



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 017

Le mardi 3 mai 2022

Président : L'honorable Marc Garneau



Ce programme — en voici quelques exemples — permet à une mère d'Arctic Bay d'escorter son enfant pour consulter un spécialiste à Iqaluit sans payer les frais de déplacement et d'hébergement et d'autres dépenses. Il veille à ce qu'un aîné de Kugluktuk obtienne des lentilles correctrices pour voir à l'horizon sa famille qui rentre d'une expédition de chasse et à ce que nos résidents qui reçoivent des soins dans une administration voisine soient le plus à l'aise possible pendant les moments vulnérables de leurs traitements et de leur guérison.

En fournissant une vaste gamme de soins et de services à une petite population dispersée sur un immense territoire, il est difficile de fournir l'accès à tous les services médicaux requis.

Bien que les changements au programme des SSNA soient laissés à la discrétion du gouvernement du Canada, les Nunavummiuts employés par le gouvernement du Nunavut participent directement à la prestation de ce programme et, à leur tour, défendent les intérêts des Inuits du Nunavut afin d'améliorer leur accès aux services de santé non assurés.

À l'heure actuelle, dans le cadre du programme des SSNA, nous nous chargeons du transport médical, de l'hébergement et des repas, des services dentaires et des examens de la vue par un optométriste. Malheureusement, même après avoir fourni ces services avec succès à nos résidents, nous avons souvent de la difficulté à obtenir le remboursement du programme des SSNA, et notre gouvernement a dû continuellement assumer ces coûts.

Le Territoire a perdu des centaines de millions de dollars [*difficultés techniques*]...

Le président: Madame la greffière, je vois que l'image du ministre Main a gelé. Est-ce que tout le monde voit la même chose?

La greffière du Comité (Mme Vanessa Davies): Oui, monsieur. Nous allons nous en occuper tout de suite.

Malheureusement, nous avons perdu la communication avec le ministre Main. Notre technicien s'en occupe.

Le président: Pour ne pas perdre de temps, est-ce que les deux autres témoins sont avec nous en ce moment?

La greffière: Oui. Je vois la ministre Green et la ministre McPhee.

La communication avec le ministre Main est rétablie.

• (1540)

Le président: Il vous reste environ deux minutes. Pourriez-vous poursuivre votre exposé, s'il vous plaît?

L'hon. John Main: Toutes mes excuses. J'ai le meilleur accès possible à Internet au Nunavut, un débit moyennement rapide.

Notre territoire a perdu des centaines de millions de dollars en assumant des coûts qui ne sont pas entièrement couverts par les SSNA. Nous aurions pu utiliser ces fonds pour améliorer les programmes, les services et les infrastructures du système de santé au Nunavut.

Depuis quatre ans, nos gouvernements respectifs négocient pour apporter une solution à cela. J'ai le plaisir de vous informer que dernièrement, nous avons fait des progrès. Depuis l'exercice de 2020-2021, le gouvernement du Canada a accepté d'augmenter le montant de la quote-part de transport pour raisons médicales, une augmentation fictive de 20 millions de dollars à l'entente de contribution des SSNA. Il a aussi promis d'ajouter 58 millions de dollars

à l'entente de contribution pour couvrir les dernières dépenses des SSNA que nous avons engagées. Cette mesure provisoire devait faciliter les négociations. Comme nous sommes encore en négociation, les occasions comme celle d'aujourd'hui nous permettent d'écouter, de poser des questions et de nous renseigner les uns les autres pour collaborer sérieusement à une cause commune.

On prévoit que le gouvernement fédéral et le Nunavut concluront un accord à long terme avant la fin de l'exercice de 2022-2023. Les deux parties peuvent être fières de cette réalisation. À l'approche de cette date importante, le ministère de la Santé continuera à collaborer avec le gouvernement du Canada pour veiller à ce que les services soient accessibles et offerts aux Nunavummiuts.

Je voudrais mentionner brièvement une autre de mes préoccupations, la prestation de services dentaires et d'exams de la vue. Comme de nombreuses administrations au Canada, le Nunavut a pris du retard dans ces domaines à cause de la COVID-19, et nos résidents en souffrent. Cela pose un défi à court terme, mais nous commençons à douter que le nombre de jours de service fixé dans le cadre des SSNA ne suffise pour répondre aux besoins dentaires et oculaires des résidents du Nunavut à long terme.

Encore une fois, *Matna*. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions. Je suis désolé d'avoir causé des difficultés techniques.

Le président: Mais pas du tout! Merci, monsieur le ministre.

Nous passons maintenant à la ministre Green.

Vous avez cinq minutes.

L'hon. Julie Green (ministre de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest): Merci beaucoup, monsieur le président.

J'aimerais vous remercier, vous et le Comité des affaires autochtones et du Nord, de me donner l'occasion de contribuer à votre étude sur l'administration et l'accessibilité des peuples autochtones au programme des services de santé non assurés, les SSNA.

Je participe en ligne depuis Yellowknife, capitale des Territoires du Nord-Ouest et foyer traditionnel de la Première Nation des Dénés Yellowknives et des Métis.

Comme M. Main l'a expliqué et comme on le voit ici, notre gouvernement administre certaines parties du programme des SSNA au nom du gouvernement fédéral dans le cadre d'une entente de service d'une valeur de 16 millions de dollars par année. Notre entente avec le gouvernement fédéral expirera le 31 mars de l'année prochaine, alors cette discussion arrive à point. Vous aurez l'occasion de recommander des changements qui renforceront le programme des SSNA.

Tout d'abord, voici quelques renseignements généraux sur les Territoires du Nord-Ouest. Nous avons une population de 44 000 habitants qui vivent dans 33 communautés réparties sur un million de kilomètres carrés. Au total, 44 % de notre population est admissible aux prestations des SSNA, et 6 % reçoit des prestations de santé pour les Métis. Les prestations de santé pour les Métis sont harmonisées avec les SSNA et sont payées par le gouvernement territorial au coût de 3 millions de dollars par année.

Vu le nombre de petites collectivités et le fait que les routes ne sont pas ouvertes toute l'année, l'accès aux prestations des SSNA, en particulier celles des déplacements pour raisons médicales, est crucial pour produire de bons résultats en matière de santé. Notre gouvernement offre aux résidents admissibles, dont les Métis et les non-Autochtones, des programmes de prestations correspondant au même niveau de couverture que le programme fédéral des SSNA.

Notre gouvernement reconnaît l'importance de fournir un filet de sécurité aux résidents afin de réduire les obstacles financiers à l'accès aux services de santé non couverts par le régime d'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest. La politique de notre gouvernement sur le transport pour raisons médicales, par exemple, reflète celle des SSNA et offre les mêmes avantages.

Le gouvernement fédéral a bien soutenu le modèle de prestation de services intégré en fournissant du financement pour améliorer les services de santé dans les domaines des soins à domicile, de la santé mentale et de la toxicomanie, de l'innovation du système et, plus récemment bien sûr, pour soutenir notre lutte contre la COVID-19.

J'aimerais maintenant expliquer certains aspects du rôle de notre gouvernement dans le cadre du programme fédéral des SSNA. Comme je l'ai dit, nous administrons certaines parties du programme des SSNA au nom du gouvernement fédéral, notamment les déplacements pour raisons médicales et pour les traitements dentaires dans les communautés ainsi que l'approvisionnement de fournitures et d'équipement médicaux. Nous prenons les dispositions nécessaires pour que l'équipe de soins de la vue se rende dans les communautés pour leurs clients admissibles aux SSNA et pour assurer l'approvisionnement pharmaceutique.

Comme nous administrons la mise en œuvre de ce programme fédéral, le public nous en tient responsables. Nous sommes donc entre deux feux. Ce n'est pas notre programme, mais dans notre rôle d'administrateurs, nous recevons les plaintes des clients des SSNA et nous les transmettons au gouvernement fédéral pour le mettre au courant de ces failles. Notre expérience de l'administration des prestations nous a appris que les résidents qui s'identifient comme Autochtones ne sont pas tous admissibles aux services de santé non assurés, parce que le statut de certains d'entre eux en vertu de la Loi sur les Indiens est contesté.

Comme je l'ai mentionné, les déplacements pour raisons médicales constituent une partie très importante des avantages du programme des SSNA dans les Territoires du Nord-Ouest, car la majorité des communautés sont éloignées. C'est aussi pour ce service que nous recevons le plus de plaintes. Ces plaintes portent sur l'admissibilité à une escorte non médicale et sur la rapidité d'approbation des déplacements pour raisons médicales et des escortes. Comme M. Main l'a souligné, le gouvernement territorial assume les frais de déplacement pour raisons médicales qui ne sont pas reconnus ou remboursés par le Canada. Par exemple, les 75 % des coûts de services d'accompagnement non médicaux pour les clients des SSNA sont calculés selon ses critères de service. Ces services nous coûtent actuellement 3 millions de dollars par année.

Pour multiplier ses occasions de formuler des commentaires sur le programme des SSNA, notre gouvernement collabore étroitement avec Services aux autochtones Canada pour organiser des séances de mobilisation trilatérales avec les gouvernements autochtones. En fait, une de ces séances devrait avoir lieu cette année.

Notre vision de l'avenir de l'administration des SSNA découle des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, notamment de l'appel à l'action 20, que je cite: « nous demandons au gouvernement fédéral de reconnaître les besoins distincts en matière de santé des Métis, des Inuit et des Autochtones hors réserve, de respecter ces besoins et d'y répondre ».

• (1545)

Une façon de mettre en œuvre cet appel à l'action et de faire progresser la réconciliation serait d'explorer les possibilités de permettre à des organismes gouvernementaux autochtones de diriger plus directement les SSNA dans les Territoires du Nord-Ouest.

Nous sommes heureux de travailler en partenariat avec le gouvernement fédéral et avec les organismes intergouvernementaux. J'espère que ces renseignements vous seront utiles. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

Merci.

L'hon. Tracy-Anne McPhee: Merci beaucoup, madame la ministre.

Nous passons maintenant à la ministre McPhee.

Si vous êtes prête, vous avez cinq minutes.

• (1550)

L'hon. Tracy-Anne McPhee (ministre de la Santé et des Affaires sociales, Gouvernement du Yukon): Je vous remercie de me donner l'occasion d'être ici cet après-midi.

Je m'adresse à vous depuis le territoire traditionnel de la Première Nation des Kwanlin Dün, qui fait partie du Conseil des Ta'an Kwäch'än.

Je remercie mes collègues du Nord pour les détails importants qu'ils nous ont fournis sur le fonctionnement des SSNA dans leurs territoires. Notre situation présente des similitudes et des différences.

Au Yukon, nous avons 14 Premières Nations qui exercent leurs activités ici sur le territoire et qui résident sur leurs territoires traditionnels. Onze de ces Premières Nations sont autonomes en vertu de l'Accord-cadre définitif du début des années 1990. Cela nous rend un peu différents des autres régions du Canada.

Je partage l'opinion de mes collègues sur les avantages du processus des SSNA, mais notre approche n'est pas aussi coordonnée que, par exemple, celle des Territoires du Nord-Ouest, qui administrent le programme fédéral. Le système canadien de soins de santé est complexe. Il s'articule sur un ensemble disparate de politiques, de lois et de relations.

Nous suggérons au Comité de recommander une meilleure coordination de ce programme, car cela présente de grands défis. Le gouvernement de notre territoire s'efforce d'améliorer la clarté et la cohérence de la prestation des services en améliorant son propre système et en harmonisant le fonctionnement du programme des SSNA avec le système du Yukon et avec notre mode de prestation des services aux résidents du territoire. Pour nous, ce rôle est critique.

Il y a quelques années, nous avons procédé à un examen indépendant du système de soins de santé du Yukon, que nous avons intitulé « La population d'abord ». Nous y recommandons, entre autres choses, de mieux coordonner notre système avec les SSNA. Nous y soulignons que l'incertitude crée des inégalités. Notre gouvernement est responsable d'assurer et de financer des services de santé universels à tous les résidents de son territoire, ce qui comprend les Inuits, les Métis et les membres des Premières Nations. D'après moi, « La population d'abord » est un projet de transformation du système de santé, et nous savons que d'autres gouvernements au Canada ont aussi entrepris cette transformation. Nous désirons améliorer les résultats de santé et l'accès aux services pour tous les Yukonnais. Dans le cadre de ce processus, nous cherchons des moyens de faire participer tous les peuples des Premières Nations à la mise en œuvre des recommandations de « La population d'abord ».

Nous savons que cela nécessitera une capacité organisationnelle et, ultimement, la collaboration des Premières Nations du Yukon. Il faudra améliorer la prestation des services non seulement du système de santé du Yukon, mais du programme des SSNA. Il faudra améliorer aussi les modes de collaboration entre les deux. Nous nous concentrons sur de nouveaux modèles de prestation des services de santé.

Sans entrer dans les détails, à l'heure actuelle, notre processus consiste à utiliser les SSNA en dernier recours. Nous devons pour cela déterminer si les clients sont des Indiens inscrits ou autres et si les coûts des services qu'ils recevront sont prioritaires pour le gouvernement du Yukon. Ce manque de coordination entrave l'uniformité de la prestation des services.

Comme je l'ai dit, nous devons avant tout améliorer nos propres services de santé assurés, et nous nous concentrons là-dessus. Le thème « La population d'abord » vise avant tout les services intégrés axés sur les personnes, sur les patients, sur les clients et sur les traumatismes dans l'ensemble du territoire. Cet objectif est crucial à l'amélioration de la coordination des services de santé, d'autant plus que depuis le 20 janvier dernier, notre territoire fait face à une urgence sanitaire liée à la consommation de substances.

Nous cherchons à améliorer nos stratégies de réduction des torts. Certains toxicomanes seraient admissibles à des traitements hors du territoire payés soit par le territoire, soit par les SSNA, suivant l'endroit où ils se trouvent. Les lieux de traitement admissibles ne sont pas toujours les mêmes dans ces deux systèmes, et cela crée beaucoup de confusion.

• (1555)

Tout ce processus, ces expériences et ce manque de coordination, je dirais, exaspèrent les gens et nuisent aux Canadiens qui en ont souvent le plus besoin.

Dans notre territoire, bien souvent les gouvernements des Premières Nations — nous en avons 11 — doivent assumer des frais des services de santé dont ils ne sont pas responsables et pour lesquels d'autres gouvernements, celui du Yukon ou autres, reçoivent du financement.

Pendant quelques instants — je sais que mon temps est presque écoulé — je voudrais suggérer quelques solutions.

Dans le cadre de la modernisation de nos structures visant à répondre aux besoins des Canadiens, je trouve que la terminologie est extrêmement importante.

À mon avis, il faut reconnaître que les Premières Nations, les Inuits et les Métis ont des structures de gouvernance très diverses au Canada. Par exemple, nous ferions mieux de parler de « territoire traditionnel » ou de « Premières Nations autonomes » au lieu de « réserves » ou de dire « dans les réserves ». Ce n'est qu'un petit exemple. Notre territoire n'a pas de terres de réserve et de personnes qui vivent dans une réserve. Malheureusement, ces erreurs de terminologie sèment parfois la confusion.

Nous serions très heureux de siéger à une table trilatérale et de participer à des discussions tripartites. Je suis sûre que la situation très particulière du Yukon aiderait à trouver des solutions. Nous serons ravis de participer à ces travaux, parce que le système est mûr pour l'amélioration. Toutefois, nous devons le faire ensemble, en partenariat.

Il existe des exemples d'ententes de réciprocité très fructueuses entre des gouvernements des Premières Nations et des provinces et territoires canadiens pour régler des problèmes sociaux. Nous disposons donc d'un cadre...

Le président: Madame la ministre, je vais devoir vous demander de conclure.

L'hon. Tracy-Anne McPhee: Oui. Merci beaucoup.

Nous disposons donc d'un cadre qui pourrait nous guider.

Je suis heureuse d'avoir l'occasion de discuter avec vous aujourd'hui. Merci.

Le président: Merci, madame la ministre McPhee.

Nous allons entamer notre première série de questions.

Monsieur Shields, vous avez six minutes.

M. Martin Shields (Bow River, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie les ministres qui comparaissent aujourd'hui. C'est très apprécié.

Monsieur le ministre Main, la ministre des Territoires du Nord-Ouest nous a parlé du pourcentage de la population qui serait admissible aux services de santé non assurés, ou SSNA. Avez-vous ce chiffre pour le Nunavut?

L'hon. John Main: C'est environ 85 % d'Inuits. Le Nunavut est majoritairement inuit. Je peux obtenir un chiffre plus précis et le transmettre au Comité par écrit si cela peut être utile.

M. Martin Shields: Ce serait utile, et cela nous amène à ma prochaine question.

Si le Programme accordait un financement global et que vous deviez en déterminer le montant, pensez-vous avoir l'expertise nécessaire pour prendre la décision qui s'impose pour vos résidents?

L'hon. John Main: S'il s'agissait d'un financement global, il faudrait un calendrier de paiements progressifs, parce qu'ici au Nunavut, année après année, la demande de services augmente de façon assez constante dans le cas des déplacements pour raisons médicales, de la santé mentale et de la toxicomanie.

Je pense que cela reflète la jeunesse de notre population. Nos données démographiques présentent une catégorie très large dans la partie inférieure des tranches d'âge.

Notre territoire fait face à de très graves déterminants sociaux de la santé, comme le logement...

M. Martin Shields: Monsieur le ministre, je comprends cela. Je suis désolé de vous interrompre. Mon temps est limité.

Je comprends, et je sais quels sont les déterminants de la santé.

Ma question porte sur le financement. Croyez-vous que vous pourriez prendre les décisions qui s'imposent pour répondre à ces normes de santé?

• (1600)

L'hon. John Main: Il faudrait que j'y réfléchisse. Pardonnez-moi. Je ne peux pas vous répondre au pied levé. Ce programme serait très différent s'il passait à un financement global, parce qu'à l'heure actuelle, il est fondé sur les services et sur la quantité, qui varient d'une année à l'autre. Comme je l'ai mentionné, la demande de ces services augmente. Je ne comprends pas très bien comment un modèle de financement global fonctionnerait. Ce serait un changement radical du programme existant.

M. Martin Shields: Merci.

C'est ainsi que les provinces fonctionnent, et c'est l'une des questions que je poserais. C'est la façon dont les provinces gèrent leur système de santé.

Madame la ministre Green, des Territoires du Nord-Ouest, quelle serait votre principale recommandation si vous pouviez modifier ce programme? Ce comité pourrait présenter votre recommandation.

Quel est le principal problème que nous pourrions recommander de corriger pour que le Programme aborde mieux les déterminants de la santé des clients des SSNA dans votre territoire?

L'hon. Julie Green: Il serait certainement utile que les déplacements pour raisons médicales soient entièrement financés. Il faudrait aussi examiner la politique sur l'accompagnement pour garantir son respect culturel. En effet, certaines personnes venant de petites communautés se sont plaintes, parce qu'elles n'ont pas l'habitude de visiter des villes comme Yellowknife qui est très petite. Alors vous imaginez bien que pour se rendre à Edmonton et dans des villes plus au sud, ces gens voudraient être accompagnés. Les aînés plus particulièrement voudraient être accompagnés.

Ce type d'accompagnement compatissant n'est pas pris en compte dans les prestations des SSNA. Le Programme tient compte des besoins d'interprétation, d'aide à la mobilité et autres, mais pas de l'accompagnement compatissant. Il me semble que ce que nous offrons ne convient pas à la population sur le plan culturel. Je voudrais que les responsables discutent de ce problème pour apporter des changements.

Merci.

M. Martin Shields: Merci.

Madame la ministre McPhee, vous venez d'orienter notre discussion vers un problème que je vois moi-même se développer même dans ma circonscription. Prenons l'exemple de la terminologie. Pourriez-vous développer un peu votre recommandation à ce sujet?

L'hon. Tracy-Anne McPhee: Il est extrêmement important que la terminologie soit inclusive. Bon nombre de nos interactions avec le gouvernement fédéral — et cela ne s'applique pas seulement à ce domaine — nous obligent à commencer à parler de cela, même si nous nous penchons sur cette question depuis un certain temps. Le gouvernement comprend maintenant très bien qu'il n'y a pas de ré-

serve dans notre territoire et que les gouvernements des Premières Nations gouvernent leurs propres territoires traditionnels en vertu de l'Accord-cadre définitif.

Cependant, il n'y a aucune disposition pour ce langage ou pour l'inclusion de ce genre de structure de gouvernance dans les politiques et dans les directives qui sont publiées, même dans les programmes qui découlent d'un processus budgétaire, par exemple. Par conséquent, les gouvernements des Premières Nations et notre gouvernement, qui commencent à bien s'y connaître, se demandent: « d'accord, alors quelle est ma place dans ce programme? Quels avantages ma structure de gouvernance retire-t-elle de ce programme? Y serons-nous admis? » C'est de ce genre de choses dont je vous parle.

Ce que je veux dire, c'est que nous devrions être aussi inclusifs que possible et que la terminologie est un bon point de départ.

M. Martin Shields: Merci, mesdames et monsieur les ministres.

Le président: Nous passons maintenant à M. Powlowski. Vous avez six minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Il semble que les accompagnements qui ne sont pas approuvés posent un problème majeur. Qui détermine si une escorte est admissible ou non? Quelles sont les raisons les plus souvent invoquées pour ne pas approuver une escorte?

Mme Green a laissé entendre que si le client a besoin d'un interprète, l'escorte sera approuvée, ou s'il a besoin d'aide à cause d'un manque de mobilité, sa demande sera approuvée. Cependant, un client de Cambridge Bay qui n'est jamais sorti de sa communauté, mais qui parle un peu l'anglais, n'aura pas d'escorte. Les clients qui ne parlent pas l'anglais seront escortés.

Est-ce la principale raison de ne pas approuver les escortes? Y a-t-il un processus d'appel? C'est une question importante. Il semble que cela vous touche tous. Je suis médecin et j'ai travaillé au Nunavut, alors je sais que dans ces communautés, il n'y a pas de ressources médicales tertiaires et que s'il y a des spécialistes, ils ne sont pas nombreux, alors les patients doivent être renvoyés à l'extérieur.

Je pose cette question sur le processus, sur les raisons pour lesquelles on refuse des escortes et sur l'existence d'un processus d'appel efficace à vous tous.

Pourrions-nous commencer par la ministre Green, après quoi vous pourriez céder la parole à un autre témoin?

• (1605)

L'hon. Julie Green: Notre propre politique ministérielle sur les déplacements pour raisons médicales suit celle des SSNA. Cette politique comporte quatre ou cinq critères, mais aucun d'eux ne porte sur la sécurité culturelle, sur l'accompagnement de compassion pour les clients dépaysés ou autre. Elle vise seulement des domaines comme la mobilité, l'interprétation, le fait d'être sur le point d'accoucher ou le fait d'avoir besoin d'aide pour comprendre le plan de suivi après un traitement.

Notre politique territoriale offre un processus d'appel. Je ne sais pas si le gouvernement fédéral a un processus d'appel pour son volet administratif du Programme, mais ce serait une bonne idée. S'il n'y en a pas, il serait utile d'en établir un pour que les gens à qui l'on refuse une escorte puissent demander à quelqu'un d'autre d'examiner leur dossier pour déterminer si l'escorte serait utile.

C'est mon avis personnel. Je vais demander à M. John Main ce qu'il en pense.

L'hon. John Main: Merci.

Je trouve que la ministre Green a très bien expliqué la question de l'accompagnement. Je crois que je m'inquiète aussi du manque de sensibilité dans ce programme. Un des problèmes de l'accompagnement est le fait que parfois, il faut une deuxième escorte si, disons, par exemple... En fin de compte, je préfère donner des exemples, parce que ce programme vise des personnes et non des questions d'argent. Il s'agit de soins de santé pour les Canadiens qui vivent dans le Nord ou qui sont ᐃᑕᑦᑲᑦᑲᑦᑲᑦᑲᑦᑲᑦ autochtones.

Pour ce qui est des deuxièmes escortes, dans certains cas, nous recevons des demandes de clients, comme dans le cas d'un enfant qui va subir un traitement de chimiothérapie. Certains parents qui accompagnent leur enfant ont besoin de soutien. Bien souvent, ces traitements vous crèvent le cœur. Dans cette situation, le gouvernement du Nunavut approuverait cela et en assumerait les coûts pour des motifs de compassion.

Pour conclure ma réponse, j'aimerais mentionner que nous avons constaté des améliorations dans ce domaine grâce à l'Initiative: Les enfants inuits d'abord. Cette nouvelle initiative est merveilleuse, parce qu'elle ouvre la voie aux deuxièmes escortes et à l'accompagnement familial pour des motifs médicaux.

L'hon. Tracy-Anne McPhee: Je vais répondre très brièvement.

Dans notre contexte, les services de santé non assurés approuvent les escortes qui sont considérées comme médicalement nécessaires. C'est un critère assez limité.

Je suis d'accord avec mes collègues et certainement avec les exemples donnés.

M. Marcus Powlowski: Ce que vous avez dit était assez intéressant, madame la ministre McPhee, parce que la ministre Green a dit qu'il y avait environ cinq critères, et vous dites qu'il s'agit de déterminer si c'est médicalement nécessaire. Existe-t-il une exigence commune sur les escortes qui s'applique partout au Canada?

L'hon. Tracy-Anne McPhee: Oui, la base de cette exigence existe. Elle s'articule généralement autour de la notion de « médicalement nécessaire », et je crois que c'est ce dont la ministre Green parlait. Il y a quelques critères, mais ils [*difficultés techniques*] se retrouvent tous dans un même panier, si je peux m'exprimer ainsi.

Bien sûr, comme les Territoires du Nord-Ouest administrent le programme fédéral par l'entremise de leur système, il se peut fort bien qu'ils en aient intégré certains d'entre eux. La ministre sera mieux placée pour nous répondre.

• (1610)

M. Marcus Powlowski: Ma prochaine question ressemble plus à un commentaire.

Madame la ministre McPhee, j'ai trouvé excellent votre commentaire sur la nécessité d'avoir plus d'une escorte pour un enfant, surtout dans une situation qui met sa vie en danger.

Merci.

Le président: Merci, monsieur Powlowski.

[*Français*]

Je vais maintenant donner la parole à Mme Gill.

Madame Gill, j'ai cru comprendre que vous allez partager votre temps de parole avec M. Morrice. Vous avez donc six minutes à vous partager.

Mme Marilène Gill (Manicouagan, BQ): Merci, monsieur le président.

J'aimerais remercier les ministres Main, McPhee et Green de leur comparution au Comité aujourd'hui.

J'ai des questions à leur poser en lien avec les services de santé non assurés, plus spécifiquement dans le Nord. Je pense que la question d'accompagnement, laquelle nous avons déjà abordée, en est une.

Aimeriez-vous faire d'autres recommandations au Comité relativement au fait que les territoires sont éloignés et qu'on y reçoit donc naturellement moins de services de santé?

Ma question s'adresse à l'ensemble des ministres.

[*Traduction*]

Le président: Nous pourrions commencer par demander à la ministre Green ce qu'elle en pense. Nous passerons ensuite au ministre Main et à la ministre McPhee.

L'hon. Julie Green: Merci, monsieur le président.

Je tiens à dissiper une certaine confusion entre ma réponse et celle de la ministre McPhee. Les escortes dont je parle sont des escortes non médicales. Elles n'accompagnent pas les clients pour leur fournir des services médicaux. Elles aident la personne à monter à bord d'un avion et à en descendre, elles lui parlent dans sa langue maternelle, elles accompagnent un parent avec un enfant, etc. Ce sont des accompagnateurs non médicaux.

Certains nous ont dit qu'ils aimeraient que les critères d'escorte se rapportent à l'âge de la personne. Autrement dit, si la personne a plus d'un certain âge, elle sera automatiquement escortée. Déjà, à l'heure actuelle, plus la personne est âgée, plus il est probable que son escorte sera approuvée, mais ce n'est pas toujours le cas.

L'élargissement de la disponibilité en fonction de l'âge est un moyen possible de combler l'écart entre les services médicaux offerts à une personne qui vient d'une très petite communauté pour se rendre dans une ville de la taille d'Edmonton. Il est vraiment déconcertant que ceux d'entre nous qui ont visité ces grandes villes...

[*Français*]

Mme Marilène Gill: Merci, madame la ministre.

Le temps nous presse. Monsieur Main, madame McPhee, je ne sais pas si vous voudriez ajouter d'autres éléments à l'ensemble des recommandations.

L'hon. John Main: Je vous remercie beaucoup de votre question.

[*Traduction*]

Pour ce qui est de l'escorte, il serait utile d'ajouter une certaine souplesse à la politique. Cela permettrait aux ministères de la Santé des territoires de tenir compte de facteurs culturels et linguistiques lorsqu'ils décident à qui accorder une escorte non médicale.

L'hon. Julie Green: Je reconnais que le temps est précieux et qu'il faut sacrifier du temps pour accompagner les patients. Ce qui me préoccupe, ce sont les coûts. Les SSNA s'appliquent à l'ensemble de la population. Nous avons chaque année environ 18 000 déplacements pour des raisons médicales, mais il n'y a pas toujours d'accompagnateur. Il y en a un dans environ le quart des cas. Ce serait une dépense supplémentaire considérable pour le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, même si tous les clients des SSNA étaient pris en charge par le programme.

Notre système de santé est déficitaire. Le déficit augmente chaque année, ce qui m'inquiète. Bien que je reconnaisse l'intérêt d'offrir de l'argent à une personne qui sacrifie une partie de son temps, une prime serait peut-être une forme de rémunération plus abordable.

La question est difficile. La proposition part d'une bonne intention, mais je m'inquiète des coûts.

Merci.

• (1625)

Le président: Madame la ministre McPhee, à vous.

L'hon. Tracy-Anne McPhee: Les déplacements pour des raisons médicales sont un mode de vie dans le Nord. Nous offrons de plus en plus de services sur place, mais certains sont impossibles à assurer.

C'est une question importante. Je suis d'accord avec la ministre Green pour dire que, idéalement, c'est une proposition envisageable. Le versement d'une prime serait peut-être une formule dont les coûts seraient plus prévisibles. On pourrait établir une moyenne, cerner les montants engagés dans les déplacements. Mais il ne faut pas perdre de vue le vieillissement de la population, qui risque de faire augmenter les coûts. Comme le ministre Main l'a dit, je crois, ce sont des personnes qui sont en cause. Il n'y a pas que les coûts, mais il faut aussi en tenir compte. Il serait probablement utile de faire une évaluation ou de proposer une version quelconque de cette rémunération.

Le président: Merci, madame Idlout.

Malheureusement, nous n'avons plus de temps. Nous devons maintenant entendre un autre groupe de témoins.

Monsieur le ministre Main, madame la ministre McPhee et madame la ministre Green, je tiens à vous remercier de nous avoir consacré du temps. Merci d'avoir présenté des exposés et d'avoir répondu à nos questions. Nous vous en sommes très reconnaissants. Merci beaucoup.

Nous allons suspendre la séance pendant quelques minutes, le temps de passer au prochain groupe de témoins.

Merci.

• (1625)

(Pause)

• (1630)

Le président: Nous reprenons nos travaux.

Nous allons entendre le deuxième groupe de témoins.

Bienvenue aux témoins. Nous accueillons le Dr Alika Lafontaine, président désigné de l'Association médicale canadienne, qui comparait à titre personnel, le Dr James Makokis, médecin de famille cri des Plaines de la nation Kinokamasihk Nehiyawak, sur le

territoire visé par le Traité n° 6, et le Dr Evan Adams, vice-président de l'Association des médecins autochtones du Canada.

Bienvenue à vous trois.

Nous allons procéder de la façon suivante: vous aurez chacun cinq minutes pour faire un exposé et nous passerons ensuite aux questions. Nous avons une heure en tout.

Docteur Alika Lafontaine, vous avez la parole pour cinq minutes.

Dr Alika Lafontaine (président désigné, Association médicale canadienne): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je suis heureux de me joindre au Comité depuis le territoire visé par le Traité n° 8, qui est le territoire traditionnel et actuel des Cris des bois, des Dénés et des Métis.

Je suis le Dr Alika Lafontaine, anesthésiste métis d'ascendance mixte autochtone. Je travaille à Grande Prairie, en Alberta. Je suis heureux de comparaître à titre de président désigné de l'Association médicale canadienne. Je félicite le Comité permanent des affaires autochtones et du Nord d'avoir entrepris cette étude et d'avoir invité l'Association médicale canadienne à témoigner.

Il est essentiel d'améliorer l'administration et l'accessibilité du programme des services de santé non assurés si nous voulons lutter contre les injustices en matière de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones au Canada. L'Association médicale canadienne est déterminée à promouvoir un accès équitable à des soins de qualité dans les meilleurs délais dans tous les systèmes de santé du Canada et appuie fermement la transformation des services de santé offerts aux Autochtones afin d'atteindre ces objectifs.

L'AMC reconnaît que les voix les plus importantes dans cette évaluation sont celles des personnes directement touchées, c'est-à-dire les patients inuits et des Premières Nations qui ont directement accès à ces services. Nous espérons que les collectivités, les familles et les patients qui font appel au programme des SSNA seront pleinement mobilisés et entendus tout au long de l'étude.

J'espère enrichir le débat en vous faisant part de deux points de vue. Il y a d'abord l'expérience vécue des médecins non autochtones qui aident des patients admissibles au programme des SSNA. Deuxièmement, je m'appuie sur mon expérience personnelle de médecin spécialiste dans un centre régional desservant le Nord du Canada. Contrairement à mes collègues des soins de première ligne, je n'interagis pas directement avec les SSNA, mais j'aide les patients qui dépendent de programmes comme les déplacements pour raisons médicales pour se rendre à notre hôpital régional et en revenir en toute sécurité. Il est important de reconnaître que, sans les SSNA, de nombreux patients n'auraient pas vraiment accès à certains types de soins, dont la chirurgie et la consultation en personne d'un spécialiste.

Les médecins canadiens conviennent que les SSNA doivent être modernisés. La modernisation devrait atténuer la fragmentation de l'expérience des patients et fournir des voies décisionnelles efficaces et claires aux médecins et aux administrateurs des SSNA pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées en matière de soins. Les systèmes de soins de santé devraient tendre à assurer l'accès aux bons soins, axés sur le patient et dispensés au bon moment.

L'AMC préconise depuis longtemps la réduction de la fragmentation des soins de santé par la modernisation. À preuve, elle a récemment réclamé un leadership fédéral pour obtenir une planification intégrée pancanadienne des ressources humaines en santé. De même, elle est favorable à l'accroissement des ressources et à leur intégration cohérente dans le programme des SSNA afin de promouvoir des soins mieux coordonnés pour les patients et une mobilisation plus efficace de fournisseurs de soins de santé qui appuient et défendent les patients qui utilisent ces programmes.

La fragmentation peut être de plusieurs ordres. Je vais aborder deux aspects.

Le premier, c'est l'excessive complication de l'organisation du travail, dans laquelle les rôles sont mal compris. Les médecins, les patients, les membres de leur famille et les administrateurs des SSNA consacrent beaucoup de temps et d'énergie à s'y retrouver dans les tracasseries administratives et les structures décisionnelles. Contrairement à ce qui se passe dans les régimes d'assurance-maladie des provinces et territoires, où les médecins peuvent donner une approbation directe et accorder l'accès aux services, les niveaux administratifs supplémentaires des SSNA rendent opaques le rôle et la compétence des médecins dans ces processus. La présidente de l'AMC, la Dre Katharine Smart, est pédiatre au Yukon. Le parcours qu'elle a dû suivre pour parvenir à utiliser les SSNA et à s'y retrouver dans l'intérêt de ses patients et de leurs familles est une expérience que vivent aussi de nombreux médecins d'un bout à l'autre du Canada.

Deuxième aspect: une intégration insuffisante de la technologie moderne pour offrir des services efficaces axés sur le patient et dans lesquels le patient est engagé. Les médecins doivent mettre un temps fou à s'y retrouver dans les formalités administratives et à communiquer par téléphone. Il faut ensuite envoyer les formulaires papier par télécopieur au moyen d'un système de communication asynchrone, et un trop grand nombre de transmissions échouent. Le médecin est souvent le dernier à apprendre que la boucle n'a jamais été bouclée, ce qui retarde les soins et fait que l'issue est souvent moins favorable pour les patients. Les SSNA ne sont pas encore étroitement intégrés autour d'une expérience centrée sur le patient et des services d'amélioration de la qualité, de sorte que ces situations difficiles ne font probablement pas l'objet d'un suivi et ne sont pas abordées d'une façon généralement cohérente.

De nombreux systèmes de santé au Canada offrent une communication numérique sécurisée où les patients interagissent avec les fournisseurs dans leur propre parcours, du début à la fin. Une série de formulaires télécopiés disparates sont remplacés par des communications numériques sécurisées qui peuvent fermer la boucle, informer, suivre les progrès et répondre aux questions concernant une demande médicalement nécessaire traitée par les SSNA. Ce type de communication fournit également une piste de vérification numérique qui peut améliorer l'expérience des patients et permet une amélioration itérative de la qualité.

La colonisation, le racisme systémique et l'insuffisance des investissements dans l'infrastructure des soins de santé ajoutent à la complexité de la modernisation des SSNA...

• (1635)

[Français]

Mme Marilène Gill: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

[Traduction]

Le président: Un instant, docteur Lafontaine, s'il vous plaît.

Madame Gill, vous avez la parole.

[Français]

Mme Marilène Gill: Excusez-moi. La qualité du son était mauvaise, mais l'interprétation vient de reprendre.

Je vous remercie.

[Traduction]

Le président: Ça va maintenant?

[Français]

Mme Marilène Gill: Monsieur le président, l'interprète nous signale que le témoin n'aurait pas le casque d'écoute approprié. C'est peut-être la raison pour laquelle la qualité du son est mauvaise. Si le témoin pouvait fournir ses notes d'allocution au Comité, cela aiderait les interprètes à faire leur travail.

Je vous transmets le message.

[Traduction]

Le président: D'accord.

Merci beaucoup.

Docteur Lafontaine, il semble que vous n'avez pas le casque d'écoute que nous utilisons habituellement pour nos interprètes.

Je vous invite à conclure, mais je vous demande de parler un peu plus lentement.

Dr Alika Lafontaine: Bien sûr. Je suis désolé.

Pour conclure, je dirai que l'AMC recommande que cette initiative s'accompagne d'investissements soutenus pour s'attaquer aux inégalités structurelles permanentes qui marginalisent les peuples autochtones. Il faut faire participer les peuples autochtones aux divers systèmes et secteurs de la société et s'engager à entretenir des relations de collaboration et de respect avec les patients et les communautés autochtones.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, docteur Lafontaine.

Nous passons maintenant au Dr James Makokis.

Docteur, vous avez cinq minutes.

Dr James A. Makokis (médecin de famille Cri des Plaines, Nation Kinokamasihk Nehiyawak, territoire visé par le Traité n° 6, à titre personnel): [Le témoin s'exprime en cri ainsi qu'il suit:]

Tānisi nitōtēmitik ēkwa niwahkōmākanitik, ohci niya niskapowinik ēkwa kamasinahamwak ōma niktōwāsik asotamowin.

[Les propos en cri sont traduits ainsi:]

Bonjour à mes amis et à mes proches. J'appartiens à la Nation crie de Saddle Lake, et on va lire les promesses du Traité n° 6.

[Traduction]

Je suis de la nation crie de Saddle Lake et je suis un descendant des signataires du Traité n° 6. Je suis l'un des rares médecins autochtones qui ont grandi avec leur peuple et qui travaillent avec leur propre peuple. Je travaille actuellement à Kinokamasihk. Je témoigne en tant qu'utilisateur du programme actuel des SSNA et que médecin nehiyawak qui traite quotidiennement des Nehiyawak, eux aussi utilisateurs du programme des SSNA.

Je vous salue aujourd'hui dans la langue de mon peuple, le nehiyawewin, qui vient des terres que votre peuple habite maintenant, accueilli par mes ancêtres il y a près de 500 ans, une langue imprégnée d'enseignements sacrés de la loi naturelle qui gouverne notre peuple, avec des lois qui se traduisent en gros en ces termes: bonté, amour, honnêteté, partage, respect, famille, confiance, réciprocité, justice, équité, sollicitude, longévité et, surtout, honneur pour notre mère, la terre, et tous ses habitants.

La même langue a été utilisée pour convenir d'un traité qui permettait à vos ancêtres de partager respectueusement ces terres en échange de la paix et de l'amitié, de la compréhension mutuelle et de la promesse de santé et de soins de santé, aussi connue sous le nom de clause relative aux médicaments, traité qui devait être honoré tant que le soleil brillerait, que l'herbe pousserait, que les rivières couleraient et qu'il y aurait des peuples autochtones. En jargon juridique anglais, cela se dit « in perpetuity across the universe » — à perpétuité dans tout l'univers.

Si les promesses du traité avaient été vraiment honorées, je m'adresserais à vous dans ma langue, et vous comprendriez tous très bien ce que je dis. Nous serions assis autour d'un feu, nous entamerions notre conversation par un rituel de prière et avec l'inspiration d'un calumet, le gardien de nos lois. Nous discuterions jusqu'à ce que nous trouvions une solution.

Pourtant, je suis assis là et je vous parle en anglais, une langue étrangère, limité par des délais bien trop courts pour que je puisse vous expliquer les lacunes d'un programme qui ne devrait même pas être un problème parce que tout ce dont je vais parler nous a déjà été promis il y a plus de 150 ans, lorsque vos ancêtres ont accepté un traité.

Discuter de ces questions en tant que médecin autochtone est insultant, parce que notre santé et nos soins de santé sont garantis par notre traité, qui reste pleinement en vigueur, et aussi parce que le gouvernement du Canada a inauguré une ère de vérité et de réconciliation pour tenter de corriger ce qui est réellement arrivé à notre peuple, victime de génocide. Pourtant, je dois encore m'asseoir là et expliquer comment les SSNA ne fournissent toujours pas des mesures de santé élémentaires adéquates à notre peuple. Par exemple, on ne donne pas aux patients un nombre suffisant de cathéters et les fonctionnaires des SSNA demandent à ces mêmes patients de laver et de réutiliser leurs cathéters, ce qui va à l'encontre des normes médicales et se fait, de surcroît, dans des collectivités sous le coup d'avis imposant de faire bouillir l'eau, comme c'était le cas lorsque j'ai pratiqué dans ma propre nation, Saddle Lake, en 2013.

Nous nous étonnons ensuite que les Autochtones aient des taux plus élevés de néphropathie et de dialyse. Nous nous demandons pourquoi, lorsque les infirmières de SAC m'ont demandé d'évaluer une Crie de 17 ans de ma communauté qui avait subi une lésion médullaire, j'ai trouvé un ulcère sacré de stade 4. Pour ceux d'entre vous qui ne savent pas ce que cela signifie, l'ulcère était si profond que je pouvais appuyer sur l'os du coccyx. Pourquoi avait-elle cet ulcère? Les SSNA lui fournissaient un nouveau fauteuil roulant seulement à des intervalles limités, mais les enfants grandissent et

elle est devenue trop grande pour son fauteuil, ce qui cause des plaies de pression. Le principe de Jordan a été adopté dans le but de régler ces problèmes, mais ils persistent.

En février dernier, il a fallu deux mois pour obtenir une formule nutritionnelle appropriée pour un bébé cri de quatre mois, à un moment de la vie où le cerveau se développe le plus. Et nous nous demandons pourquoi les jeunes Autochtones n'obtiennent pas leur diplôme d'études secondaires.

Pour obtenir le moindre soin des SSNA, les démarches sont interminables. Il m'est arrivé de demander, après une intervention dans ma clinique, des médicaments antirétroviraux contre le VIH à des fins de prophylaxie. Le spécialiste en maladies infectieuses m'a recommandé de prendre deux médicaments dans les 72 heures suivant l'incident. Les SSNA ont rejeté la demande. J'ai dû téléphoner moi-même au fonctionnaire des SSNA qui m'a renvoyé au pharmacien national des SSNA, à qui j'ai dû dire: « Si vous ne me donnez pas ces médicaments contre le VIH, je serai à la Place du Canada lundi matin avec le grand chef de la Confédération du Traité n° 6, et je dirai que vos politiques ont peut-être amené l'un des rares médecins autochtones au Canada à contracter le VIH, et ce sera dans les médias. Est-ce bien ce que vous voulez? » C'est seulement à ce moment-là que j'ai obtenu les médicaments. Comment peut-on s'attendre à ce qu'une personne ordinaire sache comment s'y retrouver et se défendre dans ce gâchis bureaucratique? Et nous nous demandons pourquoi les peuples autochtones ont les taux les plus élevés d'infections au VIH.

Le 25 avril, notre infirmière en soins à domicile a dit que les SSNA ne couvriraient pas les pansements pour une Crie de 65 ans qui était en soins palliatifs, mourant à la maison d'un cancer métastatique. Il fallait remplacer ses pansements tous les jours, et les SSNA ne donnaient le nécessaire qu'une fois aux trois jours. J'ai dû passer 60 minutes au téléphone avec les fonctionnaires des SSNA et parler à un superviseur pour expliquer que si la patiente mourait d'une septicémie, je noterais que leur négligence avait contribué à son décès prématuré.

Il faut que les médecins prennent un ton péremptoire pour que les fournitures, l'équipement et les médicaments soient pris en charge. Cela n'a pas lieu d'être. Les médecins de famille, les spécialistes et les professionnels paramédicaux ne cessent de répéter à quel point il est difficile de travailler dans le cadre de ce programme et d'obtenir une couverture appropriée pour les Autochtones, et ils demandent comment on peut améliorer la situation.

• (1640)

Je recommande que le programme des SSNA soit évalué par des chercheurs autochtones, des alliés et des usagers du programme, puis modifié pour créer un programme inclusif, adapté et complet qui répond vraiment aux besoins réels des peuples autochtones en matière de santé. Le système actuel des SSNA ne fait que contribuer davantage à notre morbidité et à notre mortalité précoces, et son utilisation est un facteur de risque qui précipite les décès parmi les nôtres.

Hiy hiy.

Le président: Merci, docteur Makokis.

Nous sommes maintenant prêts à entendre le Dr Evans.

Vous avez cinq minutes.

Dr Evan Adams (vice-président, Association des médecins autochtones du Canada): Merci beaucoup.

Je comparais à la fois à titre de médecin en chef adjoint à l'administration centrale de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, à Ottawa, et de vice-président de l'Association des médecins autochtones du Canada.

L'Association des médecins autochtones du Canada s'investit dans le soutien des médecins autochtones partout au Canada, des patients et des clients autochtones, dans la santé des Autochtones et dans la transformation du système. Nous comprenons que l'expérience coloniale et la « brèche » dans les soins de santé des peuples autochtones sont des obstacles importants à leur mieux-être. Nous préconisons l'autodétermination et la gouvernance autochtone, ou le contrôle autochtone des services de santé pour les Autochtones, reconnaissant que les services de santé — l'accès à ces services et les services eux-mêmes — sont un déterminant de la santé des Autochtones et font partie d'un éventail de déterminants sociaux de leur santé. Le Comité en a sûrement entendu parler très souvent.

L'Association des médecins autochtones du Canada aimerait aborder quelques points, comme le besoin de bonnes données sur la santé publique des Premières Nations, des Inuits et des Métis fondées sur des distinctions — ou en fait, seulement des données sur la santé — afin que nous ayons une meilleure idée de l'espace où nous travaillons et de la situation de nos patients, ce qui orientera notre action vers le bien-être.

Les peuples autochtones ont besoin d'aide et de soutien dans de nombreux domaines, mais en voici quelques-uns. Il y a d'abord les maladies transmissibles. La santé mentale et le mieux-être ont été identifiés assez tôt comme un besoin, notamment par les chefs du Canada. D'autres sont des déterminants sociaux de la santé, comme le logement, et, bien sûr, les lieux où nous travaillons, dans les collectivités ou dans les territoires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, ainsi que dans nos cliniques et nos hôpitaux.

Vous avez probablement déjà entendu parler d'un certain nombre d'aspects du programme des services de santé non assurés, mais je voudrais aborder quelques domaines au sujet desquels nous formulons ou entendons souvent des plaintes.

Il y a notamment le processus d'appel du programme des SSNA. Si on refuse de prendre en charge tel ou tel service, les clients, les parents, les tuteurs légaux ou un représentant d'un client peuvent interjeter appel de la décision. Il existe trois niveaux d'appel. Les appels sont évalués par un agent de programme différent à chaque palier. Le programme des SSNA vise à envoyer aux clients une explication écrite de la décision d'interjeter appel dans les 30 jours ouvrables 80 % du temps, dans des circonstances normales, après avoir reçu les documents d'appel dûment remplis.

La Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique a compris qu'il était difficile de répondre dans les délais et s'est efforcée d'améliorer la qualité afin d'abrèger considérablement le délai de réponse et d'appel.

Ensuite, il y a le transport pour raisons médicales pour consulter les guérisseurs traditionnels. Les services de santé non assurés appuient également l'accès aux services de guérison traditionnels au moyen du transport pour raisons médicales. Les clients admissibles peuvent se faire transporter pour recevoir les services de santé qui ne sont pas offerts chez eux, y compris les services traditionnels.

Pour ce qui est des cathéters, ils ont fait l'objet de discussions il y a quelques années, mais il vaut la peine d'y revenir. Les articles couverts dans le cadre du programme des SSNA pour les fournitures médicales et l'équipement visent à répondre aux besoins médicaux des clients relativement aux activités de base de la vie quotidienne, comme manger, se laver, s'habiller, faire sa toilette et se déplacer. En 2017, les SSNA ont porté à quatre par jour le nombre de cathéters urinaires intermittents jetables et ont supprimé l'exigence d'approbation préalable.

Le programme des services de santé non assurés revoit régulièrement ses services et sa couverture. Nous avons un comité consultatif chargé des services de santé buccodentaire non assurés, qui est composé de plusieurs dentistes. Leurs biographies sont disponibles sur notre site Web.

Notre comité consultatif chargé des médicaments et produits thérapeutiques comprend sept médecins et quelques profanes et est présidé par le Dr Derek Jorgenson tandis que sa vice-présidente est la Dre Marlyn Cook, médecin autochtone du Manitoba.

● (1645)

Nous avons aussi un comité consultatif chargé des fournitures et de l'équipement médicaux. Il regroupe des experts en soins de la vue, une infirmière autorisée, un médecin de famille, un médecin de la santé publique, un économiste de la santé, un ophtalmologiste, un podiatre, etc.

Soit dit en passant, je comprends tout à fait que le contrôle de la qualité et l'amélioration de la qualité des services offerts aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis constituent un aspect important de la transformation du système. Nous prenons cette transformation au sérieux et nous comprenons qu'il est extrêmement important de consulter des experts de la santé et des chefs de file dans le domaine de la santé, comme les médecins autochtones ici présents. Il faut aussi discuter avec les clients et dirigeants autochtones, comme les chefs.

Je vais m'arrêter là. Je suis prêt à discuter.

Merci beaucoup.

● (1650)

Le président: Merci beaucoup, monsieur Adams.

Nous allons passer aux questions, en commençant par M. Vidal.

Vous avez six minutes.

M. Gary Vidal (Desnethé—Missinippi—Rivière Churchill, PCC): M. Schmale va prendre notre premier tour, monsieur le président.

Le président: Très bien.

M. Jamie Schmale (Haliburton—Kawartha Lakes—Brock, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie les témoins de leurs exposés. Le thème commun qui ressort généralement de ce que nous avons entendu, surtout de la part des deux premiers témoins, est celui de la bureaucratie, des ralentissements qui peuvent se produire lorsqu'un ministère est trop lourd et trop bureaucratique. Comme on l'a signalé, il arrive que des vies soient emportées. Des témoins ont raconté au Comité des anciens combattants que certains prestataires doivent présenter une nouvelle demande pour prouver que leurs membres sont toujours manquants. Le thème est récurrent, semble-t-il.

Je vais m'adresser d'abord au Dr Makokis, si vous me le permettez, puis le Dr Lafontaine pourra peut-être intervenir. Comme vous l'avez dit dans votre témoignage, il semble que la bureaucratie ne bouge que lorsque vous appuyez sur le bouton panique et secouez le ministère pour qu'il fasse son travail. Cela doit être extrêmement exaspérant pour vous, comme vous l'avez dit très clairement dans votre témoignage.

Comment vous y prendriez-vous pour restructurer l'ensemble du ministère afin qu'il fonctionne correctement, comme certains l'ont proposé?

Dr James A. Makokis: Le problème est complexe et les solutions le sont tout autant. J'ai déjà travaillé à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits quand j'étudiais à l'université. Quand je passais à côté d'employés, de membres du personnel des SSNA, il m'arrivait d'écouter leurs conversations avec des Autochtones. Certaines portaient sur le transport pour raisons médicales, dont on a parlé plus tôt. Des patients se faisaient demander: « Pourquoi ne pouvez-vous pas simplement aller à pied jusqu'au centre de santé? » Il n'y a pas de transport en commun dans les réserves, comme on sait.

Ce que je constate, c'est que les fonctionnaires du programme sont complètement déconnectés de la réalité de ce que vivent les gens dans les réserves et les collectivités dont ils sont censés s'occuper. Ils constituent un obstacle extrême à la prestation des soins de base, des soins normaux. Ils n'ont reçu aucune formation au sujet des peuples autochtones, de la santé des peuples autochtones, de la promesse faite dans notre traité à propos de la santé et des soins de santé, des services médicaux, des fournitures médicales. C'est un énorme problème.

Vous avez évoqué un deuxième élément, c'est-à-dire l'énorme travail de représentation que les médecins ou les fournisseurs de soins de santé doivent faire pour s'y retrouver et obtenir des articles couverts par le programme. Il arrive régulièrement que des médecins autochtones, d'autres collègues autochtones et moi-même, qui travaillons avec notre propre peuple, devons noter le nom des fonctionnaires et surveillants dans le dossier médical. Nous disons carrément: « Vous allez causer la mort de ce patient. Je le note, votre nom figurera dans l'acte de décès et vous serez considéré comme l'une des causes possibles du décès. » Ce n'est qu'à ce moment que les articles sont couverts par le programme.

Il ne devrait pas être nécessaire d'insister à ce point. La plupart des professionnels de la santé ne savent même pas comment s'y retrouver dans ce système, parce qu'ils ne reçoivent aucune formation à ce sujet dans les facultés de médecine ou de pharmacie. C'est seulement lorsque nous sommes obligés de travailler dans ce système que nous devons apprendre sur quels boutons il faut appuyer pour obtenir la prise en charge de tel article ou service.

Faisons la comparaison avec ce qui se passe dans d'autres services d'assurance-maladie complémentaire comme la Croix-Bleue, Manuvie ou d'autres encore. Les fournisseurs disent régulièrement que le programme des SSNA est le plus difficile et cause le plus de tort aux patients lorsqu'ils veulent y avoir accès. C'est aussi le plus humiliant pour les patients lorsqu'ils s'adressent à lui, lorsqu'ils sont chez les fournisseurs et demandent à faire prendre en charge leurs médicaments ou leur équipement médical. Ils doivent se battre et argumenter à n'en plus finir pour obtenir des soins corrects.

M. Jamie Schmale: Docteur Makokis, merci. Voilà qui répond bien à ma question. Vous avez même répondu à ma deuxième ques-

tion, car j'allais demander comment le programme se compare à d'autres services.

Je reviendrai à vous dans deux secondes, mais je voudrais que le Dr Lafontaine intervienne rapidement.

• (1655)

Dr Alika Lafontaine: Je vous remercie de cette question.

Si mon casque d'écoute cause des problèmes aux interprètes, qu'ils le disent, et j'essaierai autre chose.

La bureaucratie est parfois une cible facile quand tout se disloque. Je ne dis pas que les bureaucraties doivent être imposantes, mais nous avons besoin de gens pour mesurer les résultats, suivre l'évolution des coûts, faire respecter l'organisation du travail, faire des audits et remplir toutes sortes d'autres fonctions. Il faut y mettre le temps et l'effort. Autrement, cette responsabilité doit être assumée par quiconque reste dans le système. L'une des principales causes de l'épuisement professionnel chez les médecins est le travail administratif. Je vais donc essayer dans ma réponse de tempérer la critique de la bureaucratie.

Le défi, c'est l'organisation du travail, en fait. Le gouvernement fédéral n'est pas un système médical provincial ou territorial. SAC a évolué. Ce ministère est passé d'un financement par subventions ou selon d'autres modalités à un programme plus durable par lequel il essaie de concevoir et de créer des systèmes de santé en partenariat avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis de tout le Canada. Ce faisant, il revoit l'organisation du travail et pose des questions. L'approbation de trois personnes est-elle vraiment nécessaire? Une seule signature ne suffit-elle pas? Est-ce qu'une seule personne peut signer? La responsabilité de l'approbation pourrait-elle être confiée au médecin?

Nous éprouvons les mêmes difficultés dans nos systèmes médicaux provinciaux et territoriaux. Si je dois téléphoner à un administrateur pour obtenir la permission de faire une opération à une heure du matin, par exemple, cela risque d'entraîner des problèmes pour un patient qui a besoin d'une intervention au beau milieu de la nuit pour une fracture ouverte. En repensant le programme, on pourrait chercher à comprendre ce que l'organisation du travail vise à tirer du système et à assurer l'harmonisation avec les besoins des patients, pour que les bons soins soient dispensés au bon patient, au bon moment et là où cela lui convient le mieux.

Un témoin de votre dernier groupe a dit que, parfois, il est impossible de créer ces systèmes parce que les coûts sont trop élevés ou les ressources limitées. Les ressources humaines en santé sont à un niveau critique en ce moment. L'AMC recommande d'essayer de mettre en place ce qu'il y a de mieux pour le patient, d'ordonner les modalités d'approbation et d'audit pour veiller à ce que nous respections une façon de travailler qui sert l'intérêt supérieur du patient. Il faut envisager ce type de remaniement du programme.

Le président: Merci.

Nous passons maintenant à M. Hanley, qui partage son temps de parole avec Mme Atwin.

Vous avez six minutes.

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Merci beaucoup.

Je remercie les trois témoins de leur discours vraiment fascinant. Un thème récurrent, c'est l'idée d'intégrer à la conception même du programme l'expérience des dirigeants et patients autochtones, mais de maintenir aussi la responsabilité de l'État à l'égard de ce qui doit demeurer une institution financée par l'État. Je comprends qu'il y a un équilibre à préserver.

Docteur Adams, vous et moi avons appris à nous connaître dans bien des rôles différents au fil des ans. Je songe à votre expérience à la Régie de la santé des Premières Nations. Vous êtes l'un de ceux qui ont contribué à la conception de cette entité. À mes yeux, c'est un très bel exemple de la participation des dirigeants des Premières Nations à la conception des programmes.

Pourriez-vous nous expliquer brièvement ce que vous avez appris de cette expérience? Comment pourriez-vous appliquer ces enseignements à la recherche de solutions aux problèmes d'inefficacité observés dans les SSNA?

Dr Evan Adams: Beau sujet. Je pourrais vous en parler pendant un bon moment.

La Régie de la santé des Premières Nations évolue depuis de nombreuses années et est maintenant une organisation de santé des Premières Nations qui compte près d'un millier d'employés et qui aide environ 160 000 membres des Premières Nations de la Colombie-Britannique.

Quelques thèmes s'imposent. L'un est l'autodétermination. Il n'est pas logique que la santé des Premières Nations soit gérée à partir de Vancouver ou d'Ottawa. On pourrait peut-être laisser plus de place aux travailleurs locaux et au savoir local.

Nous avons compris que, parfois, nos travailleurs, qui sont là pour aider et non pour nuire, connaissent mal nos collectivités et leurs besoins, et qu'il est tout à fait inadmissible qu'un commis dans un bureau de Vancouver prenne des décisions en matière de santé qui l'emportent sur celles d'un médecin autochtone sur le terrain — ou de tout médecin ou travailleur de la santé sur le terrain —, et c'est pourquoi nous avons dû changer cette façon de faire.

Comme vous êtes nombreux à le savoir, lorsqu'il s'agit d'améliorer la qualité, d'apporter des changements — des pratiques très simples, comme la façon de fournir rapidement un scalpel dans une salle d'opération —, il faut beaucoup de coopération et les travailleurs de la chaîne en cause doivent admettre qu'ils peuvent faire mieux.

En Colombie-Britannique, ce fut le début de la transformation. Nous avons pris des engagements très rigoureux avec des dirigeants des Premières Nations, mais aussi au niveau tripartite. Depuis que je suis la séance en ligne, je n'ai entendu personne parler de la responsabilité des provinces, qui assurent la majeure partie des services. Elles emploient des médecins et des infirmières et dirigent des hôpitaux et des cliniques. Il faut donc avoir la collaboration de la province, des partenaires fédéraux, des Premières Nations et, en particulier, des chefs de file des Premières Nations en matière de santé, pas seulement des dirigeants. Les chefs peuvent apporter des changements, mais les chefs de file dans le domaine de la santé, comme le Dr Lafontaine et le Dr Makokis, doivent absolument participer à ce processus et assurer la rigueur dans les changements. Au plan moral, ils tiennent le haut du pavé pour demander ces améliorations de la qualité.

Merci.

• (1700)

M. Brendan Hanley: Je vais laisser le reste des six minutes à Mme Atwin.

Mme Jenica Atwin (Fredericton, Lib.): Merci beaucoup, monsieur Hanley.

J'ai tant à dire en si peu de temps. Je souligne d'abord que je prends la parole depuis le territoire non cédé des Wolastoqiyik, au Nouveau-Brunswick.

Dans le peu de temps dont je dispose, je tiens à vous remercier, monsieur Makokis, de votre témoignage. L'honnêteté va vraiment aider à orienter notre travail.

Je tiens également à féliciter le Dr Lafontaine de son élection. L'ancienne présidente, la Dre Ann Collins, est de Fredericton.

Ma question s'adresse au Dr Adams, dont, incidemment, je suis une grande admiratrice, je dois le dire.

Parmi les thèmes abordés, il a été notamment question de la nécessité que les Autochtones jouent un rôle de premier plan, de la lutte contre le racisme systémique et d'une défense éclairée des droits.

Un point important pour l'Association des médecins autochtones du Canada est le renforcement des capacités. Comment les provinces, les territoires et les collectivités peuvent-ils recruter et appuyer des médecins et des professionnels de la santé autochtones pour les aider à régler certains de ces problèmes?

Dr Evan Adams: Excellente question. J'espère que vous allez continuer à la poser à bien des professionnels.

Très rapidement, je dirai qu'il est tout à fait vrai que je prépare des étudiants pour qu'ils puissent présenter une demande d'admission en faculté de médecine, et je le fais dans les programmes de premier cycle et même au niveau secondaire.

Les admissions, c'est une autre question. Il y a aussi le soutien aux étudiants autochtones qui sont en faculté de médecine, parce qu'ils sont assez exceptionnels. Comme les médecins qui comparaissent ici. Ils ont des responsabilités phénoménales au sein de leurs communautés, car non seulement ils étudient en médecine, mais ils sont aussi des chefs de file dans leur communauté et leur milieu culturel et des gardiens du savoir autochtone. De plus, bon nombre d'entre eux ont déjà un certain âge et sont à la tête d'une famille. Ils ont donc besoin de soutien. Ils n'apprennent pas de la même façon que l'étudiant en médecine type. Enfin, ils ont besoin d'emplois.

C'est merveilleux que nous puissions travailler dans des hôpitaux et des cliniques aux côtés de nos collègues non autochtones, mais en réalité, les médecins autochtones doivent pouvoir gravir les échelons. Ils doivent prendre place aux côtés des chefs, en tant que médecins. Les Autochtones peuvent avoir leurs propres médecins comme conseillers principaux en santé, et nous avons besoin de médecins autochtones et d'autres professionnels de la santé aux plus hauts échelons pour demander des comptes et amener du changement.

Merci.

Mme Jenica Atwin: Me reste-t-il du temps, monsieur le président?

Le président: Non. Je crains que votre temps de parole ne soit écoulé. Merci, madame Atwin.

[Français]

Nous allons passer à Mme Gill et à M. Morrice.

Madame Gill, vous avez la parole pour six minutes.

Mme Marilène Gill: Merci, monsieur le président.

J'aimerais remercier l'ensemble des témoins encore une fois, MM. Lafontaine, Adams et Makokis.

Je vous remercie de vos témoignages, qui sont diversifiés.

De plus, vous travaillez sur le terrain. Vous voyez vraiment la réalité dans ce qu'elle a de plus concret et certainement de plus difficile aussi.

J'aurais aimé vous entendre formuler des recommandations pour faire la lumière sur toutes les difficultés que vous rencontrez. J'ai d'ailleurs entendu parler de la paperasse. Je sais que, chez moi, au Québec, l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador revient souvent sur cette question, qui est très difficile pour eux. Cela empêche les gens de recevoir des soins. Si vous pouvez nous éclairer, faites-le, s'il vous plaît.

Ma question s'adresse à vous trois.

[Traduction]

Le président: Docteur Lafontaine, voulez-vous répondre en premier?

Dr Alika Lafontaine: La question est excellente: que recommandez-vous pour régler certains de ces problèmes?

Je vais m'en tenir au fait.

Premièrement, il faut des gens pour offrir les services. Nous devons considérer ce besoin de la même façon que nous le faisons pour un plan intégré et pancanadien des ressources humaines en santé. Comme le Dr Adams et le Dr Makokis l'ont dit, il est difficile de recruter des médecins autochtones pour travailler dans les communautés autochtones et y soigner des Autochtones. C'est extrêmement important.

Deuxièmement, il ne s'agit pas seulement de comparer les coûts à l'interne par rapport au programme des SSNA. Nous devons également comparer les soins offerts dans les systèmes provinciaux et fédéral. L'AMC préconise l'équité dans les soins. Cela signifie que, lorsqu'on se présente dans un service, il faut que, autochtone ou non, on reçoive les mêmes soins, le même type d'accès et le même type de service dans les meilleurs délais.

Enfin, au moment d'envisager des changements, il y a des enseignements que nous pouvons tirer des systèmes de santé autochtones, et aussi des régimes d'assurance-maladie. Nous allons ajouter, je l'espère, une assurance-médicaments et des soins dentaires au régime national d'assurance-maladie. Nous avons des dizaines d'années d'expérience et pouvons dire ce qui marche ou non dans les communautés autochtones. Il y a des leçons à tirer. Nous avons des décennies d'expérience dans le règlement d'autres problèmes que vivent les communautés autochtones dans le régime d'assurance-maladie.

Merci.

• (1705)

Le président: Merci, docteur Lafontaine.

À vous, docteur Makokis.

Dr James A. Makokis: Premièrement, dans la prestation des soins médicaux et en médecine, il est important de suivre des pratiques médicales modernes. Dans le système des SSNA, il y a des ordigrammes comportant de multiples étapes auxquelles les patients doivent se plier. L'exemple le plus évident est la polyarthrite rhumatoïde. Les patients ne devraient pas se retrouver en fauteuil roulant, se faire amputer ou devenir handicapés parce qu'on ne leur fournit pas les médicaments adaptés qui existent aujourd'hui, des agents biologiques et immunologiques comme le Humira. Ces patients doivent plutôt se contenter de médicaments plus anciens, et leurs articulations finissent par être complètement détruites. Ils se retrouvent handicapés et ils meurent. Dans un pays comme le Canada, cela n'a pas lieu d'être. Nous devons suivre les conseils et les recommandations d'ordre médical qui correspondent aux avancées rapides de la médecine.

Deuxièmement, revenons à notre accord initial avec la clause relative aux médicaments, qui est un symbole des soins de santé qui allait évoluer avec le temps. Il englobait tout. Il visait la médecine telle qu'elle allait évoluer — avec les médicaments qui feraient leur apparition, ainsi que le matériel et les fournitures qui allaient venir. Encore une fois, il y a des paramètres très rigides qui régissent l'accès à ces médicaments et à cet équipement. Prenons le diabète et les ulcères au pied... Les principes de base du soin des plaies font appel à la cicatrisation par pression négative, au port de bottes Aircast qui allègent la pression. Aucun de ces articles n'est fourni. Nous constatons ensuite que le taux d'amputation chez les Autochtones est le plus élevé au Canada.

Nous devons offrir des soins qui sont à la hauteur des besoins des Autochtones, dont l'état de santé est le pire, parmi tous les groupes au Canada. Ce n'est pas ce que nos ancêtres ont accepté lorsqu'ils ont bien voulu partager ce pays dans la paix et l'amitié. Au bout du compte, 150 ans plus tard, nous sommes dans une situation pire que lorsque nos parents sont arrivés au Canada.

Le président: Merci, docteur.

Votre tour, docteur Adams.

Dr Evan Adams: Oui. J'espère que nous avons parlé de la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones et du fait que des décisions sont prises au sujet de la santé des Autochtones sans leur participation.

Cette époque devrait être révolue pour deux raisons. La prise de décisions par les Autochtones ne consiste pas seulement à accélérer le système pour qu'un plus grand nombre d'Autochtones aient accès à plus de médicaments plus rapidement. Là n'est pas la question.

En consultant les Autochtones, nous pouvons décider à quels éléments du système il faut s'intéresser. Bien sûr, nous devons aussi regarder en amont et en aval. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits reçoit des critiques.

Nous devons empêcher les gens de tomber du pont plutôt que d'essayer de les secourir une fois qu'ils sont à l'eau. Investir en amont dans nos peuples signifie dépenser de l'argent pour les enfants, pour une prévention qui porte sur les déterminants sociaux de la santé. Si la DGSPNI guérit le cancer d'un patient, mais le laisse ensuite retomber dans l'itinérance, le chômage et la pauvreté, avons-nous vraiment fait notre travail?

Dr James A. Makokis: Le Dr Adams a parlé de la Régie de la santé des Premières Nations, qui est constamment citée en exemple dans tout le pays.

Dans la province de l'Alberta, par exemple, où des communautés sont visées par les traités 6, 7 et 8, certaines nations visées par le Traité 8, comme la nation crie de Bigstone, ont pris en charge leur programme des SSNA. J'ai des patients qui y ont accès, et je considère ces services comme un fournisseur de première ligne.

D'autres médecins autochtones et moi-même qui utilisons ce programme avons constaté qu'il est encore plus difficile d'obtenir une couverture pour les produits pharmaceutiques, les médicaments, l'équipement et les fournitures médicales. Je constate que les restrictions imposées par le programme des SSNA sont resserrées. Je ne sais pas si, dans ce transfert de fonds aux nations et aux communautés autochtones, le financement est encore plus restreint pour que les communautés et les nations administrent leur propre pauvreté avec des fonds qui sont donnés et transférés à partir de programmes fédéraux et autres.

Le président: Merci beaucoup, madame Idlout.

Chers collègues, il nous reste un peu de temps. Je propose de commencer la deuxième série de questions en accordant trois minutes à chacun des deux premiers intervenants, puis une question à chacun des troisième et quatrième intervenants. Ainsi, nous pourrions probablement terminer à temps.

Je vais commencer par les conservateurs. Je ne sais pas exactement qui prendra la parole, mais il aura trois minutes.

M. Jamie Schmale: Merci, monsieur le président.

Je vais reprendre là où le Dr Makokis a terminé dans notre dernière conversation et je vais m'adresser au Dr Lafontaine.

En matière de coûts, il semble qu'au lieu d'exiger la signature de trois personnes avant de pouvoir faire quoi que ce soit, on pourrait vraiment gagner en efficacité en transférant au soin des personnes l'argent destiné au financement de bureaucrates.

Dr Alika Lafontaine: Je suis d'accord. Quand on examine les flux opérationnels, il faut prendre garde de ne pas supposer que ces coûts peuvent être immédiatement transférés aux patients, mais je crois que, oui, vous avez raison.

M. Jamie Schmale: Docteur Makokis.

Dr James A. Makokis: Je suis désolé, pourriez-vous répéter votre question?

M. Jamie Schmale: Je parlais des coûts et d'une bureaucratie excessive et je disais que si on améliorait le flux opérationnel, comme l'a dit le Dr Lafontaine, pour s'assurer que les choses se font rapidement et efficacement, on pourrait peut-être utiliser une partie de cet argent pour financer les soins nécessaires.

Dr James A. Makokis: Oui. Dans le cas de la nation crie d'Onion Lake, on envisage d'accorder un financement en fonction des traités directement à la nation pour qu'elle puisse administrer ses propres ententes et s'occuper des priorités de ses propres communautés en matière de santé.

L'examen du fonctionnement de Services aux Autochtones Canada révèle que l'argent destiné aux Autochtones est en fait détourné par cette vaste bureaucratie et qu'une très faible partie en parvient finalement aux gens qui en ont le plus besoin.

Je suis donc d'accord pour dire que, en effet, la bureaucratie absorbe une grande partie de cet argent alors qu'il est nécessaire aux Autochtones, qui, je le rappelle, affichent les pires résultats en matière de santé au pays. Des nations comme la nation crie d'Onion Lake, qui est un chef de file dans ce domaine, seraient des exemples à suivre.

M. Jamie Schmale: Docteur Makokis, par simple curiosité, dans les histoires douloureuses que vous avez racontées au Comité, quand il vous a fallu appuyer sur le bouton de panique pour que quelqu'un finisse par réagir, est-ce que la personne à l'autre bout de la ligne était un employé du ministère ayant une expérience médicale ou était-ce simplement quelqu'un qui se trouvait là pour répondre au téléphone ce jour-là?

• (1720)

Dr James A. Makokis: Les employés du programme des SSNA qui sont chargés de répondre au téléphone sont des professionnels non médicaux. On engage parfois des professionnels de la santé, comme le pharmacien national, et le programme comprend des professionnels de la santé réglementés, mais ce sont surtout des employés sans formation médicale et qui suivent les diagrammes et les processus décisionnels qui leur sont fournis par Santé Canada dans le cadre des SSNA. Je suis obligé de faire valoir les antécédents médicaux de patients auprès de ces employés sans formation en santé et de leur faire comprendre mon processus décisionnel médical, alors qu'ils n'en ont aucune expérience ou ne le comprennent pas.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant du côté des libéraux, avec M. Badawey.

M. Vance Badawey (Niagara-Centre, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je vais partager mon temps avec Mme Atwin, mais j'ai une question. Je vous remercie d'avoir partagé votre temps avec moi.

Pour faire suite aux commentaires du Dr Makokis, comme secrétaire parlementaire de Services aux Autochtones Canada, je souhaiterais travailler avec vous, docteur, ainsi qu'avec le Dr Lafontaine et le Dr Adams, pour établir une orientation pour la santé communautaire et un plan de santé communautaire plus officiel.

Ma question s'adresse à vous trois. Est-ce qu'il existe ou est-ce qu'on a déjà dressé ce que j'appellerai un « plan stratégique » portant sur la santé globale des communautés autochtones, dans les réserves des régions rurales, dans les petites communautés et dans les réserves? Est-ce qu'il existe déjà un plan stratégique qui soit cohérent ou que vous souhaiteriez tous les trois voir mis en œuvre dans les réserves?

Le président: Pour gagner du temps, je vais d'abord donner la parole au Dr Adams, s'il souhaite commenter, puis au Dr Makokis, et ensuite au Dr Lafontaine.

Dr Evan Adams: Certainement.

La Colombie-Britannique a un plan de santé tripartite pour les Premières Nations. Le premier document était assez mince — je crois qu'il faisait moins de 10 pages. Le suivant, une fois le mandat initial achevé, était beaucoup plus long. Je pense que les Premières Nations, les Inuits et les Métis ont bien expliqué dans quoi ils aimeraient investir et ce que sont leurs priorités. Il serait très utile qu'ils assument la responsabilité de ce genre d'orientation et d'investissements. Il est insensé de donner des soins qui n'ont pas été demandés, et ce depuis un endroit éloigné. Il faut vraiment faire participer les populations locales.

Merci.

Le président: Merci.

Docteur Makokis.

Dr James A. Makokis: L'un des problèmes courants des médecins autochtones travaillant dans la communauté — nous sommes très peu nombreux — est que nous sommes exclus du processus décisionnel et que personne ne nous interroge sur notre expérience concrète quand nous interagissons avec ces programmes.

D'autres professionnels paramédicaux avec qui je discute, comme les pharmaciens, les optométristes, les opticiens et les infirmières, ont la même expérience de ces programmes. Je pense que c'est l'une des plus grandes difficultés. En fait, il faudrait que nous puissions nous entretenir et dialoguer avec les utilisateurs de ces programmes, qui pourraient ensuite témoigner de ces expériences vécues régulièrement en temps réel par des personnes réelles.

Je sais que les témoins du groupe précédent ont souligné l'importance des accompagnateurs. Les accompagnateurs peuvent sauver la vie de personnes régulièrement confrontées au racisme systémique dans le système de soins de santé, parce que ce sont eux qui le constatent en temps réel et prennent la défense de ces personnes. Nous savons ce qui est arrivé à Joyce Echaquan, ainsi qu'à bien d'autres personnes dans le système de soins de santé du Canada, où des gens meurent à cause du racisme systémique.

En fait, il faudrait que nous puissions dialoguer avec les utilisateurs du programme, avec les bureaucrates qui sont souvent forcés de signer des ententes de non-divulgence qui leur interdisent de parler des injustices qu'ils constatent dans le cadre du programme. Vous pouvez parler à certaines des infirmières de Services aux Autochtones Canada avec qui je communique régulièrement: elles sont témoins d'injustices, mais ne peuvent pas en parler aux médias à cause d'ententes de non-divulgence qu'elles sont contraintes de signer. C'est en vertu de la réglementation de leur profession et du fait qu'elles représentent cette profession qu'elles ne peuvent pas parler.

Il y a beaucoup de problèmes. Ce n'est là que la pointe de l'iceberg, et je pense que cette discussion devrait être élargie pour inclure plus de gens.

• (1725)

M. Vance Badawey: Alors faisons-le.

Docteur Lafontaine.

Dr Alika Lafontaine: J'ai fait partie d'une alliance appelée l'Indigenous Health Alliance de 2013 à 2017. Plus de 150 Premières Nations de trois provinces en faisaient partie. Il y avait, entre autres, la nation Nishnawbe Aski dans le nord de l'Ontario, la nation Keewatinowi Okimakanak dans le nord du Manitoba et la Fédération des nations autochtones souveraines. Nous avons l'appui

de l'APN. Nous avons rencontré des ministres, et c'est à ce moment-là que j'ai pu vraiment comprendre la question que vous venez de soulever.

Prenons l'exemple de la cuisine, puisque nous demandons souvent aux communautés de cuisiner ce qu'elles veulent avec des ingrédients étrangers. À mon avis, c'est ce qui se passe avec les soins de santé pour beaucoup de gens qui ne sont pas du domaine de la santé ou qui ont vécu une expérience antérieure comme patients. Ils ne savent pas vraiment ce qu'ils ignorent, et ils ne savent pas comment les éléments s'emboîtent.

Cette alliance a surtout permis de faire ce que nous essayons de faire à l'AMC, c'est-à-dire donner aux gens des exemples de ce qu'on peut cuisiner. Nous leur expliquons ce que sont les différents ingrédients et comment ils peuvent s'agencer. Cela permet aux communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis de tout le pays de choisir ce qu'elles veulent manger, mais aussi de comprendre la nutrition, la cuisine, les ingrédients, etc.

La question n'est pas de savoir si les gens peuvent cuisiner, mais s'ils peuvent cuisiner quelque chose avec ce que nous leur donnons. Je crois que nous devons cesser de nous demander si les communautés sont aptes et partir du principe qu'elles sont aptes et se demander si elles ont le soutien dont elles ont besoin pour prendre de meilleures décisions.

Le président: Merci beaucoup. C'est une analogie intéressante, docteur Lafontaine.

[Français]

Madame Gill, vous pouvez poser une question ou céder le temps qu'il reste à M. Morrice.

Mme Marilène Gill: Je m'excuse, je pensais que vous parliez à M. Morrice.

Monsieur le président, bien sûr, je vais laisser le temps qu'il reste à M. Morrice.

Merci.

[Traduction]

Le président: Merci.

Monsieur Morrice, vous avez le temps de poser une brève question.

[Français]

M. Mike Morrice: Merci encore, madame Gill.

[Traduction]

Merci à tous les témoins de leur présence parmi nous cet après-midi. J'ai été particulièrement frappé par vos commentaires, docteur Makokis, notamment au sujet des limites et des lacunes de la structure de notre comité et du fait que je ne peux vous parler qu'en anglais.

S'il y a quelque chose que vous n'avez pas encore eu l'occasion de dire au Comité, je voudrais simplement vous donner le temps de le faire maintenant.

Dr James A. Makokis: Merci beaucoup de votre offre.

Merci de votre témoignage. Merci de votre franchise. Votre précieuse contribution aura enrichi nos travaux, et nous vous en sommes très reconnaissants. Merci.

Allez-y, monsieur Badawey.

M. Vance Badawey: Merci, monsieur le président.

Très rapidement, je veux m'adresser aux trois médecins. Mon bureau communiquera avec vous pour que nous ayons plus de temps

pour discuter de certaines des choses dont nous avons parlé à la réunion d'aujourd'hui.

Je tiens à vous remercier du temps que vous nous avez consacré aujourd'hui.

Le président: Merci.

Sur ce, la séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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