



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

# Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

---

INAN • NUMÉRO 016 • 1<sup>re</sup> SESSION • 42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 31 mai 2016**

—  
**Président**

**M. Andy Fillmore**



## Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

Le mardi 31 mai 2016

• (1530)

[Traduction]

**Le président (M. Andy Fillmore (Halifax, Lib.)):** La séance est ouverte, s'il vous plaît.

Bienvenue à tous. Nous sommes comme toujours reconnaissants de pouvoir tenir notre réunion sur un territoire algonquin non cédé.

J'aimerais prendre un instant pour quelques questions d'ordre technique, après quoi nous allons passer à notre séance proprement dite, avec nos invités.

J'aimerais d'abord souhaiter la bienvenue à David Yurdiga, qui a passé les dernières semaines à Fort McMurray où il a rendu un service inestimable à sa collectivité. David, beau travail. C'est agréable de vous revoir ici.

J'aimerais présenter aux membres du Comité Grant McLaughlin, qui agira pendant quelque temps à titre de greffier. Vous allez souvent le voir; bienvenue à vous, Grant.

En ce qui concerne notre étude sur le suicide, j'aimerais vous rappeler que, si vous désirez ajouter des témoins sur la liste, vous avez jusqu'au 15 juin au plus tard pour le faire; les analystes pourront ainsi s'occuper de la logistique de ce voyage et de cette étude.

Pour finir, vous vous souvenez peut-être que, lors de la dernière séance, nous avons évoqué la possibilité que chaque membre indique, au regard des collectivités que nous visitons, quels représentants il juge obligatoire d'inviter et lesquels il apprécierait de convoquer.

Michelle Legault, notre greffière, a eu la gentillesse de nous préparer un petit formulaire. Il est facile à remplir. Il suffit de cocher des cases. Je vais lui demander de le distribuer. Vous pouvez le remplir vous-même ici, aujourd'hui, ou demander au membre de votre personnel qui vous accompagne de le faire. Ce serait magnifique, mais si c'est impossible, j'aimerais que vous nous remettiez le formulaire rempli à notre séance de jeudi, afin que nous puissions élaborer un budget et continuer notre étude.

Merci beaucoup d'en tenir compte. Allons-y.

Nous avons le très grand bonheur de recevoir quelques représentants du ministère des Affaires autochtones et du Nord canadien. Nous accueillons Paula Isaak, sous-ministre adjointe du Secteur des programmes et des partenariats en matière d'éducation et de développement social. Daniel Leclair, directeur général, Infrastructures communautaires, Opérations régionales, est également des nôtres. Nous recevons Keith Conn, sous-ministre adjoint des Opérations régionales, à Santé Canada. Nous recevons de nouveau le Dr Tom Wong, directeur exécutif du Bureau de santé de la population et santé publique et nous recevons le Dr Alain Beaudet, président des Instituts de recherche en santé du Canada.

Bienvenue à vous tous.

Puisque nous disposons de deux heures complètes, je me demandais si nous ne pourrions pas accorder aux intervenants 15 minutes chacun plutôt que les 10 minutes habituelles. Est-ce que les membres du Comité sont d'accord?

**Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC):** Il y aura une sonnerie à 17 h 15.

**Le président:** Cathy McLeod me rappelle qu'il y aura une sonnerie à 17 h 15, car il y a un vote à 17 h 30; nous devrions donc peut-être nous en tenir aux interventions de 10 minutes, si vous pouvez rester jusque-là.

Merci, allons-y.

Qui veut commencer?

**Dr Tom Wong (directeur exécutif, Bureau de santé de la population et santé publique, ministère de la Santé):** J'aimerais pour commencer reconnaître que nous nous trouvons sur le territoire traditionnel du peuple algonquin. Merci de nous avoir réunis ici aujourd'hui et de nous inviter à parler du très important problème du suicide dans les collectivités autochtones du Canada.

En tant que médecin et en tant que père, je sais la douleur que cause le décès d'un enfant. Le suicide d'un enfant de 10 ans ajoute à cette douleur des répercussions profondes sur les familles et les collectivités entières. Les circonstances sont tragiques, et il est difficile de leur trouver un sens. Quand nous nous posons la question, nous devons reconnaître que la colonisation a eu des impacts qui se font toujours sentir aujourd'hui chez les peuples autochtones. La Commission de vérité et de réconciliation a été pour le Canada l'occasion de constater et de reconnaître que les politiques d'assimilation forcée ont visé l'élimination de la culture autochtone depuis que le Canada existe en tant que nation.

En tant que nation, nous avons aujourd'hui la possibilité de reconnaître que la création des réserves, au XIX<sup>e</sup> siècle, l'expérience des pensionnats, au XX<sup>e</sup> siècle, et les politiques d'adoption forcée des années 1960 et des années 1970 ont entraîné la disparition de la culture, la perte de la langue, l'érosion des valeurs traditionnelles et l'anéantissement des structures familiales traditionnelles. Ces répercussions se transmettent d'une génération à l'autre, phénomène qu'on appelle souvent le traumatisme intergénérationnel, et elles ont déclenché les tragédies qui nous frappent collectivement aujourd'hui.

Santé Canada, plus précisément la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, reconnaît qu'il lui faut réorienter ses relations avec ses partenaires autochtones afin de pouvoir, grâce à ces relations, soutenir une offre de services complets adaptés à la culture et respectueux de cette culture, qui seront dirigés par la collectivité et intégrés à un continuum plus étendu de programmes de mieux-être.

•(1535)

[Français]

Notre travail est guidé par l'engagement politique inclusif et participatif des approches avec les organisations des Premières Nations et des Inuits, comme on le voit dans plusieurs cadres clés développés en partenariat avec les organisations autochtones.

[Traduction]

Pour remplir le mandat touchant la promotion de la santé auprès des peuples autochtones, je prône des programmes équitables qui cibleront les déterminants sociaux de la santé et viseront à renforcer toutes les activités de prévention, de diagnostic, de traitement, de soutien, de surveillance et de collecte de données qui éclairent les mesures en santé publique.

Au Canada, le taux de suicide chez les Autochtones est beaucoup plus élevé que pour la population générale. Le taux global au Canada diminue, pendant qu'il continue à augmenter dans certaines collectivités autochtones. De manière générale, les facteurs de risque de suicide comprennent la dépression, le découragement, une faible estime de soi, la dépendance, le suicide d'un membre de la famille ou d'un ami, des antécédents de violence physique ou sexuelle, la violence familiale, le traumatisme intergénérationnel, de mauvaises relations avec ses pairs, l'isolement social, le mauvais rendement scolaire et le chômage, pour n'en nommer que quelques-uns.

Les facteurs de protection qui favorisent la résilience comprennent la cohésion de la famille, de bonnes communications, le sentiment d'être compris par les membres de sa famille, la participation aux activités familiales et communautaires, l'usage d'une langue autochtone, le savoir culturel, les activités avec les Aînés et les guérisseurs traditionnels, l'autonomie de la collectivité, de bonnes relations avec les pairs et la réussite scolaire.

Le suicide n'est qu'un indicateur parmi tant d'autres de la détresse d'une collectivité. Pour chaque suicide, on peut supposer qu'il y a de nombreuses personnes souffrant de dépression, d'anxiété et de désespoir.

Santé Canada finance cinq éléments clés qui appuient la santé des Premières Nations et des Inuits: promotion de la santé, protection de la santé, soins primaires, prestations de santé supplémentaires et soutien à l'infrastructure de la santé. Santé Canada consacre 300 millions de dollars par année à des programmes et services communautaires mis en place conformément aux cadres du mieux-être mental. À l'aide de divers programmes ciblés, les organisations et les collectivités offrent des services axés sur la promotion de la santé mentale, la prévention de la dépendance et du suicide, l'intervention en cas de crise, le traitement et le suivi, y compris pour la dépendance aux médicaments d'ordonnance, et un appui, pour ceux qui y ont droit, aux anciens élèves des pensionnats et aux membres de leur famille.

Les équipes de santé mentale, dirigées par les collectivités, offrent une gamme complète de services adaptés à la culture, notamment le renforcement des capacités, des soins tenant compte des traumatismes subis, des activités sur le terrain, une intervention et un dépistage précoces, un suivi et la coordination des soins avec les services provinciaux et territoriaux. Chaque équipe de bien-être mental s'occupe d'au moins deux et d'au plus 10 collectivités, le choix se faisant en fonction de la taille de la collectivité, de son emplacement et de ses besoins. Santé Canada a versé aux régions un financement suffisant pour 10 équipes de santé mentale, et l'autorité de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique finance elle aussi une équipe dans la province. Toutefois, le mode de

financement flexible permet aux régions de mettre sur pied davantage d'équipes et de leur donner les moyens de répondre aux besoins régionaux.

Les programmes *Grandir ensemble* et *Pour des collectivités en bonne santé*, offerts dans toutes les collectivités des Premières Nations et des collectivités inuites, soutiennent l'amélioration de la santé mentale, le développement des enfants, l'acquisition des compétences parentales, la santé des bébés, la prévention des blessures et les interventions en cas de crise liées à la santé mentale, tout cela, en fonction des besoins de la collectivité.

Le Programme de soutien en santé — résolution des pensionnats indiens — offre un soutien sur les plans culturel, paraprofessionnel et professionnel à d'anciens étudiants admissibles, à leur famille et à leur collectivité.

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones et le Programme national de lutte contre l'abus de solvant chez les jeunes prévoient le financement de 43 centres de traitement de la dépendance et programmes de prévention communautaires s'adressant aux Premières Nations afin de lutter contre la toxicomanie.

La Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes autochtones soutient plus de 130 projets communautaires de prévention du suicide dans les collectivités des Premières Nations et les collectivités inuites du Canada. Le financement versé dans le cadre de cette stratégie a permis de former plus de 800 travailleurs communautaires de première ligne afin qu'ils puissent fournir une information adaptée à la culture sur la prévention du suicide. Nous avons obtenu des résultats positifs.

C'est le cas par exemple du camp d'aventures *Taïga*, qui accueille des jeunes filles âgées de 11 à 17 ans originaires de l'une des 33 collectivités des Territoires du Nord-Ouest. Son but est l'amélioration de l'estime de soi et la promotion d'un mode de vie sain, de relations saines et du bien-être mental, facteurs de protection contre le suicide des jeunes. Les activités proposées permettent aux jeunes d'acquérir des compétences pour le plein air, d'exercer un rôle de leadership, de se faire davantage confiance et d'apprendre à respecter les autres. Elles ont pour résultats des améliorations au chapitre de la confiance en soi, de l'esprit d'initiative, du leadership et de l'optimisme, une meilleure capacité de s'attaquer aux conflits et une meilleure connaissance touchant les facteurs de protection.

Le ministère finance également l'élaboration d'une ressource Internet sur les « pratiques exemplaires » des Premières Nations, qui doit permettre aux collectivités de se renseigner sur les stratégies de prévention du suicide chez les jeunes prometteuses ou éprouvées dans le but de les mettre en oeuvre.

La Commission de la santé mentale du Canada a reçu 1,2 million de dollars de la DGSPNI qui visent à aider les Premières Nations et les Inuits à adapter son programme de formation de premiers soins en santé mentale.

Santé Canada, l'Assemblée des Premières Nations et les responsables de la santé mentale en milieu communautaire ont ensemble élaboré un cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, qui plonge ses racines dans la culture.

•(1540)

[Français]

L'application du cadre est soutenue par une équipe de mise en oeuvre dont les membres viennent de toutes les régions et collectivités, ainsi que du ministère.

[Traduction]

La DGSPNI aide également l'organisme ITK, qui est en train de mettre sur pied une équipe de bien-être mental et d'élaborer une stratégie de prévention du suicide s'adressant aux Inuits. La stratégie et le cadre devraient être prêts d'ici la fin de 2016.

**Le président:** Il vous reste une minute, docteur Wong.

**Dr Tom Wong:** Il y a d'autres programmes et ministères fédéraux, notamment AANC, l'Agence de la santé publique du Canada, les IRSC, Sécurité publique et Justice qui proposent aux Premières Nations des programmes et des services ciblant les déterminants sociaux de la santé des Autochtones, et ce sont des partenaires importants de ces efforts.

Santé Canada aide ses partenaires à mettre en oeuvre leur approche, laquelle est fondée sur des cadres de bien-être mental qui combinent des programmes de bien-être mental et recherchent des ressources supplémentaires pour combler les lacunes à ce chapitre. Il faut des ressources supplémentaires pour élargir les services de base existants et fournir des services qui aideront les Autochtones; tout nouveau financement du gouvernement fédéral soutiendra l'objectif à long terme de transfert des responsabilités aux collectivités, d'harmonisation et d'intégration avec les services provinciaux. Des pratiques prometteuses de guérison communautaire sont axées sur la culture et l'identité; il s'agit d'initiatives réalisées par et pour la collectivité dont l'approche holistique visant à mettre les forces à contribution est un mélange d'approches thérapeutiques occidentales et autochtones supposant des relations très solides au sein de la collectivité.

Des progrès importants ont été réalisés, mais il est clair qu'il en faut davantage. L'écart au chapitre de la santé entre les Canadiens autochtones et les autres Canadiens est inacceptable. Santé Canada continuera à collaborer avec les Premières Nations et les Inuits pour faire avancer les dossiers considérés de part et d'autre comme étant prioritaires. Il est essentiel de continuer à soutenir les efforts déployés par les Premières Nations et les Inuits pour prendre en main, gérer et contrôler les programmes et services de santé qui les concernent si l'on veut observer une amélioration des résultats en santé et leur donner accès aux services et programmes en santé dont ils ont besoin.

Santé Canada participe en outre à l'approche pangouvernementale qui sert à répondre aux recommandations de la Commission de vérité et de réconciliation, puisque nous ne faisons pas cela seuls. La réconciliation est une affaire qui concerne l'ensemble du Canada. Je vous prie de vous joindre à nous et de participer aux efforts de réconciliation pour faire en sorte que tous les enfants du Canada aient accès à des aliments nourrissants, un logement sécuritaire, une éducation de qualité, de l'eau potable, et enfin, un système de santé robuste et adapté.

Monsieur le président, je suis heureux d'avoir eu l'occasion de présenter ici aujourd'hui un exposé sur cette très importante question. Mes collègues et moi-même répondrons avec plaisir à vos questions à la fin des déclarations préliminaires. Merci.

• (1545)

**Le président:** Merci beaucoup de cette déclaration.

Nous donnons maintenant la parole à l'intervenant suivant, le Dr Beaudet.

**Dr Alain Beaudet (président, Instituts de recherche en santé du Canada):** Merci, monsieur le président.

J'aimerais d'abord remercier le comité de m'avoir invité à parler de la question cruciale qu'est la prévention du suicide dans les

communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. À titre de président des Instituts de recherche en santé du Canada, les IRSC, je suis heureux d'avoir l'occasion de renseigner le Comité sur le rôle essentiel joué par la recherche pour répondre à cette tragédie.

Comme vous le savez peut-être, les IRSC sont l'organisme subventionnaire fédéral chargé d'appuyer la recherche en santé dans les universités, les hôpitaux, les centres de recherche et les collectivités de toutes les régions du Canada. Nous sommes fermement résolus à éliminer le fardeau disproportionné qui pèse sur les Autochtones du Canada en matière de santé. C'est pour cette raison que nous avons aussi fait de la santé et du bien-être des collectivités et des familles autochtones une des quatre priorités de recherche dans notre plus récent plan stratégique quinquennal.

Dans le dossier du suicide, la science joue un rôle crucial, car elle nous aide à comprendre les causes profondes de ce problème des plus complexes et délicats et à trouver des moyens de le prévenir qui soient axés sur des données probantes. Nos recherches s'articulent autour de deux questions fondamentales: quelles sont les causes de la prévalence élevée et insoutenable du suicide chez les Autochtones, et comment faut-il concevoir et évaluer des interventions visant à favoriser le bien-être mental?

[Français]

Il faut comprendre que la recherche financée par les IRSC sur le suicide et la santé mentale couvre un vaste éventail des sciences de la santé. Cela va de la recherche fondamentale à la recherche appliquée en passant par des études sur le fondement biologique de la dépression et par d'autres études sur les facteurs de risque culturels, sociaux et environnementaux susceptibles d'engendrer des idées suicidaires.

Cela comprend, entre autres, des projets qui visent à étudier les effets de l'environnement sur la prédisposition génétique des troubles de santé mentale, l'incidence intergénérationnelle des pensionnats autochtones sur la santé, le lien possible entre le suicide et les variations d'exposition à la lumière du jour dans le Nord du pays, ou encore les effets psychosociaux des conditions de logement, pour n'en nommer que quelques-uns.

La recherche est de tout ordre, car il est indispensable de comprendre l'étiologie et les facteurs de risque à l'origine des taux élevés de suicide pour être en mesure de s'y attaquer et de les prévenir. Bien sûr, la recherche sur le suicide n'est pas uniquement destinée à mieux cerner le problème, mais également à concevoir des interventions et des programmes fondés sur des données probantes. Autrement dit, il s'agit d'appliquer les connaissances à la pratique.

Des interventions bien conçues peuvent se révéler fructueuses. C'est le cas des efforts de prévention au Québec, qui se sont soldés par une réduction du taux de suicide de plus de 50 % chez les jeunes, la réduction étant particulièrement notable chez les jeunes hommes.

De telles recherches s'imposent pour venir en aide aux communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Il s'agit ici de deux questions et approches de recherche bien différentes. La première, que l'on appelle « approche interventionnelle » ou « recherche sur l'efficacité comparative », vise à concevoir des interventions et à évaluer leur efficacité théorique dans des conditions étroitement contrôlées. La seconde, appelée « science de la mise en oeuvre et de la prestation », consiste à appliquer concrètement et à porter à grande échelle des interventions fructueuses. Il s'agit de savoir quelles sont les interventions efficaces, qui sont les personnes qui en bénéficient et dans quelles circonstances? De plus, comment est-il possible d'adapter des stratégies de prévention efficaces selon les différents milieux et les différentes communautés?

Les sciences de la mise en oeuvre demandent que la recherche soit intégrée aux soins et adaptée aux contextes socioéconomiques et culturels pour en optimiser l'efficacité pratique et l'impact.

[Traduction]

Les sciences de la mise en oeuvre et la recherche sur la prestation constituent un domaine relativement nouveau de la recherche en santé, et les IRSC ont décidé de s'en servir au moment de s'attaquer à un certain nombre d'enjeux de santé mondiaux, y compris la santé des Autochtones. Dans le cadre d'une initiative de recherche stratégique d'envergure, intitulée « Voies de l'équité en santé pour les Autochtones », nous avons soutenu une série de projets sur les sciences de la mise en oeuvre visant à favoriser le bien-être psychologique et à réduire la prévalence du suicide chez les Autochtones.

À titre d'exemple, la Dre Claire Crooks, du Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto, a dirigé un projet visant à adapter le programme Premiers soins en santé mentale à la réalité des collectivités des Premières Nations au Canada. Ce programme original maintenant utilisé partout au pays s'était révélé efficace pour aider les personnes à acquérir des compétences et des connaissances quant à la façon de réagir aux situations de crise en santé mentale.

● (1550)

Ce programme est maintenant utilisé partout au Canada, mais de précédentes évaluations avaient révélé qu'il fallait absolument qu'il soit adapté au contexte culturel unique des Premières Nations. Au moyen d'entrevues, de groupes de discussion, d'un suivi et de sondages, les chercheurs ont étudié la mise en oeuvre du programme adapté dans plusieurs collectivités des Premières Nations et ont pu en confirmer l'efficacité.

L'initiative ACCESS Esprits ouverts est un autre exemple de recherche financée par les IRSC visant à passer de la théorie à la pratique. Ce réseau national révolutionnaire, consacré à la santé mentale des jeunes, est soutenu en partenariat avec la Fondation Graham Boeckh. Il permet aux chercheurs d'adapter les pratiques et les traitements actuels en santé mentale à des jeunes de diverses tranches d'âge. Les interventions adaptées aux jeunes ont été mises à l'essai un peu partout au pays, dans douze centres, dont cinq qui travaillent avec des collectivités autochtones, et leur évaluation permettra au réseau de déterminer quelles approches sont le plus efficaces pour évaluer et traiter les jeunes Canadiens aux prises avec une maladie mentale.

Ces initiatives de recherche sont toutes deux multicentriques et favorisent l'apprentissage entre les diverses collectivités et administrations. La collaboration dépasse les frontières des provinces et des territoires canadiens, et la collaboration pour la prévention du suicide s'étend à d'autres pays. Le Canada n'est pas le seul à être aux prises

avec un problème de suicide dans les populations autochtones. Ce problème touche aussi, par exemple, les États-Unis, le Danemark, la Suède et l'Australie.

Ainsi, bien que les causes et les manifestations du suicide diffèrent d'un pays à l'autre, ainsi qu'entre les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis du Canada, nous notons des similitudes et des chevauchements. Ce problème commun constitue donc une occasion d'unir nos efforts et d'échanger des pratiques exemplaires. C'est pour cette raison que les IRSC participent depuis 2013, dans le cadre du Conseil de l'Arctique, à des efforts de recherche internationaux pour la prévention du suicide dans les collectivités autochtones. Lorsque le Canada a présidé ce forum international, de 2013 à 2015, les IRSC ont piloté une initiative de recherche réunissant des chercheurs et des gens du milieu de quatre pays arctiques et visant à cerner les pratiques prometteuses en prévention du suicide. Ces efforts ont débouché sur le Symposium de l'Arctique, organisé à Iqaluit en mars 2015, où les chercheurs ont pu mettre en commun des pratiques exemplaires en la matière. Les hôtes de ce symposium étaient les IRSC, le gouvernement du Nunavut et des partenaires internationaux.

Pour la deuxième phase de ce travail, les IRSC s'allient maintenant à une organisation américaine, les National Institutes of Health, pour réaliser un projet de suivi visant à poursuivre la lutte contre le suicide dans les régions arctiques. Dans le cadre de cette initiative de suivi, appelée RISING SUN, des partenaires des États arctiques s'unissent pour définir des paramètres communs, permettant de suivre les comportements suicidaires, les corrélats clés et les résultats, qui faciliteront l'échange, l'évaluation et l'interprétation des données des interventions de prévention du suicide.

Les IRSC lanceront bientôt un autre vaste programme international de recherche en santé mentale avec l'aide de l'Alliance mondiale contre les maladies chroniques, l'AMMC, consortium international de commanditaires de la recherche en santé, actuellement sous la présidence du Canada. Ce programme, qui représente un investissement international total de plus de 60 millions de dollars, financera la recherche sur la prévention et la prise en charge des troubles mentaux, principalement dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, de même que chez les populations vulnérables des pays à revenu élevé, y compris les Autochtones du Canada. Encore une fois, les IRSC auront l'occasion de mettre à profit les connaissances recueillies dans des contextes internationaux pertinents pour le Canada et qui fourniront des outils pour s'attaquer au problème du suicide dans nos collectivités.

[Français]

Ce ne sont que quelques exemples nationaux et internationaux de la manière dont nous appuyons la recherche orientée vers le bien-être et la prévention du suicide dans les communautés autochtones. Par l'intermédiaire des initiatives de recherche fondamentale et appliquée que je vous ai décrites, les IRSC s'engagent à continuer de soutenir la recherche visant à trouver des façons de promouvoir la résilience et la santé mentale chez les Autochtones et à faire en sorte que les données issues de la recherche soient prises en compte dans l'élaboration des politiques par une application efficace des connaissances.

À cet égard, les IRSC entendent poursuivre leur collaboration avec Santé Canada et d'autres partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux pour guider les politiques et les programmes en matière de santé autochtone.

•(1555)

Avant de conclure, je tiens à souligner que tous les projets de recherche financés par les IRSC à ce sujet sont conçus et réalisés en étroite collaboration avec les communautés autochtones. Notre objectif à long terme est de développer et de soutenir un groupe de chercheurs autochtones qui, à l'intérieur du milieu, sera le mieux à même de comprendre les déterminants culturels susceptibles d'apporter des solutions.

Voilà pourquoi le développement de la capacité de recherche au sein de la population autochtone occupe une part importante du programme d'action des IRSC.

[Traduction]

Pour finir, permettez-moi de souligner que la recherche n'est qu'un des éléments de la solution à ce problème complexe et difficile, mais elle joue un rôle crucial dans la détermination de la meilleure voie à suivre pour parvenir au bien-être.

Monsieur le président, merci encore de m'avoir donné l'occasion de vous parler de notre travail dans ce domaine très important. Je serai heureux de répondre à vos questions.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup, docteur Beaudet.

La prochaine intervenante est Paula Isaak.

Merci.

**Mme Paula Isaak (sous-ministre adjointe, Secteur des programmes et des partenariats en matière d'éducation et de développement social, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien):** Bonjour, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité.

J'aimerais remercier le Comité de son invitation et souligner le fait que nous sommes rassemblés sur un territoire algonquin ancestral. La présente étude est importante, et j'aimerais offrir le soutien complet d'AANC tout au long de son déroulement.

Comme l'ont fait remarquer mes collègues, le suicide est souvent la conséquence tragique d'un éventail complexe de facteurs.

[Français]

Cela comprend des problèmes de santé mentale comme la dépression ainsi que l'abus de substances, les facteurs sociaux et familiaux, un mauvais rendement scolaire et les problèmes d'intimidation ou relationnels.

[Traduction]

Un des facteurs contribuant au taux élevé de suicide chez les Premières Nations et les Inuits, y compris chez les jeunes, est le soutien de base inadéquat. Par exemple, il peut s'agir d'un manque de soutien au revenu, de possibilités d'éducation, de logements convenables ou de services de santé et de services sociaux. Ces facteurs d'instabilité ont des répercussions directes sur le déclin de la santé mentale dans les collectivités autochtones, et chaque élément fait partie d'un continuum qui est essentiel pour donner de l'espoir, la volonté de vivre et le sentiment de contribuer à la société.

[Français]

Je sais que le Comité étudiera, entre autres choses, ces facteurs de risque de manière générale, ainsi que les facteurs de protection qui favorisent le bien-être et contribuent à diminuer la vulnérabilité.

Cette approche globale est utile puisque de nombreux acteurs veillent à ce que les besoins de base des communautés autochtones soient comblés.

[Traduction]

Ma déclaration préliminaire va cibler ces éléments, car je veux vous donner le meilleur aperçu possible du rôle et des programmes d'AANC. Comme vous le savez, notre ministère est le point focal des enjeux autochtones au sein du gouvernement fédéral. Nous sommes l'un des 34 ministères fédéraux chargés de s'acquitter des obligations et des engagements du gouvernement du Canada à l'égard des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

•(1600)

[Français]

Le ministère fournit un soutien financier aux collectivités des Premières Nations par la prestation de services dans les réserves. Ces services englobent l'éducation, le logement et le soutien social aux Autochtones.

[Traduction]

Nos programmes sociaux ont pour objectif d'aider les membres des Premières Nations et leurs collectivités à devenir plus autonomes, et ils mettent de l'avant des stratégies pour atténuer les facteurs de risque qui nuisent à la santé et au bien-être des collectivités.

Bon nombre de ces programmes comportent un volet de financement de la prévention. Ce financement doit aider les familles et les collectivités autochtones à prendre des mesures afin d'éviter les situations de crise et entraîner une amélioration des résultats, qu'il s'agisse de soins aux enfants ou d'un soutien général pour une participation accrue au marché du travail.

[Français]

Le ministère verse des fonds aux bandes des Premières Nations, à des organisations et, dans certains cas, à des fournisseurs de services provinciaux qui offrent aux résidents des réserves des services sociaux individuels et familiaux dans le cadre de programmes culturellement adaptés aux besoins de ces personnes et de ces familles.

[Traduction]

AANC fournit également du financement de base pour une série de programmes d'enseignement primaire et secondaire, et il finance des programmes d'éducation complémentaires ciblés lorsqu'il reçoit des demandes ou des propositions qui visent des éléments précis du soutien à l'éducation et à la réussite scolaire.

Le financement du Programme d'enseignement primaire et secondaire d'AANC s'inscrit dans une stratégie d'investissement générale ciblant les enfants et les jeunes des Premières Nations. En plus de financer l'éducation primaire et secondaire, AANC fournit un soutien aux étudiants inuits et aux étudiants des Premières Nations qui fréquentent un établissement d'enseignement postsecondaire. Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada fournissent des programmes d'aide préscolaire aux Autochtones qui favorisent la préparation à l'école des enfants autochtones. Emploi et Développement social Canada a mis en place des programmes liés au marché du travail qui sont adaptés aux Autochtones du Canada, notamment le Fonds pour l'emploi des Premières Nations et la Stratégie de formation pour les compétences et l'emploi destinée aux Autochtones. Les ministères cherchent de plus en plus de nouvelles façons de renforcer la collaboration.

Dans tous les cas, les programmes sont axés sur la collectivité.

[Français]

Les programmes de ce genre sont efficaces pour favoriser la création de collectivités fortes et saines ainsi que pour réduire la vulnérabilité et améliorer le bien-être mental des membres de ces collectivités.

[Traduction]

Le principal défi que nous devons tous relever est celui de l'amélioration des fondements qui permettront aux collectivités autochtones de s'épanouir. Lorsque les besoins de base ne sont pas comblés, cela donne lieu à une réalité tragique, où surviennent des crises et des situations d'urgence. Dans de tels cas, comme les membres du Comité le savent, notre ministre et les fonctionnaires du ministère prennent rapidement contact avec les dirigeants locaux afin de savoir quelle est la meilleure façon d'aider, dans l'immédiat et à long terme.

Cette communication directe éclaire certainement nos efforts continus pour déterminer la façon de réaliser l'engagement du gouvernement du Canada, qui est de travailler dans une relation de nation à nation et d'améliorer les résultats sur le plan de la santé et de la situation sociale des collectivités des Premières Nations, de fournir des programmes qui répondent aux besoins en matière de services et de renforcer la résilience des enfants et des familles dans les réserves.

[Français]

Dans tous les cas, la collaboration entre les partenaires est essentielle aux efforts pour faire en sorte que le continuum de services fonctionne et que les mesures mises en oeuvre pour répondre aux besoins essentiels ne se limitent pas à résoudre des crises lorsqu'elles éclatent, mais qu'elles contribuent avant tout à les éviter.

[Traduction]

Grâce aux investissements historiques de 8,4 milliards de dollars du budget de 2016, le ministère est sur la bonne voie pour verser aux bénéficiaires des Premières Nations le premier cycle d'investissements. Une grande partie de ce financement hâtif est réservé aux besoins fondamentaux. En parallèle, AANC reste déterminé à tenir la promesse qu'a faite le gouvernement d'instaurer une nouvelle relation financière avec les Premières Nations, afin de procurer aux collectivités des Premières Nations un financement suffisant, prévisible et durable.

Je suis également en mesure d'annoncer que la ministre des Affaires autochtones et du Nord Canada continue de travailler avec ses collègues du Cabinet à plusieurs initiatives importantes, qui sont exposées dans leurs lettres de mandat respectives.

• (1605)

[Français]

Elles portent entre autres sur l'enseignement primaire et secondaire, sur la Stratégie emploi jeunesse destinée aux jeunes des Premières Nations et aux jeunes Inuits, ainsi que sur les études postsecondaires.

[Traduction]

Le travail que fait notre ministère aide en outre le gouvernement du Canada à tenir l'engagement qu'il a pris de donner suite à l'ordonnance du Tribunal canadien des droits de la personne de réformer le Programme des services à l'enfance et à la famille des Premières Nations. Avec tous nos partenaires, nous travaillons également à étayer les diverses options de réforme du programme.

Récemment, nos fonctionnaires se sont joints à la ministre pour annoncer notre entier soutien à la déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. Un des principes de cette déclaration prévoit que [les Autochtones ont] « droit au plus haut niveau possible de santé physique et mentale ».

[Français]

Le ministère est déterminé à travailler en collaboration avec des partenaires pour faire en sorte que ces écarts entre Autochtones et non-Autochtones soient comblés et à aider les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis à améliorer leur bien-être.

[Traduction]

Sur l'un des fronts, le ministère et la ministre ont passé les mois de décembre à février à échanger avec des survivantes, des familles et des proches des victimes, des organisations et des gouvernements autochtones, les provinces, les territoires et des experts au sujet de la conception d'une enquête sur les femmes et filles autochtones disparues et assassinées. Nous pensons que cette enquête jettera aussi plus de lumière sur bon nombre des conditions qui ont, tragiquement, abouti à des suicides dans certaines collectivités.

Je soulignerai également que la ministre travaille avec son homologue le ministre de la Famille, des Enfants et du Développement social pour entamer des consultations avec les provinces et les territoires et les peuples autochtones sur le cadre national pour l'apprentissage et la garde des jeunes enfants. Il s'agit d'un premier pas vers la prestation de services de garde d'enfants qui soient abordables, adaptés, de grande qualité, flexibles et pleinement inclusifs.

Un élément essentiel de la lutte contre cette tragédie qui perdure consiste à collaborer avec les collectivités autochtones afin de promouvoir une identité culturelle affirmée et de s'assurer que tous les Autochtones l'assument personnellement et pleinement. Il s'agit d'un enjeu crucial pour la ministre et pour notre ministère. Je suis convaincue que mes collègues de Santé Canada confirmeront que le renforcement du sentiment identitaire et de l'autonomie peut effectivement aboutir à une réduction des taux de suicide dans les collectivités autochtones.

[Français]

Comme mes collègues et moi-même l'avons remarqué, pour améliorer véritablement la situation des Autochtones, nous devons mettre carrément dans notre collimateur l'amélioration des conditions socioéconomiques auxquelles ils font face.

[Traduction]

Nous continuerons d'inviter les provinces, les territoires, les dirigeants autochtones et d'autres intervenants à trouver des solutions concrètes, et nous examinerons les besoins à long terme en matière de santé mentale, de protection de l'enfance, d'éducation, d'infrastructure et d'emploi dans les collectivités autochtones. J'ai hâte de voir quels conseils, quel soutien et quel dévouement votre Comité consacra à ces questions pendant que nous nous approchons d'une forme de résolution de ces problèmes.

Je me ferai un plaisir de répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir.

Merci beaucoup.

**Le président:** Merci beaucoup, madame Isaak.



Je m'adresse maintenant à tous les intervenants; je crois que vous avez tous déjà fait cela, vous savez donc que nous passons maintenant à une série de questions de sept minutes chacune. Je vais continuer à utiliser les cartons jaunes et rouges, en désignant parfois la personne qui répond, parfois celle qui pose les questions.

J'aimerais inviter les membres du Comité à s'efforcer, si leur question est précédée d'un préambule, de s'en tenir au plus court préambule possible.

Allons-y donc; nous commençons par Don Rusnak, s'il vous plaît.

**M. Don Rusnak (Thunder Bay—Rainy River, Lib.):** Je vais m'assurer de rester bref.

Nous savons que c'est un enjeu des plus complexes, comportant plusieurs niveaux et pour lequel il existe de nombreuses pistes de solutions. Je vois cela comme un problème à court terme qui exige des interventions immédiates aux situations tout à fait horribles qui se présentent dans ces collectivités. Une de mes questions portera sur cet aspect.

Au bout du compte, nous allons devoir envisager des solutions à long terme pour que les collectivités des Premières Nations et les populations autochtones n'aient plus à faire face à ces terribles enjeux. Je suis bien au fait de ces enjeux, en raison de mon travail. Je l'ai dit pour le bénéfice des membres du Comité qui m'ont déjà très souvent entendu en parler, j'ai travaillé auprès d'organisations des Premières Nations. Au fil des ans, j'ai travaillé à différents titres et pour différents gouvernements auprès de collectivités des Premières Nations.

J'ai une question pour l'AANC et une autre pour Santé Canada. Quels types de solutions et de programmes immédiats proposez-vous pour régler les crises immédiates? Intervenez-vous au cas par cas ou existe-t-il des équipes d'intervention en cas de crise toujours en disponibilité? Nous savons que les problèmes sont bien enracinés dans les collectivités. Nous devons pouvoir intervenir immédiatement en cas de crise en nous assurant que les collectivités obtiennent sur-le-champ l'aide dont elles ont besoin. Est-ce qu'il existe un plan?

Ma première question s'adresse à Santé Canada.

**Dr Tom Wong:** Je vous remercie beaucoup d'avoir posé la question.

Effectivement, il faut gérer la crise en ne perdant pas de vue qu'il faut régler les problèmes à long terme. Pour ce qui est de la crise actuelle, il y a un certain nombre de choses déjà en place. J'ai parlé du fait qu'un petit nombre d'équipes de bien-être mental ont été mobilisées à l'échelle du pays et qu'elles peuvent intervenir en cas d'urgence. Dans un tel contexte, ces équipes doivent miser sur la collaboration et intervenir sur invitation des collectivités des Premières Nations et travailler de pair avec la province en cause. Récemment, à Attawapiskat, la province et la collectivité ont demandé de l'aide. C'est un effort axé sur la collaboration.

La raison pour laquelle j'ai mentionné qu'il y a peu d'équipes, c'est pour que vous puissiez faire les calculs. Le Canada est un grand pays. Dix équipes de bien-être mental, c'est certes un bon début, mais il en faut plus si l'on veut obtenir de meilleurs résultats.

Pour ce qui est de notre travail en situation d'urgence, avant même d'intervenir dans de telles situations, il serait bon de réfléchir à ce qu'on pourrait faire pour les prévenir. Ces solutions en amont sont liées notamment aux déterminants sociaux de la santé, aux efforts de réconciliation liés aux pensionnats indiens et aux recommandations de la CVR. Il faut mettre toutes ces choses en place.

Je vais céder la parole à ma collègue, Paula, qui vous parlera de certains des travaux sur les déterminants sociaux de la santé que

réalise activement son ministère en collaboration avec les collectivités.

• (1610)

**Mme Paula Isaak:** Comme le Dr Wong l'a dit, la solution à long terme consiste à s'assurer que les bases sont solides. Cela signifie qu'il faut fournir des mesures de soutien à l'éducation, au marché du travail et au revenu pour prévenir de tels problèmes à l'avenir. Ce sont les solutions à long terme qu'il faut mettre en place dans les collectivités conjointement et collectivement. Il n'y a pas une seule stratégie adaptée à toutes les collectivités; plutôt différentes stratégies doivent être mises au point en collaboration avec les collectivités visées.

C'est l'engagement qu'a pris notre ministère auprès de ses partenaires de Santé Canada. Santé Canada est là sur le terrain lorsque de telles crises surviennent, mais nous sommes là, à ses côtés pour travailler en collaboration avec les collectivités et cerner les éléments fondamentaux qu'il faut renforcer.

**M. Don Rusnak:** Dans l'immédiat, AINC travaille-t-il avec ces équipes de gestion de crise par l'intermédiaire de leurs personnes-ressources dans les collectivités pour s'assurer que les efforts sont adaptés aux réalités locales? En fait, je crois que ma question comporte deux volets: quels sont les résultats ou les réussites lorsque ces équipes de gestion de crise interviennent? Quel a été l'accueil réservé à ces équipes par les collectivités et quels sont les résultats obtenus?

**Dr Tom Wong:** AINC et Santé Canada travaillent en étroite collaboration dans le cadre de certaines activités d'intervention en cas de crise. Par exemple, dans de telles situations, nous savons qu'il y a certains problèmes à long terme qu'il faut régler, mais il y a aussi des approches à court terme qui peuvent être rapidement appliquées. Par exemple, lorsque des jeunes nous disent qu'il faut plus de livres, de meilleures écoles, un endroit pour faire du sport et des programmes permettant de tisser des liens réels avec les Aînés, on ne peut pas attendre deux, trois ou quatre ans pour réaliser ces activités ou créer certains de ces liens. Ce sont certaines des choses — comme construire un centre — que l'on peut faire très rapidement.

Ce sont certains des liens concrets et des activités que Santé Canada a tenté de faciliter en travaillant en collaboration avec les collectivités. Selon moi, rien n'est plus important que d'aiguiller vers des Aînés et de rapprocher de sa culture un jeune qui n'a pas d'espoir, pour qui la vie n'a pas de sens et qui se sent déconnecté de ses traditions.

**M. Don Rusnak:** Je vais devoir vous interrompre, parce que je veux poser une question à mon ami, le Dr Alain Beudet, des IRSC. Je vois qu'il me reste une minute.

En ce qui a trait au financement pour des recherches ciblées et des activités de prévention du suicide qui visent à renforcer les capacités de recherche au niveau communautaire et des partenariats avec les collectivités, combien de projets de recherche communautaires et de projet de recherche sur la prévention du suicide ont été financés et quels ont été les résultats de ces projets?

**Dr Alain Beudet:** Nous avons fourni un financement à un certain nombre de collectivités. Je ne peux pas vous fournir le nombre exact, parce que différents projets permettent de financer différents nombres de collectivités. Nous avons principalement offert un financement par l'intermédiaire d'initiatives stratégiques majeures et des projets liés aux sciences de la mise en oeuvre — comme je l'ai déjà dit —, qui visent en fait à intégrer la recherche et la prestation de soins.

Non seulement nous réalisons une intervention, mais nous nous assurons aussi que cette intervention est assortie d'un protocole de recherche afin que, au bout du compte, nous puissions analyser les résultats et déterminer si l'intervention a été efficace ou, dans la négative, de quelle façon on peut corriger le tir pour l'améliorer.

C'est ce que nous avons fait dans de nombreuses collectivités et particulièrement dans le cadre du projet ACCESS Esprits ouverts, dont l'avantage est lié au fait que nous réunissons ensuite les chercheurs et les intervenants du réseau dans le but de comparer les observations concernant les effets des interventions sur les diverses collectivités.

Je crois que la meilleure façon pour moi d'illustrer l'impact de cette méthode est peut-être de vous lire un courriel que j'ai reçu du chef de la nation d'Eskasoni. Voici ce qu'il m'a écrit: « En tant que chef de la nation d'Eskasoni, j'ai participé dès le premier jour à l'initiative ACCESS Esprits ouverts, qui est financée conjointement par les IRSC et la Fondation Graham Boeckh. Puisque plus de la moitié de la population de la nation d'Eskasoni est âgée de moins de 25 ans, les autres membres du conseil et moi sommes ravis de constater que l'initiative ACCESS Esprits ouverts s'appuiera sur notre modèle actuel de soins de santé mentale et d'intervention contre la toxicomanie pour rendre nos services encore meilleurs. Nous croyons que ce modèle amélioré — qui inclut et réunit des activités de gestion de cas et de facilitation des soins, une intervention, en personne ou grâce à un numéro sans frais en ligne en cas de crise, et ce, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, du soutien par les pairs et la mise à profit des expériences vécues, des sports, des loisirs et des enseignements autochtones culturels et traditionnels dans le cadre d'interventions thérapeutiques, des thérapies et des pratiques occidentales — peut être mis en oeuvre avec succès par d'autres collectivités à l'échelle du Canada ».

•(1615)

**Le président:** Merci, docteur Beaudet.

Nous allons maintenant passer à M. Rusnak.

**M. Don Rusnak:** Mon ami, Jaime Batiste, qui vient d'Eskasoni, sera ici cette semaine pour rencontrer Phil Fontaine et moi.

**Le président:** Merci.

Nous passons maintenant à Cathy McLeod, s'il vous plaît.

**Mme Cathy McLeod:** Merci.

Merci aux témoins.

J'aimerais poser une question rapidement. Nous savons que le taux est horrible. La situation est inacceptable. De 1980 à 2016, le taux de suicide a-t-il diminué un peu dans les collectivités autochtones?

**Dr Tom Wong:** C'est une question très complexe parce que les activités de surveillance et de collecte de renseignements sont différentes dans chaque collectivité. Par conséquent, les statistiques pour le Canada dans son ensemble et liées précisément aux Premières Nations vivant dans les réserves à l'échelle nationale ne sont pas produites quotidiennement. On les obtient seulement lorsque des enquêtes périodiques sont réalisées.

**Mme Cathy McLeod:** Je pensais que vous auriez pu rapidement... Dans ce cas-là, selon vous, fait-on des progrès relativement à ce problème ou est-ce que les taux restent aussi horribles qu'avant? Si vous pouvez me répondre rapidement...

**Dr Tom Wong:** Malheureusement, il y a des collectivités où nous constatons une augmentation du nombre de suicides, mais il y en a d'autres où il n'y a aucun suicide ou de moins en moins.

**Mme Cathy McLeod:** Merci.

Il y a une myriade de programmes, et je suis heureuse de voir que les IRSC commencent à vraiment mettre l'accent sur cet enjeu, parce que je crois que ce sera crucial. Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones existe depuis toujours, tout comme le PNLAADA. Ces programmes existent depuis longtemps et, s'ils ne fonctionnent pas, je crois que nous devons commencer à réorienter le soutien que nous offrons. Évidemment, le principal problème est en amont.

Encore une fois, j'espère que ma prochaine question sera rapide. Dans les manchettes ce matin — dans le *Ottawa Citizen* —, il était question d'un jeune Autochtone qui, de toute évidence, avait des problèmes. Son médecin était tellement horrifiée qu'elle a senti le besoin d'en parler. Vous avez parlé du mandat lié à la collaboration avec les provinces et les territoires. Lorsque ce genre de choses se produit, dans ce genre d'incident, appelez-vous parfois le médecin pour lui demander ce qui peut bien se passer? Avez-vous mis en place un système — en collaboration avec les provinces — qui vous permet d'utiliser une telle étude de cas pour améliorer les choses? Téléphonez-vous ou est-ce que quelqu'un chez vous s'en charge? D'après les apparences, il s'agit d'un dossier local qui semble tout à fait horrible.

**Dr Tom Wong:** Oui. Dans une telle situation, notre ministère communique avec la province et en discute. L'exemple précis dont vous avez parlé est une situation susceptible de préoccuper tous les Canadiens, si, bien sûr, l'information qui figure dans les journaux est complète. Vous savez, nous devons réfléchir aux circonstances qui poussent un jeune Autochtone, qui a très peur, à se retrouver dans un établissement. Quelle est la façon la plus accueillante d'aider ce jeune? Bien sûr, nous ne connaissons pas la situation, et nous ne voulons pas commenter un cas précis.

**Mme Cathy McLeod:** Je comprends.

Je sais — comme beaucoup d'autres le savent aussi — qu'il manque parfois certains faits lorsque les situations font les manchettes. Y a-t-il un système qui vous permet de passer immédiatement à l'action?

•(1620)

**Dr Tom Wong:** Oui.

**M. Keith Conn (sous-ministre adjoint, Opérations régionales, ministère de la Santé):** Je vais essayer d'épauler mon collègue. C'est Keith Conn.

Pour répondre à votre question, oui, nous téléphonons. Je ne peux pas vous dire ce qui est arrivé dans ce cas précis, mais, par exemple, lorsqu'un client affiche des tendances étranges en matière de médicaments d'ordonnance — nous avons un système de suivi qui nous permet de le savoir —, notre bureau principal appelle le médecin prescripteur ou le pharmacien. Nous travaillons en étroite collaboration avec les provinces et les territoires. Je n'appellerais pas ça une ligne d'urgence, mais nous avons une ligne directe nous permettant de communiquer avec les hauts fonctionnaires lorsque nous devons leur parler d'un problème, par exemple: « Cette personne est à Toronto, elle est coincée là-bas et elle est en crise. De quelle façon pouvons-nous travailler en coopération? » Nous avons aussi des navigateurs, qui sont sur le terrain et qui travaillent avec les collectivités des Premières Nations pour réaliser des activités de promotion ou aider les clients qui sont en détresse avant de se retrouver avec des situations à risque élevé. Alors, nous téléphonons. Nous téléphonons aux pharmaciens, aux médecins et à nos contacts au sein des divers ministères de la Santé pour régler les problèmes.

**Mme Cathy McLeod:** Ma prochaine question est destinée au Dr Beaudet.

Vous avez fait allusion à deux choses rapidement. Vous avez dit que vous partagez des pratiques exemplaires dans le cadre des réunions du Conseil de l'Arctique. Y a-t-il un document public qui pourrait éventuellement être déposé?

**Dr Alain Beaudet:** Il y a plusieurs documents, et nous serons heureux... Le rapport du projet, le résultat du projet réalisé durant les deux années où le Canada a assuré la présidence, est disponible, et nous serons heureux de vous le faire parvenir.

Comme je l'ai dit, nous tentons actuellement... Il est bon de voir que, sous la présidence des États-Unis, les responsables américains ont décidé de maintenir le projet et de s'en inspirer. Nous avons pu cerner les lacunes dans le cadre de notre première étude. Un des problèmes que nous avons constatés, c'est que... Au début, nous voulions tous non seulement examiner les interventions qui avaient été couronnées de succès au Canada, mais aussi apprendre des interventions qui avaient été couronnées de succès au Groenland, en Alaska, dans le nord de la Suède et le nord de la Norvège où, comme vous le savez, il y a aussi des taux de suicide extrêmement élevés parmi les jeunes Autochtones.

Nous avons constaté que nous avions de la difficulté à vraiment comparer les études en raison de l'absence de mesures standard. C'est une chose de mesurer les taux de suicide, mais il y a plein d'autres sortes de paramètres entre temps qui pourraient nous permettre de savoir si une intervention a du succès ou non et si nous réussissons vraiment à changer la situation du point de vue de la santé mentale. C'est ce que nous faisons actuellement. Le Canada tiendra un important symposium de fin de mandat sur ce dossier à Iqaluit.

**Mme Cathy McLeod:** J'en suis à ma dernière minute. Vous avez parlé d'un projet qui a eu beaucoup de succès au Québec, une initiative de prévention qui a entraîné une réduction de 50 % des taux de suicide. Si le rapport pouvait être déposé...

**Dr Alain Beaudet:** Absolument. C'est un important programme qui a été mis en oeuvre au Québec dans le but de prévenir le suicide. Il a eu des résultats époustouflants, en fait. Comme vous le savez, parmi toutes les provinces, c'est le Québec qui affiche le taux de suicide le plus élevé chez les jeunes. C'est une approche systématique de la prévention qui a permis de faire diminuer le taux de suicide de façon marquée chez les jeunes. Nous serons heureux de vous faire parvenir ces renseignements.

**Le président:** Je vous en remercie.

C'est Charlie Angus qui posera la prochaine question.

**M. Charlie Angus (Timmins—Baie James, NPD):** Merci beaucoup de participer à ce qui pourrait être, je crois, une étude très importante; tous les députés essaient de résoudre certains de ces problèmes. J'espère vous revoir lorsque nous disposerons d'une plus grande quantité de données probantes.

Certes, la question du suicide est très complexe, mais d'une certaine façon, elle est également très simple: les organismes, les adultes et les établissements dont le travail est de protéger les enfants échoent. Voilà la question sur laquelle nous devons nous pencher.

Je vais vous rappeler le cas d'Azraya Kokopenace, âgée de 14 ans, qui a connu une mort horrible dans le lac des Bois. La protection de l'enfance et la police étaient intervenues auprès d'elle. Elle avait été transportée à un hôpital, avait quitté cet hôpital au milieu de la nuit, et sa dépouille avait été découverte deux jours plus tard. Sa famille réclame une enquête. Je ne veux pas me pencher sur ce cas individuel; j'aimerais seulement attirer l'attention sur le fait que, dans cette tragédie, la victime a tenté d'obtenir des services de santé mentale, et que ces services n'étaient pas disponibles. En fait,

aujourd'hui à Queen's Park, dans l'appel pour l'enquête, Sarah Campbell, députée provinciale, a déclaré ce qui suit: « Pour être bien honnête, ces services n'existent pas. »

Faites-vous un suivi des statistiques, du nombre de demandes de services de santé mentale pour les jeunes à risque? Faites-vous le suivi du nombre de demandes qui sont refusées, des temps d'attente pour l'obtention d'un traitement?

• (1625)

**Dr Tom Wong:** Je vous remercie beaucoup de poser cette question.

En effet, nous sommes très préoccupés de l'état des services de santé mentale au Canada en général, tant pour les Autochtones, que ceux-ci vivent dans des réserves ou non, que pour les non-Autochtones. Le défi est particulièrement grand dans les régions éloignées et isolées.

Pour répondre à la question, oui, notre ministère fait le suivi des demandes de services de santé mentale, et en fait, il fournit ces services en embauchant des professionnels pour les dispenser, tant en personne que par système de télésanté.

**M. Charlie Angus:** Merci. Je n'ai que sept minutes; voilà pourquoi je pourrais vous sembler abrupt.

Dans les collectivités que je représente, j'entends toujours parler de personnes qui n'arrivent pas à obtenir les services, ou encore que les jeunes attendent tellement longtemps que nous finissons par les perdre. Pourriez-vous nous fournir ces statistiques? Nous aimerions avoir une idée des temps d'attente, car si on nous dit que des services de santé mentale n'existent tout simplement pas dans certaines régions du pays, nous ne pouvons pas nous attendre à ce que ces jeunes ne nous filent pas entre les doigts. Est-ce que ce serait possible d'avoir ces statistiques?

**Dr Tom Wong:** Oui, je serai heureux de vous les fournir. Pour nous, il est très important que quiconque veut des services de santé mentale et en a besoin les obtienne, car s'il veut faire appel à ces services, c'est qu'il a besoin d'aide.

**M. Charlie Angus:** Merci. C'est excellent.

Vous avez mentionné que nous avons 10 équipes de santé et de bien-être mental au pays, et vous avez dit qu'elles représentent les deux à dix collectivités qu'elles desservent. Il existe 634 nations autochtones, donc entre environ 3 % et 20 %, au maximum. L'APN a dit que nous en avons besoin de 80. Avez-vous calculé combien il nous en coûterait de mettre en place toutes les équipes manquantes de santé et de bien-être mental?

**Dr Tom Wong:** Si nous voulions envisager l'utopie, oui, nous voudrions arriver...

**M. Charlie Angus:** Ce n'est pas une utopie. Il s'agit de nous assurer que chaque collectivité dispose d'une équipe de santé et de bien-être mental afin de faire en sorte que les enfants ne se suicident pas. Vous dites en avoir 10. L'APN dit en avoir besoin de 80... avez-vous calculé combien il nous en coûterait d'atteindre ce chiffre?

**Dr Tom Wong:** Actuellement, nous sommes en train de faire le calcul de ces coûts, et, oui, nous aimerions beaucoup mettre en place davantage de services de santé et de bien-être mental.

**M. Charlie Angus:** Ce serait excellent.

**Dr Tom Wong:** Les services offerts par les équipes de santé et de bien-être mental ne visent pas seulement les moments de crise; ils visent également à prévenir les crises. Alors, lorsqu'une crise survient, les équipes aident la collectivité à faire face à la crise et à mobiliser d'autres équipes dans la collectivité.

**M. Charlie Angus:** Il nous en manque 70; pourrions-nous connaître les chiffres concernant ce qui est nécessaire pour les obtenir?

Si l'on en croit le continuum du mieux-être mental, seulement 350 000 \$ ont été affectés. Nous avons posé la question à Santé Canada la dernière fois que des représentants étaient présents. De combien auriez-vous besoin pour achever la mise en oeuvre complète du Cadre du continuum du mieux-être mental?

**Dr Tom Wong:** La mise en oeuvre du Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations coûtera bien plus que 350 000 \$, car tout ce qui a été fait jusqu'au moment de l'élaboration du Cadre était compatible avec...

**M. Charlie Angus:** Mais sans votre cadre, il n'y a que 350 000 \$.

**Dr Tom Wong:** Oui, mais les 350 000 \$ n'étaient que la toute petite première étape de mise en branle des projets-pilotes d'études.

**M. Charlie Angus:** Qu'est-ce qui sera nécessaire pour une mise en oeuvre complète?

**Dr Tom Wong:** Il aurait fallu multiplier par deux ou par trois le montant se trouvant actuellement dans le budget. Nous disposons de 300 millions de dollars par année.

**M. Charlie Angus:** J'aimerais revenir à l'histoire de la jeune femme du lac des Bois, qui était liée à un autre élément: la protection de l'enfance. Le Canada a été reconnu coupable d'une discrimination systémique dans l'affaire du principe de Jordan.

Au paragraphe 458 de la décision du Tribunal canadien des droits de la personne, on peut lire que l'entente de 1965 en Ontario est discriminatoire, et au paragraphe 474, il est indiqué qu'AANC devrait mettre fin à ses pratiques discriminatoires. Or, je n'ai entendu parler d'aucun changement apporté à l'entente de 1965 visant à amener le gouvernement à se conformer à la décision du Tribunal canadien des droits de la personne. Cela pourrait-il se produire cette année?

**Mme Paula Isaak:** Oui, certainement, l'entente de 1965 n'a pas à être modifiée. Elle doit être modifiée en partenariat. Nous ne pouvons la changer de façon unilatérale. La première étape a été l'augmentation de l'investissement en Ontario pour la protection de l'enfance: il a été reconnu que l'entente de 1965 constitue le cadre à l'intérieur duquel les services de protection de l'enfance sont offerts. Nous venons tout juste d'entamer ces discussions, que nous poursuivrons certainement cette année afin de...

• (1630)

**M. Charlie Angus:** Cela comprendra-t-il la santé mentale?

**Mme Paula Isaak:** Cela dépendra des besoins cernés au cours de ces discussions. Nous irons ensuite chercher nos partenaires au besoin, Santé Canada ou d'autres, pour y voir.

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

**Le président:** Merci.

La prochaine question sera posée par Michael McLeod, je vous prie.

**M. Michael McLeod (Territoires du Nord-Ouest, Lib.):** Merci, monsieur le président, et merci aux témoins. Il s'agit d'une question très grave et très importante, présente depuis longtemps. J'ai assisté à de nombreuses réunions et conférences où nous avons entendu d'innombrables études, conférences et symposiums à ce sujet. Aujourd'hui, nous avons appris que 34 ministères travaillent à faire face aux conditions sociales et économiques des Autochtones.

Pourtant, dans ma circonscription, au cours des 15 dernières années, le taux de suicide a augmenté. Nous en sommes à 123. Si on y ajoute le Nunavut, on arrive à 500, même plus de 600 suicides au cours des 15 dernières années, c'est-à-dire depuis que nous avons commencé à étudier le phénomène.

Depuis que notre Comité s'est lancé dans ce dossier, deux suicides se sont produits dans ma circonscription. Il s'agit d'une courte période. L'heure est grave. Personne ne prend les devants. Je vous ai entendu parler, le ministère parle, un autre ministère parle, mais où se trouve la stratégie? Où se trouve l'effort de collaboration? Qui dirige la stratégie et où se trouve le plan d'action?

Pourquoi ne faisons-nous pas appel à des organismes autochtones dans ce dossier? Je travaille de près avec les gouvernements autochtones. Je leur parle tous les jours. On n'a fait appel à aucun gouvernement autochtone, sauf pour des consultations dans le cadre d'études. Il n'existe aucune stratégie d'utilisation des Centres d'amitié. Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones vit un enfer. Pourquoi? Parce qu'il s'agit d'un programme pour Autochtones. Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones n'a plus aucune stratégie; pourtant, certaines des solutions touchent les langues, l'éducation. Ce n'est pas ce que j'appelle être inclusif.

Expliquez-moi comment nous pouvons évoluer vers une position unifiée pour faire face à ce problème.

**Dr Tom Wong:** Je vais commencer par répondre, puis mes collègues d'AANC pourront peut-être intervenir aussi.

En effet, nous disposons d'un certain nombre de cadres et de stratégies. La portée de ceux-ci est limitée pour le moment. Par exemple, nous avons la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones. Cette stratégie a une portée limitée, car elle ne vise que la prévention: la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Comme vous l'avez dit, de nombreux aspects plus en amont ne sont pas pris en considération: l'éducation, la culture, etc. Tous ces aspects doivent partir de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones préexistante si l'on désire en faire une stratégie englobante; on ne peut adopter une approche axée uniquement sur la santé. Il faut faire face à tous les autres facteurs socioculturels, aux logements, etc. C'est pour cette raison que nous sommes très intéressés à collaborer avec tous les secteurs qui s'intéressent à la question.

Pour ce qui est de travailler avec des organismes autochtones, nous avons collaboré très étroitement avec l'APN ainsi qu'avec l'ITK. Nous avons travaillé avec l'APN sur l'élaboration conjointe du cadre de prévention du suicide chez les Premières Nations et du Cadre du continuum. Quant aux Inuits, nous travaillons avec l'ITK pour les assister dans l'élaboration de leur stratégie de prévention du suicide ainsi que du Cadre du continuum du mieux-être mental.

Nous tenons régulièrement des réunions avec ces organisations nationales; nous apprenons d'elles et nous leur offrons toute l'assistance que nous pouvons pour qu'ensemble, nous arrivions à régler ce problème très complexe. Nos partenaires à l'APN et à l'ITK nous ont mentionné être très intéressés...

• (1635)

**M. Michael McLeod:** Je vais vous interrompre, parce que vous ne répondez pas à ma question. Ma question est la suivante: qui dirige l'élaboration de la stratégie relative au suicide avec tous les ministères participants? Peut-être pourriez-vous répondre?

**Dr Tom Wong:** Pour ce qui est de la stratégie, de l'aspect relatif à la santé, c'est Santé Canada qui s'en charge, et nous inviterions d'autres partenaires à se joindre à nous.

Bien entendu, il s'agit là du point de vue du gouvernement. Tout doit être mené par les collectivités, par les collectivités autochtones, et nous sommes là pour faciliter leur travail. Naturellement, compte tenu des déterminants sociaux de la santé, nous avons besoin de tous les ministères fédéraux, comme l'AANC.

**M. Michael McLeod:** Je vous interromps encore.

Monsieur le président, je n'entends pas la réponse, mais nous savons que le taux de suicide le plus élevé se trouve chez les Autochtones, le plus souvent de sexe masculin. Ils vivent normalement dans des collectivités isolées et en période de ralentissement économique.

Si vous pouviez faire trois choses immédiatement pour améliorer la situation, quelles seraient-elles?

**Dr Tom Wong:** La première chose serait la réconciliation concernant les pensionnats indiens et le traumatisme intergénérationnel. C'est extrêmement important. Deuxièmement, il convient de faire germer l'espoir, de redonner un sens à la vie et de susciter un sentiment d'appartenance chez les jeunes, les enfants et les parents. Pour ce faire, nous devons connaître les déterminants sociaux de la santé. Nous devons redonner aux jeunes leur culture. Nous devons communiquer l'importance de l'estime de soi et de la culture, et, enfin...

**M. Michael McLeod:** D'accord. J'ai une dernière question. Où se trouve ce plan? Je vous entends dire de bien belles choses, et je vous ai tous entendu faire de même. Où est ce plan et quand puis-je m'attendre à ce qu'il soit prêt?

**Dr Tom Wong:** Le plan existe déjà, et l'APN a déjà collaboré avec nous à l'élaboration du Cadre du continuum du mieux être mental. Tous les éléments sont là. Nous en sommes à l'étape suivante, celle de la mise en œuvre des différents éléments du plan, en collaboration avec les collectivités, avec l'AANC et avec les autres ministères.

**M. Michael McLeod:** L'APN ne représente pas la majorité des collectivités de ma circonscription, alors...

**Le président:** Merci, docteur Wong.

Passons maintenant à une série de questions d'une durée de cinq minutes.

C'est Arnold Viersen qui posera la première question..

**M. Arnold Viersen (Peace River—Westlock, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je remercie nos invités d'être présents ici aujourd'hui. C'est très apprécié.

Le suicide et les tentatives de suicide découlent d'un certain nombre de situations bouleversantes. Une étude récente de l'Association médicale canadienne a démontré une forte corrélation entre la violence envers les enfants et les idées suicidaires ou la tentative de suicide. Je me demande si, d'après vos recherches, l'un de vos ministères a cerné des liens similaires entre la violence envers les jeunes et les enfants et les tentatives de suicide.

Écoutons d'abord le ministère de la Santé.

**Dr Tom Wong:** Il existe une forte corrélation entre les mauvais traitements, la violence et le suicide.

**M. Arnold Viersen:** Je vois que l'un des programmes que vous avez nommés est le Programme pour la prévention de la violence

familiale. Je me demandais si vous pourriez nous en dire davantage sur ce que comprend le programme?

**Mme Paula Isaak:** Oui, c'est l'un des programmes que le ministère offre.

Il est divisé en deux volets. Il est d'abord axé sur le soutien d'un réseau de 41 refuges situés dans des réserves partout au pays ainsi que sur l'affectation aux collectivités, au moyen du programme, de ressources financières dans le but de mettre sur pied des programmes de prévention de la violence familiale. Il s'agit de la première composante; la deuxième est le soutien de certains programmes en fonction des propositions.

**M. Arnold Viersen:** Certaines stratégies de prévention du suicide sont mises en œuvre par l'intermédiaire de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones. Ces programmes de prévention comprennent-ils la prévention de la violence faite aux enfants?

Vous dites que ces programmes sont dirigés par les collectivités qui présentent une demande dans le cadre du Programme pour la prévention de la violence familiale. Des composantes de prévention du suicide sont-elles comprises dans ce programme?

• (1640)

**Mme Paula Isaak:** Je dirai que, normalement, ces programmes ne sont pas axés sur le suicide, mais je crois que les avantages obtenus grâce à un certain nombre de ces programmes de prévention seraient également utiles dans la prévention de divers types de violence, de la violence envers soi-même ou encore, éventuellement, du suicide.

**M. Arnold Viersen:** Monsieur le président, j'ai passé du temps, récemment, à rassembler un grand nombre de statistiques. Ce qui est intéressant, c'est que mon hypothèse de départ — tout comme celle de mon collègue d'en face, M. McLeod — était que des raisons économiques générales sous-tendent des taux de suicide aussi élevés.

J'en ai tiré un tas de chiffres. À titre de territoire distinct, c'est le Nunavut qui affiche le taux de suicide le plus élevé, mais c'est aussi là qu'on retrouve le revenu moyen hebdomadaire le plus élevé, ce qui me semble illogique. Pour un revenu moyen hebdomadaire élevé, je me serais attendu à un taux de suicide moins élevé. C'est aussi là qu'on retrouve le plus grand nombre d'agents de police, mais on y observe tout de même le taux de suicide le plus élevé. De même que le taux le plus élevé de maltraitance sexuelle. Il a été intéressant d'étudier ces corrélations.

La corrélation ne peut jamais déterminer la causalité. Les suicides sont-ils causés par un trop grand nombre d'agents de police? Le taux d'agression sexuelle joue-t-il un rôle dans le taux de suicide? Ou le suicide peut-il être causé par des revenus élevés? À mes yeux, ces hypothèses ne tenaient pas la route.

Je me demandais si ces corrélations avaient été étudiées plus en profondeur — et cette question serait pour Alain — et s'il existait un lien de causalité entre les revenus, les agressions sexuelles et le taux de suicide.

**Dr Alain Beudet:** Oui, elles ont été étudiées. Elles sont complexes, mais elles sont toutes déterminantes dans le bien-être mental.

**M. Arnold Viersen:** Existe-t-il une étude à ce sujet que vous pourriez nous présenter?

**Dr Alain Beudet:** Nous pouvons vous faire parvenir certains articles, certainement.

**Le président:** Merci.

C'est Gary Anandasangaree qui posera la prochaine question.

**M. Gary Anandasangaree (Scarborough—Rouge Park, Lib.):** Merci, monsieur le président.

J'aimerais remercier tout le monde d'être présent ici aujourd'hui.

J'aimerais établir une distinction entre la solution à court terme et la solution à plus long terme. J'aimerais mettre de côté la solution à long terme et me pencher sur celle à court terme, et reconnaître qu'un certain nombre de déterminants sociaux dans le domaine de la santé auront d'importantes répercussions à long terme, tout comme la CVR et beaucoup des éléments nommés par le Dr Wong.

Quant aux solutions à court terme, disons sur un ou deux ans, avons-nous un tableau de bord? Quelqu'un aurait-il un tableau de bord ou un écran où nous pourrions voir, sur les 600 collectivités desservies par l'AANC, les 30 qui affichent une probabilité élevée de suicide, ou s'il existe un risque plus élevé sur une certaine période, si le deuxième groupe affiche un risque moins élevé et le troisième groupe, aucun risque?

De telles unités de mesure sont-elles accessibles et surveillées en permanence? Déploie-t-on les ressources en conséquence?

**Dr Tom Wong:** Oui, nous avons un tableau de bord conçu spécifiquement à ces fins. Pour nous, c'est une question d'équité. On commence par se pencher sur les domaines où les besoins sont les plus pressants, et, avec le temps, on passe au deuxième et au troisième niveaux. La réponse courte est oui.

**M. Gary Anandasangaree:** Pour ce qui est du premier niveau, quel type de soutien est offert de façon proactive? Étant donné les limites actuelles, quel soutien fournissez-vous? Comment amenez-vous les provinces à participer? Comment amenez-vous les différentes organisations à s'assurer qu'elles sont appuyées — disons auprès des 30 premières collectivités ou celles du premier niveau — dans le délai dont nous avons parlé?

**Dr Tom Wong:** Pour les collectivités du premier niveau, c'est-à-dire celles ayant les besoins les plus élevés, nous travaillons avec les partenaires, les collectivités, celles des Premières Nations, les collectivités inuites ainsi qu'avec les universités, les hôpitaux, les professionnels et les groupes professionnels pour tenter de trouver des façons d'accélérer les services ainsi que d'optimiser le recours à la télésanté de façon à dispenser ces services de santé mentale.

En outre, nous travaillons également avec nos partenaires, avec d'autres ministères ainsi qu'avec les provinces et les territoires lorsque c'est approprié, afin de trouver des solutions à d'autres problèmes qui dépassent la portée de la santé. Nous voulons trouver d'autres partenaires avec qui nous pourrions nous pencher sur les loisirs, les activités traditionnelles, la façon de revitaliser la langue et la culture, et ainsi de suite.

•(1645)

**M. Gary Anandasangaree:** Pour le premier niveau, ces chiffres sont-ils statiques ou dynamiques?

**Dr Tom Wong:** Malheureusement, ce premier niveau n'est pas statique. Il est dynamique et change avec le temps. Par conséquent, notre réaction est également dynamique.

**M. Gary Anandasangaree:** Quels sont vos plus grands défis dans la réévaluation et dans la réponse à ces besoins à mesure qu'ils font surface?

**Dr Tom Wong:** Les ressources.

**M. Gary Anandasangaree:** Quels genres de ressources?

**Dr Tom Wong:** Tant les ressources humaines, à chacun des niveaux, que les ressources financières.

**M. Gary Anandasangaree:** Par où pouvons-nous commencer pour examiner la question des ressources humaines? Je sais que, pour ce qui est des ressources financières, notre gouvernement s'est engagé à fournir 8,4 milliards de dollars au cours des cinq prochaines années. Une partie de cet argent sera affecté à ces éléments, mais une grande partie sera consacrée à l'infrastructure. Comment combler le manque de ressources? Je présume que ce sera grâce à des professionnels, des médecins, des psychiatres, du personnel infirmier, etc. Comment régler ce problème à court terme? Avons-nous des suppléants? Y a-t-il des associations médicales participantes? Y a-t-il des associations infirmières qui apportent leur soutien?

**Dr Tom Wong:** Pour l'aspect des ressources professionnelles, nous sommes en pourparlers avec les écoles de médecine, les organisations professionnelles et les écoles de sciences infirmières pour savoir s'il existe des façons de mobiliser des professionnels de façon à offrir des services, que ce soit de façon régulière ou périodique, grâce à une collaboration avec les collectivités. C'est ce que nous essayons de mettre en place, en travaillant de concert, bien entendu, avec les provinces et les territoires.

Déjà, de nombreux établissements sont intéressés à travailler en ce sens. Certaines des écoles de médecine et de sciences infirmières ont également des programmes de formation. Nous facilitons également la promotion de la formation d'un plus grand nombre de membres du personnel infirmier et de médecins, de façon à ce qu'ils puissent un jour aller travailler dans des réserves situées en régions éloignées et isolées.

**Le président:** Merci, docteur Wong.

C'est David Yurdiga qui posera la prochaine question.

**M. David Yurdiga (Fort McMurray—Cold Lake, PCC):** Merci, monsieur le président. J'aimerais remercier les témoins d'avoir témoigné ici aujourd'hui. C'est très informatif.

Certaines des collectivités des Premières Nations ne vivent pratiquement aucun suicide, alors que d'autres sont témoins de trois, quatre ou même sept fois la moyenne nationale. Quels sont les facteurs qui contribuent à un taux de suicide élevé? Y a-t-il un élément magique dans la comparaison d'une collectivité à une autre?

Je pose la question à n'importe lequel des témoins.

**Dr Tom Wong:** Si j'ai bien compris votre question, vous êtes intéressé à étudier les facteurs qui déterminent la raison pour laquelle certaines collectivités affichent un taux élevé de suicide, et pourquoi d'autres affichent un taux plus bas. Ai-je raison?

**M. David Yurdiga:** C'est bien cela. Prenons deux collectivités à proximité l'une de l'autre. L'une aurait un taux de suicide relativement bas, et l'autre, 100 kilomètres plus loin, afficherait un taux de suicide élevé. Ces deux collectivités se trouvent dans la même région géographique, mais leur taux de suicide est très différent.

**Dr Tom Wong:** Monsieur Chandler et monsieur Lalonde ont produit une étude remarquable portant sur cette question en particulier. En résumé, ils ont conclu qu'il existait une liste de facteurs importants, mais le plus important est que les services et la gouvernance devaient être déterminés et contrôlés par la collectivité, y compris les services de bien-être mental, les autres services de santé, les services d'éducation, les services de police, etc. Ils en sont venus à la conclusion que c'était très important pour réduire le taux de suicide et favoriser le bien-être mental.

Cela permet à la collectivité de prendre les rênes de son propre sort. D'autres intervenants peuvent aider, comme les gouvernements, mais seulement à titre de soutien. Le leadership et le pouvoir décisionnel doit être exercé par la collectivité, pour la collectivité. Cela s'ajoute à tous les déterminants sociaux de la santé dont Paul et moi avons parlé plus tôt, ainsi qu'à la question de la réconciliation.

• (1650)

**M. David Yurdiga:** Ce que j'ai constaté, dans ma circonscription, c'est que certaines collectivités sont très actives, et d'autres... que ce soit les sports, le hockey... et il semble que celles qui participent beaucoup auprès d'autres collectivités... et les gens ont des modèles de comportement. La collectivité se rallie derrière ses équipes. Avez-vous constaté la même chose dans d'autres régions?

**Dr Tom Wong:** Oui, en effet. Le fait d'offrir des loisirs, des activités sportives, où il existe un réseau pour promouvoir la jeunesse, leur donne une vision, un but dans la vie... cela aide beaucoup.

Comment vivre dans une collectivité où il n'y a absolument rien à faire? Il n'y a aucune activité sportive. Quand on regarde à gauche et à droite, on ne voit que le suicide de nos amis. Il n'y a pas d'avenir. Lorsqu'il existe une collectivité dynamique, où ce sont les dirigeants qui ont en main les services d'éducation, les services de loisirs, les services de santé, on donne aux jeunes un but dans la vie. Ils participent à ces activités. Ils excellent dans la vie, et ils ont des modèles à suivre. Voilà certains des facteurs clés du succès dans ces collectivités.

**M. David Yurdiga:** Beaucoup d'Autochtones qui vivent dans les réserves ont de la difficulté à décrocher de bons emplois à long terme. Avoir un emploi ici pendant un mois et là pendant deux mois, ce n'est pas un vrai travail. Des études ont-elles été menées sur la corrélation entre l'emploi et le suicide? Existe-t-il une étude, quelque part, selon laquelle il s'agit d'un facteur contributif?

**Dr Tom Wong:** Oui, il y a une corrélation entre ces deux choses.

**M. David Yurdiga:** Quels sont certains des conflits de compétences qui minent l'accès aux soins de santé des membres des Premières Nations et des Inuits?

**Dr Tom Wong:** L'isolement des collectivités et, pour nombre d'entre elles, l'absence d'infrastructure sociale, l'absence d'accès à Internet; tous ces éléments sont importants. Il y a aussi la pauvreté et tous les déterminants sociaux de la santé, l'absence de loisirs et l'absence de liens avec les aînés et leur tradition.

**Le président:** Les cinq dernières minutes vont à M. Bossio.

**M. Mike Bossio (Hastings—Lennox and Addington, Lib.):** Je vous remercie beaucoup de vous être joints à nous aujourd'hui pour parler de ce sujet très important.

Nous avons parlé de nombreuses reprises de stratégies, de cadres et de consultation. La consultation pour établir des stratégies et des cadres sur la santé mentale, le suicide et les déterminants sociaux se fait-elle seulement à l'échelon de l'APN, ou va-t-elle jusqu'à l'échelon de la réserve?

**Dr Tom Wong:** Elle est menée au-delà de l'échelon de l'APN. Pour les Inuits, c'est plus que juste l'ITK. Elle va jusqu'à l'échelon de la collectivité, différents groupes des Premières Nations et groupes d'Inuits sont consultés.

**M. Mike Bossio:** Connaissez-vous le pourcentage des différentes réserves que vous avez effectivement consultées, parmi les 634 réserves dans les territoires?

**Dr Tom Wong:** Je ne pourrais vous dire le pourcentage de mémoire, mais il s'agit d'un pourcentage important au fil du temps.

**M. Mike Bossio:** D'accord. Je sais que les IRSC font la même chose. Vous menez de nombreuses études. J'imagine que vous allez directement jusqu'à l'échelon de la réserve. On dirait que c'est ce que vous faites.

**Dr Alain Beaudet:** Absolument.

Nous travaillons à l'échelon de la collectivité. Par exemple, les intervenants de l'initiative ACCESS — qui est le principal programme sur la santé mentale dans les populations autochtones, dont j'ai parlé — travaillent sur le terrain avec les collectivités. J'ai mentionné la Première Nation Eskasoni. On travaille aussi auprès de la Première Nation de Sturgeon Lake et de la population d'Ulukhaktok, dans la région désignée des Inuvialuits.

• (1655)

**M. Mike Bossio:** D'accord.

**Dr Alain Beaudet:** Je pourrais en parler encore longtemps.

Nous avons aussi trouvé des partenaires pour la communication et l'échange de connaissances dans la collectivité pour nous aider à faire connaître les données probantes et les résultats de la recherche à la collectivité afin de travailler en collaboration plus étroite avec elle et d'apprendre comment parvenir à une telle collaboration avec la collectivité.

Bien sûr, pour moi, comme je l'ai mentionné, un élément clé est le fait de penser à l'avenir et de miser sur l'éducation afin de soutenir les jeunes chercheurs autochtones. Leur nombre augmente.

**M. Mike Bossio:** En réalité, c'est là où je voulais en venir.

Les IRSC et Santé Canada travaillent de concert à ce sujet dans ces diverses collectivités, en publiant cette recherche, en cernant les points chauds, etc.

**Dr Alain Beaudet:** Nous travaillons en collaboration non seulement avec la DGSPNI et Santé Canada, mais aussi avec l'Agence de la santé publique du Canada sur ces divers enjeux, absolument. Nous faisons partie du même portefeuille.

**M. Mike Bossio:** Quel est le pourcentage de gens travaillant auprès des Autochtones dans ces domaines particuliers qui sont d'origine autochtone?

**Dr Alain Beaudet:** Il n'y en a pas assez.

**M. Mike Bossio:** Selon vous, si vous aviez à dire un pourcentage, quel serait-il?

**Dr Alain Beaudet:** Je n'ai pas les chiffres avec moi, mais je peux vous dire, toutefois, que dans le domaine de la santé des Autochtones — et je ne parle pas seulement de la santé mentale, car, comme vous le savez, il existe aussi une énorme corrélation croisée entre d'autres troubles et le suicide —, lorsqu'on a créé les IRCS en 2000, 37 personnes menaient des études sur la santé des Autochtones. Le nombre de chercheurs qui travaillent sur les enjeux liés à la santé des Autochtones, actuellement, est de 1 174.

**M. Mike Bossio:** C'est merveilleux.

**Dr Alain Beaudet:** Le nombre de chercheurs autochtones a aussi augmenté, mais pas assez.

Un des problèmes auxquels nous faisons face, encore une fois, est un problème d'autonomie, de soutien, de mentorat, de maintien de l'identité culturelle et de maintien du contact avec les aînés, afin que les jeunes aient des modèles dans la communauté des chercheurs, mais ils doivent aussi conserver leurs modèles dans leur propre collectivité.

**M. Mike Bossio:** D'accord.

Désolé, mais nous manquons vraiment de temps.

**Dr Alain Beaudet:** Nous avons élaboré un programme pour soutenir cet aspect.

**M. Mike Bossio:** C'est l'autre point que j'allais aborder. Je connais les défis qui existent pour ce qui est d'essayer d'avoir de plus en plus d'Autochtones dans ces rôles. Combien faut-il de temps pour former une personne pour qu'elle offre du soutien en matière de santé mentale dans la collectivité?

**Dr Alain Beaudet:** On doit commencer l'éducation très tôt. On doit réduire les taux de décrochage au secondaire. On doit faire en sorte que les jeunes Autochtones aillent à l'université, et une fois qu'ils la fréquentent, on doit renforcer leur autonomie, leur confiance en eux-mêmes...

**M. Mike Bossio:** Je me demande, d'un point de vue d'études postsecondaires, s'il s'agit d'un programme de quatre ans, de huit ans ou d'un doctorat.

**Dr Alain Beaudet:** Nous les faisons participer à certains projets à l'école secondaire.

**M. Mike Bossio:** Bien.

Je n'ai plus de temps.

**Le président:** Désolé, monsieur Bossio.

Nous passons maintenant à M. Charlie Angus. Il aura trois minutes pour son intervention.

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

Je regardais les recommandations du coroner de Pikangikum à la suite de l'horrible crise de suicides qui a eu lieu de 2006 à 2009. Il y avait 100 recommandations. Nous aurons les recommandations de l'enquête de Thunder Bay. Nous avons eu les recommandations de la CVR.

AANC peut-il nous dire, dans un tel cas, à combien de recommandations on donne suite?

**Mme Paula Isaak:** Nous travaillons actuellement à mettre en oeuvre les appels à l'action de la CVR. Le processus est entamé.

**M. Charlie Angus:** Mais dans le cas de Pikangikum...?

**Mme Paula Isaak:** Je ne m'en souviens pas, alors je devrai vous revenir là-dessus plus tard.

**M. Charlie Angus:** Une des recommandations clés du Dr Bert Lauwers, qui a rédigé le rapport sur Pikangikum — et, selon moi, c'est une leçon à tirer de ce qui s'est passé à Attawapiskat —, était d'établir un comité directeur composé de professionnels de la santé ainsi que de représentants des forces de l'ordre et du gouvernement local afin que nous puissions effectivement aller de l'avant. Il semble que cela n'a pas eu lieu. Cela m'a semblé un peu improvisé. Mais un comité directeur cohérent... C'est aussi ce que nous entendons à propos d'Attawapiskat avec les jeunes, concernant le fait de leur donner quelque chose.

Nous voyons que des partenaires s'engagent. À Pikangikum, l'initiative Project Journey dirigée par la Police provinciale de l'Ontario fait un travail incroyable auprès des jeunes. Lorsque M. Conn et moi-même sommes arrivés à Attawapiskat, les Rangers canadiens, qui étaient sur le terrain, nous ont accueillis. Il y a énormément de bonne volonté. Nous avons énormément d'expertise dans la prestation de services, mais dans certaines de ces collectivités, nous avons besoin d'un cadre. Il faut, particulièrement dans les collectivités en crise, que le gouvernement fédéral ou le

partenaire provincial joue un rôle de soutien dans les efforts des organisations qui veulent soutenir la collectivité.

Monsieur Conn, le temps presse pour l'équipe d'aide médicale d'urgence à Attawapiskat. Les gens de notre collectivité ont déjà vécu cette situation, où nous retournons à la case départ dès que toute l'attention est partie et que les travailleurs s'en vont aussi un à un. Quel est le plan après 30 jours pour l'équipe d'aide médicale d'urgence, comment nous assurer que nous pouvons tirer le meilleur de toutes ces organisations qui veulent offrir leur aide?

• (1700)

**M. Keith Conn:** Merci de poser la question.

L'équipe d'aide médicale d'urgence, avec certaines des ressources fédérales — nous avons un cadre supérieur de Santé Canada de même que des représentants du réseau local d'intégration des services de santé, ou RLISS, du Nord-Est —, travaille avec la collectivité elle-même. Elle fait du transfert de connaissances et de la formation dans la collectivité, y compris pour le directeur de la santé et d'autres membres du personnel, afin d'élaborer un plan de transition pour faire en sorte qu'au moment du départ de l'équipe d'aide médicale d'urgence, il y ait un plan en place qui prévoit des mesures de soutien et une coordination à moyen terme.

On a aussi dressé le profil de tous les organismes et les travailleurs qui sont sur place en permanence dans la collectivité, mais aussi de ce qui sera bientôt augmenté entre la collaboration et la contribution du RLISS du Nord-Est et l'hôpital relevant de l'autorité sanitaire de la région de Weeneebayko, pour que ces éléments soient consolidés. Nous espérons avoir des discussions avec le chef jeudi. Je crois qu'il y a un plan raisonnable. Il y a eu beaucoup de travail acharné, mais je crois qu'on commence à voir la lumière au bout du tunnel.

**M. Charlie Angus:** Est-ce que cela s'applique à d'autre...? Je veux dire, il me semble que nous réinventons continuellement la roue en plein milieu de...

**Le président:** Charlie, je suis désolé, nous n'avons plus de temps, mais vous aurez une autre occasion d'intervenir.

Nous suivons la liste. Nous passons maintenant à une autre série d'interventions de sept minutes, et nous commencerons par M. Rémi Massé.

[Français]

**M. Rémi Massé (Avignon—La Mitis—Matane—Matapédia, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins de participer à cette initiative importante pour essayer de faire la lumière sur les causes et les solutions possibles pour prévenir les taux de suicide élevés.

Ma première question s'adresse au Dr Beaudet. Notre collègue, Mme Cathy McLeod, y a fait allusion tout à l'heure, mais malheureusement, nous avons manqué de temps.

J'aimerais que vous parliez davantage des solutions qui ont été mises en place au Québec et que vous avez qualifiées de fructueuses. En effet, elles ont permis de réduire le taux de suicide de 50 % chez les jeunes. Prenez le temps de répondre, car j'aimerais que nous sachions quelles sont ces solutions.

**Dr Alain Beaudet:** Je suis en mesure de vous donner des détails à ce sujet. Il s'agit d'une approche programmatique gouvernementale où on retrouve des politiques de prévention structurées.



Comme toujours, en matière de recherches, on est confrontés à ce dont votre collègue parlait un peu plus tôt. On se demande quelles politiques ont eu un impact et dans quelle mesure ces nouvelles politiques ont eu un effet positif. Y a-t-il des corrélations qui peuvent être faites à cet égard? Il n'y a aucun doute qu'il y a présentement une diminution du taux de suicide au Québec et que cela se maintient. Année après année, on voit une diminution absolument phénoménale du taux de suicide au Québec. Quels éléments de la programmation et quelles actions préventives ont été prises exactement à ce sujet? Établir la relation de cause à effet — et non pas uniquement la corrélation — reste un problème. Je serai certainement heureux de vous envoyer de la documentation à ce sujet.

Cependant, une chose est claire et on s'en est bien rendu compte en regardant les diverses interventions qui ont eu lieu aux États-Unis, en Australie, au Groenland et au Canada. Pour prévenir le suicide, ces interventions doivent être extrêmement liées aux éléments socioculturels qui ont été bâtis localement, aux communautés locales et, comme le disait mon collègue —, à l'engagement des communautés. Certainement, l'existence de modèles pour les jeunes — qui vont varier énormément d'une communauté à l'autre et qui vont s'accroître par l'éloignement — est essentielle.

Malheureusement, on ne peut pas décider de prendre simplement toutes les politiques de prévention du Québec et penser que cela va fonctionner au Nunavut. Il est très important de comprendre cela.

Il est aussi important de comprendre quels éléments peuvent être importés et comment ils peuvent être adaptés. Je vous ai donné l'exemple d'une chercheuse qui a adapté aux Premières Nations des programmes de prévention qui avaient été efficaces ailleurs en travaillant avec les communautés et qui ont eu beaucoup de succès. C'est clairement une piste de solutions et une chose qu'il faut regarder de beaucoup plus près.

• (1705)

**M. Rémi Massé:** Je vous remercie.

C'est important, parce que même si le nombre de décès par suicide, comme vous le dites, a diminué de façon importante, il s'élève encore, selon les statistiques que nous avons, à 753 pour les hommes et 219 pour les femmes dans la province de Québec. C'est quand même encore important. Il reste encore beaucoup de travail à faire.

**Dr Alain Beaudet:** C'était alarmant car c'était l'un des pires taux au monde il n'y a pas si longtemps. Maintenant, c'est encore le cas au Canada, mais c'est le cas, comme vous le savez, avec les populations inuites. Chez les jeunes hommes, on a malheureusement le triste record du taux de suicide le plus élevé au monde.

**M. Rémi Massé:** Merci.

J'ai une autre question pour les représentants de Santé Canada qui ont mis en place les programmes de santé autochtone.

En juillet 2015, le gouvernement fédéral a annoncé son engagement à assurer le financement continu des programmes de santé autochtone, notamment l'allocation de 13,5 millions de dollars par année destinée à la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones. Combien de projets de prévention du suicide ont été financés dans le cadre de la SNPSJA et quels ont été les résultats de ces projets?

**Dr Tom Wong:** Je vous remercie beaucoup de la question.

[Traduction]

En effet, la stratégie a financé plus de 130 projets. Pour moi, ce n'est qu'un début parce que de nombreux autres projets pourraient

être financés dans l'avenir avec des ressources supplémentaires, mais nous constatons déjà quelques résultats. Dans certains des projets, certains des participants mentionnent qu'ils voient naître plus d'espoir. Ils voient un avenir pour eux-mêmes, et ils commencent effectivement à fréquenter l'école davantage. Ce sont tous des éléments qui laissent présager un avenir meilleur et, par le fait même, une baisse des tendances à l'égard des maladies mentales et du suicide.

[Français]

**M. Rémi Massé:** Merci.

Pouvez-vous décrire certains exemples de projets qui ont été mis en oeuvre? Dans les 130 projets que vous avez identifiés, quelles sont les démarches qui ont été entreprises? Cela pourrait peut-être aider à répondre en partie à la question de mon collègue, M. Michael McLeod. Il s'agit de voir quelle sorte de pistes de solution concrètes ont été adoptées dans le contexte de ces projets.

[Traduction]

**Dr Tom Wong:** Oui, c'est bien le cas.

Par exemple, je parlais plus tôt d'un projet dans les Territoires du Nord-Ouest où il y avait un camp pour adolescentes, et dans le cadre des activités du camp, elles ont appris à avoir confiance en elles-mêmes, et elles ont appris des choses sur les liens avec la culture. Grâce à ce projet, elles ont mentionné tous ces facteurs dont j'ai parlé, le sentiment d'espoir et d'optimisme pour l'avenir, ce qui s'est produit par un renforcement du lien avec l'école et toutes ces choses.

Un autre projet mise sur le développement communautaire: on travaille avec le corps de police local pour essayer d'aider les jeunes à comprendre leurs forces et de les encourager à faire de l'activité physique. Grâce à ce projet, ils s'aperçoivent qu'ils ne se plaignent plus qu'il n'y a rien à faire dans la vie. Ils semblent maintenant voir qu'il y a une place pour eux dans l'avenir.

**Le président:** Merci beaucoup de votre exposé.

La prochaine personne à poser une question est Mme Cathy McLeod.

**Mme Cathy McLeod:** Merci, monsieur le président.

Je veux reprendre la question soulevée par mon homologue au sujet du fait qu'il ne semble pas y avoir de responsable unique pour cet enjeu, alors j'ai l'impression qu'il y a une dispersion des services et des programmes dans une foule de ministères. Certains ont été évalués, d'autre pas. Je crois qu'il y a certainement des façons de les regrouper avec un peu plus de clarté, mais, puisque vous évoluez au sein du système, peut-être y voyez-vous plus clair que moi.

Je veux aussi poursuivre dans cette veine. Je crois que si vous aviez l'argent demain, vous ne seriez jamais en mesure de former 70 équipes de travailleurs en santé mentale. J'ai fourni des soins de santé et j'ai été responsable de la prestation de services dans des collectivités rurales et éloignées, et je crois qu'il est très difficile, pour ce qui est des ressources humaines de trouver des personnes possédant les bonnes compétences. J'ai toujours cru que, dans une certaine mesure, il vaut mieux investir dans les loisirs et le renforcement des capacités.

À cette fin... Tout d'abord, je sais que le Dr Beaudet a parlé du programme Premiers soins en santé mentale qui a été adapté aux collectivités des Premières Nations et mis en oeuvre. A-t-il été lancé dans 600 collectivités à l'échelle du pays, ou dans 20 collectivités? À quel point a-t-il été évalué, et à quel point donne-t-il des résultats?

• (1710)

**Dr Alain Beaudet:** La réponse est non, pas les 600 collectivités.

Nous finançons la recherche, donc notre rôle consiste à démontrer qu'une intervention est efficace. Nous devons ensuite collaborer avec nos collègues afin de pratiquer des interventions efficaces à plus grande échelle d'une manière qui convient aux diverses collectivités visées.

**Mme Cathy McLeod:** Combien de collectivités sont visées par vos recherches? Le programme a été adapté...

**Dr Alain Beaudet:** Cela dépend du programme, mais je pense à un programme où il y a...

**Mme Cathy McLeod:** Il s'agit du programme Premiers soins en santé mentale.

**Dr Alain Beaudet:** ... 12 collectivités dans un programme, le même nombre. Il y a relativement peu de collectivités où la recherche est menée.

Encore une fois, nous finançons la recherche, donc nous ne pouvons pas financer les soins, lesquels s'inscrivent souvent dans une application à très grande échelle de la science de la mise en oeuvre.

**Mme Cathy McLeod:** D'accord. Ma prochaine question s'adresse à Santé Canada.

J'ai vu les projets de démonstration succéder aux projets de recherche, puis aux projets de soins de santé primaires qui se sont révélés efficaces. Disposez-vous d'un système à l'aide duquel vous pouvez prendre les ressources pour des projets qui ne sont pas efficaces et les réaffecter à... Disons, par exemple, cette trousse de premiers soins en santé mentale qui a présenté des résultats incroyables. Quelle sorte d'agilité et de souplesse avez-vous pour appliquer ce genre de chose à grande échelle?

**Dr Alain Beaudet:** Cette question est-elle pour moi?

**Mme Cathy McLeod:** Non, elle s'adresse à Santé Canada.

Si les résultats venant des IRSC et de la trousse d'outils en santé mentale sont étonnants, comment allez-vous les appliquer à grande échelle?

**Dr Tom Wong:** L'une des façons d'y arriver consiste à coopérer avec les IRSC.

La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits collabore actuellement avec les IRSC à la première initiative Voies de l'équité, une initiative qui comprend des volets sur la santé mentale et le suicide. Puisque nous travaillons avec les IRSC sur ces projets, lorsque des projets de démonstration montrent qu'il y a des pratiques prometteuses grâce à nos réseaux, nous favorisons la mise en commun de ces pratiques exemplaires et prometteuses. De plus, nous réaffectons des fonds à l'interne en travaillant avec les collectivités en vue d'appliquer ces pratiques prometteuses à plus grande échelle.

Sans le cadre des IRSC — Dr Beaudet peut peut-être s'exprimer également sur le sujet — le projet Voies de l'équité comporte aussi un petit volet relatif à l'intensification des activités.

**Dr Alain Beaudet:** Il y a, absolument...

**Mme Cathy McLeod:** Je suis désolée, je crois que nous devons probablement reprendre cela hors ligne.

Combien des quelque 600 collectivités ont un accès convenable aux services à large bande? Dans quelle mesure la télémédecine et également d'autres choses comme...? Il existe de très bons programmes de prévention en santé mentale qui sont assez

accrocheurs pour les jeunes adultes en matière de soutien en ligne, comme WalkAlong. Sommes-nous en train d'appliquer la bande large à plus grande échelle au pays? Sommes-nous en train d'étendre la capacité dans la majorité des collectivités, 50 % des collectivités, afin d'offrir la télémédecine et d'avoir la capacité de gérer certains programmes qui sont peut-être efficaces?

**Dr Tom Wong:** En deux mots, je dirais que cela ne suffit pas. Dans l'avenir, nous aimerions vraiment avoir suffisamment de bande passante et de bande large pour que ces services puissent réellement être offerts dans les collectivités les plus éloignées, accessibles par voie aérienne, mais pour le moment, malheureusement...

• (1715)

**Mme Cathy McLeod:** Diriez-vous 50 %?

**Dr Tom Wong:** C'est effectivement moins que cela. N'oublions pas que dans de nombreuses collectivités, l'accès au réseau se fait par ligne commutée, donc tout type de téléchargement est extrêmement lent.

**Dr Alain Beaudet:** Si je peux me permettre, l'application à grande échelle n'est pas facile. Nous constatons qu'il s'agit d'un problème auquel fait face le monde entier. La Banque mondiale vient nous demander comment appliquer à grande échelle des projets en Afrique de l'Ouest et comment composer avec les différents contextes culturels et l'importance d'un projet. Nous avons affaire à une science qui est nouvelle, la science de l'intensification. Comment cela fonctionne-t-il? De quelle façon faut-il procéder? Comment le faire de manière efficiente? Ce n'est que le début, et nous serons beaucoup plus efficaces au chapitre de l'application à plus grande échelle dans un avenir prochain.

**Mme Cathy McLeod:** Merci.

**Le président:** Merci.

La dernière question s'adresse à Charlie Angus. La sonnerie d'appel pourrait se faire entendre ou les lumières pourraient clignoter pendant que nous abordons la question. C'est une sonnerie d'appel de 30 minutes, si je comprends bien, pour signifier qu'il y a un vote à 17 h 45, donc nous devrions avoir assez de temps pour terminer.

**M. Charlie Angus:** Merci, monsieur le président.

Je vous remercie. L'après-midi a été très intéressant.

J'aimerais revenir sur le sujet de la protection de l'enfance puisqu'il en est question dans le cas de cette jeune personne qui était perdue au lac des Bois. Cet incident a été évoqué maintes fois comme étant l'un des facteurs clés dénotant le manque de possibilités offertes aux enfants autochtones.

Je crois comprendre que le gouvernement a consacré 71 millions de dollars pour de l'aide immédiate afin de combler l'écart au chapitre de la protection de l'enfance, mais j'examine votre mémoire adressé au Tribunal des droits de la personne, à l'onglet 248, où il est écrit qu'au moment de sa soumission, l'écart était de 108 millions de dollars, ce qui équivaut environ à 121 ou 122 millions de dollars avec l'inflation. Votre propre document interne indique que l'écart était plus important que celui qui a été fourni, donc comment pouvez-vous être conforme à la décision du Tribunal des droits de la personne, qui vous a ordonné de combler immédiatement l'insuffisance de fonds?

**Mme Paula Isaak:** Lorsque nous avons...

**Le président:** Si je peux me permettre, notre procédure requiert que je demande le consentement unanime pour permettre au Comité de poursuivre pendant que les sonneries retentissent. Comme je l'ai dit, il y a un vote à 17 h 45. Avons-nous un consentement unanime pour terminer cette question de sept minutes?

**Des voix:** D'accord.

**Le président:** Il semble qu'on ait le consentement unanime.

Je m'excuse de l'interruption; veuillez poursuivre.

**Mme Paula Isaak:** Merci, monsieur le président.

Lorsque nous avons entrepris le travail en 2012, nous avons également cherché à augmenter le financement; voilà donc à quoi sert le budget d'immobilisations actuel. Le financement de départ est de 71 millions de dollars, puis il grimpera jusqu'à 176 millions de dollars au cours des cinq prochaines années et se poursuivra. Il s'agit de la même philosophie que celle que nous avons examinée lorsque nous avons fait le travail antérieur. Les organismes devaient s'assurer qu'ils pouvaient embaucher les travailleurs sociaux et mettre les programmes appropriés en place pour dépenser l'argent au fil du temps. Telle était l'idée qui sous-tendait l'augmentation du financement au cours des années, et c'était la même idée lorsque nous y avons pensé la première fois.

**M. Charlie Angus:** Une question se pose, pour ce qui est de se conformer immédiatement, puisque nous parlons des enfants qui sont laissés pour compte la nuit et le jour... En 2012, vous avez relevé un écart beaucoup plus important que maintenant, donc l'augmentation se fera sur cinq ans, mais à la fin des cinq années, vous ne serez tout de même pas à 200 millions de dollars, montant du manque à combler au coeur du litige impliquant le gouvernement.

Si le Tribunal des droits de la personne a statué en faveur de Cindy Blackstock, et elle dit qu'il s'agit de 200 millions de dollars, et que dans cinq ans, vous n'aviez toujours pas ce montant, alors comment pouvez-vous être conforme à la décision?

**Mme Paula Isaak:** En date d'aujourd'hui, le Tribunal n'a pas mentionné que le montant pour être conforme était de 200 millions de dollars. Il a demandé de l'information, et nous avons tout récemment fourni la répartition détaillée. Nous comptons sur les membres du Tribunal pour communiquer avec nous s'ils ont d'autres questions ou d'autres ordres.

Comme je l'ai dit, nous avons mis à jour les montants que nous avons utilisés en 2012, lesquels ont affiché au bout du compte un écart de 108 millions de dollars, et nous voyons maintenant que l'écart a augmenté pour passer à 175 millions de dollars.

Il reste à savoir si le Tribunal a d'autres renseignements à nous fournir.

• (1720)

**M. Charlie Angus:** Que se passera-t-il si le Tribunal dit que cela ne suffit pas? Ce processus dure depuis 12 ans. Les membres du Tribunal vous l'ont dit. Vous en avez été informé. Vos propres documents montrent que les montants sont importants.

Comment pouvez-vous vous conformer si vous ne prévoyez même pas atteindre la cible dans cinq ans? Avez-vous un plan d'urgence à ce point-ci?

**Mme Paula Isaak:** Nous ferons ce que le Tribunal nous ordonnera. Nous examinerons l'ordonnance à ce moment-là, puis nous y donnerons suite.

**M. Charlie Angus:** Dans ce cas-là, ce montant proviendra-t-il de fonds d'autres programmes? C'est ce qui s'est produit par le passé, n'est-ce pas? L'argent est pris à même le fonds d'infrastructure pour

comblent les manques à gagner en matière de protection de l'enfance chaque année.

**Mme Paula Isaak:** Dans le passé, nous avons réaffecté les fonds, c'est bien cela. Maintenant, nous espérons ne pas avoir à réaffecter des fonds provenant d'autres programmes. Nous composerons avec l'ordonnance du tribunal dans l'avenir s'il ordonne quelque chose de différent.

**M. Charlie Angus:** Donc, le montant affecté était de 71 millions de dollars. Savez-vous quel montant devrait réellement être alloué aux services de protection de l'enfance?

**Mme Paula Isaak:** Je n'ai pas la répartition détaillée devant moi, mais on nous a remis cette répartition, et nous pouvons la remettre au Comité.

**M. Charlie Angus:** Ce serait bien, parce que s'il n'y a que 50 millions de dollars alloués aux services et que le reste est retenu pour je ne sais quelle autre raison administrative, nous ne serons toujours pas conformes, donc cela nous serait utile.

**Mme Paula Isaak:** Nous vous fournissons la répartition.

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

Docteur Wong, j'aimerais qu'on reparle de l'accroissement éventuel de l'effectif des équipes de bien-être mental.

Si nous avons 10 équipes de bien-être mental qui assurent 5 %, 10 % ou jusqu'à 20 % des services et que nous devons nous rendre à 80 %, existe-t-il des plans ciblés expliquant comment nous atteindrons cette cible? Est-ce que nous ne faisons qu'espérer ou...?

**Dr Tom Wong:** Actuellement, nous cherchons des ressources et des sources de financement. Comme je l'ai dit auparavant, 10 équipes ne suffisent pas, nous aimerions en accroître le nombre.

Si nous parlons de 80 équipes, nous aurions besoin de 40 à 50 millions de dollars.

**M. Charlie Angus:** D'accord. Vous aurez besoin de trouver cet argent, donc, il devra provenir du Conseil du Trésor. Cela correspond à peu près au montant dont vous avez besoin pour combler cet écart?

**Dr Tom Wong:** Approximativement, oui.

[Français]

**M. Charlie Angus:** J'aimerais revenir à une question de mon collègue, M. Massé, sur la diminution des suicides au Québec. Je pense que c'est incroyable. Si on regarde la différence entre la population crie du Québec et celle de l'Ontario, c'est le jour et la nuit.

Au Québec, il y a eu une entente entre les Cris et le gouvernement du Québec qu'on a appelée La Paix des Braves. Cette entente a établi un processus d'engagement vis-à-vis du développement des ressources, du développement de l'économie et de la protection des terres. La situation est totalement différente de celle vécue par les Cris de la Baie-James, en Ontario.

Pensez-vous qu'il y a un lien entre l'amélioration des conditions économiques des Cris du Québec et la diminution du taux de suicide au Québec?

[Traduction]

**Le président:** Pourriez-vous prendre un peu moins d'une minute, je vous prie? J'ai bien peur que nous ayons dépassé le temps alloué.

[Français]

**Dr Alain Beaudet:** Je n'ai pas vraiment de réponse à cette question.

Comme je l'ai dit plus tôt, une série de mesures préventives ont été prises par le gouvernement, comme un accroissement de l'accès aux soins de santé mentale et la création de centres de prévention du suicide. Des mesures vont même jusqu'à l'installation de barrières le long des voies ferrées pour empêcher les gens de se jeter devant les trains. Il y a donc une série de mesures qui ont été prises.

On doit se demander quelles sont, parmi ces mesures, celles qui sont véritablement efficaces. Je n'ai pas la réponse exacte à votre question.

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup.

J'aimerais remercier tous les témoins de leur temps et des exposés très réfléchis qu'ils nous ont présentés aujourd'hui. Votre contribution aura une immense incidence sur notre étude. Merci beaucoup.

La séance est levée. Merci.

---







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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

---

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

---

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>