



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 018

Le vendredi 6 mai 2022

Président : L'honorable Marc Garneau



Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

Le vendredi 6 mai 2022

• (1300)

[Français]

Le président (L'hon. Marc Garneau (Notre-Dame-de-Grâce—Westmount, Lib.)): Bonjour, tout le monde.

Je déclare la séance ouverte.

Je vous souhaite la bienvenue à la 18^e réunion du Comité permanent des affaires autochtones et du Nord.

[Traduction]

Nous nous réunissons aujourd'hui sur le territoire non cédé de la nation algonquine anishinabe.

[Français]

Aujourd'hui, nous continuons notre troisième étude, qui porte sur l'administration du Programme des services de santé non assurés et sur l'accessibilité des peuples autochtones à ce programme.

[Traduction]

Pendant la première partie de la réunion, nous allons entendre l'honorable Patty Hajdu, ministre des Services aux Autochtones, ainsi que des fonctionnaires du ministère des Services aux Autochtones et du ministère des Relations Couronne-Autochtones et des Affaires du Nord.

[Français]

Je voudrais vous rappeler les exigences du Bureau de régie interne concernant la distanciation physique et le port du masque.

[Traduction]

Pour assurer le bon déroulement de la réunion, j'aimerais également souligner quelques règles à suivre.

Les députés et les témoins peuvent s'exprimer dans la langue officielle de leur choix. Des services d'interprétation en anglais, en français et en inuktitut sont offerts pendant la première partie de la séance. Veuillez faire preuve de patience pour l'interprétation. Il pourrait y avoir un décalage, surtout parce que l'inuktitut doit être traduit en anglais avant d'être traduit en français, et vice versa.

Le bouton d'interprétation se trouve au bas de votre écran. Vous pouvez choisir l'anglais, le français ou l'inuktitut. Si l'interprétation est interrompue, veuillez me l'indiquer immédiatement, et nous veillerons à ce qu'elle soit correctement rétablie. Chaque fois que vous souhaitez parler ou attirer l'attention de la présidence, vous pouvez utiliser la fonction « Lever la main » au bas de votre écran.

Veuillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Si vous participez par vidéoconférence, veuillez cliquer sur l'icône de microphone pour activer le vôtre. Le microphone des personnes dans la pièce sera contrôlé normalement par l'agent des délibérations et de la vérification. Lorsque vous vous exprimez, veuillez le

faire lentement et clairement. Lorsque vous ne parlez pas, veuillez mettre votre micro en sourdine. Je rappelle que toutes les observations doivent être adressées à la présidence.

Chers collègues, vous connaissez tous les procédures normales à suivre pendant ces réunions.

Nous nous apprêtons à entendre la ministre Hajdu. Elle a demandé huit minutes de temps de parole. Comme vous le savez, nos motions de régie interne prévoient normalement cinq minutes. Je crois comprendre que Mme Gill et Mme Idlout sont d'accord pour accorder huit minutes.

J'aimerais demander aux conservateurs s'ils sont également d'accord.

La greffière du Comité (Mme Vanessa Davies): M. Vidal a dit que les conservateurs sont d'accord, monsieur.

Le président: Merci beaucoup.

Sur ce, je vais donner la parole à la ministre Hajdu.

Vous avez huit minutes à votre disposition, madame la ministre.

L'hon. Patty Hajdu (ministre des Services aux Autochtones): Merci beaucoup, monsieur le président, et je remercie mes collègues de m'accorder un peu de temps.

Kew Kew. Tansi. Unnusakut. Bonjour.

Je m'adresse également à vous depuis le territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin anishinabe, mais il s'agit dans mon cas de la région traditionnelle visée par le Traité Robinson-Supérieur, et je suis très heureuse d'être ici.

Je pense que, tout d'abord, dans le cadre de cette discussion, il est de notre devoir à tous de reconnaître que la colonisation par le déplacement, la discrimination et le racisme systémique ont causé de graves traumatismes intergénérationnels chez les peuples autochtones et ont perpétué des inégalités dans les déterminants de la santé et du bien-être.

Conformément aux engagements du Canada en vertu de la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones et des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, la lutte contre les inégalités en santé est une priorité clé pour Services aux Autochtones Canada.

Réconcilier, c'est aller de l'avant sur le plan de l'égalité, de la vérité et de l'autodétermination, et en ce qui a trait aux services conçus par et pour les Autochtones, avec suffisamment de financement et de soutien en place pour que les gens y aient accès. Nous devons faire mieux parce que les soins de santé sont un droit pour tous les Canadiens.

Nous reconnaissons la force des peuples, des familles, des jeunes et des communautés autochtones, qui ont poussé les gouvernements à trouver une approche holistique fondée sur les distinctions. Cette approche continuera d'améliorer l'accès à des services communautaires adaptés à la culture et aux traumatismes. Nous savons qu'il y a encore beaucoup de travail à faire ensemble. Le gouvernement fédéral ne peut pas agir seul pour mettre en œuvre tous les changements nécessaires. Grâce à des conversations avec des partenaires autochtones et la province et les territoires, nous pouvons tracer la voie à suivre pour mieux servir les communautés autochtones, inuites et métisses partout au pays.

Le programme des services de santé non assurés, les SSNA, administré par Services aux Autochtones Canada, est un domaine où des efforts considérables ont été déployés pour corriger ces iniquités. Ce programme offre aux Premières Nations et aux Inuits des services de santé qui ne sont pas couverts par les provinces et les territoires, y compris des médicaments sur ordonnance et en vente libre, des soins dentaires et de la vue, des fournitures et du matériel médicaux, le counselling en santé mentale et le transport pour accéder à des services de santé qui ne sont pas disponibles localement, peu importe où nos clients vivent au Canada. Ces prestations sont différentes des autres régimes d'assurance-maladie privés ou publics, car elles ne sont pas fondées sur le revenu et il n'y a pas de quote-part ni de franchise.

Le régime de prestations pharmaceutiques des SSNA est l'un des plus importants régimes d'assurance-médicaments financés par le secteur public au pays, et il est dirigé par trois comités consultatifs d'experts formés de professionnels de la santé hautement qualifiés qui fournissent des conseils médicaux impartiaux et pratiques.

En partenariat avec l'Assemblée des Premières Nations, nous travaillons à l'examen du programme des SSNA. C'est l'occasion pour les partenaires de cerner et de combler les lacunes dans les prestations et de simplifier la prestation des services afin de mieux répondre aux besoins des clients. Ce travail de collaboration a entraîné des changements tangibles, comme des mesures de soutien supplémentaires pour les femmes enceintes afin qu'elles n'aient pas à se déplacer seules si elles doivent se déplacer à l'extérieur de leur communauté pour accoucher.

Le programme des SSNA communique aussi régulièrement avec l'Inuit Tapiriit Kanatami pour discuter de questions propres aux Inuits.

Avec la signature de l'Accord Canada-Nation métisse de 2017, nous avons commencé à transférer des fonds aux gouvernements métis pour des programmes axés sur les distinctions.

Comme je travaille pendant plus de vingt ans dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie, et que j'entends les histoires des communautés chaque fois que je m'y rends, je suis tout à fait consciente qu'il n'existe pas une seule approche ou un seul programme qui puisse s'attaquer aux facteurs variés, complexes et interreliés du bien-être mental.

Mon ministère travaille en étroite collaboration avec les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis pour améliorer la prestation des services, ce qui signifie appuyer un accès accru à des soins complets de qualité, culturellement fondés, comme le programme Choose Life de la nation Nishnawbe Aski. Il faut veiller à ce que les programmes financés par le gouvernement fédéral offrent un soutien souple aux organisations qui aident les gens à rester en contact avec leur culture, leur guérison traditionnelle et leurs façons

d'être traditionnelles. Par exemple, sous notre gouvernement, pour la première fois, les services traditionnels de santé mentale sont couverts.

Nous avons récemment fait d'importants investissements pour améliorer le bien-être mental dans les communautés autochtones, pour un total d'environ 645 millions de dollars en 2020-2021. Le budget de 2022 propose d'engager 227,6 millions de dollars supplémentaires sur deux ans pour des services autochtones adaptés aux traumatismes et à la culture afin d'améliorer le bien-être mental.

Ces investissements comprenaient le renouvellement de services essentiels comme les lignes d'écoute téléphonique et la santé mentale, le soutien culturel et affectif aux anciens élèves des pensionnats indiens et des externats fédéraux et à leurs familles, ainsi qu'aux personnes touchées par la question des femmes et des filles autochtones disparues et assassinées.

• (1305)

Le transport médical est essentiel pour les collectivités rurales et isolées, et même si les provinces et les territoires gèrent la prestation des soins médicaux et hospitaliers, nous savons que ce n'est pas toujours possible. De 2020 à 2021, les SSNA ont investi 525,7 millions de dollars dans le transport médical, soit 35,3 % du total des dépenses des SSNA. Cette mesure, ainsi que d'autres mesures de soutien prénatal, fait en sorte que les familles obtiennent le soutien dont elles ont besoin.

Le programme de soins dentaires des SSNA est universel. Cela signifie qu'il couvre tous les membres des Premières Nations et les Inuits admissibles, peu importe leur âge, leur revenu ou d'autres mesures des besoins socioéconomiques. Les bénéficiaires ne paient pas de franchise ou de quote-part et n'ont pas de maximum annuel.

En 2016, le SSNA a mis sur pied un comité consultatif externe pour appuyer l'amélioration des résultats en santé buccodentaire, et nous sommes déterminés à travailler avec d'autres partenaires pour adopter des pratiques exemplaires alors que nous cherchons à explorer la couverture dentaire pour tous les Canadiens.

Le mieux-être mental, le transport médical et les soins dentaires ne sont que trois exemples des mesures de soutien complètes offertes par l'entremise des SSNA. Nous savons qu'il reste du travail à faire et je suis déterminée à améliorer les services pour toutes les communautés autochtones.

Je suis heureuse d'être accompagnée de Valerie Gideon, sous-ministre déléguée, et de Scott Doidge, directeur général, Services de santé non assurés. De plus, le Dr Evan Adams, médecin en chef adjoint de la santé publique, que vous avez entendu plus tôt cette semaine, ainsi que Keith Conn, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, sont en vidéoconférence pour m'aider à répondre à vos questions.

Meegwetch. Nakurmiik. Marci. Merci.

Le président: Merci beaucoup, madame la ministre.

Nous allons maintenant passer à la première série de questions, en commençant par M. Vidal.

Monsieur Vidal, vous avez six minutes.

M. Gary Vidal (Desnethé—Missinippi—Rivière Churchill, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci, madame la ministre, d'être encore une fois parmi nous et d'aborder certaines de ces questions très importantes.

Madame la ministre, comme vous l'avez dit dans vos observations, et je pense que vous en êtes pleinement consciente — vous étiez en Saskatchewan il y a quelques semaines —, les gens dans ma circonscription parcourent de grandes distances pour avoir accès à des services médicaux, pour se rendre à des rendez-vous. Dans vos observations, vous avez parlé du transport à des fins médicales. Beaucoup de personnes dans ma circonscription en dépendent grandement. Compte tenu des grandes distances, ils sont souvent à des heures de déplacement de leur rendez-vous. Au cours des dernières semaines, à plusieurs reprises, des exploitants d'entreprises de taxis médicalisés m'ont dit qu'ils ont de la difficulté à composer avec la hausse des coûts, comme la hausse du prix de l'essence. Ces hausses sont évidemment excessives dans un endroit éloigné et compte tenu des distances parcourues. Je vois ma collègue du Bloc acquiescer; nous avons les mêmes questions à poser aujourd'hui à propos de l'éloignement. Ces taxis sont une bouée de sauvetage pour beaucoup de ces personnes. Si ces entreprises ne survivent pas à la hausse des coûts, nous ferons face à un tout nouveau problème.

L'autre jour, nous avons entendu le vice-chef de la Federation of Sovereign Indigenous Nations. Nous en avons également parlé aujourd'hui. Je me demande s'il se passe la moindre chose dans ce processus par rapport au service de taxis médicalisés. Y a-t-il une sorte d'examen pour adapter les frais aux prix de l'essence ou une autre mesure pour aider ces entreprises à survivre?

• (1310)

L'hon. Patty Hajdu: Merci beaucoup, monsieur Vidal.

Je dirai généralement que l'inflation est prioritaire en ce moment pour Services aux Autochtones Canada, non seulement pour cet aspect des soins médicaux, mais aussi sans aucun doute pour le développement des infrastructures et beaucoup d'autres mesures que le ministère appuie.

Je peux peut-être demander à Mme Gideon ou à M. Doidge de répondre à ces questions.

Mme Valerie Gideon (sous-ministre déléguée, ministère des Services aux Autochtones): Je vais commencer et ensuite inviter M. Doidge à ajouter brièvement quelque chose.

Pour effectuer un remboursement en fonction du kilométrage, nous nous servons de la directive sur l'aide au transport quotidien du Conseil national mixte. Nous sommes actuellement en train d'examiner les services de transport pour raison médicale avec l'Assemblée des Premières Nations. Nous avons apporté un changement l'année dernière, par exemple, en augmentant de 25 % le taux pour les repas et l'hébergement afin de donner suite à des demandes de personnes qui affirmaient que nous n'avions pas augmenté suffisamment nos taux depuis un certain nombre d'années.

J'invite M. Doidge à parler plus précisément de la question des taxis médicalisés.

M. Gary Vidal: Je vous serais reconnaissant d'être bref. Mon temps est très limité, et j'ai beaucoup de questions.

M. Scott Doidge (directeur général, Direction des services de santé non assurés, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, ministère des Services aux Autochtones): Je ne vais rien ajouter alors.

M. Gary Vidal: Bien. C'était bref. Merci.

Madame la ministre, vous avez également parlé — et je pense que vous êtes bien conscientes des problèmes à cet égard dans ma

circonscription — des difficultés liées à la santé mentale. Lorsque j'ai été élu pour la première fois en 2019, l'une des premières choses dont je me suis occupé était une crise dans une des Premières Nations près de ma collectivité.

L'une des choses que j'entends sur le terrain lorsque je parle aux dirigeants dans mes collectivités, c'est qu'ils envisagent une approche faisant appel à toute la famille plutôt qu'une approche individuelle.

Est-ce que c'est fait par l'entremise des services de santé non assurés? Est-ce qu'on est ouvert à de nouvelles idées? Où en sommes-nous à cet égard?

L'hon. Patty Hajdu: Je vous remercie de donner cet exemple, car des collectivités de ma circonscription innovent exactement de cette façon: elles reconnaissent que la toxicomanie et les problèmes de santé mentale sont systémiques et communautaires, qu'ils sont individuels dans une moindre mesure. Cette approche cadre certainement bien avec le point de vue autochtone holistique du bien-être communautaire. Il y a effectivement la marge de manœuvre nécessaire pour avoir des programmes conçus et offerts par des Autochtones.

J'ai fait allusion au programme Choose Life dans mes observations, un programme de prévention du suicide chez les jeunes qui est conçu et offert par la communauté. Sa conception offre la latitude nécessaire pour que les différentes collectivités puissent l'adapter à leurs besoins. Grâce à cette marge de manœuvre, les collectivités peuvent effectivement offrir aux familles et aux groupes sociaux... toutes sortes de solutions de rechange.

M. Gary Vidal: Merci.

Monsieur le président, je suis désolé. Je n'ai pas démarré mon chronomètre aujourd'hui, et vous devrez donc m'interrompre le moment venu. Je ne sais pas où j'en suis dans mes questions aujourd'hui.

Le président: Vous avez une minute et demie.

M. Gary Vidal: Merci. Ma prochaine question sera très brève.

Madame la ministre, vous y avez déjà fait allusion, mais je veux vous poser des questions plus directes à ce sujet.

Dans l'éventualité où une organisation a des idées novatrices et adaptées à la culture, et qu'elle veut mener un projet pilote et obtenir un soutien pour ces idées — non seulement pour une mesure axée sur la communauté ou la famille, mais aussi... Dans bien des endroits, nous devons le faire aussi à l'échelle régionale, car nous ne pouvons pas être partout en même temps. Si on veut mettre de l'avant ce genre d'idées, quel serait le processus à suivre?

À quel point est-il difficile pour le ministère de sortir des sentiers battus pour faire des choses qu'il n'a jamais faites avant? C'est ce de cette façon que je le formulerais.

• (1315)

L'hon. Patty Hajdu: Je vais répondre de manière générale et ensuite céder la parole à Mme Gideon.

Cela dépend de l'endroit où se trouve le groupe communautaire. Par exemple, si c'est dans un milieu urbain, cela peut être un peu plus difficile. Si c'est dans une Première Nation ou dans une collectivité régionale — un conseil tribal, par exemple —, je pense qu'il y a un peu de latitude au ministère pour se pencher rapidement sur un concept et le mettre ensuite en œuvre sur le terrain.

Madame Gideon, voulez-vous ajouter quelque chose?

Mme Valerie Gideon: Je dirais que c'est exactement cela. Dans la mesure du possible, nous trouvons des moyens horizontaux de travailler avec tous les secteurs, pour pouvoir avoir une plus grande marge de manœuvre dans nos autorisations politiques et nos enveloppes budgétaires.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Vidal.

Nous passons maintenant à Mme Atwin pour six minutes.

Mme Jenica Atwin (Fredericton, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci, madame la ministre, d'être parmi nous aujourd'hui.

Je me trouve sur le territoire wolastoqiyik non cédé, à Oromocto, au Nouveau-Brunswick.

Madame la ministre, je veux vous remercier encore une fois pour vos observations et de bien vouloir reconnaître que les choses n'ont pas été parfaites jusqu'à maintenant. Vous vous êtes vraiment engagés à redresser certains torts. Il est très rafraîchissant de voir cette humilité.

Nous partageons la même passion pour la santé mentale et le bien-être mental. C'est la Semaine de la santé mentale au Canada, et je vais donc revenir sur d'excellentes questions posées par M. Vidal. Vous avez parlé des conseillers traditionnels, ce qui me fait penser à la collectivité d'Attawapiskat, en particulier, qui a perdu beaucoup de jeunes en même temps. On a demandé des choses comme un soutien en santé mentale adapté à la culture et des programmes dirigés par des Autochtones.

Pourriez-vous parler un peu plus de la façon dont le gouvernement investit dans des guérisseurs culturels pour la santé mentale, et de la façon dont on a élargi la portée de cette mesure dernièrement? Merci beaucoup.

L'hon. Patty Hajdu: Je vais essayer de ne pas prendre tout votre temps, car vous avez raison. C'est un domaine qui me passionne.

Je pense qu'il est essentiel pour faire avancer ce dossier très difficile de faire preuve de latitude dans la façon dont les Autochtones, et même les non-Autochtones, peuvent avoir accès à un soutien en matière de santé mentale et de toxicomanie. Pendant beaucoup trop longtemps, les gouvernements, y compris le nôtre, ont tenté d'appliquer une approche très occidentale en matière de bien-être ou de guérison, surtout pour ce qui est de la toxicomanie. C'est une approche très individualiste. Le counselling individuel et même les programmes à 12 étapes — qui, je sais, sont sans aucun doute très utiles pour certaines personnes — n'ont pas de volet culturel qui peut nécessairement se transposer facilement dans certaines communautés.

Comme Val l'a dit... C'est comme ça que nous l'appelons; c'est dire à quel point elle est accessible. Comme Val l'a dit, ce qui changera vraiment la donne, c'est l'élaboration avec les collectivités d'une approche novatrice qui fonctionnera pour elles, car de nombreuses collectivités avec lesquelles je travaille dans ma propre circonscription me disent que la toxicomanie et les problèmes de santé mentale sont systémiques. Pensez aux gens dans votre vie que vous aimez et qui ont souffert. Une personne peut suivre un traitement, mais si elle revient exactement dans le même système, c'est très difficile pour elle de ne pas rechuter.

Certaines collectivités, comme celle de Long Lake dans la réserve n° 58, qui se trouve dans ma circonscription, offrent des trai-

tements en groupe d'amis et d'autres approches collectives pour aider la personne et les autres à se soutenir dans leur processus de rétablissement.

Mme Jenica Atwin: Merci beaucoup.

Dans le but de parler des autres améliorations — parce qu'on a clairement amélioré le système de SSNA —, à quels autres domaines le ministère a-t-il songé pour assurer une meilleure convivialité ou une meilleure accessibilité?

Nous avons entendu des témoignages assez puissants en comité à ce sujet, et il faudrait peut-être apporter certaines améliorations. Quelles mesures ont été prises jusqu'à maintenant pour accroître l'accessibilité au programme?

L'hon. Patty Hajdu: Madame Gideon, je vais vous laisser la parole dans un instant.

Je dirais que le ministère vise surtout l'autodétermination, l'autonomie, l'équité et, bien sûr, l'honnêteté. Je crois que le recours à ces principes pour orienter la restructuration des programmes nous a aidés à modifier la trajectoire du ministère de façon générale.

Monsieur Doidge, madame Gideon, voulez-vous nous parler de la façon dont cela se traduit en pratique?

Mme Valerie Gideon: Je peux commencer. Je peux vous donner de nombreux exemples.

Aujourd'hui, chaque femme enceinte qui doit donner naissance en dehors de sa communauté a accès à un accompagnateur. Les critères ne sont plus restreints au besoin médical. Dans le domaine des soins dentaires, nous avons augmenté de manière importante la couverture pour les services de prévention, comme les traitements au fluorure pour les adultes. Avant, ces traitements étaient uniquement couverts pour les enfants. Nous avons éliminé plusieurs exigences de préapprobation dans plusieurs catégories de fournitures et équipements pharmaceutiques et médicaux.

Les renseignements sur les améliorations que nous avons apportées par l'entremise du processus d'examen conjoint avec l'Assemblée des Premières Nations sont d'ordre public. Je crois que vous allez entendre l'un des membres clés du comité qui a fait partie du processus par l'entremise de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. Nous avons éliminé les exigences de préapprobation pour plusieurs traitements et produits pour l'affirmation de genre... Ce ne sont là que quelques exemples.

Je dirais que les rétroactions des représentants des Premières Nations et des Inuits nous ont beaucoup aidés à améliorer l'accès, et nous continuons sur cette voie.

● (1320)

Mme Jenica Atwin: À ce sujet, à quoi ressemble le processus? Comment obtenez-vous les rétroactions des utilisateurs du programme? Quels sont les mécanismes de communications en place pour les plaintes ou les suggestions?

Mme Valerie Gideon: Il y a d'abord eu une résolution de l'Assemblée des chefs, qui est très importante, puis un engagement de la ministre de la Santé à revoir le processus. Nous l'avons examiné point par point.

Nous avons financé l'Assemblée des Premières Nations afin qu'elle coordonne le processus. Elle a désigné des représentants régionaux et des intervenants pivots des SSNA. Nous avons plus de 30 intervenants pivots qui sont engagés par les Premières Nations ou les Inuits, qui travaillent directement avec les clients et qui nous font part de leurs rétroactions.

Ce sont là des exemples de notre réseau très actif de membres des Premières Nations et d'Inuits — des représentants des clients, en fait — qui échangent avec nous dans le but d'améliorer les services.

Mme Jenica Atwin: Merci.

Le président: Merci beaucoup, madame Atwin.

Il ne vous restait que 10 secondes.

[Français]

Je cède maintenant la parole à Mme Gill pour six minutes.

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

J'aimerais remercier Mme Hajdu, Mme Gideon, M. Doidge et M. Adams d'être parmi nous aujourd'hui.

Madame la ministre, vous savez que, depuis 2013, le Programme des services de santé non assurés est maintenant géré de façon centralisée, en ce qui concerne la prédétermination des services, la facturation, les soins dentaires, et ainsi de suite. Or, on nous dit que, depuis la centralisation, bon nombre de difficultés perdurent. La lourdeur administrative a même augmenté, alors que les gens demandaient déjà plus de légèreté et de flexibilité.

De plus, l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador nous dit que, lorsqu'il y avait un bureau au Québec, les échanges étaient plus faciles et la communication était meilleure. Bref, le fonctionnement était plus efficace.

Aujourd'hui encore, on remarque que les difficultés se sont accentuées. Les retards dans les paiements et dans le remboursement des services, par exemple, sont de plus en plus fréquents. Pourtant, il s'agit bien entendu de services essentiels. On nous rapporte aussi des difficultés du côté des professionnels de la santé, qui décident tout simplement de ne pas servir la population. Évidemment, lorsqu'on n'est pas payé, on trouve cela difficile et on abandonne.

Étant donné que les choses ne fonctionnent pas, y a-t-il une réflexion en cours en vue d'une décentralisation des services? Sinon, de quelle façon peut-on travailler ou vous assurer de travailler pour que les membres des Premières Nations aient accès aux services?

[Traduction]

L'hon. Patty Hajdu: Je pourrais vous parler de quelques points; Mme Gideon et M. Doidge pourront prendre la parole ensuite. Je dirais que le programme des SSNA encourage les dentistes à participer directement au programme de sorte que les clients ne doivent pas acquitter les frais au point de service. Je crois que cela donnerait lieu à une certaine décentralisation, puisque tous les dentistes, sans égard à l'endroit où ils se trouvent, pourraient travailler directement avec le programme des SSNA et les clients auraient accès aux services directement.

De plus, nous couvrons les frais de déplacement en vue d'obtenir des services de soins dentaires lorsqu'ils ne sont pas offerts dans la collectivité. Encore une fois, nous voulons que tous aient accès aux soins, peu importe où ils habitent.

Monsieur Doidge, vous pourriez nous parler de la décentralisation de façon générale.

M. Scott Doidge: Bien sûr.

En ce qui a trait aux fournisseurs de services, nous surveillons le nombre d'inscriptions de près afin de veiller à ne pas perdre de fournisseurs. Par exemple, au cours des cinq dernières années, nous avons connu une augmentation de 12 % du nombre de dentistes qui offrent les services de façon active. Ce ne sont donc pas seulement des cabinets dentaires qui sont inscrits au cas où ils verraient un patient autochtone. Ce sont des fournisseurs de services actifs.

En ce qui a trait aux préoccupations que vous...

[Français]

Mme Marilène Gill: Je m'excuse de vous interrompre, mais j'aimerais juste préciser quelque chose ici.

Vous dites qu'il y a une augmentation du nombre de dentistes. C'est peut-être vrai en région urbaine, mais chez moi, en région éloignée, le nombre de dentistes n'a pas augmenté. Il y a toujours une modulation à faire lorsqu'il s'agit d'endroits isolés. Je voulais juste le signaler. Les chiffres peuvent être intéressants dans certains endroits, mais cela n'aura vraiment aucune incidence dans des endroits où, par exemple, il n'y a qu'un seul dentiste. Je ne parle même pas des communautés éloignées, car il n'y a pas de dentistes dans ces communautés et les gens doivent parcourir 200, 300 ou même 400 kilomètres pour avoir accès à un dentiste.

Je m'excuse de vous avoir interrompu. Vous pouvez poursuivre.

● (1325)

[Traduction]

M. Scott Doidge: Dans ces types de situations — et je vous remercie pour cette précision —, nous faisons de notre mieux pour offrir des services dentaires par l'entremise des dentistes ou des hygiénistes contractuels dans les communautés. C'est notre priorité et nous y consacrons une grande partie de nos dépenses en soins dentaires.

Nous sommes toujours ouverts à trouver des façons d'améliorer la prestation de ces services, parce que le modèle d'affaires pour la rémunération à l'acte, qui oblige les gens à quitter leur communauté, n'est vraiment pas optimal. Nous sommes ouverts à toutes les suggestions en vue d'améliorer ce service.

[Français]

Mme Marilène Gill: Qu'en est-il de la décentralisation, que j'ai évoquée dans ma question? Je ne dis pas que cela peut se faire à court terme. Si l'APNQL vous disait que cette façon de faire ne fonctionne pas et qu'elle aimerait vraiment trouver un autre modèle ou encore revenir à l'ancien modèle tout en l'optimisant, y aurait-il une ouverture de votre côté? C'est effectivement une demande qui provient des Premières Nations elles-mêmes.

[Traduction]

Mme Valerie Gideon: Voici ce que j'allais dire.

Pouvez-vous nous parler des mesures concrètes que vous avez prises pour améliorer la formation ou pour accélérer les choses au ministère?

L'hon. Patty Hajdu: Je demanderais à Mme Gideon de nous parler de la formation, mais la rationalisation du processus de paiement des fournisseurs d'Express Scripts et l'accès aux avantages comme les soins dentaires et les soins de la vue représentent une priorité pour le ministère.

Madame Gideon, vous pouvez peut-être nous expliquer comment cela se traduit sur le plan pratique pour les fonctionnaires.

Mme Valerie Gideon: Nous avons mis en œuvre une politique de formation obligatoire sur les compétences culturelles en 2020, pour tous les fonctionnaires du ministère. Il y a quelques années, nous avons mis en œuvre un programme d'emploi pour les Autochtones au sein de la Direction générale des Premières Nations et des Inuits, qui est chargée du programme des services de santé non assurés.

Nous avons demandé à tous les secteurs de la Direction générale de désigner des postes qui seraient destinés à des employés autochtones en fonction des compétences culturelles requises pour faire le travail ou, dans le cas des services directs, d'établir des partenariats ou des liens avec les collectivités des Premières Nations et des Métis ou les clients. Nous avons apporté plusieurs améliorations.

En ce qui a trait au programme des services de santé non assurés, nous avons éliminé le besoin d'obtenir des approbations préalables pour l'obtention de produits pharmaceutiques ou de fournitures et équipements médicaux associés aux conditions évoquées par le Dr Makokis. Par exemple, les traitements contre le VIH sont maintenant couverts sans restriction, et il n'est plus nécessaire d'obtenir une prédétermination pour plusieurs produits pharmaceutiques et autres associés à l'affirmation de genre.

M. Jamie Schmale: Savez-vous combien d'Autochtones — que ce soit en chiffre ou en pourcentage — travaillent dans le cadre de ce programme ou à tout le moins répondent aux appels des médecins ou fournisseurs de soins de santé autochtones?

• (1340)

M. Scott Doidge: Je n'ai pas le chiffre exact. Nous pourrions vous le transmettre.

Je soulignerais aussi que les comités d'experts auxquels a fait référence la ministre dans son discours sont composés notamment de médecins autochtones et de dentistes en exercice, et de personnes qui peuvent nous donner des conseils au sujet des fournitures et équipements médicaux.

M. Jamie Schmale: Merci.

M. Scott Doidge: Nous pouvons vous transmettre les données.

M. Jamie Schmale: Oui. Je suis curieux. Je ne me souviens plus lequel, mais un des témoins a fait valoir qu'il n'y avait que peu d'employés autochtones — voire aucun — qui répondaient au téléphone et comprenaient la situation, qui ne demandaient pas, par exemple, si une personne pouvait marcher alors qu'on demandait un transport pour elle. On nous a parlé de situations assez troublantes.

Madame la ministre, récemment, le Conseil de gestion financière des Premières Nations, que vous connaissez — c'est une organisation de premier plan qui appuie le développement économique des collectivités autochtones — a écrit une lettre au comité permanent, que nous abordons ici aujourd'hui. Dans cette lettre, le président du Conseil a résumé la situation en donnant l'exemple du logement.

M. Harold Calla a fait valoir ceci: « Le budget prévoit des investissements considérables dans de nouveaux logements, mais il n'a rien à proposer pour changer les inefficaces systèmes de construction de maisons ni pour changer les systèmes de paiement à l'utilisation [censés] aider les Premières Nations à se loger. »

Madame la ministre, allez-vous vous attaquer aux inégalités du système qui maintiennent les Autochtones dans la pauvreté, en mauvaise santé et sans un logement adéquat? Bien que les investissements soient les bienvenus, je crois que les gens aimeraient voir des résultats.

L'hon. Patty Hajdu: Merci, monsieur Schmale.

La réponse est oui, absolument. Premièrement, je respecte énormément le travail du Conseil et ses recommandations pratiques. Nous allons travailler avec plusieurs partenaires à rationaliser le processus afin d'investir dans le logement le plus rapidement possible. Mon objectif est de dépenser chaque dollar le plus rapidement possible — en passant par les dirigeants des Premières Nations, bien sûr — afin de construire ces maisons. C'est la priorité pour bon nombre des dirigeants des Premières Nations du pays.

Vous avez tout à fait raison lorsque vous dites qu'il s'agit d'un déterminant social de la santé essentiel. En fait, il est étroitement lié aux éclosions de COVID et de tuberculose, et à de nombreux autres résultats en matière de santé. C'est une priorité pour moi. Les représentants du ministère et moi avons eu de nombreuses conversations sur les façons de rationaliser le processus pour que les fonds soient octroyés. J'y travaille en ce moment même avec mes collègues ministériels.

Le président: Merci, monsieur Schmale.

Nous allons maintenant entendre M. McLeod, qui dispose de cinq minutes.

M. Michael McLeod (Territoires du Nord-Ouest, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je tiens à remercier la ministre et son équipe d'avoir pris le temps de nous parler de ce sujet très intéressant et important que sont les services de santé non assurés.

L'une des grandes préoccupations des électeurs de ma circonscription et des gouvernements autochtones des Territoires du Nord-Ouest est l'accompagnement dans le cadre des déplacements à des fins médicales. Il y a un manque d'uniformité. Certaines personnes sont admissibles et d'autres non. Certaines administrations autorisent un plus grand nombre d'accompagnements que d'autres. Ce n'est pas clair. La ministre Green, du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, en a parlé dans sa déclaration à l'intention du Comité lors de notre dernière réunion.

Ma première question est la suivante: est-ce que le gouvernement du Canada pourra apporter les changements nécessaires pour faciliter le processus d'accompagnement dans le cadre des déplacements à des fins médicales et le rendre plus clair?

L'hon. Patty Hajdu: Je vous remercie beaucoup.

Comme vous le savez, nous travaillons en partenariat avec les provinces et les territoires, y compris les Territoires du Nord-Ouest, pour hausser le coût associé au transport médical. Nous nous efforçons de veiller à ce que les gens soient accompagnés, comme nous l'avons déjà dit, par exemple, en permettant à une femme enceinte d'être accompagnée de la personne de son choix, afin d'améliorer son expérience de l'accouchement. Un accompagnateur est toujours prévu aussi pour les enfants. Il est également possible pour un client d'avoir plus d'une personne qui l'accompagne, si nécessaire, pour des raisons médicales ou juridiques. Ce sont des demandes qui sont étudiées au cas par cas.

Monsieur Doidge, je vais vous demander de parler du processus de demande pour un accompagnateur et des éléments que, selon vous, nous pourrions simplifier.

M. Scott Doidge: Je vous remercie beaucoup.

Nous savons que nous allons devoir continuer à discuter de la question des déplacements avec un accompagnateur, probablement dans le cadre de l'examen conjoint avec l'APN, lorsque nous pourrions reprendre l'examen du transport médical. Nous sommes assurément prêts à travailler en tout temps avec nos bureaux régionaux et nos partenaires des Premières Nations qui administrent certains éléments des services non assurés pour nous assurer que le cadre stratégique est clair, bien compris et appliqué de manière uniforme.

Malheureusement, je n'ai pas de bons chiffres à fournir au Comité, si ce n'est pour dire que nous avons une forte utilisation des accompagnateurs dans le programme des services de santé non assurés. Par exemple, nous avons eu près de 1 600 mères qui se sont déplacées pour accoucher, ce qui est...

• (1345)

M. Michael McLeod: Je vais vous interrompre. J'attendais une réponse sur la façon dont vous allez améliorer la situation. Vous avez indiqué certains éléments. Je vous en remercie.

Récemment, j'ai un ami atteint d'un cancer qui était très malade. Il a été transporté de Yellowknife à Edmonton par ambulance aérienne. Le diagnostic était un cancer en phase terminale, et on lui a dit de revenir par un vol commercial. Il n'avait pas ses chaussures ni sa veste, car il avait été évacué par ambulance. Lorsqu'on s'occupe de personnes qui sont malades au point de devoir être transportées en ambulance aérienne et de pouvoir à peine marcher, il faut être plus sensibles à leurs besoins. C'était très embarrassant de devoir trouver un moyen d'expliquer cela ou d'en parler.

L'une des principales façons d'améliorer le volet des accompagnateurs du service de santé est de rendre les services de santé non assurés mieux adaptés à la culture. Dans ma circonscription, nous avons des résidents et des aînés dans de petites communautés qui ne parlent pas anglais, et beaucoup d'entre eux ne peuvent pas manger ou refusent de manger la nourriture de l'hôpital ou la nourriture occidentale. Ils se sentent très mal à l'aise à l'idée de quitter leur communauté pour se rendre à Yellowknife, par exemple, sans parler de se rendre dans les grands centres comme Edmonton.

Quelles mesures peut prendre le gouvernement pour rendre les services de santé non assurés plus adaptés à la culture?

L'hon. Patty Hajdu: Monsieur McLeod, je serais heureuse que vous me fassiez parvenir les détails de ce cas pour en parler au ministère, car je partage votre indignation. Cela n'aurait pas dû arriver à cette personne et nous aimerions examiner la situation.

Vous avez mentionné, par exemple, la traduction ou les soins personnels. Il existe une couverture des frais pour un accompagnateur dans ces situations. Les frais d'un accompagnateur non médical, tel qu'un membre de la famille ou une personne choisie par le client, sont couverts pour l'accompagner.

Il est important quand on entend parler ou que tout député, en fait, entend parler d'un cas dans sa circonscription comme celui que vous avez mentionné de m'en faire part comme ministre ou d'en faire part au ministère, afin que nous puissions assurer un suivi et trouver où sont les problèmes. Je n'ai évidemment pas de détails sur ce cas, mais cela n'aurait pas dû se produire. Une personne ne devrait pas être renvoyée chez elle sans chaussures et sans manteau d'hiver et mise dans un avion pour rentrer chez elle sans aucun soin. C'est inacceptable et nous ferons la lumière sur ce cas particulier.

Le président: Je vous remercie, monsieur McLeod.

Nous passons à Mme Gill.

[Français]

Vous avez la parole pour deux minutes et demie.

Mme Marilène Gill: Merci, monsieur le président.

Je reviens sur la lourdeur administrative. Évidemment, les Premières Nations et les Inuits du Québec se posent des questions au sujet de ce qu'ils considèrent comme une façon archaïque de procéder. Je dois dire que cela a davantage d'incidences sur certaines communautés que sur d'autres, quand on parle du télécopieur, par exemple, ou des lettres.

Prenons l'exemple de ma circonscription. Il y a une région de 400 kilomètres sans routes, où la poste arrive de façon vraiment très incertaine. Selon le moment de l'année, le courrier arrive parfois au bout de trois, quatre, cinq ou six semaines. Ce sont des délais d'attente énormes. C'est aussi une région où il n'y a pas nécessairement de réseau donnant accès à Internet. Donc, vous voyez la difficulté.

Il en va de même pour la question de la langue. Souvent, il y a des professionnels qui ne veulent pas faire ces démarches à cause de la lourdeur administrative.

Que pouvez-vous faire pour régler cela? D'une part, il y a la question de la langue, bien entendu. D'autre part, il faudrait que certaines pratiques soient adaptées au XXI^e siècle, afin que les gens des communautés ne soient pas découragés lorsqu'il s'agit de faire des réclamations.

[Traduction]

L'hon. Patty Hajdu: Ce sont tous de très bons points, madame Gill.

Je dirai que le ministère fait tout son possible pour être en mesure de communiquer dans les deux langues officielles avec les fournisseurs. J'imagine qu'il y a des moyens comme le dépôt direct qui sont à la disposition des fournisseurs, de sorte que nous pouvons éviter les retards avec le courrier, par exemple. Il existe un certain nombre d'autres moyens de s'assurer que les gens reçoivent leurs paiements à temps.

Monsieur le président, avec votre permission, je voudrais ajouter quelque chose à ce que j'ai dit plus tôt. Je vous laisse le soin de déterminer quel est le meilleur moment pour le faire.

En ce qui concerne l'indemnisation des accompagnateurs du service de santé, je sais — et certains députés en savent probablement plus que moi — qu'il existe une nouvelle prestation dans le régime de l'assurance-emploi pour prendre soin d'un membre de la famille très malade. C'est une mesure que le gouvernement libéral a introduite et adoptée il y a quelques années. C'est un élément à signaler aux accompagnateurs, qu'ils peuvent obtenir des prestations dans le cadre du régime d'assurance-emploi. Malheureusement, cela ne s'applique pas si la personne n'avait pas un emploi, mais il existe une prestation pour les personnes ayant un emploi qui perdent leur revenu pour prendre soin d'un membre de la famille gravement malade.

• (1355)

Le président: Je vous remercie, madame Idlout.

Chers collègues, il ne nous reste que quelques minutes et j'aimerais terminer la série de questions.

Je demanderais aux conservateurs et aux libéraux de bien vouloir limiter leurs questions à deux minutes.

Si c'est possible, alors nous passerons à M. Vidal... ou peut-être M. Shields.

Vous avez deux minutes.

M. Martin Shields (Bow River, PCC): Je vous remercie, monsieur le président. C'est M. Shields.

J'ai une petite question, en ce qui concerne l'établissement des honoraires pour les soins dentaires et les déterminants sociaux.

Sont-ils établis par province? Je connais le barème d'honoraires pour les soins dentaires en Alberta. S'agit-il du même barème d'honoraires pour les services destinés aux Autochtones que pour les autres? Adoptez-vous les barèmes de paiement à l'acte pour les soins dentaires?

M. Scott Doidge: Nous avons un barème d'honoraires que nous avons élaboré nous-mêmes. Il est basé sur le guide des honoraires de chaque association dentaire provinciale. Nous utilisons ce guide pour le remboursement des services de restauration et de prévention. Nous versons entre 85 % et 100 % des montants qui figurent dans le guide des honoraires. C'est établi par les associations dentaires provinciales.

M. Martin Shields: C'est entre 85 % et 100 %. Pourquoi n'adoptez-vous pas le guide directement?

M. Scott Doidge: Cela dépend de la nature du service qui est offert. Nous tentons de refléter ce qui est remboursé par l'assurance privée et les programmes provinciaux.

M. Martin Shields: Je comprends cela, mais il y a une forte méfiance chez la population autochtone du fait de cet écart. Comprenez-vous qu'il y a cette méfiance et qu'ils se demandent pourquoi ils sont traités différemment?

M. Scott Doidge: Nous en entendons assurément parler et nous avons beaucoup investi au cours des dernières années pour nous assurer que nos honoraires sont concurrentiels. Nous travaillons avec chaque association pour remédier à ces problèmes.

M. Martin Shields: Vous êtes donc au courant.

Quand on parle de réconciliation, la confiance est essentielle. Je ne sais pas pourquoi ils nous feraient confiance après ce que nous avons tenté de leur infliger. Comprenez-vous qu'il est difficile de

surmonter cette méfiance lorsqu'il y a une grille différente pour eux et un écart?

L'hon. Patty Hajdu: Je peux peut-être vous répondre, monsieur Shields.

Je suppose, d'après la nature de votre question, que vous allez appuyer le budget de 2022, contrairement aux nombreux autres budgets contre lesquels les conservateurs ont voté. C'est ainsi que nous arriverons à assurer l'équité, en continuant à faire des investissements ambitieux dans le traitement égal des peuples autochtones au pays. J'ai hâte de vous voir voter.

M. Martin Shields: Je vous remercie, madame la ministre.

J'ai terminé. Merci.

Le président: Monsieur Badawey, vous avez deux minutes.

M. Vance Badawey (Niagara-Centre, Lib.): Je vous remercie, monsieur le président.

Monsieur Doidge, je vais vous poser une question précise. C'est un sujet sur lequel je travaille depuis quelques semaines, soit l'accès aux technologies avancées de gestion du diabète pour les adultes autochtones qui, à l'heure actuelle, n'ont accès qu'au cas par cas aux technologies avancées de surveillance du glucose dans le cadre du programme des services de santé non assurés.

À titre d'exemple, un adulte autochtone admissible au programme de médicaments de l'Ontario pourrait avoir accès à des technologies avancées de surveillance du glucose, comme le système flash. Toutefois, s'il n'est pas admissible au régime public et n'a pas accès à un régime d'assurance privé, son dossier devra être examiné par les responsables du programme des services de santé non assurés avant même que l'on envisage de lui donner accès à cette technologie qui peut changer la vie des diabétiques.

S'agit-il d'un problème lié au fait que le programme des services de santé non assurés ne dispose pas du financement nécessaire pour améliorer l'accès à des technologies novatrices, dont profitent déjà de nombreuses personnes non autochtones?

L'hon. Patty Hajdu: Je peux peut-être commencer, monsieur le secrétaire parlementaire.

M. Vance Badawey: Allez-y, madame la ministre.

L'hon. Patty Hajdu: Je vous remercie de cette question délicate.

La réponse honnête est que, oui, nous avons besoin de fonds supplémentaires pour pouvoir offrir une couverture universelle pour cet équipement médical particulier. J'y travaille en ce moment même. De nombreux pharmaciens de ma circonscription et de tout le pays font du lobbying en ce sens, bien sûr.

Il s'agit d'une technologie qui peut réduire le fardeau lié à la maladie pour les personnes atteintes de diabète et améliorer leur état de santé. Je dirais qu'elle réduirait également le fardeau qui pèse sur nos systèmes de santé, bien que ce ne soit jamais la raison principale qui nous pousse à agir.

J'en prends note pour continuer à travailler sur ce dossier. Je compte sur votre soutien dans ces efforts.

M. Vance Badawey: Je vous remercie, madame la ministre.

• (1400)

Le président: Je vous remercie, monsieur Badawey.

Sur ce, j'aimerais remercier la ministre et ses collaborateurs d'avoir été avec nous pour cette première heure de notre séance. Nous vous remercions de votre déclaration liminaire et de vos réponses à nos questions.

Chers collègues, nous allons suspendre la séance pendant quelques minutes pour nous préparer à accueillir le prochain groupe de témoins.

Je vous remercie beaucoup.

• (1400) _____ (Pause) _____

• (1400)

Le président: La séance est ouverte.

Je vous souhaite à tous la bienvenue à la deuxième heure de notre séance aujourd'hui.

Nous accueillons maintenant premièrement Colleen Erickson, présidente de la First Nations Health Authority, qui est accompagné de Richard Jock, chef de la direction; deuxièmement, Jessie Messier, gestionnaire par intérim, Services de santé, de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, accompagnée d'Isabelle Verret, conseillère, Accès aux services de santé; et troisièmement Carl Dalton, président-directeur général, du Nishnawbe Aski mental health and addictions support access Program, qui est accompagné d'Orpah McKenzie, directrice, Services de télémédecine eHealth.

Je souhaite la bienvenue à nos témoins, dont certains témoignent en personne et d'autres virtuellement.

Je répète la procédure, que vous connaissez sans doute. Chaque groupe dispose de cinq minutes, dans l'ordre que je l'ai présenté, et nous passerons ensuite à la période des questions.

Madame Erickson ou monsieur Jock, si vous êtes prêt, vous avez la parole pendant cinq minutes.

• (1405)

Mme Colleen Erickson (présidente, First Nations Health Authority): Bonjour à tous.

Je m'appelle Colleen Erickson, et je suis une Dakelh de la Première Nation Nak'azdli, qui se trouve dans le Nord. J'ai également l'honneur de présider le conseil d'administration de la First Nations Health Authority.

J'aimerais commencer par reconnaître que le territoire d'où je me joins à vous ce matin est la terre des Squamish, des Musqueam et des Tsleil-Waututh. J'aimerais remercier les gens qui chérissent cette terre depuis la nuit des temps de nous permettre d'être sur leur territoire aujourd'hui.

J'aimerais également remercier le président et les membres du comité permanent. Je vous remercie de me donner l'occasion de témoigner dans le cadre de l'étude sur l'administration et l'accessibilité des peuples autochtones au programme de services de santé non assurés.

La First Nations Health Authority — la FNHA — est un partenaire en matière de santé et de bien-être pour plus de 150 000 membres des Premières Nations et 203 communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique. Aux côtés de nos partenaires de gouvernance, le Conseil de la santé des Premières Nations et l'Association des directeurs de la santé des Premières

Nations, nous travaillons à la réalisation de notre vision commune d'avoir des enfants, des familles et des communautés des Premières Nations en Colombie-Britannique qui sont en bonne santé, dynamiques et autonomes.

En 2013, la FNHA a conclu un accord historique avec Santé Canada pour assumer la responsabilité de la prestation des services de santé. Au cours des cinq années suivantes, la FNHA a établi de nouveaux partenariats et mené de vastes consultations auprès des communautés pour remanier le régime de soins. Le nouveau régime, axé sur le bien-être, vise à éliminer les obstacles à l'accès aux soins tout en soutenant nos clients les plus vulnérables. Le plan reflète les besoins et les priorités des Premières Nations de la Colombie-Britannique et renforce l'autodétermination.

Les mauvais traitements historiques qu'ont subis les Premières Nations au Canada ont entraîné des traumatismes, du racisme et des inégalités dans l'accès aux services de santé pendant des générations. Bien que les membres inscrits des Premières Nations aient accès aux soins de santé de base, nous croyons que les politiques et les niveaux de financement perpétuent les inégalités en matière de santé. Ces difficultés sont encore exacerbées par le racisme envers les Autochtones qui existe dans le système de santé.

Notre objectif consistait donc notamment à éliminer les disparités en matière de santé, et je vais maintenant inviter notre chef de la direction, Richard Jock, à parler des changements que nous avons apportés à notre régime de santé à la suite de nos vastes consultations auprès des communautés, et de la prochaine étape de notre parcours de transformation.

Je vous remercie.

M. Richard Jock (chef de la direction, First Nations Health Authority): Merci, madame Erickson.

Notre mémoire comprend un document que nous avons soumis au Comité. Il contient un bon nombre de renseignements sur la prestation des services de santé que nous appelons services de santé aux Premières Nations et qui sont connus à l'échelle nationale comme les services de santé non assurés.

Dans le peu de temps qu'il nous reste, j'aimerais notamment souligner le fait que le travail en partenariat a constitué une modalité opérationnelle clé et une approche que nous avons appliquée à l'ensemble des travaux que nous avons effectués ces huit dernières années. Par exemple, nous avons établi des partenariats avec les communautés, qui contribuent de manière importante à la poursuite des travaux. De même, nous nous sommes associés au régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique pour créer un nouveau régime d'assurance-médicaments et un mécanisme de prestation de services très efficace. Nous nous sommes appuyés sur cette expérience pour collaborer davantage avec les collectivités à l'élaboration d'un régime de soins dentaires participatif, qui a engendré beaucoup d'avantages et de réussites au sein de la collectivité et de la population des Premières Nations.

Nous avons également transformé notre système de prestation de services, passant de systèmes manuels à des systèmes électriques, et nous avons inclus des moyens non seulement d'accéder aux services de manière plus fluide, de les rendre clairs et transparents, mais aussi de permettre un accès et un remboursement plus rapides lorsque cela est nécessaire.

Nous avons encore du travail à faire dans le domaine du transport pour raisons médicales qui est, selon moi, le prochain enjeu auquel nous devons nous atteler. Comme je l'ai dit, nous le ferons en partenariat, en adoptant une approche axée sur les clients, qui mesure la satisfaction et dont l'amélioration continue de la qualité est un principe clé.

Merci.

• (1410)

Le président: Merci beaucoup, monsieur Jock.

Nous allons maintenant passer à notre deuxième groupe de témoins.

Jessie Messier et Isabelle Verret, je ne sais pas laquelle d'entre vous va s'exprimer ou si vous allez vous exprimer toutes les deux, mais vous avez cinq minutes.

[Français]

Mme Jessie Messier (gestionnaire par intérim, Services de santé, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador): Bonjour.

Tout d'abord, j'aimerais reconnaître les territoires non cédés où nous nous trouvons.

Nous remercions les membres du Comité de nous permettre d'exposer les principaux enjeux relatifs à l'administration du Programme des services de santé non assurés et à l'accès des Premières Nations à ce programme.

Je m'appelle Jessie Messier, je suis allochtone et je suis gestionnaire par intérim des services de santé à la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. Je suis accompagnée d'Isabelle Verret, qui est Wendat et qui occupe le poste de conseillère en accès aux services de santé pour la même organisation.

Nous commencerons par souligner la complexité des processus permettant d'accéder aux services du Programme. En effet, ces derniers ne tiennent compte ni de la réalité ni des besoins réels des Premières Nations.

La charge administrative requise pour permettre un accès aux services de santé non assurés, ce qu'on appelle les SSNA, exaspère les professionnels, qui la perçoivent comme une surcharge importante de travail. Au cours des dernières années, plusieurs d'entre eux ont d'ailleurs décidé de ne plus collaborer avec le Programme, laissant aux patients le fardeau de payer le coût des services et d'effectuer eux-mêmes les démarches pour obtenir un remboursement. Plusieurs semaines peuvent parfois s'écouler entre la demande de préautorisation pour un service et la réponse du Programme indiquant si la demande est acceptée ou refusée. Cette réalité est très préoccupante, surtout pour les régions éloignées et isolées pour lesquelles le nombre de professionnels situés à proximité de la communauté est limité.

La méconnaissance de l'offre de services du Programme par les professionnels et par les Premières Nations est un frein supplémentaire à l'accès aux services. L'ensemble des critères d'admissibilité aux services et aux traitements n'est pas transmis, ce qui représente un obstacle majeur pour les professionnels, qui doivent déterminer le meilleur plan de traitement pour leurs patients. Cet enjeu engendre des délais inacceptables pour les patients et les profession-

nels, qui doivent entreprendre des démarches particulières afin que certains de ces services soient couverts par le Programme.

Cette réalité peut avoir des conséquences importantes sur la santé de nos populations. De ce fait, le Programme contraint les Premières Nations à justifier certains traitements médicaux pourtant offerts à la grande majorité de la population canadienne. Cela contribue à maintenir la discrimination systémique dont font l'objet les Premières Nations dans le système de santé.

Dans le but d'améliorer la connaissance des professionnels du Programme et l'accessibilité des services pour les patients, plusieurs stratégies devront être mises en avant. Par exemple, de l'information sur les réalités des Premières Nations et sur les particularités entourant les services qui leur sont offerts devra notamment être incluse dans les programmes de formation universitaire ainsi que dans les formations offertes dans le réseau provincial de la santé. Les critères d'admissibilité doivent également être transmis ouvertement aux professionnels travaillant auprès de cette clientèle.

Un meilleur accompagnement, adapté à la réalité locale des Premières Nations, permettrait d'augmenter l'accès aux services pour une population ayant d'urgents besoins en matière de santé, compte tenu, entre autres, du portrait entourant la prévalence des maladies chroniques.

Le fait que la gestion des divers services du Programme soit partagée entre le bureau national et le bureau régional des SSNA complexifie davantage l'accès au Programme.

Depuis quelques années, l'administration de certains services autrefois gérés régionalement a été centralisée à Ottawa. Nous constatons que cette centralisation a dénaturé la collaboration et la communication qui existaient entre l'administration régionale, les communautés, les bénéficiaires et les fournisseurs de services. L'approche adaptée, la proximité et la relation de confiance qui étaient établies facilitaient un meilleur accès aux services et minimisaient les effets de plusieurs difficultés administratives. La gestion régionale permettait également une meilleure compréhension des besoins particuliers des Premières Nations à l'échelle locale.

Le soutien et l'accompagnement offerts aux fournisseurs sont maintenant dilués dans une approche nationale uniforme et rigide par rapport à notre réalité, au Québec. Même si nous comprenons que l'objectif de la centralisation était une meilleure gestion des ressources du gouvernement fédéral, dans les faits, cette situation a engendré des défis importants, notamment des retards dans les autorisations et les remboursements des services. Il est essentiel que des mécanismes de contrôle de la qualité soient établis et qu'un suivi étroit soit effectué, le tout en collaboration avec les Premières Nations.

Comme c'est le cas pour plusieurs programmes et services destinés aux Premières Nations, le Programme des SSNA est en marge des programmes établis par les gouvernements provinciaux et est mis en œuvre sans qu'un réel arrimage soit effectué.

L'admissibilité des Premières Nations à certains programmes provinciaux est souvent ambiguë et non uniforme d'une province ou d'un territoire à l'autre au Canada. Une flexibilité dans l'accessibilité au Programme des SSNA permettrait la mise en place de services adaptés et complémentaires à ce qu'offrent les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Notre programme se distingue des nombreux services existants, car nous entretenons des relations avec les clients, les postes de soins infirmiers à distance, les médecins et les organismes communautaires. Nous acceptons les renvois et menons des activités de sensibilisation. Nous n'attendons pas que les appels nous parviennent.

Nous offrons des services sans obstacles en anglais, en ojibwé, en oji-cri et en cri. Nous disposons d'une solide liste de conseillers respectés et expérimentés, dont beaucoup sont autochtones et tous sont des professionnels de la santé réglementés ou formés aux pratiques culturelles autochtones de guérison et d'aide. Le programme NAN Hope a la particularité d'organiser régulièrement des cercles de guérison virtuels et des rassemblements culturels communautaires virtuels, qui ont été très prisés pendant la période de pandémie.

Nous lançons actuellement un outil de cartographie sur le site Web du programme NAN Hope, après avoir dressé une carte détaillée des services locaux et régionaux existants en matière de santé mentale et de toxicomanie. Cet outil permettra de décharger les citoyens de la région servie par le programme NAN Hope, qui doivent souvent s'orienter dans des cheminements peu clairs pour accéder à des services en dehors de leur domicile. Grâce à cette application, nous pourrions mieux combler les lacunes, éviter les doublons et cerner les services existants.

En plus du soutien virtuel offert par le programme NAN Hope, nous recevons des appels des communautés demandant des services de santé mentale en personne. Récemment, nous avons reçu des fonds supplémentaires pour répondre à ces appels. Cependant, notre demande de prolongation de ce financement et de poursuite de l'offre de services en personne dans les communautés éloignées en situation de crise n'a pas encore été approuvée. Nous recommandons que le gouvernement du Canada investisse dans le développement du programme NAN Hope, afin que nous puissions fournir des services de crise et de santé mentale essentiels dans des communautés éloignées ou uniquement accessibles par avion lorsque nous sommes appelés à le faire.

Nous aimerions disposer de locaux pour fournir des services dans les centres urbains de Thunder Bay, dans le Centre de l'Ontario et à Timmins, en Ontario — où résident de nombreux citoyens de la région servie par le NAN — afin d'y offrir des services en personne et des services de soins de santé primaires.

Le programme NAN Hope n'était initialement financé que pour un an, mais nous avons obtenu une prolongation jusqu'au 31 mars 2024. Nous sommes reconnaissants pour ces deux années de financement supplémentaires. Nous aimerions toutefois obtenir l'assurance que nous mettrons en place l'infrastructure nécessaire au cours de ces années pour offrir un programme d'intervention en santé mentale et de lutte contre les dépendances à plus long terme dans le Nord. Nous demandons un financement accru à plus long terme, pour au moins cinq ans, afin de permettre au programme NAN Hope de prendre véritablement racine, de se développer et de gagner en durabilité.

Nous vous sommes reconnaissants du temps et de l'attention que vous accordez à ces enjeux cruciaux. Il s'agit d'une prochaine étape essentielle pour la continuité des soins de santé mentale dans la région servie par le NAN.

Merci.

• (1420)

Le président: Merci, monsieur Dalton.

Nous allons maintenant passer à une série de questions, et nous commencerons par les conservateurs.

Je pense que la parole est à M. Shields, qui aura six minutes.

M. Martin Shields: Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins d'être présents aujourd'hui et de partager avec nous leurs renseignements et leurs expériences.

J'aimerais m'adresser aux témoins présents dans la salle qui viennent de terminer.

Vous avez utilisé des mots comme « confiance », « partage », « relations », « renvoi » et « sensibilisation ». Vous avez certainement effectué un travail préparatoire avant de lancer ce programme. Il n'est pas sorti de nulle part.

Vous avez effectué un travail préalable sur ces questions. Est-ce exact?

Mme Orpah McKenzie: Oui.

Nous disposons de partenariats établis avec KO eHealth. KO existe depuis environ 30 ans, nous avons donc une relation établie avec certaines communautés. Je pense qu'il y en a environ 26. Il s'agit du moins de celles dans lesquelles nous disposons actuellement de sites de télémédecine. La télémédecine a été créée il y a environ 20 ans.

M. Martin Shields: D'accord, donc vous avez fait une grande partie du travail dans le passé, ce qui vous a permis de passer à l'étape suivante.

Vous avez conclu en parlant de financement, en disant que vous recevez un financement pour votre programme et que vous avez besoin d'une meilleure garantie de ce financement. C'est l'un des points dont je parle au sein de ce comité.

Vous parlez d'un programme qui a nécessité des années de travail pour en arriver au stade où vous mettez en œuvre la prochaine étape, mais le financement est essentiel à la poursuite de ce travail.

M. Carl Dalton: C'est exact. Cela fait 25 ans que nous établissons des liens, et nous travaillons dans les communautés éloignées de différentes manières aux côtés des membres de la communauté. Lorsque la pandémie s'est déclarée, nous disposions d'une équipe de travail sur le bien-être mental lié à la COVID-19, qui représentait les communautés de la région servie par le NAN. À l'époque, ce groupe a demandé au gouvernement fédéral un fonds de lutte contre la pandémie pour, essentiellement, offrir un service de crise 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et nous y avons participé.

Ce service a obtenu et développé une certaine confiance au cours de cette année, et aurait probablement dû être créé de nombreuses années plus tôt. À mesure que l'adoption et les partenariats se développent, les communautés elles-mêmes, tant urbaines qu'éloignées, réclament des services.

• (1425)

M. Martin Shields: Il y avait un besoin. Vous avez développé un programme qui commençait à fonctionner et vous avez obtenu de bons résultats. Vous obtenez des résultats positifs, mais la difficulté consiste maintenant à déterminer comment vous allez financer ce programme à long terme. Voilà le problème auquel vous êtes confronté.

M. Carl Dalton: C'est exact. Nous avons obtenu une rétroaction claire, et nous pensons que ce programme devrait demeurer en place pendant de nombreuses années et continuer d'évoluer et de répondre aux besoins des communautés.

M. Martin Shields: Vous l'avez établi dans l'optique de la santé mentale et de la toxicomanie. Il s'agit de problèmes énormes et croissants.

M. Carl Dalton: C'est exact.

M. Martin Shields: Vous avez cerné le problème et vous avez trouvé une solution.

Est-ce que d'autres personnes viennent vous voir pour vous demander comment vous avez réussi?

M. Carl Dalton: Oui. Nous avons travaillé avec le gouvernement et les communautés pour faire approuver le financement, et nous avons lancé le programme en 30 jours.

M. Martin Shields: Vous l'avez lancé en 30 jours.

M. Carl Dalton: En 30 jours, nous avons trouvé les conseillers et la main-d'œuvre, et nous avons construit l'infrastructure. La situation a évolué au fil du temps, si bien qu'aujourd'hui, non seulement les communautés demandent des services, mais des cliniciens autochtones bien formés et expérimentés communiquent avec nous et nous demandent comment ils peuvent participer au projet.

M. Martin Shields: Vous avez mentionné qu'un certain nombre d'Autochtones qui comprennent les cultures, les communautés et la géographie participent à ce programme. Attirez-vous, comme vous le dites, davantage de personnes vers ce type de programmes?

M. Carl Dalton: Oui, je pense que nous attirons une main-d'œuvre qui existe, mais qui veut faire ses propres choix et faire entendre sa voix, car elle sait comment se déroulent les opérations communautaires. Ces personnes connaissent le processus de guérison. Elles veulent avoir leur mot à dire. Notre programme permet cette flexibilité, et offre un budget réactif plutôt qu'un mandat strict.

M. Martin Shields: Il est proactif dans le sens où il permettra de réduire les coûts à l'avenir et de sauver des vies. Voilà ce qu'il en est.

M. Carl Dalton: C'est exact.

M. Martin Shields: C'est formidable.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Shields.

Nous allons maintenant passer à M. Weiler.

Vous avez six minutes.

M. Patrick Weiler (West Vancouver—Sunshine Coast—Sea to Sky Country, Lib.): Merci, monsieur le président.

J'aimerais également remercier les témoins de s'être joints à nous aujourd'hui pour apporter leurs connaissances et leur expérience dans le cadre de cette importante séance et de l'étude que nous menons.

J'aimerais commencer par souligner que je vous appelle du territoire ancestral et non cédé des peuples Musqueam, Squamish et Tsleil-Waututh.

Nous avons eu la chance, plus tôt cette semaine, que M. Adams se joigne à notre comité pour nous faire part de ses réflexions sur l'expérience qu'il a vécue dans les premiers jours de la création de la FNHA. Cependant, je souhaite vivement entendre aujourd'hui

Mme Erickson et M. Jock parler de leur expérience de la FNHA dans le cadre de la prestation de soins de santé fondée sur votre approche axée sur le bien-être.

Nous pouvons peut-être commencer par une question générale. Vous pourriez peut-être décrire votre expérience de la FNHA dans le cadre de la prestation du programme de services de santé non assurés en Colombie-Britannique.

M. Richard Jock: L'un des éléments clés est d'essayer de se concentrer sur le patient, le client, la personne. Je pense l'ensemble de transformations immédiates nous a permis de baser notre travail sur ce principe et de le rendre accessible et transparent. Le programme d'assurance-médicaments est un programme que nous avons conçu en partenariat avec le gouvernement provincial et qui reflète les types de thérapies qui sont disponibles pour tous les habitants de la Colombie-Britannique. En outre, nous sommes toujours propriétaires de notre programme et nous sommes en mesure de l'adapter à nos besoins et intérêts particuliers. Voilà l'un des aspects que je voulais souligner.

Pour ce qui est des soins dentaires et pharmaceutiques, nous avons travaillé avec les fournisseurs. Nous avons notamment réussi à obtenir l'adhésion quasi universelle des fournisseurs à ce projet. Nous sommes également passés d'un processus sur papier très lent et laborieux à un traitement électronique. Nous appliquons le guide des tarifs à la lettre et ce guide, comme je l'ai dit, est élaboré en partenariat avec l'association dentaire de la Colombie-Britannique, qui l'approuve entièrement. Ce type de lien est essentiel.

Des choses simples ou moins importantes, comme des lunettes, et l'apport des transformations nécessaires pour éliminer l'attente ou la prédétermination permettent un accès plus rapide à ce qui est réellement nécessaire.

Voilà l'approche que nous avons adoptée. Ce processus a pris du temps et exige un partenariat continu avec le programme national, car certains problèmes doivent encore être résolus, et parce que de nouvelles choses, notamment des dispositifs, qui ont été mentionnés plus tôt, ainsi que de nouveaux médicaments et produits biologiques, sont nouvelles et très coûteuses. Nous devons envisager des solutions permanentes et futures si nous voulons adopter une approche durable dans ce domaine.

• (1430)

M. Patrick Weiler: Merci.

Allez-y.

Mme Colleen Erickson: J'allais ajouter que l'une des caractéristiques de la FNHA est que nous sommes très engagés auprès de nos communautés. Ces plans sont en grande partie conçus par la communauté et, à mesure que nous les mettons en œuvre, la communauté nous fournit des commentaires très rapides et complets sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Cela nous permet de concevoir un plan qui convient à chacun.

M. Patrick Weiler: Je vous remercie beaucoup de cette réponse.

Madame Erickson, peut-être pourrais-je donner brièvement suite à votre dernière remarque concernant certains des avantages qu'il y a à pouvoir offrir des soins de santé adaptés à la culture et au contexte de la région. Pourriez-vous expliquer brièvement comment vous pouvez fournir des services de cette manière à l'échelle locale?

Mme Colleen Erickson: Ici encore, on revient à la mobilisation au sein de la communauté. La Colombie-Britannique a une population très diversifiée, puisque de nombreuses nations y vivent. Un seul programme ne peut donc convenir à tout le monde. Voilà ce qui est si particulier avec le programme dans cette province. Les Premières Nations y ont beaucoup travaillé en collaboration et de manière collective afin d'établir la FNHA.

Cette dernière est le fruit du travail collectif de nombreuses nations. Nos structures de mobilisation ont été établies dans le cadre d'un processus très global, et il a fallu bien des années — plus de 10, je pense — avant que les Premières Nations n'assument le contrôle de leur santé. Grâce à ces structures de mobilisation, les gens sont très connectés à leur programme et nous prodiguent des conseils sur la manière de concevoir des programmes.

M. Richard Jock: Si vous me permettez de faire un bref ajout, nous avons des bureaux régionaux où des vice-présidents s'occupent de toutes les facettes de la prestation de service. Leurs tâches ne se limitent pas à la rétroaction et à la mobilisation, mais englobent même la prestation de service. Nous sommes ainsi plus près du terrain.

M. Patrick Weiler: À cet égard, nous avons également entendu de la part d'autres témoins convoqués dans le cadre de notre étude qu'il y a eu des problèmes de retards et de fardeaux administratifs. Comment la FNHA a-t-elle pu s'attaquer à de tels problèmes? Votre modèle a-t-il permis de les résoudre également?

M. Richard Jock: Je dirais qu'il y a quelques éléments clés, dont le système électronique qui diminue les retards. En outre, en respectant scrupuleusement la grille tarifaire, les fournisseurs ont confiance en ce qu'ils peuvent faire. Il n'y a pas de multiples vérifications à faire et ils peuvent mettre toute leur énergie à fournir des services au client. Quand on leur permet de prodiguer des services, ils sont beaucoup plus mobilisés. Il n'y a donc pas de problème de personnes qui ne veulent pas fournir de soins aux Autochtones ou de complications et d'implications parce que les gens doivent payer pour les services rendus. Nous agissons de la sorte dans un certain nombre de régions.

Nous avons également des applications pour les gens qui ont des téléphones et qui ont accès à un ordinateur. Ces personnes peuvent vérifier leur admissibilité et voient les services auxquels ils ont accès. Nous recourons à ces méthodes avant-gardistes dans notre approche en matière de bien-être global. Je pense que nous misons beaucoup sur ces méthodes et sur la communication qui va de pair.

• (1435)

Le président: Je vous remercie, monsieur Weiler.

[Français]

Je donne maintenant la parole à Mme Gill pour six minutes.

Mme Marilène Gill: Merci, monsieur le président.

Je remercie l'ensemble des témoins qui sont parmi nous aujourd'hui.

Mes questions s'adresseront plus particulièrement à Mmes Messier et Verret, de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. Bien sûr, quelques minutes, c'est très peu pour dire tout ce qu'on aurait à dire.

Madame Messier, pouvez-vous donner plus de recommandations au Comité? Vous avez beaucoup parlé de gestion et d'administra-

tion, mais vous avez certainement d'autres priorités qui sont tout aussi importantes pour vous. En effet, il est possible de faire plusieurs choses en même temps.

Que recommandez-vous à ce comité de faire, de façon urgente, pour faciliter l'accès au Programme non seulement pour les Premières Nations du Québec et du Labrador, mais pour tout le monde, en fin de compte?

Mme Jessie Messier: Je vous remercie de la question.

Plusieurs recommandations ont été formulées dans le cadre de la révision conjointe du Programme, qui a débuté en 2014.

Il est prioritaire que les travaux se poursuivent non seulement en concertation avec les Premières Nations, mais également en collaboration et en partenariat avec elles. Les communautés des Premières Nations et les différents groupes qui défendent les intérêts des Premières Nations ont conçu des mécanismes pour trouver des façons créatives d'offrir des services qui, par contre, se trouvent parfois en marge des processus et du cadre administratif du Programme. Lorsqu'il est question du panier de services disponibles pour les Premières Nations, le gouvernement doit réfléchir à...

Je vais ralentir le rythme. J'ai bien compris le bon conseil que j'ai reçu.

Mme Marilène Gill: Madame Messier, si vous avez quoi que ce soit d'autre à nous communiquer pour compléter votre réponse, n'hésitez pas à nous l'envoyer plus tard. Le Comité pourra en prendre connaissance.

Mme Jessie Messier: C'est un sujet qui suscite l'intérêt et la passion.

Il s'agit d'avoir une certaine flexibilité pour permettre aux communautés de proposer et de mettre en œuvre des solutions novatrices. Que ce soit en matière de transport, de soins dentaires ou autres, il y a d'autres façons d'offrir les services. Parfois, offrir un service par l'entremise du secteur privé, par exemple dans le domaine du transport, peut permettre de faire des économies dans les coûts globaux. Alors, réfléchir à une vision plus globale en ce qui concerne la santé et le panier de services pourrait être une façon de gérer sainement les fonds publics qui sont accordés par l'entremise du Programme. En fin de compte, il s'agit de reconnaître la légitimité des communautés, qui doivent être au cœur des réflexions et des solutions proposées. C'est un élément central.

À partir d'aujourd'hui, absolument aucune décision, aucune orientation, aucun changement ne doit être mis en œuvre dans le cadre du Programme des SSNA sans que les Premières Nations aient eu la possibilité d'en analyser les effets sur leurs populations. C'est un peu ce que nous déplorons, c'est-à-dire que les Premières Nations se retrouvent souvent à la remorque des décisions qui sont prises de façon unilatérale au pays, sans qu'elles puissent arrimer les services entre eux, mettre en place des filets de sécurité pour les gens plus vulnérables ou réfléchir à des solutions différentes. C'est un élément central dans cette réflexion et dans la poursuite des travaux entourant l'amélioration du Programme.

Il faut aussi s'assurer que les travaux se poursuivent, que de l'information est transmise aux professionnels et qu'un soutien adéquat est offert aux patients.

Mme Colleen Erickson: Les Autochtones que nous servons sont au cœur de nos préoccupations et nous rappellent bien souvent que ce concept constitue l'élément essentiel de tous nos programmes, particulièrement dans le domaine de la santé mentale, et qu'il doit s'appliquer à ce que nous sommes actuellement. La double perspective joue un rôle crucial à cet égard. Elle est également porteuse d'innovation réelle et... Je ne suis pas certaine de connaître le mot qui convient, mais elle permet de respecter ce que nous sommes en tant qu'Autochtones et de favoriser la guérison, qui est bien plus rapide.

M. Jamie Schmale: En ce qui concerne Services aux Autochtones, le ministère lui-même, dans quelle mesure votre organisation agit-elle en interaction avec lui?

M. Richard Jock: Nous avons des partenariats avec Services aux Autochtones Canada, le ministère de la Santé de la province et le ministère de la Santé mentale et des Dépendances.

Je dirais que nous avons une relation constante. Par exemple, nous signons chaque année une lettre de compréhension mutuelle avec le sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Services aux Autochtones Canada. Des personnes comme Valerie Gideon nous ont grandement aidés à lancer et à mettre en œuvre notre approche.

Je dirais que nous avons une relation continue, ainsi qu'un besoin d'éliminer certains obstacles systémiques tenaces et d'assurer la durabilité de notre approche.

Mme Colleen Erickson: Nous avons également l'entente tripartite, au titre de laquelle nous rencontrons les gouvernements fédéral et provincial pour les informer de ce qu'il se passe à la FNHA et pour réaffirmer nos partenariats.

• (1455)

Le président: Je vous remercie, monsieur Schmale.

Nous accordons la parole à M. Powlowski pour cinq minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Je vous remercie.

Je voudrais poser mes questions aux deux témoins du Nishnawbe Aski Mental Health and Addictions Support Access Program, ou NAN.

Avant de devenir député il y a deux ans et demi, j'ai été urgentologue pendant 17 ans à Thunder Bay. À l'époque, votre programme de services de santé mentale virtuels n'existait pas. Je suis enchanté d'entendre que vous avez lancé ce programme, mais je veux vous interroger sur les services en personne. Je crois comprendre que vous avez demandé du financement à ce sujet, mais que vous n'en avez pas encore reçu.

Je ne devrais pas vous raconter d'histoire, car ce que je dis ne compte pas comme un témoignage; ce sont vos propos qui sont considérés comme un témoignage. Au cours de mes nombreuses années de travail aux urgences de Thunder Bay, j'ai fini par bien connaître un certain nombre de personnes, car elles se retrouvaient assez régulièrement à l'urgence. Ces personnes étaient en situation d'itinérance, avaient des problèmes d'alcoolisme et venaient de communautés servies par le NAN. Quand je les voyais régulièrement et constatais que leurs taux d'alcoolémie étaient de plus en plus élevés, je savais si quelque chose n'était pas fait rapidement, elles ne reviendraient plus. Assez fréquemment, on en venait à bien connaître les sans-abri, mais on finissait par apprendre que l'un d'entre eux était mort, presque toujours en raison de l'alcool.

Force m'est d'admettre qu'on ne les aidait pas beaucoup à l'urgence de Thunder Bay. On les aide peut-être mieux depuis quelques années, mais pour autant que je sache, nous n'en faisons pas beaucoup. J'ignore quels services de santé mentale et de toxicomanie étaient offerts. Il y a certainement Detox, des infirmeries dans les communautés et des programmes de traitement. J'appelais occasionnellement les infirmeries dans les communautés d'où venaient ces personnes pour proposer de les y renvoyer en avion pour tenter de les remettre sur le droit chemin avant qu'il ne soit trop tard, mais souvent, c'était le cas.

Pourriez-vous me parler brièvement des programmes existants qui sont offerts à de telles personnes qui viennent de vos communautés, mais qui se retrouvent souvent à Thunder Bay, afin de les aider à surmonter leurs problèmes de santé mentale et de toxicomanie?

M. Carl Dalton: Je vous remercie de vos questions.

Pour ce qui est des programmes existants, tout récemment et tout au long de la pandémie, les communautés ont pris l'initiative d'établir des centres de traitement de la toxicomanie et de bien-être sur les terres. Nous faisons exactement comme vous le conseillez il y a quelques années quand vous appeliez les infirmeries; nous construisons des camps et aidons les gens à retrouver graduellement un certain bien-être, quand ils le peuvent.

Nous offrons aussi nous-mêmes des programmes de désintoxication très novateurs dirigés par la communauté ou un chef et un conseil. Nous faisons appel à des professionnels des soins de santé. Je sais que certains programmes novateurs louent des hôtels pour quelques mois afin d'offrir un programme de désintoxication complet, tout en faisant beaucoup de travail de développement communautaire entretemps. J'entends par là qu'on trouve un logement aux personnes, s'assure qu'il y a de la nourriture et veille à ce que des membres de la famille viennent s'occuper de la personne. Nous tentons de nous assurer que la personne dispose d'un plan de suivi dans le cadre de ce programme.

En réalité, de nombreuses personnes recourent encore au système de désintoxication public, ce qui signifie que nous faisons de notre mieux. Nous utilisons la technologie pour faire connaître les temps d'attente pour les lits. Quand l'un d'eux se libère, les médecins peuvent commencer à appeler pour le réclamer. C'est souvent un urgentologue qui nous appelle. Dès que nous avons lancé le programme, nous avons reçu des appels de médecins travaillant dans des hôpitaux. Nous avons commencé à offrir des services de suivi pour que lorsque les gens reçoivent leur congé, ils aient au moins un contact.

Au cours des deux derniers mois, nous avons obtenu une validation de principe afin d'offrir des services en personne dans le cadre du programme NAN Hope. Nous offrons beaucoup de services de soin virtuels, mais nous avons maintenant du personnel dans les centres urbains qui peuvent aller chercher les gens après une urgence pour les amener dans un hôtel ou un centre d'hébergement et s'assurer qu'ils ont de la nourriture. Nous avons reçu de bons commentaires au cours des deux derniers mois. Nous avons demandé un financement d'un an, mais en avons reçu pour deux mois...

M. Marcus Powlowski: À qui avez-vous demandé ce financement?

M. Carl Dalton: Nous avons appris que le gouvernement fédéral nous offrait des fonds publics pour les mesures sanitaires et la capacité de pointe, alors nous avons collaboré avec nos partenaires pour présenter une demande.

● (1500)

M. Marcus Powlowski: Vous pouvez certainement vous adresser à mon bureau. Je peux assurer le suivi à ce sujet et tenter d'encourager le gouvernement à vous accorder du financement.

L'autre chose...

Le président: Monsieur Powlowski, le temps est malheureusement écoulé.

[Français]

Madame Gill, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

Mme Marilène Gill: Merci, monsieur le président.

J'aimerais poser une autre question à Mme Messier. Plus tôt, elle a mentionné l'idée d'améliorer les communications, la collaboration et la consultation entre toutes les parties. Elle a nommé le gouvernement fédéral, entre autres, mais également le gouvernement du Québec et les Premières Nations. J'aimerais tout simplement qu'elle nous en parle davantage.

Mme Jessie Messier: De toute évidence, il est essentiel présentement que des mécanismes soient mis en place pour faciliter la création d'un réel continuum de soins. Il demeure que, dans chacune des provinces, il y a un réseau de soins de santé en place, qui est souvent le réseau principal offrant des services de première, deuxième et troisième lignes. Ce réseau offre dans ses établissements certains services qui sont financés par le gouvernement provincial. Il n'y a pas de réel arrimage entre les services, par exemple lorsque les patients sont libérés, pour faciliter le continuum de soins. Ainsi, le lien n'est pas nécessairement fait avec la communauté. Les intervenants qui libèrent les patients ne connaissent pas nécessairement l'offre de service du gouvernement fédéral. Parfois, les gens vont quitter l'établissement sans avoir les bons pansements, et cela peut prendre du temps avant que les autorisations soient données.

Alors, je pense qu'il faut avoir une réflexion à cet égard, afin que chacun des acteurs puisse jouer son rôle. Le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial ont un rôle à jouer, mais les communautés ont aussi un rôle central à jouer. Il faut s'assurer d'optimiser la collaboration de chacun de ces acteurs pour être en mesure de mettre en place un réel continuum de soins, de sorte que le patient ne se bute pas à des obstacles lorsqu'il doit naviguer au sein d'un système pour avoir accès aux soins. Ce système doit vraiment mettre un frein à toutes les barrières auxquelles les patients peuvent se heurter lorsque plusieurs champs de compétence sont impliqués.

Mme Marilène Gill: J'aimerais vous poser une autre question, madame Messier, concernant le financement des soins de santé.

Nous savons qu'il y a présentement des lacunes dans le domaine des soins de santé, que ce soit au Québec ou dans n'importe quelle province. Croyez-vous qu'augmenter les transferts en santé pourrait également être favorable aux membres des Premières Nations? Cela n'exclut pas ma question au sujet de toutes les autres modifications qu'on devrait apporter. Cela dit, croyez-vous qu'une augmentation des transferts en santé pourrait avoir des répercussions positives pour les Premières Nations?

Mme Jessie Messier: Cela pourrait avoir un effet positif, pourvu que ce soit assorti d'une obligation pour le gouvernement provincial

d'offrir de réels services aux Premières Nations. Présentement, le gouvernement du Québec n'offre aucun service au sein des communautés des Premières Nations, à l'exception des services médicaux. J'exclus de cela la nation crie, parce que cette Première Nation a conclu une entente particulière avec la province. Quant aux autres communautés des Premières Nations, le gouvernement ne leur offre pas, par exemple, de services d'ergothérapeute ou d'autres professionnels de la santé à l'intérieur des communautés.

On peut donc augmenter le budget, mais, si ce n'est pas accompagné d'un réel engagement du gouvernement provincial à offrir des services concrets aux gens des Premières Nations, et ce, quel que soit leur lieu de résidence, l'effet risque de ne pas être aussi grand.

Le président: Merci, madame Gill.

C'est Mme Idlout qui va conclure le tour de questions.

[Traduction]

Madame Idlout, vous disposez de deux minutes et demie.

Mme Lori Idlout: Je vous remercie beaucoup.

J'ai une brève question qui fait suite aux questions de M. Powlowski en ce qui concerne son expérience de médecin, laquelle s'apparente certainement beaucoup à celles des personnes travaillant dans le système de soins de santé qui fournissent des services aux Premières Nations, aux Métis et aux Inuits.

Chaque témoin conviendrait-il avec moi que ce qu'ils vivent à titre de fournisseurs de services quand ils voient des patients autochtones, métis et inuits est le résultat direct des répercussions profondes du colonialisme? Comme la situation est une conséquence directe du colonialisme, il est plus important que jamais que le gouvernement fédéral ait la responsabilité de fournir un financement durable, holistique et adapté à la culture afin de résoudre les problèmes de santé mentale pour s'assurer d'atténuer les répercussions du colonialisme.

Qujannamiik.

Le président: Je vous remercie.

C'est une longue question, mais je vous demande d'y répondre brièvement. Nous commencerons par la FNHA.

● (1505)

M. Richard Jock: Je dirais simplement qu'il y a deux facettes au colonialisme. Il faut notamment tenir compte du contexte des pensionnats autochtones et comprendre qu'il faut offrir des services fondés sur les traumatismes et réorienter une bonne partie de ce que nous faisons afin d'examiner des approches adaptées aux nations et d'adopter des modèles de service et de guérison fondés sur les traumatismes. Je pense que cela cadre entièrement avec la Commission de vérité et de réconciliation, mais aussi avec ce que nous vivons ici avec les Tk'emlúps et la découverte de 215 tombes. Le problème est réellement répandu et touche chaque communauté de la Colombie-Britannique et — je présume — du Canada.

Qu'en pensez-vous, madame Erickson?

Mme Colleen Erickson: J'abonde dans le même sens que vous, monsieur Jock. J'ajouterais juste que depuis la découverte des tombes, la FNHA a dû faire preuve de diligence dans le cadre de ses partenariats avec les ministères et tous les organismes qui composent avec la crise qui nous frappe. Pour en revenir à la double perspective et au fait que nous observons certaines choses et offrons des programmes novateurs conçus pour composer avec les structures coloniales et les programmes institutionnalisés qui nous ont été imposés, je pense que ces structures ont été modernisées. Selon moi, notre réaction a été un peu plus complète.

Le président: Je vous remercie, madame Erickson.

[Français]

Madame Messier, voulez-vous ajouter quelque chose?

Mme Jessie Messier: J'aimerais souligner brièvement que la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador n'offre pas de services directement à la population. Par contre, la dramatique histoire de Mme Joyce Echaquan, au Québec, a mis en lumière de façon assez criante les conséquences du colonialisme et la discrimination qui en découle. Je ne peux qu'adhérer à votre position, qui consiste à réfléchir et à favoriser une approche holistique, pourvu qu'elle soit déterminée par les peuples des Premières Nations eux-mêmes.

Le président: Merci.

[Traduction]

Enfin, monsieur Dalton ou madame McKenzie, voudriez-vous répondre à la question de Mme Idlout?

Mme Orpah McKenzie: Je pourrais y répondre.

Oui, au fil des ans, dans le cadre de mon travail, j'ai certainement constaté que le colonialisme a des répercussions sur le peuple Nish-nawbe Aski. Je ne peux parler que pour mon peuple, car c'est là que j'ai travaillé la plus grande partie de ma vie.

Je pense que le fait de travailler ensemble au cours des dernières années avec les divers ordres de gouvernement et d'autres groupes

pour élaborer des programmes a joué un grand rôle en nous permettant de faire en sorte que tout le monde sache ce que nous avons vécu et que nous avons une voix, peu importe le projet auquel nous travaillons, particulièrement dans le domaine des soins d'urgence virtuels lancés il y a quatre ans. Il y a maintenant 17 communautés branchées à ce service.

Cette année, nous avons travaillé à quatre autres endroits, mais la pandémie a ralenti les progrès. Nous poursuivons nos travaux à cet égard, mais je pense que plus nous travaillons ensemble... Je regarde certaines choses découlant du travail qui a été réalisé avec le... Le nom m'échappe, mais quoi qu'il en soit, si nous pouvons examiner certaines des recommandations, je pense qu'elles nous aideraient à résoudre certains problèmes qui nous hantent depuis nombre d'années sur les plans de la santé et de la santé mentale.

Meegwetch.

Le président: Je vous remercie beaucoup, madame McKenzie.

Voilà qui nous amène à la fin de la séance.

Je voudrais remercier tous les témoins d'avoir comparu cet après-midi.

[Français]

Je vous remercie d'avoir livré vos témoignages et d'avoir répondu à nos questions. Cela a été très informatif pour le Comité et cela nous aidera dans nos délibérations.

• (1510)

[Traduction]

Merci encore à tous. Je souhaite à tout le monde une bonne fête des Mères.

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>