

SENATE



SÉNAT

CANADA

First Session
Forty-first Parliament, 2011

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

SOCIAL AFFAIRS,
SCIENCE AND
TECHNOLOGY

Chair:
The Honourable KELVIN KENNETH OGILVIE

Wednesday, November 16, 2011 (in camera)
Thursday, November 17, 2011

Issue No. 7

Ninth meeting on:
Examining the progress in implementing the 2004
10-Year Plan to Strengthen Health Care
and

Second meeting on:
The accessibility of post-secondary education in Canada

INCLUDING:
THE SECOND REPORT OF THE COMMITTEE
(Special Study Budget 2011-12 —
2004 10-Year Plan to
Strengthen Health Care)
and
THE THIRD REPORT OF THE COMMITTEE
(Special Study Budget 2011-12 — The accessibility
of post-secondary education in Canada)

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
quarante et unième législature, 2011

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

AFFAIRES SOCIALES,
DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président :
L'honorable KELVIN KENNETH OGILVIE

Le mercredi 16 novembre 2011 (à huis clos)
Le jeudi 17 novembre 2011

Fascicule n° 7

Neuvième réunion concernant :
L'étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du
Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004
et

Deuxième réunion concernant :
L'accessibilité à l'éducation postsecondaire au Canada

Y COMPRIS :
LE DEUXIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Budget pour étude spéciale 2011-2012 —
Les progrès réalisés dans la mise en œuvre du
Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004)
et
LE TROISIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Budget pour étude spéciale 2011-2012 —
L'accessibilité à l'éducation postsecondaire)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

STANDING SENATE COMMITTEE
ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE
AND TECHNOLOGY

The Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, *Chair*

The Honourable Art Eggleton, P.C., *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Braley Champagne, P.C.	Hubley * LeBreton, P.C. (or Carignan)
Cordy	Martin
* Cowan (or Tardif)	Merchant
Demers	Seidman
Dyck	Verner, P.C.

* Ex officio members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The Honourable Senator Martin replaced the Honourable Senator Meighen (*November 16, 2011*).

The Honourable Senator Dyck replaced the Honourable Senator Peterson (*November 16, 2011*).

The Honourable Senator Peterson replaced the Honourable Senator Dyck (*November 16, 2011*).

The Honourable Senator Meighen replaced the Honourable Senator Martin (*November 16, 2011*).

The Honourable Senator Hubley replaced the Honourable Senator Callbeck (*November 14, 2011*).

The Honourable Senator Callbeck replaced the Honourable Senator Hubley (*November 3, 2011*).

The Honourable Senator Cordy replaced the Honourable Senator Campbell (*November 3, 2011*).

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT
DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES
ET DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie

Vice-président : L'honorable Art Eggleton, C.P.

et

Les honorables sénateurs :

Braley Champagne, C.P.	Hubley * LeBreton, C.P. (ou Carignan)
Cordy	Martin
* Cowan (ou Tardif)	Merchant
Demers	Seidman
Dyck	Verner, C.P.

* Membres d'office

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité :

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

L'honorable sénateur Martin a remplacé l'honorable sénateur Meighen (*le 16 novembre 2011*).

L'honorable sénateur Dyck a remplacé l'honorable sénateur Peterson (*le 16 novembre 2011*).

L'honorable sénateur Peterson a remplacé l'honorable sénateur Dyck (*le 16 novembre 2011*).

L'honorable sénateur Meighen a remplacé l'honorable sénateur Martin (*le 16 novembre 2011*).

L'honorable sénateur Hubley a remplacé l'honorable sénateur Callbeck (*le 14 novembre 2011*).

L'honorable sénateur Callbeck a remplacé l'honorable sénateur Hubley (*le 3 novembre 2011*).

L'honorable sénateur Cordy a remplacé l'honorable sénateur Campbell (*le 3 novembre 2011*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, November 16, 2011
(12)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met in camera this day at 4:19 p.m., in room 705, Victoria Building, the chair, the Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Braley, Champagne, P.C., Cordy, Demers, Eggleton, P.C., Hubley, Meighen, Merchant, Ogilvie, Peterson, Seidman and Verner, P.C. (12).

In attendance: Havi Echenberg and Karin Phillips, Analysts, Parliamentary Information and Research Service.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, June 21, 2011, the committee continued its study on accessibility of post-secondary education in Canada. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

Pursuant to rule 92(2)(f), the committee considered a draft report.

It was agreed that the report be adopted in principle with the requested changes and that the Subcommittee on Agenda and Procedure be empowered to approve the final version of the report.

It was agreed that the Subcommittee on Agenda and Procedure be empowered to approve an executive summary of the report.

It was agreed that, pursuant to rule 131(2), a government response be requested if the report is adopted by the Senate and that the Minister of Human Resources Skills Development Canada be designated the Minister responsible for responding to the report.

It was agreed that notwithstanding the decision taken on September 28, 2011, the minutes for that meeting only reflect that the committee considered a draft report during the in camera portion of the meeting.

At 4:58 p.m., pursuant to rule 92(2)(e), the committee considered a draft agenda.

It was agreed that the chair be authorized to seek authority from the Senate for the following order of reference:

That the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on prescription pharmaceuticals in Canada, including but not limited to:

- (a) the process to approve prescription pharmaceuticals with a particular focus on clinical trials;
- (b) the post-approval monitoring of prescription pharmaceuticals;

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 16 novembre 2011
(12)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à huis clos, à 16 h 19, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Braley, Champagne, C.P., Cordy, Demers, Eggleton, C.P., Hubley, Meighen, Merchant, Ogilvie, Peterson, Seidman et Verner, C.P. (12).

Également présentes : Havi Echenberg et Karin Phillips, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 21 juin 2011, le comité poursuit son étude sur l'accessibilité à l'éducation postsecondaire au Canada. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 2 des délibérations du comité.*)

Conformément à l'article 92(2)f) du Règlement, le comité examine une ébauche de rapport.

Il est convenu d'adopter en principe le rapport et les modifications demandées et d'autoriser le Sous-comité du programme et de la procédure à approuver la version finale.

Il est convenu d'autoriser le Sous-comité du programme et de la procédure à approuver un résumé du rapport.

Il est convenu, conformément à l'article 131(2) du Règlement, qu'une réponse soit demandée au gouvernement si le rapport est adopté par le Sénat et que le ministre des Ressources humaines et du Développement des compétences soit désigné comme ministre chargé de répondre à ce rapport.

Il est convenu, nonobstant la décision du 28 septembre 2011, que le procès-verbal de cette séance indique uniquement que le comité a examiné une ébauche de rapport durant la partie à huis clos de la séance.

À 16 h 58, conformément à l'article 92(2)e) du Règlement, le comité examine un projet d'ordre du jour.

Il est convenu de permettre au président de demander l'autorisation du Sénat concernant l'ordre de renvoi suivant :

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner les produits pharmaceutiques sur ordonnance au Canada et à en faire rapport, ce qui inclut sans toutefois s'y limiter :

- a) le processus d'approbation des produits pharmaceutiques sur ordonnance, en accordant une attention spéciale aux essais cliniques;
- b) la surveillance des produits pharmaceutiques sur ordonnance après leur approbation;

(c) the off-label use of prescription pharmaceuticals; and

(d) the nature of unintended consequences in the use of prescription pharmaceuticals.

That the committee submit its final report no later than December 31, 2013 and that the committee retain until March 31, 2014, all powers necessary to publicize its findings.

It was agreed that the chair be authorized to seek authority from the Senate for the following order of reference:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on social inclusion and cohesion in Canada;

That the study be national in scope, and include a focus on solutions, with an emphasis on collaborative strategies involving federal, provincial and municipal governments;

That the papers and evidence received and taken and work accomplished by the Committee on this subject since the beginning of the First Session of the Thirty-Ninth Parliament be referred to the Committee; and

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2012, and that the Committee retain all powers necessary to publicize its findings until 180 days after the tabling of the final report.

At 5:16 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, November 17, 2011
(13)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:46 a.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Braley, Champagne, P.C., Cordy, Demers, Eggleton, P.C., Hubley, Martin, Merchant, Ogilvie, Seidman and Verner, P.C. (11).

In attendance: Karin Phillips and Michel-Ange Pantal, Analysts, Parliamentary Information and Research Service.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, June 23, 2011, the committee continued its study on the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 3.*)

c) l'emploi non conforme à l'étiquette de produits pharmaceutiques sur ordonnance;

d) la nature des conséquences involontaires de l'emploi de produits pharmaceutiques sur ordonnance.

Que le comité soumette son rapport final au Sénat au plus tard le 31 décembre 2013 et qu'il conserve jusqu'au 31 mars 2014 tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions.

Il est convenu de permettre au président de demander l'autorisation du Sénat concernant l'ordre de renvoi suivant :

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, la cohésion et l'inclusion sociales au Canada;

Que l'étude soit nationale et accorde une attention spéciale aux solutions, en mettant l'accent sur la coopération entre les administrations fédérale, provinciales et municipales;

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le comité sur ce sujet depuis le début de la première session de la trente-neuvième législature soient renvoyés au comité; et

Que le comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2012 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 180 jours suivant le dépôt du rapport final.

À 17 h 16, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le jeudi 17 novembre 2011
(13)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 46, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*).

Membre du comité présents : Les honorables sénateurs Braley, Champagne, C.P., Cordy, Demers, Eggleton, C.P., Hubley, Martin, Merchant, Ogilvie, Seidman et Verner, C.P. (11).

Également présents : Karin Phillips et Michel-Ange Pantal, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 23 juin 2011, le comité poursuit son étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 3 des délibérations du comité.*)

*WITNESSES:**Congress of Aboriginal Peoples:*

Betty Ann Lavallée, National Chief;
Barbara Van Haute, Director of Population Health.

Health Canada:

Valerie Gideon, Director General, First Nations and Inuit Health Branch.

Assembly of First Nations:

Jonathan Thompson, Director, Health and Social Secretariat.

Inuit Tapiriit Kanatami:

Elizabeth Ford, Director, Health and Social Development;
Udloriak Hanson, Special Advisor to the President.

Native Women's Association of Canada:

Erin Corston, Director of Health.

The chair made a statement.

Mr. Lavalée, Ms. Gideon and Mr. Thompson each made a statement and, together with Ms. Van Haute, answered questions.

At 11:44 a.m., the committee suspended.

At 11:48 a.m., the committee resumed and the deputy chair, the Honourable Senator Eggleton, P.C., took the chair.

Ms. Hanson and Ms. Corston each made a statement and, together with Ms. Ford, answered questions.

At 12:48 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

*ATTEST:**TÉMOINS :**Congrès des Peuples Autochtones :*

Betty Ann Lavallée, chef national;
Barbara Van Haute, directrice, Santé des populations.

Santé Canada :

Valerie Gideon, directrice générale, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Assemblée des Premières Nations :

Jonathan Thompson, directeur, Secrétariat à la santé et au développement social.

Inuit Tapiriit Kanatami :

Elizabeth Ford, directrice, Développement social et de la santé;
Udloriak Hanson, conseillère spéciale à la présidence.

Association des femmes autochtones du Canada :

Erin Corston, directrice de la santé.

Le président fait une déclaration.

Mme Lavallée, Mme Gideon et M. Thompson font chacun une déclaration puis, avec Mme Van Haute, répondent aux questions.

À 11 h 44, la séance est suspendue.

À 11 h 48, la séance reprend, et le vice-président, l'honorable sénateur Eggleton, C.P., occupe le fauteuil.

Mmes Hanson et Corston font chacune une déclaration puis, avec Mme Ford, répondent aux questions.

À 12 h 48, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Jessica Richardson

Clerk of the Committee

REPORTS OF THE COMMITTEE

Thursday, November 17, 2011

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

SECOND REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Thursday, June 23, 2011, to examine and report on the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care, respectfully requests funds for the fiscal year ending March 31, 2012, and requests, for the purpose of such study, that it be empowered to engage the services of such counsel, technical, clerical and other personnel as may be necessary.

Pursuant to Chapter 3:06, section 2(1)(c) of the *Senate Administrative Rules*, the budget submitted to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration and the report thereon of that committee are appended to this report.

Respectfully submitted,

RAPPORTS DU COMITÉ

Le jeudi 17 novembre 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

DEUXIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le jeudi 23 juin 2011 à examiner, pour en faire rapport, les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004, demande respectueusement des fonds pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2012 et demande qu'il soit, aux fins de ses travaux, autorisé à embaucher tout conseiller juridique et personnel technique, de bureau ou autre dont il pourrait avoir besoin.

Conformément au Chapitre 3:06, article 2(1)(c) du *Règlement administratif du Sénat*, le budget présenté au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration ainsi que le rapport s'y rapportant sont annexés au présent rapport.

Respectueusement soumis.

Le président,

KELVIN K. OGILVIE

Chair

**STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE
AND TECHNOLOGY**

**SPECIAL STUDY ON THE 2004 10-YEAR PLAN TO
STRENGTHEN HEALTH CARE**

**APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION
FOR THE FISCAL YEAR ENDING
MARCH 31, 2012**

Extract from the *Journals of the Senate*, Thursday, June 23, 2011:

With leave of the Senate,

The Honourable Senator Ogilvie moved, seconded by the Honourable Senator Frum:

That, pursuant to Section 25.9 of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care;

That the papers and evidence received and taken and work accomplished by the committee on this subject during the Fortieth Parliament be referred to the committee; and

That the committee submit its final report no later than December 31, 2011, and that the committee retain all powers necessary to publicize its findings until 180 days after the tabling of the final report.

The question being put on the motion, it was adopted.

Le greffier du Sénat,

Gary W. O'Brien

Clerk of the Senate

**COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE**

**ÉTUDE SPÉCIALE SUR LE PLAN DÉCENNAL POUR
CONSOLIDER LES SOINS DE SANTÉ DE 2004**

**DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR
L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT
LE 31 MARS 2012**

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 23 juin 2011 :

Avec la permission du Sénat,

L'honorable sénateur Ogilvie propose, appuyé par l'honorable sénateur Frum,

Que, conformément à l'article 25.9 de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004 et à faire rapport sur la question;

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le comité sur ce sujet au cours de la quarantième législature soient renvoyés au comité;

Que le comité dépose son rapport final au plus tard le 31 décembre 2011 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions jusqu'à 180 jours après le dépôt du rapport.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

SUMMARY OF EXPENDITURES

Professional and Other Services	\$ 17,100
Transportation and Communications	0
All Other Expenditures	15,500
TOTAL	\$ 32,600

The above budget was approved by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology on September 28, 2011.

The undersigned or an alternate will be in attendance on the date that this budget is considered.

SOMMAIRE DES DÉPENSES

Services professionnels et autres	17 100 \$
Transports et communications	0
Autres dépenses	15 500
TOTAL	32 600 \$

Le budget ci-dessus a été approuvé par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le 28 septembre 2011.

Le soussigné ou son remplaçant assistera à la séance au cours de laquelle le présent budget sera étudié.

Date

Kelvin K. Ogilvie
Chair, Standing Senate Committee on
Social Affairs, Science and Technology

Date

Kelvin K. Ogilvie
Président du Comité sénatorial permanent
des affaires sociales, des sciences et de la
technologie

Date

David Tkachuk
Chair, Standing Committee on Internal
Economy, Budgets and Administration

Date

David Tkachuk
Président du Comité permanent de la régie
interne, des budgets et de l'administration

**STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY
SPECIAL STUDY ON THE 2004 10-YEAR PLAN TO STRENGTHEN HEALTH CARE
APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION
FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2012**

GENERAL EXPENSES

PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES

1. Communications consultant - graphic designer (0303) <i>(75 hours, \$80/hour)</i>	6,000	
2. Communications consultant - editing services (0303) <i>(150 hours, \$74/hour)</i>	11,100	
Sub-total		\$17,100

ALL OTHER EXPENDITURES

OTHER

1. Miscellaneous expenses (0798)	500	
----------------------------------	-----	--

PRINTING

2. Printing (0321)	15,000	
Sub-total		\$15,500

Total		\$32,600
--------------	--	-----------------

The Senate administration has reviewed this budget application.

Heather Lank, Principal Clerk,
Committees Directorate

Date

Nicole Proulx, Director of Finance

Date

**COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT
DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE
ÉTUDE SPÉCIALE SUR LE PLAN DÉCENNAL POUR CONSOLIDER LES SOINS DE SANTÉ DE 2004
DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR
L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT LE 31 MARS 2012**

DÉPENSES GÉNÉRALES

SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES

1. Consultant en communication - graphiste (0303) <i>(75 heures, 80 \$/heure)</i>	6 000	
2. Consultant en communication - services d'édition (0303) <i>(150 heures, 74 \$/heure)</i>	11 100	
Sous-total		17 100 \$

AUTRES DÉPENSES

AUTRES

1. Frais divers (0798)	500	
------------------------	-----	--

IMPRESSION

2. Impressions (0321)	15 000	
Sous-total		15 500 \$

Total **32 600 \$**

L'administration du Sénat a examiné la présente demande d'autorisation budgétaire.

Heather Lank, greffière principale,
Direction des comités

Date

Nicole Proulx, directrice des Finances

Date

APPENDIX (B) TO THE REPORT

Thursday, November 17, 2011

The Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration has examined the budget presented to it by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology for the proposed expenditures of the said Committee for the fiscal year ending March 31, 2012 for the purpose of its special study on the 2004, 10-Year Plan to Strengthen Health Care, as authorized by the Senate on Thursday, June 23, 2011. The said budget is as follows:

Professional and Other Services	\$ 17,100
Transportation and Communications	0
All Other Expenditures	<u>15,500</u>
Total	\$ 32,600

Respectfully submitted,

Le président,

DAVID TKACHUK

Chair

ANNEXE (B) AU RAPPORT

Le jeudi 17 novembre 2011

Le Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration a examiné le budget qui lui a été présenté par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie concernant les dépenses projetées dudit Comité pour l'exercice se terminant le 31 mars 2012 aux fins de leur étude spéciale sur le plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004, tel qu'autorisé par le Sénat le jeudi 23 juin 2011. Ledit budget se lit comme suit:

Services professionnels et autres	17 100 \$
Transports et communications	0
Autres dépenses	<u>15 500</u>
Total	32 600 \$

Respectueusement soumis,

Thursday, November 17, 2011

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

THIRD REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Tuesday, June 21, 2011, to examine and report on the accessibility of post-secondary education in Canada, respectfully requests funds for the fiscal year ending March 31, 2012, and requests, for the purpose of such study, that it be empowered to engage the services of such counsel, technical, clerical and other personnel as may be necessary.

Pursuant to Chapter 3:06, section 2(1)(c) of the *Senate Administrative Rules*, the budget submitted to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration and the report thereon of that committee are appended to this report.

Respectfully submitted,

Le jeudi 17 novembre 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

TROISIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le mardi 21 juin 2011 à examiner, pour en faire rapport, la question de l'accessibilité à l'éducation postsecondaire au Canada, demande respectueusement des fonds pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2012 et demande qu'il soit, aux fins de ses travaux, autorisé à embaucher tout conseiller juridique et personnel technique, de bureau ou autre dont il pourrait avoir besoin.

Conformément au Chapitre 3:06, article 2(1)(c) du *Règlement administratif du Sénat*, le budget présenté au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration ainsi que le rapport s'y rapportant sont annexés au présent rapport.

Respectueusement soumis.

Le président,

KELVIN K. OGILVIE,

Chair

**STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY**

**SPECIAL STUDY ON THE ACCESSIBILITY OF
POST-SECONDARY EDUCATION IN CANADA**

**APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION
FOR THE FISCAL YEAR ENDING
MARCH 31, 2012**

Extract from the *Journals of the Senate*, Tuesday, June 21, 2011:

The Honourable Senator Ogilvie moved, seconded by the Honourable Senator Patterson:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the accessibility of post-secondary education in Canada, including but not limited to:

- (a) analysis of the current barriers in post-secondary education, such as geography, family income levels, means of financing for students, debt levels and challenges faced specifically by Aboriginal students;
- (b) evaluation of the current mechanisms for students to fund post-secondary education, such as Canada Student Loans Program, Canada Student Grants Program, Canada Access Grants, funding for Aboriginal students, Canada Learning Bonds, and Registered Education Savings Plans;
- (c) evaluation of the current mechanisms to fund scientific research and development in post-secondary and related institutions and the commercialization of such research;
- (d) examination of the current federal/provincial transfer mechanism for post-secondary education;
- (e) evaluation of the potential establishment of a dedicated transfer for post-secondary education; and
- (f) any other matters related to the study;

That the papers and evidence received and taken and work accomplished by the committee on this subject during the Fortieth Parliament be referred to the committee; and

That the committee submit its final report no later than December 31, 2011, and that the committee retain until June 30, 2012, all powers necessary to publicize its findings.

The question being put on the motion, it was adopted.

Le greffier du Sénat,

Gary W. O'Brien

Clerk of the Senate

**COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE**

**ÉTUDE SPÉCIALE SUR L'ACCESSIBILITÉ À
L'ÉDUCATION POSTSECONDAIRE AU CANADA**

**DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR
L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT
LE 31 MARS 2012**

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 21 juin 2011 :

L'honorable sénateur Ogilvie propose, appuyé par l'honorable sénateur Patterson,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier la question de l'accessibilité à l'éducation postsecondaire au Canada et à en faire rapport, ce qui inclut sans toutefois s'y limiter :

- a) l'analyse des obstacles actuels à l'éducation postsecondaire, dont la région géographique, le niveau de revenu familial, les moyens de financement dont disposent les étudiants, les niveaux d'endettement, et les défis auxquels les étudiants autochtones en particulier doivent faire face;
- b) l'évaluation des mécanismes de financement des études postsecondaires dont disposent les étudiants, par exemple le Programme canadien de prêts aux étudiants, le programme canadien de bourses d'études, les subventions canadiennes pour l'accès aux études, les fonds offerts aux étudiants autochtones, le Bon d'étude canadien et les Régimes enregistrés d'épargne-études;
- c) évaluation des mécanismes actuels de financement de la recherche et du développement scientifiques dans les établissements d'enseignement postsecondaire et établissements connexes, et commercialisation des fruits de cette recherche;
- d) l'étude du mécanisme de transfert fédéral-provincial pour l'éducation postsecondaire;
- e) l'évaluation de l'établissement éventuel d'un transfert spécial pour l'éducation postsecondaire;
- f) toutes autres questions relatives à l'étude;

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le comité sur ce sujet au cours de la quarantième législature soient renvoyés au comité;

Que le comité soumette son rapport final au Sénat au plus tard le 31 décembre 2011 et qu'il conserve jusqu'au 30 juin 2012 tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

SUMMARY OF EXPENDITURES

Professional and Other Services	\$ 6,000
Transportation and Communications	0
All Other Expenditures	15,500
TOTAL	\$ 21,500

SOMMAIRE DES DÉPENSES

Services professionnels et autres	6 000 \$
Transports et communications	0
Autres dépenses	15 500
TOTAL	21 500 \$

The above budget was approved by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology on October 5, 2011.

The undersigned or an alternate will be in attendance on the date that this budget is considered.

Le budget ci-dessus a été approuvé par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le 5 octobre 2011.

Le soussigné ou son remplaçant assistera à la séance au cours de laquelle le présent budget sera étudié.

Date

Kelvin K. Ogilvie
Chair, Standing Senate Committee on
Social Affairs, Science and Technology

Date

Kelvin K. Ogilvie
Président du Comité sénatorial permanent
des affaires sociales, des sciences et de la
technologie

Date

David Tkachuk
Chair, Standing Committee on Internal
Economy, Budgets and Administration

Date

David Tkachuk
Président du Comité permanent de la régie
interne, des budgets et de l'administration

**STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY
SPECIAL STUDY ON THE ACCESSIBILITY OF POST-SECONDARY EDUCATION IN CANADA
APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION
FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2012**

GENERAL EXPENSES

PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES

1. Communications consultant - graphic designer (0303) (75 hours, \$80/hour)	6,000	
Sub-total		\$6,000

ALL OTHER EXPENDITURES

OTHER

1. Miscellaneous expenses (0798)	500	
----------------------------------	-----	--

PRINTING

2. Printing (0321)	15,000	
Sub-total		\$15,500

Total		\$21,500
--------------	--	-----------------

The Senate administration has reviewed this budget application.

Heather Lank, Principal Clerk,
Committees Directorate

Date

Nicole Proulx, Director of Finance

Date

**COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT
DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE
ÉTUDE SPÉCIALE SUR L'ACCESSIBILITÉ À L'ÉDUCATION POSTSECONDAIRE AU CANADA
DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR
L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT LE 31 MARS, 2012**

DÉPENSES GÉNÉRALES

SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES

1. Consultant en communication - graphiste (0303) <i>(75 heures, 80 \$/heure)</i>	6 000	
Sous-total		6 000 \$

AUTRES DÉPENSES

AUTRES

1. Frais divers (0798)	500	
------------------------	-----	--

IMPRESSION

2. Impressions (0321)	15 000	
Sous-total		15 500 \$

Total		21 500 \$
--------------	--	------------------

L'administration du Sénat a examiné la présente demande d'autorisation budgétaire.

Heather Lank, greffière principale,
Direction des comités

Date

Nicole Proulx, directrice des Finances

Date

APPENDIX (B) TO THE REPORT

Thursday, November 17, 2011

The Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration has examined the budget presented to it by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology for the proposed expenditures of the said Committee for the fiscal year ending March 31, 2012 for the purpose of its special study on Access to Post-Secondary Education in Canada, as authorized by the Senate on Tuesday, June 21, 2011. The said budget is as follows:

Professional and Other Services	\$ 6,000
Transportation and Communications	0
All Other Expenditures	<u>15,500</u>
Total	\$ 21,500

Respectfully submitted,

Le président,

DAVID TKACHUK

Chair

ANNEXE (B) AU RAPPORT

Le jeudi 17 novembre 2011

Le Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration a examiné le budget qui lui a été présenté par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie concernant les dépenses projetées dudit Comité pour l'exercice se terminant le 31 mars 2012 aux fins de leur étude spéciale sur l'accessibilité à l'éducation postsecondaire au Canada, tel qu'autorisé par le Sénat le mardi 21 juin 2011. Ledit budget se lit comme suit:

Services professionnels et autres	6 000 \$
Transports et communications	0
Autres dépenses	<u>15 500</u>
Total	21 500 \$

Respectueusement soumis,

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, November 17, 2011

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:46 a.m. to examine the progress in implementing the 2004 10-year plan to strengthen health care.

Senator Kelvin Kenneth Ogilvie (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

The Chair: Welcome to this meeting of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

[*English*]

My name is Kelvin Ogilvie. I am a senator from Nova Scotia and the chair of this committee. I will introduce senators.

Senator Seidman: Judith Seidman from Montreal, Quebec.

Senator Braley: David Braley from Ontario.

Senator Demers: Jacques Demers from Montreal, Quebec.

Senator Martin: Yonah Martin from Vancouver, British Columbia.

Senator Champagne: Andrée Champagne from the province of Quebec.

Senator Cordy: Jane Cordy from Nova Scotia.

Senator Merchant: Pana Merchant from Saskatchewan.

Senator Verner: Josée Verner from Quebec.

Senator Eggleton: Art Eggleton, deputy chair of the committee, from Toronto.

The Chair: Today, we continue our study on the progress of implementing the 2004, 10-Year Plan to Strengthen Health Care in Canada. This tenth meeting deals with the communiqué on Aboriginal health. We will examine commitments made by the federal government, first ministers and leaders of the five national Aboriginal organizations as part of a separate communiqué related to the 10-year plan based upon a meeting held September 13, 2004.

We will hear from two panels of witnesses today. The first panel will end at 11:45 a.m., and the second panel will end at 12:45 p.m.

Is that agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: I welcome the witnesses. I will introduce you as I call you to speak. It is my understanding that you agreed to appear in the order on the agenda, which means that our first presenters are from the Congress of Aboriginal Peoples: Betty Ann Lavallée, National Chief; and Barbara Van Haute, Director of Population Health.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 17 novembre 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 46, pour faire une étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004.

Le sénateur Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

Le président : Je vous souhaite la bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[*Traduction*]

Je m'appelle Kelvin Ogilvie. Je suis un sénateur de la Nouvelle-Écosse et président du comité. Je vais présenter les autres sénateurs.

Le sénateur Seidman : Judith Seidman, de Montréal, au Québec.

Le sénateur Braley : David Braley, de l'Ontario.

Le sénateur Demers : Jacques Demers, de Montréal, au Québec.

Le sénateur Martin : Yonah Martin, de Vancouver, en Colombie-Britannique.

Le sénateur Champagne : Andrée Champagne, du Québec.

Le sénateur Cordy : Jane Cordy, de la Nouvelle-Écosse.

Le sénateur Merchant : Pana Merchant, de la Saskatchewan.

Le sénateur Verner : Josée Verner, du Québec.

Le sénateur Eggleton : Art Eggleton, vice-président du comité, de Toronto.

Le président : Aujourd'hui, nous poursuivons notre étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé au Canada de 2004. Notre dixième réunion a trait au communiqué sur la santé des Autochtones. Nous allons étudier les engagements pris par le gouvernement fédéral, les premiers ministres et les dirigeants des cinq organisations autochtones nationales dans le cadre d'un communiqué distinct en lien avec le plan décennal à la suite d'une réunion qui s'est tenue le 13 septembre 2004.

Aujourd'hui, nous allons entendre deux groupes de témoins. La réunion avec le premier groupe de témoins prendra fin à 11 h 45, et celle avec le second groupe, à 12 h 45.

D'accord?

Des voix : D'accord.

Le président : Je souhaite la bienvenue aux témoins. Je vous présenterai au fur et à mesure que je vous inviterai à prendre la parole. D'après ce que je comprends, vous avez convenu de vous présenter dans l'ordre prévu à l'ordre du jour, ce qui signifie que nos premiers conférenciers sont les représentantes du Congrès des Peuples Autochtones : Betty Ann Lavallée, chef nationale, et Barbara Van Haute, directrice, Santé des populations.

Betty Ann Lavallée, National Chief, Congress of Aboriginal Peoples: Thank you, and good morning senators.

I would like to begin by thanking the committee for inviting the Congress of Aboriginal Peoples to participate in the work of the committee as it examines and reports on the progress in implementing the 2004, 10-Year Plan to Strengthen Health Care.

As I am sure you are aware, the Congress of Aboriginal Peoples is a national Aboriginal organization that represents the interests of off-reserve, status and non-status Indians and Métis peoples living in urban, rural and remote areas throughout Canada. We are also the national voice for this constituency and their affiliate organizations that make up the Congress of Aboriginal Peoples, CAP.

In 2004, the Government of Canada committed to a 10-year plan to improve our health care system. The cost of this commitment amounted to approximately \$41 billion and included an increase in Canada Health Transfer payments to provinces, accompanied by an escalator clause, as well as \$700 million directed toward improving the health of Aboriginal peoples over a five-year period. The commitment to improving the health of Aboriginal peoples was outlined in detail in the 2004-05 *Blueprint on Aboriginal Health: A 10-Year Transformative Plan*.

In many ways, we have moved a long way forward from where we were in 2004. The Government of Canada has maintained its commitment to seeking ways to improve not only our health care system but also its commitment to improving Aboriginal people's access to, and benefit from, that system. However, the remainder of my remarks to you today will reflect an assessment of the implementation of the blueprint and what gaps remain in the improvement of health care to Canada's off-reserve Aboriginal peoples.

The main areas for this assessment are derived in part from the overall goals of the blueprint as well as from information received from various public and local sources regarding the progress and impact of the implementation of various health policies and programs. The development of an integrated whole health system requires commitment from all levels of government — federal, provincial and territorial — and from Aboriginal organizations. From a federal perspective, Health Canada initiated the Aboriginal Health Transition Fund, AHTF, in 2005 to facilitate this development. The objective of this initiative was to work with provincial and territorial Health Canada representatives from each of the five national Aboriginal organizations to develop mechanisms and programs that encourage or promote integration.

In reviewing various AHTF interim project assessments last year, CAP noted that while AHTF was a complex project to manage, Health Canada managed the distribution of public funds

Betty Ann Lavallée, chef national, Congrès des Peuples Autochtones : Merci beaucoup et bonjour à vous, mesdames et messieurs les sénateurs.

J'aimerais commencer par remercier le comité d'avoir invité le Congrès des Peuples Autochtones à participer à son étude et à son rapport sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004.

Comme vous le savez certainement, le Congrès des Peuples Autochtones est une organisation autochtone nationale qui représente les intérêts des Indiens inscrits et non inscrits vivant hors réserves et des Métis qui habitent dans toutes les régions urbaines, rurales et éloignées du Canada. Nous sommes aussi le porte-parole national de notre regroupement et des organismes affiliés qui composent le Congrès des Peuples Autochtones, ou CAP.

En 2004, le gouvernement du Canada s'est engagé à mettre en œuvre un plan décennal pour améliorer notre système de soins de santé. Le coût de cet engagement s'élevait à environ 41 millions de dollars et comprenait une augmentation des paiements de transfert fédéraux aux provinces pour la santé assortie d'une clause d'indexation, ainsi que 700 millions de dollars affectés à l'amélioration de la « santé des peuples autochtones » sur une période de cinq ans. Son engagement à améliorer la santé des peuples autochtones était exposé en détail dans le *Plan directeur de la santé des Autochtones : un plan de transformation sur 10 ans*, publié en 2004-2005.

À bien des égards, nous avons beaucoup progressé depuis 2004. Le gouvernement est toujours déterminé à trouver des moyens d'améliorer non seulement notre système de soins de santé, mais aussi l'accès des peuples autochtones à celui-ci et les avantages qu'ils en tirent. Toutefois, le reste des observations que je formulerai aujourd'hui rendront compte d'une évaluation de la mise en œuvre du Plan directeur et des lacunes du processus d'amélioration des soins de santé offerts aux Autochtones canadiens qui vivent hors des réserves.

Les principaux sujets de cette évaluation s'inspirent en partie des objectifs globaux du Plan directeur et en partie des renseignements sur les progrès et les répercussions de la mise en œuvre de diverses politiques et de divers programmes en matière de santé que nous avons obtenus auprès de multiples sources publiques et locales. Pour élaborer un système de santé global intégré, il faut que tous les ordres de gouvernement — fédéral, provinciaux et territoriaux — et les organisations autochtones prennent un engagement. À l'échelle fédérale, Santé Canada a constitué le Fonds de transition pour la santé des Autochtones, le FTSA, en 2005 en vue de faciliter cette élaboration. L'initiative avait pour objet de collaborer avec des représentants provinciaux et territoriaux de Santé Canada et des représentants de chacune des cinq organisations autochtones nationales, les OAN, afin d'élaborer des mécanismes et des programmes qui encouragent ou favorisent l'intégration.

En examinant, l'année dernière, diverses évaluations intérimaires du projet lié au FTSA, le CPA a noté qu'en dépit de la complexité du projet, Santé Canada gérait la distribution des fonds publics de

in an exemplary manner. We also noted, however, that it appeared as though the majority of projects funded by Health Canada over a five-year period were directed toward First Nations on-reserve communities and groups. Of equal importance, it appears as though this process of clear preference is being continued with regard to Health Canada's funding restrictions for non-reserve-oriented national Aboriginal organizations for the next four years.

As an example, in the Health Services Integration Fund, which is the follow-up program to AHTF, each national Aboriginal organization is limited to different annual funding amounts for the next four years. The Assembly of First Nations, including provincial-territorial organizations, PTOs, is allowed to request \$1 million per year. ITK, including its PTOs, is allowed to request \$500,000 per year. The Métis National Council, MNC, is allowed to request \$100,000 per year. Each of MNC's PTOs is also allowed to apply for \$150,000 per year. However, CAP and the Native Women's Association of Canada, NWAC, are limited to a total of \$100,000 per year.

It should be noted that CAP also has provincial affiliate organizations that are fully recognized by the Government of Canada, along with one that is the largest band in Canada — the Qalipu Mi'kmaq First Nation Band located in Newfoundland and Labrador. Given that reality, CAP has yet to receive a clear explanation as to why Health Canada has chosen not to reflect the federal recognition of CAP's PTOs in their determination of project funding that is related to developing an integrated system of health care.

Although one of the goals of the 2005 *Blueprint on Aboriginal Health: A 10-Year Transformative Plan* was to see to it that the Aboriginal peoples benefited directly and fully from the reforms that we enabled in the health care system in general, the question remains as to how Aboriginal groups and organizations might measure or access this direct benefit to all of Canada's Aboriginal peoples.

In order to determine whether equality has been developed in each of these areas, we all know that both public and private analysts must have a realistic framework to collect, assess and share relevant information. As it stands with CAP, we lack the capacity to develop the framework, much less to implement it. As a result of the lack of capacity-building support, CAP must rely on either anecdotal or report-based information to access equity development in all of these areas.

The Aboriginal Diabetes Initiative, the National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy, and the Aboriginal Health Human Resources Initiative, AHHRI, all serve as excellent

manière exemplaire. Cependant, il a également remarqué que la majorité des projets financés par Santé Canada durant la période quinquennale semblaient être destinés aux communautés et aux groupes des Premières nations qui vivaient dans des réserves. Fait tout aussi important, ce traitement clairement préférentiel semble vouloir se poursuivre durant les quatre prochaines années, puisque pendant cette période Santé Canada limitera le financement qu'elle accorde aux OAN dont les services sont axés sur les Autochtones vivant hors réserves.

Par exemple, dans le cadre du programme lié au Fonds d'intégration des services de santé, qui donne suite au FTSA, chaque organisation autochtone nationale recevra, au cours des quatre prochaines années, différents montants de financement annuels. L'Assemblée des Premières Nations — incluant les organisations provinciales-territoriales, les OPT — a droit à 1 million de dollars par année. ITK — incluant les OPT — a droit à 500 000 \$ par année. Le Ralliement national des Métis, le RNM, a droit à 100 000 \$ par année. Chacune des OPT du RNM a également le droit de demander 150 000 \$. Par contre, le CPA et l'Association des femmes autochtones du Canada — l'AFAC — ne peuvent recevoir qu'un total de 100 000 \$ par année.

Il convient de noter que le CPA compte également des organismes provinciaux affiliés qui sont pleinement reconnus par le gouvernement du Canada, dont un qui représente la plus grande bande du Canada, la bande de la Première Nation des Mi'kmaq qualipu qui est établie à Terre-Neuve-et-Labrador. Compte tenu de cette triste réalité, Santé Canada n'a toujours pas expliqué clairement au CPA la raison pour laquelle le ministère a choisi de ne pas tenir compte du fait que les OPT du CPA sont reconnus par le gouvernement fédéral lorsqu'il a déterminé le financement à accorder aux projets liés à l'élaboration d'un système de soins de santé intégré.

Bien que le *Plan directeur de la santé des Autochtones : un plan de transformation sur 10 ans* de 2005 ait visé, entre autres, à faire en sorte que les peuples autochtones bénéficient directement et pleinement des réformes que nous mettons en œuvre dans le système de santé en général, on se demande encore comment les groupes autochtones pourraient mesurer ou évaluer ces avantages directs dont tous les Autochtones canadiens peuvent se prévaloir.

Comme nous le savons tous, pour déterminer si l'on a fait preuve d'équité dans chaque domaine, les analystes du secteur public et privé doivent se doter d'un cadre réaliste pour recueillir, évaluer et communiquer des renseignements pertinents. Dans l'état actuel des choses, le CPA n'a pas la capacité d'élaborer ce cadre et, encore moins, de le mettre en œuvre. En raison du peu d'appui qu'il reçoit pour développer ses capacités, le CPA doit se fier à des renseignements recueillis ici et là ou à de l'information publiée dans des rapports pour évaluer l'équité dont on fait preuve dans tous ces domaines.

L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones et l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone —

project examples of the federal government's commitment to improving the health care system for Aboriginal peoples. CAP has participated in these projects, however, at a minimum.

AHHRI, in particular, allowed many Aboriginal students to receive training in health careers and facilitated many Aboriginal groups and organizations to assist graduates in finding jobs in the health care system. Unfortunately, it appears that many of these projects are experiencing cutbacks in funding amounts and are due to sunset in 2015. Maintenance of the federal commitment to this type of project would be of great importance to Canada's off-reserve Aboriginal peoples.

Many of the jurisdictional debates that exist between federal and provincial health care officials are often related to the question of fiduciary responsibility. While presentation before the committee may not be the appropriate time to further this debate, it is clear that until this debate is resolved, many off-reserve Aboriginal peoples will not have comparable access to quality health care.

The fiduciary responsibility debate is most easily framed in the issue around limited access to Non-Insured Health Benefits for First Nations and Inuit. Currently, the NIHB program is open only to status First Nations and northern Inuit peoples. Through it, these Aboriginal peoples can afford expensive medications and treatments for chronic diseases such as diabetes and cancer. They also have travel costs for medical treatments and dental and optometric costs covered.

However, off-reserve and Metis people living below the sixtieth parallel who have no access to NIHBs, often live below the low income cut-off line or live in remote communities do not have these costs covered by either the federal or provincial government. As a result, many of these Aboriginal peoples must make life-altering choices between paying for health treatment and buying food and meeting monthly expenses. We all know that whatever their choices may be from month to month, their health and perhaps that of their families and community will suffer at some point.

Perhaps this lack of coverage or assistance is why Statistics Canada tells us that, as of June 2010, not only are First Nations and Metis people living off-reserve more likely to report themselves as being in poor health but also more than 40 per cent of their individual populations are reporting incomes of less than \$20,000 per year. Senators, clearly most Canadians would agree that no one in Canada should have to choose each and every month whether to have an important prescription refilled or feed their children and pay the rent.

l'IRHSA — sont tous d'excellents exemples de la détermination du gouvernement fédéral à améliorer le système de santé des peuples autochtones. Toutefois, le CPA a très peu participé à ces projets.

L'IRHSA, en particulier, a permis à de nombreux étudiants autochtones de recevoir une formation dans une carrière de la santé et à de nombreuses organisations autochtones d'aider des diplômés à trouver des emplois dans le secteur de la santé. Malheureusement, il semble que le financement de nombre de ces projets ait été réduit ou que leur fin soit prévue pour 2015. Il serait très important pour les Autochtones canadiens vivant hors réserves que le gouvernement fédéral continue de financer les projets de ce genre.

Bon nombre des débats en matière de compétence qui opposent les responsables fédéraux et provinciaux de la santé sont souvent liés à la question de la responsabilité fiduciaire. Bien qu'une comparution devant le Comité ne soit peut-être pas le moment idéal pour faire avancer ce débat, il est clair que, tant qu'il ne sera pas réglé, bon nombre d'Autochtones vivant hors réserves n'auront pas accès à des soins de santé de qualité comparable.

La meilleure façon de présenter le débat sur la responsabilité fiduciaire est d'aborder la question de l'accès limité aux services de santé non assurés — les SSNA. À l'heure actuelle, seules les personnes ayant le statut d'Indien et les Inuits du Nord du Canada sont admissibles au programme. Grâce à celui-ci, ces Autochtones sont en mesure d'acheter des médicaments chers et de suivre des traitements coûteux pour soigner des maladies chroniques comme le diabète et le cancer. Les frais de déplacement qu'ils ont engagés pour suivre des traitements médicaux sont également couverts par le programme, de même que leurs frais dentaires et leurs frais liés aux services d'optométrie.

Cependant, les Autochtones hors réserves ou les Métis vivant au sud du 60^e parallèle, qui n'ont pas accès aux SSNA et qui vivent souvent sous le seuil de faible revenu ou dans des collectivités reculées, ne peuvent se faire rembourser leur frais ni par le gouvernement fédéral, ni par le gouvernement provincial. Par conséquent, bon nombre d'entre eux sont forcés de faire des choix qui ont des conséquences dévastatrices sur leur vie : soit ils suivent des traitements de santé, soit ils achètent de la nourriture et payent leurs dépenses mensuelles. Nous savons tous que, peu importe la décision qu'ils prennent d'un mois à l'autre, leur santé et peut-être celle de leur famille ou de leur communauté en souffrira à un moment ou à un autre.

Ce manque de couverture ou d'assistance explique peut-être la raison pour laquelle Statistique Canada nous révèle que, en date de juin 2010, non seulement les membres des Premières nations et les Métis vivant hors réserves risquaient davantage de déclarer avoir des problèmes de santé, mais que plus de 40 p. 100 de leur population respective signalaient toucher moins de 20 000 \$ par année. Chers sénateurs, je crois qu'il est clair que la plupart des Canadiens s'entendent pour dire que personne au Canada ne devrait avoir à choisir entre le renouvellement d'une importante ordonnance et l'alimentation de ses enfants ou le règlement de son loyer.

We understand that global economic shifts are influencing the Canadian economy and understandably the federal government's choices regarding the expenditure of public funds. We also know that the health and well-being of any state is intricately linked to the health, well-being and security of its people. It is the fiduciary responsibility of all governments, organizations and community members to work collaboratively and compassionately to ensure that we, the forgotten people, as Canadians, need to maintain and improve our health, well-being and security, as well as that of others of this rich and vibrant home we call Canada.

CAP would like to invite you to join us to continue this dialogue in an effort to improve our current progress and subsequent results in this health portfolio.

The Chair: I ask Valerie Gideon, Director General, First Nations and Inuit Health, to proceed.

Valerie Gideon, Director General, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada: I would like to thank the chair and all the committee members for the invitation to speak here today on behalf of Health Canada.

As you are aware, improving the health of First Nations, Inuit and Metis is a shared responsibility among multiple partners, including all levels of government and First Nations, Inuit and Metis communities and their leadership. Like all other Canadians, First Nations, Inuit and Metis access health services through provincial and territorial governments, including insured hospital care and primary health care provided by physicians and other health professional services.

[Translation]

Within this broader health system, Health Canada has a policy mandate to supplement insured health services provided by provinces and territories to help reduce disparities in health status and improve access to health services for First Nations and Inuit.

In carrying out its mandate, Health Canada supports a number of programs and activities, with planned spending of \$2.18 billion for the 2011-12 fiscal year.

[English]

At the 2004 special meeting of first ministers and Aboriginal leaders, an agreement was reached on the need for an action plan to improve health services for all Aboriginal people and to close the gap in health status between Aboriginal people and the Canadian public. This historic agreement was reached between first ministers,

Nous comprenons que les revirements économiques mondiaux influent sur l'économie canadienne et, à juste titre, sur les choix du gouvernement fédéral en matière de dépense des fonds publics. Nous savons également que la santé et le bien-être de tout État sont inextricablement liés à la santé, au bien-être et à la sécurité de ses citoyens. Tous les gouvernements, toutes les organisations et tous les membres de la société ont la responsabilité fiduciaire de collaborer avec compassion et de veiller à ce que nous, les peuples oubliés, puissions, en tant que Canadiens, conserver et améliorer notre santé, notre bien-être et notre sécurité, tout comme les autres habitants de ce pays riche et dynamique que nous appelons le Canada.

Le CPA aimerait vous inviter à poursuivre avec nous ce dialogue afin d'accroître nos progrès actuels et d'améliorer les résultats que nous obtiendrons ultérieurement dans ce dossier de la santé.

Le président : J'invite Valerie Gideon, directrice générale, Santé des Premières nations et des Inuits, à prendre la parole.

Valerie Gideon, directrice générale, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada : J'aimerais remercier le président et les membres du comité de m'avoir invitée aujourd'hui pour m'adresser à vous au nom de Santé Canada.

Comme vous le savez, la responsabilité d'améliorer la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis est partagée entre plusieurs partenaires, dont tous les ordres de gouvernement, les collectivités autochtones et leurs dirigeants. Comme les autres Canadiennes et Canadiens, les Premières nations, les Inuits et les Métis ont accès aux services de santé par l'intermédiaire des gouvernements provinciaux et territoriaux, ce qui inclut les soins hospitaliers et les soins de santé primaires fournis par des médecins et d'autres professionnels de la santé.

[Français]

Au sein de ce vaste système de santé, Santé Canada a un mandat stratégique qui consiste à offrir un complément aux services de santé assurés et fournis par les provinces et les territoires afin de réduire les inégalités en matière de santé et d'améliorer l'accès aux services de santé pour les Premières nations et les Inuits.

Pour mener à bien son mandat, Santé Canada soutient un certain nombre de programmes et d'activités. À ce titre, le ministère prévoit dépenser 2,180 milliards de dollars au cours de l'exercice 2011-2012.

[Traduction]

Lors de la réunion spéciale des premiers ministres et des dirigeants autochtones qui a eu lieu en 2004, il a été convenu qu'il fallait se doter d'un plan d'action pour améliorer les services de santé offerts à tous les Autochtones et pour combler le fossé qui sépare les Autochtones du reste de la population canadienne en

the Assembly of First Nations, the Inuit Tapiriit Kanatami, the Métis National Council, the Congress of Aboriginal Peoples and the Native Women's Association of Canada.

As part of this commitment, the Government of Canada, through Budget 2005, provided \$700 million over five years for programs centred on health promotion and disease prevention, as well as the Aboriginal Health Human Resources Initiative and the Aboriginal Health Transition Fund to look at new ways of integrating and adapting health services for First Nations, Inuit and Metis.

Based on the promising outcomes we have seen over the first five years, Budget 2010 provided \$730 million for these initiatives for an additional five years, until the end of the 2014-15. This renewed investment is key to supporting First Nations, Inuit and Metis communities in achieving their aspirations for health and wellness and addressing the disparities in health status and access to health services among these populations.

Based on evaluations and feedback from communities, we know these programs are on track and are making a positive impact. For example, we know that community members value these programs highly and have designed and implemented them in such a way as to be relevant and effective, community-based and community-paced.

Our partners have also said that collaboration between all parties has increased. In particular, First Nations and Inuit are taking an even greater role in service planning and delivery, both within provincial and territorial systems and within their own community services.

[Translation]

Through the community-based health promotion and disease prevention programs, we have been able to significantly increase the capacity in First Nations and Inuit communities to address key health risks and ensure better screening and follow-up for chronic disease. The programs have also enhanced opportunities for First Nations and Inuit children to have a healthy start by improving maternal and child health, increasing school readiness and promoting the early adoption of First Nations and Inuit languages and cultures as protective factors.

[English]

For example, through the Maternal Child Health Program, community members have been trained as home visitors, leading to improved healthy birth weights, increased breastfeeding rates, improved oral health preventative care, increased knowledge of

matière de santé. Cet accord historique a été conclu par les premiers ministres et l'Assemblée des Premières Nations, l'Inuit Tapiriit Kanatami, le Ralliement national des Métis, le Congrès des Peuples Autochtones et l'Association des femmes autochtones du Canada.

Dans le cadre de son engagement envers ce processus, le gouvernement du Canada a consacré, dans le budget de 2005, 700 millions de dollars sur cinq ans à des programmes axés sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, à l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone et au Fonds de transition pour la santé des Autochtones. Ces fonds avaient pour objectif d'intégrer et d'adapter les services de santé des Premières nations, des Inuits et des Métis.

À la lumière des résultats prometteurs que nous avons observés au cours des cinq premières années, le gouvernement a prévu 730 millions de dollars dans le budget de 2010 pour prolonger de cinq ans ses initiatives, jusqu'en 2014-2015. Cet investissement renouvelé est essentiel pour aider les collectivités des Premières nations, des Inuits et des Métis à réaliser leurs propres aspirations en matière de santé et de mieux-être, ainsi qu'à régler les inégalités auxquelles sont confrontées ces populations en matière de santé et de services de soins de santé.

En nous appuyant sur les évaluations et la rétroaction des collectivités, nous constatons que ces programmes sont sur la bonne voie et qu'ils ont un effet positif. Par exemple, nous savons que les membres de la collectivité apprécient beaucoup ces programmes et qu'ils les ont conçus et mis en œuvre de façon à ce qu'ils soient pertinents et répondent efficacement aux besoins des collectivités.

Nos partenaires ont également affirmé qu'il existe une meilleure collaboration entre toutes les parties. Notamment, les Premières nations et les Inuits participent davantage à la planification et à la prestation de services offerts dans le cadre des systèmes provinciaux et territoriaux, mais également dans le cadre des services offerts dans leurs propres collectivités.

[Français]

Au moyen des programmes communautaires de promotion de la santé et de prévention des maladies, les collectivités des Premières nations et des Inuits sont mieux en mesure de traiter des principaux risques pour la santé ainsi que de mieux dépister et surveiller les maladies chroniques. Ces programmes ont également aidé les enfants des Premières nations et des Inuits à partir du bon pied en permettant d'améliorer les soins de santé maternelle et infantile et de mieux préparer les enfants à l'école. Ils ont aussi permis de promouvoir l'adoption précoce de deux facteurs de protection, les langues et les cultures des Premières nations et des Inuits.

[Traduction]

Par exemple, au moyen du Programme de soins de santé maternelle et infantile, des membres des collectivités ont reçu une formation pour faire des visites à domicile. De ce fait, davantage d'enfants sont nés avec un poids santé, plus de mères allaitent leur

positive parenting and good healthy choices. Overall, the program supports 125 projects, serving over 2,200 families in approximately 225 First Nations communities.

The Aboriginal Diabetes Initiative has been successful in training 330 community workers to date and going forward will expand to support the training of up to 500 nurses and diabetes clinical practice guidelines and best practices in the management of chronic diseases.

Evidence does demonstrate that Aboriginal Head Start is improving children's language and literacy skills and their overall readiness to learn. It also shows that it contributes to an increased awareness of healthy behaviours among parents.

Through the National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy, we have seen an increase in a range of protective factors among First Nations, Inuit and Metis youth, such as participation in cultural activities and overall community involvement, along with a decrease in risk factors such as substance abuse.

While more needs to be done, renewal of funding for youth suicide prevention will allow Health Canada to work in partnership with the national and region Aboriginal organizations and communities to support up to 200 community-based suicide prevention projects, community-based mental wellness teams and ongoing training for mental wellness and suicide prevention workers.

We are also making improvements to health systems serving First Nations and Inuit. For example, funding under the Aboriginal Health Human Resources Initiative, which also includes Metis, has resulted in over 2,220 students enrolled in health career studies through bursaries and scholarships, training for over 600 First Nations health managers, support to 62 Aboriginal medical students and 436 nursing students and the adaptation of 39 health science curricula at post-secondary institutions.

In addition, as mentioned, the Aboriginal Health Transition Fund has supported a total of 311 projects, which were completed between 2004 and 2010, to better integrate and adapt federal, provincial and territorial health systems for Aboriginal people. Nearly 75 per cent of those projects were directly led by First Nations, Inuit or Metis organizations and communities.

bébé, et les soins préventifs bucco-dentaires se sont améliorés. Par ailleurs, les méthodes parentales positives sont mieux connues, de même que les habitudes qui constituent un choix santé. Dans l'ensemble, le Programme appuie 125 projets et touche plus de 2 200 familles dans environ 225 collectivités des Premières nations.

Jusqu'à présent, grâce à l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, 330 travailleurs communautaires ont suivi une formation. De plus, cette initiative permettra aussi de former jusqu'à 500 membres de personnel infirmier concernant les lignes directrices de pratique clinique pour la prévention et le traitement du diabète et des pratiques exemplaires de gestion des maladies chroniques.

Les faits montrent que les programmes d'Aide préscolaire aux Autochtones améliorent les compétences linguistiques, de lecture et d'écriture des enfants et leurs dispositions à l'apprentissage. Cela fait également la démonstration que les programmes contribuent à sensibiliser davantage les parents à l'importance de comportements sains.

Grâce à la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones, nous avons constaté une augmentation de la gamme des facteurs de protection chez les jeunes des Premières nations, des Inuits et des Métis, comme la participation à des activités culturelles et l'engagement global au sein de la collectivité. On a également constaté une diminution des facteurs de risque comme la toxicomanie.

Il reste beaucoup à faire dans ce domaine, mais le renouvellement du financement pour la prévention du suicide chez les jeunes permettra à Santé Canada de collaborer avec les organismes autochtones nationaux et régionaux, et avec les collectivités, afin de continuer de soutenir jusqu'à 200 projets communautaires de prévention du suicide, d'équipes communautaires de bien-être mental et de formation continue de travailleurs en bien-être mental et en prévention du suicide.

De plus, nous améliorons les systèmes de services de soins de santé des Premières nations et des Inuits. Par exemple, les fonds investis dans l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone ont permis d'obtenir les résultats suivants : des bourses et des bourses d'études ont permis à plus de 2 200 étudiants d'entreprendre des études pour faire carrière dans le secteur de la santé; plus de 600 gestionnaires en santé des Premières nations ont suivi une formation; 62 étudiants autochtones en médecine et 436 étudiants en soins infirmiers ont reçu de l'aide; enfin, 39 programmes en sciences de la santé d'établissements postsecondaires ont été adaptés.

En outre, comme il a été mentionné plus tôt, le Fonds de transition pour la santé des Autochtones a financé 311 projets réalisés entre 2004 et 2010. Ils visaient à mieux intégrer les services de santé du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires et à les adapter aux besoins des Autochtones. Près de 75 p. 100 de ces projets étaient dirigés par des organismes et des collectivités des Premières nations, des Inuits ou des Métis.

As we go forward, the new Health Services Integration Fund will build on lessons learned and partnerships established under the Aboriginal Health Transition Fund, but it will allow us not only to continue our efforts but also to provide a focus on projects with a much broader scope and reach and including coordinating services for multiple communities at once.

In closing, this is only a brief overview of some of the successes of these programs that have been achieved in collaboration with First Nations, Inuit, Metis and provincial and territorial partners.

[*Translation*]

The parties at the 2004 special meeting of first ministers and Aboriginal leaders all recognized that improving Aboriginal health outcomes would require serious and dedicated efforts. The investments in Budget 2010 have demonstrated the federal government's ongoing commitment to improving the health of First Nations, Inuit and Metis populations, and reaffirmed the positive outcomes of those investments to date.

[*English*]

We know that improvements in Aboriginal health status will take time, and Health Canada remains committed to working with First Nations, Inuit and Metis and all levels of government to reduce barriers to accessing provincial and territorial health services and enhancing the capacity of communities to address their health priorities.

Thank you for allowing me the opportunity to be here today, and I will be happy to answer any questions.

The Chair: Thank you. I would like to turn to the Assembly of First Nations.

Jonathan Thompson, Director, Health and Social Secretariat, Assembly of First Nations: Thank you, Mr. Chair, and good morning and thank you to your colleagues on the committee. I would like to extend an acknowledgment as well from the National Chief of the Assembly of First Nations for extending the invitation to the AFN to be here this morning.

As I am sure you all know, much has been written on the issue of First Nations health. You referenced that in your opening, Mr. Chairman, going back to the communiqué and accord itself, the Royal Commission on Aboriginal Peoples and the Romanow report. However, it is important to note that a lot of common themes run through a lot of that dialogue, and certainly they are a number of principles that I would like to touch on here this morning and that I would like to see certainly picked up on through to 2014.

Dans les prochaines années, le nouveau Fonds d'intégration des services de santé s'appuiera sur les leçons apprises et les partenariats établis par l'intermédiaire du Fonds de transition pour la santé des Autochtones. Ainsi, nous pourrions non seulement poursuivre nos efforts, mais également nous concentrer sur des projets dont la portée et l'envergure seront beaucoup plus vastes et qui incluront la coordination des services visant plusieurs collectivités en même temps.

Pour conclure, je vous ai donné un bref aperçu des progrès que nous avons réalisés en collaboration avec nos partenaires des Premières nations, inuits, métis, provinciaux et territoriaux.

[*Français*]

Les participants à la réunion spéciale de 2004 des premiers ministres et des chefs autochtones ont tous reconnu que, pour améliorer les résultats de santé des Autochtones, il faudra déployer des efforts sérieux et soutenus. Le gouvernement fédéral est engagé de façon permanente à améliorer la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis, comme le prouvent les investissements prévus au budget de 2010. Ces investissements viennent renforcer les résultats positifs obtenus jusqu'à maintenant.

[*Traduction*]

Nous savons qu'il faudra du temps pour améliorer l'état de santé des Autochtones. Santé Canada demeure résolu à travailler avec les Premières nations, les Inuits et les Métis, ainsi qu'avec tous les ordres de gouvernement, en vue de réduire les obstacles qui empêchent les Autochtones d'avoir accès aux services de santé provinciaux et territoriaux, et d'améliorer la capacité des collectivités autochtones à répondre à leurs priorités en matière de santé.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion d'être ici aujourd'hui et je serais heureuse de répondre à vos questions.

Le président : Merci. J'aimerais maintenant me tourner vers l'Assemblée des Premières Nations.

Jonathan Thompson, directeur, Secrétariat à la santé et au développement social, Assemblée des Premières Nations : Monsieur le président, merci. Bonjour et merci à tous vos collègues du comité. Au nom du chef national de l'Assemblée des Premières Nations, je tiens à vous remercier d'avoir invité l'APN à comparaître ce matin.

Comme vous le savez tous certainement, la question de la santé des Premières nations a fait couler beaucoup d'encre. Monsieur le président, vous en avez parlé dans votre introduction, en remontant au communiqué et à l'accord lui-même, à la Commission royale sur les peuples autochtones et au rapport Romanow. Toutefois il est important de souligner que bien des thèmes communs traversent les éléments de ce dialogue, et il y a certes de nombreux principes que j'aimerais aborder ici ce matin et dont j'aimerais qu'ils soient repris jusqu'en 2014.

First Nations involvement in controlling health care, the governance of it by First Nations, will be something that we will be looking for, with direct input into the types of services. As Ms. Gideon mentioned, we are seeing an increase in that, but there is a way to go yet.

There should be First Nations' involvement in the upcoming first ministers' discussions on this, as occurred back in 2004. The Romanow report touched on that as well, going back to that report where it stated, "The challenge of moving forward will be in the hands of Aboriginal leaders and the federal, provincial and territorial governments," and we will be looking to further that type of approach within the Assembly of First Nations.

As you are probably aware, despite the research and publications and the good work of all the parties, we are still suffering from rather poor health outcomes. You have a PowerPoint presentation that touches on a few. There are many more. It touches on youth suicide and life expectancy. I would like to reference as well the jurisdictional challenges that we continue to face in First Nation communities.

I think these certainly speak to the need for a First Nations voice at those tables, the First Nation jurisdiction at the community level being federal, but the community members constantly dealing with both the federal and provincial systems. Unfortunately, that often leads to a lack of clarity around roles and responsibilities, not only for the federal and provincial governments but certainly for the communities themselves. This is something we feel is an ongoing challenge and barrier to increased health outcomes for First Nations.

We readily acknowledge the challenges in the overall health landscape. When you look at Manitoba and Ontario with close to 50 per cent of their program spending on health, you do not need to be an economist or rocket scientist to see the challenges, and those challenges are being experienced at the community level as well.

There is a slide there that talks about the skyrocketing costs for NIHB. We would certainly like to explore, in a multi-jurisdictional fashion, some of the challenges and the opportunities that exist even within existing resources. Certainly, we will be needing to speak to fair and equitable and, I think, new fiscal arrangements in this area.

What is it we are seeking within the context of your work? As has been suggested by numerous reports and research, and certainly by the Assembly of First Nations, affirming our rights and supporting the advancement of First Nations systems that are culturally appropriate and effective will require support from all jurisdictions. Again, Romanow certainly spoke to that one.

Nous souhaitons que les Premières nations participent au contrôle et à la gouvernance de leurs soins de santé, et qu'ils puissent directement contribuer à la détermination des types de services. Comme l'a mentionné Mme Gideon, nous constatons une augmentation à ce chapitre, mais nous avons encore beaucoup de chemin à faire.

Les Premières nations devraient participer aux discussions imminentes des premiers ministres à ce sujet, comme cela a été le cas en 2004. Le rapport Romanow en a également parlé. Permettez-moi de citer le rapport, dans lequel il est écrit : « Il appartiendra aux dirigeants autochtones et aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de relever le défi dont il est ici question. » Nous chercherons à réaliser des progrès dans ce genre d'approche au sein de l'Assemblée des Premières Nations.

Comme vous le savez sans doute, malgré les recherches, les publications et le bon travail de toutes les parties, nous sommes encore touchés par de piètres résultats en matière de santé. Vous avez entre les mains un exposé PowerPoint qui en mentionne quelques-uns. Il y en a bien d'autres. L'exposé parle de suicide chez les jeunes et d'espérance de vie. J'aimerais également parler des difficultés des collectivités des Premières nations sur le plan de la responsabilité en matière de soins de santé.

À la lumière de ces résultats en matière de soins de santé, il m'apparaît évident qu'il est nécessaire que les Premières nations soient représentées dans ces tribunes. À l'échelon communautaire, les Premières nations relèvent du fédéral, mais les membres de la collectivité ont constamment à traiter avec les systèmes fédéral et provinciaux. Malheureusement, cela sème souvent la confusion en ce qui concerne les rôles et les responsabilités, non seulement pour les gouvernements fédéral et provinciaux, mais assurément pour les collectivités elles-mêmes. À notre avis, cette situation est un obstacle constant à l'amélioration des résultats en matière de santé pour les Premières nations.

Nous reconnaissons volontiers les difficultés dans l'ensemble du domaine de la santé. Quand on constate que le Manitoba et l'Ontario consacrent près de 50 p. 100 de leurs dépenses en matière de programmes à la santé, pas besoin d'être un économiste ou un génie pour reconnaître les obstacles; ces obstacles existent également à l'échelon communautaire.

Une des diapositives aborde la question de l'augmentation fulgurante des coûts des SSNA. Nous aimerions certainement étudier certaines des possibilités et certains des défis qui sont présents, même au sein des ressources existantes, et ce, avec la participation de toutes les parties, les gouvernements comme les Premières nations. Certes, il nous faudra parler d'accords financiers justes et équitables; selon moi, il faudra peut-être tout revoir dans ce domaine.

À quoi nous attendons-nous dans le cadre de votre travail? Comme l'ont recommandé de nombreux rapports et résultats de recherche, et comme l'a certainement recommandé l'Assemblée des Premières Nations, les Premières nations et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devront appuyer l'affirmation de nos droits et soutenir l'avancement de systèmes des Premières

Again, however, as I mentioned a moment ago, any initiative or efforts to be pursued must include fair and equitable fiscal arrangements. The 2004 accord includes a 6 per cent escalator. As well, I would be mindful to mention that the federal election commitments also included an extension of approximately that same amount, if not slightly more. Yet First Nations communities continue to struggle under an approximately 2 per cent escalator transfer for First Nations transfers. Where is the parallel First Nations commitment?

I would like to state that a parallel commitment, by the federal government, would begin to speak to the principles of fairness and equality. It would also be necessary, I think, to secure provincial and territorial confidence that the federal government is showing leadership and support to First Nations' governments. I would go further to say that there should be, as there is for provinces and territories, consideration for equalization and costs associated with delivering programs and services in northern and remote communities. We certainly experience those high costs in many, many communities across the country.

We will, of course, also be looking for improved coordination. Effective intergovernmental cooperation and partnership is also the key to moving forward, as we move into the future and beyond 2014.

As Ms. Gideon mentioned, an excellent example of this would be the recent and historic signing of the B.C. Tripartite Framework Agreement on First Nations Health. Certainly, this agreement reflects the above-noted principles: First Nations control, improved fiscal arrangements, and inter-jurisdictional cooperation.

In conclusion, we seek your support for these principles and for First Nations leadership to be at the table when plans concerning the future health of their communities are being discussed. Canada's endorsement of the United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples, and the Prime Minister's apology, would also suggest this is a great opportunity for Canada, the provinces and territories to move forward on the basis of reconciliation. Thank you.

The Chair: Thank you very much. I will turn to my colleagues for questions that I hope will further outline these issues. I would remind my colleagues that we have only 30 minutes, so I would like to keep each question within a four-minute period.

Senator Eggleton: Welcome. Ms. Gideon, you have cited a number of statistics on different components of the programs that flow out of the blueprint and the communiqué prior to that. I

nations efficaces et appropriés sur le plan culturel. Encore une fois, le rapport Romanow en a certes parlé. Cependant, comme je l'ai mentionné il y a un instant, toute initiative ou tout effort doit inclure des accords financiers justes et équitables. L'accord de 2004 inclut un facteur de progression de 6 p. 100. De même, je tiens à rappeler que les promesses électorales du gouvernement fédéral incluait également un prolongement d'une valeur à peu près équivalente, si ce n'est un peu plus élevée. Et pourtant, les collectivités des Premières nations continuent à être aux prises avec un facteur de progression des transferts pour les Premières nations d'environ 2 p. 100. Où est l'engagement parallèle à l'égard des Premières nations?

Je tiens à affirmer qu'un engagement parallèle de la part du gouvernement fédéral commencerait à dénoter une intention de mettre en œuvre les principes de justice et d'égalité. À mon avis, il serait également nécessaire de rassurer les gouvernements provinciaux et territoriaux quant au fait que le gouvernement fédéral fait preuve de leadership et soutient les gouvernements des Premières nations. J'irais plus loin en affirmant que les provinces et les territoires devraient envisager la possibilité de fournir des services égaux et de contribuer équitablement aux coûts associés à la prestation des programmes et des services dans les collectivités éloignées et du Nord. Il est certain qu'un très grand nombre de nos collectivités partout au pays sont confrontées à ces coûts très élevés.

Bien entendu, nous souhaiterions également une coordination améliorée. La coopération et le partenariat intergouvernementaux efficaces sont également des éléments clés pour assurer notre progression au-delà de 2014.

Comme l'a mentionné Mme Gideon, la signature historique de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières nations en serait un excellent exemple. Cet accord est le reflet des principes susmentionnés : contrôle des Premières nations, accords financiers améliorés et coopération entre les Premières nations et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Pour conclure, nous aimerions obtenir votre appui à l'égard de ces principes ainsi qu'à l'égard de la présence des dirigeants des Premières nations à la table au moment des discussions portant sur la santé future de leurs collectivités. La ratification par le Canada de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones ainsi que les excuses présentées par le premier ministre laissent croire qu'il s'agit d'une formidable occasion pour le Canada, les provinces et les territoires d'aller de l'avant dans un esprit de réconciliation. Merci.

Le président : Merci beaucoup. Je vais maintenant donner à mes collègues l'occasion de poser des questions qui, je l'espère, nous permettront d'approfondir davantage ces questions. Je tiens à rappeler à mes collègues que nous ne disposons que de 30 minutes alors j'aimerais que vous vous en teniez à des périodes de quatre minutes.

Le sénateur Eggleton : Je vous souhaite la bienvenue. Madame Gideon, vous avez cité de nombreuses statistiques sur différentes composantes des programmes qui découlent du Plan directeur et

think the Aboriginal community representatives indicated that there has been some success, but they have said there is a long way to go. I am trying to determine what outcomes, over and above these statistics, are happening on the ground. Back in 2008, the Health Council of Canada said that the blueprint had languished and that financial support initially promised to support its objectives had dwindled. Has what happened since then brought it back on track?

The Chair: Who would like to answer?

Ms. Gideon: I will certainly start. It is an overarching question, so I will tackle it that way. In terms of the overall impacts of the \$700 million investments outside of the statistics, obviously we know that concrete impacts on health outcomes take time, longer than a five-year time frame, in most cases. We can certainly show things such as increased breastfeeding rates, but we need to have continued efforts in order to be able to build community capacity and to enable them to also develop and deliver interventions that can be shown to be effective over time. A lot of the impacts of the targeted upstream investments have been to be able to establish that dedicated community capacity for important health issues like diabetes.

You are seeing not only new community workers but also community workers who are being certified and trained and developing that expertise in those particular areas. As well, they are developing relationships within provincial and territorial health systems, in order to be able to draw more effectively on specialized expertise that would be offered through those systems, such as partnerships with multidisciplinary teams that might be established in a nearby city or through a regional health authority. Those would be examples, loosely speaking.

Under the Aboriginal Health Transition Fund, there is certainly a whole series of new inter-jurisdictional tables established to specifically discuss Aboriginal health issues which would not have existed previously. Those tables are not only at a provincial level, but they are also at a local level, at the regional health authority level, for instance. There is some collaborative planning around service delivery, funding allocation and recruitment and retention of professionals and paraprofessionals that is occurring at these tables.

Senator Eggleton: Ms. Lavallée, from the Congress of Aboriginal Peoples, talking about the National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy and the Health Resources Initiative, said that their participation has been at a minimum. What about this collaborative effort you just talked about? It does not sound like there is very much collaboration.

du communiqué qui l'a précédé. Je crois que les représentants des collectivités autochtones ont dit qu'il y avait eu certaines réussites, mais ils ont aussi rappelé qu'il reste beaucoup de chemin à faire. Je cherche à déterminer quels sont les résultats qui se réalisent réellement sur le terrain, au-delà de ces statistiques. En 2008, le Conseil canadien de la santé a signalé que le Plan directeur stagnait et que l'aide financière initialement promise pour l'aider à atteindre ces objectifs avait diminué. Que s'est-il passé depuis qu'il l'a remis sur les rails?

Le président : Qui aimerait répondre?

Mme Gideon : Je tiens à commencer. C'est une question centrale, et c'est ainsi que je vais l'aborder. En ce qui a trait aux répercussions globales des investissements de 700 millions de dollars, au-delà des statistiques, nous savons bien entendu que les répercussions concrètes sur les résultats en matière de santé prennent du temps, plus que le cadre de cinq ans, dans la plupart des cas. Certes, nous pouvons montrer des choses comme l'augmentation des taux d'allaitement, il nous faut déployer des efforts continus afin d'être en mesure de mettre en place une capacité communautaire et de permettre aux membres de la collectivité d'élaborer et d'offrir des interventions qui feront leurs preuves au fil du temps. Une grande partie des répercussions des investissements ciblés en amont servait à mettre en place cette capacité communautaire dédiée à des problèmes de santé importants pour le diabète.

Vous observez l'arrivée non seulement de nouveaux travailleurs communautaires, mais également de travailleurs communautaires qui sont certifiés et formés et qui font progresser cette expertise dans ces domaines particuliers. De même, ils contribuent à mettre en place des relations au sein des systèmes de santé provinciaux et territoriaux, afin de pouvoir profiter de manière plus efficace de l'expertise spécialisée offerte par le truchement de ces systèmes, comme des partenariats avec des équipes multidisciplinaires qui pourraient être situées dans une ville à proximité ou encore par le truchement d'une autorité régionale de la santé. Voilà quelques exemples, grosso modo.

En vertu du Fonds de transition pour la santé des Autochtones, il y a toute une série de nouvelles tables intergouvernementales mises sur pied précisément pour discuter des problèmes de santé autochtones; ces tables n'existaient pas auparavant. Elles se situent non seulement à l'échelon provincial, mais également à l'échelon local; par exemple, à l'échelon de l'autorité régionale de la santé. Ces tables sont l'occasion de procéder à une certaine planification collaborative en matière de prestation des services, d'affectation du financement et de recrutement et de maintien en poste des professionnels et des paraprofessionnels.

Le sénateur Eggleton : Mme Lavallée, du Congrès des Peuples Autochtones, a affirmé, tandis qu'elle parlait de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones et de l'Initiative sur les ressources humaines en santé, que la participation des peuples autochtones était minimale. Vous venez de parler d'efforts collaboratifs, mais on ne dirait pas qu'il y a beaucoup de collaboration.

Ms. Gideon: There certainly have been resources specifically for off-reserve Aboriginal people that have been allocated through the National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy. Certainly, there has been support for collaborative discussions in terms of the program development and allocation.

The Chair: Ms. Lavallée, would you like to comment?

Ms. Lavallée: According to my provincial and territorial leaders, we have had no access whatsoever to the suicide prevention strategy, and suicide is an epidemic in our community. We have not had access to maternal health. I think the main problem is that the health transfer is transferred to the provincial government, and the provincial government then narrows the focus, unfortunately. That is where I talked about the jurisdictional issue that we who reside off-reserve get caught in. I know that, as the former chief in New Brunswick, I had to fight, when the program first came about, just to get access to the capacity to have a health care worker within our organization, just to be able to interface with the regional health authorities and the provincial health departments. They have since cut that position. We are right back to where we began.

Out of the last Aboriginal Diabetes Initiative, only one of our organizations got access to the diabetics program. People are falling through the cracks.

The Chair: I think the key that I am hearing in this and in other issues you put forward is a jurisdictional issue. When you leave here, would you each think about this aspect and perhaps follow up with us with more aspects of that particular issue? It would be very helpful to us on these issues.

Senator Merchant: Thank you very much, and, again, thank you for being here. Ms. Gideon, you talked about working upstream, which is what we have heard from others, too; it is easier to get a holistic view and start working, instead of letting things escalate and then trying to deal with illness. Given the very young demographic in your communities and the high birth rate, I would like a little more information about maternal health and about early childhood programs.

I would also like to know how the 10-year plan has been implemented, what the results have been, and what you hope to see in the next phase after 2014.

Ms. Lavallée: There is very little I can contribute to that conversation because we do not have access to information on maternal health. One of our provincial organizations has a little bit, but it is a program that they have implemented on their own. As well, we have had no access to the early childhood program.

Mme Gideon : Il y a assurément eu des ressources attribuées précisément aux Autochtones vivant hors réserves par le truchement de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones. Il est certain qu'il y a eu du soutien à l'égard de discussions collaboratives en ce qui concerne l'élaboration des programmes et l'affectation du financement.

Le président : Madame Lavallée, aimeriez-vous répondre?

Mme Lavallée : Selon mes dirigeants provinciaux et territoriaux, nous n'avons eu aucune forme d'accès que ce soit à la Stratégie de prévention du suicide. Le suicide est une épidémie dans notre collectivité. Nous n'avons pas eu accès à des soins de santé maternelle. À mon avis, le principal problème tient à ce que le transfert de fonds en matière de soins de santé est remis au gouvernement provincial, et ce dernier en restreint la portée, malheureusement. C'est la raison pour laquelle j'ai parlé de ce problème de compétence dans lequel nous, les Autochtones qui vivons hors réserves, sommes empêtrés. En tant qu'ancien chef au Nouveau-Brunswick, je peux vous dire que j'ai dû me battre, quand le programme a été mis sur pied, simplement pour avoir un travailleur de soins de santé dans notre organisation. J'ai dû me battre ne serait-ce que pour être en mesure d'interagir avec les autorités régionales de la santé et les ministères provinciaux de la santé. Depuis, ce poste a été supprimé. Nous sommes de retour à la case départ.

Dans le cadre de la dernière Initiative sur le diabète chez les Autochtones, une seule de nos organisations a eu accès au programme pour les diabétiques. Les gens passent au travers des mailles du filet.

Le président : Je pense que la question de la compétence est l'élément clé qui ressort de ce que vous venez de décrire et des autres problèmes que vous avez soulevés. Après notre réunion, est-ce que chacun d'entre vous pourra réfléchir à cet aspect et nous faire parvenir d'autres renseignements sur cette question précise? Cela nous serait très utile.

Le sénateur Merchant : Merci beaucoup et, une fois de plus, merci de votre présence parmi nous. Madame Gideon, vous avez parlé de travailler en amont, et c'est ce que d'autres nous ont dit également; il est plus facile d'adopter une approche holistique et de commencer à travailler tôt, plutôt que de laisser les choses prendre de l'ampleur, puis d'avoir à lutter contre la maladie. Compte tenu du nombre très élevé de jeunes dans vos collectivités et du taux de naissances élevé, j'aimerais en savoir un peu plus sur les soins de santé maternelle et sur les programmes pour la petite enfance.

J'aimerais également savoir comment le plan décennal a été mis en œuvre, quels ont été les résultats et ce que vous espérez pour la prochaine phase après 2014.

Mme Lavallée : Je ne saurais guère enrichir la discussion, car nous n'avons pas accès à l'information relative à la santé maternelle. Un de nos organismes provinciaux a quelque peu accès à des renseignements sur le sujet, mais dans le cadre d'un programme qu'il a lui-même mis en œuvre. Par ailleurs, nous n'avons pas eu accès au programme pour la petite enfance.

Mr. Thompson: You raise a very good point in terms of the young demographics — certainly, the fastest growing population with quite high birth rates. This is a serious issue. The maternal child health program is in play in many First Nations communities, but, as Senator Eggleton pointed out, there are bigger challenges. It goes back to addressing in a more comprehensive fashion all of the social determinants that impact on these families. Maternal child health, as a single program, can certainly assist, but the pressures around those families and single mothers are immense.

When faced with those challenges, a single program operating in isolation is not likely to have the results we would want to see. This also brings into the discussion the jurisdictional issue because these individuals and families are operating between both — they bounce back and forth between jurisdictions. The more cooperation and collaboration there is between jurisdictions, the more control those First Nations communities have over where those resources go and how they are allocated. We feel that is the way we need to go forward.

The upstream programs are very welcome. However, going back to 2004 and 2005, there are also aspects that were not realized but would have spoken to many of those broader social determinants that are wreaking havoc in the communities.

The Chair: In dealing with the jurisdictional issue, could you give some specific examples, as you have been doing in response, to illustrate the specific aspect of the jurisdictional issue? It would help us to deal with this as we move forward.

Mr. Thompson: Certainly. A simple illustration would be of individuals forced to leave Northern Alberta, for example, because there are no dialysis units in and around their community. They often are forced to move to Edmonton to receive treatment. The NIHB program provides support to them for three months. If there were greater collaboration and cooperation between the jurisdictions, hopefully there would be no gap left between the time NIHB cuts them off after three months and the provincial system picks up coverage. If there were greater collaboration, maybe the jurisdictions could find a way to establish a dialysis unit in closer proximity to those communities in Northern Alberta. That example could be used in Northern Manitoba, Saskatchewan and Ontario as well.

As I mentioned earlier, we see a great lack of clarity around roles and responsibilities. You may be familiar with Jordan's Principle. It is probably the best known example of jurisdictions squabbling over who will provide the services to a child, rather than providing the services first. If there were greater cooperation and collaboration between the jurisdictions, these issues would be dealt with readily, and access to health services would be the first priority and the administration of it the second priority.

M. Thompson : Vous soulevez un excellent point en abordant la question du poids démographique des jeunes — c'est certainement le groupe qui affiche la croissance la plus rapide, et les taux de natalité sont plutôt élevés. C'est un enjeu important. Le Programme de soins de santé maternelle et infantile est offert dans de nombreuses collectivités des Premières nations, mais, comme le sénateur Eggleton l'a souligné, il y a des difficultés plus grandes à surmonter. À la base, il faut s'attaquer de façon plus globale à tous les déterminants sociaux qui ont des répercussions sur les familles concernées. Isolément, le Programme de soins de santé maternelle et infantile peut certainement être utile, mais les pressions exercées sur les familles et les mères seules sont énormes.

Devant de telles difficultés, un programme exécuté isolément n'est pas susceptible de donner les résultats que nous aimerions obtenir. Cela soulève également la question de la compétence des ordres de gouvernement, car ces personnes et ces familles ont affaire aux deux — ils sont ballotés entre les deux. Plus il y aura de coopération et de collaboration entre les ordres de gouvernement, plus les collectivités des Premières nations auront d'influence sur l'affectation de ces ressources et la façon dont elles sont utilisées. À notre avis, c'est la voie à suivre.

Les programmes qui interviennent en amont sont certainement les bienvenus. Cependant, si l'on remonte à 2004 et à 2005, on constate qu'il y a également des aspects qui n'ont pas été abordés, mais qui auraient pu influencer sur nombre des déterminants sociaux globaux qui font des ravages dans les collectivités.

Le président : En ce qui concerne la question des compétences, pourriez-vous nous fournir des exemples précis à cet égard, comme vous l'avez fait dans vos observations? Cela nous aiderait à étudier cette question.

M. Thompson : Bien sûr. On n'a qu'à penser au fait que des personnes sont contraintes de quitter le Nord de l'Alberta, par exemple, parce qu'il n'y a pas de service de dialyse dans leur collectivité ni dans les localités voisines. Elles sont souvent contraintes de s'installer à Edmonton pour y recevoir des soins. Le Programme des SSNA leur prodigue un soutien durant trois mois. Si les administrations amélioraient leur collaboration et leur coopération, cela permettrait peut-être d'éliminer le délai entre le moment où le Programme des SNA cesse d'aider ces personnes et celui où le système provincial prend le relais. S'il y avait une meilleure collaboration, les administrations pourraient peut-être trouver un moyen d'établir un service de dialyse plus près de ces collectivités du Nord de l'Alberta. Cet exemple pourrait également s'appliquer au Nord du Manitoba, de la Saskatchewan et de l'Ontario.

Comme je l'ai dit plus tôt, les rôles et les responsabilités sont très flous. Vous connaissez peut-être le principe de Jordan. Il s'agit probablement de l'exemple le plus connu de situation où les ordres de gouvernement, plutôt que de dispenser d'abord et avant tout les soins à un enfant, se sont chamaillés pour savoir à qui ce rôle incombait. S'il y avait plus de coopération et de collaboration entre les ordres de gouvernement, de telles questions seraient facilement réglées; l'accès aux services de santé représenterait la première priorité, et la gestion de ces services, la seconde.

The Chair: I was referring to those kinds of examples, thank you. If you can illustrate your subsequent written response to us with additional examples, it will help us greatly.

Senator Martin: I am trying to follow the money to determine where the gaps and the barriers seem to be. It seems that there has been a commitment by the government to renew this funding to Aboriginal, Inuit and Metis health. You are designing these programs, which you have described. They all seem essential and important.

Ms. Lavallée said that access to the programs has been an issue. You can have great clinics and great programs but people have to be able to access them. Is there a problem in the overall communication plan? In the joint task group model, where you are working together with Health Canada, how often do you meet? What is the communication plan in working together to develop culturally sensitive programs? Where are the gaps? In terms of the rules and responsibilities, should that be articulated in the blueprint? Obviously, it is a framework and guide, but maybe there needs to be very specific identification of those rules and responsibilities. Who would do that? Would it be a collective effort? How does this task group work? How often do you meet or discuss by teleconference? What is the plan? How does the communication work to ensure that everyone can access these wonderful programs being created? It may have to require a written response as well.

Ms. Gideon: It is a complex question, but I will do my best to simply answer it. The mandate of the First Nations and Inuit Health Branch of Health Canada is to supplement provincial and territorial services, specifically for First Nations and Inuit primarily. The majority of these investments target those populations in the context of areas where First Nations and Inuit would not have access to a comparable provincial or territorial situation within their community. Inuit in the territories are served by territorial governments as are all other residents. For the Inuit population, we would be talking specifically about Inuit in Newfoundland and Labrador, for instance, or in Quebec, where we have arrangements.

There are some specific off-reserve Aboriginal investments as well under the Aboriginal Head Start Program, which is managed under the Public Health Agency of Canada, who, I believe, was a witness here. The total amount of funding for the Aboriginal Head Start in urban and northern communities is \$32 million per year plus the supplementary funding, which has been allocated since the first ministers meeting in 2004. It is now at \$25 million over five years.

Le président : C'était ce genre d'exemple que je souhaitais entendre. Merci. Si vous pouvez illustrer votre réponse écrite subséquente au moyen d'exemples additionnels, cela nous sera très utile.

Le sénateur Martin : J'essaie de voir où l'argent est affecté afin de cerner les lacunes et les obstacles possibles. Le gouvernement semble s'être engagé à renouveler le financement octroyé aux fins de la santé des Autochtones, des Inuits et des Métis. Vous concevez ces programmes, que vous avez décrits. Ils semblent tous essentiels et importants.

Mme Lavallée a dit que l'accès aux programmes est problématique. C'est bien d'avoir d'excellentes cliniques et d'excellents programmes, mais les gens doivent être en mesure d'y accéder. Y a-t-il un problème au chapitre du plan de communications global? Lorsque, selon le modèle du groupe de travail conjoint, vous travaillez de concert avec Santé Canada, quelle est la fréquence de vos réunions? En quoi consiste le plan de communications visant l'élaboration concertée de programmes adaptés sur le plan culturel? Où sont les lacunes? Est-ce que les règles et les responsabilités devraient être énoncées dans le plan directeur? Bien entendu, il s'agit d'un cadre et d'un guide, mais il faudrait peut-être déterminer très précisément ces règles et ces responsabilités. Qui pourrait faire cela? Est-ce que ce serait le fruit d'un effort collectif? Comment fonctionne ce groupe de travail? Quelle est la fréquence de vos réunions ou de vos téléconférences? Quel est le plan à suivre? De quelle façon les communications permettent-elles de s'assurer que tout le monde aura accès aux merveilleux programmes en cours d'élaboration? Une réponse écrite serait peut-être nécessaire à cet égard aussi.

Mme Gideon : La question est complexe, mais je ferai de mon mieux pour donner une réponse simple. Le mandat de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada est de fournir — surtout aux Premières nations et aux Inuits — un complément aux services provinciaux et territoriaux. La majorité de ces investissements visent les régions où les Premières nations et les Inuits n'auraient pas accès dans leur collectivité à des soins comparables à ceux dispensés dans d'autres régions de leur province ou territoire. Dans les territoires, ce sont les gouvernements territoriaux qui dispensent des soins aux Inuits, comme à tous les autres résidents. Pour ce qui est de la population inuite, il serait donc question en particulier de ceux de Terre-Neuve-et-Labrador, par exemple, ou du Québec, où nous avons des ententes en vigueur.

En outre, il y a des exemples précis d'investissements réalisés hors des réserves autochtones dans le cadre du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, qui est géré par l'Agence de la santé publique du Canada — dont un représentant a comparu devant vous, si je ne me trompe pas. Le montant total du financement octroyé dans le cadre du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques se chiffre à 32 millions de dollars par année, en plus des fonds supplémentaires qui sont versés depuis la réunion des premiers ministres de 2004. Le montant de ce financement est maintenant de 25 millions de dollars sur cinq ans.

In terms of the task group and our working relationship, our minister, the National Chief of the Assembly of First Nations and the president of the Inuit Tapiriit Kanatami have endorsed agreements to work together on separate task groups with the Public Health Agency of Canada. In the context of those processes, we have specific strategic priorities that have been identified. We have multi-year work plans where we mandate each of our organizations to work together in order to be able to achieve those.

Some of the examples of priority areas that have been identified, for instance, with the task group with the Assembly of First Nations, include establishing a continuum of mental health services to look at the social determinants of health from a First Nations perspective and explore differing models of First Nations governance, such as lessons learned from British Columbia's Tripartite First Nations Health Plan. Those are examples of some identified strategic priorities that are intended to influence future program design and implementation. I hope that has helped a bit.

A written submission would help to more fully or explicitly describe this.

Senator Martin: What about the challenge of the roles, responsibilities and trying to determine who should do what? Could that be articulated clearly?

Ms. Gideon: Yes. The primary rationale behind the Aboriginal Health Transition Fund was to improve collaboration across the jurisdictions. The new Health Services Integration Fund will be more focused and will build on the capacity and the knowledge that has been gained through the previous fund. It will specifically look at projects or initiatives that can help to promote and realize the integration of federally and provincially funded health services that target Aboriginal peoples.

To identify projects, it is mandatory to have a multi-party advisory committee, which includes the provinces and territories, representatives of Aboriginal people as well as the federal government to develop multi-year work plans and identify projects that meet the strategic priorities in those work plans. Those partnerships have to be established to inform the funding allocation. It is not done unilaterally by either party.

Senator Hubley: Five years ago this committee produced a report called *Out of the Shadows at last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*. It looked at mental illness among Canadians, but there was a real focus on the Aboriginal community and issues disproportionately facing Aboriginal communities. I wonder if you might share with us whether you have seen changes over the last five years, whether there are still gaps and whether there are still serious issues pertaining to mental illness among our young Aboriginals and all Aboriginal peoples.

En ce qui concerne le groupe de travail et notre relation de travail, notre ministre, le chef national de l'Assemblée des Premières Nations et le président d'Inuit Tapiriit Kanatami ont ratifié des accords visant à travailler de concert avec l'Agence de la santé publique du Canada par le truchement de groupes de travail distincts. Nous avons établi des priorités stratégiques précises dans le contexte de ces processus. Nous disposons de plans de travail pluriannuels dans le cadre desquels nous mandations chacune de nos organisations à travailler de concert afin de réaliser ces priorités.

Parmi les aspects prioritaires qui ont été cernés par le groupe de travail de l'Assemblée des Premières Nations, il y a, entre autres, l'établissement d'une gamme de services de santé mentale visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé des Premières nations et l'étude de divers modèles de gouvernance autochtone, par exemple les leçons tirées de l'Accord tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières nations. Voilà donc des exemples de priorités stratégiques qui ont été établies en vue d'influer sur l'élaboration et la mise en œuvre de nos programmes futurs. J'espère que ma réponse vous aide un peu.

Des observations écrites aideraient à décrire la situation de façon plus claire ou plus complète.

Le sénateur Martin : Qu'en est-il de la difficulté relative aux rôles et aux responsabilités et au fait de déterminer ceux de chacun? Est-ce que cela pourrait être clairement énoncé?

Mme Gideon : Oui. Le principal objectif du Fonds de transition pour la santé des Autochtones était d'améliorer la collaboration intergouvernementale. Le nouveau Fonds d'intégration des services de santé sera plus ciblé et tirera parti de la capacité et des connaissances acquises grâce au fonds précédent. Il servira précisément à appuyer des projets ou des initiatives pouvant contribuer à promouvoir et à assurer l'intégration des services de santé financés par les gouvernements provinciaux et fédéral à l'intention des Autochtones.

Pour sélectionner les projets, il est impératif de constituer un comité consultatif multipartite comptant des représentants des provinces et des territoires, des Premières nations et du gouvernement fédéral afin d'élaborer des plans de travail pluriannuels et de cerner les projets qui contribueront à concrétiser les priorités stratégiques énoncées dans ces plans. De tels partenariats doivent être établis en vue de guider la répartition des fonds. Cette responsabilité ne doit pas incomber à une seule partie.

Le sénateur Hubley : Il y a cinq ans, le comité a publié un rapport intitulé *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Le rapport portait sur les enjeux en matière de santé mentale touchant la population canadienne, mais il accordait une importance particulière aux collectivités autochtones et aux problèmes disproportionnés auxquels elles font face. Je me demande si vous êtes en mesure de nous dire si vous avez perçu des changements à cet égard au cours des cinq dernières années, s'il existe encore des écarts et s'il y a encore des problèmes graves liés à la santé mentale des jeunes Autochtones et des tous les peuples autochtones.

Mr. Thompson: Sadly, that remains a major struggle. As Ms. Gideon mentioned, it is one of the key components to the task group as we go forward and as the Minister of Health agreed to move forward on. We are trying to get a handle on approaching it in a more comprehensive fashion. I go back to the silos of programs out there that are not having the impact that we want to see. Certainly, you still hear in the media reports of young First Nations people taking their lives. We are still struggling very much with the impacts of the residential school experience, which has been demonstrated through residential school survivors and the process for the Truth and Reconciliation Commission of Canada.

One of the overarching pieces with respect to mental health is getting a better handle on what the need is and how best we at the AFN in conjunction with FNIB can support communities to address that. Good work has been done recently on the Native Alcohol and Drug Abuse Program, but it has to go beyond that. If you are familiar with the field, drug addiction and alcohol addiction need to be addressed — they are symptoms of a deeper-rooted problem. As a collective, we need to find ways to support communities to address those problems. It remains a high priority for me in my work. We continue to strive to address that with our partners and look to, for instance, the Mental Health Commission of Canada as a partner as we move forward on that issue.

[Translation]

Senator Verner: First off, thank you for being here this morning and welcome. My question will probably be more for Ms. Gideon from Health Canada.

As part of the Blueprint on Aboriginal Health, all the parties committed to addressing the specific needs of Aboriginal women and their children. They agreed to ensure gender equality in health services through the application of a culturally relevant gender-based analysis and the engagement of women in the development and delivery of women-specific health and healing action plans.

What steps has Health Canada taken to ensure that the needs and views of Aboriginal women are reflected in its programming? Does the department incorporate culturally relevant gender-based analysis in its research and policy development?

Ms. Gideon: I will give you a few examples if that is okay. In the case of the Aboriginal Health Transition Fund, the \$200-million fund, every project had to submit a gender-based analysis before it could receive funding approval.

M. Thompson : Malheureusement, cela demeure une difficulté de taille. Comme Mme Gideon l'a mentionné, c'est une des principales questions auxquelles va s'attaquer le groupe de travail et à l'égard desquelles le ministre de la Santé a convenu de prendre des mesures. Nous essayons de trouver une approche plus globale. Là encore, je dois mentionner le problème du cloisonnement des programmes, lesquels n'ont pas l'effet escompté. En effet, les médias font encore état de jeunes Autochtones qui s'enlèvent la vie. Nous sommes encore aux prises avec les répercussions des pensionnats indiens, comme en témoignent la triste situation des survivants des pensionnats et le processus relatif à la Commission de vérité et de réconciliation du Canada.

Pour faire des progrès au chapitre de la santé mentale, il est essentiel d'acquiescer une meilleure compréhension des besoins et de déterminer comment l'Assemblée des Premières Nations, conjointement avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, peut fournir à cet égard le meilleur soutien possible aux collectivités. On a accompli du bon travail récemment dans le cadre du Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et des drogues chez les Autochtones, mais cela ne suffit pas. Si vous connaissez bien le domaine, vous savez qu'il faut s'attaquer à la toxicomanie et à l'alcoolisme — ces dépendances sont le symptôme d'un problème plus profondément enraciné. Collectivement, nous devons trouver des façons d'aider les collectivités à surmonter ces problèmes. Cela demeure une grande priorité dans mon travail. Nous continuons à nous efforcer de régler ces problèmes avec l'aide de nos partenaires et comptons, par exemple, sur la collaboration de la Commission de la santé mentale du Canada à mesure que nous réalisons des progrès à ce chapitre.

[Français]

Le sénateur Verner : Tout d'abord, merci beaucoup d'être ici ce matin et bienvenue. Ma question va probablement s'adresser davantage à Mme Gideon pour Santé Canada.

Dans le plan directeur pour la santé des Autochtones, toutes les parties se sont engagées à répondre aux besoins particuliers des femmes autochtones et de leurs enfants; à dispenser des services de santé qui respectent l'égalité entre les sexes par l'application de l'analyse comparative entre les sexes adaptée à la culture; et la participation des femmes à l'élaboration et à l'exécution de plans d'actions pour la santé et la guérison des femmes.

Quelles mesures ont été prises par Santé Canada pour s'assurer que les opinions et les besoins des femmes autochtones soient pris en compte dans les programmes? Est-ce que le ministère incorpore l'analyse comparative entre les sexes adaptée à la culture dans ses recherches et l'élaboration de ses politiques?

Mme Gideon : Je vais donner quelques exemples, si cela vous convient. Dans le cas du Fonds de transition pour la santé des Autochtones, qui était le fonds de 200 millions de dollars, chaque projet devait soumettre une analyse comparative entre les sexes avant de pouvoir être approuvé pour du financement.

In addition, the Native Women's Association was, of course, one of the stakeholders involved in the transition fund steering committee. The association's involvement is ongoing through the advisory committee for the Health Services Integration Fund, the new \$80-million fund.

Clearly, we also focused our efforts on health services for women in First Nations communities and on the Maternal Child Health Program, as I mentioned. That program has made a big difference, helping to significantly enhance follow-up services for women who are pregnant or who have young children. As a result, women are able to get a more comprehensive picture of their health and that of their families, and to connect with health care professionals in other fields, either within the community or through the provincial system.

[English]

The Chair: Following Senator Cordy, I still have three senators who wish to put questions. We will not have sufficient time to put those questions and have oral responses. I ask that senators put their questions to the witnesses and that the clerk follow up with those questions in writing to you. We will not have your answers on the record today, but we need to have them for our study. It is important that we get all the questions on the table. I will go to Senator Cordy and then follow up with each remaining senator.

Senator Cordy: Ms. Lavallée, the Congress of Aboriginal Peoples represents peoples living off-reserve. What percentage of people live off-reserve?

Ms. Lavallée: According to the ancestral data provided by Statistics Canada, it is up to 80 per cent.

Senator Cordy: That means 80 per cent of Aboriginal people do not have access to the federal programs on maternal health, the National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy program and the First Nations Head Start program.

Ms. Lavallée: They do not have access, to my knowledge, if they are living in rural, remote or urban areas, unless they have a tripartite agreement with their provincial government. According to my provincial and territorial organizations, at this time, one has a diabetic program that is being used as a model for delivering the Aboriginal Diabetes Initiative. The rest were unsuccessful in obtaining the programs. The Head Start program is not delivered by our PTOs to our people throughout Canada. I tried very hard to get them when I was in New Brunswick.

Senator Cordy: That is incredible, in a bad way.

Ms. Lavallée: We are not part of the special relationship with the minister; and that needs to be resolved.

Également, l'Association des femmes autochtones participait, bien sûr, au comité directeur pour le fonds de transition. Elle continue également à participer au comité consultatif pour le Fonds d'intégration pour les services de santé, le nouveau fonds de 80 millions dollars.

Nous avons, bien sûr, également mis l'accent sur les services de santé pour les femmes des Premières nations dans les communautés et dans le Programme de santé maternelle et infantile que j'ai mentionné. Cela a fait une grosse différence pour avoir un suivi plus rigoureux pour les femmes enceintes ou qui ont de jeunes enfants, et qui leur permet à ce moment-là d'avoir un aperçu plus global de leur santé et la santé de leur famille, et de faire des liens avec d'autres soins de santé qui font partie d'autres domaines, soit livrés au sein de la communauté, soit dans le système provincial.

[Traduction]

Le président : Après le sénateur Cordy, il y a trois autres sénateurs qui souhaitent poser des questions. Nous n'aurons pas le temps d'entendre leurs questions et les réponses des témoins. Je demanderais aux sénateurs de poser leurs questions et à la greffière de vous les transmettre par écrit. Nous n'allons pas entendre vos réponses aujourd'hui, mais nous en avons besoin pour notre étude. Il importe que toutes les questions soient posées. Je vais donner la parole d'abord au sénateur Cordy, puis à chacun des sénateurs qu'il reste à entendre.

Le sénateur Cordy : Madame Lavallée, le Congrès des Peuples Autochtones représente les Autochtones qui vivent hors des réserves. À quel pourcentage de la population autochtone cela correspond-il?

Mme Lavallée : Selon les données relatives à l'ascendance autochtone fournies par Statistique Canada, le pourcentage est de 80 p. 100.

Le sénateur Cordy : Donc, 80 p. 100 de la population autochtone n'a pas accès aux programmes fédéraux de soins de santé maternelle, ni au programme relatif à la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones ni au Programme d'aide préscolaire aux Autochtones.

Mme Lavallée : À ma connaissance, les Autochtones n'y ont pas accès s'ils vivent en région rurale, isolée ou urbaine, à moins qu'une entente tripartite ait été conclue avec le gouvernement provincial. À l'heure actuelle, d'après ce que m'ont dit mes organismes provinciaux et territoriaux, l'un d'eux est doté d'un programme sur le diabète qui est utilisé comme modèle pour la mise en œuvre de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones. Les autres organismes n'ont pas réussi à obtenir les programmes. Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones n'est pas dispensé aux Autochtones de partout au Canada par nos organismes provinciaux et territoriaux. J'ai déployé de très grands efforts pour les obtenir quand j'étais au Nouveau-Brunswick.

Le sénateur Cordy : C'est incroyable... et déplorable.

Mme Lavallée : Nous ne sommes pas dans les bonnes grâces du ministre, et la situation doit se redresser.

Senator Cordy: The fastest growing demographic, as Senator Merchant said, is young Aboriginal people. In the new accord being drawn up by Health Canada under the minister, what should be reflected to show the needs of this demographic? The percentage of young Aboriginals under the age of 25 is large, so should that not be reflected in the new accord?

Ms. Lavallée: I believe it has to be reflected, but there has to be a shift in thinking on programming today. We have to deal with the new modern reality, which is that our people are mobile. They go back and forth but there is a very large off-reserve population.

We have to stop tossing Aboriginal people, their health and their welfare through this jurisdictional issue. That is the problem for off-reserve Aboriginal peoples. The provinces do not want to recognize us. Quite simply, it is easier for them to deal with the chiefs and the reserves, and they take the easy way out. I think it has to be specified in some of these health transfer agreements that are going to be negotiated that they must work with all Aboriginal peoples regardless of status or residency. We cannot afford to lose another generation of our Aboriginal youth.

[Translation]

Senator Champagne: In a communiqué on improving Aboriginal health, the federal government said that it would examine, together with the other levels of government — we are still in an area of shared jurisdiction — and Metis leaders, health issues affecting Metis people.

Has there been any success so far in terms of identifying Metis-specific health concerns? Has there been any progress when it comes to finding preventive measures and treatment services that are conducive to healing?

[English]

The Chair: That is the question. We will have a written follow-up to you. Thank you very much Senator Champagne.

I would now like to put two issues before you. One, to repeat this issue that keeps coming up, is your problems in dealing across the jurisdictions through which the Aboriginal peoples cross. Obviously, based on your responses, there just is not a continuum of recognition. Please really follow up on that.

Ms. Lavallée, you identified the issues of small communities, distance, communication and so on.

I did not recognize any specific example or novel use of the modern communications capabilities to help bring access to health into your communities. I am wondering if you could follow up on that aspect as to whether you see potential there — examples of

Le sénateur Cordy : Comme l'a dit le sénateur Merchant, les jeunes Autochtones sont le groupe démographique qui affiche la croissance la plus rapide. Que devrait contenir le nouvel accord qu'élabore actuellement Santé Canada sous la direction du ministre afin de refléter les besoins de ce groupe démographique? Un grand pourcentage d'Autochtones ont moins de 25 ans; cela ne devrait-il pas se refléter dans le nouvel accord?

Mme Lavallée : Je pense que oui, mais il faut changer notre approche à l'égard des programmes. Nous devons tenir compte de la nouvelle réalité d'aujourd'hui, à savoir que les Autochtones se déplacent. Ils sortent des réserves et y reviennent, mais une très grande partie de la population vit à l'extérieur des réserves.

Nous devons cesser de causer du tort aux Autochtones et de mettre en péril leur santé et leur bien-être à cause de la question des compétences. C'est la source du problème des Autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves. Les provinces ne veulent pas reconnaître notre existence. Comme il est plus simple pour elles de traiter directement avec les chefs et les réserves, elles choisissent la solution facile. Je pense qu'il faudrait préciser, dans certains accords sur les transferts relatifs à la santé qui seront négociés, que ces accords doivent s'appliquer à tous les Autochtones, indépendamment de leur situation ou de leur lieu de résidence. Nous ne pouvons pas nous permettre de perdre une autre génération de jeunes Autochtones.

[Français]

Le sénateur Champagne : Dans un communiqué sur l'amélioration de la santé des Autochtones, le gouvernement fédéral a indiqué qu'il allait examiner, avec les autres ordres de gouvernement — on en est encore à ces juridictions partagées — et avec les dirigeants des Métis, les questions de santé qui concernent les Métis.

Jusqu'à présent, est-ce qu'on a réussi à identifier les problèmes de santé qui sont propres aux Métis? Est-ce qu'on arrive à trouver des moyens de prévention et des soins à apporter pour en arriver à une guérison?

[Traduction]

Le président : C'est la question. Nous ferons un suivi par écrit auprès de vous. Merci beaucoup, madame le sénateur.

J'aimerais maintenant vous inviter à vous pencher sur deux problèmes. Le premier, auquel on ne cesse de revenir, concerne les lacunes à l'égard des champs de compétence qui touchent des Autochtones. De toute évidence, d'après vos commentaires, il n'y a tout simplement pas de continuum au chapitre de la reconnaissance. Je vous saurais vraiment gré d'assurer un suivi à cet égard.

Madame Lavallée, vous avez mentionné les problèmes des petites collectivités, de la distance et des communications, entre autres choses.

Je ne crois pas avoir entendu d'exemple précis en ce qui a trait à l'utilisation de nouveaux moyens de communication afin d'accroître l'accès aux services de santé dans les collectivités. Je me demande si vous pourriez assurer un suivi à cet égard, c'est-à-dire indiquer si

innovative uses that have already worked would be even better to use as a reference — or things that have been written about that you feel might well be of benefit to the issues you have dealt with.

You have covered a range of issues. You have recognized the social determinants, in a broader sense, as being really important here. This jurisdictional issue that keeps coming up in all these areas is obviously tremendously important.

I want to, on behalf of my colleagues, thank you all for being so clear and naturally frank with us in terms of the information that you have given us today. If you can think of specific examples, after you leave here, reflecting on your presentations and the questions that you have heard, and get back to us with more details, we would most certainly welcome it.

Thank you very much for being here. Thanks to my colleagues for being very efficient.

Senator Eggleton will take the chair for the next session, as I am required to be elsewhere for the next hour or so.

Senator Art Eggleton (*Deputy Chair*) in the chair.

The Deputy Chair: We are dealing with the 2004 health accord and, specifically, the communiqué on improving Aboriginal health, and the blueprint on Aboriginal Health. We have heard from two organizations from the community, and from Health Canada in the earlier panel. On this panel, we will hear from the Inuit Tapiriit Kanatami. Elizabeth Ford, Director, Health and Social Development, will speak on their behalf. Assisting her is Udloriak Hanson, Special Advisor to the President.

I am sorry. Did I get that wrong? Oh, it is the other way around. Ms. Hanson will speak for ITK. Sorry about that.

For the Native Women's Association of Canada, Erin Corston, Director of Health, is here. Welcome to all of you.

Udloriak Hanson, Special Advisor to the President, Inuit Tapiriit Kanatami: [*The witness spoke in Inuktitut.*]

Good morning and thank you for the invitation to speak here today. As previously mentioned, I am special adviser to Mary Simon, President of Inuit Tapiriit Kanatami, ITK. I would like to introduce my colleague, Elizabeth Ford, Director, Health and Social Development.

The work of our organization centres on ensuring that Inuit interests are reflected in national priorities affecting the Arctic and on spearheading initiatives that unite our four regions.

We are pleased to provide you, today, with our views on progress to implement the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care.

vous croyez que ces moyens offrent un certain potentiel — ou, mieux encore, de donner des exemples d'utilisations innovatrices éprouvées — ou de fournir une liste de publications qui, selon vous, offrent des pistes de solution à l'égard des questions que vous avez soulevées.

Vous avez abordé une grande diversité d'enjeux. Vous avez reconnu que les déterminants sociaux, au sens large, jouent un rôle crucial à ce chapitre. La question des compétences — qui revient continuellement dans notre examen de ces enjeux — est, à n'en point douter, extrêmement importante.

Au nom de mes collègues, je vous remercie d'avoir présenté vos observations avec autant de clarté et avec une franchise toute naturelle. Si des exemples précis vous viennent à l'esprit après la réunion, lorsque vous réfléchirez à vos exposés et aux questions que vous avez entendues, nous serions certainement très heureux que vous nous fournissiez des renseignements supplémentaires.

Merci beaucoup de votre présence. Je remercie également mes collègues de leur grande efficacité.

Le sénateur Eggleton présidera le reste de la séance, car je dois m'absenter pour environ une heure.

Le sénateur Art Eggleton (*vice-président*) occupe le fauteuil.

Le vice-président : Nous poursuivons notre étude relative à l'Accord de 2004 sur le renouvellement des soins de santé et, plus précisément, au Communiqué sur l'amélioration de l'état de santé des Autochtones et au Plan directeur pour la santé des Autochtones. Dans le groupe précédent, nous avons entendu le témoignage de deux organismes représentant la collectivité et de Santé Canada. Dans ce groupe-ci, nous allons entendre le point de vue d'Inuit Tapiriit Kanatami. C'est Elizabeth Ford, directrice, Développement social et de la santé, qui prendra la parole en son nom. À ses côtés se trouve Udloriak Hanson, conseillère spéciale à la présidence.

Je suis désolé; ai-je fait erreur? Oh, c'est l'inverse. Mme Hanson comparaitra au nom d'ITK. Veuillez m'excuser.

Nous avons également avec nous, Erin Corston, directrice de la santé de l'Association des femmes autochtones du Canada. Bienvenue à tous les témoins.

Udloriak Hanson, conseillère spéciale à la présidence, Inuit Tapiriit Kanatami : [*Le témoin s'exprime en inuktitut.*]

Bonjour. Je vous remercie de m'avoir invitée à comparaître aujourd'hui. Comme on l'a mentionné, je suis la conseillère spéciale de Mary Simon, présidente d'Inuit Tapiriit Kanatami — ou ITK. J'aimerais présenter ma collègue, Elizabeth Ford, directrice, Développement social et de la santé.

Le travail de notre organisme est essentiellement de veiller à ce que les intérêts des Inuits soient reflétés dans les priorités nationales qui touchent l'Arctique et de mener des initiatives qui unissent nos quatre régions.

Nous sommes ravis de vous présenter aujourd'hui nos observations concernant les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004.

As you know, this plan was the result of a 2004 meeting between provincial and territorial premiers, national Aboriginal leaders and the Prime Minister of the day, the Right Honourable Paul Martin.

It was not billed as a first ministers meeting, but ITK's president at the time, the late Jose Kusugak, famously told the assembled group of leaders, "If it walks like a first ministers meeting, acts like a first ministers meeting and smells like a first ministers meeting, then it must be a first ministers meeting."

It was at this meeting that first ministers and Aboriginal leaders agreed that we need an action plan to improve health services for Aboriginal Canadians. They recognized that all governments have an important role to play in improving the health of and the delivery of health services to Aboriginal peoples.

Inuit are facing serious and, in some cases, escalating health issues, on a scale experienced by very few other Canadians.

For example, life expectancy in the four regions that make up our homeland is an average of 12 years lower than it is in Canada as a whole, and this gap is widening. The rate of tuberculosis for Inuit is 127 times the Canadian-born, non-Aboriginal rate. Infant mortality in our regions is almost three times higher than in Canada as a whole. The suicide rate for Inuit is 11 times the national rate.

As a direct result of that meeting in 2004, ITK worked in partnership with federal, provincial and territorial governments and other Aboriginal organizations to develop a blueprint on Aboriginal health that outlines ways we can all work to transform health outcomes.

The key to transforming health outcomes is to address the social determinants of health, factors such as clean water, education, adequate housing and access to nutritious food, that all play an essential role in physical health. For Inuit, this is one of the most important components of the blueprint. It is also one of the least advanced.

Housing, for example, notwithstanding the blueprint's commitment to funding for infrastructure, remains far below national standards across our regions. All the key indicators — space per person, safety, affordability and so on — lag behind the national norms. Thousands of new units are needed, and thousands more need major repair.

Comme vous le savez, ce plan est le fruit d'une réunion qui a eu lieu en 2004 et à laquelle ont participé les premiers ministres provinciaux et territoriaux, les chefs autochtones nationaux et le premier ministre de l'époque, le très honorable Paul Martin.

La réunion n'était pas considérée comme une réunion officielle des premiers ministres, mais le président d'ITK de l'époque, le regretté Jose Kusugak, avait fait la célèbre remarque suivante au groupe de leaders réunis : « Si ça ressemble à une réunion de premiers ministres, si ça se déroule comme une réunion de premiers ministres et si ça sent comme une réunion de premiers ministres, alors ce doit être une réunion de premiers ministres. »

C'est lors de cette réunion que les premiers ministres et les chefs autochtones ont convenu de la nécessité d'élaborer un plan d'action afin d'améliorer les services de santé à l'intention des Autochtones du Canada. Ils ont reconnu que tous les gouvernements ont un rôle important à jouer afin d'améliorer la santé des Autochtones ainsi que la prestation des services de santé à leur intention.

Les Inuits font face à des problèmes de santé graves et, dans certains cas, croissants dont l'ampleur va bien au-delà de ceux que connaissent d'autres Canadiens.

Par exemple, dans les quatre régions de notre territoire ancestral, l'espérance de vie moyenne est de 12 ans inférieure à celle de l'ensemble de la population canadienne, et l'écart continue à s'accroître. Le taux de tuberculose est 127 fois plus élevé chez les Inuits que chez les Canadiens de naissance non autochtones. Le taux de mortalité infantile dans nos régions est presque trois fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population canadienne. Le taux de suicide des Inuits est 11 fois supérieur au taux national.

Conséquence directe de la réunion de 2004, ITK a travaillé en partenariat avec le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que d'autres organisations autochtones afin d'élaborer un plan directeur pour la santé des Autochtones qui décrit les moyens à prendre pour transformer ensemble les résultats en matière de santé.

Pour ce faire, il est crucial d'aborder les déterminants sociaux de la santé, des facteurs comme la salubrité de l'eau et l'éducation ainsi que l'accès à un logement adéquat et à des aliments nutritifs, qui jouent tous un rôle essentiel sur le plan de la santé physique. Pour les Inuits, cela représente une des plus importantes composantes du plan directeur. C'est également une des composantes où le moins de progrès ont été réalisés.

L'hébergement dans nos régions, par exemple — malgré l'engagement énoncé dans le plan directeur à affecter des fonds aux infrastructures — demeure bien en deçà des normes nationales. Tous les indicateurs clés — le rapport plancher-habitant, la sécurité et l'abordabilité, entre autres — accusent un retard par rapport aux normes nationales. Des milliers de nouvelles unités sont requises, et des milliers d'autres ont besoin de rénovations majeures.

It is hard not to be discouraged by this when we know that overcrowded and substandard housing contributes directly to poor mental health and our extremely high TB rates.

Another part of the blueprint addresses engagement and inclusivity. Critically, it emphasizes that Aboriginal organizations must work as equal members with federal, provincial and territorial governments.

Unfortunately, this has often translated into a pan-Aboriginal approach, which does not serve Inuit interests or may not lend enough time and consultation for effective engagement.

First ministers and Aboriginal leaders did, in fact, recognize in the blueprint that public health issues for Inuit, Metis and First Nations are very different, and that Inuit-specific strategies must be adopted to accommodate the unique conditions of Arctic environments, the distinctive features of Inuit culture and the requirements of the land claims agreements.

Furthermore, the blueprint obliges governments to ensure that a continuum of mental health care is made available to Inuit in, or close to, their home communities.

Inuit are in a state of deep and protracted mental health crisis, and such services have never been more urgent. There remains a pressing need for mental health infrastructure and services, including counselling and addictions treatment centres in the Arctic.

We believe these problems are so severe that there must be immediate dialogue among federal, provincial and territorial ministers of health to consider immediate intervention in our communities.

Two other initiatives arising from the blueprint provided some welcome results for Inuit. The Aboriginal Health Transition Fund allowed Inuit to implement projects to improve the integration of FPT-funded health systems, and it adapted existing health programs and services to better serve the needs of Inuit.

It also helped increase the participation of Inuit in the design, delivery and evaluation of health programs and services and created several new Inuit regional engagement coordinator positions.

Unfortunately, the program proved to be unsustainable. Projects created under the initiative are no longer being funded.

Il est difficile de ne pas se laisser décourager par la situation lorsqu'on sait que les logements surpeuplés et inadéquats contribuent directement aux problèmes de santé mentale et aux taux de tuberculose extrêmement élevés au sein de notre population.

Une autre partie du plan directeur aborde les questions de la mobilisation et de l'inclusion. On y souligne à grands traits que les organisations autochtones doivent travailler de concert et sur un pied d'égalité avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Malheureusement, cela s'est souvent traduit par une approche pan-autochtone qui ne sert pas les intérêts des Inuits ou qui ne débouche peut-être pas sur une mobilisation efficace en raison de l'insuffisance du temps imparti et des consultations.

De fait, les premiers ministres et les chefs autochtones ont reconnu dans le plan directeur que les questions relatives à la santé publique des Inuits, des Métis et des Premières nations sont très différentes qu'il faut lancer des stratégies adaptées aux Inuits qui tiendraient compte des conditions uniques liées au milieu arctique, des caractéristiques particulières de la culture inuite et des obligations relatives aux accords sur des revendications territoriales.

Par ailleurs, le plan directeur oblige les gouvernements à s'assurer qu'un continuum de soins de santé mentale est offert aux Inuits à l'intérieur ou à proximité de leur collectivité.

Les Inuits traversent une crise profonde et prolongée sur le plan de la santé mentale, et la nécessité de dispenser ces soins est plus présente que jamais. Il y a encore un besoin pressant à combler au chapitre des infrastructures et des services en matière de santé mentale, y compris les centres de consultation et de traitement de la toxicomanie, dans l'Arctique.

Nous sommes d'avis que, vu l'extrême gravité de ces problèmes, le ministre de la Santé du Canada et ses homologues provinciaux et territoriaux doivent amorcer immédiatement un dialogue en vue de prendre de toute urgence les mesures qui s'imposent dans nos collectivités.

Deux autres initiatives découlant du plan directeur ont donné des résultats positifs pour les Inuits. Le Fonds de transition pour la santé des Autochtones a permis aux Inuits de mettre en œuvre des projets visant à améliorer l'intégration des systèmes de santé financés par le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et territoires et d'adapter les programmes et services de santé existants à leurs besoins.

Le Fonds a également aidé à accroître la participation des Inuits à la conception, à la prestation et à l'évaluation des programmes et des services de santé et a donné lieu à la création de plusieurs nouveaux postes de coordonnateur régional de la participation des Inuits.

Malheureusement, le programme s'est avéré non viable. Les projets créés dans le cadre de l'initiative ne reçoivent plus de financement.

The Aboriginal Health Human Resources Initiative allowed for progress in a number of important areas including community-based worker training and health career promotion. However, it too suffers from a one-size-fits-all, pan-Aboriginal focus.

Going back to the goals of first ministers and Aboriginal leaders in 2004, the blueprint was meant to be a transformative plan. It is a solid document that sets out a solid framework.

As the title suggests, it is also a work-in-progress. Specifically, the recommendations on mental health and housing and on creating Inuit-specific systems require more work and more progress.

The message we would like to leave you with today is that Inuit are committed to working with governments to take direction and immediate action on implementing these recommendations. I thank you once again for your invitation to speak here today. We will do our best to respond to any questions or comments you may have.

The Deputy Chair: Thank you very much. That was a very clear and succinct presentation.

Erin Corston, Director of Health, Native Women's Association of Canada: Thank you for the invitation to offer testimony today. ClaudetteDumont-Smith, the executive director of the Native Women's Association of Canada, NWAC, was unable to be here and sends her regrets.

I am Erin Corston. I am the health director and the acting director of the environment at NWAC. My family is of Cree ancestry. I was born and raised in Northern Ontario and am a member of the Chapeau Cree First Nation.

I have three key messages for you today. The first message is that current approaches to addressing Aboriginal women's health in this country are inadequate in proportion to the burden of ill health and social exclusion faced by Aboriginal women.

Second, Aboriginal women continue to face alarming levels of health disparity. Insufficient attention is paid to the social determinants of health. In some cases, such as with the justice system, our social determinants of health are worsening.

Third, solutions involve funding parity and the provision of sustainable capacity and resources to facilitate Aboriginal women's equitable participation in the development, implementation and evaluation of health policies, programs and services.

Par ailleurs, grâce à l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, des progrès ont été réalisés à l'égard de plusieurs aspects importants, y compris la formation des travailleurs dans la collectivité et la promotion des possibilités de carrière dans le domaine de la santé. Cependant, cette initiative est aussi desservie par l'adoption d'une approche globale pan-autochtone.

Pour revenir aux objectifs établis par les premiers ministres et les chefs autochtones en 2004, il faut dire que le plan directeur se voulait un plan de transformation. C'est un document solide qui fournit un cadre robuste.

Comme son titre le laisse entendre, le plan se prête à des améliorations continues. Plus précisément, les recommandations concernant la santé mentale et le logement ainsi que la création de systèmes adaptés aux Inuits nécessitent plus de travail et de progrès.

En conclusion, nous tenons à vous faire savoir que les Inuits sont déterminés à collaborer avec les gouvernements afin de définir une orientation et de prendre des mesures immédiates relativement à la mise en œuvre de ces recommandations. Encore une fois, je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de comparaître devant vous aujourd'hui. Nous ferons de notre mieux pour répondre à vos questions et à vos commentaires.

Le vice-président : Merci beaucoup. Votre exposé était très clair et très concis.

Erin Corston, directrice de la santé, Association des femmes autochtones du Canada : J'aimerais d'abord vous remercier de l'invitation à venir témoigner aujourd'hui. Mme Claudette Dumont-Smith, directrice générale de l'Association des femmes autochtones du Canada — l'AFAC — ne peut malheureusement pas être présente et vous transmet ses excuses.

Je m'appelle Erin Corston. Je suis directrice du service de la santé ainsi que directrice par intérim du service de l'environnement à l'AFAC. Ma famille est d'origine crie. Je suis née et j'ai grandi dans le Nord de l'Ontario, et je suis membre de la Première nation crie de Chapeau.

J'ai trois principaux messages à vous communiquer aujourd'hui. Premièrement, les mesures actuelles à l'égard de la santé des femmes autochtones du pays sont inadéquates par rapport au fardeau que représentent le mauvais état de santé et l'exclusion sociale dont nos femmes sont victimes.

Deuxièmement, les femmes autochtones continuent de se heurter à des niveaux alarmants de disparités en matière de santé, et trop peu d'attention est portée aux déterminants sociaux de la santé. Dans certains cas, comme les démêlés avec la justice, nos déterminants sociaux de la santé empirent.

Troisièmement, au nombre des solutions envisagées, citons la parité de financement ainsi que la capacité et les ressources durables pour favoriser la participation équitable des femmes autochtones dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques, de programmes et de services.

With that, I will describe for you who the Aboriginal women are that NWAC represents. Sixty per cent are First Nations and 33 per cent are Metis. These statistics have been gleaned from Statistics Canada.

We make up more than half of the rapidly growing Aboriginal population. We are very young; 28 per cent of us are under the age of 15. We can expect to live about seven years less than non-Aboriginal women in this country. We commit suicide at three times the national average and we are three times more likely to contract HIV and AIDS. We are three times more likely to be violently victimized, and we are five times more likely to die as a result of violence. Sixty-seven per cent of Aboriginal women are overweight. Almost one quarter of Aboriginal women 65 and older have diabetes. Almost half of our women live in poverty.

These statistics demonstrate the gross disparities and overwhelming challenges faced by Aboriginal women in this country. While we share a common legacy of marginalization and oppression with our Aboriginal brothers, we do not receive the level of attention and support from government, from non-Aboriginal Canadians or from male leadership within our communities necessary to create and sustain the type of changes we need to improve our health.

The Native Women's Association of Canada was incorporated almost 40 years ago to collectively advocate for culture and gender equality within both Aboriginal and non-Aboriginal society. This is why we are here today.

I will talk a little bit about the evolution of the health department of which I am the director. The health department at NWAC began to take shape during the Kelowna Accord discussions in 2004-05. Prior to this time the organization had no capacity to participate in national-level initiatives such as these. Aboriginal women's perspectives, their issues and their concerns were not considered part of the solution to Aboriginal people's poor health status. We make up over 50 per cent of the total Aboriginal population, yet our perspectives are ignored.

Kelowna in fact marks the first time NWAC was ever invited to a First Ministers meeting. While we certainly viewed that in itself as progress, we are here today to report that it was and is not enough. The health department emerged out of the need to increase awareness of the harsh realities of Aboriginal women's lives as they relate to health. While it is true that Aboriginal women carry the heaviest burden of ill health in this country, it is important that the realities be contextualized. It is up to us as Aboriginal women to do the research, to interpret the evidence and to communicate the facts about our health and well-being.

Je vais maintenant vous décrire les femmes autochtones représentées par l'AFAC. Soixante pour cent de ces femmes font partie des Premières nations, et 33 p. 100 d'entre elles sont métisses. Ces statistiques proviennent de Statistique Canada.

Nous, les femmes autochtones, représentons plus de la moitié de la population autochtone, qui est en forte croissance. Nous sommes très jeunes : 28 p. 100 d'entre nous ont moins de 15 ans. Notre espérance de vie est d'environ sept ans inférieure à celle des femmes non autochtones au pays. Notre taux de suicide est trois fois plus élevé que la moyenne nationale, et nous courons trois fois plus de risques de contracter le VIH ou le sida. Nous sommes également trois fois plus à risque d'être victimes de violence et cinq fois plus à risque de mourir à cause de la violence. Soixante-sept pour cent des femmes autochtones ont une surcharge pondérale. Près du quart des femmes autochtones âgées de 65 ans et plus souffrent de diabète. Près de la moitié de nos femmes vivent dans la pauvreté.

Ces statistiques illustrent les profonds écarts et les difficultés accablantes auxquels les femmes autochtones sont confrontées. Bien que nous partagions avec nos frères autochtones le legs de la marginalisation et de l'oppression, nous ne recevons pas du gouvernement, des Canadiens non autochtones ou des dirigeants masculins dans nos collectivités l'attention et le soutien qui sont nécessaires à la réalisation et à la durabilité des genres de changements dont nous avons besoin pour améliorer notre santé.

L'Association des femmes autochtones du Canada a été constituée en personne morale il y a près de 40 ans afin de promouvoir l'égalité culturelle et l'égalité des sexes au sein de la société tant autochtone que non autochtone. Voilà pourquoi nous sommes ici aujourd'hui.

Je vais parler un peu de l'évolution du service de la santé de l'AFAC que je dirige. Ce service a commencé à prendre forme durant les discussions de l'Accord de Kelowna en 2004-2005. Auparavant, l'organisation n'avait pas la capacité de participer à de telles initiatives nationales. Les points de vue des femmes autochtones, leurs problèmes et leurs préoccupations n'étaient pas pris en compte dans les solutions proposées afin d'améliorer le piètre état de santé des Autochtones. Nous représentons plus de 50 p. 100 de la population autochtone, et pourtant, notre point de vue n'est pas pris en considération.

De fait, c'est à Kelowna que l'AFAC a été invitée pour la première fois à une rencontre des premiers ministres. Nous reconnaissons certes que cette invitation représentait un pas dans la bonne direction, mais nous sommes ici aujourd'hui pour vous faire savoir que cela ne suffit pas. Le service de santé de l'AFAC est né du besoin de mieux faire connaître les dures réalités des femmes autochtones en ce qui concerne la santé. Certes, il est vrai que les femmes autochtones portent le plus lourd fardeau au chapitre de la santé au pays, mais il est important de mettre ces réalités en contexte. Il nous incombe, à titre de femmes autochtones d'effectuer les recherches, d'interpréter les données scientifiques et de communiquer les faits sur notre santé et notre bien-être.

Our demographic profile has changed very little in the past 10 years, but what is important is that we know that the current approach is not working and we know what needs to change.

I have been involved in Aboriginal health policy at different national Aboriginal organizations for about a decade here in Ottawa. Since I have been director at NWAC I have managed to build my team to a core group of eight. The health department is 100 per cent dependent upon project funding, and we aggressively seek out new and alternate funding sources and opportunities and have experienced a fair degree of success with this. We are actively building our capacity to do primary research, reflected for example through a research study exploring the impacts of neurological conditions on Aboriginal women, their families and communities. This project is part of a national population health study on neurological conditions funded by the Public Health Agency of Canada.

The health department has also conducted community-based research on elder abuse, and has worked with our grandmothers across the country to explore the impacts of abuse on their lives. This project was funded by HRSDC.

Further, we are presently seeking support through a grant proposal to the Canadian Institutes for Health Research to undertake research towards addressing the ongoing epidemic of HIV/AIDS among the Aboriginal female population. While a series of national initiatives implemented by Health Canada, which you have heard a lot about this morning, such as the Aboriginal Diabetes Initiative, the Aboriginal Human Health Resources Initiative, the Aboriginal Health Transition Fund and the National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy, they have all helped to support the capacity development within the health department and at the community level. However, contributions are irregular, unpredictable, and often do not reach recipients until well into the fiscal year. They are typically year-to-year funding and they are not multi-year funding envelopes. That creates a lot of challenges for our level and at the community level.

The health department represents a population with the highest health disparities, as I have explained. NWAC is the only national Aboriginal organization solely dedicated to Aboriginal women's issues. We are urgently advocating for funding parity with other national Aboriginal organizations so that we can do a better job of representing half of the Aboriginal population.

Federal investments in Aboriginal health since the first ministers meeting of 2004 have represented an opportunity for government, in collaboration with Aboriginal organizations, to take action to break the cycle of poverty, violence and poor health in our communities. We consider these contributions as positive

Notre profil démographique a très peu changé au cours des 10 dernières années, mais l'important est que nous sommes conscients du fait que l'approche actuelle ne fonctionne pas et que nous savons ce qu'il faut changer.

Je travaille sur la politique autochtone en matière de santé au sein de diverses organisations nationales autochtones ici à Ottawa depuis plus d'une décennie. Depuis que je suis directrice au sein de l'AFAC, je suis parvenue à constituer une équipe maintenant formée de huit membres. Le service de la santé dépend totalement du financement des projets. Nous recherchons activement des occasions de financement nouvelles et différentes et avons connu un certain succès à cet égard. Nous travaillons activement à augmenter notre capacité en recherche fondamentale, ce qui se manifeste notamment par notre étude de l'incidence des conditions neurologiques sur les femmes autochtones, leur famille et leur collectivité. Ce projet s'inscrit dans l'étude nationale sur la santé de la population portant sur les conditions neurologiques financée par l'Agence de la santé publique du Canada.

Le service de la santé a également mené une recherche communautaire sur la violence et la négligence à l'égard des aînés et a travaillé avec les grands-mères pour en explorer l'incidence sur leur vie. RHDCC a financé ce projet.

En outre, nous recherchons actuellement de l'appui au moyen d'une proposition de subvention adressée aux instituts de recherche en santé du Canada pour la réalisation d'une recherche sur les moyens d'enrayer l'épidémie de VIH-sida qui sévit au sein de la population des femmes autochtones. Une série de projets nationaux mis en œuvre par Santé Canada et dont vous avez beaucoup entendu parler ce matin, comme l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, le Fonds de transition pour la santé des Autochtones et la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones, a aidé à accroître le développement de la capacité au sein du service de la santé et de la collectivité. Toutefois, les contributions sont irrégulières et imprévisibles, et souvent, elles ne parviennent aux bénéficiaires que longtemps après le début de l'exercice financier. Elles sont généralement versées une année à la fois, et il n'y a pas de financement pluriannuel. Cela crée beaucoup de défis à notre échelon et à l'échelon de la collectivité.

Le service de la santé représente la population qui affiche le plus de disparités en matière de santé, comme je l'ai expliqué. L'AFAC est la seule organisation nationale autochtone qui se consacre entièrement aux femmes autochtones. Nous vous prions instamment de nous accorder la parité de financement avec les autres organisations autochtones nationales afin que nous puissions mieux représenter et servir la moitié de la population autochtone.

Depuis la réunion des premiers ministres en 2004, les investissements fédéraux dans la santé des Autochtones ont été l'occasion pour le gouvernement, en collaboration avec les organisations autochtones, d'agir et de briser le cycle de la pauvreté, de la violence et de la piètre santé de nos collectivités.

steps toward raising awareness of health issues and concerns and building capacity, as I have mentioned, to support programming. However, it is simply not enough.

We raise these issues today because we believe that this committee could assist in advocating for changes in the federal funding processes related to the implementation of those initiatives because many of those initiatives have been extended for another five years, and we look to you for support in improving the processes related to the allocation of funds.

Regarding Aboriginal women's health status and the way forward, any discussion on Aboriginal people's health status must be preceded by acknowledgement of colonization and its impacts. These impacts continue today through the child welfare system and through the justice system. For many, the healing has just begun; for others the struggle continues. This has all been well documented. Poor health status, as you heard earlier as well, is linked to the inequalities in social determinants such as housing, education, socio-economic status, income and employment. The health status picture for Aboriginal women as it relates to social determinants includes the following, and I will mention a couple of statistics.

Seventy-one per cent of Aboriginal single-parent households live off-reserve, and over 80 per cent of those households are headed by single female parents. More than half of all female single-parent households live in core housing need. Aboriginal women make up 32 per cent of the Canadian prison population. The number of Aboriginal women federally incarcerated increased by 151 per cent between 1997 and 2007. In 2005, the average income of Aboriginal women was almost 30 per cent less than Aboriginal men. These are some of the social determinants and the statistics related to that.

The health and socio-economic outcomes of Aboriginal women in Canada underscore the need for change. For us, health status is solidly rooted in the imposition of colonial, patriarchal laws and policies. A new more effective approach to Aboriginal health in this country would see a reshaping of our relationships. The approach would be reshaped to be inclusive of gender perspectives. NWAC has long held this position. Systemic change is the only real way to sustainably improve Aboriginal women's health.

Aboriginal women experience the highest rates of chronic illnesses, mental health issues and spousal abuse and are at higher risk of succumbing to alcohol and substance abuse as a result. We have higher rates of unemployment, poverty and victimization compared to any other sector of the Canadian population. Young

Nous croyons que ces contributions représentent un pas positif vers la prise de conscience des questions et des préoccupations en matière de santé et vers la création de la capacité de soutenir les programmes, comme je l'ai mentionné. Cependant, cela est tout simplement insuffisant.

Nous soulevons ces questions aujourd'hui parce que nous croyons que votre comité peut aider à promouvoir des changements dans les processus de financement fédéraux concernant la mise en œuvre de ces initiatives parce que la plupart d'entre elles ont été prolongées pour une période supplémentaire de cinq ans, et nous aimerions avoir votre appui en ce qui concerne l'amélioration des processus liés à la répartition des fonds.

À l'égard de l'état de santé des femmes autochtones et de la voie à adopter à l'avenir, toute discussion sur l'état de santé des peuples autochtones doit être précédée de la reconnaissance de la colonisation et de ses conséquences. Ces conséquences sont encore présentes aujourd'hui comme en témoignent les systèmes de protection de l'enfance et de justice. Pour un bon nombre d'Autochtones, le processus de guérison vient tout juste d'être entamé; pour d'autres, la lutte se poursuit. Tout cela a été bien documenté. Le piètre état de santé des Autochtones, comme on vous l'a dit plus tôt, est lié aux iniquités constatées dans les déterminants sociaux comme le logement, l'éducation, la situation socioéconomique, le revenu et l'emploi. Les statistiques qui suivent décrivent l'état de santé des femmes autochtones et ses liens avec les déterminants sociaux.

Soixante et onze pour cent des ménages autochtones monoparentaux vivent hors des réserves, et plus de 80 p. 100 de ces ménages monoparentaux ont à leur tête des femmes. Plus de la moitié des ménages dirigés par des femmes monoparentales ont des besoins impérieux en matière de logement. Les femmes autochtones représentent 32 p. 100 de la population carcérale canadienne. Le nombre de femmes autochtones incarcérées dans des établissements fédéraux a augmenté de 151 p. 100 de 1997 à 2007. En 2005, le revenu moyen des femmes autochtones était de 30 p. 100 inférieur à celui des hommes autochtones. Voilà ce qui en est des déterminants sociaux et des statistiques qui sont liées à ces derniers.

Les résultats socioéconomiques et sanitaires des femmes autochtones au Canada viennent corroborer nos besoins de changement. En ce qui nous concerne, l'état de santé est profondément enraciné dans l'imposition des lois et des politiques coloniales et patriarcales. En adoptant une nouvelle approche plus efficace en matière de santé autochtone au Canada, nous serions témoins d'une restructuration de nos relations. La démarche tiendrait compte des différences de point de vue entre les sexes. L'AFAC est d'avis depuis longtemps que le changement systémique constitue la seule véritable façon d'améliorer de façon durable la santé des femmes autochtones.

Les femmes autochtones connaissent les niveaux les plus élevés de maladies chroniques, de problèmes de santé mentale et de violence conjugale, et elles présentent de plus hauts risques de succomber à l'abus d'alcool et d'autres drogues. Nous affichons des taux de chômage, de pauvreté et de victimisation supérieurs à

girls are attempting suicide at rates never before seen. They are being drawn into gang activity and are increasingly vulnerable to exploitation and abuse.

Aboriginal women face multiple barriers locally, and are generally not active participants in local governance, as is evidenced by their low representation in leadership positions at that level. I was at an event just last week where a well-respected First Nations leader referred to Aboriginal women as servants in their communities.

Perhaps the most challenging thing in moving forward is creating shifts at the local level with regard to Aboriginal women's roles. Certainly our roles as traditional knowledge holders, as teachers, as givers of life have changed over time and we remain central to the family unit, grounding our future leaders with cultural continuity, security, support and hope. However, servants we are not.

This leader's words illustrate how internalized colonization misrepresentations of gender roles are. His words affirm for me how important it is that Aboriginal women be represented by Aboriginal women.

The Deputy Chair: Thank you. That was a clear document and some very troubling statistics that you gave us.

Committee members, perhaps I could start off with a couple of questions while I get names down here and we will take it from there.

Let me pick up on something that you said, Ms. Hanson, when you were talking about the blueprint:

. . . it emphasizes that Aboriginal organizations must work "as equal members" with federal, provincial and territorial governments. But this has often translated into a pan-Aboriginal approach, which does not serve Inuit interests, or meaningless "too-late-in-the-game" consultations.

Can you expand upon that a bit? Maybe Ms. Corston might also have some thoughts.

Ms. Hanson: I will start us off and then I will have Ms. Ford speak to it as well because that is her department.

What happens across the board, in terms of being classified as Aboriginal, is that typical Canadians seem to think that First Nations, Inuit and Metis are all the same, especially because we have this Aboriginal umbrella. We tend to see that with government employees as well. When it comes to programming, it is easier to have policies and programs set for Aboriginals as though we are equals. We are all equal Canadians, but when it

ceux des autres secteurs de la population canadienne. Les jeunes filles tentent de se suicider à un rythme inégalé jusqu'à maintenant. Elles sont entraînées dans des activités de gang et sont de plus en plus vulnérables à l'exploitation et à la violence.

Les femmes autochtones font face à de multiples obstacles sur le plan local et ne participent généralement pas à la gouvernance et à la prise de décisions, comme en fait foi leur faible représentation dans les postes de dirigeants. Au cours d'un événement auquel j'ai assisté la semaine dernière, un chef des Premières nations fort respecté a fait référence aux femmes autochtones en termes de servantes des collectivités.

Peut-être que le défi le plus important qui se pose aux femmes autochtones quant à leur avancement est celui de changer les mentalités au niveau local à l'égard du rôle des femmes autochtones. Certes, nos rôles traditionnels, notamment ceux de perpétuer les connaissances et de donner la vie ont changé avec le temps, et nous demeurons déterminantes au sein de l'unité familiale pour transmettre à nos futurs dirigeants la continuité culturelle, la sécurité, l'appui et l'espoir. Toutefois, nous ne sommes pas des servantes.

Les mots de ce chef ne font qu'illustrer à quel point la déformation coloniale des rôles assignés à chacun des sexes est bien ancrée. Ses mots me confirment pourquoi il est important que les femmes autochtones soient représentées par des femmes autochtones.

Le vice-président : Merci. C'était un exposé très clair, et certaines des statistiques que vous nous avez fournies sont très troublantes.

Mesdames et messieurs les membres du comité, peut-être que je peux commencer par poser quelques questions pendant que je dresse une liste de noms, et nous partirons de là.

Permettez-moi de revenir sur quelque chose que vous avez dit, madame Hanson, lorsque vous parliez du plan directeur :

On y souligne à grands traits que les organisations autochtones doivent travailler de concert et sur un pied d'égalité avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Malheureusement, cela s'est souvent traduit par une approche pan-autochtone qui ne sert pas les intérêts des Inuits ou qui ne débouche peut-être pas sur une mobilisation efficace en raison de l'insuffisance du temps imparti et des consultations.

Pourriez-vous nous donner plus de détails là-dessus? Peut-être Mme Corston a-t-elle, elle aussi, quelque chose à dire à ce sujet.

Mme Hanson : Je vais commencer, puis je vais laisser Mme Ford parler parce que cela touche également son domaine.

En ce qui concerne le fait d'être identifié en tant qu'Autochtone, ce qui se passe, en général, c'est que les Canadiens types semblent croire que les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis sont tous pareils, surtout puisque nous avons cette catégorie englobante des Autochtones. Nous avons également tendance à voir ce phénomène chez les employés du gouvernement. Au chapitre des programmes, il est plus facile d'établir des politiques et des

comes to specific programming and services — and this was supposed to be set out — in the blueprint it said “distinctions-based approach” as a framework.

In some cases we have not seen it; in others, unfortunately, more work needs to be done in that regard. I will pass it to Ms. Ford now.

Elizabeth Ford, Director, Health and Social Development, Inuit Tapiriit Kanatami: The other issue that we have — and I came in a bit late for the other one — involves jurisdictional issues. Inuit regions extend through provinces and territories. We all have land claim agreements and we all do have a role to play in health care. I think part of the issue is that because we do not necessarily deliver health services — that is the province, although we do some in terms of the Nunatsiavut delivering public health — when we come to the table to talk about health issues, Inuit regions are not always seen as equal players, and the land claim organizations are not seen as equal players at an equal level in talking about programs and policies around Inuit health. I think that is another issue that we have.

The Deputy Chair: Are you saying that there should be separate consultations as opposed to the pan-Aboriginal approach? That is what I took from the comments that were made by Ms. Hanson.

Ms. Ford: We would advocate for an Inuit-specific approach, but in terms of Inuit regions delivering health services or providing input into the policies and programs that impact Inuit in those regions, we would have Inuit organizations as an equal player in how that might roll out or how the policies around health care would roll out.

The Deputy Chair: Ms. Corston, is your organization present at the table during these discussions? Are you part of these as well? You have obviously got some issues here that need to get attention. Are you part of it, or is it just the other major organizations?

Ms. Corston: No, we have been part of it since 2004-05. We have been provided some capacity support to engage at the national level for sure. What happens, though, is that typically the perspectives that are brought to the table are brought to the table, particularly in First Nations circumstances, by First Nations chiefs who represent their communities, that is, their members who live on-reserve. There are two aspects that are missed when First Nations chiefs act on behalf of their membership, including the gender piece, because the majority of chiefs in this country are men. Oftentimes, the gender perspective gets lost in that, as well as the off-reserve perspective. I think that, particularly for

programmes pour tous les Autochtones, comme si nous étions semblables en tous points. Nous sommes tous des Canadiens à parts égales, mais, lorsqu'il s'agit de programmes et de services particuliers — et cela était censé être prévu — selon le Plan directeur, le cadre de travail était une « approche fondée sur les distinctions ».

Dans certains cas, nous n'avons pas vu cela; dans d'autres, malheureusement, plus de travail doit être fait à cet égard. Je vais maintenant céder la parole à Mme Ford.

Elizabeth Ford, directrice, Développement social et de la santé, Inuit Tapiriit Kanatami : L'autre problème que nous avons — et je suis arrivée un peu trop tard pour le premier — concerne les sphères de compétence. Les régions inuites chevauchent plusieurs provinces et territoires. Nous avons tous des accords de revendications territoriales et nous avons tous un rôle à jouer dans les soins de santé. Je pense qu'une partie du problème est liée au fait que nous ne fournissons pas nécessairement de services de santé — c'est la province qui fait cela, même si le Nunatsiavut fournit quelques services de santé publique — lorsque vient le temps de discuter des enjeux liés à la santé, les régions inuites et les organismes de revendications territoriales ne sont pas toujours considérés comme des égaux en ce qui concerne le rôle lié aux programmes et aux politiques en matière de santé inuite. À mon avis, il s'agit d'un autre problème que nous avons.

Le vice-président : Êtes-vous en train de dire que l'on devrait tenir des consultations distinctes au lieu d'adopter une approche pan-autochtone? C'est ce que j'ai retenu des commentaires faits par Mme Hanson.

Mme Ford : Nous favorisons une approche particulière aux Inuits, mais en ce qui concerne le rôle des régions inuites dans la prestation des services de santé ou dans la formulation de commentaires sur les politiques et les programmes qui touchent des Inuits dans ces régions, nous voulons que les organisations inuites soient considérées comme des égales et aient un mot à dire dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques en matière de soins de santé.

Le vice-président : Madame Corston, votre organisation participe-t-elle à ces discussions? Avez-vous un rôle à jouer à cet égard également? Vous avez évidemment des problèmes qui méritent qu'on y prête attention. Participez-vous à ces discussions ou est-ce qu'il s'agit d'un privilège qui est réservé aux autres organisations majeures?

Mme Corston : Non. Nous y participons depuis 2004-2005. Il ne fait aucun doute qu'on nous a donné la capacité nécessaire pour intervenir à l'échelon national. Toutefois, ce qui arrive, c'est que, habituellement, les perspectives qui sont présentées dans le cadre de ces discussions, particulièrement en ce qui concerne la situation des Premières nations, le sont par des chefs des Premières nations qui représentent leurs collectivités, c'est-à-dire leurs membres qui vivent sur les réserves. Il y a deux aspects qui sont laissés pour compte lorsque les chefs des Premières nations agissent au nom de leurs membres, et l'un de ces aspects est le point de vue féminin parce que la majorité des chefs dans notre

Aboriginal women, the majority of us do not live on an Indian Act reserve. We typically live in urban centres. That perspective is also missed many times in these discussions by virtue of chiefs being at the table.

[Translation]

Senator Champagne: It is great to hear all three of you talk about the current agreement, which, at times, was inadequate and in serious need of improvement, and to hear your hopes for the next agreement.

Ms. Hanson, you said you want to work with the government. Nonetheless, right now, you have, in cabinet, an excellent spokesperson within the Department of Health, Ms. Agglukak. She is actually the one who asked us to undertake this study.

You mentioned something I found quite shocking, and that is the high number of tuberculosis cases. I have a hard time wrapping my head around the fact that the disease is still so prevalent in your communities, given the BCG vaccine. Under the transition fund aimed at improving health, is it not a priority to vaccinate children against tuberculosis at a very young age? Is that not something that should be happening? BCG has been available for years and is quite effective.

You also talked about diabetes. I realize just how common this disease is in all Aboriginal communities, both Inuit and others. Those living on reserves up north face problems as far as diet and food are concerned, but even people who live in cities are very often diabetic. Is it a genetic problem? Those of you in health care may be able to answer those questions.

Another problem you mentioned was HIV/AIDS. First and foremost, it is a problem that has to do with education, even before health. Given all the work being done to educate Aboriginals living on and off reserves, up north and all over, I would think this would be one of the first things young men and women learn, because HIV is passed on and we all know how.

We are dealing with an education problem and a health problem since there is no vaccine. Is diabetes genetic? That requires people who are more in the know than I am, but it is something I am wondering.

[English]

Ms. Ford: I am not sure. In terms of tuberculosis, it is a disease that a lot of people think is no longer around. The high rates for Inuit are surprising to a lot of people. I am not sure that it is

pays sont des hommes. Souvent, le point de vue des femmes n'est pas pris en considération. C'est aussi le cas de la perspective des Autochtones qui ne vivent pas sur les réserves. Je pense que la majorité des femmes autochtones, en particulier, ne vivent pas sur une réserve aux termes de la Loi sur les Indiens. La plupart d'entre nous vivent dans des centres urbains. Souvent, cette perspective est donc laissée pour compte dans ces discussions parce qu'il y a des chefs à la table de discussions.

[Français]

Le sénateur Champagne : C'est très agréable de vous entendre toutes les trois nous parler de l'accord actuel qui, à certains moments, s'est avéré déficient et avait un grand besoin d'amélioration, et de nous exprimer aussi vos espoirs pour le prochain accord.

Madame Hanson, vous disiez que vous voulez travailler avec le gouvernement. En tout cas, en ce moment, vous avez, au Cabinet, une excellente porte-parole au sein du ministère de la Santé, Mme Agglukak, qui est celle qui, en fait, nous a demandé de faire l'étude que nous faisons en ce moment.

Parmi les points que vous avez touchés et qui me surprennent énormément, vous nous parlez par exemple du grand nombre de cas de tuberculose. Je comprends mal que, avec l'existence du vaccin BCG, ce soit encore une maladie bien présente chez vous. Est-ce que, avec les fonds de transition qui aident au niveau de la santé, vacciner les enfants très jeunes contre la tuberculose n'est pas une priorité? Est-ce que ce n'est pas une chose qui devrait se faire? Le BCG est disponible depuis des années et il est quand même très efficace.

Vous avez aussi parlé du problème de diabète. Je me rends compte que chez les Autochtones autant les Inuits que les autres, c'est une maladie qui est très fréquente. Lorsqu'on est dans les réserves dans le grand Nord, on peut se dire qu'on a un problème de diète, de nourriture, mais même les gens qui vivent dans les villes sont très souvent diabétiques. Est-ce que c'est un problème génétique? Vous qui travaillez dans le domaine de la santé, peut-être que vous pourriez répondre à ces questions.

Vous avez aussi parlé du VIH-sida. C'est d'abord un problème d'éducation avant d'être un problème de santé. Comme on travaille très fort au niveau de l'éducation pour les Autochtones dans les réserves et hors réserve dans le grand Nord et un peu partout, il me semble que cela devrait être une des premières choses à apprendre aux jeunes femmes et aux jeunes hommes, car le VIH se transmet et on sait comment.

Nous avons un problème d'éducation et nous avons un problème de santé avec la vaccination qui n'est pas là. Est-ce que le diabète est génétique? Ça prendrait des gens qui sont plus au courant que moi, mais c'est une question que je me pose.

[Traduction]

Mme Ford : Je ne suis pas certaine. En ce qui concerne la tuberculose, beaucoup de gens croient que cette maladie a disparu. Les taux élevés de tuberculose chez les Inuits surprennent un bon

genetics. It is not Inuit TB; it is TB in Inuit communities. I believe some regions still do vaccinations. We are working on an action plan. Earlier, we talked about the social determinants of health and how big of an impact that is on Inuit communities and on health. With overcrowding and with the lack of screening, a lot of our communities do not have access to X-rays, for example, to do the testing. In terms of latent TB, once people are getting older, then it can be reactivated. There is a lot of overcrowding in our homes. If someone is in close contact with someone who may not be diagnosed — and always being diagnosed is a big issue.

Senator Champagne: If we could send H1N1 vaccines all over, I do not see why tuberculosis vaccines could not be made available to everyone. I am not saying that tuberculosis would be genetic. I was mentioning that for diabetes, maybe.

Ms. Ford: Fortunately for us, right now diabetes rates are lower for Inuit. Again, there is always the issue of whether it is lower because we do not have the same screening. For the issue of diabetes, we can hopefully do something before it reaches higher rates. Yes, it is an issue that we need to keep a close eye on and do a lot of work on, but at this point it is not as high as some of the others. I think in some cases it is closer to the Canadian rate. Again, screening is an issue and it is something that we would have to keep an eye on and do a lot of prevention beforehand to ensure that it does not reach those higher rates.

The Deputy Chair: Did you have anything to add to that, Ms. Corston?

Ms. Corston: Not necessarily with regard to TB, but I can speak a little bit about diabetes and HIV.

I would not say that diabetes is genetic, but would I say that it is linked to things like poverty and some of the social determinants that have been mentioned. I also think it is linked to the fact that for a lot of our women who live away from reserve, or even away from their traditional territories, it is lack of access to traditional foods, such as foods that are high in protein — fish, wild game and that kind of thing.

There is a misunderstanding with regard to when people leave their communities and their reserves. There is a perception that you automatically become healthy and wealthy when you leave the reserve, when in fact that is not true. Poverty and living high-risk lifestyles to get by and put food on the table are even more prevalent off-reserve for many of our women.

nombre de personnes. Je ne sais pas si c'est une question de gènes. Il ne s'agit pas de la tuberculose inuite; il s'agit de la tuberculose dans les collectivités inuites. Je crois que la vaccination se fait toujours dans certaines régions. Nous travaillons à un plan d'action. Plus tôt, nous avons parlé des déterminants sociaux de la santé et de leurs répercussions énormes sur les collectivités inuites et sur la santé. Avec le surpeuplement et le manque de dépistage, beaucoup de nos collectivités n'ont pas accès à la radiographie, par exemple, pour faire les tests. En ce qui concerne la tuberculose latente, lorsque les gens vieillissent, elle est réactivée. Il y a beaucoup de surpeuplement dans nos foyers. Si une personne est en contact étroit avec quelqu'un qui n'a pas reçu de diagnostic — et le manque de diagnostics est un problème important.

Le sénateur Champagne : Si nous avons pu envoyer partout des vaccins contre la H1N1, je ne vois pas pourquoi les vaccins contre la tuberculose ne sont pas accessibles pour tout le monde. Je ne dis pas que la tuberculose est peut-être génétique. J'ai mentionné cette possibilité relativement au diabète.

Mme Ford : Heureusement pour nous, les taux de diabète chez les Inuits sont actuellement à la baisse. Encore une fois, la question est de savoir si ces taux sont à la baisse parce que nous n'avons pas accès aux mêmes services de dépistage. En ce qui concerne le diabète, avec un peu de chance, nous pourrions faire quelque chose avant que les taux augmentent. Oui. Il s'agit d'un problème que nous devons surveiller de près et auquel nous devons travailler, mais, actuellement, ce taux n'est pas aussi élevé que celui de certaines autres maladies. Je crois que, dans certains cas, il se rapproche du taux canadien. Encore une fois, le dépistage est un problème, et il s'agit de quelque chose que nous devons surveiller de près. Nous devons également faire beaucoup de prévention afin de garantir que ces taux n'augmentent pas.

Le vice-président : Avez-vous quelque chose à ajouter à cela, madame Corston?

Mme Corston : Pas nécessairement au sujet de la tuberculose, mais je peux parler un peu du diabète et du VIH.

Je ne dirais pas que le diabète est génétique, mais je dirais qu'il est lié à des facteurs comme la pauvreté et à certains des déterminants sociaux qui ont été mentionnés. Je crois également qu'il est lié au fait que, pour un grand nombre de femmes qui vivent hors réserve ou même à une grande distance de leurs territoires traditionnels, le problème est lié au manque d'accès aux aliments traditionnels, comme les aliments qui sont très protéinés — le poisson, la viande sauvage et ce genre de choses.

Il y a un malentendu à l'égard des personnes qui quittent leur collectivité et leur réserve. D'aucuns croient que l'on devient automatiquement riche et en santé lorsqu'on quitte la réserve, ce qui n'est pas du tout vrai. Pour un grand nombre de femmes que nous représentons, la pauvreté et les modes de vie à risque élevé qu'elles adoptent en vue de joindre les deux bouts et de mettre du pain sur la table sont des problèmes qui les touchent davantage lorsqu'elles vivent hors réserve.

What we have been discovering in the work we have been doing on the issue of HIV and AIDS is that, in fact, education and awareness are still very low. We have done environmental scans on the education and awareness materials that are available for Aboriginal populations. They are not culturally relevant or gender-specific, so they are not speaking to the populations that they should be.

As well, if I could close with this comment: What I have learned most recently about HIV and AIDS is that many of our women are not being diagnosed at the HIV stage; they are being diagnosed once they have full-blown AIDS. There are issues with our women getting tested. We are missing something there, for sure.

Senator Martin: It is nice to see three strong, articulate women. I think that is one important way forward, for young Aboriginal, Inuit and Metis women to see what you are doing. Thank you for being here.

In terms of health care that is delivered by the territorial governments — as it should be, because it needs to be culturally specific and relevant — I am curious to know the relationship you have with Health Canada. Should one of the goals be to ensure that your presence there is working towards greater influence on program development? Health delivery is done by the territorial governments, but program development itself could be more relevant and more culturally specific. Is that where the focus should be?

Ms. Ford: Yes. We do work closely with Health Canada, and we work very well in some areas. There is the jurisdictional issue. Of course, provinces and territories do deliver the health care, and we understand that. We want to work with the provinces and territories, as well as with the federal government. That is where we want to ensure that, in the development of programs and policies, Inuit are at the table talking about those programs and policies and how they should be developed in order to work well in their communities and regions. One thing the federal government can do is to ensure that when you are funding programs that are relevant to Inuit, that Inuit are an equal player at the table in the development of those programs.

Senator Martin: It was my error to say that in the development it would be in working with the territorial and provincial governments, and that that is their jurisdiction.

You are at the table at this time. Do you not feel like an equal partner in working with the territories and provinces per se? Do you feel that they are really listening to your input on designing

Le travail que nous effectuons sur la question du VIH et du sida nous a, en fait, permis de constater que les gens manquent toujours cruellement de connaissances. Nous avons réalisé des analyses contextuelles sur le matériel de formation et de sensibilisation qui est accessible aux populations autochtones. Ce matériel n'est pas pertinent ni sur le plan culturel ni sur le plan de l'identité sexuelle. Il ne s'adresse donc pas aux populations qu'il est censé cibler.

En outre, je conclurais avec le commentaire qui suit : j'ai récemment appris, au sujet du VIH et du sida, qu'un grand nombre des femmes que nous représentons reçoivent un diagnostic, non à l'étape du VIH, mais à l'étape du sida. Il y a des problèmes liés aux tests que devraient passer les femmes que nous représentons. Il y a quelque chose qui ne va pas à cet égard. Cela ne fait aucun doute.

Le sénateur Martin : Je suis heureuse d'entendre trois femmes aussi fortes et éloquentes. Je pense qu'il s'agit d'une manière importante de réaliser des progrès. Il est avantageux pour les jeunes femmes autochtones, inuites et métisses de voir ce que vous faites. Merci d'être ici.

En ce qui concerne le fait que des soins de santé soient fournis par les gouvernements territoriaux — cela est tout à fait justifié parce que les services doivent être adaptés et appropriés à la culture — je suis curieuse de savoir quel genre de relation vous avez avec Santé Canada. Parmi nos objectifs, devrait-on essayer de garantir que, dans le cadre de votre présence là-bas, votre influence sur l'élaboration de programmes est plus grande? La prestation de services de santé est assurée par les gouvernements territoriaux, mais les programmes élaborés, eux-mêmes, pourraient être plus pertinents et mieux adaptés à la culture. Devrait-on mettre l'accent là-dessus?

Mme Ford : Oui. Nous travaillons en étroite collaboration avec Santé Canada et, dans certains domaines, cette collaboration est très fructueuse. Il y a toutefois un problème relatif à la compétence. Évidemment, il incombe aux provinces et aux territoires de fournir des soins de santé, et nous comprenons cela. Nous voulons travailler avec les provinces et les territoires, de même qu'avec le gouvernement fédéral. C'est par ces collaborations que nous visons à garantir que, dans l'élaboration de programmes et de politiques, il y a des Inuits qui participent aux discussions sur ces programmes et ces politiques, ainsi que sur la manière dont ils devraient être élaborés si l'on veut qu'ils fonctionnent dans les collectivités et les régions inuites. Le gouvernement fédéral peut, entre autres choses, s'assurer que les programmes qu'il finance sont adaptés aux Inuits et que les Inuits participent aux discussions sur l'élaboration de ces programmes en tant que partenaires égaux.

Le sénateur Martin : J'ai fait erreur lorsque j'ai dit que le rôle des Inuits en ce qui concerne l'élaboration des programmes consistait à travailler avec les gouvernements territoriaux et provinciaux, et qu'il s'agissait là de leur domaine de compétence.

Aujourd'hui, vous êtes à la table des discussions. Vous ne vous sentez pas comme des partenaires égaux lorsque vous travaillez avec les territoires et les provinces en tant que tels? Avez-vous

the programs, as well as in certain delivery of these programs? I am not sure how that would be articulated or enforced, but I know you are at the table and you are a very well-respected organization. How can that improve, in your opinion?

Ms. Hanson: There are two ways of looking at it. One is that when you try to describe when you have the most impact and effect in the communities, how does that look? ITK is a national policy organization. We do not actually deliver any programs, but what we do is bring all the partners to the table. Our National Inuit Committee on Health brings all parties to the table to discuss how we can move forward on delivering programs or how we can affect policy. It is two-forked.

We have two different aspects of it. When we look at the blueprint and ask that there be Inuit-specific programming or approaches, we have the delivery in the regions, but then we also have the program development at the federal level.

Having the Minister of Health has been very helpful, and it is great to see that. We like to remind people, though, that she is only one person at a very large cabinet table.

There are other aspects to this that need to be considered. Jurisdictionally, we have four different Inuit regions. When we try to experience economies of scale, it is not just one region and one minister. We have four ministers and four presidents of land claims agreements; and, as Ms. Ford touched on briefly, we also have one of the regions that deliver some public health aspects of it as well. There are many different players at the table.

The Deputy Chair: We have to move on. Sorry about that.

Senator Martin: I will submit my question to the clerk.

The Deputy Chair: I will ask if Ms. Corston has anything to add.

Ms. Corston: I do have an anecdote to share that might shed some light in terms of program development. When we talk about culturally relevant and gender-specific programming, I will use diabetes as an example. I always use this story because it makes it real for a lot of people.

We have high rates of diabetes in our communities. We know that. If we look at the data, we can see that Aboriginal men, in fact, have greater issues with complications related to diabetes, such as amputations, foot problems, and those kinds of things. If we look at programming to address things like diabetes, we have to look at the data and gender-desegregate the data. If we do that,

l'impression que les représentants des territoires et des provinces écoutent vraiment vos commentaires sur la conception des programmes, ainsi que sur la manière particulière de les mettre en œuvre? Je ne sais pas exactement comment l'on pourrait régler le problème par la rédaction ou l'application d'une loi, mais je sais que vous êtes à la table des discussions et que votre organisation est très respectée. À votre avis, comment peut-on améliorer les choses?

Mme Hanson : Il y a deux manières de voir le problème. Premièrement, lorsqu'on essaie de décrire les circonstances dans lesquelles nous pouvons avoir le plus d'impact et d'effets sur les collectivités, à quoi cela ressemble-t-il? ITK est un organisme stratégique national. En fait, nous ne mettons en œuvre aucun programme, mais ce que nous faisons, c'est de rassembler tous les partenaires à la table de discussion. Notre Comité inuit national de la santé rassemble toutes les parties intéressées à la table pour discuter de la manière dont nous pouvons accomplir des progrès relativement à la prestation de programmes ou de la manière dont nous pouvons influencer sur les politiques. Il y a donc deux volets.

Il y a deux aspects différents à la chose. Lorsque nous regardons le Plan directeur et que nous demandons qu'il y ait des approches ou des programmes particuliers aux Inuits, nous parlons de ce qui est offert dans les régions, mais également, de l'élaboration de programmes à l'échelon fédéral.

Le fait d'avoir une ministre de la Santé inuite a été très utile, et c'est merveilleux de voir cela. Nous aimons toutefois rappeler aux gens qu'il s'agit d'une seule personne au sein d'un très grand cabinet.

Il y a d'autres facteurs qui doivent être pris en considération. En ce qui concerne la compétence, nous avons quatre différentes régions inuites. Il est difficile de réaliser des économies d'échelle, puisqu'il y a un ministre pour chaque région. Nous avons quatre ministres et quatre présidents responsables des accords de revendications territoriales; et, comme Mme Ford l'a évoqué brièvement, il y a également l'une de nos régions qui offre certains services de santé publique. Il y a donc de nombreux différents intervenants à la table.

Le vice-président : Nous devons passer à une autre question. Je suis désolé.

Le sénateur Martin : Je vais soumettre ma question à la greffière.

Le vice-président : Je vais demander à Mme Corston si elle a quelque chose à ajouter.

Mme Corston : J'ai une anecdote à raconter qui pourrait faire la lumière sur les problèmes liés à l'élaboration de programmes. Je vais prendre l'exemple du diabète pour montrer comment les programmes doivent être adaptés à la culture et au sexe. Je raconte toujours cette histoire parce qu'elle rend le problème réel pour un grand nombre de gens.

Les taux de diabète sont très élevés au sein de nos collectivités. C'est connu. Les données indiquent que les hommes autochtones ont, en fait, un plus grand nombre de problèmes concernant des complications liées au diabète, comme des amputations, des problèmes de pieds et ce genre de choses. Si nous voulons offrir des programmes pour régler les problèmes comme le diabète, nous

then clearly programming at the local level with regard to foot care should focus on men as opposed to women. We know who gets the most pedicures; it is women. However, if you look at the data and you are trying to create programming for diabetes, you would make sure that we access the men in terms of programming for foot care.

Senator Merchant: I am wondering exactly how you involve women in the decision making. You can have the funds and you can set up the programs. Are you able to engage young women, and older women, because of course seniors have problems too? It is just that you find there is a general — not apathy — but it is difficult for people to engage. We see this at all levels.

How can government programs help you engage? You are speaking on behalf of women here. How can you engage more women so that you are working together to bring some solutions rather than, as you said, sometimes the chiefs are men, there are not enough women? How can we help? What can the government do to try to engage more Aboriginal women? I think they are the best people to try to give input and maybe try to work together for solutions.

Ms. Corston: I will tell you what we do to engage our women. You can draw it from the statistics as well. We know that 40 per cent of our women live in poverty, for example. We know that the vast majority of our women are raising their children single-handedly. Those two pieces, if you want to engage Aboriginal women in whatever program you have going, clearly you have to provide them perhaps with a bus ticket or a meal when they get there, or a babysitter, those kinds of very basic things. They do come out. They will engage. They are more than happy to come out and share.

We have a number of advisory committees, made up of Aboriginal women, that help us do the work that we do. A big piece of that is ensuring they can get there.

Ms. Hanson: I would like to add that we are actually quite proud of the ratio of Inuit women leaders, which I think should go on the record.

I know there is not enough time to name of all them, but within the regions we have premiers, ministers and presidents of the land claims organizations. We have mayors. We are talking about a very high rate of Inuit.

Also, at the board level, ITK has Pauktuutit on our board and NIYC, the National Inuit Youth Council, which is represented by a young woman and, of course, our president, Mary Simon. We ensure that we have women helping with these important

devons examiner les données et les désagréger en fonction du sexe. Si nous faisons cela, il devient évident que les programmes de soins des pieds offerts à l'échelon local devraient s'adresser aux hommes plutôt qu'aux femmes. Nous savons tous que les femmes reçoivent plus de services de pédicures que les hommes. Toutefois, si l'on tient compte des données et que l'on essaie de créer des programmes pour le diabète, il faudrait assurer, pour les hommes, un accès aux programmes de soins des pieds.

Le sénateur Merchant : Je me demande quels sont les moyens précis de faire participer les femmes à la prise de décisions. Vous pouvez avoir les fonds et établir les programmes. Êtes-vous capable de mobiliser les jeunes femmes et les femmes âgées parce que, bien sûr, les personnes âgées ont elles aussi des problèmes? Je veux seulement dire qu'il y a une sorte de... je ne dirais pas d'apathie générale, mais il est difficile de mobiliser les gens. Nous voyons cela à tous les échelons.

Comment les programmes du gouvernement peuvent-ils vous aider à mobiliser les gens? Vous êtes ici pour représenter les femmes. Comment pouvez-vous mobiliser plus de femmes afin que vous travailliez ensemble pour trouver des solutions au lieu de... comme vous l'avez dit, parfois les chefs sont des hommes. Il n'y a pas suffisamment de femmes? Comment pouvons-nous aider? Que peut faire le gouvernement pour essayer de mobiliser plus de femmes autochtones? Je pense que ce sont elles qui sont le mieux placées pour fournir des commentaires et peut-être essayer de travailler à l'élaboration de solutions.

Mme Corston : Je vais vous parler de ce que nous faisons pour mobiliser les femmes. Les statistiques sont également évocatrices à cet égard. Nous savons que 40 p. 100 des femmes que nous représentons vivent dans la pauvreté par exemple. Nous savons que la grande majorité des femmes que nous représentons élèvent leurs enfants seules. Il faut tenir compte de ces deux éléments si l'on veut faire participer les femmes autochtones à quelque programme que ce soit. Il est clair qu'il faut leur fournir un billet d'autobus, un repas, une gardienne ou ce genre de choses de base. Lorsqu'on fait cela, elles viennent. Elles participent. Elles sont heureuses de venir et de participer à des échanges.

Nous avons un certain nombre de comités consultatifs qui sont composés de femmes autochtones qui nous aident à faire notre travail. Le facteur que j'ai mentionné joue beaucoup dans leur capacité de participer.

Mme Hanson : J'aimerais ajouter que nous sommes actuellement très fières du ratio de dirigeantes autochtones, ce qui, je crois, devrait être indiqué dans le compte rendu.

Je sais qu'il n'y a pas suffisamment de temps pour toutes les nommer, mais, au sein des régions, nous avons des premières ministres, des ministres et des présidentes d'organismes de revendications territoriales. Nous avons des mairesses. Nous parlons d'un très grand nombre de femmes inuites.

De plus, au sein du conseil d'administration d'ITK, il y a des représentants de Pauktuutit et du NIYC, le National Inuit Youth Council, qui est présidé par une jeune femme et, bien sûr, notre présidente, Mary Simon. Nous veillons à ce que des femmes

decisions on delivering health care or creating policy with these committees. We have Pauktuutit or other women representatives as well, just by virtue of their gender, on the board.

Senator Hubley: Welcome to you all, and thank you for your presentation.

My question will probably go to Ms. Corston. You may correct the percentages, because I was jotting them down as you were presenting your paper this morning.

I think it was 71 per cent of Aboriginal single-parent households live off-reserve. You gave another percentage on those households where the female was the sole provider. What was that percentage? Was it 80 per cent? Can you give me a profile on the number of children who might be in each of those households? Do you have that information? Are you able to share that with us?

Ms. Corston: I believe that there was a written submission provided to you. I may have included it in there, but it is at 2.6, compared to, I think, 1.3 for the non-Aboriginal population.

Senator Hubley: Being off-reserve, does that, in itself, present special problems? Perhaps there are no grandparents to help out or there may not be that kind of at-home caregiver. Is that something they have experienced?

Ms. Corston: For sure. I can refer to one of the initiatives that was referred to earlier with the Aboriginal Health Human Resources Initiative that looks at promoting health careers among the Aboriginal population, for example.

One of the pieces that we look at is the fact that many of our women, first of all, drop out of high school. The vast majority of them drop out because of family-related responsibilities, so we know our women are having children much younger. We also know that they are returning to school later and are typically the older students in the class. They are also typically having more children and raising them on their own.

When they move away from their home communities to pursue education and employment, they are typically on their own. They then do not have those support structures, such as child care and those types of things, to thrive and succeed in those endeavours.

[Translation]

Senator Verner: I want to thank all three of you for being here. I will be addressing Ms. Corston mostly since we are short on time. My question has to do with achieving gender equality through the application of a culturally relevant gender-based analysis and the engagement of women in program development.

siègent à ces comités et nous aident à prendre ces décisions importantes sur la prestation de soins de santé ou la création de politiques à cet égard. Nous avons des membres de Pauktuutit et d'autres organisations qui représentent les femmes au conseil d'administration.

Le sénateur Hubley : Bienvenue à tout le monde, et merci pour vos exposés.

Ma question s'adressera probablement à Mme Corston. Vous pouvez corriger les pourcentages parce que je les ai pris en note rapidement lorsque vous avez présenté votre mémoire ce matin.

Je crois que vous avez dit que 71 p. 100 des ménages autochtones monoparentaux vivent hors réserve. Vous avez donné un autre pourcentage relatif aux ménages monoparentaux qui ont une femme à leur tête. Qu'est-ce que c'était? Avez-vous dit 80 p. 100? Pouvez-vous me donner une idée du nombre d'enfants qui font partie de ces ménages? Avez-vous cette information? Êtes-vous en mesure de nous le dire?

Mme Corston : Je crois que vous avez reçu un mémoire écrit. Je l'ai peut-être inclus là-dedans, mais je crois que c'est 2,6 par rapport à 1,3 chez la population non autochtone.

Le sénateur Hubley : Le fait de ne pas vivre sur une réserve pose-t-il, en soi, des problèmes particuliers? Peut-être n'y a-t-il pas de grands-parents pour donner un coup de main ou il n'y a peut-être personne dans la maison pour s'occuper des enfants. S'agit-il de problèmes que ces femmes ont vécus?

Mme Corston : Bien sûr. À cet égard, je mentionnerais l'une des initiatives qui a été nommée plus tôt. Il s'agit de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, qui vise à faire la promotion des carrières dans le domaine de la santé auprès de la population autochtone, par exemple.

L'un des problèmes auxquels nous devons faire face est le fait qu'un grand nombre des femmes que nous représentons abandonnent leurs études durant leur secondaire. La grande majorité d'entre elles le font en raison de responsabilités familiales. Nous savons donc que ces femmes ont des enfants de plus en plus jeunes. Nous savons également qu'elles retournent aux études plus tard et qu'elles sont habituellement les élèves les plus âgées dans la salle de classe. De plus, elles ont généralement un plus grand nombre d'enfants, qu'elles élèvent souvent seules.

Lorsqu'elles quittent leur collectivité pour faire des études ou exercer un emploi, elles sont généralement seules. Elles ne bénéficient pas des structures de soutien, comme les services de garde d'enfants et ce genre de choses, qui sont essentielles à leur succès dans ces projets.

[Français]

Le sénateur Verner : Merci à vous trois d'être ici. Je vais m'adresser davantage à Mme Corston puisqu'on est limité dans le temps. Concernant l'égalité entre les sexes par l'application de l'analyse comparative entre les sexes adaptés à la culture et la participation des femmes à l'élaboration des programmes.

Shortly before you arrived, a Health Canada official told us that gender-based analysis was used in Health Canada's programs and that Aboriginal women were consulted and involved in developing those programs.

You listed some very disturbing, and I would even go so far as to say shocking, statistics for a modern society. There are so many factors that come into play in terms of the issues you addressed. What would the solution be when working out the next health agreement? Should conditions be imposed? Should a special instrument be created to fund Aboriginal women's groups? I appreciate that most of your leaders are men. I am trying to figure out a way to improve these statistics. We cannot be immune to the situation, and above all, we cannot do nothing.

[English]

Ms. Corston: That is a great question. One of the messages that I really did want to relay in coming here is that with the health accord there will be national initiatives that are part of that and will funnel money to address Aboriginal people's poor health status.

One of the big pieces — and I referred to it briefly in my speaking notes — is with regard to how those funds flow. I think that what happens a lot of times, and particularly at the community level, is that with year-to-year funding you are constantly spending time chasing the dollar.

Aside from program development, very fundamentally, if we looked at ways to improve the process by which funding flows to communities, that would go a long way. What is happening, and what happens with our organization and many others across the board, is that you are constantly chasing those year-to-year funding envelopes. You are developing work plans, you are identifying deliverables, and by the time you receive the money, oftentimes, you have to report on them. It is a continued cycle where a lot of times the effort that should be going into creating more meaningful programming is spent on reporting and chasing the dollars. That is one piece that I wanted to relay here today.

With regard to Aboriginal women's involvement in program development, one of the pieces that impacts our ability to engage equitably is the piece that I spoke to with regard to poverty. All the social determinants that I mentioned earlier play into that. Honestly, I do not think there are enough women, aside from Inuit women, participating in the process to ensure that those kinds of messages are relayed. Really, it is all about making sure that the dollars funnel to where they are most needed, and for that to occur, the system and process changes need to occur. I hope I answered your question.

Un peu avant votre arrivée, une représentante de Santé Canada nous a affirmé que l'analyse comparative entre les sexes était appliquée dans les programmes de Santé Canada et que les femmes autochtones étaient consultées et participait à l'élaboration de ces programmes.

Vous avez fait état de statistiques extrêmement troublantes, choquantes, à la limite dans une société moderne. Tellement de facteurs entrent en ligne de compte dans ce que vous nous avez expliqué. Je me demande quelle serait la solution dans l'élaboration d'un prochain accord en santé? Est-ce que ce serait de mettre des conditions? Est-ce que ce serait de créer un corridor spécial pour financer les groupes de femmes autochtones? Je comprends que vos chefs sont en majorité des hommes. Je cherche le moyen d'améliorer ces statistiques. On ne peut pas rester insensible à cela et on ne peut, surtout pas, ne rien faire.

[Traduction]

Mme Corston : C'est une excellente question. L'un des messages que je tenais vraiment à faire passer en venant ici, c'est que l'accord en santé comprendra des initiatives nationales qui canaliseront les fonds vers l'amélioration de l'état de santé des Autochtones.

L'une des questions majeures liées à cela — et je l'ai mentionnée brièvement dans mes notes — concerne les mouvements de ces fonds. À mon avis, ce qui arrive souvent, et particulièrement à l'échelon communautaire, c'est que comme le financement change d'une année à l'autre, on est constamment en train d'essayer de dénicher de l'argent.

Outre l'élaboration de programmes, au fond, si nous examinons les manières d'améliorer le processus par lequel ces fonds se rendent aux collectivités, cela améliorerait beaucoup les choses. Ce qui arrive, et c'est la situation de notre organisation et de nombreuses autres, c'est que nous sommes constamment en train d'essayer de constituer notre enveloppe budgétaire annuelle. On élabore des plans de travail, on établit nos réalisations attendues et, souvent, lorsque l'argent nous parvient enfin, il est déjà temps de rendre des comptes. Il s'agit d'un cycle continu. Souvent les efforts qui devraient être déployés pour la création de programmes plus efficaces sont consacrés à la reddition de comptes et à la recherche d'argent. C'est l'un des problèmes dont je voulais parler ici, aujourd'hui.

À l'égard de la participation des femmes autochtones à l'élaboration de programmes, l'un des facteurs qui influent sur notre capacité de mobiliser autant de femmes que d'hommes, c'est le problème de pauvreté dont j'ai parlé. Tous les déterminants sociaux que j'ai mentionnés tout à l'heure ont des répercussions à cet égard. Honnêtement, je ne crois pas qu'il y a suffisamment de femmes, outre les femmes inuites, qui participent au processus pour garantir que ce genre de messages sont communiqués. À vrai dire, tout cela dépend de notre capacité de garantir que les fonds sont canalisés vers les endroits où les besoins sont les plus grands et, pour que cela se fasse, le système et les processus doivent changer. J'espère que j'ai répondu à votre question.

Senator Cordy: I was also going to ask about your working relationship with the department and how much influence you have as the women's association, so if you could keep that in your head because I would like to go back to what we have been talking about during much of the session, namely, the social determinants of health. We have been talking about clean water, housing, poverty, nutritious diet and education. Each of those individually would have an effect on the health of the Inuit women, First Nations and Aboriginal peoples. However, we have an accumulation of those things affecting the community. Going forward, as Senator Verner said, we are making recommendations as to what should be in the new health accord.

I do not see how we can skip the social determinants of health if we are making recommendations for Aboriginal, First Nations and Inuit peoples in the accord. How do you see that fitting in? How do you see what we recommend to the minister in terms of what we should suggest be in the new accord? The social determinants of health are the basis for the whole thing.

Ms. Corston: If you look at things in perspective, we are looking at culturally relevant, gender-based perspectives on the issues. In moving forward, we cannot ignore the social determinants because an indigenous worldview in looking at the issues ensures that we incorporate all of those aspects into the solution. A piece of that as well, as I spoke to briefly, is with regard to the impacts of colonization, residential schools, and now, as we are seeing, with the child welfare system and the justice system. All those pieces have to be woven in to create the change we need. If we look at things in a piecemeal fashion, we will not create the changes that we need.

Ms. Ford: As Ms. Hanson talked about earlier, the social determinants for the accord were one of the areas least advanced. The Inuit, for the last number of years, have been looking at it through a social determinants of health lens, recognizing that we will not be able to change all of these issues without addressing the social determinants of health. It is a challenging area because it does cross so many departments and jurisdictions. I think we do have to emphasize, again, that we need to work together to be able to work across the departments. We do think holistically, and without housing improvements and education improvements, we will not be able to address health issues in our Inuit communities. It needs to be the strongest part of the way moving forward and how we work together to address the social determinants of health.

Le sénateur Cordy : J'allais également vous demander de parler de votre relation de travail avec le ministère et de la mesure dans laquelle vous avez une influence en tant qu'association représentant les femmes, alors si vous pouviez garder cela en tête parce que j'aimerais revenir sur le thème auquel nous avons consacré une grande partie de la séance, à savoir les déterminants sociaux de la santé. Nous avons parlé de la salubrité de l'eau, du logement, de la pauvreté, de l'alimentation et de l'éducation. Chacun de ces facteurs a des effets sur la santé des femmes inuites, des Premières nations et des Autochtones. Toutefois, les facteurs qui touchent la collectivité sont nombreux. Notre objectif, comme le sénateur Verner l'a dit, c'est de faire des recommandations sur ce que devrait contenir le nouvel accord sur la santé.

Je ne crois pas que nous pouvons faire abstraction des déterminants sociaux de la santé si nous formulons des recommandations relatives à ce que devrait contenir l'accord à l'égard des peuples autochtones, inuits et des Premières nations. À votre avis, comment pourrait-on inclure les déterminants sociaux dans l'accord? Que devrions-nous recommander, selon vous, à la ministre dans le cadre de nos suggestions sur le nouvel accord? Les déterminants sociaux de la santé sont à la base de tout.

Mme Corston : Si on remet les choses en perspective, il faut tenir compte des aspects culturels et des aspects liés au sexe des problèmes. À l'avenir, nous ne pouvons pas faire abstraction des déterminants sociaux parce que l'adoption d'une vision du monde indigène pour examiner les problèmes permet de garantir que nous incorporons tous ces aspects dans la solution. Un autre facteur, comme je l'ai dit brièvement tantôt, concerne les répercussions de la colonisation, des pensionnats et maintenant, comme nous le constatons, des systèmes judiciaire et de protection de la jeunesse. Tous ces éléments doivent être intégrés pour provoquer le changement dont nous avons besoin. Si nous y allons au gré des circonstances, nous ne créerons pas les changements dont nous avons besoin.

Mme Ford : Comme Mme Hanson l'a dit tout à l'heure, les déterminants sociaux étaient l'un des domaines dans lesquels on avait fait le moins de progrès relativement à l'accord. En ce qui concerne les Inuits, depuis un certain nombre d'années, nous envisageons le problème en tenant compte des déterminants sociaux de la santé, car nous reconnaissons que nous ne pourrions pas régler tous nos problèmes si nous ne travaillons pas à l'amélioration de ces facteurs. C'est un problème difficile, car il relève de nombreux ministères et de nombreuses sphères de compétence. Encore une fois, je crois qu'il faut mettre l'accent sur le fait que nous devons travailler ensemble pour assurer une collaboration entre les ministères. Nous croyons vraiment que, d'un point de vue global, si nous n'améliorons pas le logement et l'éducation, nous ne pourrions pas régler les problèmes de santé qui subsistent dans nos collectivités inuites. À l'avenir, nous devons concentrer nos efforts sur cet aspect et sur la manière dont nous travaillons ensemble pour améliorer les déterminants sociaux de la santé.

The Deputy Chair: To follow up on that, the Blueprint was supposed to contain social determinants of health, programs such as housing. What went wrong? Was there not enough money, or was it the jurisdictional problem? You are saying it is still a big problem. Obviously, it has not been addressed.

Ms. Ford: I am not sure what the issues are. I think part of it is just the challenge of departments being used to working on health issues and looking at health and how do you address health, but it has to be broader and look at the social determinants of health, access to health care and to affordable nutrition, but it is not in the purview of one place. It is how we work together.

Ms. Hanson: You asked a very important question: Where are we going wrong and why is it that we are not seeing any results in that area?

In terms of each aspect of it, we have all sorts of tools. Ms. Ford came with all sorts of different action plans, strategies and jurisdictions who have come together to look at new ways of trying to solve problems and solutions. However, these are tools, and the tools are not adequately funded. They are not given everything that is needed in order for these problems to be resolved. I am sure you are probably tired of hearing it, but it is a fact of life that was mentioned by Ms. Corston, that investment and a new infusion of resources are needed. There needs to be a way to look at how to do that.

Perhaps that is the problem with the health accord, a new health accord, that the time is taken to consider how new investment and how new resources are used in actually using these tools effectively. All those tools together spell out political will. There is most definitely political will out there and interest to get it done. It is a matter of how we do it.

The Deputy Chair: Thank you very much.

Colleagues, we are at adjournment time. Were there any other questions that you wanted to get on the table that we could put to our witnesses while asking them not to comment now but to give us their thoughts in writing? Do senators want to add anything that they never got a chance to ask?

Senator Martin: I had a question in writing that I was going to give to our clerk. Regarding the ITK, you mentioned that you wished to be more of an equal partner at the table. Obviously, you are at the table already, and you described your very specific role or focus in looking at policy and advising governments.

Le vice-président : Pour donner suite à vos commentaires, j'aimerais souligner que le plan directeur était censé contenir des programmes relatifs aux déterminants sociaux de la santé, comme le logement. Qu'est-ce qui a mal tourné? Y avait-il un manque d'argent ou s'agissait-il d'un problème de compétence? Vous dites qu'il s'agit toujours d'un problème important. Évidemment, il n'a pas été réglé.

Mme Ford : Je ne sais pas exactement où est le problème. À mon avis, cela a un lien avec le fait que les ministères ont l'habitude de travailler à des problèmes de santé sans tenir compte des déterminants sociaux, et de l'accès à des soins de santé et à des aliments nutritifs abordables, mais cela n'est pas du ressort d'une seule administration. Ce qui compte, c'est la manière dont nous travaillons ensemble.

Mme Hanson : Vous avez posé une question très importante : où nous trompons-nous et pourquoi ne voyons-nous pas de résultats dans ce domaine?

En ce qui concerne chaque aspect du problème, nous avons toutes sortes d'outils. Mme Ford est arrivée ici avec toutes sortes de stratégies et de plans d'action différents, et des responsables de diverses sphères de compétence se sont rassemblés pour essayer de trouver de nouvelles manières de régler le problème et de nouvelles solutions. Toutefois, il s'agit d'outils, et ces outils ne sont pas financés adéquatement. On n'a pas accès à tout ce qu'il faut pour régler ces problèmes. Je suis certaine que vous en avez probablement assez de l'entendre, mais Mme Corston a mentionné un fait de la vie. Il faut de nouveaux investissements et l'allocation de nouvelles ressources. Il faut trouver une manière de faire cela.

Peut-être que c'est cela, le problème avec l'accord sur la santé ou le nouvel accord sur la santé. Il faut prendre le temps d'examiner comment les nouvelles ressources et les nouveaux investissements sont utilisés pour assurer un usage efficace de ces outils. Tous ces outils, mis ensemble, relèvent de la volonté politique. Il y a indéniablement une volonté politique et un intérêt à agir. La question est de savoir comment nous allons procéder.

Le vice-président : Merci beaucoup.

Chers collègues, il est l'heure de lever la séance. Y a-t-il d'autres questions que vous auriez aimé poser et auxquelles les témoins pourraient ne pas réagir mais répondre par écrit? Y a-t-il des sénateurs qui voudraient ajouter quelque chose ou qui n'ont pas eu l'occasion de poser leurs questions?

Le sénateur Martin : J'ai pris en note une question que j'allais soumettre à notre greffière. En ce qui concerne ITK, vous avez mentionné que vous souhaitez être partenaire de plein droit à la table des discussions. Évidemment, vous êtes déjà à la table des discussions, et vous avez décrit votre rôle ou votre objectif très précis en ce qui concerne l'élaboration de politiques et la formulation de conseils à l'intention des gouvernements.

My question would be: What is missing or what is weak in the current model or framework that needs to be added or changed or tweaked or strengthened to help you feel that sense of equality or that your impact is greater in that relationship? How do we strengthen that?

The Deputy Chair: Are there any other questions we want to put to our witnesses?

Thank you very much to all three of you. You have helped inform us about the issues that you are facing. They are part of the different Aboriginal people's communities. You have been most helpful to us and we thank you.

With that colleagues, were now adjourned.

(The committee adjourned.)

Ma question est la suivante : quel est l'élément manquant ou la faiblesse dans le modèle ou le cadre de travail actuel qui doit être ajouté, changé ou amélioré pour que vous ayez davantage un sentiment d'égalité ou pour que vous ayez une influence plus grande dans le cadre de cette relation? Comment pouvons-nous renforcer votre rôle?

Le vice-président : Y a-t-il d'autres questions que nous voulons poser à nos témoins?

Merci beaucoup à vous trois. Vous nous avez fourni beaucoup d'information sur les problèmes auxquels vous faites face. Ces derniers touchent les diverses collectivités autochtones. Vous nous avez beaucoup aidés, et nous vous remercions.

Sur ce, chers collègues, la séance est levée.

(La séance est levée.)

WITNESSES

Thursday, November 17, 2011

Congress of Aboriginal Peoples:

Betty Ann Lavallée, National Chief;
Barbara Van Haute, Director of Population Health.

Health Canada:

Valerie Gideon, Director General, First Nations and Inuit Health Branch.

Assembly of First Nations:

Jonathan Thompson, Director, Health and Social Secretariat.

Inuit Tapiriit Kanatami:

Elizabeth Ford, Director, Health and Social Development;
Udloriak Hanson, Special Advisor to the President.

Native Women's Association of Canada:

Erin Corston, Director of Health.

TÉMOINS

Le jeudi 17 novembre 2011

Congrès des Peuples Autochtones :

Betty Ann Lavallée, chef national;
Barbara Van Haute, directrice, Santé des populations.

Santé Canada :

Valerie Gideon, directrice générale, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Assemblée des Premières Nations :

Jonathan Thompson, directeur, Secrétariat à la santé et au développement social.

Inuit Tapiriit Kanatami :

Elizabeth Ford, directrice, Développement social et de la santé;
Udloriak Hanson, conseillère spéciale à la présidence.

Association des femmes autochtones du Canada :

Erin Corston, directrice de la santé.