



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

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

HUMA • NUMÉRO 035 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 8 décembre 2016

—
Président

M. Bryan May

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

Le jeudi 8 décembre 2016

• (0845)

[Traduction]

Le président (M. Bryan May (Cambridge, Lib.)): Je déclare la séance ouverte.

Bonjour tout le monde. Conformément au paragraphe 108(2) du règlement et à la motion adoptée par le comité le 13 juin 2016, le Comité reprend son étude sur les stratégies de réduction de la pauvreté. Ce matin, je vais renoncer à mon préambule pour souhaiter à l'un de nos collègues, un fantastique... c'est votre trentième anniversaire, n'est-ce pas?

M. Dan Ruimy (Pitt Meadows—Maple Ridge, Lib.): En effet. Comment saviez-vous?

Le président: Fil, voulez-vous commencer?

M. Dan Ruimy: Mon Dieu, non.

Des députés:

Joyeux anniversaire,
Joyeux anniversaire,
Joyeux anniversaire, cher monsieur Ruimy,
Joyeux anniversaire.

Le président: Merci beaucoup de m'offrir cette occasion. C'est un plaisir de vous avoir avec nous. Nous n'avons pas l'habitude de telles frivolités si tôt le matin.

De la Commission de la santé mentale du Canada, accueillons Ed Mantler, qui se joint à nous à Ottawa.

La vidéoconférence avec Cedars Society en provenance de Vancouver, Colombie-Britannique, n'est pas encore prête, alors je vais passer Marshall.

Également, par vidéoconférence en provenance du Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto, Ontario, nous avons la Dre Vicky Stergiopoulos.

J'ai prononcé votre nom correctement?

Dre Vicky Stergiopoulos (médecin en chef, Centre de toxicomanie et de santé mentale): Parfaitement.

Le président: Également de Toronto par vidéoconférence, nous avons deux groupes, et j'apprécie le fait que vous partagiez votre temps avec nous aujourd'hui.

Nous avons avec nous Ricardo Tranjan, directeur du Bureau des stratégies de réduction de la pauvreté, et Kelly Murphy, une agente d'élaboration des politiques, tous deux de Toronto.

Puis, de Working for Change, Michael Creek, directeur des Initiatives stratégiques et Lubna Khalid, coordonnatrice.

Bienvenue à vous tous.

Nous allons débiter à l'instant, car nous avons aujourd'hui une liste complète de témoins à entendre. Je demande aux témoins de

limiter, dans la mesure du possible, leurs commentaires à sept minutes. Nous allons commencer par Ed Mantler de la Commission de la santé mentale du Canada.

Monsieur, les sept prochaines minutes vous appartiennent.

M. Ed Mantler (vice-président, Programmes et priorités, Commission de la santé mentale du Canada): Merci, monsieur May, et mes remerciements au Comité pour avoir invité la Commission de la santé mentale du Canada à prendre la parole aujourd'hui.

Cette semaine au Canada, 500 000 Canadiens ne se sont pas présentés au travail pour raison de maladie mentale. Cette semaine n'est en rien différente. La même chose s'est produite la semaine dernière; la même chose se produira la semaine prochaine. Bien que ce ne soit pas les 500 000 mêmes personnes chaque semaine, certaines d'entre elles le sont. Certaines personnes seront confrontées à une maladie de longue durée et d'autres ne seront pas en mesure de retourner au travail. Être incapable de conserver son emploi entraîne, évidemment, des difficultés financières pouvant mener à la pauvreté et à l'itinérance.

Le moment de ma présence ici est bien choisi, car il correspond à la publication de l'étude finale de durabilité At Home/Chez Soi, en novembre. Comme bon nombre d'entre vous le savent, At Home/Chez Soi est le projet de recherche du genre le plus important au monde et il a été depuis reproduit sur le plan international. Le projet a nécessité plus de 2 000 participants provenant de cinq villes partout au pays, sur une durée de plus de cinq ans, et a prouvé hors de tout doute que l'approche Logement d'abord peut rapidement mettre fin à l'itinérance chez les personnes atteintes de maladie mentale, une situation présente chez environ 64 % des personnes sans-abri.

L'étude a prouvé hors de tout doute que l'approche Logement d'abord est efficace et qu'elle a eu un impact sur l'amélioration de la politique en matière de logement, surtout en ce qui concerne la réduction de la pauvreté. Je ne saurais insister assez sur la satisfaction que nous éprouvons au fait que notre voix ait été entendue. En fait, plus tôt cette année, le maire de Medecine Hat a annoncé qu'une approche Logement d'abord a servi à éliminer l'itinérance dans cette collectivité de l'Alberta.

L'accès aux logements abordables et sécuritaires s'est avéré rentable. En effet, nous savons qu'il est plus économique de fournir un logement stable, permanent et renforcé par des soutiens sociaux. Ce n'est pas que le logement; c'est le logement d'abord, et même avec les logements subventionnés et l'augmentation de la gestion des cas graves ou le traitement communautaire dynamique, c'est encore plus économique que d'avoir des gens qui se retrouvent dans des refuges, des logements temporaires, des services d'urgence, et même en incarcération.

Pas plus tard qu'hier, notre présidente et directrice générale, Louise Bradley, a émis un communiqué félicitant le gouvernement qui mobilise les Canadiens autour de l'élaboration d'une stratégie nationale du logement. Lorsque nous élaborons un plan d'action national, les défis urgents auxquels doivent faire face les personnes vivant avec des maladies et des problèmes mentaux doivent être des priorités, étant donné que les besoins de cette population vulnérable pour des logements abordables sont près du double de ceux de la population générale. Nous savons qu'un logement sûr a un impact profond sur la qualité de la santé et du bien-être d'une personne, c'est la raison pour laquelle c'est enchaîné dans la stratégie en matière de santé mentale au Canada, ainsi qu'au niveau de Changing Directions et de Changing Lives.

À la commission, nous mentionnons souvent que toute personne a besoin d'un logement, d'un travail et d'un ami. Il s'agit évidemment d'une simplification exagérée de l'éventail plus large des déterminants sociaux de la santé, mais je le mentionne, car la question du logement ne représente qu'un volet du casse-tête. Le rétablissement à la suite d'une maladie mentale est non seulement possible, il est prévu. Lorsque je parle de « rétablissement », ça suscite toujours quelques inquiétudes, parce que les gens entendent parfois le mot « guérison ». Je ne parle pas de guérison; je parle de rétablissement — vivre une vie bien remplie, saine, malgré certaines limitations comparables aux personnes vivant avec des maladies ou des déficiences chroniques.

J'ai moi-même une maladie cardiaque. J'ai eu une crise cardiaque en 2006, et pourtant, lorsque vous me regardez, j'espère que vous ne voyez pas un patient cardiaque. J'ose espérer que vous voyez un citoyen canadien en pleine possession de ses moyens. Je suis en santé et rétabli, mais je ne suis pas guéri. Je prendrai toujours des médicaments, tous les matins. J'aurai toujours un programme régulier d'exercices. Je consulterai toujours un cardiologue. Je mentirai toujours à mon cardiologue concernant mon alimentation.

Des voix: Oh, oh!

M. Ed Mantler: Je suis rétabli, pas guéri. J'ai une vie remplie et productive. J'ai un bon travail, avec des responsabilités. J'ai des amis et une famille qui se soucient de moi. J'ai des espoirs et des aspirations qui me tiennent à coeur. Le rétablissement à la suite d'une maladie mentale est exactement la même chose — il faut s'y attendre.

Nous savons que la pauvreté compromet la capacité des Canadiens à se sentir bien et à se rétablir. La pauvreté exacerbe les symptômes de la maladie mentale et peut favoriser leurs manifestations. Parallèlement, la maladie mentale peut parfois compliquer la préservation d'emplois et par conséquent mener à la pauvreté. C'est un cercle vicieux.

• (0850)

Lorsqu'on pense au rétablissement à la suite d'une maladie mentale, cela implique d'adopter une vision à long terme et de faire des investissements importants dans des programmes qui dépassent largement le secteur des soins de santé, notamment des programmes

qui aident les personnes vivant avec de sérieuses maladies mentales, à trouver et à conserver des emplois enrichissants.

Alors, qu'en est-il des 500 000 personnes que j'ai précédemment mentionnées?

Nous savons que certaines d'entre elles vont se rétablir rapidement et retourner au travail, mais nous savons qu'un pourcentage important de personnes avec de sérieuses maladies mentales ne seront pas en mesure de le faire. Une personne en congé de maladie pour une durée de seulement six mois a une chance sur deux de retourner au travail. Après une absence d'un an, les chances de retourner au travail chutent à 10 %, et pour cette raison, 90 % des Canadiens qui vivent avec une maladie mentale sérieuse ou grave sont sans emploi. Ce qui représente environ 3 % de la population canadienne.

Les personnes atteintes de maladie mentale sont en mesure de contribuer énormément à la société, pourtant une proportion troublante de celles qui sont sans-abri souffrent de maladies mentales. Nous devons améliorer la mise en oeuvre des politiques qui récompensent et soutiennent les gens qui retournent au travail, au lieu de pénaliser ou d'omettre d'encourager le revenu gagné.

À la commission, nous appelons cette population, « la main-d'oeuvre en devenir ». Ce sont les personnes qui ont quitté leur emploi en raison de problèmes de santé mentale ou celles qui n'ont jamais intégré le marché du travail, parce que leurs problèmes de santé mentale se sont manifestés tôt dans leurs vies.

Il est intéressant de voir qu'il existe plusieurs organisations qui s'emploient à aider ces personnes — les aider à élaborer un curriculum vitae, les aider à acquérir des compétences, les aider à accéder à des formations — mais il est très difficile de trouver des organisations qui travaillent avec des employés de façon à rendre la culture, les politiques et les pratiques du milieu de travail plus accommodantes et plus accessibles aux personnes aux prises avec la maladie mentale et les problèmes associés à la maladie mentale.

La commission a déposé cette année un mémoire prébudgétaire concernant un projet de démonstration qui vise à soutenir les employeurs — l'objectif étant de 200 employeurs partout au pays — afin de connaître ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, cela pour de définir les meilleures pratiques en vue de changer la culture du milieu de travail, de modifier les politiques et les pratiques de façon à permettre aux personnes aux prises avec des maladies mentales de conserver leur travail, de leur permettre de retourner au travail le plus rapidement possible, et d'aider les personnes qui n'ont jamais intégré le marché du travail à trouver des emplois véritables.

Pour pousser la démarche un peu plus loin, nous devons faire un effort concerté pour faire avancer la recherche qui enrichit nos connaissances et notre compréhension des déterminants sociaux de la santé et des liens entre la santé mentale et la santé générale. Collectivement, nous devons redoubler d'efforts de façon à fournir des services qui répondent aux déterminants sociaux de la santé. Si le système de santé mentale ne tient pas compte des inégalités sociales et de la pauvreté, alors le temps et l'énergie que nous y consacrons seront gaspillés et les résultats réduits.

Les efforts pour répondre aux déterminants sociaux de la santé doivent être concertés et comprendre différents systèmes, incluant tous les niveaux de gouvernement, les ministères, et les secteurs, et doivent impliquer les personnes qui sont touchées par la maladie mentale. Ces efforts doivent présenter une optique d'équité en matière de santé, s'appuyer sur des données probantes, et cibler les initiatives en amont, aussi bien que les services et les soutiens en aval pour les personnes atteintes de maladie mentale.

Je veux remercier le comité de m'avoir offert l'occasion d'être ici aujourd'hui. Merci.

●(0855)

Le président: Le plaisir est pour nous. Merci beaucoup pour votre présence.

Nous allons rapidement passer au Centre de toxicomanie et de santé mentale et à la Dre Vicky Stergiopoulos, médecin en chef, qui se joint à nous par vidéoconférence de Toronto, Ontario.

Bienvenue. Les sept prochaines minutes sont à vous.

Dre Vicky Stergiopoulos: Merci, Bryan et merci aux membres du Comité pour votre travail sur les stratégies de réduction de la pauvreté et de m'offrir l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui.

Comme vous l'avez mentionné, je suis le médecin en chef du Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto.

Le CAMH est le plus important organisme canadien oeuvrant dans les domaines de la toxicomanie et de la maladie mentale. Nous intégrons des soins cliniques à des activités d'éducation et de recherche pour transformer la vie des personnes atteintes de maladie mentale ou de dépendance. Nous avons plus de 500 lits, plus de 3 000 employés, plus de 300 médecins, et 100 scientifiques. Nous travaillons tous ensemble pour venir en aide à plus de 3 000 patients chaque année.

Pour nos patients et pour les Canadiens atteints de maladie mentale, la pauvreté constitue une préoccupation majeure. Les personnes atteintes de maladie mentale ont de faibles revenus, sont moins susceptibles de faire partie du marché du travail, et sont moins susceptibles de bénéficier d'un logement convenable par rapport aux personnes aux prises avec d'autres incapacités, ainsi qu'à celles sans incapacités. La pauvreté peut aussi accentuer leurs conditions de santé physique et mentale.

Alors que les soins cliniques basés sur des données probantes sont essentiels au rétablissement de la santé mentale, le CAMH reconnaît également l'importance des déterminants sociaux de la santé et ses incidences sur l'amélioration des conditions de vie chez les gens atteints de maladie mentale, tout au long de leurs vies. Par conséquent, nous proposons les trois recommandations qui suivent pour réduire la pauvreté chez les gens atteints de maladie mentale.

Tout d'abord, nous avons besoin des investissements fédéraux dans des logements abordables, subventionnés et supervisés. Au Canada, il y a plus de 520 000 personnes atteintes de maladie mentale qui n'ont pas de logement adéquat. Sur ce nombre, près de 120 000 sont de vrais sans-abri. Bon nombre de ces personnes sont en mesure de vivre de façon indépendante au sein de la collectivité et l'amélioration de l'accès à des logements abordables contribuerait à les sortir de la pauvreté.

D'autres Canadiens atteints de maladie mentale ont besoin d'un soutien pour trouver et conserver leur logement. Pour eux, l'accès à un logement abordable et le soutien clinique basé sur des données probantes leur fournira l'occasion de maintenir une stabilité de logement et de sortir de leur pauvreté.

Nous voyons certains patients au CAMH et ailleurs au Canada qui sont atteints de troubles psychiatriques plus graves. Pour eux, l'accès à un logement avec soutien sur place, soit un soutien jour et nuit, est nécessaire au maintien adéquat des droits d'occupation. Les recherches ont démontré que l'accès au logement peut améliorer la santé personnelle et la vie en société chez les personnes avec de sérieuses maladies mentales. Malheureusement, il y a au Canada, une pénurie de ce type de logements.

En 2012, on estimait que, dans les dix années suivantes, 100 000 nouvelles unités de logement seraient nécessaires partout au pays, uniquement pour commencer à répondre aux besoins de logements des personnes atteintes de maladie mentale. En Ontario, les personnes atteintes de maladie mentale peuvent attendre jusqu'à six ans pour un logement.

Dans sa présentation concernant la stratégie nationale du logement, le CAMH a recommandé qu'une partie de tous les fonds fédéraux pour un logement abordable soit réservée au développement de nouvelles unités de logements supervisés. Nous avons également recommandé une augmentation du financement de Logement d'abord, un modèle de logement fondé sur des données probantes pour les personnes atteintes de maladie mentale qui sont sans-abri. Nous croyons que ces investissements pour des logements supervisés et subventionnés vont contribuer à réduire la pauvreté des Canadiens atteints de maladie mentale.

Notre deuxième recommandation est que le gouvernement fédéral soutienne les initiatives qui aident les personnes atteintes de maladie mentale à trouver et à conserver leur emploi. La plupart des personnes atteintes de maladie mentale peuvent et veulent travailler, mais jusqu'à 90 % de celles atteintes de maladies mentales graves sont sans emploi en raison de la stigmatisation et de la discrimination, des mesures inadéquates de soutien d'emploi et des politiques de sécurité du revenu qui font problèmes. Les personnes atteintes de maladie mentale qui travaillent ont une meilleure santé et ont une plus grande estime d'elles-mêmes, ainsi qu'un meilleur niveau de vie. Elles sont également moins susceptibles de faire appel aux services de santé et sociaux coûteux.

Le soutien du gouvernement fédéral pour l'aide à l'emploi fondé sur les données probantes et les options pour un autre emploi, ainsi que le travail de la Commission de la santé mentale du Canada vont permettre de faire face à la stigmatisation et à la discrimination sur le marché du travail, et la pauvreté chez les personnes atteintes de maladie mentale peut ainsi être réduite.

●(0900)

Enfin, nous recommandons que le gouvernement fédéral travaille avec d'autres instances gouvernementales, pour mettre en oeuvre une assurance de revenu de base afin de soutenir les Canadiens atteints de maladie mentale qui ne peuvent pas travailler et les personnes qui entrent sur le marché du travail ou en sortent en raison de la nature de leurs incapacités. Les systèmes actuels de soutien du revenu sont inadéquats et créent des facteurs qui dissuadent les gens de travailler. Une assurance de revenu de base, associée au soutien au logement et à l'emploi, pourrait améliorer considérablement la santé et le niveau de vie des personnes atteintes de maladie mentale.

La pauvreté représente un problème difficile comportant de multiples facettes, et le CAMH félicite le gouvernement d'en faire une priorité. Nous sommes également heureux de voir qu'au cours de votre processus de modelage de la stratégie, vous reconnaissez les besoins uniques des personnes atteintes de maladie mentale et de dépendances.

Nous espérons que nos recommandations vous seront utiles.

Merci. Je serais heureuse de répondre à vos questions.

Le président: Merci beaucoup.

Depuis Toronto, par vidéoconférence, nous avons Ricardo Tranjan, gestionnaire du Bureau des stratégies de réduction de la pauvreté, et Kelly Murphy, une agente d'élaboration des politiques

Les prochaines sept minutes sont à vous. Allez-y.

[Français]

M. Ricardo Tranjan (gestionnaire, Stratégie de réduction de la pauvreté, Développement social, finances et administration, Ville de Toronto): Bonjour, monsieur le président et membres du Comité.

Je veux d'abord vous remercier de nous avoir invités aujourd'hui et de nous donner l'occasion d'aborder les développements, les réalisations et les défis de la Stratégie de réduction de la pauvreté de Toronto.

Nous profitons également de cette occasion pour remercier le gouvernement du Canada, qui, dans le cadre de la Phase 1 du plan d'infrastructure, a investi notamment dans le logement social et abordable.

Nous sommes contents de contribuer aux travaux de ce comité et à l'élaboration d'une stratégie fédérale de réduction de la pauvreté qui prend force et qui s'appuie sur des stratégies provinciales et municipales.

[Traduction]

En 2015, le conseil municipal de Toronto a approuvé à l'unanimité TO Prosperity, la Stratégie de réduction de la pauvreté à Toronto. Cette stratégie est basée sur des recherches approfondies et sur un processus de mobilisation de la collectivité d'une durée d'un an, codirigé par des organismes communautaires et des personnes qui connaissent la pauvreté, et plus de 2 000 résidents de la ville étaient impliqués.

En adoptant cette stratégie, la ville de Toronto a reconnu l'importance du pouvoir municipal en matière de réduction de la pauvreté et la nécessité d'engager des ressources pour assurer la prospérité économique, sociale et environnementale de la plus grande ville du Canada. TO Prosperity est un système de stratégies qui met l'accent sur cinq principaux enjeux: la stabilité du logement, l'équité en matière de transport, l'accès aux services, l'accès à l'alimentation, et des emplois de qualité, ainsi que des salaires décents.

Nous avons trois objectifs primordiaux.

Le premier consiste à répondre aux besoins immédiats. Nous voulons nous assurer que les services essentiels soient bien financés et coordonnés, et qu'ils répondent aux besoins des personnes qui vivent dans la pauvreté.

Le deuxième est de créer des voies vers la prospérité. Nous voulons faire en sorte que les programmes et les services municipaux soient intégrés, axés sur le client, avec l'accent sur une intervention précoce.

Le troisième objectif consiste à susciter des changements systémiques. Nous voulons tirer parti du pouvoir économique de la ville pour stimuler la croissance de l'emploi, soutenir les entreprises locales, stimuler une croissance économique inclusive, et s'attaquer aux inégalités sociales profondément enracinées.

À la ville de Toronto, nous croyons fermement que lutter contre la pauvreté doit être un effort collectif. Dans certains secteurs, la ville de Toronto possède les outils, les ressources et l'autorité pour aller de l'avant, et ça fonctionne. Dans d'autres secteurs, la ville doit collaborer avec d'autres paliers de gouvernement, avec le secteur privé, le marché du travail, et des organismes communautaires pour réduire la pauvreté et promouvoir la croissance économique inclusive. L'élaboration de politiques cloisonnées, les services non coordonnés, les programmes à la pièce, et les investissements intermittents accentuent souvent la pauvreté et la vulnérabilité.

Au cours de la première année de la stratégie de réduction de la pauvreté, la ville a investi dans des programmes de bonne nutrition des élèves, des programmes d'emploi, des logements sociaux, des refuges, des services de garde agréés grâce à des places subventionnées, des centres récréatifs avec programmes gratuits, et des transports publics, maintenant gratuits pour les enfants âgés de 12 ans et moins.

En 2016, le conseil municipal a également approuvé la nouvelle politique et le programme sur l'approvisionnement à caractère social qui augmentera l'accès aux contrats de la ville pour les entreprises qui emploient ou offrent une formation en emploi aux collectivités qui recherchent l'équité et aux résidents à faibles revenus. La semaine dernière, le comité exécutif a approuvé la création d'un laissez-passer de transport en commun pour faibles revenus, cette initiative sera présentée au conseil la semaine prochaine.

Finalement, les divisions de la ville ont présenté des approches novatrices pour l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes, incluant des projets pilotes qui utiliseront des stratégies approfondies de gestion pour améliorer les services et les résultats concernant les bénéficiaires de l'aide sociale qui font face à des obstacles à l'emploi, notamment des défis liés à la santé mentale.

Nous sommes fiers de ces réalisations, mais il y a encore beaucoup à faire, et le gouvernement du Canada peut jouer un rôle fondamental en nous aidant à aller de l'avant. Réduire de manière significative la pauvreté des centres urbains requiert des investissements importants en matière de logements sociaux et abordables, en matière de garde d'enfants, ainsi qu'en matière de création et d'exploitation de systèmes de transport. Nos efforts pour prioriser les ressources municipales limitées et pour trouver des façons novatrices et efficaces de soutenir les résidents à faibles revenus, ne produiront pas les résultats souhaités sans un financement adéquat du logement, des services de garde d'enfants, ainsi que du transport en commun. Ces services représentent les principaux piliers de la stabilité et de l'inclusion socio-économique. Sans eux, les résidents ne peuvent participer pleinement à la vie économique et civique.

La ville se réjouit des récents investissements dans ces secteurs, en regard de la première phase de ce plan d'infrastructure et espère que les investissements de la deuxième phase de la stratégie nationale de logement et, bien entendu, la Stratégie de réduction de la pauvreté du Canada continueront dans ce sens.

J'aimerais également parler brièvement de surveillance et d'évaluation.

Il est bien connu que les mesures actuelles des faibles revenus et de la pauvreté — MFR, SFR, et MPC — ont de très importantes limites méthodologiques. À cet égard, nous aimerions faire écho aux témoins précédents qui ont comparu devant ce comité et qui ont recommandé que le gouvernement fédéral confie à Statistiques Canada la tâche de recueillir et de diffuser les données non monétaires de la pauvreté, y compris les données de privation matérielle. Notre capacité de surveiller et d'évaluer nos efforts de réduction de la pauvreté augmenteraient considérablement si on pouvait combiner les mesures relatives aux faibles revenus monétaires à un indice de privation matérielle.

•(0905)

[Français]

Encore une fois, je vous remercie de nous avoir donné cette occasion de nous adresser à vous ce matin.

Ma collègue Kelly Murphy et moi nous ferons un plaisir de répondre à vos questions dans la mesure de nos connaissances, bien sûr, et de mettre à votre disposition tout le matériel pouvant contribuer aux travaux du Comité.

C'est un plaisir pour nous de travailler avec nos collègues au gouvernement fédéral à l'élaboration de la stratégie de réduction de la pauvreté du Canada.

Merci beaucoup.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

À présent, accueillons Michael Creek, directeur des initiatives stratégiques de Working for Change, et Lubna Khalid, coordonnatrice de Women Speak Out, qui se joignent à nous par téléconférence depuis Toronto.

Bienvenue à vous deux. Vous avez sept minutes.

• (0910)

M. Michael Creek (directeur, Initiatives stratégiques, Working for Change): Bonjour.

Lubna et moi sommes heureux d'être avec vous aujourd'hui. Après avoir entendu le témoignage des intervenants précédents, je veux mentionner dès le départ que 99 % des employés de notre organisme sont des personnes ayant des troubles mentaux ou des dépendances, ou alors des personnes qui ont vécu dans la pauvreté ou qui ont été marginalisées par la société. Notre organisme est plutôt unique à cet égard.

Nous vous remercions de nous avoir invités à témoigner devant le comité aujourd'hui pour parler de ce que nous faisons à Working for Change et du travail systémique que nous avons entrepris en santé mentale et en toxicomanie concernant les perspectives d'emploi, les questions de réduction de la pauvreté, le logement, etc. Nous croyons que les gens qui ont vécu avec ces problèmes sont des experts en la matière et doivent être consultés par le gouvernement fédéral pour l'élaboration de sa politique.

Les mots « trouble mental » et « toxicomanie » entraînent encore beaucoup de stigmatisation, bien que le regard de la société sur d'autres incapacités ait passablement changé. Dans ma communauté, de nombreuses personnes font toujours face à de grands obstacles en matière d'emploi, de logement et d'inclusion sociale. Le taux de chômage des personnes ayant une incapacité demeure extrêmement élevé — jusqu'à 70 %, selon certains — et pour les gens qui ont de graves troubles mentaux, il peut atteindre 90 %. Nous savons que 45 % des personnes admises au programme ontarien de soutien aux personnes handicapées ont une incapacité liée à un trouble mental ou à la toxicomanie. Le coût de ce programme pourrait devenir impossible à soutenir dans l'avenir.

Pourquoi cette constante augmentation? Tous les participants au POSPH vivent dans la pauvreté, certains dans une pauvreté extrême, ce qui explique en partie qu'ils sont incapables de retrouver la santé. Bien des personnes à qui nous parlons cherchent une façon de se sortir de la pauvreté, mais n'ont pas tracé le chemin qui leur permettra de s'en sortir.

Mme Lubna Khalid (coordonnatrice, Women Speak Out, Working for Change): Le travail entrepris par la Commission de la santé mentale au cours des 10 dernières années a commencé à instiller le sentiment, dans notre communauté, que nous avons notre place et que le Canada et ses citoyens sont disposés à faire des investissements en matière de logement, de services sociaux de soutien, de possibilités d'emploi et de choix. Nous avons encore

beaucoup de chemin à parcourir et nous croyons que nous pouvons le faire ensemble.

Voici quelques-uns des domaines où notre travail des 10 dernières années a porté fruit.

Au cours des dernières années, nous avons élaboré divers programmes de leadership et de préparation à l'emploi qui ont aidé de nombreuses personnes à trouver un emploi et à se sortir de la pauvreté. En 2005, nous avons conçu un programme nommé *Voices from the Streets*, les voix de la rue, qui visait à faire participer des personnes ayant connu la pauvreté, des problèmes de santé mentale et la toxicomanie à des projets de sensibilisation du grand public. Ces personnes participent aussi aux discussions des législateurs qui élaborent les politiques. Pendant la dernière décennie, les membres de *Voices from the Street* ont parlé avec des milliers de personnes, dont des étudiants, des infirmières, des médecins omnipraticiens résidents, des travailleurs sociaux, des psychiatres et des législateurs. Notre cellule de témoins femmes, *Women Speak Out*, examine ces enjeux sous la loupe des femmes. Elle donne la parole à celles qui ont vécu la violence familiale, la pauvreté ou des problèmes liés à leur situation de nouvelles arrivantes ou de réfugiées.

À mesure que notre cellule de témoins s'élargissait, nous nous sommes rendu compte que nos diplômés cherchaient désespérément à travailler, particulièrement dans le secteur des services sociaux. Nous offrons aujourd'hui deux programmes de préparation à l'emploi. Le premier forme des personnes sur l'aide sociale à un emploi dans le domaine alimentaire ou horticole. Le second offre une formation de travailleur de relève à ceux qui ont connu la pauvreté, de façon à ce qu'ils puissent trouver de l'emploi dans les centres d'accueil, les refuges et le domaine du logement social en général. Nos programmes intensifs de 12 semaines sont une combinaison de séances où on reconnaît les combats que mènent les gens sur l'aide sociale et de séances visant à renforcer la confiance en soi. Les participants acquièrent des compétences utiles pour un emploi dans les secteurs alimentaire, horticole ou social, et des techniques de recherche d'emploi. Jusqu'à maintenant, les deux tiers de nos diplômés ont trouvé un emploi à temps plein ou partiel.

M. Michael Creek: Les gens peuvent se sortir de la pauvreté. Il faut que le gouvernement fédéral assume ce rôle important conjointement avec les provinces et les municipalités pour réduire la pauvreté. Le coût de l'inaction est très élevé. Il faut cesser de dire que nous ne pouvons pas nous permettre de faire des investissements dans les secteurs clés que sont l'emploi et le logement pour les personnes ayant une incapacité.

Selon un rapport récent, le coût de la pauvreté à Toronto, en tenant compte des coûts sociaux, des dépenses de santé et des revenus perdus, se chiffre entre 4,4 milliards et 5,5 milliards de dollars. Multipliez ces sommes par le nombre de nos villes et villages, et ces coûts augmentent de manière exponentielle.

Une stratégie de réduction de la pauvreté doit inclure une stratégie moderne en matière d'emploi qui ciblera certains groupes de la population, y compris, bien sûr, les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, les jeunes et les Autochtones. Elle doit être intégrée aux stratégies provinciales et municipales de réduction de la pauvreté, et traiter des enjeux en matière de revenu, de logement, de santé et de bien-être. Avant tout, la stratégie doit reconnaître le fait qu'on refuse d'offrir des possibilités d'emploi, ou la possibilité de choisir un emploi, à un trop grand nombre de personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

Nous pensons avoir démontré qu'en ayant des attentes élevées envers les gens, il est possible de réussir. À Working for Change, nous défendons l'idée que chaque personne mérite d'avoir un toit, un emploi, un ami et une meilleure situation sociale.

Merci.

• (0915)

Mme Lubna Khalid: Merci.

Le président: Merci beaucoup à tous.

Malheureusement, M. Smith de la Cedars Society nous a avisés qu'il lui est impossible de se joindre à nous ce matin. Passons donc aux questions.

Auparavant, j'aimerais vous remercier tous, ici la salle comme sur vidéoconférence, de vous être rendus disponibles malgré un si court préavis. Je sais que certains d'entre vous ont dû remuer ciel et terre pour être présents aujourd'hui pour participer à notre étude. Je vous en suis très reconnaissant.

Passons aux questions. M. Zimmer d'abord.

M. Bob Zimmer (Prince George—Peace River—Northern Rockies, PCC): Merci encore à tous de témoigner devant le comité ce matin. Je sais qu'il est tôt pour certains d'entre vous. Ce n'est pas si mal pour nous. Il est environ 9 h 20 en ce moment.

Je veux d'abord m'adresser à Ricardo. Vous avez mentionné quelques faits curieux qui sont clairement, selon moi, des voies à suivre pour réduire la pauvreté. Il s'agit de l'aspect préventif. Au lieu de composer avec une situation déjà existante, nous aimerions prévenir cette situation. Je donnerais l'exemple d'un accident de voiture. On a besoin d'une salle d'urgence pour traiter les problèmes immédiats, mais on peut aussi réduire les risques d'accident grâce à la sensibilisation, dans les écoles, en montrant les conséquences de l'alcool au volant, etc.

Vous avez mentionné que vous aviez une section nommée « les voies vers la prospérité ». Je veux que vous expliquiez ce que vous entendez par voies vers la prospérité. Pouvez-vous en parler, en gardant en tête que nous traitons d'une stratégie de réduction de la pauvreté?

M. Ricardo Tranjan: Bien sûr. Merci pour cette question.

Oui, nous sommes tout à fait d'accord, il faut se concentrer sur les deux. Il faut répondre aux besoins immédiats des résidents qui n'ont pas assez à manger, qui n'ont nulle part où dormir ou qui ne peuvent subvenir à leurs besoins de base de la journée. Ils ont besoin d'aide aujourd'hui, pas demain, pas la semaine prochaine. L'accent est mis sur l'amélioration. Chaque fois, nous faisons un peu plus pour les résidents dans cette situation. Ensuite, nous nous concentrons sur l'ouverture de voies vers la prospérité.

Il est entendu que certaines actions peuvent être entreprises par le gouvernement pour mieux soutenir les personnes qui commencent à chercher un peu plus de stabilité économique et sociale. À cette croisée des chemins cruciale, les gouvernements doivent répondre présents et aider. Nous devons fournir tout ce qui est nécessaire.

M. Bob Zimmer: Ricardo, je vous demanderais d'être plus précis dans votre réponse. Vous parlez d'actions, mais quelles sont-elles? Nous avons beaucoup entendu ce type de conversation sur les gouvernements qui doivent faire *ceci* ou *cela*. Selon vous, quelles devraient être ces actions, exactement? Nous cherchons des solutions concrètes...

Vous avez parlé des voies vers la prospérité. À quoi ressemblent ces voies?

M. Ricardo Tranjan: Voici quelques exemples des initiatives dans lesquelles investit la Ville de Toronto en ce moment.

Nous avons toujours plus de programmes axés sur l'emploi chez les jeunes, qui veillent à ce que ceux qui sortent de l'école secondaire ou d'un programme professionnel, ou même de l'université puissent intégrer facilement le marché de l'emploi. Nous avons une stratégie de développement de la main d'oeuvre, autorisée il y a de cela quelques années. Nous oeuvrons des deux côtés, l'offre et la demande, pour nous assurer qu'ils soient bien liés et que tout le monde profite de ces possibilités économiques.

Nous avons un programme de marché public, que j'ai mentionné récemment. L'objectif est de diriger une partie du pouvoir économique de la Ville — ou, de manière plus directe, les sommes que dépense la Ville chaque année pour se procurer toutes sortes de biens et services — vers des organismes qui emploient surtout des résidents à faible revenu ou des personnes vulnérables ou qui leur offrent des possibilités.

Le laissez-passer de transport en commun à tarif équitable, autorisé la semaine dernière par le comité exécutif, fait partie de cet ensemble de programmes. Il permettra aux résidents à faible revenu en recherche d'emploi, de services ou de programmes qui auront un effet positif sur leur vie à long terme d'avoir la possibilité de faire leur recherche sans que le coût du transport soit un obstacle.

Enfin, nous nous efforçons d'intégrer les services de façon humaine. Il s'agit d'avoir des services en matière de logement, de garde d'enfant, d'aide sociale et d'emploi qui soient vraiment intégrés. Les résidents doivent pouvoir se présenter dans un seul bureau de la ville pour profiter de ces toutes mesures de soutien en une seule fois, sans être envoyés ailleurs ou qu'on leur demande de téléphoner tel autre service ou de remplir tel autre formulaire. Nous essayons d'intégrer tout cela.

• (0920)

M. Bob Zimmer: Merci.

Je veux poser une autre question, à Ed cette fois.

Je veux saluer le fait que nous en sommes à la section sur la santé mentale de nos réunions sur la stratégie de réduction de la pauvreté et que c'est ce dont vous nous avez parlé. Nous avons demandé, et je l'ai fait aussi, quels étaient selon vous les plus gros obstacles sur les voies vers la prospérité, en ce qui concerne la santé mentale. Vous avez parlé un peu de différents aspects, mais à votre avis, pour sortir les gens de la pauvreté, quels seraient les deux obstacles principaux liés à la santé mentale?

M. Ed Mantler: Comme je l'ai dit dans mon exposé d'ouverture, le fait d'être capable de conserver un emploi est absolument essentiel. À mon avis, il y a quelques facteurs qui peuvent avoir un impact sur la capacité de quelqu'un à garder un emploi.

M. Bob Zimmer: Je veux être plus clair. Vous avez déjà mentionné ces facteurs. Ma question n'était peut-être pas aussi claire qu'elle aurait dû l'être. Comment y arriver? Nous parlons de l'obstacle, mais comment peut-on faire tomber cet obstacle?

M. Ed Mantler: Deux facteurs très importants, à notre avis, ont une incidence sur la capacité d'une personne à gagner sa vie. D'abord et avant tout, la stigmatisation rattachée aux troubles mentaux. Quand je parle de stigmatisation, je parle en réalité de discrimination. Il est essentiel de combattre la stigmatisation, de changer les attitudes et les fausses croyances quant aux troubles mentaux, et de renforcer l'idée qu'il est possible de guérir. C'est essentiel pour passer à la deuxième partie de l'équation, c'est-à-dire, le milieu de travail.

Nous savons que la plupart des Canadiens et Canadiennes qui ont un emploi passent plus de temps au travail qu'à la maison avec leur famille. Le milieu de travail a une énorme incidence, positive ou négative, sur la santé mentale. La Norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail est un outil qui gagne en popularité auprès des employeurs — petits, moyens et grands, au public comme au privé — partout au pays pour changer la culture des milieux de travail et modifier les facteurs psychologiques en milieu de travail qui ont un impact sur les travailleurs. Il est absolument essentiel d'avoir des milieux de travail inclusifs, qui tiennent compte des problèmes de santé mentale des employés, que ce soit à court ou à long terme, pour permettre aux gens d'utiliser au mieux leurs compétences et de subvenir à leurs besoins.

Le président: Merci beaucoup, Monsieur.

Passons au fêlé, pour six minutes.

M. Dan Ruimy: Merci à tous d'être avec nous. Ce sujet est difficile, mais très intéressant.

J'aimerais poser ma question à M. Mantler. Je suis heureux que M. Zimmer ait soulevé la question de la stigmatisation, car il s'agit de mon plus gros obstacle en ce moment. Je me passionne pour la jeunesse. Si nous pouvons trouver la manière d'aider les jeunes à s'en sortir, ce sera avantageux à long terme. Nous avons des programmes, Cause pour la cause, le programme de Bell, par exemple, axés sur la sensibilisation, mais je ne suis pas certain qu'ils soient efficaces, parce que nous revenons toujours à ce problème. Est-ce qu'on progresse?

Mon conseil jeunesse, qui s'est réuni la semaine dernière, a passé deux heures sur la santé mentale des jeunes. J'ai été étonné d'apprendre, étant donné tous les programmes offerts par les écoles, qu'ils ont l'impression qu'on ne fait rien pour eux. Ils croient que les programmes sont inefficaces.

Pour conclure ma question, comment le gouvernement fédéral devrait-il, selon vous, intégrer les questions de santé mentale et de toxicomanie dans la stratégie nationale de réduction de la pauvreté, en tenant compte du champ de compétences fédéral? Nos champs de compétence comportent toutes des différences. Comment cette intégration s'inscrit-elle dans le cadre des compétences fédérales?

• (0925)

M. Ed Mantler: Merci pour votre question.

Je suis heureux que vous ayez articulé votre question autour de la stigmatisation, car c'est fondamental. La Commission a eu l'occasion de travailler avec des chercheurs de partout au pays, plus particulièrement des chercheurs des universités de Calgary et Queen's. Grâce à des recherches approfondies, nous connaissons les éléments clés des programmes qui combattent la stigmatisation, alors nous savons comment nous attaquer au problème. Dans certains groupes cibles, on aura un effet stratégiquement plus important. C'est le cas pour les jeunes. C'est également le cas pour les médias, les fournisseurs de soins de santé, et plus particulièrement les milieux de travail où on trouve des premiers intervenants.

Nous avons travaillé avec un certain nombre de conseils scolaires et de collectivités partout au pays sur un programme nommé La tête haute, spécialement conçu pour les élèves du secondaire. Il s'agit de se rendre dans les écoles, d'organiser des sommets de sensibilisation aux questions de santé mentale et aux troubles mentaux et de demander à ces élèves d'élaborer une approche pour leur école. Ce programme a été évalué comme étant assez efficace. Cette année, nous nous sommes concentrés sur des partenariats avec certaines communautés des Premières Nations pour leur offrir ce programme.

M. Dan Ruimy: Je veux vous ramener au niveau fédéral. La tête haute est-il un programme provincial ou fédéral?

M. Ed Mantler: Il s'agit d'un programme communautaire. Il exige un certain niveau de soutien stratégique et financier. En intégrant la réduction de la stigmatisation et la promotion de la santé mentale aux politiques d'éducation, nous faisons un pas supplémentaire vers leur concrétisation partout au pays.

M. Dan Ruimy: Merci.

Vous avez également mentionné différents types de programmes existants. Avez-vous une liste des programmes qui fonctionnent et de ceux qui ne fonctionnent pas?

M. Ed Mantler: Oui, effectivement.

M. Dan Ruimy: Je n'ai pas assez de temps, alors pourriez-vous l'envoyer au greffier pour que nous l'ayons dans notre arsenal?

M. Ed Mantler: Oui, je peux vous envoyer certains renseignements.

Nous pouvons vous fournir quelque chose d'encore plus pertinent: une trousse rassemblant les meilleurs aspects des programmes qui fonctionnent.

M. Dan Ruimy: Parfait. Merci.

J'ajouterais autre chose qu'on a répété plusieurs fois. Si j'ai un problème cardiaque, je vais à l'hôpital. On m'y soignera sans hésitation. Mais s'il est question de santé mentale, il existe des préjugés. Quand une personne se rend à l'hôpital, elle se fait chasser.

Pouvez-vous parler davantage des avantages de traiter les troubles mentaux des citoyens à faible revenu, sur le plan économique? Il existe une idée reçue selon laquelle on ne veut pas s'en occuper parce que cela coûterait trop cher. Si toutefois nous nous y attaquons, quels seraient les avantages économiques?

M. Ed Mantler: Votre question est assez ingénieuse. Effectivement, les personnes qui ont eu des troubles mentaux nous disent que c'est lorsqu'elles cherchent de l'aide que la stigmatisation se fait le plus sentir, quand elles consultent leur médecin de famille ou qu'elles vont à l'urgence. Souvent, elles attendent. Souvent, on leur offre des soins expéditifs et on les renvoie à la maison sans plan de traitement à long terme.

Cela s'explique par le fait que les médecins de famille se sentent mal outillés pour faire face aux problèmes de santé mentale qu'ils voient dans leur cabinet ou à l'urgence.

Nous avons un document intitulé « La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada ». Il vous fournira d'importants détails sur l'incidence économique. Plutôt que d'entrer dans les détails, il me fera plaisir de fournir ce document au comité.

M. Dan Ruimy: Ce serait fantastique.

Vous parlez de la « main d'oeuvre en herbe ». Quelles sont précisément les mesures, selon vous, que peut prendre le gouvernement fédéral? Doit-on intervenir sur le plan stratégique? Aidez-nous à comprendre le rôle du gouvernement fédéral.

● (0930)

M. Ed Mantler: Pour être tout à fait...

Le président: Une réponse très brève, s'il vous plaît.

M. Ed Mantler: Bien franchement, il s'agit d'argent.

Nous avons préparé un projet qui permettra de faire la preuve de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas et qui nous aidera à donner une certaine perspective scientifique à la compréhension des pratiques exemplaires à propos de ce que les milieux de travail devraient faire. Nous devons légiférer ce projet de démonstration et mettre en train la recherche nécessaire.

M. Dan Ruimy: Merci.

Auriez-vous l'obligeance de nous faire parvenir aussi le projet de démonstration?

M. Ed Mantler: Absolument.

M. Dan Ruimy: Ce serait apprécié.

Merci.

Le président: Madame Ashton, vous disposez de six minutes. C'est à vous.

Mme Niki Ashton (Churchill—Keewatinook Aski, NPD): Bien.

Merci beaucoup à tous les témoins qui comparaissent devant nous aujourd'hui, en personne ou par vidéoconférence.

Ma première question s'adresse peut-être à vous, monsieur Mantler, et à l'équipe de Toronto qui collabore avec la municipalité.

L'étude porte manifestement sur la pauvreté, mais les données récentes sur notre marché du travail et, de façon plus générale, sur l'orientation que l'économie de notre pays prend, indiquent une montée du travail précaire. J'ai participé à une tournée nationale au sujet de l'augmentation du travail précaire dans la génération du millénaire.

Nous avons mené des consultations pancanadiennes et bien que je sois, moi-même, une millénaire plus âgée et que je sais grâce à mes pairs, mes amis et les membres de ma famille à quoi ce phénomène ressemble, j'ai vraiment été frappée par le nombre de fois où le problème de la santé mentale a été soulevé dans le contexte des gens qui vivent dans des conditions de chômage ou de sous-emploi, et bien entendu, nous parlons d'une situation chronique et à long terme. Les jeunes établissent un lien très clair entre ces deux éléments. Bien sûr, nous avons entendu des histoires très bouleversantes, et ces personnes réclament de l'aide.

Dans le cadre de ces consultations, j'ai entendu, à maintes reprises, la nécessité d'une stratégie fédérale en santé mentale et d'une assurance médicaments, car bien des jeunes se retrouvent aujourd'hui sur un marché de travail où l'accès à des avantages sociaux n'est rien de plus qu'un rêve.

Je me demande si vous avez confronté à ces nouveaux discours. À votre avis, est-ce que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans l'examen d'une stratégie en santé mentale, avec des ressources sur lesquelles s'appuyer bien entendu, et d'une stratégie en assurance médicaments aussi?

Nous commencerons par vous, monsieur Mantler.

M. Ed Mantler: Oui. Merci d'avoir soulevé cette question qui est très pertinente.

Les quelque trois-quarts des adultes atteints d'une maladie mentale nous disent que les premiers symptômes sont apparus à l'adolescence, durant leurs années de jeunesse, ce qui a donc clairement un impact sur ceux qui entrent pour la première fois sur le marché du travail.

Il y a une stratégie en santé mentale pour le Canada ayant pour titre « Changer les orientations, changer des vies ». Cette stratégie, dans ses 109 recommandations, aborde les questions de la pauvreté, des milieux de travail et des préjugés. Nous veillerons à ce que des exemplaires vous soient remis.

La question de l'assurance médicaments est intéressante et, à mon avis, vous avez bien expliqué le point que vous avez soulevé. Je dirais toutefois que même si la médication est une bonne intervention et souvent, une intervention nécessaire, ce n'est pas la seule intervention possible. En fait, l'accès à des services psychologiques — en particulier, la thérapie comportementale et cognitive —, s'est avéré très efficace et pourtant, la plupart des personnes qui utilisent ces services le font par l'entremise de leur régime d'assurance au travail, car ils ne font pas partie des services publiquement financés, et souvent ces régimes ne couvrent pas l'intervention psychologique pendant la période qui serait nécessaire.

Mme Niki Ashton: Bien, merci et merci de partager cette information avec nous.

Je m'adresse maintenant à M. Tranjan et Mme Murphy. Vous avez des commentaires à faire? Nous savons aussi qu'à Toronto, dans la région du Grand Toronto, le taux de travail précaire, chez les jeunes, certes, mais parmi tous les travailleurs, est plus élevé que dans d'autres parties du pays.

M. Ricardo Tranjan: Je vous remercie pour la question.

Outre les programmes que j'ai déjà mentionnés — le programme de l'approvisionnement social, nos programmes d'emploi pour les jeunes —, les responsables de la Stratégie de réduction de la pauvreté de Toronto ont demandé au personnel de mettre au point un outil d'évaluation de la qualité des emplois. Le printemps prochain, nous présenterons au conseil municipal un cadre sur la façon de mieux évaluer la qualité des emplois offerts à Toronto ainsi que certaines recommandations sur les mesures à prendre pour améliorer ces emplois.

Les responsables de la Stratégie ont aussi évalué le concept d'un salaire suffisant et le personnel étudie la possibilité de promouvoir encore davantage le salaire suffisant dans la ville de Toronto.

● (0935)

Mme Niki Ashton: Merci.

Madame Murphy, vous avez quelque chose à dire? D'autres intervenants autour de la table peuvent aussi réagir.

Mme Kelly Murphy (agente de développement des politiques, Développement social, finances et administration, Ville de Toronto): Merci.

J'ajouterai aux observations de Ricardo sur l'outil d'évaluation de la qualité des emplois que nous consultons la documentation internationale et que nous reconnaissons que les dimensions de l'emploi qui assurent le bien-être d'un employé comprennent le salaire et les avantages associés au poste. Le travail étant de plus en plus précaire, les possibilités, surtout pour les jeunes, de se voir offrir des avantages, notamment un programme d'assurance médicaments, sont de plus en plus rares.

Le niveau d'un salaire suffisant est un algorithme qui relie le salaire et les avantages associés au poste. Si le gouvernement fédéral pouvait fournir un filet de sécurité de base associé à l'assurance médicaments, les employeurs auraient ainsi plus de latitude pour offrir une fourchette de salaires à cette fin. Dans une économie comme celle de Toronto, les employeurs craignent de trop augmenter les salaires. Si le gouvernement fédéral offrait un programme d'assurance médicaments, cela équilibrerait, dans une certaine mesure, l'ensemble des avantages.

Le président: Merci beaucoup.

M. Michael Creek: Puis-je rapidement ajouter quelque chose?

Le président: Bien sûr, je vous accorde quelques secondes. Allez-y.

M. Michael Creek: Je pense que l'assurance médicaments est une idée merveilleuse, mais je pense aussi que nous devrions nous occuper en premier d'autres priorités, compte tenu du nombre incroyable d'itinérants actuellement aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Un programme d'assurance médicaments ne leur serait d'aucune utilité. Je pense qu'il faut réfléchir à ce que nous allons demander en premier. J'estime qu'il faudrait, en ce moment, accorder priorité au niveau fédéral à toute une série de dossiers avant de songer à un programme d'assurance médicaments.

Je ne parle que de ce que je connais de la vie dans la pauvreté et l'itinérance. Le programme d'assurance médicaments est certes important, mais personne autour de la table n'a mentionné la réadaptation et les pratiques non médicales, domaines extrêmement sous-financés, mais qui ont donné de très bons résultats en santé mentale et toxicomanie. À mon avis, il faudrait aussi financer ces programmes qui s'inscriraient dans un régime d'assurance médicaments.

Le président: Je vous remercie d'avoir ajouté cette perspective.

Nous cédon maintenant la parole au député Robillard pour six minutes.

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

Je tiens à remercier tous les témoins de s'être joints à nous ce matin.

Je poserai ma question en français et je partagerai le temps qui m'est alloué avec M. Shangha.

[Français]

Ma question s'adresse à M. Mantler et elle concerne les communautés autochtones.

Il y a des enjeux propres à chaque communauté autochtone. Par souci d'innovation, le gouvernement encourage la mise en commun continue des pratiques exemplaires, mais nous pouvons faire beaucoup mieux.

Ma question est simple. En gardant la santé mentale à l'esprit, comment le gouvernement fédéral peut-il encourager des approches novatrices en matière de lutte contre la pauvreté chez les Autochtones? De plus, comment le gouvernement fédéral peut-il aider à fournir de meilleurs programmes et services en santé mentale à ces mêmes communautés?

[Traduction]

M. Ed Mantler: Le projet At Home/Chez Soi dont j'ai parlé plus tôt a été mis en oeuvre dans cinq sites pilotes partout au pays. Celui de Winnipeg insistait en particulier sur les communautés autochtones

en raison du profil démographique de cette population. On parle de réussite, parce que le projet a été réalisé en partenariat et avec le leadership de la communauté autochtone au lieu d'imposer des interventions.

Dans le cadre de ce processus, nous en avons appris beaucoup sur l'humilité culturelle, sur la façon de travailler en partenariat et sur l'esprit d'un sain partenariat avec la communauté autochtone. Nous avons intégré ces connaissances quand nous avons collaboré à d'autres initiatives avec la communauté autochtone — le Sommet La tête haute dont j'ai parlé, les premiers soins en santé mentale et la mise au point de programmes précis pour les communautés des Premières Nations et des Inuits.

Pour trouver des solutions innovatrices, il faut se rendre dans les communautés et regarder ce qu'on peut trouver dans la communauté et dans les connaissances autochtones, dans les communautés éloignées en milieu rural ou dans les communautés en milieu urbain, et tout cela doit se faire en partenariat, car la Commission de la santé mentale du Canada vise la réconciliation avec les communautés autochtones. Nous sommes disposés à travailler avec les organismes nationaux, provinciaux et autochtones locaux, si nous sommes invités à le faire et quand nous le serons.

Ce sont deux pistes de solution. À mon avis, le gouvernement fédéral pourrait s'en inspirer dans une certaine mesure, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'imposer, il s'agit d'avancer côte à côte et sur invitation.

• (0940)

M. Yves Robillard: Merci beaucoup.

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

Ma question s'adresse à Vicky, du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Les immigrants et les réfugiés qui arrivent au Canada sont confrontés à des enjeux difficiles. Dans leur pays, ils ont été persécutés parce que c'est la guerre, et ils ont vécu d'autres expériences. Une fois ici, ils sont traumatisés. D'après la St. Michael's Hospital de Toronto, entre 20 et 50 % des enfants et jeunes réfugiés souffrent du trouble de stress post-traumatique.

Voici ma question. Quel programme suggérez-vous de mettre en oeuvre pour combattre le trouble de stress post-traumatique à ce jeune âge? Pourriez-vous parler des familles à faible revenu? Vous avez dit que c'est plus courant dans les familles à faible revenu. Que suggérez-vous au Comité?

Dre Vicky Stergiopoulos: Je vous remercie pour vos questions.

Les immigrants et les réfugiés au Canada risquent davantage de vivre dans la pauvreté, de devenir itinérant et d'avoir des séquelles au plan de la santé mentale, en raison tant de ce qui les a amenés au Canada que des difficultés d'adaptation dans leur pays d'accueil.

Il est essentiel que les membres de ces collectivités puissent facilement accéder à des services de soutien en santé mentale et aux autres stratégies dont nous avons parlé pour combattre la pauvreté et permettre l'inclusion sociale. Il est impératif de leur faciliter l'accès à des traitements pour le trouble de stress post-traumatique et à des psychothérapies structurées qui tiennent compte de la culture et qui sont efficaces. Il est aussi impératif de préparer notre effectif, nos travailleurs en santé mentale, pour les doter des aptitudes culturelles dont ils ont besoin. Nous devons aussi adopter diverses approches, notamment des approches s'appuyant sur des cadres de pratique de lutte contre le racisme et l'oppression, afin de voir dans les gens avec qui nous travaillons des partenaires égaux dans le rétablissement.

M. Ramesh Sangha: Vous avez dit que le gouvernement fédéral devrait collaborer avec les gouvernements provinciaux et municipaux pour obtenir de meilleurs résultats au chapitre de la réduction de la pauvreté. Comment, à votre avis, le gouvernement fédéral devrait-il aligner la réduction de la pauvreté avec les provinces, les municipalités et les territoires? Comment devrait-il s'y prendre?

Le président: Répondez très brièvement, s'il vous plaît.

Dre Vicky Stergiopoulos: Je pense que les possibilités pour le gouvernement fédéral de s'aligner passent par deux initiatives. La première, la Stratégie nationale du logement, nous offre l'occasion d'investir dans des logements abordables, subventionnés et nécessaires. La deuxième se présente sous la forme de l'accord sur la santé. Les services en santé mentale sont sous-financés depuis des années au Canada. J'estime qu'il est grand temps de rectifier cette iniquité.

Le président: Merci beaucoup.

La parole est à Filomena Tassi pour six minutes.

Mme Filomena Tassi (Hamilton-Ouest—Ancaster—Dundas, Lib.): Merci à tous les témoins.

Ma première question s'adresse à la Dre Stergiopoulos. L'Association canadienne pour la santé mentale indique qu'entre 10 et 20 % des jeunes canadiens sont atteints d'une forme quelconque de trouble ou de maladie mentale. Comme conseillère auprès des jeunes, j'estime que ce pourcentage est conservateur.

À votre avis, qu'est-ce que le gouvernement fédéral peut faire pour les jeunes vulnérables en période de transition qui ont des problèmes de santé mentale et qui risquent de sombrer dans la pauvreté et l'itinérance? Veuillez faire des recommandations et des suggestions précises. Je sais que vous avez parlé d'investir, mais comment cela se traduit-il?

• (0945)

Dre Vicky Stergiopoulos: Je pense qu'il s'agit d'investir dans des programmes ciblant spécifiquement cette population.

Vous avez raison quand vous dites que 70 % des problèmes de santé mentale frappent les jeunes et les jeunes adultes. À mon avis, des investissements ciblant ce groupe d'âge en particulier pourraient faire une grande différence.

Il faut tout d'abord les aider à poursuivre et terminer leurs études, à acquérir de la formation en cours d'emploi et à avoir accès à des emplois et aux services de soutien en santé mentale dont ils ont besoin pour réussir dans ce qu'ils entreprennent. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale a trois centres d'innovation visant les enfants et les jeunes. Certains ont une portée nationale pour essayer de comprendre comment desservir les jeunes en transition, tenir compte de ces déterminants sociaux et des problèmes de santé mentale et réussir. Il nous fait plaisir de partager les efforts que nous déployons à ce chapitre dans l'ensemble du Canada.

Mme Filomena Tassi: Avez-vous des recommandations à faire concernant les jeunes? Je connais des jeunes qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale, mais qui ne se manifestent pas. Comment pouvons-nous aider ceux qui, en raison des préjugés ou parce qu'ils sont embarrassés, font état de leurs problèmes afin que nous puissions leur offrir ce dont ils ont besoin?

Dre Vicky Stergiopoulos: Je pense qu'il y a diverses façons d'y parvenir. Il faut d'abord adopter une politique sans fausse route pour insister sur le fait que la question de la santé mentale peut être abordée et appuyée à l'école, au travail et aux endroits que les jeunes fréquentent, par exemple, les espaces communautaires et sociaux.

Les médias sociaux offrent une autre possibilité. L'avenir des soins en santé mentale passera, dans une large mesure, par la mobilisation des personnes touchées au moyen d'applications sur le Web leur permettant de trouver, sous le couvert de l'anonymat, de l'information à propos de la santé mentale et obtenir des services de counseling. Nous pouvons trouver des façons novatrices de mobiliser des personnes qui pourraient autrement hésiter à s'engager.

Mme Filomena Tassi: Merci.

Ma prochaine question s'adresse à Mme Khalid.

Nous savons qu'il y a plus de femmes que d'hommes qui vivent dans la pauvreté; je veux donc connaître votre opinion au sujet du rôle que jouent les services communautaires en santé mentale pour garantir un logement stable aux femmes et les éloigner de l'itinérance.

Mme Lubna Khalid: Merci beaucoup pour la question.

Je pense que tout passe par la sensibilisation de la collectivité. Plus les gens sont sensibilisés, plus ils s'engagent à être à l'écoute des autres. Je pense également qu'il faut accorder plus d'attention à l'approche fondée sur les pairs, car venant d'une collectivité sud-asiatique, je sais qu'il nous est plus facile de communiquer entre nous si nous voyons une personne faire quelque chose ou en parler et s'engager. Cette approche motive l'autre personne et je pense qu'il faut y accorder plus d'importance.

Mme Filomena Tassi: Merci.

Je sais qu'il y a bien des refuges formidables pour les femmes. Je représente Hamilton et je sais que le YMCA fait du travail fabuleux pour les femmes. Ce centre offre divers programmes conçus spécialement pour les femmes.

J'aimerais savoir si vous pensez que le gouvernement fédéral doit intensifier ces programmes et j'aimerais que vous m'expliquiez en quoi le fait d'investir dans les refuges aide à la santé mentale des femmes. La durabilité du financement semble être un problème, et c'est une source de frustration. Madame Khalid et la Dre Stergiopoulos, pouvez-vous faire des commentaires à ce sujet?

Dre Vicky Stergiopoulos: Je peux commencer.

Si nous regardons les besoins uniques des femmes, il importe de tenir compte de la violence de la part de leur partenaire intime et de la nécessité de pouvoir s'échapper des relations abusives. Nous constatons toutefois que les femmes ont tendance à demeurer dans ces relations et à se mettre en situation de risque par peur de devenir sans-abri; il est donc essentiel d'offrir des services de soutien à cet égard et pour les femmes qui vivent dans une situation abusive tout autant que de sensibiliser la population à la violence de la part des partenaires intimes et aux services de soutien offerts aux femmes.

• (0950)

Mme Lubna Khalid: J'ajouterais que les services de soutien pourraient être... La façon dont les femmes sont perçues dans la collectivité si elles s'échappent d'une relation abusive est vraiment une question de culture et je pense qu'il faut aussi en tenir compte. Les services de soutien doivent être sensibles à la culture.

Mme Filomena Tassi: Je dispose de combien de temps?

Le président: Vous avez 30 secondes.

Mme Filomena Tassi: Rapidement, pour ce qui est de protéger les familles et des problèmes de santé mentale avec lesquels les parents ou les enfants sont aux prises ainsi que les parents qui sont des aidants, avez-vous des conseils à nous donner concernant les programmes qui seraient utiles pour ce groupe en particulier, madame Stergiopoulos?

Dre Vicky Stergiopoulos: Je peux commencer.

À mon avis, il est important d'apporter les services où les gens se trouvent et je pense que les programmes scolaires et les partenariats entre les organismes de santé mentale et les écoles et les gymnases dans les centres communautaires sont indispensables. Nous devons offrir nos services dans les endroits que fréquentent ceux qui en ont besoin. Nous devons les rendre accessibles, disponibles et non stigmatisants et dans des endroits normatifs. Je pense que ce sera essentiel et que nous progressons dans cette voie.

Le président: Merci beaucoup.

Nous cédonc la parole au député Poilievre.

L'hon. Pierre Poilievre (Carleton, PCC): Je veux vous faire part de l'expérience que j'ai eue quand j'étais du côté du gouvernement en travaillant avec un organisme qui aidait les jeunes atteints de maladie mentale et de toxicomanie à s'échapper d'une vie de crime pour entrer sur le marché du travail.

En gros, l'organisme a mis sur pied un programme d'apprentissage dans le cadre duquel il engageait les jeunes pour apprendre. Ces jeunes étaient rémunérés pour se présenter tous les jours et maîtriser des connaissances mathématiques de base pour travailler comme caissier, maîtriser des compétences de lecture et d'écriture de base pour pouvoir lire un manuel d'instructions et maîtriser des compétences de base en informatique pour fonctionner dans une société moderne.

Le programme a duré environ 40 semaines et son taux de réussite a été extrêmement élevé. Les jeunes devaient se présenter à l'heure et exécuter les tâches qui leur étaient confiées, faute de quoi, ils n'étaient pas rémunérés ou reconnus.

Pour les responsables, ce qui était le plus problématique dans les rapports avec les personnes aux prises avec de graves problèmes de toxicomanie, c'est que ces jeunes avaient beaucoup de difficultés à demeurer engagés et motivés. Ils ont constaté que le meilleur remède, c'est l'exercice physique.

L'organisme a acheté des poids et haltères et de l'équipement d'exercice usagés et a instauré un programme quotidien d'exercices d'une demi-heure obligatoire pour les jeunes. Pour le ministère, cette dépense n'était pas admissible parce que le programme était censé être un programme de formation professionnelle. La musculation ne génère pas des emplois.

Cela m'a amené à réfléchir sur la façon dont nous finançons ces genres d'organismes. En gros, le ministère rembourse les dépenses admissibles. Les factures, notamment loyer, photocopies et personnel, sont présentées au ministère qui fait parvenir un chèque à l'organisme. Ce faisant, nous prescrivons ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Cet organisme avait trouvé une formule non conventionnelle qui fonctionnait. Il me semble que nous devrions financer ces organismes en fonction des résultats qu'ils obtiennent et non des coûts que nous, les bureaucrates et politiciens à Ottawa, avalions.

L'organisme ne voulait pas d'un budget de fonctionnement; tout ce qu'il réclamait, c'est une part de l'argent que le gouvernement épargnait, parce que ces jeunes allaient travailler, et que sa situation financière serait meilleure si nous le finançons ainsi.

Je me demande si vous pouvez, en tant que représentants de vos organismes, faire quelques observations sur la possibilité de financer les organismes qui viennent en aide aux gens en fonction des résultats, en particulier pour ce qui est de faire en sorte que des gens auparavant inemployables trouvent un emploi garanti à long terme et spécifiquement de le faire sans prescrire comment ces organismes atteignent leurs objectifs, mais plutôt en les reconnaissant et en les finançant quand ils atteignent ces objectifs.

N'importe qui peut intervenir.

● (0955)

M. Michael Creek: Je pourrais commencer par notre organisme, car une bonne partie de notre mandat consiste à travailler avec des personnes qui, souvent, n'ont pas l'occasion d'essayer de s'améliorer.

J'en suis un bon exemple. Pendant 13 ans, j'ai vécu dans la pauvreté, bénéficiaire du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées. Aujourd'hui, je suis propriétaire d'une maison. Je contribue de bien des façons à notre pays, en tant que militant et en tant que personne dont la passion est de s'assurer de sortir son prochain de la pauvreté.

Nous sommes confrontés à ce phénomène dans notre travail quotidien. Le problème avec le financement en fonction exclusivement des résultats des efforts déployés pour sortir les gens de la pauvreté et leur trouver un emploi, c'est qu'il y aura des organismes qui seront sélectifs. Nous le constatons aujourd'hui au sein des organismes.

Dans notre organisation, nous voulons être au service des personnes les plus difficiles. Nous pensons avoir trouvé une façon d'aider les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, de toxicomanie et de pauvreté. Nous aimerions élargir ces programmes pour les mettre à la disposition d'autres organisations.

L'hon. Pierre Poilievre: Monsieur Mantler, vous avez des commentaires à faire?

M. Ed Mantler: Merci.

Je pense que l'innovation représente un enjeu particulier pour les bailleurs de fonds appelés à financer des choses éprouvées, qui ont fait leurs preuves, et pourtant bien des innovations reposent sur le gros bon sens et sur ce qui, intuitivement, donne l'impression de devoir fonctionner. Nous devons investir dans la recherche pour produire les preuves à l'égard de ces innovations. Nous devons investir dans la recherche avancée pour mieux comprendre ce qui fonctionne...

L'hon. Pierre Poilievre: Je suis désolé de vous interrompre. Ce que je crains, c'est qu'une organisation qui intervient activement auprès d'un groupe de jeunes avec des dossiers criminels n'ayant jamais travaillé de leur vie et n'ayant pas un diplôme d'études secondaires et qui s'efforce de les faire entrer sur le marché du travail n'a pas le temps de financer une toute nouvelle étude quand elle sait pertinemment que si ces jeunes sont obligés de faire 30 minutes d'exercices par jour dans un gymnase, leur rendement s'améliore grandement.

Je m'inquiète de ce qui se passe à Ottawa, car avant de pouvoir aller de l'avant, on nous demande de déposer une étude, et de la donner à contrat obligatoirement par appel d'offres et peut-être d'engager un consultant pour savoir comment réaliser ce contrat. Ce n'est pas de cette façon que les choses se passent dans la vraie vie. Les petites entreprises ne fonctionnent pas ainsi, et nous ne réglerons pas les problèmes en temps réel si nous exigeons de nouvelles études toutes les fois où quelqu'un présente une solution qui est efficace sur le terrain.

M. Ed Mantler: Votre commentaire est excellent. Je ne pense pas que la recherche soit la seule réponse, mais présenter ce qui fonctionne de façon empirique fait partie de l'équation dont il faut tenir compte.

Le président: Merci.

M. Bob Zimmer: Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

Le président: Bien sûr.

M. Bob Zimmer: Marshall Smith devait nous faire une présentation ce matin. Il a été dans l'impossibilité de se présenter, car il a dû s'occuper du décès d'un ancien de son organisation, une personne qui a fait son chemin dans le système avant, une personne toxicomane. Marshall est lui-même un militant. Il s'occupait de ce cas hier soir et aurait dû se lever à trois heures du matin et il n'a tout simplement pas pu.

Le président: Merci de nous le faire savoir.

M. Bob Zimmer: Je transmettrai nos condoléances à l'organisation, et merci pour m'avoir accordé le temps.

Le président: Merci de l'avoir partagé.

M. Bob Zimmer: Cela ne fait que prouver la raison pour laquelle nous sommes ici à faire ce que nous faisons.

Le président: Exactement. Merci, Bob.

Monsieur Long, c'est à vous.

M. Wayne Long (Saint John—Rothsay, Lib.): Merci, monsieur le président, et mes remerciements aux témoins qui ont comparu devant nous ce matin.

Mon équipe à Saint John—Rothsay sert le déjeuner au refuge pour hommes tous les samedis matin. Selon le jour et les conditions météorologiques, nous servons un déjeuner chaud à probablement 30 hommes.

Je dirais que ces 30 hommes ont tous des problèmes de santé mentale. Ce qu'il y a d'épouvantable — ou de difficile, si vous voulez —, c'est que ceux qui exploitent le refuge Outflow à Saint John ne savent plus à quel saint se vouer. Ils offrent un abri, mais ils font aussi office de conseillers, de psychologues et de travailleurs en santé mentale, et ils sont dépassés; donc, à Saint John, nous avons regroupé des policiers, des travailleurs en soins de santé et les divers paliers de gouvernement et nous nous rendons dans les refuges pour offrir le plus possible un service d'urgence en santé mentale afin d'aider ces gens, car, je le répète, ce qui est préoccupant, c'est qu'ils sont au refuge, qu'ils déjeunent et qu'après, ils retournent dans la rue. Ce n'est qu'un cercle vicieux.

Je vous demande votre opinion. Nous essayons de mettre ce projet sur pied. Pouvez-vous me donner des conseils ou des recommandations sur la façon de procéder ou sur ce qui, à votre avis, fonctionnerait?

• (1000)

M. Ed Mantler: C'est bien d'avoir reconnu les problèmes de santé mentale et d'avoir réalisé qu'une intervention s'impose. Les services d'urgence en santé mentale dans les refuges est un volet de la démarche dans ce dossier.

Je reviens toutefois à mes commentaires du début et je répète que ce n'est peut-être pas la réponse à long terme. Le programme Logement d'abord est une approche qui tirera de l'itinérance ceux qui souffrent de maladie mentale. Le programme vise à avoir moins recours aux refuges et à offrir à ces personnes des services de soutien en santé mentale.

M. Wayne Long: Vous avez des commentaires à faire Ricardo? Et vous Kelly?

Mme Kelly Murphy: Merci.

À mon avis, vous identifiez la nécessité de mettre en place un cercle de soins élargi et plus intégré de façon à ne pas recréer ces étroites stratégies sectorielles pour les programmes de financement. L'étude torontoise At Home/Chez Soi illustre bien ce qui est efficace et il y a d'autres mécanismes à Toronto par le biais desquels les agences peuvent obtenir du financement pour collaborer et élaborer des stratégies de partage des renseignements au sujet des clients.

Les responsables le font d'une manière qui protège la vie privée, mais qui permet d'offrir une série complète de mesures de soutien aux clients au lieu d'avoir un programme qui génère un résultat et un autre, qui en produit un autre. Nous devons favoriser une incidence collective dans l'ensemble des divers secteurs et organisations, et nous devons les soutenir pour qu'ils collaborent. Depuis toujours, le gouvernement encourage les groupes à ne livrer que les résultats associés à leur secteur.

M. Wayne Long: Merci. Je vais juste...

Allez-y.

M. Ricardo Tranjan: Désolé. Pour revenir sur ce sujet et sur la question précédente à propos de l'innovation et de l'évaluation, j'attire votre attention sur le Fonds pour les initiatives locales de réduction de la pauvreté. Le bureau de la Stratégie ontarienne de réduction de la pauvreté a créé, en vertu de son mandat, un fonds qui accorde aux organisations communautaires oeuvrant dans la réduction de la pauvreté des subventions pour évaluer les initiatives en cours — sur le terrain, à la base — et indiquer par la suite si ces solutions sont faisables dans l'avenir et s'il convient de les bonifier ou non. Je pense que c'est un exemple inspirant qu'il faudrait examiner.

M. Wayne Long: Merci.

Hier soir, j'ai lu l'histoire d'un homme d'affaires avec des problèmes de santé mentale qui n'a pas reçu d'aide. Il a vraiment été oublié par le système, puis il s'est enfoncé et enfoncé et enfoncé jusqu'à ce qu'il se retrouve à la rue.

J'ai noté quelques réflexions que je lirai rapidement. La pauvreté nuit à l'accès aux ressources dont les gens atteints d'une maladie mentale ont besoin pour se rétablir. Pour les gens prédisposés à la maladie mentale, la perte d'une ressource stabilisatrice comme une maison et un revenu peut augmenter les facteurs de risque de maladie mentale ou de rechute. La pauvreté perturbe le cheminement scolaire et professionnel et diminue les possibilités d'emploi. Sans emploi, sans revenu, maladie mentale, pauvreté chronique.

En tant que comité, nous cherchons des façons novatrices ou une nouvelle stratégie pour suggérer au gouvernement quelque chose d'innovateur. Nous innovons beaucoup.

Je vais demander à M. Mantler et peut-être à Kelly, Ricardo, Michael et Lubna de me faire part des nouvelles façons de réfléchir dont vous avez été témoins au cours des dernières années et que nous pourrions utiliser, comme gouvernement fédéral, pour aider à gérer cette crise.

Le président: Veuillez être très brefs.

M. Ed Mantler: Le programme Logement d'abord était nouveau et, bien entendu, il a maintenant fait ses preuves.

M. Wayne Long: Or, il y a une chose...

M. Ed Mantler: Des efforts sont actuellement déployés pour rendre les milieux de travail plus accessibles aux personnes atteintes de maladie mentale, que ce soit pour entrer sur le marché du travail ou pour y demeurer. Nous avons une étude de cas portant sur 40 organisations mettant en application la norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques au travail qui mettra en lumière des innovations. Il nous fera plaisir de présenter le rapport qui sera disponible l'an prochain.

M. Wayne Long: En fait, nous ferons... Je pense qu'on va m'accorder un peu plus de temps.

Le président: Oui, il y aura une autre ronde.

Nous passons au député Warawa pour cinq minutes, je vous prie.

M. Mark Warawa (Langley—Aldergrove, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins de leur présence. La discussion est très intéressante.

La pauvreté, dans son sens très large, est l'état ou la condition d'avoir peu ou pas d'argent, de biens ou de moyens de soutien. C'est une définition très générale. La question de la réduction de la pauvreté est très complexe, tout comme celle de la maladie mentale qui se présente sous plusieurs formes. Je vous remercie de votre témoignage et nous sommes à la recherche de solutions.

Je pense à mon collègue Pierre qui a donné un exemple d'initiative efficace et qu'on hésitait à financer parce qu'elle n'était pas conventionnelle.

Une question a été soulevée lors d'une réunion à ce sujet. Comment créer de la richesse? Si la pauvreté est un manque de richesse, comment alors peut-on créer de la richesse? Certains des témoins nous ont raconté qu'ils vivaient dans la pauvreté, mais que grâce à des mesures, ils ont pu sortir de cette condition attribuable à la santé mentale ou à d'autres circonstances.

Je repense aux années 1980; les taux d'intérêt avaient augmenté de 20 % et bien des gens se sont retrouvés sans-abri. Ils avaient perdu leur maison et leur emploi. C'était dur. Les tensions étaient énormes et la maladie mentale et le stress ont possiblement entraîné la dépression.

Je m'éloigne du sujet. Cela témoigne que la question dont nous discutons est très complexe.

Mon point de mire, ce sont les aînés et l'effet que cela a sur eux. J'ai rencontré le porte-parole des aînés de la Colombie-Britannique. La personne la plus vulnérable à stigmatiser est probablement un aîné, une aînée seule, qui se bat. Parle-t-on de placement pour cette personne? Non.

Vingt pour cent des aînés qui ont de la difficulté se retrouvent avec des soins en établissement et vingt pour cent ne devraient pas y être et en sept jours, on commence à leur administrer antipsychotiques et antidépresseurs pour les gérer. On les traite comme s'ils avaient une maladie mentale, mais c'est une façon de les gérer.

J'ai été très perturbé d'apprendre que tant de gens reçoivent des soins dont ils n'ont pas besoin.... La meilleure façon de prendre soin de ces personnes vulnérables, c'est d'offrir des soins à domicile. leur permettant de vieillir sur place, mais nous ne pensons pas au placement, mais nous réclavons dignité, soins et aide. Ils aimeraient peut-être faire du bénévolat.

Quelqu'un pourrait intervenir sur notre façon de prendre soin de notre population vieillissante?

• (1005)

M. Michael Creek: Je vais commencer.

Je ne pense pas que nous nous acquittions bien de la tâche de prendre soin des aînés. Ici, en Ontario, je peux en parler, et particulièrement à Toronto, il y a de plus en plus d'aînés qui sont pauvres et même itinérants.

Une autre ombre à notre tableau, c'est que nous avons créé la médicalisation du vieillissement et nous devons en sortir. Nous espérons pouvoir le faire en Ontario en adoptant une nouvelle approche à l'égard des soins de santé qui met le patient en premier, lui permettant ainsi de contrôler un peu plus la médicalisation.

Vos propos au sujet des aînés qui sont médicamenteusement soulèvent de grandes préoccupations. Ils sonnent beaucoup d'alarmes chez les membres de ma collectivité.

Comment une personne de 59 ou 60 ans retourne-t-elle au travail? Nous les voyons reprendre le collier. Ce sont elles qui nous accueillent au Walmart, dans des magasins où les emplois mal rémunérés sont des impasses. Nous ne tirons pas profit de la richesse, de l'expérience et des connaissances que les aînés peuvent souvent apporter aux organisations.

À mon avis, dans le cadre du volet d'une solide stratégie de l'emploi qui aidera à sortir les gens de la pauvreté, les aînés devront jouer un rôle très essentiel.

M. Ricardo Tranjan: Dans mon allocution, j'ai dit que la stratégie de réduction de la pauvreté est une stratégie d'aide. Nous voulons dire que la stratégie s'appuie sur nos stratégies axées sur l'endroit et la population.

À Toronto, il y a une stratégie de perfectionnement de la main-d'œuvre, une stratégie d'équité pour les jeunes, une rigoureuse stratégie de voisinage et une stratégie pour les aînés et nous nous en inspirons. Nous en tirons des leçons et nous essayons d'utiliser cette stratégie pour appuyer encore davantage les mesures et recommandations contenues dans ces stratégies.

Nous préparons actuellement la deuxième version de la stratégie pour les aînés et c'est avec plaisir que je vous ferais parvenir les travaux que nous avons faits jusqu'à présent à ce sujet.

• (1010)

Le président: Merci beaucoup à tous.

Mme Ashton a la parole pour trois minutes.

Mme Niki Ashton: Bien. Merci beaucoup.

Je me rends compte que ce thème revient sans cesse dans nos discussions, mais que quand vient le temps de parler de recommandations, même si l'idée d'arriver avec quelque chose de nouveau nous enthousiasme, dans les faits, nous n'avons certainement pas maîtrisé les vieilles recommandations sur la façon de s'attaquer à la pauvreté et la santé mentale.

Ce qui est clair pour moi, c'est que tout le monde parle du besoin de logement, chapitre dans lequel le gouvernement fédéral a une responsabilité directe. J'espère donc que nous pourrons, à partir de vos présentations, formuler de robustes recommandations pour que le gouvernement fédéral intervienne sur la question du logement.

Je veux revenir sur un point que vous avez soulevé, monsieur Mantler, soit l'expérience particulière des communautés autochtones.

J'ai l'honneur de représenter certaines communautés autochtones du Manitoba. Il y a un lien direct entre le fait que les déterminants sociaux de la santé ne sont pas pris en compte — nous savons que les Premières nations, par exemple, relèvent de la compétence fédérale — et la pauvreté et la santé mentale. Certaines des communautés que je représente ont vécu des crises de santé mentale et de suicide.

Si vous demandez aux jeunes ce dont ils ont besoin, ils vous diront des loisirs, un logement et ne pas manquer de nourriture. Je me demande si vous, monsieur Mantler, et d'autres aimeriez expliquer, dans le peu de temps qui m'est alloué, à quel point il importe de s'assurer que les besoins élémentaires soient comblés. Est-ce que le gouvernement fédéral pourrait intervenir dans ce dossier?

M. Ed Mantler: Nous connaissons les effets des déterminants sociaux de la santé. Le manque systémique et persistant de logements sécuritaires et d'eau potable, de même que l'insécurité alimentaire, a un effet dévastateur sur ces communautés. Nous savons également que l'accès à une éducation de qualité, à des services de santé et à des services psychologiques culturellement adaptés font défaut dans ces communautés.

Je crois que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer pour leur garantir un accès aisé à des services de qualité culturellement adaptés.

Mme Niki Ashton: Quelqu'un d'autre a-t-il une observation rapide?

M. Ricardo Tranjan: Je crois que nous avons mentionné dans nos remarques liminaires l'importance du plan d'infrastructure et des investissements qui ont été faits jusqu'à présent pour le logement social abordable. Nous ne pouvons insister assez sur l'importance du logement. Nous devons continuer d'y investir. Autrement, une bonne part du travail que nous avons fait, aux paliers municipaux et provinciaux, ne donnera pas les résultats espérés.

Mme Niki Ashton: Merci.

Le président: Fantastique. Merci.

Nous allons maintenant revenir à Mark Warawa pendant six minutes, s'il vous plaît.

M. Mark Warawa: Merci.

Un autre problème majeur auquel l'humain moyen est confronté en vieillissant est la perte de mémoire, mais ça ne constitue pas une maladie mentale. S'il y avait démence ou perte de capacité cognitive, on parlerait de maladie mentale, mais il y a des problèmes physiologiques normaux associés au vieillissement dont il faut parler.

Aux nouvelles, tout récemment, on a passé l'histoire d'un homme que ses enfants avaient dépouillé de sa fortune, de la somme dont il disposait pour avoir une retraite digne. Nous entendons parler depuis des années du problème grandissant de maltraitance des aînés.

Je crois que les aînés sont stigmatisés. On les perçoit comme étant en fin de course, pourtant ils représentent une immense ressource d'expérience et de talent qui pourrait être mise à contribution au bénéfice du Canada, même sous forme de bénévolat, s'ils en avaient les moyens. Environ 80 % des aînés les ont, tandis que 20 % vivent en logement locatif et ont des ressources supplémentaires très limitées.

Je vous demanderais de parler de la façon dont nous pouvons faire participer notre population d'aînés, qui vivent peut-être dans la pauvreté, afin que nous puissions mettre leurs talents à pleine contribution. Même en présence de difficultés cognitives, nous devons les traiter avec dignité et faire en sorte qu'ils demeurent actifs. La pauvreté ne s'exprime pas seulement en termes de ressources matérielles — ou de leur absence. La pauvreté prend aussi la forme de l'isolement et de la maltraitance. Comment prendre soin de notre population d'aînés? Si nous faisons les choses correctement, cela pourrait ne rien nous coûter, et cela pourrait constituer un avantage énorme pour notre pays et nos collectivités.

Y a-t-il des observations?

• (1015)

M. Ed Mantler: Je peux soulever deux points, très rapidement...

M. Michael Creek: Je vais recommencer. Je vais y aller en premier.

L'autre jour, je réfléchissais aux aînés, parce que j'arrive moi-même à cet âge. L'une des choses que nous pourrions faire, je crois, comme société — et le gouvernement fédéral a un rôle à jouer, bien entendu — serait d'intégrer les logements destinés aux aînés sur les campus collégiaux et universitaires. Je pense que la richesse et le savoir de ces personnes pourraient susciter des idées nouvelles pour régler le problème du logement à prix abordable pour les aînés. Les étudiants auraient ainsi une meilleure compréhension des programmes sociaux et des besoins des personnes âgées. Nous pourrions user de créativité pour ce genre de choses et régler certains problèmes sociaux tout en construisant de meilleures collectivités pour tous.

M. Ed Mantler: J'aimerais faire valoir deux arguments, très rapidement.

Le premier est que souvent, les gens qui travaillent avec les aînés et qui sont dans un rôle d'assistance aux aînés — préposés aux soins à la maison, préposés dans les centres de soins, banquiers, avocats et autres — n'ont pas le savoir-faire ou les connaissances pour reconnaître la maladie mentale lorsqu'elle se présente, non plus qu'ils ne savent comment y réagir. Nous avons travaillé avec la Fondation Trillium à Toronto afin de développer une sorte de trousse de premiers soins pour maladie mentale, afin d'aider ceux qui travaillent avec les aînés à reconnaître les premiers signes de la maladie mentale et à y réagir adéquatement.

Le second concerne la guérison. Il faut comprendre que chacun a besoin d'une maison, d'un travail et d'un ami. La présence d'un ami est peut-être ce qu'il y a de plus important pour les aînés, car ils sont nombreux à vivre dans l'isolement. Le soutien par les pairs est un bon moyen de susciter des interactions au sein des collectivités. Il existe même des lignes directrices pour quiconque souhaite appuyer des pairs, et on pourrait les appliquer aux aînés, je crois, de manière efficace.

M. Mark Warawa: Est-ce qu'il reste du temps?

Le président: Vous avez une minute.

M. Mark Warawa: J'aimerais suggérer l'idée que les groupes communautaires organisent des programmes de visites. Ils pourraient visiter les aînés qui vivent dans l'isolement et les valoriser. Ça ne coûte rien, mais on en retire de grands avantages.

La maltraitance des aînés constitue l'autre enjeu. Je pense que, en tant que pays, nous devons vraiment porter une attention spéciale aux aînés qui avaient des économies pour leur vieillesse, qui les ont vues disparaître à cause de maltraitance envers eux et qui se retrouvent dans la pauvreté. Par exemple, l'aîné dans les nouvelles cette semaine ne pouvait même pas se rendre à une fête de Noël à 25 \$ parce qu'on lui avait pris tout son argent. C'est vraiment triste.

Le président: Merci, Mark.

Nous allons nous tourner vers Dan pendant six minutes.

M. Dan Ruimy: Merci beaucoup. Encore une fois, merci tout le monde de votre participation. Ça été fantastique.

Après ce que nous avons entendu aujourd'hui, c'est indéniable: il y a un lien entre la santé mentale et la pauvreté, et la santé mentale est directement liée au logement. Lors d'une conversation que nous avons eue antérieurement et qui allait dans le même sens, la dernière chose que vous m'avez dite portait sur l'argent. Il faut de l'argent.

Plus tôt cette année, le gouvernement fédéral a proposé trois programmes. L'un est la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance au Canada, avec 112 millions de dollars sur deux ans. Cette Stratégie est constituée en partie d'un fonds d'innovation pour tenter de trouver des solutions à l'aide de microsubventions pour le logement et l'itinérance. Nous avons présenté un autre programme destiné aux aînés, pour le logement abordable également, qu'il soit social, locatif ou coopératif, qui est de 2,3 milliards de dollars sur deux ans.

Pour ma première question, j'aimerais avoir un vote d'essai ou faire un petit sondage avec vous tous: avez-vous entendu parler de ces trois programmes?

• (1020)

M. Ed Mantler: Oui.

M. Dan Ruimy: D'accord, vous en avez entendu parler.

Dre Vicky Stergiopoulos: Oui.

M. Dan Ruimy: Vous aussi.

Ensuite, les gens de Toronto...

Des voix: Oui.

M. Dan Ruimy: D'accord, parfait.

J'aimerais connaître votre opinion, à savoir si vous croyez que ces programmes fonctionnent et s'ils possèdent ce qu'il faut pour résoudre les problèmes en cause.

M. Ed Mantler: C'est assez gratifiant de voir que du financement ciblé dans le cadre de cette structure est dédié à l'approche Logement d'abord dans tout le pays. Nous avons travaillé avec notre partenaire, l'Alliance canadienne pour mettre fin à l'itinérance, afin d'offrir de la formation et du soutien technique à plus de 60 collectivités qui ont maintenant accès à ce financement et qui l'utilisent pour une approche Logement d'abord.

M. Dan Ruimy: C'est excellent.

Vicky, avez-vous des remarques?

Dre Vicky Stergiopoulos: De façon similaire, je me suis engagée avec la Toronto Alliance to End Homelessness. Cette organisation travaille de concert avec les organisations municipales et communautaires en santé mentale afin de mettre en oeuvre une approche Logement d'abord à Toronto. Nous sommes ravis qu'il y ait des occasions d'innover, de découvrir de meilleures façons d'appuyer les sans-abri aux prises avec la maladie mentale. Je pense que nous devons porter une attention plus grande à ceux qui ont besoin de

logements avec services de soutien, incluant les aînés qui pourraient avoir besoin d'aide pour bien fonctionner en collectivité.

M. Dan Ruimy: Merci.

Des observations de la part des gens de Toronto?

M. Michael Creek: Oui, j'aimerais faire une courte observation. Je crois que les investissements qui ont été faits sont extraordinaires. J'aimerais que l'on puisse en faire plus. Plus spécifiquement, je trouve très perturbant que l'on trouve encore des gens qui vivent dans des refuges à Toronto depuis 20 ou 25 ans. À mon avis, cela indique qu'il faut faire attention. Nous investissons de l'argent dans des programmes pour des gens qui persistent à ne pas trouver de logement. Nous devons comprendre pourquoi ces personnes n'arrivent pas à se loger.

Il existe des programmes spéciaux qui mettent le doigt sur les raisons pour lesquelles ces gens restent dans des refuges, mais j'aimerais voir plus d'investissements dans ce domaine, particulièrement sur l'itinérance chronique que l'on voit non seulement à Toronto ou en Ontario, mais dans tout le pays. Nous devons vraiment concevoir une stratégie qui s'attaque à l'itinérance chronique dans le cadre de la stratégie nationale du logement.

M. Dan Ruimy: Merci.

M. Ricardo Tranjan: Je ne me suis pas engagé directement dans ces programmes, alors je ne peux pas émettre d'observations à leur sujet. Je serais ravi de faire suivre un mémoire écrit, si vous le voulez.

M. Dan Ruimy: D'accord.

J'aimerais approfondir un peu plus et réagir à l'une des observations qui viennent d'être émises. C'est fantastique d'avoir autant de programmes qui visent le logement en priorité, mais j'aimerais vous entendre sur les services complémentaires. Est-ce qu'ils font partie de l'offre? Il semble que ce soit là que le bât blesse, parfois. Avez-vous entendu quoi que ce soit à ce sujet, dont vous aimeriez parler?

Ed, commençons par vous.

M. Ed Mantler: Le programme Logement d'abord ne vise pas que le logement, puisqu'il fait partie du projet At Home/Chez soi. C'est un programme de logement, enrichi d'un vaste volet de gestion de cas ou de traitements dans la collectivité, basés sur les besoins du client. C'est essentiel si nous voulons nous assurer que ces services complémentaires jouent bien leur rôle.

M. Dan Ruimy: J'imagine que la question qui se pose demeure: qui finance ces services complémentaires? Où trouvez-vous les fonds pour cela? Ils viennent du provincial? Du fédéral? Est-ce qu'il y a un lien?

J'entends partout que nous fournissons des logements, mais ces services complémentaires sont parfois absents. Comment le gouvernement fédéral peut-il jouer un rôle dans les services complémentaires?

M. Ed Mantler: Je ne sais pas si je suis assez bien informé sur la provenance du financement dans chaque collectivité pour donner une réponse adéquate.

M. Dan Ruimy: D'accord.

J'ai environ 45 secondes.

Vicky, vous avez l'air d'avoir quelque chose à dire.

Dre Vicky Stergiopoulos: Oui, en effet. Ces services sont financés par la province. D'autre part, par l'entremise de l'accord sur la santé, ce serait bien d'encourager les provinces à joindre cet appui clinique aux suppléments de loyer qui serviraient au logement. Les mesures d'aide seraient alors combinées.

M. Dan Ruimy: Excellent.

M. Michael Creek: Je voudrais rapidement ajouter que l'aide à la réduction des méfaits est inadéquate. Les fonds qui visent les programmes d'aide aux alcooliques sont vraiment inadéquats. Nous devons faire plus pour améliorer les petites choses que nous pouvons améliorer en travaillant avec les gens de notre collectivité, afin de leur offrir le financement dont ils peuvent avoir besoin.

Mme Kelly Murphy: La municipalité et le réseau local d'intégration des services de santé qui dessert les Torontois pilotent des initiatives pour combiner, comme Vicky l'a mentionné, les nouveaux suppléments de loyer et le soutien social, mais nous apprécierions d'avoir, de la part du gouvernement fédéral, d'autres directives sur la façon de surmonter cette division entre le logement et la santé, car nous croyons qu'elles doivent nécessairement être combinées. C'est la direction que nous espérons voir le gouvernement fédéral prendre.

•(1025)

M. Dan Ruimy: C'est une excellente suggestion. Merci beaucoup, tout le monde.

Je pense que je suis à court de temps.

Le président: Vous l'êtes. Merci, monsieur.

À présent, Mme Ashton pour six minutes.

Mme Niki Ashton: Merci beaucoup.

Je me tournerais peut-être vers l'équipe de la Ville de Toronto et de Working for Change. L'un des sujets que nous avons abordés plus largement — pas nécessairement dans ce comité, mais certainement en tant que parlementaires — est qu'il n'existe pas d'assistance adéquate pour ceux qui sont aux prises simultanément avec la maladie mentale et des dépendances. Nous savons que la réduction des méfaits constitue une manière importante, d'un point de vue empirique, de venir en aide aux gens qui vivent ces situations, mais nous savons également qu'il y a des défis immenses, des défis juridiques notamment, quand vient le temps d'offrir les services de réduction des méfaits qui sont nécessaires, qu'il s'agisse de sites d'injection supervisés ou de soins médicaux nécessaires. Bien sûr, comme nous le savons, quand cette aide n'y est pas, le cycle de la pauvreté, de la dépendance et de la maladie mentale se poursuit pour les gens dans cette situation.

Je me demande si, éventuellement, vous trouveriez nécessaire que le gouvernement fédéral soutienne davantage la réduction des méfaits, supprime les obstacles juridiques et modifie la législation en place qui empêche d'ouvrir des sites d'injection supervisés. S'agit-il d'une façon significative de traiter les problèmes de pauvreté et de santé mentale?

Mme Kelly Murphy: Comme vous le savez, la Ville de Toronto et son conseil de la santé ont adhéré à l'approche de réduction des méfaits dans de nombreux domaines et ont fait une demande, la deuxième au Canada je crois, pour ouvrir des sites d'injection sécuritaires à Toronto. Nous avons conclu, recherche à l'appui, à la rentabilité, à la sécurité est aux effets bénéfiques sur la santé des sites d'injection sécuritaires dans trois endroits différents à Toronto. Nous nous réjouissons de la levée des restrictions et de l'occasion qu'a le gouvernement fédéral d'exercer un plus grand leadership quant à cette approche, tant dans les environnements urbains que ruraux, de

même que dans les collectivités qui ont besoin des bienfaits qu'a su apporter l'approche de réduction des méfaits.

M. Ricardo Tranjan: De façon plus large, nous nous réjouissons de pouvoir travailler ensemble pour trouver des solutions pratiques à des problèmes qui tombent souvent entre les mailles du système, là où ils ne relèvent d'aucune compétence. Je pense que le gouvernement fédéral a déjà indiqué que sa collaboration, par l'entremise de l'examen de la Stratégie de réduction de la pauvreté du Canada, reposait sur un engagement communautaire important ainsi que sur l'engagement de tous les intervenants, notamment de la Ville de Toronto. Son approche est fantastique, et nous avons hâte de participer plus activement en répondant à des questions très concrètes comme celles-ci et d'autres qui concernent la réduction de la pauvreté.

M. Michael Creek: J'ajouterais rapidement, parce que j'aimerais entendre ce que Dr Vicky en pense, que l'une des choses que je vois réapparaître est la tare sociale que l'on associe aux dépendances et aux approches de type réduction des méfaits. Je pense qu'elle a beaucoup de sensibilité à faire avec les médecins et les professionnels de la santé, mais également avec la société en général, sur ce que sont les dépendances et sur notre façon de percevoir ces gens.

Les individus qui sont en état de dépendance sont souvent blâmés, et je pense que si nous n'abordons pas l'enjeu de la dépendance, il y aura beaucoup de résistance de la part du public à financer ces programmes, et ces programmes sont essentiels pour le bien-être des personnes dans ces collectivités.

Dre Vicky Stergiopoulos: Je pense qu'il faut effectivement inclure les stratégies de réduction des méfaits dans le cadre de stratégies plus vastes sur la dépendance. Je pense que nous avons beaucoup à apprendre de la Colombie-Britannique et des progrès qui ont été accomplis au site d'injection supervisé qui s'y trouve. À Toronto, nous avons eu le premier programme de contrôle de l'alcoolisme en foyer d'hébergement. Depuis lors, on en a ouvert d'autres dans différentes villes du pays.

Cependant, je suis d'accord avec Mike. Nous avons encore beaucoup de travail à faire pour combattre la stigmatisation et la discrimination envers les personnes qui consomment des drogues.

•(1030)

Mme Niki Ashton: Merci, docteur.

Je ne suis pas certain, monsieur Mantler, si vous aviez des observations sur le besoin d'appui de la part du gouvernement fédéral pour l'approche de réduction des méfaits.

M. Ed Mantler: Lorsqu'il s'agit de l'interaction entre la santé mentale et les problèmes de dépendance ou d'abus de substance, nous travaillons en partenariat avec notre organisation soeur, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Si le comité n'a pas entendu parler de cette organisation, je pense qu'il devrait songer à entrer en contact avec elle.

Mme Niki Ashton: Merci.

Le président: Vous avez environ 30 secondes.

Mme Niki Ashton: Merci de vos réflexions à ce sujet.

Si vous connaissez d'autres personnes qui pourraient soumettre un mémoire pour insister sur le besoin de soutien fédéral en faveur de la réduction des méfaits et de sites d'injection sécuritaires, veuillez leur dire de nous envoyer un mémoire écrit également.

Le président: Excellent. Merci.

Madame Tassi, vous avez six minutes, s'il vous plaît.

Mme Filomena Tassi: Merci, monsieur le président.

Monsieur Creek, j'ai adoré votre suggestion sur l'intégration des aînés sur les campus universitaires et dans les résidences.

En tant qu'aumônière, j'ai mis des jeunes en contact avec des aînés au moyen d'excursions dans les magasins. Pour Noël, nous avons mis les deux groupes en contact et nous sommes allés dans des foyers pour personnes âgées. Je dois vous dire que ce qui est arrivé là a été absolument magique.

Cependant, monsieur Mantler, je suis d'accord avec votre argument sur le diagnostique. Il arrive souvent chez les aînés que la dépression ou la solitude ne soit accompagnée d'aucun signe précurseur. Ils mènent une vie saine, puis tout à coup, leurs amis décèdent et ils se retrouvent seuls, et c'est là que cela survient. Le diagnostique est tellement important, mais la longueur des listes d'attente pour les soins psychiatriques aux aînés est source d'une grande frustration.

Êtes-vous en mesure d'offrir des suggestions à ce sujet? Comment pouvons-nous intéresser plus de gens à ce domaine, faire en sorte qu'ils acquièrent une formation ou que des gens compétents dans ce domaine viennent au Canada pour aider nos aînés?

M. Ed Mantler: Mieux encore que de faire venir de l'étranger des spécialistes des soins aux personnes âgées, je pense qu'il serait plus efficace de mieux former nos médecins de famille, nos omnipraticiens et une plus grande variété d'intervenants en matière de santé — et même à l'extérieur du domaine de la santé — afin qu'ils reconnaissent les signes d'une possible maladie mentale et sachent comment y réagir.

Mme Filomena Tassi: D'accord. Merci.

Cette question s'adresse à chacun d'entre vous.

Nous avons établi un lien entre la maladie mentale et la pauvreté à la suite du témoignage de certaines personnes, selon lesquelles la maladie mentale est le principal facteur menant à la pauvreté. On peut ne pas être tous d'accord avec cette affirmation, alors dans nos recommandations, nous devons nous assurer de dire que la santé mentale est un problème que l'on doit aborder dans le cadre d'une stratégie de réduction de la pauvreté. Pouvez-vous fournir des preuves — soit chiffrées, soit tirées de votre expérience — qui rendent ce lien tout à fait clair?

Monsieur Mantler, voulez-vous commencer?

M. Ed Mantler: Soixante-sept pour cent des personnes itinérantes souffrent d'un problème mental ou d'une maladie mentale.

Dre Vicky Stergiopoulos: La recherche nous dit que les gens atteints de maladie mentale ont des revenus plus faibles, ont moins de chances d'occuper un emploi ou d'être logés convenablement que les personnes vivant avec d'autres handicaps, ou même que les personnes sans handicap. Nous pouvons vous faire parvenir ces études.

Mme Filomena Tassi: Merci.

M. Michael Creek: En tant que personne ayant vécu dans la pauvreté, je peux vous dire qu'elle a affecté ma santé mentale.

Je ne peux imaginer quiconque à qui j'ai déjà parlé et qui a vécu dans la pauvreté qui n'ait pas vu sa santé mentale affectée par cette expérience. C'est simplement impossible à éviter. On devient si déshumanisé par l'expérience de la pauvreté que les problèmes de santé mentale ou de dépendance montrent leur face hideuse. J'ai survécu au cancer et je peux vous dire que la pauvreté m'a causé plus de dommage que les traitements contre le cancer ou d'autres

maladies que j'ai affrontées. On pourrait décrire la pauvreté en soi comme une maladie.

• (1035)

Mme Lubna Khalid: Je voudrais juste ajouter la violence faite aux femmes comme source de pauvreté pour les femmes et les enfants.

Une fois de plus, il faut plus de refuges pour les femmes qui fuient la violence. Chaque jour qui passe, plus de 300 femmes et enfants à Toronto ne trouvent nulle part où dormir.

M. Ricardo Tranjan: À Toronto, 18 % de la population adulte vit dans un foyer dont les revenus sont sous le seuil de faible revenu. Ce chiffre augmente à 30 % chez les résidents qui ont un handicap physique ou mental, et il existe de bonnes raisons de croire que c'est une sous-estimation.

Mme Kelly Murphy: Nous savons que les personnes atteintes de maladie mentale sont surreprésentées chez les Canadiens à faible revenu. Nous pouvons vous donner les statistiques.

Nous pouvons également vous raconter les histoires. Les 2 000 membres de la collectivité qui ont aidé à concevoir la stratégie de réduction de la pauvreté à Toronto ont raconté leur histoire sur la stigmatisation de la maladie mentale et la stigmatisation de la pauvreté, de même que sur la façon dont ils s'aggravent l'un l'autre. Nous pouvons vous raconter ces histoires.

Mme Filomena Tassi: Ce serait formidable. Merci.

Monsieur Tranjan, vous avez parlé plus tôt de Statistiques Canada et de l'importance qu'ils étudient également les données non matérielles de la pauvreté. Pouvez-vous élaborer un peu sur ce point?

M. Ricardo Tranjan: Oui. Nous utilisons maintenant les mesures du seuil de faible revenu ou SFR comme indicateurs de pauvreté dans nos villes. Ils reflètent une partie de la réalité, mais pas toute la réalité.

Comme nous l'avons mentionné antérieurement, il y a d'autres aspects de la privation matérielle et de l'inclusion sociale. Ce sont des composantes clés de l'expérience plus large de la pauvreté qui ne sont pas incluses dans les statistiques que nous utilisons.

Je crois que vous avez reçu un témoin précédemment qui a fait référence au Caledon Institute et qui a mentionné le même problème. Ils ont fait du très bon travail qui démontre bien le besoin de combiner les index basés sur le revenu et les index matériaux pour avoir un portrait complet qui nous aiderait à améliorer notre travail et surtout à mieux évaluer le travail que nous faisons.

Mme Filomena Tassi: Merci.

Le président: Excellent. Merci.

Monsieur Long, allez-y s'il vous plaît.

M. Wayne Long: Merci, monsieur le président.

En tant que gouvernement fédéral, que pouvons-nous faire pour contribuer à mettre en oeuvre des programmes d'aide à l'emploi améliorés et efficaces pour les personnes atteintes de maladie mentale?

Monsieur Mantler, allez-y.

M. Ed Mantler: C'est une excellente question.

Le gouvernement fédéral en soi est un énorme employeur, et le fait d'adopter une norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques au travail dans la fonction publique constitue une avancée extraordinaire.

Il serait utile d'avoir des politiques publiques qui soutiennent le retour des personnes sur le marché du travail et qui retirent les mesures dissuasives qui entravent leur retour au travail, enfin, des politiques qui peuvent influencer les programmes de tout le pays.

M. Wayne Long: D'accord.

Mme Kelly Murphy: J'aimerais parler de l'expérience de la Ville de Toronto dans la mise en oeuvre d'une politique d'approvisionnement social. Le gouvernement fédéral, tout comme la Ville de Toronto, est un acheteur très important de biens et de services, et nous pouvons utiliser ce pouvoir à des fins sociales.

En fait, nous avons...

M. Wayne Long: Donnez-moi un exemple.

Mme Kelly Murphy: Nous avons conçu une politique d'approvisionnement social, que nous encourageons les autres institutions torontoises phares — comme les universités, les collèges, la TTC et Metrolinx — à adopter. Nous achetons collectivement pour la somme de 30 milliards de dollars par année.

Si nous revoyons notre façon de sélectionner les devis lorsque nous achetons des biens et services afin de nous assurer que, non seulement nous obtenons la meilleure valeur pour les deniers publics que nous gérons, mais que nous générons également une valeur environnementale — ou dans le cas qui nous occupe, une valeur sociale — alors nous obtenons beaucoup plus pour l'argent que nous dépensons, et nous créons des occasions d'emploi pour les groupes axés sur l'équité.

Nous avons conçu une politique selon laquelle un devis sur trois doit provenir d'un fournisseur non standard. Si le gouvernement fédéral croyait qu'il était important d'augmenter l'embauche de gens atteints de maladie mentale, il pourrait l'intégrer à ses politiques d'approvisionnement.

• (1040)

M. Wayne Long: Merci.

M. Michael Creek: Est-ce que je peux rapidement ajouter quelque chose?

M. Wayne Long: Oui, bien sûr que vous le pouvez.

M. Michael Creek: Au gouvernement fédéral, les dépenses d'infrastructure offrent une véritable occasion d'agir. À Toronto, nous utilisons ce qu'on appelle des ententes sur les retombées locales. Si elles étaient intégrées aux projets d'infrastructure que le gouvernement entend mettre en oeuvre dans tout le pays, cela pourrait créer des emplois pour les gens atteints de maladie mentale et cela pourrait également remédier à certains problèmes chez les jeunes et chez les Autochtones. L'occasion est belle de créer des retombées locales.

Mme Kelly Murphy: Nous sommes d'accord. Les projets d'infrastructure offrent la meilleure occasion de créer des retombées locales et des initiatives d'approvisionnement social.

M. Wayne Long: Combien de temps nous reste-t-il, monsieur le président?

Le président: Vous avez environ deux minutes.

M. Wayne Long: En passant, je souffre d'anxiété. Je souffre d'un trouble anxieux depuis environ cinq ou six ans. Il y a 20 ou 25 ans, j'aurais pu vous parler d'expérience du manque de compréhension des gens. J'arrivais toujours à me rendre au travail, mais certains jours, je voulais m'en retourner à la maison. J'ai eu la chance, grâce à Dieu, d'avoir du soutien autour de moi et d'obtenir l'aide dont j'avais besoin. Le manque de soutien pour les gens qui souffrent est incroyablement.

Je voulais poursuivre sur l'innovation. Je sais, monsieur Mantler, nous avons été coupés, mais je voulais vous parler à vous aussi, monsieur Tranjan et madame Murphy, de l'innovation dans les programmes de soutien des services de santé mentale. Pouvez-vous nous dire ce que vous avez constaté? Ce qui m'exaspère, c'est qu'il semble que nous fassions la même chose encore et encore, et que les gens finissent à la rue, et rien n'est réglé. Êtes-vous en mesure de nous donner des idées nouvelles sur la façon d'innover?

Mme Kelly Murphy: J'aimerais vous parler du programme de sécurité communautaire collaborative et axée sur le risque que la province de l'Ontario préconise. Ce modèle vient de la ville de Glasgow. Il y a également eu des expériences au Manitoba. La Ville de Toronto a vraiment adopté ce modèle, qui encourage une communication très régulière et très intensive entre les multiples secteurs, entre les fournisseurs de services représentant différents secteurs qui entrent en contact avec les mêmes clients vulnérables.

Dans le passé, différents secteurs travaillaient avec les mêmes clients, mais ils ne partageaient pas d'information. Ils ne parlaient pas de cette personne vulnérable aux autres et ils ne faisaient pas les liens dont cette personne vulnérable avait besoin pour ne pas retourner à l'hôpital ou en prison.

Ça peut sembler cher, parce que nous faisons en sorte que les équipes se réunissent de façon hebdomadaire pour discuter des situations à risque, mais nos données montrent qu'à long terme, les clients qui bénéficient de ces processus intégrés profitent de cet investissement, non seulement parce que leur situation individuelle est examinée dans une perspective multidimensionnelle, mais également parce que des relations se créent entre différentes agences qui travaillent de concert, alors elles savent comment communiquer entre elles d'une manière proactive lorsqu'une personne sort de l'hôpital pour réintégrer la collectivité. Les autres secteurs sont avertis. C'est là une innovation que nous appuyons fortement.

M. Wayne Long: C'est fantastique. Merci beaucoup.

M. Ricardo Tranjan: Il y a trois autres exemples de ce que la stratégie torontoise de réduction de la pauvreté appuie.

L'un d'entre eux est la gestion de cas intensive. Comme Kelly l'a mentionné, il y a suffisamment de recherche, issue en partie du Royaume-Uni, prouvant que l'intégration des services fonctionne beaucoup mieux et qu'elle est plus rentable. Cela se présente parfois sous la forme de gestion de cas intensive et individuelle. Les services sociaux et d'emploi de Toronto pilotent quantité d'initiatives qui offrent une gestion de cas plus intensive pour un groupe particulier de cas qui sont plus éloignés du marché du travail.

En ce qui a trait à l'emploi chez les jeunes, nous avons également un programme axé sur les jeunes qui sont passés par le système judiciaire. Lorsqu'ils arrivent à un événement — un salon de l'emploi, par exemple — nous assurons un suivi auprès d'eux et nous leur donnons accès à une personne-ressource qui les accompagnera à chaque étape pour l'obtention de l'emploi convoité.

Dans le troisième cas, nous avons un programme qui réunit des activités récréatives, ce que l'on voit rarement, mais qui joue un rôle majeur dans la réduction de la pauvreté. Santé publique de Toronto et, encore une fois, les services sociaux et d'emploi de Toronto apportent un soutien particulier aux familles de sorte qu'elles aient accès à toute une gamme de services — de l'inscription des enfants aux cours de natation aux prestations d'assurance-sociale pour lesquelles elles sont admissibles, en passant par l'accès aux soins dentaires et aux autres services que la santé publique de Toronto rend disponibles.

•(1045)

M. Wayne Long: Merci.

Le président: Merci beaucoup, tout le monde. Je crois bien que c'est tout le temps dont nous disposons. Je voudrais remercier toutes les personnes qui se sont jointes à nous aujourd'hui, tant ici à Ottawa que par vidéoconférence.

Comme toujours, merci à tous les membres du comité pour leur travail extraordinaire, ainsi qu'à toutes les personnes dont la contribution est essentielle à la tenue de ces réunions, les interprètes et tous ceux qui sont ici avec nous. Merci beaucoup.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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