.

Le soutien offert aux personnes LGBTQ2 dans tous ces secteurs provient en très grande partie de quelques centres communautaires — en fait, il n'y en a que quatre — répartis à l'échelle des trois provinces des Prairies. Fait surprenant, OUTSaskatoon est l'un des centres communautaires pour les personnes LGBTQ2 les plus importants au pays, ce qui découle directement de nos efforts pour servir une vaste communauté tant sur le plan géographique que culturel à partir d'un guichet unique et public. Il s'agit d'un service qui, je le sais, a été demandé par d'autres témoins dans le cadre de la présente étude.

Les centres communautaires fournissent les liens sociaux nécessaires aux personnes isolées. Ils fournissent l'information nécessaire aux personnes qui s'accrochent à des croyances porteuses de division. Ils fournissent le counselling et les soins nécessaires à l'amélioration de la santé mentale, ce qui veut dire la réduction des cas d'anxiété, de dépression et de solitude. Nous constatons ces avantages tous les jours.

Par exemple, l'an dernier, une personne qui s'est d'abord présentée à nos locaux pour du counselling en raison d'une dépression est finalement devenue bénévole chez nous. Elle est aujourd'hui bénévole au centre sans rendez-vous où elle offre du soutien par les pairs à d'autres personnes qui passent par ce qu'elle a vécu.

Nous avons aussi constaté d'énormes progrès au cours de la dernière année dans l'augmentation du nombre de partenariats entre les centres pour les personnes queers, y compris deux rassemblements nationaux de leurs dirigeants, soit un organisé à Saskatoon et l'autre tenu à Ottawa il y a quelques mois à peine.

Grâce à ces rassemblements, nous avons créé un réseau appelé Enchanté Canada, qui a pour mission de constituer et de maintenir un réseau dynamique de groupes communautaires pour les personnes bispirituelles et de sexualité et de genre divers, dans l'espoir de soutenir le développement de beaucoup plus de centres que ceux actuellement actifs, surtout — et j'insiste là-dessus — dans les régions plus rurales et éloignées où de tels services sont pour ainsi dire absents. De plus, la 2Spirits In Motion Foundation a été créée à titre de milieu sûr où les personnes bispirituelles de partout au pays peuvent obtenir du soutien.

Ces réseaux témoignent tous les deux du rôle central des centres communautaires dans la gamme complète des soins de santé. En effet, on ne peut que souligner leur incidence sur la réduction de la pression exercée sur les fournisseurs de soins primaires.

Les 20 millions de dollars qui figurent dans le dernier budget fédéral pour le renforcement des capacités et les travaux de niveau communautaire des organismes de service pour les Canadiens LGBTQ2+ appuieront le travail déjà en cours pour sauver des vies. Nous recommandons que ces fonds soient distribués par le ministère des Femmes et de l'Égalité des genres afin de mieux intégrer les volets social, mental et physique de la santé tout en faisant une

priorité de la diversité des genres, de la sexualité et de la culture au sein des initiatives à venir partout au pays.

En plus des statistiques alarmantes sur nos communautés, maintes fois exposées et examinées au cours de vos travaux, il faut savoir que les personnes queers, trans et bispirituelles représentent des groupes culturels aussi riches que diversifiés. Nous faisons preuve d'innovation dans nos méthodes de soin. Nous sommes progressistes dans nos pratiques de travail, nos programmes et l'élaboration de nos politiques. Les autres secteurs ont beaucoup à apprendre de la communauté queer, surtout en ce qui a trait aux engagements pertinents en matière d'intersectionnalité, de décolonisation, de lutte contre le racisme, de féminisme et des droits des personnes handicapées, puisque nombre d'organismes pour les personnes LGBTQ2 travaillent dur à l'intégration de ces concepts dans leurs activités quotidiennes.

À OUTSaskatoon, nous avons consacré des années à l'établissement de relations réciproques avec les communautés autochtones, ce qui a été bénéfique pour notre travail et notre centre.

Ainsi, notre deuxième recommandation est de s'engager à œuvrer de façon concrète à la réconciliation et à la décolonisation, ce qui comprend l'intégration de personnes bispirituelles au cœur des organisations qui effectuent ce travail.

- (1620)

Mme Martha Smith-Norris: Notre troisième recommandation est d'inclure les besoins et les voix des personnes LGBTQ2 dans les stratégies de logement fédérales et provinciales, surtout celles à l'intention des jeunes et des aînés. Pride Home occupe une place spéciale dans mon cœur. Et comme nous parlons maintenant de logement, j'en profite pour insister sur ce qu'ont déjà déclaré d'autres témoins.

À OUTSaskatoon, nous avons mené une étude communautaire sur le logement pour les aînés et les jeunes, et ces deux volets méritent plus d'attention. Notre étude à Saskatoon montre que 40 % des jeunes queers ont vécu l'itinérance ou rencontré des barrières au logement, les plus touchés étant les jeunes queers bispirituels et autochtones. Nous avons créé Pride Home parce que nous avons constaté que certains jeunes n'avaient nulle part où aller à la fermeture du Rainbow Coffee, soit parce qu'ils étaient rejetés par leur famille, soit parce qu'ils étaient victimes d'homophobie ou de transphobie dans d'autres refuges.

L'une des grandes forces de Pride Home réside dans le rejet de la binarité des genres ainsi que dans l'aptitude à fournir des services de soutien intégrés grâce aux programmes communautaires accessibles à Saskatoon. Mais, malgré ce modèle tout à fait conforme aux recommandations de Logement d'abord pour les jeunes sans abri, nous avons du mal à obtenir un financement durable pour Pride Home, puisque les fonds fédéraux et provinciaux consacrés au logement et à l'itinérance doivent servir aux projets d'immobilisations plutôt qu'aux ressources humaines ou aux frais d'exploitation. Nous pouvons faire une demande de 1 million de dollars pour construire un tout nouveau refuge, mais nous ne pouvons pas demander les 100 000 \$ par année nécessaires au soutien des jeunes qui vivent dans ce refuge.

Nous n'avons pas besoin d'études supplémentaires sur l'itinérance chez les jeunes ni sur les barrières auxquelles font face les aînés LGBTQ2. Les preuves sont légion, comme M. Matern et M. Abramovich l'ont déjà dit devant le Comité. Ce qu'il faut, ce sont des investissements et de l'action.

Pour la communauté queer, les stratégies en matière de logement doivent comprendre des solutions non genrées et inclusives ainsi que des efforts de sensibilisation auprès des services de logement, des refuges et des établissements de soins pour bénéficiaires internes, afin que nos communautés puissent accéder en toute sécurité à l'ensemble des services.

Nous recommandons qu'il y ait des fonds affectés à ces lacunes dans la stratégie canadienne de lutte contre l'itinérance « Vers un chez-soi » ainsi que dans toute stratégie future en matière de logement.

Mme Rachel Loewen Walker: Notre dernière recommandation est de concevoir une stratégie nationale pour des soins de santé complets à l'intention des personnes trans et de genres divers. Vous avez déjà entendu des témoignages poignants à cet effet. Le seul ajout que nous ferons est le suivant: bien qu'il soit possible d'obtenir des services de santé propres aux personnes trans dans certaines grandes villes canadiennes, en Saskatchewan et plus particulièrement dans les régions rurales, il n'y a souvent qu'une poignée de médecins dans toute la province qui font bien ce travail.

Cela signifie que les personnes trans sont très loin de recevoir les services dont elles ont besoin. Une stratégie nationale permettrait de tirer profit des pratiques exemplaires et prometteuses déjà employées dans les nombreux modèles présentés devant ce comité, mais aussi de collaborer avec les régions mal desservies pour créer des stratégies adaptées aux régions grâce à des modèles de mentorat ou de partenariat. Le Canada serait ainsi un leader en santé des personnes trans et de genres divers dans toutes ses régions et pas uniquement dans ses grandes villes.

Pour conclure, je tiens à vous rappeler que les centres communautaires constituent un moyen efficace d'améliorer les résultats en santé sur tous les plans. De tels modèles intégrés nous permettent de voir au-delà des lacunes au profit d'une approche qui favorise la santé et le mieux-être des personnes LGBTQ2 de tous les âges, de tous les milieux et de toutes les capacités.

Merci.

Le président: Merci beaucoup. Vous avez vraiment fourni beaucoup de renseignements au Comité.

Madame Loewen Walker, quand vous vous êtes présentée, vous avez dit être une femme gaie cisgenre.

C'est exact?

Mme Rachel Loewen Walker: Oui, je suis une femme queer cisgenre.

Le président: Une femme queer.

D'accord. Désolé.

Mme Rachel Loewen Walker: Oui.

Le président: Nous allons maintenant passer à la période de questions. Vous aurez probablement besoin du service d'interprétation.

Nous allons commencer par le très distingué M. Ayoub.

[Français]

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

Mesdames et messieurs, j'aimerais d'abord vous remercier de votre présence et des témoignages que vous avez faits. Nous en apprenons toujours sur la communauté LGBTQ+ et celle parfois désignée par l'ensemble des lettres de l'alphabet.

Plus sérieusement, j'ai déjà travaillé dans le milieu municipal. J'ai été maire d'une des villes dont je suis le député actuellement. Ma circonscription est située en banlieue de Montréal, où il y a une communauté LGBT très discrète. Comme député, j'ai cherché à savoir quels étaient les besoins de cette communauté. Je me suis rendu compte que ces besoins sont très grands et qu'on y répond en grande partie dans le centre-ville de Montréal.

Ce qui me touche le plus, c'est la recherche d'identité des jeunes qui sont dans ce processus. Ils se posent beaucoup de questions à l'adolescence, mais les réponses ne sont pas toujours à leur portée et ils ne sont pas accompagnés dans ce processus. On les envoie souvent à Montréal alors qu'ils sont rejetés par leurs parents et leur famille, et par la société, éventuellement. Comme on l'a déjà souligné, il y a un problème de logement. Ils ont aussi de la difficulté à trouver un logement très rapidement.

Quelles pistes de solution suggérez-vous pour régler les problèmes de cette communauté à l'extérieur des grands centres? Certains services sont disponibles dans les grands centres, mais, à l'extérieur de ces centres, comment peut-on régler la situation?

Qui veut répondre? Allez-y, monsieur Xavier.

• (1625)

M. Joël Xavier: Pour le Conseil québécois LGBT, l'aspect interrégional est vraiment important. Une grande partie des Québécois ne vit pas à Montréal. Il faut composer avec les réalités régionales. Il y a aussi des préjugés à l'égard des régions. Même si, en général, il y a moins de services dans les régions éloignées et en milieu rural, ce n'est pas une raison pour que ces gens n'aient pas accès à des services.

L'année dernière, le Conseil a tenu un forum interrégional d'organismes LGBTQ+, et cela a été un succès. Je vous inviterais à travailler avec les différents organismes qui organisent ce genre de forum interrégional. Nous avons invité toutes sortes d'acteurs, d'intervenants et de représentants de la communauté, parce que chaque région n'a pas forcément un organisme dédié à la communauté LGBTQ+; cela dépend des régions. Il arrive que ce soit des bénévoles qui s'occupent de cette communauté.

Dans les échanges, on a pu voir émerger quelques pistes de solution, mais, en plus, c'était surtout une occasion pour les gens de Montréal et de l'extérieur de Montréal de mettre en commun des ressources. Il faudrait financer ce genre de forums interrégionaux, car ils permettent de faire connaître des ressources et d'outiller les intervenants dans différentes régions, afin qu'ils puissent ensuite accompagner les jeunes.

Dans ce genre de forum, il est très important d'inviter les jeunes à parler pour eux-mêmes. Nous sommes un peu moins jeunes qu'eux et nous ne connaissons pas nécessairement leurs points de vue.

M. Ramez Ayoub: Excusez-moi de vous interrompre, mais...

M. Joël Xavier: C'est correct.

M. Ramez Ayoub: ... je n'ai que sept minutes et j'aimerais entendre les réponses des autres témoins.

[Traduction]

Madame Loewen Walker, j'aimerais connaître votre avis, si possible.

Mme Rachel Loewen Walker: Bien sûr.

Un des aspects qui caractérisent la Saskatchewan, c'est sa vaste étendue et la distance assez grande entre ses villes, ce qui fait que nous n'avons pas besoin d'un grand centre ni de beaucoup de personnel. Ce qu'il faut, c'est un endroit où nous réunir et où obtenir du soutien en passant le pas de la porte. Nous avons besoin de parler à des personnes qui comprennent ce que nous vivons. Il y a beaucoup de petits réseaux de personnes qui œuvrent au sein de la communauté queer, trans et bispirituelle à l'échelle de la province. Ce que OUTSaskatoon fait, c'est d'expédier à intervalles réguliers de gros volumes de ressources et de renseignements à quiconque en fait la demande. Nous nous déplaçons beaucoup, parfois à huit heures de route au nord, pour faire de la sensibilisation dans de nombreuses collectivités septentrionales. Nous sommes habituellement invités dans les écoles. De cette façon, nous travaillons aussi à habiliter les enseignants de ces régions afin qu'ils aient les ressources nécessaires pour, par exemple, organiser dans une école une association fondée sur une alliance gais-hétéros. Souvent, ces associations constituent le premier point d'accès à des services dans une collectivité qui n'a pas de centre communautaire. C'est une façon à la fois de renforcer les capacités et de fournir du soutien à partir d'endroits où il y a probablement plus de ressources.

• (1630)

M. Ramez Ayoub: Monsieur Jollimore.

M. Jody Jollimore: Nous savons que plus leur communauté d'appartenance est sécuritaire et inclusive, moins les personnes migrent vers les grands centres. Il est beaucoup plus courant pour les personnes LGBTQ2 de vivre en banlieue et d'y passer le reste de leur vie peut-être ou de s'installer dans d'autres collectivités plus petites en campagne.

On ne peut pas s'attendre à trouver une clinique spécialisée dans les soins aux personnes queers dans toutes les petites collectivités du pays, mais nous pouvons travailler à certains changements structureaux grandement nécessaires dans la formation et la sensibilisation des professionnels de la santé. Nous n'aurons peut-être pas de clinique spécialisée dans les soins aux personnes queers dans votre banlieue, mais vous pourrez à tout le moins compter sur quelques médecins ou professionnels de la santé qui comprennent vos besoins.

Les personnes queers ont des besoins en santé très précis. Cela peut être enseigné. Nous pouvons recourir à des programmes d'enseignement dans les universités ou les collèges et, si je ne m'abuse, le gouvernement fédéral a un rôle de leader à jouer à cet effet.

[Français]

M. Ramez Ayoub: J'ai une dernière question.

Nous avons parlé des statistiques manquantes. Maintenant que le recensement dans sa forme longue est revenu, est-ce que vous voudriez qu'il contienne des questions plus spécifiques afin de recueillir encore plus de données? Avant, nous étions dans le noir en ce qui a trait à beaucoup d'information, mais qu'en est-il du recensement présentement?

Monsieur Girard, vous semblez vouloir répondre à cette question.

M. Gabriel Girard: Oui, cela me semble une bonne idée, mais je n'ai pas de question précise à suggérer dans le moment.

Je laisserai plutôt mes collègues répondre s'ils en ont.

M. Joël Xavier: Il serait important d'inclure les personnes transgenres dans le recensement puisqu'elles n'ont jamais été incluses. Si nous n'avons pas ces informations, nous ne pouvons pas décider où envoyer l'argent.

M. Ramez Ayoub: Merci.

[Traduction]

Le président: Merci, votre temps est écoulé.

La parole est maintenant à vous, madame Gladu.

Mme Marilyn Gladu: Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins présents aujourd'hui.

J'ai des questions pour vous tous, mais je vais commencer par M. Jollimore, puis je verrai ensuite le temps qu'il me reste.

Monsieur Jollimore, vous avez fourni des statistiques indiquant l'état de santé plus précaire des personnes LGBTQ, qui affichent un taux 130 fois plus élevé de contraction du sida, un taux 20 fois plus élevé de cancer de l'anus et un taux 4 fois plus élevé de suicide. Vous avez parlé de problèmes de santé mentale. Et vous avez cité un programme précis. Pouvez-vous me fournir un peu plus de détails sur ce programme et me dire pourquoi il est efficace? Il s'agit d'un programme en santé mentale.

M. Jody Jollimore: Je parlais probablement d'un programme de financement en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada. Elle a un fonds pour la santé mentale. Elle vient d'ailleurs de lancer un appel de lettres d'intention et étudie les soumissions qui seront financées dans le cadre du fonds. C'est un excellent exemple du soutien que le gouvernement fédéral apporte aux organismes qui font ce type de travail.

Parfois, je crois que les responsables fédéraux peuvent se dédouaner de leurs responsabilités en santé en disant: « Oh, vous savez, c'est de compétence provinciale ». Mais il y a de nombreux cas où le gouvernement fédéral verse des fonds à des organismes de première ligne qui font ce type de travail, et le fonds pour la santé mentale en est un exemple. Aussi, il y aurait des sous-catégories, c'est du moins ce que je crois comprendre. Je pense qu'il y a un fonds pour la santé mentale des Canadiens noirs et pour d'autres populations.

Mme Marilyn Gladu: D'accord. Il y a donc un volet axé sur les personnes LGBTQ.

M. Jody Jollimore: Il n'y a pas de volet précis.

Mme Marilyn Gladu: Non, il n'y en a pas. D'accord.

M. Jody Jollimore: Actuellement, le fonds...

Mme Marilyn Gladu: Il devrait y en avoir un.

M. Jody Jollimore: Il va sans dire que, comme tout le monde, nous pouvons faire une demande de financement, mais il n'y a pas de volet attribué. C'est mon point. Il devrait y en avoir un, car, c'est évident, nous serions ainsi davantage en mesure d'avoir des évaluateurs queers et nous n'aurions pas à passer par le volet général.

Mme Marilyn Gladu: D'accord. Bonne idée.

J'ai maintenant une question pour vous, monsieur Girard. En ce qui concerne la façon dont le gouvernement recueille et utilise les données, si vous pouviez nous dire quoi que ce soit, que devrait faire le gouvernement fédéral quand il procède à la collecte et à l'utilisation de ces données?

[Français]

M. Gabriel Girard: Je vous remercie de votre question.

Monsieur Jollimore l'a très bien dit, il faut imaginer des programmes de recherche particuliers sur les problèmes de santé des minorités sexuelles et de genre. Malheureusement, ce n'est pas le cas actuellement. Il faudrait des programmes ciblés indiquant une volonté de développer ce champ de recherche. Cela passe par le financement de la recherche, mais aussi par le recrutement des chercheurs issus des communautés concernées afin de mener, d'élaborer et de faire connaître ces recherches.

L'exemple de CBRC, en Colombie-Britannique, illustre bien, selon moi, ce que nous pouvons faire comme recherche communautaire et comment la faire reconnaître de manière institutionnelle. Il y a également des exemples de recherche communautaire au Québec. Je pense que les institutions et le personnel de recherche sont prêts, mais il faudrait établir des fonds de recherche ou des programmes de recherche spécifiques sur la santé LGBT.

[Traduction]

Mme Marilyn Gladu: Excellent. Merci.

Je vais maintenant m'adresser à M. Xavier, et nous allons discuter de chirurgies.

Ma belle-sœur est transgenre et a dû se rendre au Québec pour se faire opérer.

M. Joël Xavier: Moi aussi.

• (1635)

Mme Marilyn Gladu: À quels autres endroits au Canada ce type de chirurgies est-il offert? Est-ce que l'on sait quoi que ce soit sur les coûts? Combien de médecins au Canada ont, dans les faits, les compétences pour pratiquer ces interventions?

M. Joël Xavier: Au Canada, en ce moment, le financement des chirurgies est de compétence provinciale, donc il varie d'une province à l'autre.

Pour ce qui est des chirurgiens, tout dépend des interventions auxquelles vous faites référence, parce que plusieurs options s'offrent à nous. Une chirurgie génitale, de reconstruction de l'anatomie génitale, est actuellement offerte qu'à Montréal.

Mme Marilyn Gladu: C'est tout, et nulle part ailleurs au pays?

M. Joël Xavier: Oui, c'est tout.

Le Women's College Hospital, à Toronto, étudie la possibilité d'offrir certaines chirurgies en Ontario.

Il y a déjà eu des chirurgies offertes en Colombie-Britannique, et je pense qu'on envisage de reprendre ces services, mais vous pouvez me corriger si je me trompe, monsieur Jollimore.

Selon la province, les chirurgies obtenues dans une autre province ou les soins interprovinciaux ne sont pas toujours couverts. Les femmes trans s'en trouvent particulièrement désavantagées, car elles sont plus à risque de subir de la violence si elles n'obtiennent pas de chirurgie génitale. Chez les hommes trans, c'est aussi problématique parce qu'il n'y a qu'un chirurgien au Canada qui pratique des chirurgies génitales.

Plusieurs techniques sont proposées, donc il serait important de financer également les chirurgies obtenues à l'étranger ou encore d'accorder des fonds aux médecins et chirurgiens partout au pays, afin qu'ils aient accès à la formation et aux diverses techniques chirurgicales connues pour veiller à ce que les résidents bénéficient des toutes dernières techniques et obtiennent ce qu'il y a de mieux dans leurs circonstances.

Mme Marilyn Gladu: Formidable.

Madame Loewen Walker, je suis intéressée par Pride Home. Je viens d'une circonscription qui compte une grande zone rurale. Pouvez-vous donner quelques exemples? Quelle est la taille de ce foyer de groupe? Combien de personnes viendraient en tirer parti? Existe-t-il des difficultés en matière de transport ou d'autres obstacles auxquels il faut également remédier?

Mme Rachel Loewen Walker: Le foyer compte six lits, et est supervisé par un mentor résidant. Il y a un appartement au sous-sol. La maison est assez grande. Elle a six chambres qui ont chacune leur propre salle de bains. Elle offre une intimité très agréable. Il y a également des espaces de vie communs: la cuisine, la salle à manger et un garage chauffé dans lequel les résidents réalisent toutes sortes de projets artistiques, et une autre aire de rassemblement au sous-sol. C'est une maison d'une très bonne taille.

Ces deux dernières années, 14 jeunes ont résidé dans le foyer, mais il s'agit de séjours de long terme. Si un jeune emménage à l'âge de 16 ans et que l'endroit lui convient jusqu'à ses 21 ans, formidable. Un certain nombre de jeunes que nous avons accueillis sont restés à Pride Home jusqu'à ce qu'ils aient l'âge de partir. Nous les aidons ensuite à discuter avec des propriétaires potentiels pour trouver un logement sûr et sécuritaire.

Pour ce qui est du transport, on nous a fait don d'une voiture, ce qui est formidable. Les mesures de soutien globales offertes aux jeunes qui vivent dans le foyer consistent surtout à leur permettre de prendre l'autobus, mais nous les conduisons également à leurs rendez-vous.

L'accompagnement et la gestion de ces rendez-vous, et le fait d'y assister font partie des tâches les plus courantes de notre membre du personnel à temps plein, qui gère également le foyer. Elle les accompagne à leurs rendez-vous pour que les personnes utilisent les pronoms et les noms adéquats, et qu'elles sachent comment se débrouiller dans ces situations.

Certains des jeunes qui ont emménagé dans le foyer ne provenaient pas de Saskatoon. Je pense que nous en avons eu quatre de l'extérieur de Saskatoon, un d'une Première Nation qui vivait à environ quatre heures de route. Un foyer de groupe est également en cours de création à Regina. Je sais que Prince Albert cherche à développer un modèle semblable. Ce concept commence réellement à prendre de l'ampleur dans toute la province, et nous constatons beaucoup de résultats positifs.

Mme Marilyn Gladu: J'ai utilisé tout mon temps.

Le président: Monsieur Davies, vous avez deux minutes.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NDP): Merci, monsieur le président, et merci aux témoins d'être présents.

J'ai tellement de questions à poser et si peu de temps.

Monsieur Jollimore, je vais commencer par vous. J'ai quelques questions à vous poser.

Je sais que depuis le 1^{er} janvier 2018, les Britanno-Colombiens qui courent des risques élevés de contracter le VIH peuvent recevoir gratuitement une prophylaxie préexposition, soit un médicament antirétroviral oral quotidien qui prévient les nouvelles infections à VIH. Cependant, d'après les médecins et les patients, cela n'a pas complètement éliminé les obstacles à l'accès à ce médicament.

Dans un article paru en 2018 dans le *Globe and Mail*, vous avez déclaré:

Maintenant que le coût n'est plus un facteur, la prochaine difficulté majeure sera de motiver les gens à prendre le médicament. Parfois, ils se disent: « Oh, il y a un programme, alors le problème est réglé. » Nous voulons vous dire que ce n'est absolument pas le cas. Pour nous, le travail ne fait que commencer.

Pouvez-vous décrire les obstacles à l'accès à une prophylaxie préexposition et ce que vous nous suggérez de faire?

•(1640)

M. Jody Jollimore: Merci d'avoir réalisé cette recherche préliminaire.

Il y a deux ou trois choses. L'un des obstacles, c'est de parler de son orientation sexuelle à son fournisseur de soins de santé. Comme je l'ai dit, des recherches menées à l'extérieur de Vancouver montrent que dans les petites collectivités du Nord, plus de 60 % des gens ne parlent pas de leur orientation sexuelle à leur fournisseur de soins de santé. Si les personnes n'en parlent pas, elles n'obtiennent pas le type de services dont elles ont besoin, et encore moins les outils de prévention du VIH, parce qu'on ne considère pas qu'elles courent des risques élevés de le contracter.

C'est la première chose. Je pense qu'une bonne manière de résoudre ce problème est de faire en sorte que les fournisseurs de soins de santé acquièrent des compétences culturelles afin de poser les bonnes questions, d'une façon qui semble ouverte.

Il y a également la stigmatisation généralisée. Peu importe l'ouverture et la compétence d'un fournisseur de soins de santé, si la personne estime que sa sexualité ou sa vie sexuelle est inappropriée en raison d'une expérience qu'elle a vécu lorsqu'elle était enfant ou jeune, d'intimidations ou de traumatismes qui, nous le savons, surviennent à un très jeune âge dans la vie des personnes queers, sa capacité à parler de son orientation sexuelle et à vivre librement plus tard en seront affectées. Ces obstacles en amont sont assurément très importants.

Je sais que cet enjeu ne relève pas de la compétence fédérale, mais nous avons un réel problème en matière d'éducation sexuelle dans les écoles de notre pays. Les élèves queers n'apprennent rien au sujet de leur sexualité. Ils apprennent par l'intermédiaire de la pornographie, et ce n'est pas là que nous voulons que les jeunes s'informent sur la sexualité.

En ce qui concerne les autres facteurs en amont liés à la violence ou aux traumatismes subis durant l'enfance, nous devons investir dans les types de programmes permettant aux personnes qui commencent à explorer leur sexualité et qui sont prêtes à prendre ces décisions de parler de leur orientation sexuelle, ou du moins de prendre conscience que leur sexualité présente des risques.

M. Don Davies: Cela introduit parfaitement ma prochaine question, qui concerne l'autodiagnostic.

Mes recherches indiquent qu'on estime à plus de 9 000 le nombre de Canadiens ayant une infection à VIH non diagnostiquée. C'est la cause de la plupart des nouvelles infections. Nous savons également que le Canada est déterminé à atteindre l'objectif de l'ONU, qui est de faire en sorte que 90 % des personnes atteintes du VIH soient conscientes de leur séropositivité d'ici 2020. Je pense donc que nous devrions éliminer tous les obstacles au dépistage, y compris la stigmatisation, comme vous l'avez dit, et le manque d'accessibilité des cliniques.

Nous croyons savoir que l'autodiagnostic est faisable, qu'il permet d'obtenir des résultats exacts, et qu'il est utilisé dans d'autres pays, ce qui a engendré une augmentation du nombre de dépistages. Je pense en particulier aux groupes marginalisés pour qui il peut être difficile ou gênant de révéler qu'ils ont... Il pourrait s'agir d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ou de personnes qui vivent dans des communautés rurales et dont la tante travaille à la clinique.

C'est difficile. Je crois comprendre qu'au Royaume-Uni, trois trousse d'autodiagnostic du VIH peuvent être livrées directement

dans votre boîte aux lettres, mais je crois qu'elles ne sont pas disponibles au Canada. Savez-vous pourquoi elles ne le sont pas? Recommanderiez-vous que nous insistions auprès de Santé Canada pour qu'il approuve les trousse d'autodiagnostic?

M. Jody Jollimore: Il y a assurément une volonté de faire approuver plus de solutions de diagnostic au Canada. Je pense qu'il y a quelques semaines, vous avez entendu une partie du témoignage du Dr Mark Gilbert, et je sais qu'un mémoire traitant également des différentes solutions de dépistage va être présenté.

L'autodiagnostic ou le diagnostic à domicile en font partie. Il y a les diagnostics par les pairs et les types de technologies, sans parler de la façon dont ils sont administrés... Il y a des tests de diagnostic réalisés sur des gouttes de sang séchées qui sont effectués au moyen d'une simple piqûre au doigt. Vous déposez ensuite quelques gouttes de sang, que vous pouvez ensuite envoyer à un laboratoire pour analyse. Il y a des trousse de diagnostic par voie orale. Par exemple, si vous traversez la frontière et que vous allez aux États-Unis, il y en a un certain nombre. Vous pouvez soit cracher dans un tube pour qu'ils utilisent votre salive, soit recueillir vous-même un échantillon et...

M. Don Davies: Est-ce qu'on peut se les procurer ici?

M. Jody Jollimore: On ne peut pas se les procurer ici. Je crois comprendre qu'il y a quelques obstacles. L'un est le marché. Les entreprises qui les produisent ne considèrent pas nécessairement que leur commercialisation soit rentable si elles doivent passer par le régime de réglementation du Canada. Le gouvernement fédéral pourrait accélérer le processus de réglementation. Certains de ces tests sont d'ailleurs fabriqués au Canada. L'entreprise est située à Richmond, en Colombie-Britannique. On y fabrique des tests instantanés, et ils ne sont pas vendus au Canada. Ils sont vendus dans le monde entier, alors il y a aussi ici une question économique, car nous pourrions aider les entreprises locales à en fabriquer plus.

M. Don Davies: Nous entendons tout le temps parler de stigmatisation, et il s'agit évidemment d'un énorme problème. Vous avez énuméré une partie de ce que l'on pourrait appeler les « contributions à la stigmatisation » du gouvernement fédéral. Nous connaissons les éléments liés au Code criminel, la criminalisation de la divulgation de la séropositivité et autres, mais ce qui n'a pas été mentionné, c'est l'interdiction continue aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes de donner du sang. J'ai maintenant recueilli suffisamment de preuves pour en arriver à la conclusion qu'aucune donnée scientifique ne justifie cela. En réalité, le fait de présumer de façon discriminatoire qu'un homme gai se livre à des activités sexuelles présentant des risques élevés alors qu'on ne le présume pas d'un homme hétérosexuel montre l'absurdité de cette situation. Le gouvernement maintient toutefois une interdiction d'un an empêchant les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes de donner du sang.

N'est-ce pas là une forme de stigmatisation par le gouvernement fédéral que nous pourrions facilement éliminer, surtout si elle n'a aucun fondement scientifique? Quelle incidence cela a-t-il sur les hommes gais? Cela a-t-il des répercussions sur eux? Que pensent-ils de cette interdiction?

•(1645)

M. Jody Jollimore: Les données ne sont pas encore disponibles, mais elles devraient l'être d'ici quelques semaines. Il s'agissait d'une partie importante de notre dernière enquête Sexe au présent, qui a été financée par la Société canadienne du sang, précisément pour étudier cette question. Je peux vous dire, sans rien révéler, que la très grande majorité des hommes gais s'opposent à cette politique et estiment qu'ils devraient pouvoir donner du sang comme tout le monde, et cela va transparaître dans les données.

Il serait inexact de dire qu'il n'existe aucune preuve de cela. Il existe assurément une prévalence. J'ai mentionné qu'ils sont 131 fois plus susceptibles de contracter le VIH. Il existe donc une raison, surtout à cause de la peur du sang contaminé et d'autres facteurs. Existe-t-il des preuves de cela aujourd'hui? Probablement pas, mais nous devons trouver une meilleure solution. Ce qui me pose problème — et certains de mes collègues ne seraient probablement pas d'accord avec moi — est que je ne pense pas qu'il s'agisse d'une question politique. En fait, je ne veux pas que vous déterminiez qui a le droit de donner du sang et qui n'en a pas le droit. Je préférerais que ce soient les professionnels de la Société canadienne du sang qui prennent ces décisions. Bien que je pense qu'il est important que nous adoptions une politique non discriminatoire — et je pense que cela ressemble à un modèle de dépistage fondé sur le comportement qui ne tient pas compte des spécificités —, je ne voudrais pas qu'elle soit imposée comme une décision politique. Je pense que cela doit rester une décision de santé publique.

Le président: Votre temps est écoulé.

J'ai donné du sang toute ma vie. Il y a quelque temps, je suis allé donner du sang et ils m'ont dit: « Vous ne pouvez pas donner de sang. Vous êtes trop vieux », alors voilà. Je ne sais pas s'ils ont changé la règle ou non, mais ils ont dit qu'ils ne prendraient pas mon sang, et mon sang est de bonne qualité.

Monsieur Ouellette, allez-y.

[Français]

M. Robert-Falcon Ouellette (Winnipeg-Centre, Lib.): Je veux remercier toutes les personnes présentes aujourd'hui.

J'ai quelques questions précises qui pourraient permettre d'éclairer nos analystes.

Qu'est-ce que la cartographie en ligne? Pouvez-vous expliquer comment fonctionnerait cet outil d'éducation?

M. Gabriel Girard: C'est un outil que l'on voudrait développer qui permettrait aux personnes LGBT et, particulièrement aux HARSAH — puisque c'est surtout la population avec laquelle nous travaillons —, à l'aide d'un site Internet, d'avoir accès à une carte des points de services offerts aux personnes LGBT. Cela permettrait d'avoir une liste des services destinés aux membres de la communauté LGBT.

M. Robert-Falcon Ouellette: Est-ce que cela existe ou non?

M. Gabriel Girard: Cela n'existe pas. Actuellement, nous avons des répertoires. Plusieurs organismes communautaires ont des ressources, mais c'est souvent composé d'informations diverses que nous avons. Nous aimerions systématiser l'information et l'offrir à un plus large public pour que les gens y accèdent plus facilement.

M. Robert-Falcon Ouellette: Est-ce que cela devrait exister également en anglais?

M. Gabriel Girard: Tout à fait, oui.

M. Robert-Falcon Ouellette: Cela devrait exister partout au Canada.

Monsieur Jollimore, vous avez fait beaucoup de recherche et avez recueilli beaucoup de statistiques.

Les médicaments sont-ils accessibles facilement aux personnes qui sont, par exemple, sans emploi ou qui n'ont pas de régime d'assurance-médicaments à leur travail?

[Traduction]

M. Jody Jollimore: Quand vous parlez de médicaments, je suppose que vous parlez de médicaments préventifs ou de traitement contre le VIH ?

[Français]

M. Robert-Falcon Ouellette: Oui, c'est cela.

[Traduction]

M. Jody Jollimore: Tout dépend de la province. Certaines provinces imposent une quote-part au client tandis que d'autres offrent un accès entièrement gratuit aux médicaments. À titre d'exemple, en Colombie-Britannique, nous avons un programme bien financé et très solide qui permet à toute personne séropositive d'avoir accès gratuitement à des médicaments. En fait, il y a d'autres irrégularités en Colombie-Britannique qui vous permettent de vous les procurer par l'intermédiaire du BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, ce qui accroît la confidentialité et des choses du genre.

À l'extérieur de la Colombie-Britannique, tout dépend de la province. Une quote-part peut poser problème aux personnes qui cherchent à traiter leur VIH ou à le prévenir avec une prophylaxie préexposition. Nous constatons que certaines personnes n'ont pas les moyens de payer même quelques centaines de dollars par mois.

[Français]

M. Robert-Falcon Ouellette: Cela peut avoir une grande incidence sur la santé des Canadiens.

[Traduction]

M. Jody Jollimore: Oui, tout à fait.

[Français]

M. Robert-Falcon Ouellette: J'ai une question pour M. Joël Xavier qui a trait à l'éducation. M. Jollimore en a parlé.

J'aimerais vous parler de la spécificité des besoins en éducation. On a déjà entendu des témoignages au sujet du Centre d'excellence pour la santé des femmes, à Vancouver, et combien c'est important.

Évidemment, les besoins sont différents quant à l'éducation sexuelle, par exemple celle des personnes cisgenres, quant aux niveaux d'éducation et aux besoins des personnes qui ne sont pas seulement gaies et lesbiennes, mais également des minorités au sein de ces groupes.

•(1650)

M. Joël Xavier: Oui.

Les besoins en matière de santé sexuelle de plusieurs personnes ne sont pas reconnus, notamment ceux des personnes trans, des personnes non binaires, des personnes bisexuelles et des personnes bispirituelles. Il y a très peu de ressources en matière de prévention, de santé sexuelle et d'éducation. Très peu de recherche est faite avec les personnes trans. Souvent, on oublie que nous avons une sexualité. Au Conseil, nous offrons un peu de formation, mais il y a de grands besoins pour lesquels, jusqu'à maintenant, il y a très peu de ressources dans tout le pays.

Je sais que CATIE, la source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C, offre deux guides, soit *PRIMED*, qui s'adresse aux hommes trans, et *Embrasse-moi*, destiné aux femmes trans. Ces guides parlent de nos réalités sur le plan de la santé sexuelle. Ces guides sont disponibles, mais ce n'est pas tout le monde qui va aller en chercher un.

M. Robert-Falcon Ouellette: Ce n'est pas tout le monde qui va lire le guide non plus.

M. Joël Xavier: C'est cela. Ce n'est pas suffisant comme ressources.

En ce moment, comme vous le disiez, nous avons vraiment besoin que soient subventionnés des efforts d'éducation en santé sexuelle et de recherche participative communautaire avec les personnes trans, pour développer des outils adéquats qui partent de nos réalités. L'une des choses intéressantes chez les personnes trans est que, comme chez les personnes non trans, nous avons vraiment une diversité de pratiques sexuelles et d'organes génitaux. Il faut en tenir compte.

M. Robert-Falcon Ouellette: J'ai une question qui est peut-être un peu différente.

M. Joël Xavier: C'est le bon endroit.

M. Robert-Falcon Ouellette: Vous êtes du Conseil québécois LGBT.

M. Joël Xavier: Oui.

M. Robert-Falcon Ouellette: Au Nunavik, dans le Grand Nord du Québec, y a-t-il ces mêmes problèmes auprès de la population inuite?

M. Joël Xavier: Je ne pourrais pas répondre à cette question de façon précise. C'est une excellente question. Je suis certain qu'il y a des personnes trans, des personnes non binaires et des personnes queer dans cette région.

Ce serait extrêmement important que des personnes inuites et d'autres nations mettent en oeuvre justement des interventions adaptées aux réalités culturelles et qui respectent les enseignements traditionnels.

M. Robert-Falcon Ouellette: Qu'est-ce que le projet de loi n° 35? Je l'ai cherché en ligne. De quand date-t-il?

M. Joël Xavier: C'est un projet de loi québécois. Avant 2016, au Québec, il fallait subir une intervention chirurgicale génitale pour avoir le droit de changer son nom et sa mention de sexe. Donc, il y avait de la stérilisation forcée au Québec avant ce moment. En Ontario, c'est arrivé un peu avant.

Bon nombre d'entre nous auraient peut-être voulu avoir des enfants, mais, pour avoir accès à de l'emploi et à de l'éducation, nous avons été obligés de nous faire stériliser.

M. Robert-Falcon Ouellette: Il me reste quelques questions pour Mmes Walker et Smith au sujet des peuples autochtones.

Saskatoon est une petite grande ville. Vous parliez des régions rurales éloignées.

Pouvez-vous parler des besoins de la population autochtone en Saskatchewan, peut-être au nord de l'Alberta et même au Manitoba? De quoi ces populations ont-elles besoin en ce qui concerne tous les services communautaires dont vous parlez?

[Traduction]

Mme Rachel Loewen Walker: C'est une bonne question.

Lorsque nous parlons des groupes autochtones et travaillons avec eux, nous décrivons notre démarche comme l'« autochtonisation des queers » et la « queerisation de l'appartenance autochtone ». C'est

une relation réciproque, car on offre beaucoup d'information au sein des communautés autochtones au sujet des personnes trans et bispirituelles. Beaucoup de colonisation a vraiment changé la façon dont les gens pensent aux personnes bispirituelles, si bien que nous faisons beaucoup de travail à cet égard en plus de nous assurer que nos communautés queers sont accueillantes et intersectionnelles.

Pour ce faire, nous devons nous rendre souvent dans les collectivités du Nord — mais aussi du Sud —, rejoindre différentes Premières Nations dans la province et, surtout, travailler dans les écoles. Comme je l'ai mentionné, une des meilleures façons d'entrer dans une collectivité est de collaborer avec l'école, d'aller dans les classes, de les aider, de les encourager à créer des alliances gais-hétéros. Cependant, 90 % des jeunes qui sont venus à Pride Home sont autochtones, et les personnes de l'extérieur de Saskatoon que j'ai mentionnées étaient toutes issues de Premières Nations de toute la province. D'après ce qu'elles nous disent, leur expérience a été vraiment difficile. Elles n'ont pas été en mesure de trouver de soutien dans leurs propres collectivités.

● (1655)

M. Robert-Falcon Ouellette: Avez-vous de l'influence sur...

Le président: Désolé, votre temps est écoulé.

Mme Rachel Loewen Walker: Oui, énorme.

M. Robert-Falcon Ouellette: C'est triste, monsieur le président, triste.

Le président: Je suis désolé.

Voilà ce qui met fin à notre série de questions de sept minutes. Nous allons maintenant passer à notre série de questions de cinq minutes, en commençant par M. Webber.

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): Merci à tous d'être venus aujourd'hui — en particulier vous, monsieur Jollimore. Je pense que c'est la seconde fois que vous venez témoigner devant nous. À Montréal, vous vous êtes aussi joint à nous.

M. Jody Jollimore: Oui, j'étais avec vous de façon non officielle à Montréal.

M. Len Webber: Merci pour votre temps et vos précieux commentaires.

Je vais commencer par M. Xavier.

Ma collègue a parlé des chirurgies.

M. Joël Xavier: Oui.

M. Len Webber: Vous avez dit qu'on devrait aussi offrir du financement pour les chirurgies à l'extérieur du pays. Y a-t-il d'autres pays où on se spécialise dans les chirurgies pour les personnes transgenres?

M. Joël Xavier: Il y en a un certain nombre. Il y a aussi la World Professional Association for Transgender Health, qui organise des conférences auxquelles les gens peuvent assister et dans le cadre desquelles ils peuvent apprendre. Ce n'est pas une organisation parfaite, mais c'est un bon centre où accéder à ces renseignements. Je pense à la Belgique, à la Thaïlande et aux États-Unis. Les chirurgiens sont nombreux aux États-Unis, alors les interventions pourraient être moins coûteuses.

M. Len Webber: Je vois. Merci pour votre réponse.

Madame Loewen Walker et madame Smith, j'ai quelques questions concernant Pride Home.

Premièrement, madame Smith, j'aimerais aussi parler brièvement de JQ si vous me le permettez.

Mme Martha Smith-Norris: Bien sûr. Elle m'a donné la permission de parler d'elle.

M. Len Webber: D'accord, c'est bien.

Mme Martha Smith-Norris: Elle m'a aussi donné des conseils sur ce que je devrais dire.

M. Len Webber: C'est bien.

Je crois comprendre qu'elle s'est déclarée ouvertement gaie à l'âge de 12 ans.

Mme Martha Smith-Norris: Oui.

M. Len Webber: Quelle a été votre réaction?

Mme Martha Smith-Norris: Je pense que je lui ai montré que je la soutenais entièrement, que j'étais ouverte et que j'accueillais bien sa révélation.

M. Len Webber: C'est bien ce que je pensais.

Mme Martha Smith-Norris: Compte tenu de mes antécédents, c'était quelque chose de très facile à accepter pour moi. À vrai dire, dans les faits, elle m'a dit... Nous étions dans une librairie. Nous y allions régulièrement. Après avoir cherché dans la section pour adolescents, elle est venue me voir et m'a dit: « Tu sais, maman, il n'y a pas de livres sur les adolescents gais. Il n'y a pas de romans ou d'autres livres. »

J'ai dit: « Oh, c'est intéressant. C'est une lacune importante. Nous devrions leur en parler. » Tout de suite après, quand nous sommes rentrées à la maison, elle m'a dit qu'elle était gaie.

Elle était seulement en 8^e année à l'époque. Je me préoccupais surtout de son âge et de ce à quoi elle ferait face à l'école et dans sa collectivité, mais c'est exactement à cette époque que nous avons découvert OUTSaskatoon. Nous sommes allées en ligne et nous avons trouvé cette fabuleuse organisation qui l'a immédiatement accueillie. Elle lui a offert le type de soutien dont nous avons parlé, par l'intermédiaire du groupe pour les jeunes de son âge appelé Rainbow Coffee, qui se réunit toutes les semaines.

Elle avait hâte d'aller aux rencontres hebdomadaires de Rainbow Coffee. D'une semaine à l'autre, elle avait hâte d'y aller.

J'ajouterai que, comme nous le savons, bien des parents ne se montrent pas aussi favorables, obligeants et ouverts à l'égard de leurs enfants qui sortent du placard. Nous le voyons constamment à OUTSaskatoon. C'est en partie pour cette raison que nous avions besoin de mettre sur pied Pride Home pour ces enfants qui ont littéralement été rejetés par leurs familles.

M. Len Webber: Est-ce que Pride Home fait un effort pour rejoindre les parents afin d'essayer de les éclairer sur la réalité?

Mme Rachel Loewen Walker: Oui. Nous faisons beaucoup de médiation. Nous disons toujours que quiconque passe le pas de notre porte a le droit de bénéficier des services. Qu'il s'agisse d'une mère et d'une fille qui ont de la difficulté à gérer l'annonce de l'homosexualité de la fille et qui ont besoin de consulter ensemble ou d'un parent favorable qui essaie de trouver avec son enfant une façon de procéder. Nous faisons beaucoup de médiation tant dans notre programme de counselling qu'à Pride Home, car la meilleure chose est de reconstruire cette relation pour qu'elle soit à long terme...

M. Len Webber: Le soutien de leurs parents est pour leur propre santé mentale.

Mme Rachel Loewen Walker: Oui, absolument.

Cela fait une énorme différence. Voilà pourquoi ils viennent chez nous — tout à fait. C'est parce qu'ils ne jouissent pas du soutien de leur famille.

M. Len Webber: Vous hébergez environ six personnes à la fois?

Mme Rachel Loewen Walker: Nous en avons six en ce moment. Nous affichons complet. C'est toujours le cas.

M. Len Webber: Vous avez parlé du besoin d'obtenir des fonds réservés durables de la part du fédéral. Quel est votre budget annuel?

Mme Rachel Loewen Walker: Il est de 100 000 \$ pour gérer Pride Home.

M. Len Webber: D'accord.

Mme Rachel Loewen Walker: Ce n'est rien. Le budget d'OUTSaskatoon est de 1 million de dollars, mais il faut 100 000 \$ pour gérer Pride Home pendant une année. C'est tout ce dont nous avons besoin.

M. Len Webber: Avez-vous une idée du nombre de foyers de groupe comme Pride Home au Canada?

Mme Rachel Loewen Walker: Je sais qu'on a créé des refuges. Vous avez déjà entendu parler de Sprott House à Toronto. Pride Home a été le premier foyer à long terme pour les jeunes LGBTQ2. Depuis, Lulu's Home a été fondé à Regina, comme je l'ai mentionné.

Il existe différents modèles. À la grandeur du pays, toutes les personnes à qui je parle me disent: « Mon Dieu, nous avons besoin de cela. Nous allons le faire. » C'est clairement une question contemporaine très pressante à laquelle les gens travaillent de différentes façons et dans diverses administrations.

● (1700)

Le président: Votre temps est écoulé.

Aviez-vous quelque chose à ajouter?

Mme Martha Smith-Norris: J'allais simplement dire quelques mots de plus concernant le modèle que nous avons mis au point. Je pense qu'il est assez spécial comparativement aux autres options, car les jeunes de 16 à 21 ans sont acceptés chez nous. Ils peuvent rester au foyer jusqu'à l'âge de 22 ans ou prendre d'autres dispositions pour se loger.

Ils viennent au foyer de leur plein gré, évidemment. Il s'agit d'un modèle axé sur les jeunes. Ils participent activement aux décisions qui les touchent. Ils bénéficient de tous les services de soutien intégrés qu'offre OUTSaskatoon, y compris les services de counselling et d'autres services socio-éducatifs. Ils sont guidés par un mentor résidant et un membre du personnel à temps plein.

Comme vous pouvez l'imaginer, tout cela a un coût, c'est donc pourquoi nous...

Le président: D'accord. Nous accordons maintenant la parole à M. McKinnon pour cinq minutes.

M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.): Je veux traiter de l'intersectionnalité; je pense donc que la question s'adresse à M. Girard, puisqu'il semble que ce soit un sujet de nature sociologique.

Alors que nous tenons séance après séance et parlons à un éventail d'organisations, je suis quelque peu dépassé par l'intersectionnalité. L'acronyme LGBTQ2 lui-même comporte énormément de catégories qui s'entrecroisent de diverses manières. À cela s'ajoutent les groupes d'âge, de race, de langue, de culture et d'autres particularités. La tâche semble écrasante. Comment pouvons-nous...

Je suppose que je veux obtenir des conseils pour composer avec la complexité du dossier. Où devons-nous concentrer nos ressources? Nous ne pouvons pas nécessairement étudier toutes les permutations ou combinaisons. Existe-t-il un moyen qui nous permettrait de cibler nos efforts afin d'examiner la question de manière satisfaisante?

[Français]

M. Gabriel Girard: Je vous remercie de votre question. Je vais essayer d'y répondre le plus clairement possible. Mes collègues pourront compléter ma réponse.

Effectivement, l'intersectionnalité est une approche très intéressante pour comprendre les intersections de genre et de sexualité, qu'on retrouve dans l'acronyme LGBTQ+. Elle est aussi intéressante pour comprendre que les personnes de cette communauté ne sont pas seulement LGBTQ+, mais qu'elles sont aussi des personnes de couleur, des personnes âgées et des jeunes. Il y a plusieurs autres facteurs sociodémographiques qui entrent en compte, notamment l'emploi et le niveau de revenu. Évidemment, cela invite à la complexité, et ce n'est pas toujours facile de faire des politiques publiques visant la complexité.

De nos jours, nous avons beaucoup de données de recherche, quoique insuffisantes, qui nous permettent de regarder à quels endroits ces intersections créent des zones de vulnérabilité spécifiques. On pourrait mettre l'accent, notamment, sur le groupe de population constitué de jeunes personnes transgenres racisées non blanches, parce qu'elles font l'objet, pour tout un tas de raisons, de racisme et de transphobie, parce qu'elles sont jeunes et ont moins de ressources. Ici, je fais aussi état de la complexité dans les cibles, car on peut également penser que les transgenres aînés sont aux prises avec des problèmes spécifiques.

L'intersectionnalité est plutôt un guide de lecture pour essayer de comprendre où sont les zones de vulnérabilité principales. C'est sûr que cette approche n'est pas une politique en soi, mais elle peut nous aider à guider l'allocation des ressources et à mieux comprendre les besoins de santé des communautés spécifiques.

[Traduction]

M. Jody Jollimore: Je tiens à préciser que toutes les intersections ne sont pas les mêmes, et je pense que cela va dans le même sens que les propos de Gabriel. Vous avez raison: les intersections sont légion. Il existe peut-être de multiples combinaisons, mais nous savons avec certitude que certaines intersections ont des résultats pires que d'autres sur le plan de la santé.

Je pense que c'est ce que nous tentons de faire comprendre au Comité. Nous espérons certainement que votre rapport indiquera à la ministre que le gouvernement fédéral peut intervenir dans certains domaines et que c'est là qu'on observe vraiment les pires résultats au chapitre de la santé.

M. Ron McKinnon: J'aimerais inviter les autres témoins à répondre s'ils le souhaitent.

Mme Rachel Loewen Walker: Je suis absolument d'accord. Je pense que l'intersectionnalité repose notamment sur l'autodétermination. Il faut admettre que les gens ont la capacité de définir ce qu'ils sont au lieu d'être assignés à des catégories prédéterminées.

Si on réfléchit à la question, même ici, dans cette pièce, nous sommes bien plus diversifiés que nos catégories de langues ne le laissent entendre. L'intersectionnalité ne nous oblige pas à créer un million de programmes particuliers. Ce qu'il faut, c'est créer des programmes qui permettent aux gens d'être eux-mêmes, dans leur diversité et leur intersectionnalité.

De plus, nous devons tenir compte de l'équité, en mettant davantage l'accent sur ces groupes. Je donne aussi brièvement suite à une question précédente. Les résultats des jeunes bispirituels sont bien pires que ceux des jeunes queers caucasiens sur le plan de la santé. C'est l'intersectionnalité.

Les recherches que nous menons nous orientent vers les domaines où nous devons accorder plus de ressources et d'attention afin d'améliorer les niveaux de soins de santé.

● (1705)

M. Joël Xavier: Si vous me permettez d'ajouter quelque chose, je dirais qu'au lieu d'établir un système conçu en fonction des jeunes cisgenres blancs, il faudrait commencer à élaborer une nouvelle politique ou une nouvelle initiative en tirant parti de l'expérience des gens habituellement les plus marginalisés. Il faut interroger ces personnes, les rémunérer pour leurs connaissances, les engager et leur donner l'occasion de s'exprimer, les utilisant ainsi à titre d'informateurs clés avant même de commencer à élaborer une politique. En centrant les efforts sur ces expériences, on obtiendra un résultat final bien plus universel.

Le président: Merci beaucoup.

Nous accordons maintenant la parole à Mme Gladu.

Mme Marilyn Gladu: Merci, encore une fois, à nos témoins. J'ai quelques questions difficiles; je pense qu'elles le sont, en tout cas.

Nous avons considérablement parlé de l'opprobre dont les personnes LGBTQ sont victimes. Si nous mettons sur pied des services médicaux ou de santé mentale destinés à ces personnes, devrions-nous les annoncer comme tels ou est-ce que cela serait problématique en raison de l'opprobre?

Mme Rachel Loewen Walker: Je dirais que les deux cas de figure s'appliquent. Si vous ne faites pas connaître les services adéquatement, les gens ne sauront pas qu'ils sont offerts. Le projet de cartographie est brillant et nous en appuyons entièrement la mise en œuvre. Il faut pouvoir recueillir de l'information tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des nos communautés. C'est vraiment excellent pour tout le monde de voir des services de soutien bien annoncés destinés aux personnes queers, trans et bispirituelles. Par ailleurs, les gens ont des occasions formidables de bénéficier de l'anonymat. Il s'agit parfois d'avoir un bureau doté de deux entrées. C'est une mesure que nous proposons, car certaines personnes ne veulent pas franchir notre seuil parce que c'est terrifiant. Je suis certaine que tout le monde ici sait ce que c'est.

Il faut donc trouver des moyens pour que les gens aient accès aux services, que ce soit en ligne ou de manière anonyme. C'est formidable de trouver des choses en ligne, mais je pense qu'il faut les deux.

Mme Marilyn Gladu: Qu'en pensez-vous, Jody?

M. Jody Jollimore: Je pense que nous avons besoin de programmes ciblés actuellement, car nous décelons des lacunes dans la manière dont les soins sont offerts de manière générale. L'objectif serait qu'en arriver au point où les médecins disposeraient des compétences suffisantes pour fournir les soins, qu'ils pratiquent dans votre circonscription ou au centre-ville de Toronto. D'ici là, bien entendu, il faut investir dans des programmes ciblés.

Il n'existe pas de solution universelle, cependant. Certains voudront un centre ouvertement queer arborant des arcs-en-ciel et des choses semblables, alors que d'autres préféreraient une entrée discrète. Cet état de fait pourrait ne pas changer, même une fois que l'opprobre et la honte seront choses du passé. Il s'agit simplement de manières différentes d'offrir des services et de s'en prévaloir.

Mme Marilyn Gladu: D'accord.

Voici la prochaine question difficile. Nous parlons des personnes LGBTQ et de toutes les questions de santé. Y a-t-il des problèmes de santé propres aux lesbiennes, aux personnes trans ou aux hommes gais?

Mme Rachel Loewen Walker: Oui, il y en a. Je sais que le Comité a entendu bien des choses à propos des hommes gais; je n'aborderai donc pas le sujet. Nous entamons des travaux sur la violence fondée sur le sexe. C'est donc un domaine dont je peux parler. Nous constatons que les femmes trans sont exposées à un risque plus élevé. Je n'emploierais même pas le mot « risque ». Elles sont victimes de la plus grande partie de la violence fondée sur le sexe, comme c'est le cas pour les femmes. En fait, les femmes bisexuelles font l'objet d'encre plus de violence fondée sur le sexe. Nous devons donc comprendre pourquoi.

À cela s'ajoute l'invisibilité. Les femmes, les femmes bisexuelles ou trans, les personnes non binaires et les hommes trans sont moins visibles, car, comme vous l'avez entendu lors des témoignages, ces populations font l'objet de moins de recherches et moins de services sont destinés à ces groupes. Nous en savons donc moins sur ce qu'il se passe exactement, et nous devons en savoir plus.

• (1710)

Mme Marilyn Gladu: Gabriel, quel est votre avis?

[Français]

M. Gabriel Girard: Je vais intervenir très brièvement, car vous avez déjà beaucoup entendu parler des problèmes des hommes gais.

Je veux rajouter que, parmi les hommes gais — je vais essayer de l'expliquer par l'entremise de l'acronyme HARSAH, ou hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes —, il y a aussi des besoins très différents au sein même d'une même catégorie. Donc, il faut aussi prendre en compte cette diversité comprise dans la lettre « g ».

[Traduction]

Mme Marilyn Gladu: Très bien.

J'ai maintenant une question délicate sur les tests de dépistage sanguins. D'après les témoignages que nous avons entendus, il me semble que 50 % des personnes qui contractent le VIH de nos jours sont en fait des femmes qui fréquentent des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Existe-t-il un test de dépistage? Nous disons que nous voulons nous assurer que les hommes gais puissent faire des dons de sang. Or, je pense que le risque qu'ils aient le sida ou le VIH est 130 fois plus élevé. Je pense que ce risque existe également au sein de la population hétérosexuelle. Existe-t-il un test de dépistage pour ces affections?

M. Jody Jollimore: Pardonnez-moi, mais j'aimerais savoir d'où vous tirez ces informations, madame Gladu. Vous dites que 50 % de nouveaux cas d'infection sont détectés chez des femmes qui couchent avec des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes?

Mme Marilyn Gladu: Je me trompe peut-être de chiffre, mais quand nous avons parcouru le pays, nous avons entendu des témoignages selon lesquels les infections au VIH... En fait, je pense que c'est à Montréal qu'on nous a indiqué qu'un important pourcentage de femmes contractent le VIH.

M. Jody Jollimore: Je crois comprendre que les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, qu'ils soient gais, bisexuels ou autres, constituent encore la majorité des cas de

nouvelles infections dans presque toutes les provinces, à l'exception de la Saskatchewan, peut-être.

Mme Rachel Loewen Walker: Oui, c'est vrai.

M. Jody Jollimore: C'est vrai. Je sais que des statistiques font état d'augmentations de 100 ou de 200 % parmi les femmes. C'est le cas dans certaines régions, mais les chiffres absolus sont encore relativement faibles.

Mme Marilyn Gladu: D'accord.

M. Jody Jollimore: Je ne peux parler du nombre d'infections contractées lors de relations hétérosexuelles parce qu'un partenaire est infecté par le VIH, mais nous savons certainement que cela se produit. Je demanderais aux gens de vérifier les statistiques. Dans une ville comme Vancouver, 60 % des nouvelles infections touchent des hommes gais, mais à Prince George, une ville plus modeste, ce pourcentage n'est que de 2 %, en raison de la présence d'une importante catégorie hétérosexuelle qui n'existe nulle part ailleurs.

Se peut-il que ces personnes passent tout simplement inaperçues et ne soient ainsi pas consignées comme porteuses d'infections transmises lors de relations sexuelles entre hommes? Nous savons que c'est le cas, car certaines de nos données indiquent que jusqu'à 60 % des hommes ne révèlent pas leur orientation sexuelle à leur fournisseur de soins de santé. Si les gens ne disent pas la vérité à leur médecin, pourquoi s'ouvriraient-ils à une infirmière du système public qui vient de leur annoncer qu'ils ont le VIH?

Le président: Nous accordons maintenant la parole à Mme Sidhu.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Je remercie tous les témoins de comparaître.

À Brampton, il existe une organisation du nom de Youth Beyond Barriers, et nous avons entendu parler de OUTSaskatoon et de Pride Home. Mme Walker a parlé d'Enchanté Canada.

Pouvez-vous nous parler d'Enchanté Canada?

Mme Rachel Loewen Walker: Certainement.

Enchanté Canada est une nouvelle entité créée il y a deux mois, qui est en train de se constituer en personne morale. Il s'agit d'un réseau de groupes et de centres pour personnes LGBTQ2 des quatre coins du pays.

En septembre dernier, nous avons réuni 38 personnes de chaque province et territoire du Canada à Saskatoon afin de tenir notre toute première réunion. Nous avons eu l'occasion de les interroger sur leurs besoins. Que se passe-t-il? Que pouvons-nous faire pour renforcer le réseau et nos capacités? Cette entité s'inspire de CenterLink, un réseau aux États-Unis comprenant 280 centres pour personnes LGBT qui est en activité depuis 25 ans, il me semble. J'ai pris part à ses conférences, et un groupe de Canadiens ont décidé qu'il fallait mettre sur pied un réseau semblable au pays.

Le secrétariat LGBTQ2 nous a considérablement aidés à constituer le réseau. Nous avons reçu du financement du gouvernement fédéral par l'entremise d'Emploi et Développement social, ce qui nous a permis de réunir des gens. Notre deuxième réunion s'est tenue à Ottawa en février.

Mme Sonia Sidhu: Nous savons tous qu'il existe de l'opprobre et de la discrimination, et OUTSaskatoon a quelques modules pour éduquer ou former les travailleurs du domaine de la santé.

Disposez-vous d'un module de sensibilisation du public ou de ressources que vous pourriez nous expliquer?

Mme Rachel Loewen Walker: Parlez-vous de modèles d'éducation?

Mme Sonia Sidhu: Oui.

Mme Rachel Loewen Walker: Nous avons des modules d'éducation ciblant les écoles, les entreprises, les sociétés, la Ville de Saskatoon et le service de police de Saskatoon. Nous adaptons nos modules aux destinataires et disposons donc de nombreuses versions. En ce qui concerne une stratégie provinciale, il serait formidable d'avoir une stratégie relative au programme d'éducation. Il n'en existe pas, mais nous pourrions en élaborer une en partenariat avec la province, car cela nous permettrait à tous de diffuser l'information sur le terrain.

• (1715)

Mme Sonia Sidhu: Est-ce que quelqu'un peut traiter de l'homophobie dans les refuges pour itinérants?

M. Jody Jollimore: Vous dirigez un programme pour itinérants.

Mme Rachel Loewen Walker: L'homophobie est la principale raison pour laquelle nous avons créé Pride Home. Premièrement, il n'existe aucun refuge pour jeunes à Saskatoon; il y a donc un manque dès le départ. Dans les refuges offerts aux adultes, on y trouve de nombreuses femmes trans, qui y sont fort mal traitées. Nous collaborons donc souvent avec les travailleurs afin de tenter de bien structurer les services de santé avec eux pour que les femmes trans soient en sécurité dans les refuges.

L'un des plus gros écueils pour les personnes trans et non binaires, c'est le fait que les refuges soient genrés. Il y a des édifices distincts pour les hommes et les femmes, et les foyers de groupes pour jeunes sont tous genrés. Commencez à jeter un coup d'œil et vous verrez qu'ils sont tous genrés. Les jeunes non binaires sont donc obligés de demeurer dans un foyer qui ne correspond pas à leur identité, où les employés n'utilisent pas les pronoms et les noms qui leur conviennent. La présence d'un foyer non genré éliminerait un obstacle considérable de l'équation. Si on créait un refuge pour adultes, le fait d'adopter une stratégie semblable afin de ne pas imposer d'étages genrés éliminerait immédiatement un des principaux obstacles.

Le président: Nous entendons maintenant M. Davies, qui posera la dernière question.

M. Don Davies: Rachel, nous cherchons à comprendre la définition de « bispirituel », qui est difficile à appréhender. Quelle définition utilisez-vous?

Mme Rachel Loewen Walker: C'est un terme créé à Winnipeg en 1992, il me semble, par et pour les Autochtones, qui ne se sentaient pas nécessairement à l'aise d'utiliser les mots gais et lesbiennes. Ils voulaient un terme qui corresponde à ce qu'ils vivent. Il s'agit d'un terme culturel qui, pour certains, pourrait signifier gai. Si on se penchait sur la question, cela pourrait signifier gai ou lesbienne.

De plus, un grand nombre de personnes bispirituelles utilisent ce terme pour parler de leurs expériences de personnes trans ou non binaires. C'est ainsi que notre aînée bispirituelle décrit son vécu. Il ne s'agit pas tant d'un esprit masculin et d'un esprit féminin cohabitant dans un même corps que du fait qu'on n'adhère pas aux identités sexuelles et de genre binaires. C'est aussi une façon de vivre. Selon elle, être une personne bispirituelle équivaut à vivre dans deux mondes: un blanc et un autochtone.

M. Don Davies: Dès qu'il est question de santé, je pense que nous comprenons fondamentalement l'importance primordiale des déterminants sociaux de la santé. J'imagine que ces facteurs sont d'autant plus cruciaux quand on parle d'un groupe qui peut être marginalisé dans la société. Je viens de Vancouver, où sévit depuis assez longtemps une crise du logement qui touche tout le monde. C'est une crise qui perdure. Je me demande ce que vous pouvez nous dire à propos de l'accès des personnes LGBTQ2 à un logement sécuritaire et à l'incidence que ce facteur peut avoir sur leurs perspectives et leur état de santé.

Mme Rachel Loewen Walker: Je répondrai avec plaisir.

Le code des droits de la personne de la Saskatchewan a récemment été modifié afin d'inclure le genre et l'identité et l'expression de genre, précisément parce que des propriétaires d'immeuble refusaient de louer des logements à des personnes trans dans la province. À partir de ce moment-là, le problème a pris de l'ampleur jusqu'à se rendre jusque devant la Commission des droits de la personne. Voilà qui est très révélateur.

J'ai prononcé les mots « propriétaires intentionnels ». Nous collaborons avec des propriétaires qui fournissent intentionnellement des logements sécuritaires à notre communauté, veillant à ce que leurs formulaires ne soient pas genrés et que leurs employés aient suivi une formation sur la diversité afin de respecter les pronoms qu'ils connaissent. Ils savent comment soutenir les personnes trans.

M. Don Davies: L'accès au logement est-il encore plus difficile pour la communauté LGBTQ2 que pour la communauté binaire?

M. Jody Jollimore: Dans une ville comme Vancouver, l'accès au logement est une question de moyens financiers. Or, nous savons que si on compare les taux de revenus des personnes queers à ceux des personnes non queers, notre communauté est désavantagée sur le plan économique. Je pense donc que si on se fie à cette variable, nous sommes effectivement désavantagés sur le plan de la location de logement.

Quand il est question de programmes ciblés, qu'ils s'adressent aux aînés ou aux jeunes dans des centres d'hébergement plus institutionnalisés, il y a, bien entendu, une panoplie de problèmes de compétence, auxquels s'ajoute la capacité de vivre ouvertement son identité dans ces endroits.

• (1720)

Le président: D'accord. Le temps est écoulé. La séance est terminée.

Au nom du Comité, merci beaucoup. Vous êtes des experts en la matière doublés d'excellents communicateurs. Vous avez fait un travail formidable. Un grand nombre d'entre nous en ont beaucoup à apprendre, et vous nous avez été d'une grande aide. Notre comité a eu une de ses expériences les plus intéressantes, et nous avons tenu quelques bonnes rencontres. Notre séance nous a été réellement utile, car vous nous avez fait part de vos problèmes et de vos sentiments les plus intimes. Nous vous en sommes reconnaissants. Au nom du Comité, merci du fond du cœur.

Nous suspendrons la séance pour deux minutes, après quoi nous nous réunirons brièvement à huis clos.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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