CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

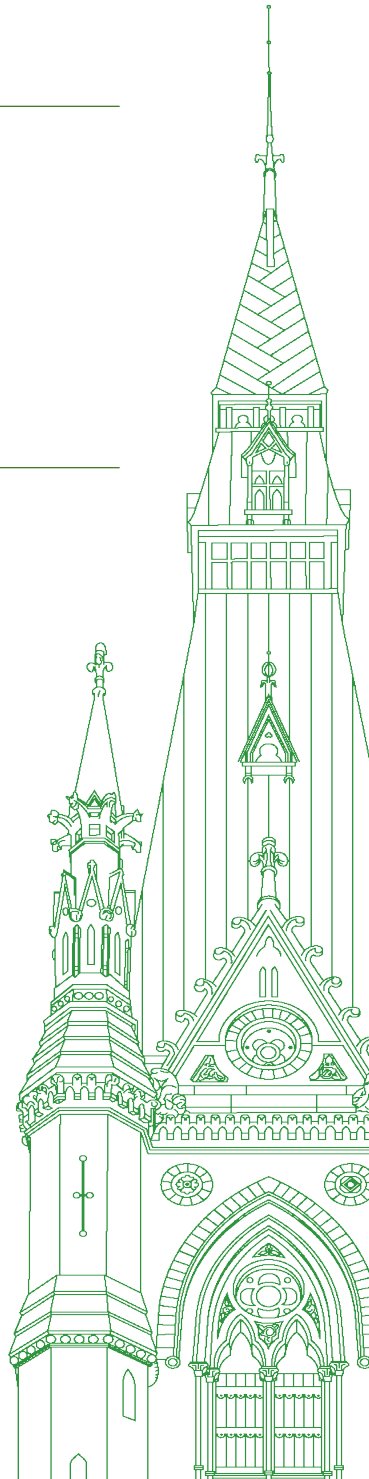
44e LÉGISLATURE, 1re SESSION

Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 022

Le mardi 31 mai 2022



Président : L'honorable Marc Garneau

Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

Le mardi 31 mai 2022

● (1630)

[*Français*]

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

Je déclare la séance ouverte.

Malheureusement, nous commençons un peu en retard, mais nous allons essayer de respecter notre programme.

Bienvenue à la vingt-deuxième réunion du Comité permanent des affaires autochtones et du Nord.

[*Traduction*]

Nous sommes réunis aujourd'hui sur le territoire non cédé de la nation algonquine anishinabée.

Aujourd'hui, pendant la première heure, nous entendrons les témoignages de nos derniers témoins dans le cadre de notre étude sur les SSNA et nous consacrerons ensuite environ 30 minutes aux instructions de rédaction du rapport connexe. Nous examinerons également la deuxième version de notre ébauche de rapport sur le logement, qui a été distribuée la semaine dernière.

Enfin, nous examinerons le budget de déplacement pour notre étude sur la souveraineté, la sécurité et la préparation aux urgences dans l'Arctique à l'automne. Si nous sommes tous d'accord, nous demanderons à la greffière de l'envoyer au Comité de liaison.

[*Français*]

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

[*Traduction*]

Dans le groupe de témoins d'aujourd'hui, nous accueillons Lee Allison Clark, gestionnaire, Politiques et recherches à l'Association des femmes autochtones du Canada. Mme Clark comparaît en personne. Nous accueillons également Joy Idlout, qui comparaît à titre personnel, tout comme le grand chef Jerry Daniels, de la Southern Chiefs' Organization.

[*Français*]

Je voudrais rappeler à tout le monde de respecter les exigences du Bureau de régie interne concernant la distanciation physique et le port du masque.

[*Traduction*]

Afin d'assurer le bon déroulement de la réunion, j'aimerais énoncer quelques règles à suivre. Les membres du Comité 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 pour la première partie de la réunion d'aujourd'hui. Veuillez faire preuve de patience avec l'interprétation, car il pourrait y avoir un certain délai, surtout que l'inuktitut doit d'abord être traduit en anglais avant de pouvoir être traduit en français, et vice versa.

Le bouton pour l'interprétation de l'inuktitut se trouve au bas de votre écran. Si vous perdez l'interprétation, veuillez nous le signaler et nous nous arrêterons pour essayer de résoudre le problème. La fonction « Lever la main » au bas de l'écran peut être utilisée à tout moment si vous souhaitez prendre la parole ou attirer l'attention du président.

Avant de parler, veuillez attendre que je vous reconnaisse par votre nom. Si vous êtes en vidéoconférence, veuillez cliquer sur l'icône du microphone pour l'activer. Le microphone des personnes présentes dans la salle sera contrôlé comme d'habitude par la personne responsable des procédures et de la vérification.

Lorsque vous parlez, veuillez le faire lentement et clairement. Lorsque vous ne parlez pas, votre microphone doit être en sourdine. Je vous rappelle que tous les commentaires doivent être adressés par l'entremise du président.

Chacun des témoins aura cinq minutes pour faire une déclaration. Je vous demanderais de vous en tenir à ces cinq minutes. Nous aurons ensuite une période de questions.

Je tiens à remercier les témoins qui comparaissent aujourd'hui. Nous allons maintenant commencer. Je demanderais à Mme Clark de faire sa déclaration.

Madame Clark, vous avez cinq minutes.

Mme Lee Allison Clark (gestionnaire, Politiques et recherches, Association des femmes autochtones du Canada): Bonjour, honorables députés.

Je vous remercie de m'avoir invitée à comparaître ici aujourd'hui, au nom de l'Association des femmes autochtones du Canada, pour parler de l'administration et de l'accessibilité des peuples autochtones au programme des services de santé non assurés.

Je tiens à reconnaître que les personnes présentes ici aujourd'hui et moi-même nous trouvons sur le territoire traditionnel et non cédé du peuple algonquin anishinabe.

Comme vous le savez probablement tous, l'AFAC est une organisation autochtone nationale qui représente les femmes, les filles et les personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre autochtones au Canada. Comme nous le savons tous, l'accessibilité, l'offre et l'acceptabilité des services de santé ont un impact direct et indirect sur la santé et les résultats en matière de santé des peuples autochtones.

Même si le programme des SSNA fournit un soutien financier essentiel pour l'accès aux services, il faut faire davantage pour veiller à ce que les femmes, les filles et les personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre autochtones aient accès à des services de soins de santé essentiels qui sont acceptables, qui respectent les différences culturelles et l'identité de genre et qui tiennent compte des traumatismes.

Le programme des SSNA représente une bouée de sauvetage pour les peuples autochtones. De plus, les femmes autochtones ont plus souvent recours aux SSNA que les hommes autochtones. Les modifications apportées précédemment à la Loi sur les Indiens ont permis à un plus grand nombre de personnes de revendiquer ou de rétablir leur statut. Le projet de loi C-3, Loi sur l'équité entre les sexes relativement à l'inscription au registre des Indiens, et le projet de loi S-3 visaient à éliminer les iniquités connues fondées sur le sexe en matière d'inscription. Grâce à ces mesures, de nombreuses personnes ont obtenu le droit de s'inscrire en vertu de la Loi sur les Indiens.

Étant donné que la population ayant accès aux SSNA a augmenté de façon importante au cours des dernières années, et qu'une grande partie de cette croissance se produit dans les petites collectivités et les collectivités éloignées, l'AFAC accueille très favorablement les discussions sur les moyens d'améliorer la situation. Aujourd'hui, je présenterai plusieurs scénarios qui soulignent les lacunes du programme des SSNA, et j'encouragerai la discussion tout au long de l'heure qui suivra pour trouver des solutions concrètes à ces lacunes. Les exemples que je présenterai dans les prochaines minutes ne représentent que la pointe de l'iceberg.

Dans presque tous les cercles de partage, groupes de discussion ou séances de mobilisation axés sur les expériences en matière de soins de santé que l'AFAC a organisés avec des femmes, des filles et des personnes bispirituelles et de diverses identités de genre autochtones, des questions liées à la difficulté d'accès aux services, à l'offre des services, à la qualité des services et aux expériences vécues de discrimination, de racisme et de sexisme sont soulevées. Que ce soit pour des raisons de racisme pur et simple ou de discrimination ancrée dans les établissements, les services de santé sont souvent inaccessibles aux personnes qui en ont le plus besoin.

Comme dans de nombreux autres pays, les femmes ont généralement des taux d'ordonnance plus élevés que les hommes. C'est également vrai au Canada et cela reste vrai pour les femmes autochtones par rapport à leurs homologues masculins et à l'ensemble de la population canadienne. Par conséquent, le programme des SSNA demeure essentiel à la survie des femmes autochtones et constitue un enjeu sexospécifique.

Cependant, le régime d'assurance-médicaments des SSNA, comme le soulignent continuellement l'Association des pharmaciens du Canada et d'autres organismes, offre une couverture relative aux médicaments inférieure à celle dont bénéficie le Canadien moyen. Si l'on considère que les femmes, les filles et les personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre autochtones font face à l'un des fardeaux les plus disproportionnés en ce qui concerne la disparité en matière de santé au Canada, ce qui découle de divers déterminants en matière de santé, cela peut entraîner des répercussions catastrophiques.

Les Canadiens s'attendent à avoir accès à des services de naissance à proximité de leur domicile. Ce n'est pas le cas pour les personnes autochtones qui sont enceintes. En effet, une étude récente publiée dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* a révélé que les personnes autochtones enceintes du Canada font face, par rapport aux personnes non autochtones, à des inégalités frappantes en matière d'accès à ces services à proximité de leur domicile.

Bien que le programme des SSNA couvre un grand nombre des dépenses liées aux déplacements pour cause de grossesse, depuis 2017, il est limité à une personne enceinte et à l'ajout d'une autre personne. Cependant, cette autre personne est souvent une doula ou une sage-femme, et non un membre de la famille ou une amie. Les enfants sont laissés à la maison. Cette situation est problématique.

Accoucher sur un territoire traditionnel ou près d'un territoire traditionnel en présence de la famille et de la communauté est une pratique de longue date qui revêt une importance fondamentale, culturelle et sociale et qui contribue au bien-être général de la mère et du nouveau-né chez les populations autochtones. Cela leur donne un bon départ. La plupart des Canadiennes ont le luxe de pouvoir accoucher près de chez elles, avec leur partenaire dans la pièce ou peut-être avec la famille dans la salle d'attente. Les SSNA ne permettent tout simplement pas de faire cela, ce qui crée une norme inférieure pour les personnes autochtones qui donnent naissance comparativement au reste de la population canadienne.

D'autres couches de racisme et de sexisme s'ajoutent lorsque l'on considère les soins dentaires pour les femmes, les filles et les personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre autochtones. L'utilisation de prothèses dentaires, le fait de recevoir des soins dentaires à l'extérieur d'une réserve, le fait qu'on leur demande de payer certains services dentaires, la perception de la nécessité des soins préventifs, l'utilisation de la soie dentaire plus d'une fois par jour, le fait d'avoir moins de 21 dents naturelles, la peur d'aller chez le dentiste, le fait de n'avoir jamais reçu de traitement orthodontique et la perception de l'impact des conditions buccodentaires sur la qualité de vie sont autant de facteurs qui ont été corrélés à l'expérience d'un événement raciste chez le dentiste. Des tâches simples que de nombreux Canadiens considèrent comme allant de soi, comme se faire nettoyer les dents, deviennent un événement potentiellement traumatisant pour les Autochtones. Et c'est sans compter les nombreux problèmes auxquels ils font face pour trouver un dentiste et avoir accès aux soins dentaires.

Avant le contact avec les colons européens, les guérisseurs des Premières Nations et des Inuits étaient responsables de la santé de leur peuple et s'appuyaient sur de vastes connaissances en matière de remèdes traditionnels et de pratiques socioculturelles. L'administration du programme des SSNA doit intégrer ces connaissances et tenir compte des différences culturelles et sexospécifiques, ainsi que de la diversité de genre, si nous souhaitons emprunter pleinement la voie de la réconciliation.

Toutefois, conformément à la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, qui a été élaborée en 1986 — il y a si longtemps — et comme le souligne l'Agence de la santé publique du Canada: « les réductions des inégalités en matière de santé reposent sur celles des inégalités d'ordre matériel et social. »

● (1635)

En ce qui concerne les SSNA, cela signifie augmenter la couverture de l'accès facile à la médecine allopathique et traditionnelle préventive et en accroître l'offre.

En résumé, nous ne pouvons pas risquer qu'un plus grand nombre de femmes, de filles et de personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre autochtones passent à travers les mailles du filet lorsqu'elles cherchent à avoir accès aux soins auxquels elles ont droit. L'AFAC veut faire partie de la solution pour trouver la meilleure façon d'augmenter l'accessibilité et d'améliorer l'administration du programme des SSNA.

J'ai hâte de présenter des recommandations plus détaillées au cours de la prochaine heure.

Je vous remercie. *Meegwetch*.

Le président: Je vous remercie beaucoup, madame Clark.

Nous entendrons maintenant Mme Idlout. Vous avez la parole. Vous avez cinq minutes.

Mme Joy Idlout (agente, Rémunération et avantages sociaux, à titre personnel): Je crois qu'il serait préférable que les personnes qui font office d'accompagnatrices commencent à être rémunérées, car il est très stressant de devoir quitter sa collectivité pour des raisons médicales. Il faut laisser ses enfants à la maison avec quelqu'un, puis se retrouver dans une autre ville, se souvenir des rendez-vous, amener le patient à son rendez-vous et le préparer à la chirurgie ou à tout ce qui est nécessaire, ce qui demande beaucoup d'efforts, surtout quand on accompagne une personne âgée.

Je suis désolée. Je n'ai pas eu beaucoup de temps pour préparer une déclaration.

Le président: Si vous le souhaitez, madame Idlout, nous pouvons attendre aux questions. Vous pourrez peut-être répondre à ce moment-là, à moins que vous ne vouliez prendre la parole maintenant. Si vous souhaitez ajouter quelque chose, il vous reste trois minutes.

Mme Joy Idlout: Je préférerais attendre aux questions.

Le président: C'est très bien. Nous reviendrons à vous au moment des questions.

Nous entendrons maintenant le grand chef Jerry Daniels. Vous avez la parole. Vous avez cinq minutes.

Le grand chef Jerry Daniels (Southern Chiefs' Organization Inc.): Je vous remercie.

[*Le témoin s'exprime en ojibwé ainsi qu'il suit:*]

Aah boozhoo dinawemaagidok ogimaamako nidishinkaaz Gaagonishchi'ag doonjii

[*Les propos en ojibwé sont traduits ainsi:*]

Bonjour à tous mes proches et à mon chef. Je m'appelle Maître de l'ours et je viens de Gaagonishchi'ag.

[*Traduction*]

J'aimerais commencer par reconnaître que je me joins à vous depuis Winnipeg, sur le territoire du Traité n^{o} 1, qui est aussi le territoire non cédé des Dakotas.

J'aimerais prendre un moment pour saluer nos aînés, qui sont les gardiens de notre savoir et de notre culture et qui ont dû faire face à des obstacles considérables lorsqu'ils ont tenté d'avoir accès aux services de santé non assurés.

Je tiens à remercier le Comité de m'avoir invité à comparaître aujourd'hui.

À l'heure actuelle, il existe un écart documenté de 11 ans dans l'espérance de vie entre les membres des Premières Nations et tous les autres habitants du Manitoba, et cet écart s'accroît.

Je tiens à rappeler au Comité que le Canada a la responsabilité de fournir des services de santé équitables aux citoyens des Premières Nations. Selon l'article 24.2 de la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones, les peuples autochtones « ont le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. Les États prennent les mesures nécessaires en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation de ce droit. »

Les Premières Nations ont également des droits ancestraux et des droits issus de traités inhérents en vertu de l'article 35 de la Loi constitutionnelle de 1982, y compris le droit à la santé et à l'autodétermination en matière de systèmes de santé. Des traités ont affirmé la compétence des Premières Nations sur leurs systèmes de santé et ont établi l'obligation de la Couronne de leur fournir des médicaments et une protection.

En raison de la crise actuelle dans les soins de santé pour les Premières Nations, la Southern Chiefs' Organization dirige activement un processus de transformation des soins de santé à la suite de la signature d'un protocole d'entente avec le Canada en juin 2020. Notre processus d'engagement communautaire prévoit notamment la formulation de commentaires sur les programmes et services de soins de santé non assurés. Le programme des SSNA a été cerné comme l'une des préoccupations les plus importantes à cet égard, car il a un impact sur chaque citoyen des Premières Nations, sur nos enfants, nos jeunes et jusqu'à nos aînés, tant dans les réserves qu'à l'extérieur de celles-ci.

Les services actuellement offerts dans le cadre du programme des SSNA sont parmi les plus grands obstacles à l'obtention de résultats positifs en matière de santé pour les citoyens des Premières Nations. L'administration du programme et l'application incohérente de la politique du programme font en sorte que les citoyens reçoivent des services de qualité inférieure ou se voient carrément refuser des soins.

Je ne saurais trop insister sur le fait que nos citoyens nous ont dit qu'aucune composante du programme des SSNA ne répond à leurs besoins. Par exemple, 61 % des citoyens des Premières Nations du Sud doivent faire d'une à trois heures de route pour se rendre de leur nation à la pharmacie d'hôpital la plus proche. Le plus grand obstacle pour se rendre à la pharmacie d'hôpital est le refus des SSNA de fournir des services de transport pour raison médicale.

Arrêtez-vous un instant pour réfléchir à l'idée de devoir demander une autorisation chaque fois que vous devez vous rendre à l'hôpital ou à une pharmacie. Même lorsque le transport est approuvé, le taux de l'indemnité pour le transport pour raison médicale des SSNA, y compris le kilométrage et les repas, est bien inférieur aux taux offerts dans d'autres régions et par d'autres programmes comme celui d'Anciens Combattants, par exemple. Le taux actuel de remboursement du kilométrage pour les véhicules privés par les SSNA au Manitoba est de 21,5 ¢ par kilomètre. Le taux d'Anciens Combattants est presque deux fois plus élevé, soit 49,5 ¢ par kilomètre.

Le taux actuel de l'indemnité pour les repas offerte par la SSNA à nos citoyens est fixé à 48 $ par jour, alors que celui d'Anciens Combattants est de 93,50 $. Lorsqu'on se rend dans les grandes régions urbaines pour des rendez-vous médicaux qui ne sont pas offerts dans les réserves, les taux de l'indemnité pour l'hébergement commercial ne sont pas assez élevés pour assurer la sécurité et le confort de nos citoyens. En effet, au Manitoba, le taux de l'indemnité pour l'hébergement atteint un maximum de 120 $ par nuit, alors que celui d'Anciens Combattants Canada est de 157 $ à 169 $.

Pour les traitements essentiels à la survie, par exemple la dialyse, de nombreuses personnes sont obligées de déménager dans de grands centres urbains comme Winnipeg, car aucun traitement n'est offert plus près de chez elles. Pourtant, aucune indemnité de transport pour raison médicale n'est offerte à nos citoyens qui vivent dans des centres urbains, même lorsqu'il s'agit d'aînés.

Nous pourrions parler d'autres lacunes et inégalités fondamentales dans les programmes de soins dentaires, de soins de la vue, de santé mentale, d'ordonnances et d'autres fournitures médicales. En voici donc quelques exemples.

Nos citoyens doivent faire face à de longues périodes d'attente pour les services du volet des soins de la vue des SSNA, qui accusent un arriéré. Les fournisseurs, même ceux qui figurent sur la liste des fournisseurs approuvés, facturent des frais supplémentaires, mais ces montants ne peuvent pas être remboursés, car ils sont supérieurs aux taux approuvés. Les fournisseurs devraient être tenus d'en informer les clients, car ces derniers présument que si un fournisseur se trouve sur la liste des fournisseurs approuvés, ils ne devraient pas être facturés directement, et ils doivent donc payer ces coûts supplémentaires.

Pour que nous puissions obtenir des résultats positifs à long terme pour nos citoyens et nos nations, ces programmes et services inadéquats des SSNA doivent être démantelés. Je comprends que le gouvernement fédéral reconnaisse les lacunes et les résultats désastreux, mais même si ce problème est connu depuis au moins 2016, il n'y a presque pas eu d'amélioration en sept ans.

En conclusion, ce ne sont que quelques-unes des raisons pour lesquelles la Southern Chiefs' Organization construit un nouveau système de santé des Premières Nations qui fournira un meilleur service et comblera l'écart en matière de santé entre les Anishinabe et les Dakotas et le reste du Canada.

● (1640)

Je vous remercie de votre temps et de votre intérêt aujourd'hui. J'ai hâte de répondre à vos questions.

Le président: Je vous remercie, grand chef.

Nous allons maintenant passer aux séries de questions de six minutes. Nous entendrons d'abord M. Shields.

M. Martin Shields (Bow River, PCC): Je vous remercie, monsieur le président. Je remercie également les témoins d'être ici aujourd'hui.

Je suis heureux de vous voir, grand chef Daniels. Vous avez abordé beaucoup de choses en peu de temps.

J'ai récemment rendu visite à une personne de la nation Siksika. Elle m'a raconté des histoires de soins de santé et elle m'a parlé d'un aîné qui se trouvait dans un hôpital où la langue représentait un obstacle. Pour des choses simples qu'ils feraient couramment dans un établissement de santé, les membres du personnel ont étiqueté l'aîné comme étant une personne difficile jusqu'à ce que quelqu'un puisse aller à l'hôpital et traduire la langue et que le personnel puisse comprendre les différences dans les pratiques culturelles.

Êtes-vous au courant de ces difficultés auxquelles font face les aînés dans le système de soins de santé?

● (1645)

Le grand chef Jerry Daniels: Nous avons des collectivités entièrement anishinaabemowin où l'on parle ojibway. Ces gens font certainement face aux mêmes défis. Cela arrive tous les jours.

Nous devons être en mesure de faire face à cette situation d'une manière appropriée. Je pense que la formation est certainement une partie importante de la solution, mais il faut également faire les préparatifs nécessaires. Un grand nombre de nos citoyens qui se rendent dans ces hôpitaux le savent un peu à l'avance et ils ont donc le temps de se préparer. Je sais qu'il y a beaucoup de stress en ce moment dans le système de soins de santé, mais ce n'est pas une excuse pour ne pas être en mesure de préparer correctement l'admission de nos citoyens dans ces établissements de santé.

M. Martin Shields: À votre avis, est-ce la personne qui les accompagne qui…? D'après ce que je comprends du système de santé, si je suis un patient et que je n'ai pas d'accompagnateur, même dans ma situation, j'éprouverais quelques difficultés.

Laissez-vous entendre que les personnes qui voyagent avec les patients pourraient les aider à se retrouver dans le système de santé? Est-ce la solution?

Le grand chef Jerry Daniels: Eh bien, je pense que ce serait une combinaison de tout cela. Cela peut représenter une solution en général, mais je pense que les établissements de soins de santé devraient déjà être prêts aux situations d'urgence. En nous fondant sur certains antécédents, nous pouvons déjà nous faire une idée des fluctuations actuelles en ce qui concerne les besoins en matière de santé dans ces établissements. Cela pourrait donc nous donner une meilleure idée de la manière de préparer nos établissements à l'admission des citoyens.

M. Martin Shields: Parlez-vous d'accroître la dotation en personnel autochtone dans les établissements de santé?

Le grand chef Jerry Daniels: Je parlerais d'un processus de dotation autochtone indépendant dans ces établissements de santé. Nous nous sommes déjà engagés dans cette voie avec le principe de Jordan, par exemple, dans le cas de l'établissement de santé pour enfants, ici, à Winnipeg.

M. Martin Shields: Avez-vous obtenu des résultats positifs?

Le grand chef Jerry Daniels: Je pense que cela va créer des interactions culturelles uniques au sein de l'établissement, ce qui devrait permettre d'obtenir de meilleurs résultats. La tâche de nos citoyens au sein de ces établissements serait simplement de s'assurer que nos citoyens sont traités de manière adéquate et qu'ils sont bien compris, le cas échéant.

M. Martin Shields: À mesure que vous progressez dans cette voie, vous cherchez — je vous ai déjà entendu parler très fermement au Comité au sujet d'un processus décisionnel au niveau communautaire — à comprendre où se trouve l'argent, et pourtant, vous n'êtes pas en mesure de contrôler les résultats de ces dépenses. Pensez-vous que c'est encore la même chose dans ce cas-ci?

Le grand chef Jerry Daniels: Absolument. Je pense que nous sommes tout à fait préparés à nous mobiliser et à démontrer la valeur ajoutée et l'effet du contrôle communautaire de la santé, chez les Premières Nations, sur le système de santé.

M. Martin Shields: Ça comprendrait, je suppose, l'utilisation accrue d'une hygiène et de médicaments autochtones traditionnels.

Le grand chef Jerry Daniels: Absolument. La prévention par l'hygiène est absolument essentielle à la fermeture de l'écart de 11 ans dans l'espérance d'une vie en bonne santé — dans l'espérance de vie.

M. Martin Shields: Est-ce que ce savoir de vos anciens se perd? À quel point le délai, au fil du temps, pour obtenir ce savoir est-il crucial?

Le grand chef Jerry Daniels: Il l'est absolument. La transmission des savoirs est de moins en moins efficace. Nos guérisseurs traditionnels, par exemple, en sont de moins en moins capables. Beaucoup de nos communautés sont en état de crise. Il est très difficile de mettre en place l'ambiance favorable à cette instruction, que le système même d'éducation a limitée. Partout dans notre société, des barrières se sont érigées contre la transmission de ces savoirs.

M. Martin Shields: Ça aboutit à des refus de reconnaître la réalité et à des incohérences dans les traitements, faute de reconnaître cet écart, faute de connaissances.

● (1650)

Le grand chef Jerry Daniels: Les connaissances cessent également de s'enrichir pour améliorer le système de santé, non seulement pour les Autochtones, mais, également, pour tous.

M. Martin Shields: Très juste.

Merci.

Le président: Merci, monsieur Shields.

La parole est maintenant à Mme Atwin.

Mais avant, grand chef, les interprètes, semble-t-il, vous entendaient très mal. Pourriez-vous vérifier si le micro que vous avez choisi est compatible avec votre casque? Ne faites que le vérifier, pendant que nous attendons.

Je cède la parole à Mme Atwin, qui dispose de six minutes.

Mme Jenica Atwin (Fredericton, Lib.): Merci, monsieur le président, et je remercie également nos témoins d'être avec nous.

La plupart de mes questions, je les poserai à Mme Clark, de l'Association des femmes autochtones du Canada.

Je suis convaincue que votre association possède le savoir institutionnel, le savoir traditionnel et l'expérience vécue nécessaires pour amener de plus en plus de femmes à participer à cette discussion.

De manière générale, vous êtes ici pour témoigner, mais votre association est-elle autrement mobilisée pour améliorer la politique concernant le programme des services de santé non assurés?

Mme Lee Allison Clark: Les services de santé non assurés? Non, pas particulièrement, bien que j'aie l'impression que nous puissions le faire. Comme vous le disiez, un savoir vraiment vaste est enraciné dans notre association. Nous avons vraiment de bons dirigeants et nous sommes toujours versés dans l'analyse des sexospécificités fondées sur nos valeurs culturelles. Comme nous tenons compte en tout des traumatismes, nous l'approuverions; mais, actuellement, nous ne sommes pas mobilisés dans cette action.

Mme Jenica Atwin: Merci.

Vous avez mis en relief un détail qui a vraiment beaucoup d'importance pour moi concernant les services de naissance. Vous avez mis en évidence un exemple, sur l'impossibilité d'être accompagné, ne serait-ce que par des membres supplémentaires de la famille à part la personne accompagnatrice, ce que je ne pourrais imaginer du point de vue d'une femme. Y a-t-il d'autres obstacles particuliers pour les femmes?

De plus, pour les personnes ayant diverses identités de genre, est-il difficile d'obtenir des soins pour l'affirmation de son genre, des soins aux personnes transgenres? Y a-t-il un manque d'expertise dans le système de services de santé non assurés?

J'aimerais également en savoir davantage à ce sujet.

Mme Lee Allison Clark: Malheureusement, c'est infesté de problèmes. Il est déjà difficile d'être bispirituelle, transgenre, possesseur de diverses identités de genre, membre de la communauté 2ELGBTQQIA+. Si, en plus, on ajoute la problématique autochtone, ça ne fait que rendre la situation plus difficile. L'expérience des soins de santé par les Autochtones a toujours été extrêmement difficile. La réunion de cette difficulté à une autre rendrait la chose incroyablement presque impossible.

L'idée de la « bispiritualité » est très étrangère à la plupart des fournisseurs de soins. Ils corrèlent souvent cette notion à l'homosexualité, à la bisexualité ou à quelque chose d'approchant, alors que c'est absolument différent. C'est sacré, spirituel. Sa compréhension pourrait favoriser la prestation de soins d'affirmation du genre. Mais, en milieu rural ou éloigné, particulièrement, c'est presque mission impossible.

En ce qui concerne votre première observation sur l'accès aux services de naissance, effectivement, il s'agit de décider d'être accompagné de sa sage-femme, de sa doula, de son enfant et, si on en a plus d'un, lequel? Le partenaire de vie vient-il aussi ou s'occupe-t-il des enfants? Avec un peu de chance, il se trouve des personnes âgées dans la communauté. C'est une succession de choix à faire sur les accompagnateurs.

M. Shields a évoqué la présence d'un « navigateur ». C'est une excellente idée, mais ce l'est également d'être accompagné de la famille, et une seule personne, ce n'est pas assez quand… Je suis convaincue que beaucoup de personnes ont approché des mères qui avaient accouché. On a le droit d'aller à l'hôpital. C'est facile. On s'y rend et on voit le bébé. C'est incroyable.

Ce n'est pas ce que vit la majorité des Autochtones qui accouchent et qui ont une famille. Elles doivent attendre le moment du retour à la maison en avion. L'avion, c'est déjà traumatisant pour certains, mais tant pis si vous avez un nouveau-né, parce que les obstacles ne font que s'ajouter les uns aux autres.

Mme Jenica Atwin: Tout récemment, j'ai visité le site Web de votre association pour un aperçu des services et j'ai vraiment aimé les pages sur la sensibilisation aux droits et sur l'information sur ce à quoi ça ressemble, particulièrement l'accès aux services. Qu'en est-il de vos autres moyens de communication avec les Autochtones de l'ensemble du pays?

Mme Lee Allison Clark: Je me réjouis de votre visite. Nous possédons plusieurs sites Web qui informent les visiteurs de leurs droits. Souvent, la recherche de services particulièrement reliés aux services de santé non assurés est déroutante. D'habitude, on se fait diriger vers son organisation ou son association locale. Leurs préposés sont en mesure de s'y retrouver, parce que c'est tellement complexe. Quand on affronte déjà beaucoup de problèmes chez soi ou une discrimination à plusieurs niveaux, un guide devient indispensable.

Que fait d'autre notre association? Comme vous l'avez fait remarquer, nous avons vraiment une équipe en or. Ce n'est pas mon équipe, mais j'ai des collègues très compétents qui travaillent à instruire les visiteurs de leurs droits, particulièrement les droits des jeunes et ce qui concerne l'égalité de genre. Actuellement, nous avons une initiative avec… En quoi consiste l'égalité de genre? C'est en fin de compte un enjeu de santé. Je ne peux pas parler de ce que mes collègues font.

● (1655)

Mme Jenica Atwin: Merci.

Réservons le temps qui reste à la santé mentale, particulièrement, aux soins de santé mentale. J'ai également remarqué que vous œuvriez à l'organisation d'un atelier, également, sur la guérison des guérisseurs. Voilà un autre maillon essentiel: s'assurer que les aidants s'occupent également de leur mieux-être.

Que pourriez-vous dire, particulièrement, d'initiatives pour la santé mentale?

Mme Lee Allison Clark: Je suis vraiment heureuse que vous connaissiez cet atelier. J'en suis franchement très fière. J'ai une équipe incroyable. Avec le concours de nos anciens, des gardiens du savoir et des guérisseurs traditionnels de tout le pays, nous avons pu construire un programme que nous avons exécuté grâce à notre modèle de pavillon de la résilience, qui vise à guérir les personnes qui aident les autres à guérir.

Quand on a besoin d'aide, on peut s'adresser à un ancien, mais qui aidera cet ancien? D'ordinaire, peu de gens peuvent le faire. Nous avons créé un programme en virtuel d'une durée de deux heures et un programme d'une journée en présentiel, qui font un tour rapide des services de santé non assurés, parce que chacun est comme prédéterminé à la plupart des services. L'accès à ces services prend une éternité, et la durée d'attente n'est pas plafonnée. Ça permet la guérison à l'intérieur de la culture de ses origines plutôt que dans un établissement, ce qui peut être très angoissant.

Nous avons également élaboré une formation pour les intervenants en soutien communautaire, pour qu'ils sachent mieux comment prodiguer les services de santé aux femmes et aux filles, aux bispirituelles, aux transgenres et aux personnes ayant diverses identités de genre, qui sont également Autochtones.

Le président: Merci.

[*Français*]

Madame Bérubé, vous avez la parole pour six minutes.

Mme Sylvie Bérubé (Abitibi—Baie-James—Nunavik—Eeyou, BQ): Je vous remercie, monsieur le président.

Je tiens à remercier les témoins d'être avec nous aujourd'hui. Je remercie aussi les interprètes du travail qu'ils accomplissent au Comité.

Ma question s'adressera aux trois témoins.

Dans cette étude, comme dans les précédentes études qu'a menées ce comité, notamment celle sur le logement, qu'il vient de terminer, on a mentionné à plusieurs reprises que la santé était omniprésente dans plusieurs sphères de la vie des Premières Nations et des Inuits. En effet, je pense aussi qu'une population en santé correspond, essentiellement, à une vie saine en société.

Pourriez-vous nous parler des liens qui existent entre la santé et les diverses sphères de la vie des Autochtones et des communautés?

Le président: Pouvez-vous nous dire à qui vous posez la question?

Mme Sylvie Bérubé: Elle s'adresse aux trois témoins.

Le président: D'accord.

[*Traduction*]

Le chef Jerry Daniels, Mme Idlout et Mme Clark répondront dans cet ordre.

Le grand chef Jerry Daniels: En fait, c'est très simple. Une santé défaillante empêche d'aider les autres. Il faut une forte capacité mentale pour guider et renseigner autrui, transmettre les connaissances d'un mode de vie sain et participer à des activités communautaires saines. Tout ça est important pour permettre à chacun d'aider et de conseiller sa famille. Dans la communauté, les familles en très bonne santé en sont habituellement la base et elles peuvent soutenir les autres. Les aidants, individuellement ou collectivement, fournissent beaucoup d'appui secondaire à l'extérieur du noyau familial, aux tantes et aux oncles qui ont des problèmes de santé. On le voit beaucoup dans le cas du diabète. Les taux de cancer sont très élevés. La maladie est très destructrice pour nous.

Par exemple, ma mère est à l'hôpital. Elle y fait des séjours périodiques. C'est son foie. Ça m'affecte vraiment, mais mes frères et ma famille aussi. Nous pensons toujours à elle. Elle est encore très jeune. Elle n'a même pas 60 ans.

La responsabilité des moyens de subsistance, l'incapacité du système de santé d'offrir des solutions de rechange ou le soutien supplémentaire qui permettraient d'affronter les problèmes de santé… ça aussi, c'est reporté sur d'autres épaules. Le diabète est très facile à prévenir dans nos communautés, mais nous continuons d'être touchés à des taux qui montent en flèche et qui conduisent à des amputations et à des défaillances rénales. Peut-être que la sensibilisation à ce problème n'est pas suffisante. Pour elle et d'autres qui se trouvent dans cette situation, il nous importe, à nous, la population jeune pour que nous comprenions, qu'ils puissent vaincre la maladie et s'en tirer.

Je ne crois pas que ça concerne uniquement le système de santé. Il faudrait que ça intéresse globalement le système d'éducation.

● (1700)

Le président: Madame Idlout, voulez-vous répondre?

Mme Joy Idlout: La connexion a été coupée pendant un moment. Je n'ai pas entendu la question.

[*Français*]

Mme Sylvie Bérubé: Pourriez-vous nous parler des liens qui existent entre la santé et les diverses sphères de la vie des Autochtones et des communautés?

[*Traduction*]

Le président: En avez-vous entendu l'interprétation?

Mme Joy Idlout: Non. Le contact vient tout juste d'être rétabli.

Le président: D'accord.

Quel rôle la santé joue-t-elle dans la vie des communautés autochtones? Quelle en est l'importance?

Mme Joy Idlout: La maladie d'un seul a des conséquences vraiment néfastes sur l'ensemble de la famille, faute d'hôpitaux dans la plupart des communautés du Nord. Les malades doivent donc prendre l'avion pour aller se faire soigner. Nous finissons par devoir lui trouver un accompagnateur, ce qui laisse les familles et les enfants derrière. Tous souffrent des absences qui durent des mois.

Le président: Merci.

Madame Clark, voulez-vous répondre aussi?

Mme Lee Allison Clark: Absolument. Il est impossible de parler de santé sans reconnaître que c'est la somme de tout le reste. La santé ne consiste pas seulement à être en bonne santé. C'est posséder un logement salubre, vivre dans un environnement sûr, avoir accès à l'eau, tant de choses différentes.

Comment une communauté privée de toutes ces choses peut-elle avoir une santé resplendissante? Comme Mme Idlout y a fait allusion, une absence crée un grand vide dans la communauté. J'ai fait allusion au départ de la mère qui s'en va seulement accoucher, mais qui doit laisser ses enfants à la maison. C'est assez normal, mais ça ne perturbe pas seulement la vie de la principale intéressée. Toute la communauté est touchée.

La santé n'est pas un bien aussi individualisé chez les Autochtones que chez les non-Autochtones. Elle est en quelque sorte communautaire, et l'individu s'épanouit grâce à sa communauté et de ce qui s'y passe. La communauté se rallie autour du malade. Ce n'est pas seulement lui qui a le diabète. Toute la communauté se rassemble autour de lui.

La santé est capitale pour la solidarité de la communauté.

[*Français*]

Le président: Je vous remercie, madame Bérubé.

[*Traduction*]

La parole est à Mme McPherson.

Madame McPherson, vous disposez de six minutes.

Mme Heather McPherson (Edmonton Strathcona, NPD): Merci beaucoup, monsieur le président. Je vous remercie de m'avoir autorisée à participer à la réunion.

Je remercie les témoins de leurs lumières.

Madame Idlout, j'aimerais avoir une idée de ce que c'est d'accompagner un patient et de l'appuyer. Pourriez-vous prendre un moment pour nous parler de la difficulté de la tâche?

Mme Joy Idlout: Voici. Il est vraiment difficile de partir pour accompagner un malade, particulièrement quand il faut laisser ses enfants à la maison. On conduit le malade à ses rendez-vous. S'il a besoin d'être opéré, par exemple, on l'y prépare. Ça prend beaucoup de temps. Ça devient vraiment difficile. Je me demande pourquoi, la plupart du temps, les opérés ne peuvent pas avoir deux accompagnateurs.

● (1705)

Mme Heather McPherson: Oui. Merci.

Je suis mère, et nous avons entendu, aujourd'hui, des témoignages sur les conséquences éventuelles de l'accompagnement. Je peux seulement imaginer la difficulté que ça présente, non seulement pour le malade, qui laisse ses enfants à la maison, mais, également, pour l'accompagnateur, qui fait de même, parfois pour très longtemps.

En plus de l'obligation de se séparer de sa famille, pouvez-vous parler de l'obligation, pour l'accompagnateur, de quitter son emploi? Est-ce que ça se produit régulièrement ou est-ce que ça s'est produit?

Mme Joy Idlout: Ça m'est arrivé à quelques reprises. J'ai un emploi à temps plein. La plupart du temps, je dois accompagner ma grand-mère à l'hôpital. Je dois alors prendre un congé non payé, parce qu'elle n'est pas à ma charge et n'est pas admissible à le devenir.

Mme Heather McPherson: Vous devez le faire chaque fois. Les conséquences sur les revenus de l'accompagnateur doivent être très lourdes dans ce cas-là.

Mme Joy Idlout: Oui. Je suis la seule, à la maison, à occuper un emploi. Ça coûte très cher.

Mme Heather McPherson: Y a-t-il des exemples de personnes qui ont pu gagner un revenu quand elles ont accompagné des malades?

Mme Joy Idlout: Non.

Mme Heather McPherson: D'accord. Merci.

Pendant combien de jours, de semaines ou de mois, à peu près, avez-vous dû vous absenter de chez vous pour accompagner votre grand-mère ou d'autres membres de votre famille?

Mme Joy Idlout: La plus longue période a été de trois semaines.

Mme Heather McPherson: Il s'agissait de trois semaines d'affilée.

Mme Joy Idlout: Oui, la plupart du temps, la durée varie de deux jours à une semaine.

Mme Heather McPherson: Pendant ces trois semaines, comme vous êtes la seule à avoir un emploi au sein de votre famille, vous avez dû vous absenter du travail, sans salaire, pour aider votre grand-mère.

Mme Joy Idlout: Oui.

Mme Heather McPherson: Pouvez-vous nous dire si vous êtes à l'aise de le faire, considérant la pression psychologique, ou encore les difficultés que cela entraîne d'accompagner une personne, en plus du fardeau financier? Pouvez-vous nous parler un peu de la pression psychologique pour vous, pour les membres de votre famille et pour les membres de votre communauté?

Mme Joy Idlout: Je me demande par moment comment je vais arriver à nourrir mes enfants. Comment vais-je faire pour payer mes factures à temps? Qui prendra soin de mes enfants quand je serai à l'extérieur? C'est très pénible mentalement d'être loin et de m'inquiéter pour eux. Qui va les nourrir? Qui va en prendre soin? Qui mettra du pain sur la table?

Mme Heather McPherson: Je suis navrée que vous ayez à composer avec une telle situation. Quelqu'un a mentionné dans un autre témoignage que toute personne a droit aux soins de santé dont elle a besoin. Cela ne doit pas se faire au détriment de sa communauté, de sa famille, de ses enfants ou de son propre bien-être. Je suis vraiment navrée de ce que vous devez endurer.

Enfin, pourriez-vous nous dire ce que cela signifierait pour vous et les autres membres de votre communauté si les accompagnateurs pouvaient être rémunérés pour leur travail, pour accompagner leurs proches à des traitements qui sont donnés à l'extérieur de la communauté?

Mme Joy Idlout: Si les accompagnateurs étaient rémunérés, le transport serait moins stressant pour nous. La plupart du temps, s'il n'y a pas de conducteurs, il faut payer pour notre transport. Si l'on était rémunéré, on s'inquiéterait moins de pouvoir mettre du pain sur la table, et l'idée de prendre congé sans être rémunéré serait moins terrifiante.

Mme Heather McPherson: Je vous remercie de votre témoignage. Il est très important. Je vous remercie aussi d'avoir pris le temps de venir nous parler de votre situation.

Monsieur le président, je vais céder le reste de mon temps.

Le président: Je vous remercie, madame McPherson.

Nous allons entreprendre la deuxième série de questions et pourrons avoir au moins quatre intervenants.

Monsieur Vidal, vous avez cinq minutes.

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

Je tiens à remercier moi aussi tous les témoins de leurs témoignages et de nous faire part honnêtement de leurs préoccupations et des problèmes auxquels ils doivent faire face.

Grand chef Daniels, j'aimerais parler un peu de votre poste de navigateur.

J'ai regardé sur le site Web de votre organisme en quoi consiste le travail du navigateur. Le 3 mai dernier, le Dr James Makokis est venu témoigner. C'est un médecin de famille cri des plaines, et il nous a expliqué que pour que nombre des services soient couverts par le programme des SSNA, il doit exercer beaucoup de pressions au nom de ses patients. Je présume que les membres de votre communauté se heurtent aux mêmes problèmes. Vous avez parlé du manque de cohérence dans l'application des politiques. Si je fais les bons liens, c'est là où votre poste de navigateur entre en jeu.

Mes questions sont les suivantes. Pourriez-vous nous parler des problèmes auxquels vous vous heurtez? Est-ce la bureaucratie ou les procédures? Comment votre poste de navigateur permet-il de remédier à certains de ces problèmes?

● (1710)

Le grand chef Jerry Daniels: Le navigateur exerce beaucoup de pressions, bien entendu, au sein du programme, pour essayer de trouver des solutions aux problèmes de nos citoyens. Il fournit une aide précieuse pour faire des rapprochements et offrir du soutien à beaucoup de nos citoyens. C'est un poste dans un système qui en compte, dans bien des cas, des centaines de milliers. C'est un poste de 9 à 17 heures, du lundi au vendredi, pour une personne.

Les effets positifs de ce poste peuvent être mesurés en termes relatifs. Je n'ai pas les données au jour le jour avec moi, car je n'ai pas été informé précisément des effets positifs ou du nombre de clients. Je peux vous dire que ce n'est que la pointe de l'iceberg des problèmes existants, que ce soit au sujet de la façon dont les services sont approuvés ou non, des communications avec les communautés et des services dans les communautés des réserves. De plus, je ne pense pas qu'il y ait vraiment une présence à l'extérieur des réserves, si ce n'est qu'on couvre, je pense, une partie des dépenses ou qu'on approuve les frais liés à la santé.

M. Gary Vidal: J'allais creuser un peu la question, mais compte tenu du temps qu'il me reste, je vais passer à un autre sujet pour parler d'un élément auquel vous avez fait allusion, parce qu'il y a un lien avec ce qui se passe dans ma circonscription.

Vous avez parlé du problème des services de taxis à des fins médicales et des coûts connexes. Nous avons vu des chiffres très élevés en raison du prix de l'essence et de l'inflation. Ce que j'entends dire dans ma circonscription, c'est qu'en fait, certaines entreprises qui offrent ces services vont cesser leurs activités. Cela va créer un énorme problème dans ma circonscription qui se trouve dans le Nord de la Saskatchewan.

Je me demande si vous avez entendu parler vous aussi de ces préoccupations au sein des Premières Nations que vous servez. Est-ce que cela risque de devenir un vrai problème?

Le grand chef Jerry Daniels: Tout à fait, car les coûts supplémentaires seront énormes. La sécurité alimentaire est un grave problème encore présent et il inquiète beaucoup de gens.

Même nos infirmières ne peuvent aller dans le Nord, sauf en cas d'urgence, en raison de la forte demande d'infirmières dans les centres urbains. On voit bien que les Premières Nations ne sont pas la priorité ici. L'accent est mis sur les centres urbains. C'est ainsi que les soins de santé sont gérés. C'est pour ces raisons que nous devons avoir un système indépendant des systèmes provinciaux. Nous devons prendre soin de nous-mêmes.

Nous nous sommes rendus à l'étranger pour créer un modèle à valeur ajoutée en partenariat avec Cuba à un moment donné. Nous voulons avoir des spécialistes en services de santé pour nos communautés. Nous avons aussi eu la possibilité de former nos citoyens au sein du système de santé dans ce pays.

Nous aurions pu mettre des solutions en place lorsque la COVID a frappé, mais nous n'avons pas eu la chance de le faire. Les gens étaient envoyés à l'extérieur du Manitoba, parce que le système n'était pas en mesure de faire face à la crise.

Nous en voyons un autre exemple ici au Manitoba, quand on nous enlève nos infirmières. Dans une telle situation, où nous ne sommes pas la priorité, il est clair que les Premières Nations n'occupent pas la place où elles devraient être dans le système. L'écart dans l'espérance de vie est déjà de 11 ans. C'est une situation terrible pour nos aînés qui doivent assurer la transmission du savoir.

Nous devons créer notre propre système, un système indépendant. Nous devons avoir nos propres experts en santé pour prendre soin de nous. Tant qu'il n'y aura pas de confiance... Je ne sais pas. C'est une culture qui se perpétue depuis des décennies et qui n'a pas été mise en place pour répondre aux besoins et aux intérêts des peuples autochtones.

● (1715)

Le président: Je vous remercie, monsieur Vidal.

Nous passons maintenant à M. Battiste pendant cinq minutes.

M. Jaime Battiste (Sydney—Victoria, Lib.): Je vous remercie, monsieur le président.

Je suis toujours heureux d'avoir de vos nouvelles, grand chef Daniels.

Au fur et à mesure que nous progressons dans cette étude, ce qui me revient toujours à l'esprit, c'est que beaucoup des problèmes auxquels nous nous heurtons sont le résultat d'une décision prise sans les Premières Nations pour leur dire comment elles devraient gérer leur système de santé, ce qu'il faut approuver et ne pas approuver. La décision n'a pas été prise en fonction des besoins de nos communautés ou de leurs valeurs culturelles, mais en fonction de ce qu'un bureaucrate a décidé qui devrait être approprié pour nos communautés.

Les succès que connaissent les nations qui assument leur propre compétence, que ce soit en matière d'éducation ou de santé, feraient-ils partie de la solution que nous devons examiner, selon vous, grand chef? Il s'agit de donner aux nations le pouvoir d'assumer leur compétence en matière de santé par des accords bilatéraux entre le gouvernement fédéral et ces nations.

Nous avons de très bons exemples à cet égard, notamment MK en Nouvelle-Écosse. J'aimerais que vous nous en parliez un peu.

Le grand chef Jerry Daniels: Je pense que c'est la seule solution au point où nous en sommes. Le fait est que l'écart dans l'espérance de vie ne s'amenuise pas en ce moment. Sa trajectoire ne change pas. En fait, la situation empire. Nous devons faire preuve d'innovation en utilisant les ressources en santé très limitées qui sont déjà allouées et en essayant d'y intégrer une valeur ajoutée. C'est pourquoi nous sommes allés en quête de solutions à l'étranger. C'est pourquoi il est important pour nous de nous doter de nos propres capacités internes et de ne pas être liés à un système qui prend soin des siens et pas nécessairement de nous. Ce n'est pas un système qui a placé les intérêts des Premières Nations en tête de liste.

Nous sommes en marge de tous les indicateurs socioéconomiques au sein de la société. Pour quiconque jette un regard indépendant sur la santé, cela témoigne... Je pense qu'il est important de comprendre cela. Il ne suffit pas d'ajouter quelques personnes des Premières Nations dans ce système pour le changer ou l'améliorer.

Il faut que nous soyons au cœur de la prise de décision et d'avoir le contrôle pour pouvoir embaucher les esprits les plus brillants et les personnes les plus chevronnées qui soient en santé. Elles peuvent opter pour une approche qui respecte la compétence et les patients des Premières Nations et mettre tout en œuvre pour maximiser l'utilisation des ressources très limitées qui sont allouées. Nous savons que le montant n'est pas très élevé. Nous devons pouvoir nous occuper de ces choses de façon à maximiser les retombées. C'est ce que nous voulons faire.

M. Jaime Battiste: Puis-je vous demander de nous donner des exemples où cela fonctionne, où les nations assument leur compétence en santé? Je n'en connais aucun. J'ai pensé vous poser la question.

Le grand chef Jerry Daniels: Il faut aller à l'extérieur du Canada. Je pense que l'Alaska, où elles s'occupent de tout le système avec l'école, est le meilleur exemple à mon avis. Nous nous sommes rendus sur place et nous avons vu comment les choses se passent. Nous avons vu un modèle axé sur le patient, où l'on prend soin du patient. C'est un système complet, pas seulement un médecin. On tient compte de tous les aspects de la santé d'une personne, depuis la naissance jusqu'à sa mort. C'est en quelque sorte la même équipe ou unité qui offre ou supervise les services de santé.

Nous examinons ce genre de modèles pour créer un système de santé ici au Manitoba et en tirer le maximum.

M. Jaime Battiste: Je vous remercie, grand chef.

J'ai une question pour vous, madame Clark. Vous avez dit à la fin de votre déclaration avoir des recommandations détaillées. J'aimerais que vous parliez des appels à la justice pour les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées ou les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation. Quelles seraient vos recommandations pour le Comité? Vous pourriez nous en mentionner quelques-unes. Il ne reste qu'une minute environ, alors vous pourriez me dire quelles sont les plus urgentes.

Mme Lee Allison Clark: Est-ce à propos du programme des SSNA?

M. Jaime Battiste: Oui.

Mme Lee Allison Clark: Voulez-vous dire celles qui sont en lien direct avec les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées?

M. Jaime Battiste: Si vous en avez qui vous viennent à l'esprit, oui. Je ne veux pas vous mettre dans l'embarras. Je sais qu'il y a 231 appels à la justice et quelque 90 appels à l'action. Je me demande si vous pourriez nous donner, selon le point de vue de votre association, les recommandations urgentes que le Comité devrait présenter.

● (1720)

Mme Lee Allison Clark: Je ne pense pas pouvoir vous donner une réponse utile en une minute.

M. Jaime Battiste: Il vous reste du temps et vous pouvez nous répondre par écrit plus tard. Je sais que c'est beaucoup demander, mais comme nous voulons réaliser une solide étude, nous voulons avoir de bonnes recommandations à soumettre au gouvernement.

Mme Lee Allison Clark: D'accord.

M. Jaime Battiste: Si vous pouvez y réfléchir et nous fournir des recommandations, je pense que cela nous serait très utile.

De plus, n'oubliez pas de transmettre mes salutations à la présidente, Mme Whitman.

Mme Lee Allison Clark: Je n'y manquerai pas.

Le président: Je vous remercie beaucoup, monsieur Battiste.

[*Français*]

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

Mme Sylvie Bérubé: Je vous remercie, monsieur le président.

Nous savons fort bien que, le fil conducteur de plusieurs études portant sur les communautés et les affaires autochtones, c'est l'éloignement et l'isolement.

Pour les communautés vivant en région éloignée, comme c'est le cas dans le Nord ou dans ma circonscription, le bassin de professionnels auquel les patients ont accès est considérablement réduit.

Ma question s'adresse aux trois témoins.

Avez-vous des recommandations à faire relativement à l'accès au transport médical?

Que pouvons-nous faire pour réduire la bureaucratie?

Le président: Je vous remercie, madame Bérubé.

[*Traduction*]

Nous allons commencer par Mme Clark, ensuite le grand chef Daniels, puis Mme Idlout.

Soyez brefs, car nous n'avons que quelques minutes.

Mme Lee Allison Clark: Bien sûr.

L'une des façons les plus simples de réduire la bureaucratie et le temps consacré au transport médical serait, à mon avis, d'avoir des arrangements souples et de réduire les niveaux de bureaucratie, comme l'a mentionné le grand chef Daniels, et de le remettre entre les mains des Autochtones. Ils savent ce dont ils ont besoin. Nous devrions leur demander. Nous devrions les laisser décider la nature du transport.

Je vous remercie.

Le président: Grand chef, allez-y.

Le grand chef Jerry Daniels: Je dirais qu'il faut procéder à un transfert de compétence, et permettre aux Premières Nations de prendre les décisions et de trouver des façons d'être créatifs et de maximiser l'utilisation du financement.

Le président: Je vous remercie.

Allez-y, madame Idlout.

Mme Joy Idlout: Je suis désolée. Je ne sais pas comment répondre à cette question.

[*Français*]

Le président: Nous aimerions savoir comment rendre le transport médical plus efficace.

[*Traduction*]

Madame Idlout, la question était de savoir si vous aviez des recommandations pour accroître l'efficacité du transport des patients entre leur domicile et les centres médicaux. Vous avez beaucoup parlé des accompagnateurs. Auriez-vous d'autres éléments à soulever?

Mme Joy Idlout: Non.

[*Français*]

Le président: Mme Idlout n'a pas d'autres recommandations.

[*Traduction*]

Je vais céder la parole à Mme McPherson pendant deux minutes et demie.

Mme Heather McPherson: Je vous remercie, monsieur le président.

J'aimerais poser une question au grand chef Daniels et à Mme Clark, si je peux me permettre, car je sais que j'ai très peu de temps.

Pourriez-vous nous dire très clairement si on améliorerait le bien-être mental des Autochtones en incluant des aînés et des conseillers traditionnels au programme des SSNA, un peu comme on l'a fait pour d'autres fournisseurs de services?

Le grand chef Jerry Daniels: Je n'emprunterais pas cette voie, simplement parce qu'on tente ainsi de mettre un visage autochtone sur un système qui est déjà un échec. Je pense qu'il faut que le système soit contrôlé par des dirigeants et des spécialistes des Premières Nations. Je pense que c'est la seule avenue. Nous aurons nos aînés avec nous tout au long du processus. Nous avons toujours fonctionné ainsi. Nous discutons toujours et nous partons ensuite du bon pied.

Je ne serais pas en faveur de cette option. Je pense qu'on fonctionne ainsi depuis les 30, 40 ou 50 dernières années.

Mme Heather McPherson: Très bien. Je vous remercie.

Madame Clark, allez-y.

Mme Lee Allison Clark: Pour faire écho à ce que le grand chef a dit, la meilleure chose à faire est de partir du bon pied, mais si on ne peut pas partir du bon pied... Je ne pense pas que le gouvernement a pris un bon départ pour assurer la santé des Premières Nations.

Si nous pouvons faire ces petits pas en avant, ils mèneront à des améliorations en santé. Le fait d'avoir vos gens, votre savoir et vos façons de faire traditionnelles faire partie intégrante de vos soins de santé ne peut que mener à une amélioration de la santé mentale de chacun. Notre association examine actuellement cette question pour l'assortir de données.

Mme Heather McPherson: Madame Clark, il reste environ 30 secondes, alors si vous aimeriez rappeler d'autres enseignements dont vous n'avez pas eu l'occasion de parler, ce serait utile.

Vous avez les 30 dernières secondes pour répondre.

● (1725)

Mme Lee Allison Clark: Je pense qu'une question qui a été négligée dans le programme des SSNA est le recours aux pharmaciens. Ils fournissent des médicaments, bien entendu, mais ils peuvent aussi traiter des petites maladies. Les petites maladies peuvent souvent se transformer en maladies plus importantes, si on ne les traite pas rapidement.

Les pharmaciens sont les fournisseurs de soins de santé les plus accessibles au pays et souvent plus accessibles que les médecins. Si on mettait mieux les pharmaciens à contribution, je pense qu'on pourrait faire un petit pas vers l'amélioration de la santé des Autochtones.

Mme Heather McPherson: Je vous remercie beaucoup.

Le président: Je vous remercie beaucoup. Nous sommes arrivés à la fin de notre rencontre avec les témoins.

Au nom du Comité, je veux remercier Mme Idlout, Mme Clark et le grand chef Jerry Daniels. Je vous remercie de vos déclarations liminaires et de vos témoignages sur ce sujet très important.

Nous allons maintenant commencer à préparer notre rapport. Vous étiez nos derniers témoins. Nous vous savons gré du temps que vous nous avez accordé. Nous nous excusons d'avoir commencé une heure en retard, mais nous sommes très heureux de vos témoignages.

Sur ce, chers collègues, nous allons suspendre la séance pour passer à huis clos.

[*La séance se poursuit à huis clos.*]

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