



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

# Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

---

INAN • NUMÉRO 020 • 1<sup>re</sup> SESSION • 42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 14 juin 2016**

—  
**Président**

**M. Andy Fillmore**



## Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

Le mardi 14 juin 2016

• (1535)

[Traduction]

**Le président (M. Andy Fillmore (Halifax, Lib.)):** Bonjour à tous. Je déclare la séance ouverte. Je vous remercie d'être des nôtres aujourd'hui.

Chers collègues, je propose que nous passions la première heure avec notre témoin, la Dre Cornelia Wieman, une psychiatre consultante, qui se joindra à nous par vidéoconférence depuis Toronto. Nous enchaînerons ensuite avec notre deuxième sujet, les consultations électroniques. Je vais réserver 15 minutes à la fin, entre 17 h 15 et 17 h 30, pour discuter des travaux du Comité, si cela vous convient.

Tout d'abord, j'aimerais souligner que nous sommes réunis sur des terres algonquines non cédées. Cela dit, je tiens à remercier le peuple algonquin de nous permettre d'être ici aujourd'hui. Sur une note plus personnelle, sachez que c'est ici que le Comité a tenu sa première réunion, alors c'est bon de revenir à nos humbles débuts.

Sans plus tarder, docteure Wieman, je vous souhaite la bienvenue et je vous remercie de témoigner aujourd'hui. Je suis ravi de pouvoir vous accorder 10 minutes. Nous allons voir comment fonctionne la vidéoconférence.

Docteure Wieman, merci beaucoup. La parole est à vous.

**Dre Cornelia Wieman (psychiatre consultante, à titre personnel):** Bonjour à tous.

Je remercie les membres du Comité de me donner l'occasion de vous faire part de mon expérience.

J'aimerais me présenter brièvement. Vous avez déjà entendu mon nom. Je suis Cornelia Wieman. Je fais partie de la Première nation de Little Grand Rapids du Manitoba. J'ai survécu à la rafle des années soixante. En 1998, j'ai terminé ma formation en psychiatrie. Je suis d'ailleurs la première Autochtone à avoir suivi une telle formation au Canada.

Aujourd'hui, j'aimerais vous parler de mon expérience et des domaines de la santé mentale et de la santé en général dans lesquels j'ai travaillé au cours des 20 dernières années.

J'ai travaillé pendant huit ans comme psychiatre dans une clinique de santé mentale communautaire sur le territoire des Six nations de la rivière Grand. J'ai ensuite déménagé à Toronto et j'ai travaillé pendant sept ans en recherche à l'Université de Toronto. J'ai codirigé le Programme de développement de la recherche en santé autochtone, à l'Université de Toronto, et le Réseau national de recherche en santé mentale chez les Autochtones, à l'Université McGill.

De 2001 à 2002, j'ai été membre du Comité consultatif sur la prévention du suicide. C'est l'une des principales choses dont je veux vous parler cet après-midi. Il s'agit d'un groupe de personnes qui représentent le Canada à l'échelle nationale. Nous avons examiné en profondeur la question du suicide chez les jeunes autochtones et

nous avons publié un rapport intitulé: *Savoir et AGIR: la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations.*

Si vous n'avez pas vu ce rapport, je pourrais envoyer le lien à la greffière. Il s'agissait d'un projet conjoint mené par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada et l'Assemblée des Premières Nations.

Depuis lors, je suis retournée à la pratique clinique. Cette fois-ci, j'ai côtoyé les populations autochtones urbaines, principalement à Toronto, en leur offrant des services de santé mentale par l'intermédiaire du YWCA Elm Centre, qui est un modèle axé sur la priorité au logement. Cela signifie qu'on va accueillir des femmes sans-abri ou en situation de logement précaire, 50 femmes autochtones qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie et 100 autres femmes qui ne sont pas autochtones. Je faisais partie d'une équipe de soutien en santé mentale qui aidait ces femmes à améliorer leur santé mentale et à conserver un logement dans cet immeuble.

Je travaille au Centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto depuis mars 2013. Dans le cadre des programmes offerts au CTSM, on trouve un programme de services aux Autochtones. Nous venons en aide aux gens qui souffrent de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Nous offrons un programme de traitement en établissement, un programme externe de désintoxication et des soins psychiatriques en consultation externe.

En janvier dernier, j'ai accepté un poste à l'Université McMaster, où je travaille une journée par semaine comme conseillère pédagogique auprès des étudiants autochtones en sciences de la santé. On vise avant tout à accroître le nombre d'étudiants autochtones qui sont admis à l'université et qui obtiennent un diplôme dans le domaine de la santé, conformément aux recommandations de la Commission de vérité et de réconciliation du Canada que j'ai également incluses dans mon document.

Je sais que je dois être brève. Je vais surtout m'attarder aux recommandations du Comité consultatif sur la prévention du suicide, qui sont divisées en quatre grands thèmes.

La première partie s'intitulait « Adopter une stratégie de prévention fondée sur les faits ». On recommandait un appui soutenu aux initiatives de recherche partout au pays, à la fois au sein des collectivités autochtones et en partenariat avec des collectivités autochtones et des établissements d'enseignement, tels que des universités, afin d'en apprendre davantage sur le suicide chez les Autochtones et de trouver des solutions en conséquence.

Je sais que vous avez déjà recueilli le témoignage de M. Alain Beaudet, président des Instituts de recherche en santé du Canada, et de M. Malcolm King, directeur scientifique à l'Institut de la santé des Autochtones. Je ne vais pas trop entrer dans les détails, mais lorsqu'on parle d'une stratégie fondée sur les faits, on ne parle pas seulement d'un cadre de recherche occidental. Cela peut inclure des initiatives communautaires et des approches décolonisées afin de comprendre le suicide. On a souvent du mal à obtenir des fonds pour mener les recherches sur le suicide que les collectivités veulent effectuer, car, pour une raison ou une autre, cela ne correspond pas à la norme occidentale.

● (1540)

La deuxième partie s'intitulait « Vers des services de santé holistiques intégrés et efficaces aux paliers national et régional ». Je suppose que c'est le secteur dans lequel j'ai le plus d'expérience. Nous devons nous renseigner sur les modèles et les pratiques exemplaires afin d'offrir aux collectivités autochtones des soins de santé exemplaires. J'ai eu la chance de travailler dans le territoire des Six Nations de la rivière Grand qui, vous le savez peut-être, est la plus importante collectivité autochtone au Canada. Lorsque j'y étais, elle comptait entre 11 000 et 12 000 membres dans les réserves et presque autant hors réserve.

Je ne peux pas parler au nom de la collectivité des Six Nations, mais je sais que notre but était toujours d'essayer d'offrir des services équivalents ou supérieurs à ce qu'on pouvait trouver dans une clinique de santé mentale, dans n'importe quelle région urbaine ou rurale du pays. Je pense que nous avons atteint notre objectif.

On dispose maintenant de beaucoup plus de données sur les résultats et ce genre de choses. Je ne peux pas trop en dire là-dessus, car je ne travaille plus là-bas, et leurs données leur appartiennent. De façon générale, je sais que les gens se portaient bien mieux lorsqu'ils bénéficiaient de nos services et qu'ils étaient suivis. Les taux d'hospitalisation et de suicide étaient inférieurs à ce que l'on constatait ailleurs au sein des Premières Nations, lorsqu'on sait que le taux de suicide est généralement de deux à quatre ou cinq fois supérieur à la moyenne nationale.

Le plus difficile, c'est d'assurer un financement durable pour les services de santé mentale et les centres de guérison dans les réserves, les régions rurales et les centres urbains. Certaines recommandations de la Commission de vérité et de réconciliation vont dans ce sens.

Par exemple, lorsqu'on prend le budget pour les services de santé non assurés pour l'année 2013-2014, les dépenses totales s'élevaient à un peu plus de 1 milliard de dollars. L'assurance-médicaments représente 40,5 % de ce budget. Les médicaments coûtent cher, de même que le transport pour conduire les gens à leurs rendez-vous médicaux. Les « autres soins de santé » représentent seulement 1,4 % de ce budget, soit environ 14,2 millions de dollars. Les autres soins de santé comprennent essentiellement les services de counseling et d'intervention d'urgence en santé mentale.

J'ai vu sur le calendrier des réunions que vous aviez déjà entendues des représentants de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. Si je ne me trompe pas, M. Keith Conn a comparu dans le cadre de votre étude.

Évidemment, il y a un problème qui se pose depuis longtemps, et c'est celui de l'insuffisance des fonds consacrés aux professionnels de la santé mentale qui ont reçu une formation occidentale et aux guérisseurs traditionnels, dont les services ne sont habituellement pas remboursés au même titre que les services des médecins, des travailleurs sociaux et des psychologues. Cette situation pose également problème, parce que les guérisseurs traditionnels

consacrent beaucoup de temps au sein de leur collectivité et, très souvent, leur travail est bénévole.

Dans ses recommandations, la Commission de vérité et de réconciliation a également insisté sur l'importance des méthodes de guérison traditionnelles des Autochtones. Étant moi-même autochtone, je pense que j'ai tendance à inclure les pratiques de guérison traditionnelles dans le soin de mes patients, mais ce n'est peut-être pas le cas d'autres psychiatres.

Cela m'amène à vous parler brièvement de la question des ressources humaines en santé au pays. J'ai vérifié les données de l'Association des psychiatres du Canada. On compte 4 770 psychiatres à l'échelle du pays. Je connais trois autres psychiatres autochtones. Nous sommes donc quatre qui pratiquons au pays depuis quelque temps. Je connais deux résidents en psychiatrie qui sont sur le point de terminer leur formation, ce qui nous amène à un total de six. Lorsqu'on divise six par 4 770, cela représente 0,01 %.

● (1545)

En réalité, la quasi-totalité des soins psychiatriques offerts aux Autochtones au pays sont fournis par des psychiatres non autochtones et d'autres professionnels de la santé. Alors que nous formons des médecins de famille autochtones, je me demande pour quelle raison la psychiatrie ne semble pas être une spécialité qui intéresse les étudiants en médecine autochtones.

Dans le cadre de mon travail à l'Université McMaster, où j'essaie de recruter des étudiants autochtones dans le programme de médecine, par exemple, nous aimerions réellement poursuivre dans cette voie. Encore une fois, il s'agit d'une autre recommandation importante de la Commission de vérité et de réconciliation. Comme la plupart des soins sont fournis par des professionnels de la santé non autochtones, il est essentiel que ces professionnels reçoivent une formation sur la sécurité culturelle afin de pouvoir fournir des soins adaptés à la culture.

Je vais m'arrêter ici, en espérant que nous aurons une très bonne discussion.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup, docteur Wieman. Nous vous sommes très reconnaissants.

Nous allons maintenant passer à une série de questions de sept minutes. Nous utiliserons les mêmes cartes.

C'est M. Michael McLeod qui ouvre le bal.

**M. Michael McLeod (Territoires du Nord-Ouest, Lib.):** Merci pour votre exposé. Vous avez fait des observations très intéressantes. Il m'a semblé que vous en aviez plus long à dire, mais malheureusement, le temps manque.

J'aimerais en savoir davantage sur les guérisseurs traditionnels. Au sein de nombreuses collectivités, on craint que... Dans la plupart des régions du Nord, par exemple dans les Territoires du Nord-Ouest, d'où je viens, on n'a pas du tout accès à des soins professionnels. Et dans les rares cas où nous en avons, ils ne sont évidemment pas offerts par des Autochtones. Bon nombre de nos collectivités ont travaillé fort pour mobiliser les aînés afin qu'ils aident les jeunes ou les gens en situation de crise. C'est très difficile. Tout d'abord, ils ne sont pas rémunérés adéquatement ou encore pas du tout. Lorsqu'ils sont payés, l'impôt le reprend. Ils hésitent à accepter de l'argent, mais en même temps, il n'est pas juste que ces personnes fassent tout le travail bénévolement.

Dernièrement, beaucoup d'organisations et de personnes nous ont parlé des pratiques qui se sont révélées efficaces. J'aimerais que vous nous en disiez davantage sur le rôle que pourrait jouer la culture autochtone dans le développement d'identités positives. J'ai souvent demandé ce que les agents de prestation de services, tels que les centres d'amitié et le programme d'aide préscolaire aux Autochtones, pourraient faire pour s'attaquer à ces problèmes sociaux.

• (1550)

**Dre Cornelia Wieman:** Merci.

Pour en revenir au rapport du Comité consultatif sur la prévention du suicide, le quatrième thème dont je n'ai pas parlé est l'établissement de stratégies visant à améliorer la force morale, renforcer l'identité et appuyer la culture des jeunes. J'ai lu quelques articles là-dessus dans les journaux au cours des dernières semaines. Dans les provinces de l'Ouest, plusieurs études ont révélé que l'intégration des approches traditionnelles et des activités culturelles dans la vie quotidienne d'une collectivité contribuait grandement à la santé mentale de ses membres. Certains d'entre vous connaissent peut-être le travail de recherche qu'ont présenté Michael Chandler et Christopher Lalonde en Colombie-Britannique. Selon leur étude, le taux de suicide est plus faible dans les collectivités dotées d'au moins un établissement consacré aux pratiques culturelles et traditionnelles.

En tant que professionnelle de la santé, j'ai toujours proposé les deux approches à mes patients. Je les traite comme une psychiatre, étant donné que j'ai été formée dans ce domaine, mais en tant qu'Autochtone, je serais disposée à partager les soins avec un guérisseur traditionnel. Je suis consciente qu'il y a certaines difficultés liées à la guérison traditionnelle: comment amener les gens à participer, comment faire appel aux aînés et les rémunérer. Cela demeure toujours un problème, et il faut le régler au sein de chaque collectivité. Lorsque je travaillais à Six Nations, il y avait une controverse au sujet de qui pouvait se considérer comme un guérisseur traditionnel. Nous nous sommes fiés aux personnes respectées de la collectivité pour nous indiquer qui étaient ces personnes afin que nous puissions établir une relation de travail avec elles.

Naturellement, certains guérisseurs traditionnels étaient très réticents à travailler avec une psychiatre ayant reçu une formation occidentale. Par conséquent, il faut du temps pour établir ces bonnes relations de travail. Le modèle médical occidental veut faire les choses rapidement et veut qu'une personne évalue le patient, pose un diagnostic, élabore un plan de traitement, etc. Il a fallu que je réapprenne beaucoup de choses après mes études en médecine. Lorsque j'ai commencé à travailler dans une réserve, j'ai dû m'adapter au rythme de la collectivité. J'ai beaucoup gagné à établir ce type de relation.

Même si cela demande un effort et un engagement de part et d'autre, s'il y a un respect mutuel, on ne peut faire autrement que

d'offrir une qualité optimale de soins aux peuples autochtones établis dans les diverses collectivités, pas seulement dans les réserves, mais au centre-ville de Toronto également. Le CTSM est progressiste en ce sens que nous avons deux aînés, deux guérisseurs traditionnels, qui participent au programme de services aux Autochtones. Une personne peut donc consulter un psychiatre ayant reçu une formation occidentale, un travailleur social ou une infirmière, mais aussi un guérisseur traditionnel pour des cérémonies et des services de consultation. Je n'ai pas visité le site dernièrement, mais je pense qu'ils sont en train d'installer une suerie au Centre de toxicomanie et de santé mentale, ce qui serait formidable pour les personnes qui suivent un traitement en établissement.

Je ne sais pas si cela répond à votre question. Je pense qu'il faut comprendre que les Autochtones demandent ces services dans le cadre de leurs soins de santé mentale. Il appartient aux fournisseurs de services d'être ouverts à ces options. Cela représente un défi de taille. Je sais qu'en Ontario — je peux seulement parler de la situation dans cette province —, sans entrer dans les détails, les médecins ne sont pas d'accord avec le ministre provincial de la Santé, et on parle beaucoup de...

• (1555)

**M. Michael McLeod:** Puis-je vous interrompre? J'espérais que vous me parleriez des installations dans les collectivités. Vous avez indiqué que cela faisait partie de vos recommandations, et je suis entièrement d'accord avec cette recommandation. Au sein des collectivités du Nord — et je peux seulement me prononcer sur les collectivités de cette région et des collectivités isolées — souvent, il n'y a pas de restaurants ni de cafés ou d'endroits où les jeunes peuvent se rassembler. Ils n'ont pas de centres d'amitié ni de centres d'accueil. Nous avons besoin d'un mécanisme ou d'une organisation qui peut offrir des programmes aux jeunes. Je suis tout à fait d'accord avec vous à cet égard.

J'ai aussi entendu des guérisseurs traditionnels, des gens au sein des collectivités, et des aînés dire que même s'ils aiment travailler avec les jeunes, ils n'aiment pas fréquenter des gens d'autres... Par exemple, dans une collectivité, les gens ne voulaient pas participer lorsqu'il y avait des danseurs de hip-hop et tous ces autres types d'influence.

**Le président:** Mike, le temps est écoulé.

**M. Michael McLeod:** Je suis désolé; merci.

**Le président:** La prochaine intervenante est Mme Cathy McLeod.

**Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC):** Vous avez indiqué que l'approfondissement des connaissances compte quatre volets. Le premier est une approche fondée sur des données probantes; le deuxième est l'intégration efficace des soins. Le quatrième est le renforcement de l'identité culturelle.

Les troisième et quatrième points portaient-ils tous les deux sur les ressources et la répartition des ressources, ou le troisième point a-t-il été omis?

**Dre Cornelia Wieman:** J'ai omis le troisième. Le premier point portait sur la recherche et le deuxième était les services en santé mentale. J'ai dû omettre le troisième, faute de temps. Il s'agit de l'appui des mesures mises en oeuvre dans les collectivités.

Cela peut également comprendre l'intégration de la guérison traditionnelle, mais nous parlons également d'autres types d'activités, comme les activités sur la terre destinées aux jeunes, le jumelage entre les jeunes et les aînés, les cuisines communautaires, les installations sportives, etc.

Je sais que le Comité a rencontré M. Jack Hicks, qui travaillait autrefois au Nunavut et qui est maintenant à l'Université de la Saskatchewan. J'ai récemment entendu parler d'une petite étude empirique menée au Nunavut dans une collectivité présentant un taux de suicide très élevé. Il ne s'agissait pas nécessairement de faire appel à des équipes de gestion de crise ou à des psychiatres. La communauté a simplement aménagé une patinoire; le taux de suicide dans cette collectivité a chuté.

Il n'est pas toujours nécessaire d'avoir une solution complexe, à mon avis, ou d'intervenir selon les méthodes occidentales et scientifiques, comme on pourrait dire. Parfois, cela se résume à répondre à une demande de la collectivité et de lui fournir l'appui nécessaire à cet égard. Cela peut entraîner une diminution de la détresse et du taux de suicide. C'est très encourageant.

**Mme Cathy McLeod:** Vos deux derniers points correspondent à un modèle de prévention primaire et à un modèle de santé publique, tandis que les autres sont davantage des modèles de soins.

**Dre Cornelia Wieman:** En effet.

**Mme Cathy McLeod:** J'ai ressenti une très grande frustration, mais en ce qui concerne la question des compétences, pourriez-vous nous donner des précisions sur votre recommandation à l'égard des soins intégrés? Je pose la question, car je considère qu'il s'agit d'un enjeu important où l'on observe parfois des chevauchements. C'est lié au principe de Jordan, en partie, mais c'est aussi lié aux activités de la province, de Santé Canada et des autorités de la santé.

Qu'avez-vous fait à cet égard?

**Dre Cornelia Wieman:** Le problème n'est toujours pas résolu. Lorsque je travaillais dans une réserve, en Ontario, j'étais rémunérée par le ministère de la Santé de la province, mais le programme était financé par le fédéral, parce qu'il s'agissait d'un programme de santé mentale dans une réserve. De plus, les médicaments donnés aux patients étaient payés par l'intermédiaire du Programme des services de santé non assurés, un programme national d'assurance-médicaments destiné aux Premières Nations et aux Inuits de partout au pays.

Le financement des divers volets de services offerts aux gens semblait toujours provenir de silos distincts; il était très complexe d'offrir des services dans un tel contexte. Il ne convient probablement pas, aujourd'hui, de traiter en détail de certains problèmes pratiques liés au Programme des services de santé non assurés, mais disons simplement qu'il y en a.

Il devient très difficile pour un praticien de faire de la sensibilisation auprès des patients lorsqu'il faut tenir compte des diverses façons de faire les choses, étant donné que certaines choses sont de compétence provinciale et d'autres, de compétence fédérale.

Cela ne pose pas trop problème en milieu urbain, sauf que les médicaments de certaines personnes peuvent toujours être couverts par le Programme des services de santé non assurés.

• (1600)

**Mme Cathy McLeod:** L'approche pharmaceutique ne fonctionne pas bien. Pouvez-vous nous donner une idée de la situation sur le terrain concernant les dépressions graves? Où en sont les dernières recherches?

**Dre Cornelia Wieman:** Je suis profondément convaincue, pour avoir pratiqué la psychiatrie pendant 18 ans, que les médicaments ont un rôle à jouer pour tous les Canadiens atteints de problèmes de santé mentale, si nécessaire, et cela inclut les Autochtones. Je ne pense pas que les Autochtones atteints de dépression grave et ayant besoin de médicaments devraient souffrir parce qu'ils n'ont pas accès à des médicaments dans certaines circonstances, par exemple. Je

crois toutefois qu'ils devraient avoir accès à d'autres formes d'aide, outre les médicaments.

Dans bien des cas, les médicaments sont nécessaires, mais un des problèmes, à mon avis, était lié aux divers niveaux du Programme des services de santé non assurés. Je devais souvent avoir recours à des versions plus anciennes des médicaments qui, selon les lignes directrices sur la pratique clinique, étaient désuètes. Il est arrivé que le traitement à l'aide d'anciens médicaments soit un échec. On recevait ensuite du financement pour les médicaments plus récents offerts sur le marché. Je suppose que c'est une caractéristique des régimes d'assurance-médicaments offerts aux bénéficiaires de l'aide sociale, aux prestataires des programmes provinciaux en matière d'invalidité et aux personnes qui reçoivent de l'aide de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. Lorsque je travaillais auprès des gens...

**Le président:** Il vous reste une minute.

**Dre Cornelia Wieman:** ... cela me dérangeait d'avoir l'impression qu'ils n'avaient pas accès au même niveau de soins, à des soins à jour comme ceux auxquels mes patients du centre-ville de Toronto avaient accès.

**Mme Cathy McLeod:** Il me reste assez de temps pour poser une dernière question. Vous avez parlé des approches décolonisées. Pouvez-vous les décrire plus en détail?

**Dre Cornelia Wieman:** D'après ce que je comprends, une approche décolonisée est simplement une approche qui n'est pas fondée sur le modèle de la santé selon la médecine occidentale. À mon avis, si une personne décidait, dans une collectivité donnée, d'étudier les témoignages relatifs à la guérison de problèmes de santé mentale ou au rétablissement à la suite d'un traumatisme, ce serait une étude importante et une recherche précieuse pour cette collectivité. Malheureusement, on finance rarement de telles études, en particulier dans le cadre de programmes de financement axés sur le modèle de la médecine occidentale. Il devient alors difficile de cerner les responsables, le public cible, l'objet et la valeur de la recherche.

**Le président:** Le temps est écoulé.

Pour les prochaines questions, nous passons à M. Charlie Angus.

**M. Charlie Angus (Timmins—Baie James, NPD):** Merci de cet excellent exposé, docteure Wieman.

J'aimerais d'abord parler du Programme des services de santé non assurés. Vous avez indiqué qu'on s'attendait à ce que vous donniez des médicaments désuets aux gens, et que le traitement devait être un échec avant qu'on approuve les médicaments plus récents. Cela me semble être une ingérence très troublante dans la relation entre le médecin et son patient. Nous avons entendu parler de l'ingérence de la Direction générale des services de santé non assurés relativement à d'autres pratiques médicales.

Quelles seraient vos recommandations pour mettre fin à ce genre de choses? Cela me semble discriminatoire.

**Dre Cornelia Wieman:** J'ai eu cette impression. J'ai siégé au Comité consultatif sur l'évaluation de l'utilisation des médicaments dans le cadre du Programme des services de santé non assurés de la Direction générale de la santé des premières nations et des Inuits — ce n'est pas facile à dire — pendant un certain nombre d'années. À mon avis, le principal facteur limitatif du programme d'assurance-médicaments est le financement. C'est une question de rentabilité, mais je pense que lorsqu'on parle d'offrir un traitement à des gens qui souffrent de détresse aiguë parce que le traitement de premiers recours — habituellement un antidépresseur de type inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine — n'a pas donné les bienfaits cliniques escomptés, par exemple... Je me rappelle que lorsque je pratiquais dans les réserves, il fallait faire deux essais avec des médicaments de cette classe avant d'avoir l'autorisation d'utiliser des médicaments d'une autre classe pharmacologique.

Cela me semblait très injuste et non conforme aux normes de soins recommandées, selon les lignes directrices en matière de soins que je devais respecter à titre de professionnelle de la santé agréée en Ontario.

• (1605)

**M. Charlie Angus:** Je vous remercie de la réponse.

Je représente une région signataire du Traité 9, qui est l'épicentre de la crise des suicides. Dimanche soir, une jeune femme de Moose Factory s'est enlevé la vie.

On m'a informé à maintes reprises que les demandes de traitement ont été jugées inutiles, soit parce que les jeunes doivent être évacués d'urgence pour obtenir des soins, soit parce que les services d'évacuation ne sont pas disponibles ou encore parce qu'il n'y a pas de centre de guérison, et que la seule solution est d'informer les services de protection de l'enfance. Par conséquent, les jeunes choisissent le suicide, car cela signifie qu'ils seraient enlevés à leurs familles et placés en foyer d'accueil, ce qui est un désastre social lorsqu'on tente d'atténuer la crise des suicides.

Selon votre expérience, est-ce la situation qui prévaut actuellement dans les régions éloignées?

**Dre Cornelia Wieman:** Oui, je suis d'accord avec vous sur ce point. Un des principaux problèmes, à mon avis, c'est ce que j'ai constaté à Sioux Lookout. J'y suis allée deux ou trois fois, et j'ai constaté qu'on transportait des adolescents de la zone de Sioux Lookout par avion pour me rencontrer dans une clinique. Certains d'entre eux n'avaient jamais rencontré un psychiatre auparavant, tandis que d'autres n'avaient pas été réévalués depuis deux ou quatre ans. Ils sont extrêmement mal desservis comparativement aux patients que je rencontre aux semaines ou au mois au CTSM. Il y a des gens qui ont commencé à prendre des médicaments il y a de cela des années et dont la posologie n'a jamais été ajustée, ou même modifiée, lorsque le traitement n'est pas efficace. C'est extrêmement frustrant.

J'ai parlé du manque de ressources en santé mentale; je souligne qu'il y a au pays des psychiatres prêts à offrir des services à ces collectivités. Il convient de les féliciter, mais il nous en faut beaucoup plus. Nous devons aussi tirer parti de la technologie, comme la télépsychiatrie. J'ai offert des services de télépsychiatrie au Centre de toxicomanie et de santé mentale. Pour un psychiatre, il est très exigeant de se déplacer régulièrement dans les collectivités éloignées, mais certains le font.

Je pense que les programmes de psychiatrie — et cela pourrait être une autre initiative nationale — doivent comporter un volet distinct, semblable à une spécialisation en psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, en gérontopsychiatrie ou en psychiatrie dans les régions

éloignées ou rurales. Il pourrait même y avoir, si possible, un volet autochtone dans le cadre duquel on offrirait une formation pour ceux qui seraient appelés à travailler dans ces collectivités et à s'y déplacer. Je reconnais que c'est difficile, car je l'ai fait. J'ai été psychiatre dans des collectivités accessibles par avion. C'est extrêmement éprouvant, tant pour la personne que pour sa famille. Je me permets toutefois d'insister: le niveau de soins offerts aux gens dans ces collectivités est honteux.

**M. Charlie Angus:** Je vous remercie de la réponse.

Hier, le Comité a accueilli un groupe extraordinaire de deux jeunes gens de la région signataire du Traité 9. Ils ont indiqué que de nombreuses collectivités ne comptent aucun travailleur en santé mentale. Randall Crowe, de Deer Lake, un jeune homme formidable âgé de 26 ans, est l'un des rares travailleurs en santé mentale. Il n'a reçu aucune formation, mais il travaille dans ce domaine depuis l'âge de 19 ans.

J'aimerais me concentrer là-dessus, car lorsqu'on parle de la crise des suicides dans des endroits comme Neskantaga, Fort Hope, Pikangikum et Attawapiskat, on parle toujours de financement. On dit que si on consacre un montant d'argent quelconque ou qu'on embauche un travailleur de plus, cela aidera à enrayer la crise. Je n'ai jamais entendu parler d'une telle approche à l'égard du suicide dans les collectivités non autochtones, qui est perçu comme un problème de santé publique. Tout le monde se mobilise et les ressources sont disponibles.

À votre avis, y a-t-il des pratiques discriminatoires quant à la façon dont les gouvernements interviennent en cas de crise chez les jeunes Autochtones, comparativement à leurs interventions chez les jeunes non- Autochtones?

**Dre Cornelia Wieman:** Je dirais que oui. Dans nos recommandations, nous parlons du renforcement de l'identité culturelle et de la résilience des jeunes, car alors qu'on décrit le suicide chez les jeunes Autochtones comme un phénomène répandu dans l'ensemble du pays — et il y a évidemment des points chauds —, les jeunes commencent à se percevoir seulement comme des jeunes en crise. Ils ne comprennent pas qu'ils peuvent être de bons étudiants, de bons musiciens, etc. Je pense que certaines organisations au pays travaillent en ce sens. La fondation Indspire est un exemple. J'ai siégé au conseil d'administration de la fondation pendant environ six ou sept ans. Elle fait un travail considérable.

J'ai toujours eu l'idée, jamais concrétisée, de faire connaître les bénéficiaires des bourses d'études en santé de façon à présenter aux jeunes des modèles plus positifs pour qu'ils puissent constater que c'est possible. À chacune de mes visites dans des collectivités éloignées, des jeunes venaient me voir et me disaient qu'ils ne savaient pas qu'il était possible de devenir médecin, qu'ils pourraient eux-mêmes devenir médecins. Les jeunes ne peuvent s'imaginer eux-mêmes dans un rôle quelconque s'ils ne savent même pas que c'est une possibilité. C'est un aspect des soins en santé mentale qui n'a rien à voir avec la rédaction d'une ordonnance, mais c'est un facteur contributif extrêmement important pour la santé mentale des gens et pour leur santé en général.

• (1610)

**M. Charlie Angus:** Merci beaucoup.

**Le président:** Je vous remercie tous les deux.

Pour la prochaine question, nous passons à M. Rémi Massé, s'il vous plaît.

[Français]

**M. Rémi Massé (Avignon—La Mitis—Matane—Matapédia, Lib.):** Bonjour, docteur Wieman.

Je suis très heureux que vous puissiez partager votre expertise avec nous aujourd'hui. Vous avez attiré mon attention sur plusieurs points importants, dont un en particulier. Vous avez signalé que la quasi-totalité des spécialistes et intervenants en santé mentale ne provenaient pas des Premières Nations, à part six d'entre eux.

Que pourriez-vous recommander à des intervenants ou à des spécialistes qui doivent intervenir dans les communautés, de façon à ce qu'ils travaillent plus efficacement?

Vous avez dit notamment que, contrairement à ce qui se fait habituellement, il est important de travailler à la vitesse des communautés autochtones. J'aimerais que vous nous indiquiez d'autres pistes qui aideraient les intervenants à travailler dans les communautés affectées.

[Traduction]

**Dre Cornelia Wieman:** Pour commencer, l'un des grands défis, quand on travaille avec les gens dans les communautés, c'est la confiance. Depuis des dizaines et des dizaines d'années perdue un climat de méfiance entre les Autochtones et toutes les autres personnes au Canada, mais particulièrement les professionnels de la santé.

C'est ma spécialité. Les gens peuvent avoir vécu de mauvaises expériences avec des professionnels de la santé, avoir eu l'impression qu'ils n'écoutaient pas leurs besoins, ou alors ils peuvent se trouver tout à l'autre bout du spectre et avoir été très mal traités par des professionnels de la santé. Nous n'avons qu'à citer l'exemple de Brian Sinclair, l'homme qui s'est présenté à l'urgence, au Centre des sciences de la santé de Winnipeg. C'était un Autochtone. Il a attendu 34 heures dans la salle d'attente, où il est mort sans même avoir été vu. La confiance est un grand problème.

Il a fallu beaucoup de temps aux personnes avec qui je travaille dans la réserve. Il m'a fallu des mois à travailler dans la communauté pour que les gens commencent à se sentir à l'aise de venir me voir, même si je suis moi-même autochtone, parce que j'ai été présentée à la communauté comme « la psychiatre qui va travailler dans la communauté » et parce que les gens ont beaucoup de réticences à l'égard de la psychiatrie. Cela leur renvoie aux traumatismes qu'ils peuvent avoir vécus à cause de la rafle des années 1960, des services de protection de l'enfance, des pensionnats autochtones, parce que les psychiatres ont le pouvoir spécial d'hospitaliser des personnes ou de les traiter contre leur volonté, au besoin, dans des cas très extrêmes, comme vous le savez. Étant donné ce fort déséquilibre des pouvoirs, il faut beaucoup de temps et un certain tempérament pour savoir rester là, être patient et laisser le patient apprendre à vous faire confiance. Il faut gagner cette confiance non seulement par nos mots, mais par nos gestes aussi.

Pour ce qui est des professionnels de la santé non autochtones, j'ai vu certains de mes collègues, notamment quand j'étais à l'Université McMaster, où il y avait un psychiatre du nom de Gary Chaimowitz, qui offrait des services psychiatriques aux communautés de la côte ouest de la baie James depuis environ 20 ans. Il s'y rend fréquemment. Il a vraiment à cœur le bien de ces communautés, et les communautés le savent, si bien qu'un lien de confiance s'est établi.

Je ne dis pas qu'il faut 20 ans pour cela, mais les psychiatres qui vont visiter une communauté ne pourront probablement pas bien faire leur travail s'ils s'attendent à voir 30 personnes par jour, à ce

que les patients entrent et sortent de leur bureau toutes les cinq minutes et à ce qu'ils n'aient qu'à leur remettre des prescriptions. Il faut de la patience.

• (1615)

[Français]

**M. Rémi Massé:** Vous parlez d'un délai important pour l'établissement d'un lien de confiance. Comment peut-on accélérer l'établissement de ce lien de confiance? Dans certaines communautés, il y a une situation de crise, et des interventions doivent se faire.

Quelles seraient les pistes de solution pour accélérer l'établissement d'un lien de confiance, afin d'être en mesure d'intervenir plus rapidement?

[Traduction]

**Dre Cornelia Wieman:** Premièrement, je vous dirai que les compétences cliniques ne s'enseignent pas toutes nécessairement. La personnalité des cliniciens est très importante, et ils doivent sembler accessibles et aimables. Cela semble peut-être simpliste, mais c'est très important. Au départ, pour établir un lien rapidement, particulièrement en situation de crise, les patients, les clients ou les membres de la communauté doivent sentir qu'ils seront entendus, que non seulement leur détresse sera entendue, mais également leurs idées de solutions potentielles.

J'ai entendu à maintes reprises des histoires de gens qui se disaient déprimés et qui étaient prêts à peut-être essayer la médication, mais qui voulaient voir un guérisseur traditionnel, sauf que quand ils le mentionnaient au médecin, ce dernier leur répondait qu'ils devaient choisir entre les deux, puis ils les mettaient à la porte. En situation de crise, il est très judicieux de faire preuve d'ouverture à l'égard de ce que les membres de la communauté ou les patients nous disent sur ce qui pourrait les aider, et il faut travailler avec cela.

**Le président:** Une minute, s'il vous plaît.

[Français]

**M. Rémi Massé:** J'ai une dernière question.

Étant donné que le nombre de spécialistes requis pour intervenir dans les communautés peut être très élevé, que pourriez-vous recommander aux communautés situées dans des régions plus éloignées pour les aider à prévenir le suicide?

J'aimerais savoir, par exemple, quelles leçons apprises pourraient aider les collectivités qui ne peuvent pas nécessairement bénéficier rapidement d'un soutien adéquat en matière de santé mentale.

[Traduction]

**Dre Cornelia Wieman:** Je pense que nous en avons eu un excellent exemple dans la foulée de la crise récente des suicides à Attawapiskat, où les jeunes se sont rassemblés pour former un groupe. Ils ont essentiellement créé un groupe de consultation, qui a recommandé des solutions pour aider les jeunes et la communauté. Ils ont notamment proposé qu'il y ait un endroit où ils puissent se réunir, jouer au billard ou peu importe. Le fait est que ce sont les jeunes eux-mêmes qui ont proposé des solutions, et dans bien des cas, c'est un concept que les professionnels de la santé ne connaissent pas bien, parce que nous aimons dire ce qui nous semble le mieux pour le patient et que cela ne correspond pas toujours à ce que le patient lui-même estime le mieux pour lui. Je pense que c'est vraiment l'élément central. Il faut essayer de collaborer afin de trouver des solutions, tant pour les individus que pour les communautés.



**Le président:** Nous allons maintenant entamer une autre série de questions de cinq minutes, et David Yurdiga posera la première, s'il vous plaît.

**M. David Yurdiga (Fort McMurray—Cold Lake, PCC):** Docteur Wieman, je vous remercie de participer à notre étude d'aujourd'hui. C'est une étude très importante, et nous voulons tous que la situation se règle, mais ce n'est pas un sujet facile, parce qu'il y a beaucoup de problèmes et beaucoup de détresse.

Ma première question vise à obtenir une précision sur la médecine traditionnelle. Nous entendons beaucoup parler de la médecine traditionnelle aujourd'hui. Qu'est-ce que cela comprend? Qu'est-ce que cela signifie? Qu'est-ce que la médecine traditionnelle?

• (1620)

**Dre Cornelia Wieman:** Premièrement, je dois dire que je ne suis pas moi-même guérisseuse traditionnelle, mais je suis ouverte à l'idée de travailler avec des guérisseurs. Il y a différents types de guérisseurs. Il y en a qui font des cérémonies, par exemple. Dans ma culture, la culture anishinaabe, il y a des cérémonies de purification par la fumée. Je ne sais pas si vous avez déjà participé à ce genre de cérémonies, mais on fait circuler la conque, et la personne se purifie avec la fumée. Il y a d'autres types de cérémonies comme celle des huttes de sudation, une cérémonie de purification et de désintoxication que je ne présenterai pas en détail. Il y a beaucoup d'autres types de cérémonies que je ne connais même pas beaucoup moi-même.

Il y a ensuite tous les guérisseurs qui utilisent des remèdes traditionnels, probablement surtout de l'herboristerie. Encore une fois, à titre de psychiatre, je dois faire preuve de prudence. Quand je travaille avec des guérisseurs, je ne m'oppose pas à ce que mes patients utilisent la médecine traditionnelle en tant que telle, mais je surveille la personne de très près, parce qu'il y a parfois des gens qui veulent aussi prendre des médicaments d'ordonnance. Le principe fondamental est celui de la sécurité des patients, donc nous voulons bien les suivre pour éviter une interaction entre un remède traditionnel et un médicament sur ordonnance.

La médecine traditionnelle peut englober des remèdes traditionnels, comme je l'ai dit, des cérémonies, ainsi que des thérapies traditionnelles. Il peut s'agir de l'accompagnement d'un ancien, il y a aussi des personnes qu'on appelle des ressources culturelles, des personnes qui connaissent les histoires, etc. C'est très vaste. Il y a des gens qui se spécialisent vraiment dans les remèdes traditionnels seulement, et il y a des guérisseurs qui ne recourent qu'à des cérémonies.

**M. David Yurdiga:** Je serais curieux de savoir si la combinaison de la médecine traditionnelle et de services de santé mentale occidentaux contribue à réduire l'incidence du suicide, d'après vos observations. Y a-t-il une différence par rapport à avant, est-ce que l'utilisation de la médecine traditionnelle ou de la médecine occidentale ou d'une combinaison des deux fait une différence?

**Dre Cornelia Wieman:** Je ne suis pas certaine qu'il y ait eu une étude précisément sur la question, mais je sais, d'après les grands sondages réalisés tous les trois à cinq ans, qu'on appelle l'enquête régionale sur la santé, que la vaste majorité des Autochtones du pays souhaitent que la médecine traditionnelle soit intégrée aux soins de santé qui leur sont offerts, y compris en santé mentale. Nous, les professionnels de la santé, devons répondre à cette demande. Nous devons reconnaître ce besoin et essayer d'y répondre de notre mieux. Je pense que c'est l'autre grand élément. Les professionnels de la santé qui ont reçu une formation dans les institutions universitaires occidentales (comme les infirmières, les sages-femmes, les physio-

thérapeutes, les ergothérapeutes, les médecins et les psychiatres) doivent savoir qu'il est fort possible que cela fasse partie du plan de traitement de la personne et être ouverts à cela. Je ne sais pas vraiment à quel point on en parle dans la formation médicale au pays.

**Le président:** Il vous reste une minute, s'il vous plaît.

**M. David Yurdiga:** Quelles sont les exigences pour être considéré guérisseur traditionnel? Évidemment, on veut que la personne ait des connaissances et compétences. Y a-t-il des critères à suivre pour intégrer un guérisseur traditionnel dans vos programmes?

**Dre Cornelia Wieman:** Encore une fois, comme je ne suis pas guérisseuse moi-même, il ne me revient absolument pas de dire quels sont les critères qui devraient s'appliquer pour être considéré guérisseur. Je sais qu'en règle générale, le savoir se transmet par la famille. La grand-mère ou la mère d'une personne peut être guérisseuse, et c'est elle qui guidera sa descendance vers la médecine traditionnelle.

Quand je travaille dans une réserve, nous nous fions énormément aux anciens les plus respectés de la communauté pour nous dire qui seraient les meilleurs guérisseurs avec qui travailler. Je le mentionne parce que dans certaines communautés, il y a des personnes qui se prétendent guérisseurs ou guérisseuses traditionnels, mais qui n'ont pas nécessairement le respect et l'appui de leur communauté.

**Le président:** Nous n'avons plus de temps.

Pour la prochaine question, je donne la parole à Gary Anandasangaree, s'il vous plaît.

**M. Gary Anandasangaree (Scarborough—Rouge Park, Lib.):** Docteur Wieman, dans un article que vous avez publié pour l'Association des psychiatres du Canada, en 2007, vous avez mentionné qu'il serait souhaitable qu'il y ait 60 médecins autochtones d'ici 2020. Vous avez indiqué aujourd'hui qu'il y en aurait six, c'est-à-dire les quatre qui le sont déjà et les deux qui sont actuellement résidents. Pouvons-nous présumer que nous ne réussirons pas à atteindre cet objectif et le cas échéant, quelles sont les stratégies que nous devons déployer pour nous assurer de les atteindre? Ce chiffre est-il même adéquat aujourd'hui?

• (1625)

**Dre Cornelia Wieman:** Je pense que le nombre d'Autochtones formés en psychiatrie est quasi nul. Nous représentons un millième d'un pour cent des psychiatres au Canada. Nous n'atteindrons donc sûrement pas cet objectif bientôt, mais c'est une question importante. Il y a au Canada un nombre considérable d'Autochtones qui obtiennent leur diplôme de médecine. Il y en a d'ailleurs beaucoup plus dans les provinces de l'Ouest, soit la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba, que dans le reste du Canada.

La situation n'est pas trop mal en Ontario, où elle s'est améliorée, mais la très grande majorité des diplômés des écoles de médecine choisissent de se spécialiser en médecine familiale. Je me demande toujours pourquoi les étudiants ne choisissent pas la psychiatrie, parce que les besoins de nos communautés en santé mentale sont énormes. Je pense qu'il n'y a même pas d'étude qui a été réalisée sur le sujet. J'aimerais bien sonder les diplômés pour déterminer pourquoi ils n'ont pas choisi la psychiatrie. Cela a peut-être quelque chose à voir avec le fait que beaucoup d'étudiants autochtones en médecine sont des étudiants adultes, qui ont une famille, et que la formation en médecine familiale dure deux ans après la formation de base en médecine, alors que la résidence en psychiatrie dure cinq ans.

Je ne sais pas si cela fait partie de l'équation et je ne sais pas non plus si c'est en raison de la dynamique selon laquelle les psychiatres peuvent faire des choses contre le gré des patients. Nous pouvons hospitaliser les gens contre leur volonté. Nous remplissons des certificats découlant du formulaire 1 pour retenir une personne contre son gré. Je ne sais pas si c'est un obstacle au choix de cette spécialité, parce que ce pouvoir sur les patients, pour ainsi dire, peut sembler paternaliste, si l'on veut.

Comme solution, j'aimerais beaucoup qu'il y ait des programmes de formation en psychiatrie un peu partout au pays pour offrir une sous-spécialité en santé mentale pour les régions rurales et éloignées, notamment sur les services aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis du pays. Je pense que cela pourrait contribuer beaucoup à attirer des diplômés autochtones en médecine vers cette spécialité, en plus de créer un bassin de psychiatres, pour ainsi dire, qui seraient prêts à travailler dans ces communautés après leur résidence pour y offrir les services dont elles ont tellement besoin.

**M. Gary Anandasangaree:** Pour la population autochtone en milieu urbain, croyez-vous que les services actuellement offerts à Toronto et dans les autres grandes villes sont adéquats et sinon, quels autres services seraient souhaitables?

**Dre Cornelia Wieman:** Je dirais que dans bien des cas, les besoins sont bien plus grands que les ressources disponibles. Je ne travaille pas moi-même au centre de santé mentale autochtone du centre-ville de Toronto, Anishnawbe Health Toronto, mais il y a un programme de santé mentale là-bas. Je pense qu'on vous dirait probablement...

**Le président:** Vous avez une minute.

**Dre Cornelia Wieman:** ... qu'il y a toujours plus de personnes qui veulent recevoir des soins de santé qu'il y a de fournisseurs pour les leur offrir. Je sais qu'à Anishnawbe Health Toronto, par exemple, les psychiatres ou les cliniciens qui offrent des services de consultation ne sont pas de descendance autochtone, encore une fois, mais qu'ils ont probablement d'assez longues listes d'attente pour des évaluations.

C'est compliqué aussi, en milieu urbain, lorsqu'il y a des jeunes en crise, par exemple. Il y a souvent une multitude d'autres organismes communautaires et de services sociaux qui interviennent, comme les écoles, la Société d'aide à l'enfance (SAE) ou les services de protection de l'enfance. Les policiers interviennent aussi parfois. Ce genre de cas est très compliqué, ce qui limite le nombre de patients qu'on peut voir dans une journée.

En tant que psychiatres, nous ne pouvons pas tout simplement... Comme je l'ai déjà dit, on ne peut voir une personne aux cinq minutes quand on s'occupe d'Autochtones.

●(1630)

**Le président:** Je vous remercie.

Il nous reste juste assez de temps pour une dernière question, docteur Wieman.

Je donnerai la parole à Arnold Viersen, s'il vous plaît.

**M. Arnold Viersen (Peace River—Westlock, PCC):** Merci d'être ici aujourd'hui, docteur Wieman.

J'ai deux questions à vous poser. La première ne devrait pas nécessiter de longue réponse.

Il y a toujours plusieurs enjeux qui entrent en ligne de compte quand une personne se suicide ou fait une tentative de suicide. Si vous deviez dresser un classement de ces enjeux, où placeriez-vous les violences ou les agressions sexuelles subies pendant les premières années de vie? À quel point le fait qu'une personne ait vécu ce genre d'agression pendant l'enfance l'expose-t-elle à un risque de suicide en général ou de tentative de suicide pendant le reste de sa vie?

**Dre Cornelia Wieman:** Je pense que c'est clairement un facteur de risque important chez certaines personnes, mais chez les Autochtones en général, je pense qu'il n'y a pas qu'un traumatisme. C'est le résultat de toute une série de traumatismes vécus au début de la vie.

La personne peut avoir été agressée sexuellement par un membre de sa famille proche ou élargie, par un voisin ou un autre membre de la communauté, mais elle doit aussi composer avec tellement d'autres traumatismes. Ses parents ou grands-parents peuvent avoir fréquenté un pensionnat autochtone; la personne peut avoir été témoin de violence conjugale; elle peut être aux prises avec des problèmes de dépendance, dont nous n'avons pas vraiment parlé mais qui présentent un autre facteur de base; elle peut être totalement déconnectée du système d'éducation et de l'école.

Ce n'est pas seulement parce que la personne a vécu des agressions sexuelles pendant l'enfance. C'est parce qu'elle a vécu un traumatisme après l'autre, la mort de ses proches, la mort de ses amis. Il n'est pas inhabituel, quand on prend connaissance de l'histoire d'une personne, de se rendre compte qu'elle a perdu 10 amis ou parents au cours des cinq dernières années. C'est à ce point.

Tous ces facteurs s'additionnent pour causer un risque accru de suicide.

**M. Arnold Viersen:** Nous parlons beaucoup de culture ici, de pertinence culturelle et de choses du genre. J'aimerais que vous nous parliez un peu plus de la perte de grands pans de culture attribuable à la rafle des années 1960 et aux pensionnats autochtones. Il est assez facile, par exemple, de rétablir une culture alimentaire ou vestimentaire. Même la langue est une chose assez tangible qu'on peut retrouver, même si c'est difficile. Il y a par contre d'autres problématiques beaucoup plus complexes, comme l'organisation de la société, le sens de la vie, ce genre de choses. La culture a généralement une réponse à ce genre de questions, et dans une certaine mesure, nous devons la rétablir.

Vous prendrez probablement tout le temps qu'il me reste, soit deux minutes, pour répondre à cette question. Que fait le gouvernement fédéral pour renouveler, si l'on peut dire, la réponse à des questions comme « pourquoi sommes-nous ici? » ou rétablir des parties de la culture qui ne sont pas très tangibles?

**Dre Cornelia Wieman:** Je crois que vous mentionnez un autre facteur important de suicide, puisque nous savons que les enfants, les jeunes, sont moins à risque de suicide s'ils se projettent dans l'avenir, s'ils peuvent s'imaginer faire quelque chose dans l'avenir. Qu'il s'agisse d'être mère, père, étudiant, employé, ils doivent au moins arriver à se projeter dans l'avenir, auquel cas nous savons qu'il y a quelque chose qui les retient.

La grande difficulté — et je serai la première à admettre qu'il n'y a pas de solution simple à cela — c'est de déterminer comment nous pouvons aider les jeunes Autochtones du pays à se bâtir une identité propre, dans le respect de leurs traditions, de leur culture et de leurs valeurs, mais qui soit également fonctionnelle de nos jours. Voyez-vous ce que je veux dire?

Par exemple, j'aurai bientôt 52 ans. Je suis une enfant de la rafle des années 1960, et je peux vous dire en toute honnêteté que je ne me suis pas senti d'identité très forte avant la mi-vingtaine ou la mi-trentaine, probablement. Il m'a fallu tout ce temps pour me sentir à l'aise dans mon identité, pour être une femme autochtone forte tout en étant psychiatre et en exerçant une fonction, un emploi très difficile et pour être qui je suis dans ma vie d'épouse, de mère et tout le reste.

C'est le défi, et je ne crois pas nécessairement qu'il y ait de réponse facile à cela, mais je pense que l'une des solutions, et j'en ai déjà parlé brièvement, c'est qu'il faut investir beaucoup plus dans le partage d'histoires de résilience avec nos jeunes. Dans toute la littérature sur la résilience, qu'on parle de jeunes Autochtones ou non, on se rend compte que si une personne peut au moins s'identifier à une personne forte dans sa vie, avec qui elle a une bonne relation ou partage une partie de son histoire, cela, en soit, peut favoriser la résilience.

Il faut entendre parler d'histoires comme la mienne, et je le dis sans aucune arrogance. Parlez à n'importe quel Autochtone du Canada qui est reconnu pour avoir réalisé de grandes choses, et aucun ne vous dira que cela a été facile, qu'il est né et est devenu ce qu'il est sans heurt. Ce n'est pas le cas du tout. Je pense que tous ont une histoire complexe et riche de batailles qui culminent par la réalisation. Je pense qu'il faut raconter ce genre d'histoires à nos jeunes pour qu'ils puissent s'y refléter, faire des liens avec leur propre vie, voir des possibilités pour eux-mêmes dans l'avenir, afin qu'ils puissent se réaliser et devenir des participants à part entière à la société canadienne.

• (1635)

**Le président:** Quelle belle réflexion pour conclure, docteur Wieman.

Au nom du Comité, je souhaite vous remercier de vos observations réfléchies d'aujourd'hui. Elles nous aideront énormément dans cette étude très difficile sur le suicide chez les Autochtones.

Je vous remercie beaucoup de votre présence parmi nous.

**Dre Cornelia Wieman:** Je vous remercie infiniment de m'avoir accueillie.

*Chi-müigwech*

**Le président:** Nous allons nous arrêter un bref instant, le temps de faire quelques petits changements, puis nous reprendrons la séance dans environ une minute et demie.

Merci.

[La séance se poursuit à huis clos.]

---





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>