



Chambre des communes  
CANADA

# **Comité permanent des affaires autochtones et du développement du Grand Nord**

---

AANO • NUMÉRO 014 • 2<sup>e</sup> SESSION • 40<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

**TÉMOIGNAGES**

**Le mardi 21 avril 2009**

—  
**Président**

**M. Bruce Stanton**

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

**<http://www.parl.gc.ca>**

## Comité permanent des affaires autochtones et du développement du Grand Nord

Le mardi 21 avril 2009

•(0835)

[Français]

**Le président (M. Bruce Stanton (Simcoe-Nord, PCC)):** Bonjour. Bienvenue à la 14<sup>e</sup> séance du Comité des affaires autochtones et du développement du Grand Nord.

Ce matin, nous accueillons une délégation du ministère de la Santé. Nous recevons Mme Michelle Kovacevic, directrice générale, Direction des politiques, planification et analyse stratégique, ainsi que Mme Kathy Langlois, directrice générale, Direction des programmes communautaires. De plus, nous recevons, de l'Organisation nationale de la santé autochtone, M. Mark Buell, directeur, Communications et recherche.

[Traduction]

Je dois vous dire tout d'abord que nous allons tenir notre séance d'information de ce matin avec un quorum réduit. Cela s'explique notamment du fait que nous essaierons de conclure le tout avant 9 h 20. Vous savez tous que nous attendons la délégation australienne autour de 9 h 30. Nous avons besoin d'une dizaine de minutes pour procéder aux aménagements nécessaires dans la salle en vue de la rencontre informelle que nous tiendrons après la pause. Dès que nous aurons entendu les témoignages de nos estimés invités de ce matin, nous nous déplacerons tous vers la droite de la pièce pour laisser de la place aux Australiens.

Sans plus tarder, je vais donc demander à Mme Langlois de nous présenter son exposé d'une dizaine de minutes, après quoi nous aurons le temps pour une intervention par chacun des partis représentés.

Madame Langlois.

[Français]

**Mme Kathy Langlois (directrice générale, Direction des programmes communautaires, ministère de la Santé):** Bonjour et merci de nous avoir invitées ici aujourd'hui. Nous sommes très contentes d'être ici et nous allons faire de notre mieux pour répondre à vos questions.

[Traduction]

Je vous parlerai aujourd'hui de trois aspects de la santé des Autochtones. Je vous ai fourni une présentation PowerPoint dont je vais parcourir les différentes diapositives avec vous.

Je vais vous entretenir dans un premier temps de l'écart entre la situation de santé des Autochtones et celle des autres Canadiens, notamment en ce qui a trait aux déterminants sociaux de la santé. Je vous parlerai ensuite du rôle joué par Santé Canada pour rectifier la situation et des actions entreprises par le ministère, en collaboration avec ses partenaires fédéraux, provinciaux et autochtones, afin d'améliorer les conditions de santé des premières nations et des Inuits. Enfin, j'aimerais également traiter de quelques-unes des principales mesures horizontales que nous pouvons prendre pour améliorer la santé des Autochtones, notamment via nos initiatives

récentes de collaboration avec d'autres pays, y compris l'Australie, ainsi que d'autres ministères fédéraux, des gouvernements provinciaux et, bien évidemment, nos partenaires inuits et des premières nations.

La deuxième diapositive illustre la répartition des populations couvertes par notre Programme des services de santé non assurés. Il s'agit des Indiens inscrits et des Inuits reconnus. Vous pouvez voir comment se répartit cette population de quelque 800 000 personnes.

Comme je le signale toujours en présentant cette diapositive, malgré le fait que l'Ontario compte le plus grand nombre de gens des premières nations qui sont couverts, soit environ 180 000, on peut constater que la proportion de la population couverte est plus forte en Saskatchewan, par exemple, où les 130 000 personnes couvertes représentent environ 13 p. 100 de la population. Les premières nations comptent donc pour une part importante de la population de cette province, même si celle-ci ne vient pas au premier rang pour ce qui est du nombre absolu.

Si l'on passe à la troisième diapositive qui décrit l'état de santé des premières nations et des Inuits, on peut voir que ces deux groupes totalisent approximativement 3 p. 100 de la population canadienne. Leur situation de santé s'est constamment améliorée depuis 1980. L'espérance de vie des premières nations s'est accrue — l'écart se situant actuellement à environ 6,6 ans pour les hommes et les femmes — et les taux de mortalité infantile chez les premières nations ont diminué, mais demeurent plus élevés que la moyenne canadienne, dans un ratio de deux à quatre fois dans certains cas. Les difficultés que nous avons à surmonter à ce chapitre découlent des taux supérieurs de maladies transmissibles et de maladies chroniques, des taux de suicide plus élevés et de la situation socioéconomique plus faible.

Si vous me le permettez, j'aimerais seulement vous communiquer quelques statistiques à cet égard. L'incidence de la tuberculose est environ six fois plus élevée pour les Indiens inscrits, dans les réserves comme à l'extérieur, et approximativement 23 fois supérieure pour les Inuits, par rapport à la population en général. Je vous ai déjà dit que les taux de mortalité infantile étaient de deux à quatre fois plus élevés. Notre collaboration récente avec l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis nous a appris que l'écart entre les taux de mortalité infantile de l'ensemble des populations autochtones des quatre pays était semblable par rapport au reste de la population. Les Autochtones comptent pour quelque 7,5 p. 100 de tous les Canadiens souffrant d'une infection au VIH alors que la prévalence du diabète est près de quatre fois plus élevée pour les membres des premières nations vivant dans une réserve que pour la population en général.

Dans bien des cas, on retrouve des statistiques semblables dans les différents pays, et assurément en Australie. Vous verrez que cela découle en grande partie de la situation socioéconomique et du fait que les faibles taux de scolarité, les revenus minimes, le taux de chômage élevé et le manque d'infrastructures, notamment quant au logement et à la qualité de l'eau, sont autant de facteurs néfastes pour la santé. En fait, si l'on cherche à comprendre les racines de ces facteurs, on peut remonter jusqu'à l'histoire de la colonisation pour retracer un parcours très similaire à celui de l'Australie.

Santé Canada a collaboré très étroitement avec la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé qui a rendu public son rapport final intitulé *Comblant le fossé en une génération* en août 2008. La commission a établi les trois principes d'action suivants: premièrement, il faut améliorer les conditions de vie quotidiennes, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent; deuxièmement, on doit lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, car il s'agit des moteurs structurels qui influent sur les conditions de la vie quotidienne; et troisièmement, il est important de mesurer l'ampleur du problème, d'évaluer l'efficacité de l'action, d'étendre la base de connaissances et de se doter d'un personnel bien formé en matière de déterminants sociaux de la santé, y compris une main-d'oeuvre autochtone, et de sensibiliser la population à ces questions.

● (0840)

À notre avis, il s'agit de principes d'action extrêmement importants si l'on veut améliorer la situation de santé des peuples autochtones. Il existe en fait certains déterminants sociaux de la santé, comme l'indique la diapositive quatre, qui sont spécifiques aux Autochtones et qui diffèrent donc de ceux de la population en général. On y trouve des éléments comme l'autodétermination, l'attachement à la terre, la langue et la culture, et un accent mis sur la guérison et le mieux-être.

À la diapositive cinq, nous vous fournissons quelques exemples de programmes existants pour lesquels nous avons pris en compte les déterminants sociaux. Nous mettons beaucoup l'accent sur le développement de l'enfant et la prestation de soins pendant la maternité et la période prénatale. Nous offrons donc des programmes de soutien au développement pour les femmes et les familles ayant de jeunes enfants. Il y a aussi bien sûr notre Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves, qui existe également aux États-Unis, et qui constitue une importante mesure de soutien pour les enfants de la naissance à six ans. Ce programme s'articule autour de différents facteurs énumérés sur cette diapositive et notamment du soutien aux parents, qui est vraiment un élément clé.

Notre Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones est un programme communautaire fondé sur les données probantes à l'effet que la culture traditionnelle contribue à la force morale et est un facteur de protection contre le suicide.

Le graphique de la diapositive six illustre bien le partage des responsabilités en matière de santé des premières nations et des Inuits au Canada. Le gouvernement fédéral partage cette responsabilité avec les provinces et les territoires, qui fournissent tous les hôpitaux et paient pour tous les services dispensés par les médecins aux membres des premières nations et aux Inuits. Bien évidemment, les premières nations et les Inuits ont aussi un rôle très important à jouer. Comme bon nombre des 600 communautés des premières nations participent activement à la prestation de leurs propres services, il s'agit d'une instance importante que l'on doit considérer.

Pour ce qui est du rôle fédéral, qui est décrit à la diapositive sept, il convient de noter qu'il est fondé sur la Politique sur la santé des Indiens de 1979. La prestation de services de santé aux premières nations et aux Inuits n'est régie par aucune loi.

À la diapositive suivante, vous pouvez lire que le mandat de notre Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits consiste notamment à améliorer les résultats de ces populations sur le plan de la santé. Nous contribuons de deux manières à l'atteinte de cet objectif: nous veillons à ce que des services de santé de qualité soient offerts et accessibles; et nous favorisons la prise en charge accrue du système de santé par les premières nations et les Inuits, car il s'agit en soi d'un déterminant de la santé. Lorsque vous contrôlez la prestation de vos propres services de santé, c'est toute votre situation en la matière qui s'améliore.

La neuvième diapositive vous présente une description très détaillée de toute la gamme des services offerts aux premières nations et aux Inuits. Il y a des programmes s'adressant à l'ensemble des Autochtones, y compris les Métis et ceux vivant en dehors des réserves, aux fins de la prévention et de la promotion de la santé. Le Programme des services de santé non assurés s'apparente à un programme d'assurance supplémentaire couvrant les soins de la vue, les soins dentaires, les médicaments et différents autres services et équipements. Il y a également des programmes offerts dans l'ensemble des réserves des premières nations qui visent aussi la prévention et la promotion de la santé et qui comprennent le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies ainsi que des soins à domicile et en milieu communautaire. Dans les communautés isolées, nous offrons les services d'infirmières praticiennes et de médecins, des services d'urgence et des soins primaires qui consistent, dans bien des cas, en une évaluation médicale et un diagnostic.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits s'emploie à élaborer des programmes et des interventions ciblant des populations distinctes. Nous avons ainsi des programmes s'adressant aux enfants, d'autres qui visent les personnes atteintes de différentes maladies, et des mesures visant à ce que les personnes en santé puissent le demeurer. Nous travaillons en très étroite collaboration avec les premières nations et les Inuits. L'Assemblée des Premières Nations et Inuit Tapiriiksat Kanatami figurent parmi nos principaux partenaires.

Nous essayons de conclure de nouveaux accords de partenariat avec les provinces et les premières nations. Nous avons notamment établi des ententes en Colombie-Britannique et un protocole d'entente avec la province de la Saskatchewan. Nous cherchons à appliquer des modalités de financement flexibles qui vont permettre aux différentes communautés de pouvoir administrer leurs propres services de santé en disposant de toute la souplesse nécessaire.

Nous collaborons aussi avec les autres ministères fédéraux. Je pourrais vous citer par exemple à ce titre notre travail en partenariat avec le ministère des Affaires indiennes concernant l'eau potable.

Nous sommes très conscients du fait que notre système repose en grande partie sur les épaules des infirmières. On en retrouve dans chacune des communautés et nous voulons bien nous assurer que nous mettons tout en oeuvre pour les appuyer le mieux possible. Nous suivons de près les innovations en technologie de la santé ainsi que la composition de nos équipes de soins infirmiers au moment où, comme partout ailleurs dans le monde, nous devons composer avec une pénurie de main-d'oeuvre dans ce secteur.

●(0845)

Les diapositives 11 et 12 vous fournissent un peu plus de détails sur les programmes offerts dans les volets des soins de santé primaires, de la santé publique et des programmes communautaires. Vous pouvez voir toute la gamme de services disponibles; je ne vais pas vous en faire une énumération détaillée. Je vous ai déjà parlé des services de santé non assurés.

La diapositive 13 vous donne un aperçu de la ventilation du budget de 2,1 milliards de dollars de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits pour l'exercice 2009-2010. Vous constaterez que la plus grande partie des fonds vont aux programmes de santé communautaire et aux services de santé non assurés, soit les deux grandes catégories de programmes décrites aux diapositives 11 et 12.

Quant aux principales difficultés à surmonter, j'en ai déjà abordé quelques-unes. Notre population croît plus de deux fois plus rapidement que la population canadienne dans son ensemble; c'est une population qui connaît une croissance très soutenue et qui compte une forte proportion de jeunes. Dans bien des cas, au moins la moitié des membres de la communauté ont moins de 25 ans.

Cette croissance fait en sorte que quelque 17 000 clients additionnels se prévalent de nos services chaque année et, comme je l'ai déjà mentionné, leur statut socioéconomique est inférieur à celui des autres Canadiens et bon nombre vivent dans de petites collectivités isolées. Il y a donc un effet combiné de différents enjeux qui se manifestent lorsqu'il s'agit d'assurer des services de santé adéquats.

**Le président:** Vous allez bientôt manquer de temps, madame Langlois, alors si vous pouviez conclure, après quoi...

**Mme Kathy Langlois:** D'accord.

La diapositive 16 présente quelques-unes de nos réalisations les plus récentes touchant l'intégration, le mieux-être mental et les pensionnats indiens. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions à ce sujet. La dernière diapositive vous offre un survol de nos modes de collaboration horizontale.

Je vais m'arrêter là.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entendre M. Buell de l'Organisation nationale de la santé autochtone. Vous avez dix minutes.

**M. Mark Buell (directeur, Communications et recherche, Organisation nationale de la santé autochtone):** Merci.

Bonjour à vous, monsieur le président ainsi qu'aux membres du comité et à tous les autres invités présents.

Je veux aussi vous transmettre les salutations de la directrice générale de l'Organisation nationale de la santé autochtone, le Dre Paulette Tremblay, qui vous prie de l'excuser de n'avoir pu comparaître aujourd'hui.

Nous vous remercions d'avoir invité l'ONSA à participer à cette audience. C'est un privilège pour nous d'avoir ainsi l'occasion de vous présenter un bref survol de l'état de santé et de bien-être des Autochtones au Canada.

Je m'appelle Mark Buell et je suis directeur des communications et de la recherche à l'ONSA, une organisation créée en 2000 dans le but de faire progresser la santé et le bien-être des Autochtones et de leurs communautés en appliquant des stratégies basées sur la connaissance.

L'article 35 de la Constitution canadienne reconnaît les trois premiers peuples de notre pays: les premières nations, les Inuits et les Métis. Chacun de ces groupes a ses propres caractéristiques et son histoire distincte. Il y a en outre une diversité considérable à l'intérieur même de chaque groupe. On compte plus de 600 premières nations différentes au Canada.

De récents travaux démographiques nous permettent de brosser un portrait clair des populations des premières nations, des Inuits et des Métis. Selon le recensement de 2006 de Statistique Canada, il y a près de 1,2 million d'Autochtones au pays, ce qui représente environ 4 p. 100 de la population totale. Parmi ces populations autochtones, les premières nations comptent pour 60 p. 100, les Inuits pour 7 p. 100 et les Métis pour environ le tiers.

Les Autochtones forment le segment de la population canadienne qui connaît la croissance la plus rapide, celle-ci étant presque six fois supérieure à celle de la population non autochtone. La population métisse croît plus de 11 fois plus rapidement que la population non autochtone, alors que la croissance est trois fois plus rapide tant pour les premières nations que pour les Inuits.

Cinquante-quatre pour cent des Autochtones vivent en milieu urbain, et la population autochtone est constituée à 48 p. 100 d'enfants et de jeunes de moins de 24 ans, comparativement à 31 p. 100 pour les non-Autochtones. Il faut en déduire que les populations des premières nations, des Inuits et des Métis sont jeunes. En effet, la moitié des Inuits ont 22 ans et moins; la moitié des membres des premières nations ont 25 ans et moins; et la moitié des Métis ont 30 ans et moins. L'âge médian de l'ensemble de la population canadienne est de 40 ans.

Comme bon nombre de leurs homologues indigènes des autres pays, les Autochtones du Canada sont davantage touchés par la maladie que les non-Autochtones. Voici quelques exemples concernant la population des premières nations que j'ai tirés du rapport de Santé Canada intitulé « Profil statistique de la santé des premières nations au Canada ».

En 2000, l'espérance de vie à la naissance chez les premières nations était de 69 ans pour les hommes et 77 ans pour les femmes. Cela représente des écarts respectifs de sept ans et demi et de cinq ans par rapport à l'ensemble des Canadiens.

En 1999, le taux de mortalité infantile pour les premières nations se situait à huit décès par millier de naissances vivantes, comparativement au taux canadien de 5,5 décès.

La situation est semblable pour les Inuits. Selon un rapport produit par Santé Canada en 2003, l'espérance de vie des Inuits résidant au Nunavut en 1999 était de 67,7 ans pour les hommes et 70,2 ans pour les femmes. D'après un rapport de 2006 de Statistique Canada, le taux d'admission à l'hôpital pour des infections des voies respiratoires inférieures chez les enfants inuits était le plus élevé au monde. En outre, le taux de mortalité infantile dans les régions habitées par les Inuits est quatre fois plus élevé que dans le reste du Canada.

Le suicide figure parmi les principales causes de décès chez les premières nations et les Inuits. Ainsi, le taux de suicide des hommes inuits du Nunavut en 1999 était presque neuf fois supérieur au taux enregistré au Canada. Comme l'indiquait Mme Langlois, les taux de prévalence de la plupart des maladies, y compris le VIH, le diabète, la rougeole et la tuberculose, sont nettement supérieurs à ceux de la population canadienne en général.

Bien qu'on ne dispose que de peu d'information sur la santé et le bien-être de la population métisse au Canada, les données disponibles permettent de dégager un portrait semblable. Je ne pourrais toutefois pas vous parler de l'espérance de vie des Métis canadiens, pas plus que du taux de mortalité infantile au sein de ces populations.

Les statistiques que je viens de vous communiquer sont intéressantes, mais il va de soi qu'elles ne nous disent pas tout sur la santé des populations autochtones du Canada. En fait, comme bon nombre d'entre vous le savent déjà, le concept autochtone de la santé englobe une réalité beaucoup plus vaste que celle cernée par ces statistiques. À ce titre, il est intéressant de constater que la définition de la santé adoptée par l'Organisation mondiale de la santé s'articule autour d'une approche holistique qui s'apparente au concept autochtone de la santé et du bien-être. On parle en effet d'une approche intégrée reliant tous les facteurs touchant le bien-être de la personne, y compris les environnements physiques et sociaux à la base d'une bonne santé, autrement dit, les déterminants globaux de la santé, ou les causes à l'origine des causes.

Santé Canada reconnaît 12 déterminants principaux parmi lesquels on retrouve le logement, le revenu, les réseaux de soutien social et l'accès à des services de santé et à l'éducation. En prenant connaissance de ces déterminants clés de la santé, on comprend bien l'origine des disparités qui existent entre les populations autochtones et non autochtones du Canada.

• (0850)

Les premières nations se classent moins bien que l'ensemble de la population canadienne pour tous les indicateurs en matière de scolarité, y compris le taux d'achèvement des études secondaires, le nombre d'admissions dans les établissements postsecondaires et le taux d'achèvement d'études universitaires.

Pas moins de 40 p. 100 des enfants inuits de moins de 15 ans vivent dans des logements surpeuplés, comparativement à seulement 7 p. 100 pour l'ensemble des enfants canadiens. L'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 nous a appris que 22 p. 100 des enfants métis de moins de six ans avaient une mère âgée de 15 à 24 ans. Le taux correspondant est de 8 p. 100 pour la population non autochtone. De plus, 30 p. 100 des enfants métis au Canada vivent au sein de familles monoparentales, comparativement à 13 p. 100 pour les non-Autochtones.

Je ne vais pas vous entretenir longuement des déterminants clés de la santé — Mme Langlois vous en a déjà mentionné quelques-uns — mais il est bien reconnu que les premières nations, les Inuits et les Métis ont des résultats inférieurs pour à peu près tous les indicateurs utilisés à cette fin. De fait, les conditions socioéconomiques des Autochtones sont souvent comparées à celles des pays en développement, mais ce n'est pas vraiment le cas. Il y a de nombreux exemples de choses qui fonctionnent bien. Nous sommes cependant tout à fait conscients que certains éléments sont plus problématiques et j'aimerais porter quelques exemples à votre attention.

En ce qui a trait à la prévention du suicide, dans leur étude avant-gardiste menée en 1998 auprès des communautés des premières nations de la Colombie-Britannique, Chandler et Lalonde ont fait valoir que — et je cite la publication *Horizons* du Projet de recherche sur les politiques:

... la continuité culturelle constitue un renfort contre les faiblesses normales de la formation identitaire... En l'absence d'un sentiment de continuité personnelle et culturelle, nos études indiquent que la vie se déprécie rapidement et que la possibilité du suicide devient un choix envisageable.

Il est clair pour nous qu'il est essentiel d'établir un pont entre les cultures traditionnelles et le courant principal de la population. Nous dirions également que la culture et l'ethnicité figurent parmi les principaux déterminants de la santé pour les premières nations, les Inuits et les Métis du Canada. À titre d'exemple, une pratique de médecine occidentale a été imposée aux Inuits à compter des années 1950 alors que les femmes devaient prendre l'avion pour aller accoucher à l'extérieur de leur communauté. Alors qu'elles auraient dû partager cet heureux événement avec leurs proches, ces femmes se retrouvaient souvent toutes seules dans un hôpital du Sud. On assiste toutefois au cours des dernières années à une résurgence de l'accouchement traditionnel avec l'aide de sages-femmes dans les collectivités inuites. Le Centre de santé Inuulitsivik est en opération depuis 1986 dans le Nord du Québec et d'autres centres faisant appel à des sages-femmes ont suivi. Les soins sont dispensés aux femmes enceintes par des équipes hybrides composées de sages-femmes inuites et de médecins occidentaux. Les résultats périnataux obtenus par le Centre Inuulitsivik sont équivalents à ceux des blocs d'obstétrique du Sud du Canada.

Il est aussi généralement reconnu qu'une approche descendante pour la prestation des programmes et des services de santé ne fonctionne habituellement pas. Comme je vous l'ai déjà indiqué, il existe une grande diversité au sein même des peuples autochtones. Par conséquent, seule une approche d'inspiration communautaire permet d'intégrer la flexibilité suffisante pour tenir compte de la diversité qui caractérise les premières nations, les Inuits et les Métis du Canada. Les initiatives communautaires et la prise en charge à l'échelon local semblent efficaces. Nous avons pu constater que les résultats s'améliorent nettement lorsque la communauté assume le contrôle des ressources. Lorsque les programmes et les décisions relèvent d'une instance communautaire compétente, les résultats sont meilleurs que pour une quantité similaire de ressources soumises à des processus contrôlés et appliqués de l'extérieur.

De nombreux travaux de recherche ont permis de confirmer le lien entre autodétermination et santé.

En 1988, le gouvernement du Canada a approuvé le cadre stratégique pour le transfert des ressources destinées aux programmes de santé aux premières nations vivant au Sud du 60<sup>e</sup> parallèle. En 2005, 78 p. 100 des communautés admissibles à ce transfert s'en étaient prévaluées. Le transfert du contrôle de ces ressources aux communautés des premières nations a produit les résultats suivants: une meilleure connaissance des problèmes de santé; la conception de services mieux adaptés aux besoins uniques des premières nations; une prestation plus intégrée et mieux coordonnée des services de santé; et une baisse dans l'utilisation des services médicaux.

Pour ce qui est des Métis, l'ONSA met actuellement la dernière main à un projet visant la diffusion d'un message de promotion de la santé tenant compte des particularités culturelles. Les messages diffusés par les médias généraux ne sont habituellement pas efficaces auprès des peuples autochtones. Nous avons réuni des groupes de discussion composés de Métis dans différentes régions du pays. Une fois le processus terminé, l'information recueillie guidera l'élaboration de programmes et de services répondant aux besoins particuliers de la population métisse.

Je vous invite à visiter notre site (NAHO.ca) qui offre de nombreuses ressources sur la santé et le bien-être des premières nations, des Inuits et des Métis ainsi que de leurs familles et de leurs communautés.

Merci.

Je suis disposé à répondre à toutes vos questions.

• (0855)

[Français]

**Le président:** Merci beaucoup. Je vous remercie de vos présentations.

[Traduction]

Nous allons maintenant passer aux questions des membres du comité.

Nous n'avons le temps que pour une intervention de chaque parti. Nous allons nous efforcer de nous en tenir à cinq minutes, ce qui nous permettra de terminer aux environs de 9 h 20.

Nous commençons avec M. Russell pour le Parti libéral.

**M. Todd Russell (Labrador, Lib.):** Merci, monsieur le président. Je vais partager mon temps avec mon collègue, monsieur Bélanger.

**Le président:** C'est comme vous voudrez.

**M. Todd Russell:** Je veux vous remercier pour vos exposés. Il est parfois un peu déprimant d'entendre toutes ces statistiques. Il ne semble y avoir aucun indicateur pour lequel les Autochtones se démarqueraient au pays, tout au moins du côté positif.

J'ai seulement quelques questions. Premièrement, il n'y a pas actuellement de loi, mais quels seraient les avantages d'un mandat législatif, plutôt que d'un mandat issu de politiques, pour ce qui est de la reddition de comptes, de la clarté et même de l'atteinte des résultats visés? Je me demandais si c'est une avenue que nous pourrions emprunter et si cela pourrait être utile.

Deuxièmement, le Programme des services de santé non assurés est une composante importante de la stratégie globale de Santé Canada. Réussissez-vous à suivre? Est-ce que les fonds sont suffisants compte tenu de la croissance de la population et des besoins, d'autant plus que les Autochtones sont confrontés à bien d'autres difficultés?

Je vous laisse répondre à mes deux questions, après quoi M. Bélanger pourra vous poser la sienne.

• (0900)

**Mme Kathy Langlois:** Je vais essayer de répondre à vos deux questions. J'inviterais ma collègue à ajouter quelque chose si elle le souhaite.

Je pense que vous avez bien fait valoir les avantages d'une loi — une meilleure reddition de comptes, plus de clarté — mais je dois également souligner qu'une loi peut aussi être contraignante. Il est plus difficile d'agir rapidement lorsqu'il faut apporter un changement. Il faut suivre un processus plus complexe. Il y a donc des avantages et des inconvénients. Dans l'état actuel des choses, nous pouvons intervenir rapidement pour instaurer des programmes et des politiques ou régler des problèmes lorsque la situation l'exige.

Il y a aussi le fait, comme l'a souligné M. Buell, que les approches communautaires en matière de santé sont vraiment essentielles. Les approches descendantes ne sont généralement pas efficaces. L'idéal serait de permettre à des approches communautaires de se développer en intégrant toute la souplesse nécessaire. Si une loi pouvait faciliter cela, je crois qu'il s'agirait d'une contribution d'importance.

Quant au Programme des services de santé non assurés, il va de soi que les coûts augmentent d'une année à l'autre, notamment en raison de la hausse du prix des médicaments. Ceci étant dit, dans tous les budgets adoptés depuis que je suis en poste en 2002, nous avons toujours obtenu les ressources nécessaires pour couvrir les coûts du Programme des services de santé non assurés.

Par ailleurs, nous essayons chaque année également de réaliser des gains d'efficacité. Les frais d'exécution d'ordonnance en sont un exemple. Lorsque nous constatons qu'il y a peut-être des façons plus efficaces de rémunérer les pharmaciens qui procurent des médicaments à nos clients, nous apportons les changements requis.

Nous devons constamment nous assurer que le programme est aussi efficace que possible, compte tenu des ressources limitées, mais on nous a toujours fourni un budget suffisant pour couvrir ces coûts.

**M. Todd Russell:** Simplement en guise de suivi, j'aimerais savoir si vous avez procédé à une analyse interne sur les avantages d'une loi par rapport à une approche s'appuyant sur les politiques. Le cas échéant, pourriez-vous nous en communiquer les résultats?

**Mme Michelle Kovacevic (directrice générale, Direction des politiques, planification et analyse stratégique, ministère de la Santé):** Je n'en suis pas certaine; nous devons vous fournir une réponse ultérieurement. Je suppose que nous avons dû nous pencher sur la question, assurément pour le Programme des soins de santé non assurés. Comme ma collègue vous l'indiquait, nous nous tirons très bien d'affaire, mais le programme est administré en fonction d'un taux de croissance d'environ 5 p. 100. C'est en fait davantage que la plupart des provinces et des territoires, surtout pour les médicaments. Comme elle vous le disait, nous devons nous adresser au Cabinet chaque année pour obtenir des fonds supplémentaires. Nous nous sommes effectivement interrogés pour savoir si l'adoption d'une loi applicable à ce programme contribuerait à atténuer quelques-unes des querelles de compétences quant à savoir qui doit assumer les différents coûts.

Quant au reste de nos programmes, je crois que nous devons nous renseigner pour vous indiquer quelles analyses ont pu être menées.

**M. Todd Russell:** Merci.

Monsieur Bélanger.

**Le président:** Nous vous écoutons.

**L'hon. Mauril Bélanger (Ottawa—Vanier, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Merci beaucoup pour votre présence. Étant donné le peu de temps qu'il me reste, je ne m'attends pas à ce que vous puissiez me donner des réponses détaillées. J'aimerais toutefois vous demander de nous communiquer des renseignements sur les programmes que vous administrez à l'intention uniquement des Autochtones ne vivant pas dans des réserves. Nous savons que c'est le cas pour plus de la moitié des Autochtones. J'aimerais aussi savoir dans quelle proportion vos programmes qui ne sont pas exclusivement destinés aux Autochtones ne vivant pas dans des réserves sont utilisés par cette population.

J'aimerais donc avoir un portrait global des programmes destinés aux Autochtones ne vivant pas dans les réserves ainsi que des programmes généraux, qui sont en partie utilisés par ces Autochtones. J'aurais ainsi un aperçu général de ce que fait le ministère du point de vue de la santé pour les Autochtones vivant en dehors des réserves.

**Le président:** Nous allons laisser cette question en suspens.

Merci, monsieur Bélanger.

Nous passons maintenant au Bloc québécois.

[Français]

**M. Marc Lemay (Abitibi—Témiscamingue, BQ):** Monsieur le président, je voudrais d'abord m'excuser de mon retard. J'avais une conférence téléphonique importante avec des représentants de l'Assemblée des Premières nations du Québec et du Labrador. Je vais donc laisser à mon collègue Yvon Lévesque le soin de poser les premières questions.

**Le président:** Monsieur Lévesque.

**M. Yvon Lévesque (Abitibi—Baie-James—Nunavik—Eeyou, BQ):** Bienvenue à vous tous.

Concernant la santé des premières nations, les problèmes hors des réserves sont-ils les mêmes que dans les réserves?

**Mme Kathy Langlois:** Oui, assurément, les mêmes problèmes existent hors des réserves et dans les réserves.

**M. Yvon Lévesque:** Vos données sont-elles liées à la surpopulation dans les logements ou y a-t-il beaucoup d'autres facteurs qui peuvent intervenir? En avez-vous identifié quelques-uns?

• (0905)

**Mme Kathy Langlois:** Pourriez-vous être plus précis?

**M. Yvon Lévesque:** Dans les logements et les résidences, on sait qu'il y a une surpopulation parce qu'il y a un manque de logements pour les premières nations.

[Traduction]

**Mme Kathy Langlois:** D'accord.

[Français]

**M. Yvon Lévesque:** Par exemple, on sait qu'une des causes de la transmission de la tuberculose pourrait être la proximité des gens. Le même problème existe chez les Inuits.

**Mme Kathy Langlois:** Ma collègue a peut-être de l'information sur cette question.

[Traduction]

Avez-vous des renseignements sur la tuberculose dans les réserves et à l'extérieur?

[Français]

Nous sommes responsables de la population dans les réserves, donc nos statistiques sur la tuberculose portent sur cette population. Le problème de la tuberculose et d'autres maladies au sein la population hors réserve relève des provinces.

M. Buell pourrait peut-être vous en parler.

En ville, à l'extérieur des réserves, il y a des enjeux comme le chômage, la pauvreté. Alors, même si la surpopulation dans les logements n'est pas aussi grave, il y a d'autres enjeux. Cela revient au même en termes de *health outcomes*.

**M. Yvon Lévesque:** M. Buell aurait-il quelque chose à ajouter?

[Traduction]

**M. Mark Buell:** Je voudrais seulement appuyer ce que disait Mme Langlois. Dans les villes, il faut aussi composer avec des situations de surpeuplement des logements et toutes les difficultés qui s'y rattachent. Mais nous ne connaissons pas les taux de prévalence de la tuberculose à l'extérieur des réserves. Je n'ai pas vu cette statistique.

[Français]

**M. Yvon Lévesque:** Parlons maintenant des problèmes de financement des différents hôpitaux dans les régions, par exemple dans le nord du Québec, en Abitibi et à la Baie-James. À Val d'Or,

entre autres, il y a eu, à un certain moment, un retard dans les paiements pour les soins de santé dans les hôpitaux. Ces problèmes ont-ils été réglés?

**Mme Kathy Langlois:** Les hôpitaux relèvent des provinces. Nous n'avons pas de responsabilité à cet égard. Nous avons seulement deux hôpitaux en ce moment, qui sont au Manitoba. On travaille avec les provinces pour transférer la responsabilité des hôpitaux. Alors, il m'est impossible de répondre à votre question concernant les hôpitaux dans la région que vous avez mentionnée.

**M. Yvon Lévesque:** Je comprends bien, mais au-delà de la responsabilité que vous transférez, les sommes accompagnent-elles ce transfert de responsabilité?

**Mme Kathy Langlois:** Dans les deux hôpitaux au Manitoba, oui.

**M. Yvon Lévesque:** Je parle des hôpitaux des provinces.

**Mme Kathy Langlois:** En ce qui concerne les hôpitaux des provinces, il s'agit d'un transfert qui vient du ministère des Finances, le *Canada Health Transfer*, qui va aux provinces pour les hôpitaux. Santé Canada ne gère pas ces fonds.

**M. Yvon Lévesque:** Ça fait beaucoup de départements. Je comprends maintenant pourquoi les provinces ont de la difficulté à s'y retrouver.

Je vais laisser la parole à mon collègue.

**M. Marc Lemay:** Allons-nous faire un autre tour de table?

**Le président:** Nous ferons un tour seulement.

**M. Marc Lemay:** On trouve du diabète, de la tuberculose, du VIH-sida en pourcentage plus élevé chez les premières nations partout au Canada. En ce qui a trait au fléau du *crystal meth*, à celui du diabète ou à celui de la tuberculose, les programmes que vous administrez sont-ils vraiment adaptés aux premières nations?

**Mme Kathy Langlois:** Je peux vous parler des programmes de lutte contre la toxicomanie, qui ont été développés par les Autochtones et qui sont gérés par eux. Ils connaissent du succès, mais d'autres déterminants entrent en jeu, comme le logement, le revenu, le chômage et la pauvreté. C'est ce que nous avons à offrir en termes de services de santé. On fait tout ce qu'on peut pour que cela soit géré par les Autochtones.

• (0910)

**Le président:** D'accord. Merci beaucoup.

[Traduction]

Nous allons maintenant passer à Mme Crowder qui dispose de cinq minutes.

**Mme Jean Crowder (Nanaimo—Cowichan, NPD):** Merci, monsieur le président.

Merci d'être venu nous rencontrer aujourd'hui.

J'ai quelques points à soulever. Mme Kovacevic a parlé de la nécessité de clarifier les questions de compétence. En décembre 2007, le NPD a présenté en Chambre une motion au sujet du principe de Jordan. Avec l'appui de tous les partis, cette motion a été adoptée unanimement par la Chambre. Pourriez-vous nous indiquer où en sont rendus les efforts pour mettre en oeuvre le principe de Jordan?

**Mme Kathy Langlois:** Tout à fait. Nous travaillons actuellement avec le Manitoba et la Colombie-Britannique, les deux premières provinces à avoir exprimé leurs intentions d'adopter le principe de Jordan.

Le gouvernement fédéral a déjà adopté ce principe. Nous collaborons étroitement à ce sujet avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord. J'assume d'ailleurs avec ma collègue de ce ministère la coprésidence d'un comité directeur regroupant les directeurs généraux concernés, et nous mettons tout en oeuvre pour faire en sorte qu'aucun enfant ne soit laissé sans service en raison d'une querelle de compétence.

**Mme Jean Crowder:** Je crois qu'un récent cas de méningite dans une réserve du Manitoba a soulevé certaines interrogations quant à la possibilité que des questions de compétence soient en jeu. C'est seulement un exemple d'une situation où de telles préoccupations peuvent exister. Il y a certes eu lieu de s'inquiéter dans une réserve du nord de l'île de Vancouver, où quelque 40 à 60 enfants ont été pris en charge en raison de leurs conditions de logement. Les gouvernements fédéral et provincial ne s'entendent pas sur leurs responsabilités respectives à cet égard.

Les cas d'enfants à risque se multiplient au Canada en raison de l'incapacité des gouvernements à déterminer qui est responsable de quoi.

Vous avez parlé d'un comité directeur. Je me demande toutefois dans quelle mesure on pourra agir assez rapidement pour que les besoins des enfants soient traités en priorité.

**Mme Kathy Langlois:** Je pense que nous portons actuellement notre attention sur les enfants polyhandicapés qui doivent composer avec plusieurs fournisseurs de service.

**Mme Jean Crowder:** Vous savez bien sûr que le principe visait des objectifs beaucoup plus généraux que...

**Mme Kathy Langlois:** Oui. Nous croyons qu'il faut faire les choses une étape à la fois et nous voulons roder notre mécanisme de règlement des différends avec des cas plutôt simples comme celui d'un enfant polyhandicapé devant avoir recours à différents fournisseurs de service qui ne doit pas être laissé à lui-même en raison d'une querelle de compétence. Nous avons enclenché le processus au Manitoba. Nous avons convenu de procéder au moyen de tables rondes. Nous travaillons avec les enfants de la Nation des Cris de Norway House.

Une fois que notre mécanisme de règlement des différends sera au point, nous souhaitons examiner les questions plus générales touchant les enfants handicapés. Nous avons par exemple conclu une entente tripartite avec le gouvernement de la Colombie-Britannique et le Conseil des leaders des premières nations de cette province. Cette entente sera déterminante dans l'examen des questions de plus grande portée, comme les problèmes de logement et les possibilités de prise en charge des enfants.

**Mme Jean Crowder:** D'après ce que j'ai pu comprendre, il n'y a pas eu de consultation avec les premières nations avant que l'approche de la table ronde ne soit adoptée au Manitoba.

**Mme Kathy Langlois:** Eh bien, nous avons discuté avec quatre représentants de la communauté des premières nations, et il a même été question de l'approche adoptée avec un membre du conseil de bande. Nous avons examiné tous les cas et ils étaient présents à la table.

**Mme Jean Crowder:** Les accueillir à la table et discuter avec eux, c'est bien différent de les consulter pour qu'ils puissent vraiment contribuer à la prise de décisions et aux résultats obtenus.

**Mme Kathy Langlois:** C'est le processus en cours actuellement. Nous collaborons avec eux. Aucune décision n'a encore été prise concernant ces enfants. Nous continuons de financer les services tant

qu'un processus n'aura pas été établi pour en arriver à des décisions, avec la participation de la communauté.

**Mme Jean Crowder:** Je suis désolée, mais je parlais de manière générale du recours à l'approche de la table ronde. Je ne m'intéressais pas uniquement au cas de la Nation des Cris de Norway House. Je sais que les gens des premières nations ne sont pas très satisfaits et qu'ils ont l'impression de ne pas avoir été consultés suffisamment à ce sujet.

**Mme Kathy Langlois:** Je n'ai jamais entendu parler d'une telle chose. La table ronde est l'une des méthodes utilisées pour déterminer les besoins. On pourrait parler d'un processus d'évaluation des besoins mais, peu importe, il est préférable de réunir ainsi tous les professionnels de la santé qui connaissent bien les besoins des enfants. Je n'ai jamais entendu dire que les premières nations n'étaient pas satisfaites de l'approche de la table ronde.

**Mme Jean Crowder:** Si j'obtiens des informations additionnelles à ce sujet, devrais-je vous les faire parvenir directement?

**Mme Kathy Langlois:** Si vous voulez bien, je vous prierais de le faire.

**Mme Jean Crowder:** Dans une perspective plus générale, nous savons qu'une population très jeune est en pleine émergence. D'ailleurs, Mark nous en a déjà parlé. Nous savons aussi que ces résultats en matière de santé ne sont pas nouveaux. Les rapports qui vont dans le même sens ne font que se succéder.

Il va de soi que les déterminants sociaux de la santé sont cruciaux. Je sais que certains écarts se rétrécissent, mais au rythme où la situation s'améliore, les membres d'une autre génération souffriront des mêmes problèmes de santé qui ont touché leurs aînés. Qu'est-ce qui nous empêche de rectifier le tir plus rapidement?

• (0915)

**Le président:** Je vous prie de donner une très brève réponse, après quoi nous passerons au prochain intervenant.

**Mme Michelle Kovacevic:** Je pense que c'est en grande partie une question de partage des rôles et des responsabilités entre les gouvernements, ce qui ne vous surprendra guère.

Parmi les initiatives importantes menées actuellement par Santé Canada, il y a le Fonds de transition pour la santé des Autochtones qui prévoit 200 millions de dollars sur une période de cinq ans pour le financement de projets. Les provinces, les territoires, les premières nations, les Inuits et les Métis peuvent tirer parti de ce fonds pour mettre en oeuvre des services intégrés ou adaptés. Ainsi, les différentes parties et les différents gouvernements en cause doivent s'asseoir à la même table. Je pense qu'en lançant davantage d'initiatives de la sorte, qui transcendent les frontières entre les rôles et les responsabilités de chacun pour assurer une plus grande efficacité, nous progressons grandement dans la résolution d'une partie de ces problèmes.

**Le président:** Merci, madame Kovacevic et madame Crowder.

Monsieur Duncan, vous avez cinq minutes. Vous êtes le dernier intervenant.

**M. John Duncan (Île de Vancouver-Nord, PCC):** Bonjour.

M. Bélanger a abordé la grande question des dépenses du ministère et de la façon dont elles sont réparties. J'en reviens à une diapositive où l'on pouvait voir que le Programme des services de santé non assurés est en fait un complément aux régimes provinciaux, territoriaux et privés d'assurance. Si on essaie d'établir une comparaison semblable par province ou par territoire, ou selon que l'on se trouve dans une réserve ou à l'extérieur, je crois que la situation sera très différente. Je ne pense pas que vous arriverez facilement à voir clair dans tout cela. C'est simplement une observation que je souhaitais formuler aux fins du compte rendu, plutôt qu'une question, mais libre à vous de la commenter.

Nous allons rencontrer nos homologues australiens tout à l'heure. À la lecture de leur document *Closing the Gap*, qui a été produit cette année, on peut constater que leurs statistiques sont semblables aux nôtres sous bien des aspects. Les Australiens ont notamment essayé d'établir certaines cibles mesurables. Je me demandais si nous songions à emprunter la même voie en fixant des objectifs repères pour des éléments comme l'espérance de vie, le niveau de scolarité et le niveau d'emploi. C'est ma première question.

Dans votre dernière diapositive, il est question de lettres d'intention avec le Mexique et l'Australie. J'aimerais comprendre un peu mieux. Peut-être pourriez-vous nous expliquer brièvement de quoi il s'agit.

Enfin, vous avez aussi mentionné un protocole d'entente avec les États-Unis. Est-ce qu'il porte expressément sur les mouvements transfrontaliers, ou s'agit-il de quelque chose de différent?

Voilà donc mes questions. Merci beaucoup.

**Mme Kathy Langlois:** Pour ce qui est de l'établissement d'objectifs mesurables, nous l'avons déjà fait en collaboration avec les premières nations, les Inuits et les Métis. Il y a un certain nombre d'années, nous avons en effet fixé des cibles en matière de prévention du suicide, de diabète et d'autres aspects touchant les enfants. Nous avons alors voulu nous assurer que ces objectifs soient vraiment optimaux, comme la réduction du taux de prévalence du diabète de 50 p. 100 dans un délai de cinq à dix ans. Il s'agissait d'objectifs très ambitieux. L'essentiel c'est que nous travaillions en partenariat avec les premières nations, les Inuits et les Métis pour fixer des cibles dans ces dossiers. Nous avons donc une certaine expérience à ce chapitre, mais ce n'est pas un exercice auquel nous nous livrons unilatéralement à l'interne à Santé Canada.

Par ailleurs, nous avons effectivement des lettres d'intention avec l'Australie et le Mexique. Je connais tout particulièrement ce dernier dossier, car j'y ai travaillé avec les Mexicains. Nous essayons de mettre l'accent sur les questions d'intérêt pour les deux pays. Ainsi, le

Canada s'intéresse en priorité à la santé des communautés, alors que le Mexique se concentre sur les questions liées à l'administration de la santé et au contrôle des services par les Autochtones. Nous échangeons donc des renseignements avec les Mexicains en essayant d'établir les meilleures relations possible avec eux. Ils s'intéressent beaucoup à nos travaux en matière de santé maternelle et infantile et de recours aux sages-femmes, et nous avons pu échanger de l'information à ce sujet.

Nous attendons la visite d'une délégation mexicaine en Colombie-Britannique au mois de mai. Ils pourront ainsi mieux comprendre le fonctionnement de nos systèmes, mais ce sera également l'occasion d'aborder différents sujets. Nous examinerons ensuite les perspectives futures avec le Mexique et la pertinence de prolonger les échanges, notamment au niveau du personnel, dans un sens comme dans l'autre. Il y a donc différents éléments à envisager dans ce contexte.

Pour ce qui est de l'Australie, une lettre d'intention a été signée en 2007 avec le gouvernement précédent. Avec l'arrivée au pouvoir du nouveau gouvernement, on nous a indiqué que l'intérêt demeure, mais que l'on souhaite pour le moment porter son attention sur les questions de gouvernance intérieure. Il va de soi que l'initiative visant à combler l'écart demeure importante pour les Australiens, comme vous l'avez mentionné et comme, j'en suis persuadée, ils sauront vous le rappeler tout à l'heure.

Ce sont les principales choses. Quant aux États-Unis, le protocole d'entente conclu avec l'Indian Health Service va beaucoup plus loin que les seules questions liées aux mouvements transfrontaliers. En fait, nous avons ciblé en priorité l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale et la prévention du suicide, en plus de multiplier les efforts pour la mise en commun des travaux de recherche.

Ma collègue voudra peut-être ajouter quelque chose à ce sujet.

• (0920)

**Le président:** Il ne nous reste pour ainsi dire plus de temps, à moins que vous ayez seulement un bref commentaire.

**Mme Michelle Kovacevic:** Pas pour l'instant.

**Le président:** D'accord, très bien.

Merci beaucoup. Je vous suis reconnaissant pour votre patience et votre compréhension quant à nos restrictions de temps et au fait que nous avons dû commencer plus tôt qu'à la normale ce matin. Nous vous en remercions.

La séance est levée.







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

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

**Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :**

**Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:**

**<http://www.parl.gc.ca>**

---

**Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.**

**The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.**