



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 019

Le mardi 10 mai 2022

Président : L'honorable Marc Garneau



Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

Le mardi 10 mai 2022

• (1605)

[Français]

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

Bienvenue à la dix-neuvième réunion du Comité permanent des affaires autochtones et du Nord.

[Traduction]

Nous sommes réunis aujourd'hui sur le territoire non cédé de la nation algonquine anishinabe. Nous avons juste quelques questions d'ordre administratif à régler avant de passer aux groupes de témoins.

La greffière a distribué à tout le monde le budget de notre quatrième étude, et j'aimerais savoir si nous avons l'approbation du Comité pour ce budget. Que dit le Comité? Est-ce que le budget est approuvé?

Des députés: D'accord.

Le président: Très bien. C'est approuvé. Merci beaucoup.

Je rappelle à tous qu'il faut remettre, pour notre étude, les listes pour les 12 premiers témoins avant midi, le vendredi 13 mai. Il y a donc six témoins pour les libéraux, quatre pour les conservateurs, un témoin pour le NPD et un pour le Bloc. Les autres listes de témoins doivent être remises au plus tard à midi, le 20 mai. La greffière pourra ainsi inviter les témoins à l'avance, puisque l'étude aura lieu bientôt, après la pause de mai.

[Français]

Aujourd'hui, nous continuons notre troisième étude sur l'administration du programme...

Mme Marilène Gill (Manicouagan, BQ): Je m'excuse de vous interrompre, monsieur le président.

Selon ce que j'avais compris, le Bloc québécois et le NPD pouvaient inviter deux témoins chacun. Je crois que c'est ce que Mme Idlout avait également compris.

Le président: Cela voudrait dire que nous inviterions plus de 12 témoins.

[Traduction]

C'est six, quatre, un et un.

[Français]

Nous continuons notre étude sur l'administration du programme des services de santé non assurés et l'accessibilité des peuples autochtones à ce programme.

[Traduction]

Avant de présenter notre premier groupe de témoins, j'ai quelques consignes à vous communiquer.

Veillez attendre que je vous nomme avant de parler, et si vous êtes en vidéoconférence, veuillez cliquer sur l'icône du microphone pour l'activer. Pour ceux qui sont dans la salle, votre microphone sera contrôlé comme d'habitude par l'agent des délibérations et de la vérification. Veuillez parler lentement et clairement, et veillez à mettre votre microphone en sourdine lorsque vous ne parlez pas. Je vous rappelle que vous devez toujours vous adresser à la présidence.

Notre réunion d'aujourd'hui se déroule comme toutes les réunions du Comité. Nous présenterons nos invités, et chacun aura cinq minutes pour sa déclaration liminaire, après quoi nous passerons à la période de questions.

Je vous présente nos trois témoins d'aujourd'hui: M. Lee Thom, représentant élu du Kikino Metis Settlement; Frances Chartrand, ministre de la Santé et du Mieux-être de la Manitoba Métis Federation; et, enfin, de la Métis Nation Saskatchewan, Marg Friesen, ministre de la Santé, et Adel Panahi, directeur, Santé.

Nous allons maintenant entendre les témoins, à commencer par M. Lee Thom.

Monsieur Thom, vous disposez de cinq minutes pour votre déclaration liminaire. Nous vous écoutons.

M. Lee Thom (représentant élu, Kikino Metis Settlement): Merci, monsieur. C'est pour moi un honneur d'être ici.

Je serai bref. J'ai de très bonnes notes, et j'espère pouvoir rester concentré. Il m'a fallu un certain temps pour arriver ici, mais j'y suis.

Tout d'abord, je m'appelle Lee Thom et je suis du Kikino Metis Settlement. Kikino se trouve dans le Nord de l'Alberta, à deux heures au nord d'Edmonton. Je vais vous donner un bref historique de l'établissement, puis je passerai aux trois sujets dont j'ai choisi de vous parler aujourd'hui.

En 1990, le gouvernement albertain de l'époque a signé le Métis Settlements Accord qui accordait à Métis Settlements of Alberta 1,2 million d'acres de terres en fief simple. Nous avons ainsi acquis une assise territoriale. Nous avons ensuite reçu des fonds pour construire notre infrastructure et nos communautés. C'est ce que nous a donné l'accord.

Avec la fin de l'accord en 2011, il y a eu un financement provisoire à court terme qui a mené, en 2013, à l'Accord sur les ententes de gouvernance et de financement à long terme, lequel tire maintenant à sa fin. Cet accord a été mis en place et conçu pour que nous puissions continuer de recevoir notre financement, et l'annexe J de l'accord prévoyait que nous aurions la propriété effective des mines et des minéraux, ce qui ne s'est pas produit.

En bref — car c'est une très longue histoire que j'abrège —, en 2017, Métis Settlements a signé un protocole d'entente avec le gouvernement fédéral et la ministre Bennett. Un élément de ce protocole consistait à protéger nos terres en vertu des droits prévus à l'article 35.

Un accord-cadre conclu en 2018 comportait un tas de points, dont le principal était la santé. Il y a 10 éléments, mais je ne les énumérerai pas, car je réduis le temps que je veux consacrer à mes sujets, mais la santé est l'un des plus importants. À l'heure actuelle, Métis Settlements est en discussion avec la province, et l'a toujours été, sur trois grands sujets: les services aux personnes âgées, la santé mentale et la toxicomanie.

En ce qui concerne les services aux aînés, notre communauté compte actuellement entre 80 et 100 aînés qui n'ont pas accès à de l'aide en matière de soins dentaires ou de soins de la vue. De nombreux obstacles se dressent en ce qui concerne le transport, l'éducation et la formation de nos travailleurs locaux et des personnes qui fournissent les services. On nous dit à Métis Settlements que les services sont à portée de main, et nous espérons qu'un jour nous pourrions avoir des installations qui pourront accueillir les services qui sont si importants pour notre petite communauté.

Je suis en train de m'éloigner de mes notes. Je sais de quoi je parle. Je n'aime pas me limiter à un texte, alors je vais continuer en tant que Lee Thom.

La santé mentale et la toxicomanie contribuent grandement à la criminalité en milieu rural, à la maltraitance des personnes âgées et aux problèmes que nous avons actuellement dans notre communauté avec le manque de participation des jeunes. Il faut énormément d'argent pour financer des programmes permettant aux jeunes d'avoir accès aux sports. Créer des campagnes de lutte contre la drogue et l'alcool... Je pense vraiment que la santé est liée à la maison: dans une maison plus saine, les gens sont en meilleure santé.

Je suis convaincu que la santé des gens s'améliore nettement si l'on s'attaque aux moisissures dans nos communautés et au problème des logements inefficaces, à l'heure des changements climatiques et du mouvement en faveur de l'efficacité énergétique dans les maisons. Nos maisons sont inefficaces. Nous avons un besoin urgent de financement pour le logement. Le logement est étroitement lié à la santé.

Nous avons besoin de fonds pour soutenir le maintien de l'ordre. Les services de police sont liés à la réduction de la criminalité en milieu rural et à tout ce qui touche à la santé mentale, à la toxicomanie et à la violence envers les personnes âgées. Il y a tellement de choses dont nous pouvons parler.

J'avais mes notes, toutes bien rédigées, et j'ai peut-être oublié quelques éléments, mais, comme vous pouvez le constater, j'aime parler avec mon cœur, et j'aime me présenter en tant que Métis d'un établissement métis et faire comprendre au gouvernement que nous avons signé deux accords par le passé. L'accord-cadre de 2018 a de nouveau cerné 10 éléments. Je tiens à ce que cela soit clair. Nous

n'avons pas vu l'élan que nous espérions, avec des postes budgétaires pour les établissements métis en particulier. Nous avons tendance à être financés en tant que communautés métisses, et il y a beaucoup de communautés métisses, mais l'Alberta est unique. C'est la seule province où il y a des Métis établis sur le territoire, et la seule province où ces Métis disposent d'infrastructures, de routes, de personnel, d'administration et d'élus.

• (1610)

La bonne gouvernance est un élément majeur de notre système. Sans une bonne gouvernance, les programmes que nous offrons à nos membres, comme les programmes de réparation 50-50, qui permettent aux gens d'obtenir de l'argent pour réparer leur maison, pour obtenir du transport à des fins médicales... Certains des programmes que nous avons dans nos communautés sont très importants pour nos membres.

• (1615)

Le président: Monsieur Thom, vos cinq minutes sont écoulées.

Pourriez-vous conclure, s'il vous plaît?

M. Lee Thom: Oui. Je vais conclure rapidement. Je suis désolé.

Je pense que nous devons respecter les obligations qui ont été établies dans l'accord-cadre de 2018. Nous parlons de santé, aujourd'hui. Je comprends cela, et j'ai apporté quelques éléments sur la santé.

La signature avec la ministre Bennett devait aboutir à une réconciliation, mais rien n'en a découlé. En tant qu'élu, maintenant, je n'ai pas constaté de progrès. Je pense que le budget fédéral doit reconnaître directement les établissements métis et offrir un financement continu pour régler tous les problèmes.

Merci beaucoup.

C'est pour moi un honneur de témoigner devant vous. Merci du temps que vous me consacrez.

Le président: Merci, monsieur Thom.

Nous allons maintenant passer à Frances Chartrand.

Madame Chartrand, vous avez cinq minutes.

Mme Frances Chartrand (ministre de la Santé et du Mieux-être, Manitoba Métis Federation): Bonjour à vous tous.

Je vous remercie d'avoir permis à la Manitoba Métis Federation de témoigner devant vous aujourd'hui. Nous attendons avec impatience les résultats de l'étude sur l'accessibilité des peuples autochtones au Programme des services de santé non assurés, et nous sommes ravis de pouvoir entamer une réflexion sur l'amélioration de la santé de nos Métis de la rivière Rouge.

Avant d'entamer la discussion, j'aimerais fournir quelques définitions et quelques renseignements sur notre identité.

La Manitoba Métis Federation est le collectif autochtone qui était historiquement connu sous le nom de Red River Métis. Nous sommes les partenaires de négociation du Canada au sein de la Confédération et les fondateurs de la magnifique province du Manitoba. Notre collectif ou communauté dépasse les frontières, et nos citoyens se trouvent aujourd'hui dans ce qui est maintenant le Manitoba, ainsi qu'ailleurs au Canada et à l'étranger.

Grâce à l'Entente de reconnaissance et de mise en œuvre de l'autonomie gouvernementale des Métis du Manitoba conclue en juillet 2021, la MMF est reconnue par le gouvernement fédéral comme étant le gouvernement des Métis de la rivière Rouge, également connus sous le nom de Métis du Manitoba, un peuple autochtone distinct dont les droits sont reconnus et affirmés comme étant protégés par l'article 35 de la Loi constitutionnelle de 1982.

La Manitoba Métis Federation a entrepris d'importantes recherches sur la santé en se fondant sur des échantillons composés de plus de 70 000 de nos citoyens. Bien que les citoyens de la MMF ne soient pas couverts par les services de santé non assurés, l'atlas des Métis de 2010 et les études subséquentes ont montré que la santé globale et l'espérance de vie des Métis sont moins bonnes que celles du reste des Manitobains. Les déterminants sociaux de la santé, notamment le statut socioéconomique et l'accès aux services, y sont pour beaucoup. Les résultats de nos recherches indiquent que le taux de maladies chroniques est extrêmement élevé dans nos communautés. Le taux de maladies cardiaques est de 40 % plus élevé que dans la population canadienne en général; le taux d'arthrite est de 22 % plus élevé; le taux de diabète, de 34 %, et le taux d'amputation des membres inférieurs lié au diabète, de 49 %.

Afin d'offrir des services équitables et adaptés à la culture, les citoyens métis du Manitoba ont besoin de programmes et de services sociaux et de santé qui sont élaborés et offerts par des Métis et citoyens métis.

En 2017, la Manitoba Métis Federation a créé et mis en place un programme de médicaments sur ordonnance pour aider les aînés métis dans le besoin afin qu'ils n'aient pas à payer leurs médicaments de leur poche. Depuis, c'est la Manitoba Métis Federation qui finance seule notre programme de médicaments sur ordonnance, malgré nos tentatives pour établir un partenariat avec le Canada.

Le PMO couvre une gamme complète de médicaments sur ordonnance et de médicaments en vente libre figurant sur le formulaire du régime d'assurance-médicaments du Manitoba. Le programme couvre également une petite gamme de fournitures médicales et d'articles d'équipement. À l'heure actuelle, pour bénéficier du soutien du PMO, il faut détenir une carte de citoyenneté valide de la MMF, avoir 55 ans ou plus, avoir un revenu annuel de 25 000 \$ ou moins, être inscrit au régime d'assurance-médicaments du Manitoba et accepter d'utiliser la pharmacie MEDOCare comme seul dispensaire.

Le taux d'utilisation du programme chez les aînés métis admissibles continue d'augmenter. Il a doublé entre l'exercice 2019-2020 et l'exercice 2021-2022. L'utilisation du programme devrait grimper, car on sait que les personnes âgées présentent une prévalence plus élevée de certaines maladies chroniques par rapport aux Canadiens plus jeunes, ainsi que des revenus de retraite plus faibles.

Contrairement au régime de soins de santé non assurés pour les membres des Premières nations, le PMO ne couvre pas les services de diagnostic tels que les examens, les radiographies, les services d'audiologie, les services préventifs, les orthèses, les soins dentaires ainsi que le transport et l'hébergement à des fins médicales, pour n'en nommer que quelques-uns. La MMF s'efforce d'étendre la portée du programme afin qu'il couvre les services que j'ai énumérés et d'alléger le fardeau financier des Métis âgés à faible revenu. La demande de services plus nombreux et plus variés est réelle. Les Métis peuvent travailler en complémentarité avec le Manitoba et le Canada.

• (1620)

Les Métis du Manitoba ont le droit à l'autodétermination, tel qu'il est reconnu dans la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones, ainsi que le droit inhérent à l'autonomie gouvernementale reconnu et affirmé par l'article 35. Le droit à l'autodétermination comprend le droit à la santé sous toutes ses formes. Cela comprend l'administration et la prestation des services de soins de santé, l'établissement de nos propres priorités, l'administration de nos propres budgets de soins de santé et la gestion de nos propres ressources.

Il faut que des dispositions soient prises pour la négociation d'ententes ou la promotion de la santé, de la sécurité et du bien-être des citoyens métis à l'intérieur d'un cadre défini englobant les services pharmaceutiques et médicaux, ainsi que améliorer l'accès à ces services.

Le président: Madame Chartrand, je vais devoir vous demander de conclure. Nous avons dépassé les cinq minutes.

Mme Frances Chartrand: D'accord.

Nous sommes prêts à collaborer avec le Canada sur le plan technique à la négociation d'ententes, ainsi qu'à participer à l'élaboration et à la promotion de mesures législatives en matière de santé qui permettront à nos aînés et à nos citoyens métis vulnérables de bénéficier des services de santé dont ils ont besoin.

Je vous remercie beaucoup de m'avoir invitée à prendre la parole aujourd'hui.

Le président: Merci, madame Chartrand.

Nous allons maintenant passer à nos prochains témoins. Nous avons Marg Friesen et Adel Panahi.

Je ne sais pas si vous allez diviser votre temps ou si un de vous deux seulement va présenter une déclaration, mais vous avez cinq minutes en tout.

Merci.

Mme Marg Friesen (ministre de la Santé, Métis Nation-Saskatchewan): Merci.

Taanishi. Bonjour à tous.

Bonjour, monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité. Merci de nous donner l'occasion de participer à votre audience aujourd'hui.

Je suis ici en tant que ministre de la Santé de la Métis Nation-Saskatchewan pour vous parler des services de santé non assurés pour nos citoyens métis. Ils ont déterminé qu'il s'agissait d'une priorité absolue en matière de santé dans notre pays.

Vous avez récemment entendu Cassidy Caron, présidente du Ralliement national des Métis. J'aimerais vous donner plus de détails sur les expériences de notre peuple en matière de santé, et je veux commenter plus particulièrement les services de santé non assurés.

La Métis Nation-Saskatchewan est l'un des quatre membres dirigeants du RNM. Nous représentons les citoyens métis de la Saskatchewan. L'Assemblée législative de notre nation métisse gouverne notre peuple et adopte également des lois et des règlements pour la conduite de la Métis Nation-Saskatchewan.

Notre peuple a une compréhension holistique de la santé, façonnée par des structures sociales plus vastes qui comprennent les liens de parenté, la communauté, l'identité et la culture, et surtout les liens avec la terre. Ces principes sont à la base de tout travail visant à remédier aux inégalités en matière de santé que connaissent les Métis.

La colonisation est un important déterminant social de la santé qui contribue aux inégalités en matière de santé que subissent encore aujourd'hui les Métis. Les pensionnats, les écoles de jour et les écoles industrielles sont des exemples de pratiques coloniales. Il y a une grande proportion d'enfants métis pris en charge, ce à quoi nous aimerions remédier, et le racisme systémique persiste dans nos établissements de soins de santé.

Au cours des dernières années, la MN-S a organisé plusieurs séances de mobilisation à travers la province, dans nos 12 régions, et a contacté plus de 800 citoyens. Ces derniers ont fait connaître leur principale priorité, à savoir les services de santé non assurés, et ils aimeraient que cela se concrétise à l'avenir. J'aimerais vous livrer aujourd'hui quelques-unes de leurs expériences.

En ce qui concerne l'abordabilité des soins de santé et des médicaments, de nombreux citoyens ne peuvent se permettre de donner la priorité à leur santé. Par exemple, des citoyens vont choisir entre leurs besoins de base, comme le logement et la nourriture, et leurs médicaments et prescriptions. Nous avons également entendu des histoires à travers le pays selon lesquelles certaines personnes qui vivent avec un revenu fixe, en particulier les aînés et les personnes âgées dans nos communautés, partagent les médicaments prescrits avec les membres de leur famille qui prennent le même médicament ou avec d'autres membres de la communauté, des voisins ou des amis, afin de s'assurer que les gens prennent les médicaments qui leur ont été prescrits. En tant que défenseurs du droit aux soins de santé, nous trouvons ce phénomène plutôt alarmant et aimerions nous y attaquer.

Le coût élevé des aliments et du matériel de dépistage, comme les appareils et le matériel pour le diabète, constitue un obstacle à la bonne santé des citoyens métis. Comme je l'ai mentionné, cet obstacle est particulièrement préoccupant chez nos aînés et nos anciens. Il est urgent d'offrir aux aînés du soutien pour le coût des médicaments sur ordonnance et de donner la priorité aux soins à domicile et aux soins de longue durée dans nos communautés locales. Souvent, nos aînés sont expédiés ailleurs parce que les établissements de soins de longue durée se trouvent à l'extérieur de leur communauté. Nous savons, et nous l'avons appris par expérience en écoutant les citoyens, que c'est souvent le cas, et ils perdent alors le contact avec leur famille et leur lien avec la terre, ainsi que leur vie communautaire. C'est une préoccupation pour nous.

Nous avons également entendu parler de patients atteints de cancer qui vivent à des centaines de kilomètres des centres de traitement et qui dorment dans leur véhicule parce qu'ils n'ont pas les moyens d'aller à l'hôtel après leur traitement. La distance est trop grande pour qu'ils puissent rentrer chez eux lorsqu'ils ne se sentent pas bien après un traitement contre le cancer. C'est également inquiétant pour nous. Il arrive très souvent que des familles et des communautés métisses organisent régulièrement des campagnes pour recueillir des fonds de sorte que les familles puissent séjourner à l'hôtel et subvenir à leurs besoins lorsqu'elles subissent des traitements contre le cancer.

• (1625)

Pendant la pandémie, Métis Nation-Saskatchewan, ou MN-S, a lancé un programme d'aide au transport pour raison médicale afin de payer le coût du carburant, des aliments et de l'hébergement des personnes aux besoins importants et aux revenus modestes qui ont des rendez-vous médicaux et qui ont accès à ce programme. Depuis juillet 2020, nous avons ainsi aidé 965 citoyens à se rendre à près de 4 000 rendez-vous médicaux, pour une facture d'un peu plus de 500 000 \$. Ces chiffres témoignent du besoin important en aide au transport pour raison médicale pour les Métis. Le programme ne bénéficie toutefois pas d'un financement durable.

Les Territoires du Nord-Ouest sont la seule région du Canada qui subventionne les services de santé non assurés des citoyens métis. Le programme est géré par la Croix bleue de l'Alberta, un fournisseur de services externe, et couvre les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires, les soins de la vue, la fourniture et l'équipement médicaux et les frais de transport pour raison médicale admissibles. Ce programme est un modèle de réussite que MN-S peut mettre en œuvre dans l'ensemble du territoire des Métis en collaboration avec les gouvernements fédéral et provincial.

MN-S et d'autres membres de la direction du Ralliement national des Métis...

Le président: Madame Friesen, je vais devoir vous demander de clore votre propos.

Mme Marg Friesen: Je vous remercie.

Ils sont prêts et déterminés à élaborer un programme financièrement durable afin de combler les besoins et les priorités des citoyens métis en matière de soins de santé.

Je vous remercie de nouveau de m'avoir offert l'occasion d'exposer la priorité immédiate en matière de santé de MN-S et d'exprimer la voix des citoyens métis de la Saskatchewan. Nous répondrons avec plaisir à vos questions.

Maarsii.

Le président: Je vous remercie, madame la ministre.

Nous procéderons maintenant aux tours de questions.

Madame Stubbs, je pense que vous êtes la première à intervenir. Vous disposez de six minutes.

Mme Shannon Stubbs (Lakeland, PCC): Je vous remercie, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins de comparaître aujourd'hui. Je pense que nous considérons probablement tous que nous voudrions disposer de plus de temps pour vous entendre et poser des questions.

Je poserai quelques questions à M. Thom, qui vient de mon coin de pays. Je veux le remercier d'avoir expliqué la position particulière des établissements métis en Alberta. C'est un point que je tente régulièrement de mettre en lumière au nom des Albertains au sein de notre comité, notamment parce que quatre des huit établissements métis de trouvent dans la circonscription de Lakeland.

Monsieur Thom, la ministre Hajdu a témoigné vendredi et déclaré que « nous avons commencé à transférer des fonds aux gouvernements métis pour des programmes axés sur les distinctions ». Vous êtes un conseiller élu du gouvernement métis à Kikino. Je veux simplement éclaircir quelque chose. Est-ce que Kikino a reçu du financement du gouvernement fédéral ou est-ce que quelqu'un du gouvernement fédéral a communiqué avec l'établissement?

• (1630)

M. Lee Thom: Je me ferai un plaisir de répondre à cette question. La situation est assez simple. Nous ne recevons pas de financement en Alberta par l'entremise d'autres affiliés métis. Nous faisons cavalier seul, faisant entendre notre propre voix afin de représenter essentiellement nos membres de notre propre chef et de parler en notre nom.

Madame Stubbs, la réponse à votre question est non, non, non. Nous n'avons jamais reçu de financement fédéral dans le cadre de ce programme.

Mme Shannon Stubbs: Pouvez-vous m'indiquer si des fonctionnaires fédéraux ou un employé du ministère ou d'un autre bureau du gouvernement ont communiqué avec votre conseil de gouvernance et l'établissement pour chercher à combler les besoins de l'établissement métis en ce qui concerne l'assurance-maladie ou d'autres services, vu la décision rendue en 2016 dans l'affaire Daniels au sujet des obligations du gouvernement fédéral?

M. Lee Thom: Non. Nous n'avons eu aucune communication jusqu'à présent. Nous avons tenté de travailler à une entente tripartite qui ferait intervenir la province et le gouvernement fédéral afin de régler la question de certaines obligations découlant du jugement Daniels. Conformément au paragraphe 91(24), les Métis sont maintenant considérés comme des Indiens en vertu de la Loi sur les Indiens. Depuis la décision de 2013, nous nous battons pour faire respecter ces droits, faire enchâsser notre territoire dans la Constitution du Canada et faire honorer les droits qui sont les nôtres au titre de l'article 35.

Madame Stubbs, il y a une réponse longue et une réponse courte. La réponse courte, c'est que non, nous n'avons eu aucune communication avec le gouvernement fédéral. Nous avons besoin de son aide. Nous sommes prêts à agir. Les établissements sont ouverts aux affaires. La santé et le logement, ce sont des affaires. Tout fait partie des affaires, car au bout du compte, tout le monde va trouver un poste sous la rubrique « Conseil général des établissements métis » dans votre budget fédéral.

Mme Shannon Stubbs: Je vous remercie, monsieur Thom. Je pense que tous les Canadiens souhaitent probablement voir qu'on agit et qu'on joint le geste à la parole. J'espère que le travail nécessaire s'amorcera en collaboration avec les établissements métis.

Monsieur Thom, puis-je vous demander de m'en dire plus sur les manières novatrices et sur ce que votre communauté a dû fournir pour vous-mêmes et votre peuple? Vous et d'autres témoins avez certainement parlé de tous les aspects des résultats en matière de santé et des déterminants de la santé. Comme vous n'avez pas reçu de financement pour des services que les autres communautés autochtones obtiennent — soit les soins de la vue, les soins dentaires, le soutien en santé mentale, les médicaments et le transport pour raison médicale —, pourriez-vous m'expliquer ce que votre communauté a mis en place pour que ses membres reçoivent les traitements dont ils ont besoin?

M. Lee Thom: Je peux certainement vous dire ce qu'il en est.

À l'heure actuelle, nous avons une entente avec la province. Nos membres ont accès aux soins de santé en Alberta. Les programmes comme celui des services de santé non assurés dont nous parlons actuellement ne nous ont jamais été offerts et nous n'y avons pas accès. La province nous aide actuellement avec une infirmière autorisée qui est en poste depuis 17 ans au sein de notre communauté. Il s'agit d'un soutien provincial.

À l'échelle locale, nous faisons preuve d'une grande innovation pour prendre soin des aînés qui ont besoin d'aide. Nous prévoyons des postes budgétaires pour soutenir nos aînés en leur offrant 1 100 \$ par année afin de les aider à couvrir les frais des médicaments et du transport pour raison médicale. De plus, notre communauté se mobilise très souvent pour réunir des fonds. J'ai entendu un témoin parler de collectes de fonds dans son allocution. Il est essentiel de comprendre que les Métis, dans une communauté aux revenus somme toute modestes, peuvent se mobiliser et réunir des fonds pour aider les membres de la communauté. C'est une autre initiative très novatrice. Il est très touchant de voir notre communauté se mobiliser pour apporter de l'aide en réunissant des fonds.

À l'heure actuelle, dans notre budget, la somme de 1 100 \$ par aîné vient d'un fonds médical. Voilà ce que nous faisons actuellement. La plupart de nos programmes sont financés par la province à l'heure actuelle. Il n'y a rien de plus, comme le programme dont nous parlons aujourd'hui.

• (1635)

Mme Shannon Stubbs: Je vous remercie.

Le président: Je vous remercie, madame Stubbs.

Nous accordons maintenant la parole à M. Powlowski. Vous disposez de six minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): J'aimerais poser mes questions à Mme Chartrand, mais j'ai d'abord une question.

La Manitoba Métis Federation représente-t-elle tous les Métis du Manitoba ou juste ceux qui font partie de l'association des Métis de la rivière Rouge? Si un Métis du Manitoba ne fait pas partie de l'association des Métis de la rivière Rouge, qui le représente?

Mme Frances Chartrand: Nous sommes un gouvernement métis et non une association ou un ministère. Nous représentons tous les Métis ayant des liens avec les Métis de la rivière Rouge selon notre définition.

M. Marcus Powlowski: J'ai travaillé pendant quelques années comme médecin dans un hôpital à Norway House. Comme vous le savez, il existe une Première Nation à Norway House, mais un établissement métis se trouve juste à côté.

Représentez-vous ces Métis ou sont-ils représentés par une autre entité?

Mme Frances Chartrand: Oui, nous les représentons. Nous sommes en relations directes avec le président local, qui s'appelle Lloyd Flett. Le Manitoba compte sept régions, et Lloyd Flett fait partie de celle de Thompson.

Nous représentons tous les citoyens métis, où qu'ils vivent.

M. Marcus Powlowski: Très bien.

Je connais M. Flett. Je me souviens de l'avoir rencontré quand j'étais là-bas. Saluez-le de ma part.

Pour avoir travaillé quelques années là-bas à l'hôpital, je formulerai une observation qui mènera à une question. Ai-je raison de penser que les personnes issues de la communauté métisse — qui, à maints égards, se trouvent dans une situation fort semblable à celle des personnes qui vivent dans la communauté autochtone — ne reçoivent pas les mêmes services?

Ils ne bénéficient pas des mêmes services de transport, ils ne reçoivent pas de soins dentaires, leurs lunettes ne sont pas payées et ils doivent payer tous leurs médicaments parce qu'ils sont Métis, alors que ces services sont payés pour tous ceux qui restent juste à côté, dans la communauté autochtone. Est-ce exact?

Mme Frances Chartrand: Oui. Je peux répondre à cette question.

Non, nous ne sommes pas comme les Premières Nations. Nous avons une langue, une culture et des croyances qui nous sont propres. Vous avez absolument raison en ce qui concerne les réserves des Premières Nations et les communautés métisses. Les réserves des Premières Nations ont accès à tous les programmes et services de santé, alors que les citoyens métis doivent parcourir des centaines de miles pour voir un médecin. Je viens d'une petite communauté du centre du Manitoba, à un mile d'une communauté des Premières Nations, mais si je veux consulter un médecin, je passe devant le centre de santé des Premières Nations pour me rendre 125 kilomètres plus loin afin d'en voir un.

Au chapitre des services et des programmes de santé, et du manque de soutien et de programmes offerts au Manitoba, nos recherches montrent que les citoyens métis de la rivière Rouge ne reçoivent pas de programmes et de services. En fait, nous ne recevons pas de financement ou de soutien du Manitoba pour les programmes que nous offrons aux citoyens métis.

M. Marcus Powlowski: Vous avez énuméré quelques statistiques, indiquant que dans la population métisse, le taux d'incidence est plus élevé de 40 % pour les maladies des artères coronaires, de 34 % pour le diabète et de 49 % pour les amputations. Est-ce en comparaison avec la population autochtone ou, probablement, avec l'ensemble de la population?

Mme Frances Chartrand: C'est en comparaison avec l'ensemble de la population.

Vous connaissez probablement la Dre Judith Bartlett. Elle a dirigé le dossier et la recherche quand nous avons préparé l'atlas des Métis en 2010.

M. Marcus Powlowski: Savez-vous comment vos chiffres se comparent à ceux des communautés des Premiers Nations? Sont-ils pires, meilleurs ou à peu près semblables?

Mme Frances Chartrand: Les nôtres sont pires. En fait, la recherche, dont une version abrégée est publiée en ligne, montre que c'est en comparaison de tout le monde. Nos taux de maladie coronarienne, de diabète et d'arthrite sont plus élevés que ceux de tous les citoyens du Manitoba, même ceux des Premières Nations.

M. Marcus Powlowski: Pensez-vous que cette situation est en partie attribuable au manque de services de santé non assurés ou au fait que vous ne bénéficiez pas de services médicaux de la même qualité que ceux que reçoivent les membres des Premières Nations?

Mme Frances Chartrand: Je dirais que nous ne recevons pas de services de santé si on nous compare non seulement aux Premières Nations, mais aussi aux citoyens du Manitoba et du Canada.

M. Marcus Powlowski: D'accord.

Vous avez parlé du PMO. De quoi s'agit-il?

• (1640)

Mme Frances Chartrand: Il s'agit du programme de médicaments sur ordonnance, qui a été lancé par la Manitoba Métis Federation.

Lors de notre assemblée générale annuelle, après avoir pris connaissance des recherches et de tout ce qui avait été découvert, nous avons demandé à nos citoyens du Manitoba ce que nous pourrions faire pour aider les aînés et les plus vulnérables. Ils nous ont répondu de trouver de l'argent et de l'aide financière pour contribuer à payer leurs médicaments.

Certains de nos collègues vous ont indiqué plus tôt que les gens partagent leurs médicaments. Quand il est question de la pauvreté et de la santé des grands-parents qui élèvent leurs petits-enfants, achèteriez-vous de la nourriture pour vos petits-enfants ou vos médicaments? Payeriez-vous votre facture d'électricité ou vos médicaments?

Examinez ensuite les renseignements que je vous ai fournis plus tôt sur le fait que des citoyens métis meurent plus jeunes que tout autre citoyen du Manitoba.

M. Marcus Powlowski: D'où vient le financement du PMO?

Mme Frances Chartrand: Nous travaillons actuellement avec le gouvernement fédéral afin d'élaborer un plan. Cependant, pour tous les programmes que nous offrons actuellement, le financement vient de notre propre structure économique interne. Nous examinons également une solution tripartite qui ferait intervenir la province, le gouvernement fédéral et le gouvernement métis.

Le président: Je vous remercie.

Nous accordons maintenant la parole à Mme Gill.

[Français]

Madame Gill, vous avez la parole pour six minutes.

Mme Marilène Gill: Je vous remercie, monsieur le président.

J'aimerais remercier les témoins d'être avec nous aujourd'hui.

Nous avons entendu plusieurs témoignages au cours des dernières séances du Comité, et divers éléments ont été soulignés. Les Métis ont souvent évoqué la question de la Constitution. On nous a aussi parlé de l'article 35 de la Loi constitutionnelle de 1982, des discussions avec les gouvernements provinciaux et des difficultés que vivent les autochtones. Par exemple, Mme Chartrand nous a parlé du choix que doivent faire les gens entre leur santé et des besoins essentiels, comme celui de se loger. Il a aussi été question du manque d'équité.

Quelles sont les raisons pour lesquelles cette iniquité subsiste?

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

[Traduction]

Le président: Madame Chartrand, si vous le voulez, vous pouvez répondre en premier, puis nous entendrons ensuite les autres témoins.

Mme Frances Chartrand: Comme je ne parle pas français, j'ai probablement besoin d'un peu d'aide concernant la question. Veuillez m'en excuser.

Le président: Ce n'est pas un problème. Les autres témoins ont-ils reçu l'interprétation?

Je demanderai à Mme Friesen si elle souhaite répondre.

Mme Marg Friesen: Oui. Je vous remercie.

L'une des inégalités entre les Autochtones du Canada concerne l'accès aux soins de santé. Les citoyens des Premières Nations ont accès aux services de santé non assurés et à des programmes de prévention et de dépistage, alors que les Métis ne peuvent s'en prévaloir.

Même si nous sommes membres des peuples autochtones du Canada et sommes visés par l'article 35 de la Constitution du Canada, nous ne recevons pas les mêmes services que les membres des Premières Nations. Voilà qui engendre beaucoup d'inégalité. En outre, la géographie a une grande incidence sur l'accès aux services.

[Français]

Mme Marilène Gill: Je suis désolée de vous interrompre, mais nous n'avons pas beaucoup de temps.

J'ai souligné l'existence de cette iniquité, mais je voulais savoir ce qui l'expliquait, selon vous. Nous sommes ici pour trouver des solutions. En établissant au départ qu'il y a une iniquité, que faut-il faire?

Il a été question de discussions tripartites avec les gouvernements provinciaux, mais, moi, je me demande pourquoi cette iniquité subsiste toujours. Les gens devraient avoir le droit d'avoir des soins de santé dignes de ce nom. Souvent, les membres des communautés doivent se déplacer, car celles-ci sont très éloignées des centres de soins.

Quelles sont les raisons pour lesquelles il y a encore une iniquité aujourd'hui, d'après vous?

Mme Marg Friesen: Je vous remercie de la question.

[Traduction]

Oui. Je voudrais répondre à cette question.

Je pense que l'un des principaux obstacles vient de la discussion et de la conversation, et de ceux qui représentent les Métis du Canada. Nos champs de compétences sont très distincts, même si nous collaborons. Les Métis n'ont jamais eu l'occasion de se faire entendre. L'accord national en matière de santé conclu en 2017 et l'entente d'autonomie gouvernementale que la nation métisse a signée en 2019 font réellement ressortir ce qui manque aux citoyens métis dans les communautés du pays.

Nous parlons particulièrement des services de santé non assurés, car nous voudrions que la situation soit équitable pour les citoyens de la Saskatchewan que nous représentons et les citoyens métis du Canada.

Comme Mme Chartrand, ma collègue du Manitoba, l'a indiqué plus tôt, les citoyens métis meurent plus jeunes que les autres Canadiens du pays à cause de leur manque d'accès aux soins de santé et des iniquités criantes en matière de prévention et de dépistage. Il ne s'effectue aucun dépistage du cancer dans le Nord. La clinique mobile...

• (1645)

[Français]

Mme Marilène Gill: Je suis désolée de vous interrompre encore une fois.

Selon ce que vous dites, il y a un manque de consultation. Les Métis ne sont pas à l'endroit où les décisions sont prises et ils doivent composer avec un manque de services. En fait, il n'y a ab-

solument rien qui est offert en ce qui a trait aux services de santé non assurés, ou SSNA.

Est-ce bien cela?

[Traduction]

Mme Marg Friesen: Absolument. C'est ce que les Métis disent: « Rien de ce qui nous concerne ne se fait sans nous. » Nous considérons que des Métis doivent participer aux pourparlers afin de représenter notre peuple de manière constructive et de bonne foi, et nous avons une relation positive et ouverte avec les gouvernements du Canada et de la Saskatchewan. Nous cherchons des occasions de réaliser des progrès pour pouvoir entamer la conversation et adopter une approche axée sur les distinctions en matière de soins de santé pour les citoyens métis.

[Français]

Mme Marilène Gill: Je vous remercie.

Le président: Il vous reste 14 secondes, madame Gill.

Mme Marilène Gill: D'accord.

Monsieur le président, je pense que Mme Chartrand avait des difficultés...

Le président: Je vais le lui expliquer.

[Traduction]

Juste avant de passer à la prochaine intervenante, j'expliquerai la procédure à Mme Chartrand et à M. Thom. Au cas où vous l'ignoreriez, une petite icône en forme de globe se trouve en bas et au centre de votre écran. Si vous cliquez dessus, vous pourrez choisir la langue dans laquelle vous souhaitez entendre les délibérations. Si vous sélectionnez l'anglais quand quelqu'un s'exprime en français ou en inuktitut, vous entendrez ses propos en anglais. Cela vous permettra d'entendre les questions, car nous utilisons trois langues ici.

Je vois que M. Thom comprend le principe.

Nous suivez-vous, madame Chartrand? Bien.

M. Lee Thom: Puis-je répondre à la question? Je crois en être capable. J'ai compris.

Le président: Si vous le faites très brièvement... Je vous remercie, monsieur Thom.

M. Lee Thom: Je suis désolé. Je ne comprends pas le français et je n'avais pas compris la fonction de cette icône.

Pour répondre aux observations qui ont été faites concernant les inégalités, je dirais qu'il faut se tourner vers les obligations figurant dans la décision rendue par la Cour suprême dans l'affaire Daniels. Voilà où résident toutes les réponses, selon moi. Il faut se référer aux droits accordés aux Métis à l'article 35, aux dispositions qui concernent expressément les établissements métis et à l'entente-cadre fédérale signée en 2018 par la ministre Bennett, qui était responsable du dossier à l'époque.

La communication est extrêmement importante, et elle fait défaut entre les communautés métisses et des gouvernements comme le vôtre. Le gouvernement fédéral doit s'informer au sujet des caractéristiques démographiques des Métis, et je pense que nous pouvons tous discuter ensemble de choses importantes comme la santé. Nous pouvons discuter de bien d'autres sujets, mais je voudrais que les instances à Ottawa et tous les gouvernements connaissent les différences démographiques, car c'est extrêmement important.

Je vous remercie de la question.

Ce que le gouvernement métis du Manitoba souhaite — les Métis de la rivière Rouge —, c'est un financement permanent. Nous voulons un financement des services votés, un financement constant, qui ferait en sorte que nous n'avons pas à revenir. Nous ne voulons pas d'ententes partielles. Nous ne voulons pas d'ententes d'un an ou de deux ans. Nous voulons nous assurer que l'argent est accessible et que nous pouvons aller de l'avant.

En fait, à titre d'information, notre gouvernement est le seul gouvernement métis à avoir gagné devant la Cour suprême, et nous avons une assise territoriale. Nous avons gagné à l'audience de la Cour suprême en 2013, et nous travaillons maintenant avec le gouvernement fédéral pour faire avancer les choses. Nous avons parlé de l'affaire Daniels à plusieurs reprises au cours de la discussion d'aujourd'hui. C'est notre droit inhérent. Nous sommes reconnus par le gouvernement fédéral. Nous voulons un accord de nation à nation qui garantit que nos citoyens métis de la rivière Rouge ne seront pas privés de soins de santé.

Nous venons d'entendre M. Panahi parler d'un exemple. Il y a des citoyens et des bébés qui souffrent de divers handicaps qui crèvent le cœur, des situations où les parents doivent payer de leur poche, où nous devons faire des collectes de fonds, où nous devons compter sur le gouvernement métis du Manitoba parce que la province du Manitoba et le gouvernement fédéral n'écoutent pas nos demandes visant à garantir que nous avons accès à des programmes et à des services comme les Inuits et les Premières Nations. Nous voulons revenir à notre identité et à nos origines, et nous voulons avoir accès à des programmes et à des services pour ne pas avoir à quémander de l'argent — quémander des programmes et des services. Nous formons un gouvernement métis et nous voulons un accord de nation à nation pour travailler ensemble.

Le président: Merci.

Allez-y, monsieur Thom.

M. Lee Thom: J'aimerais répondre à cette question.

Il y a des étapes chronologiques à suivre pour que nous puissions mieux travailler et faire mieux. La première consiste à reconnaître les Métis en tant que titulaires de droits visés par l'article 35. Je pense que c'est la clé, et tout le reste devrait suivre.

Par ailleurs, vous devez vous informer au sujet de tous les affiliés lorsqu'il s'agit du mot « Métis » — des différences démographiques de nos communautés. Les droits inhérents sont tous des droits des Métis et nous en jouissons tous, mais lorsqu'il s'agit des caractéristiques démographiques des communautés et des différents modèles de gouvernance, les établissements métis sont régis dans la province de l'Alberta. Je pense que les gouvernements doivent s'informer sur les différents affiliés afin que l'argent soit remis aux bonnes communautés.

Le financement suivra une fois que nous aurons fait valoir nos droits, mais les gouvernements doivent savoir que l'Alberta est un cas unique au Canada. Elle compte huit établissements métis, 9 500 membres sur un territoire de 1,2 million d'acres et des terres en fief simple. Cela nous distinguera, mais je ne pense jamais que nous sommes meilleurs. Je pense que les Métis ont des droits inhérents, et l'article 35 garantira ces droits inhérents. Tout ce que nous avons à faire, c'est informer le gouvernement sur la façon de répartir le financement.

Je terminerai en disant ceci: ne laissez personne pour compte. Je pense que c'est la clé. Renseignez-vous sur tout le monde et ne laissez personne de côté, parce que les établissements métis ont été laissés pour compte pendant trop longtemps. J'espère qu'un jour, nous serons entendus et représentés dans le budget fédéral.

Le président: Merci, monsieur Thom.

Je vais m'avancer et dire que nous allons faire un deuxième tour si chaque intervenant peut s'adresser à une seule personne et que chacun peut le faire en une minute. C'est le défi que je vous lance, si vous décidez de le relever.

Monsieur Vidal, le souhaitez-vous?

M. Gary Vidal (Desnethé—Missinippi—Rivière Churchill, PCC): Pouvez-vous me l'expliquer à nouveau? Je suis désolé. Je pense que j'ai mal compris.

Le président: Pouvez-vous poser votre question succinctement à une personne?

M. Gary Vidal: Nous n'allons poser qu'une question et nous ne disposerons pas de cinq minutes?

Le président: Non, malheureusement, nous...

M. Gary Vidal: D'accord. Très bien. Je comprends maintenant, monsieur le président. Merci. Je ne vais pas mettre mon chronomètre en marche. Je serai bref.

Madame Friesen, monsieur Panahi, je vous remercie de votre présence.

La présidente du Ralliement national des Métis, Cassidy Caron, a témoigné devant notre comité. Vous en avez parlé et je vais faire un résumé. Elle a dit que le transport pour raison médicale pose problème. Vous avez raconté une histoire tragique. Je sais que vous représentez 12 régions en Saskatchewan. La mienne se trouve dans le nord de la province. Le transport pour raison médicale est un enjeu important. Vous avez parlé d'un système que vous essayez de développer.

Pourriez-vous nous dire comment nous pouvons améliorer les choses à cet égard, dans le contexte des services de santé non assurés? Vous faites les choses vous-mêmes. Comment pourrait-on améliorer la situation de sorte que les gens ne soient pas laissés pour compte lorsqu'il s'agit du transport, comme dans l'histoire que vous avez racontée? C'est tragique.

● (1700)

Mme Marg Friesen: *Maarsii* de la question.

Pour répondre à votre question de manière très succincte, notre programme a été lancé pendant la COVID, et il a été soutenu par les fonds de soutien relatifs à la COVID. Il n'est pas viable à l'heure actuelle, car bien sûr, les fonds de soutien relatifs à la COVID s'épuisent. Nous avons très bien réussi à mettre en place le transport pour raison médicale, mais comme je l'ai mentionné précédemment, les besoins sont importants. Ce projet a montré que les gens ont besoin d'accéder au transport pour raison médicale.

Comme vous le savez — vous venez de la Saskatchewan —, puisqu'il n'y a plus de système de transport en commun, les gens doivent compter sur leurs amis et leur famille pour se rendre à leurs rendez-vous médicaux dans un centre urbain. Parfois, il faut compter huit heures de route, ce qui constitue un obstacle. Manifestement, la géographie et l'absence de transport en commun sont des obstacles. Nous voulons un financement plus durable pour le transport pour raison médicale.

Nous aimerions être un partenaire à part entière lorsque nous discutons des soins de santé et des services de santé non assurés pour les citoyens métis de la Saskatchewan. Nous représentons le gouvernement de la nation métisse en Saskatchewan. Cependant, nos citoyens disent que c'est une priorité. Nous aimerions pouvoir nous asseoir à la table à titre de partenaire égal et ne pas être exclus de la conversation ou de l'engagement ou des obligations financières pour les peuples autochtones de ce pays.

Merci.

Le président: Merci beaucoup. C'est ce qui met fin à la période consacrée aux questions.

Je suis désolé qu'elle n'ait pas été plus longue, mais j'aimerais remercier M. Lee Thom d'avoir été présent. J'aimerais remercier la ministre Chartrand et la ministre Friesen, ainsi que son collègue, M. Adel Panahi, pour leurs témoignages d'aujourd'hui et pour avoir répondu à nos questions. C'est un sujet extrêmement important et sérieux, et nous vous remercions beaucoup de votre contribution et de votre franchise envers nous aujourd'hui. Je vous remercie d'être venus. J'espère que vous avez trouvé l'exercice utile.

Sur ce, nous allons suspendre la séance un instant et nous préparer pour le prochain groupe. Merci beaucoup.

• (1705)

(Pause)

• (1710)

Le président: Chers collègues, nous allons maintenant accueillir notre deuxième groupe de témoins. Nous avons trois témoins dans ce groupe, et il s'agit de Rudy Malak, pharmacien à la Little Current Guardian Pharmacy, qui comparait à titre personnel, et d'Ange-la Grier, qui est avec nous dans la salle.

[Français]

Elle est responsable des initiatives autochtones de l'Association canadienne de counseling et de psychothérapie.

[Traduction]

Elle comparait également à titre personnel. Enfin, nous avons Marceline Tshernish.

[Français]

Elle est directrice du secteur santé pour la communauté innue d'Innu TakuaiKAN Uashat Mak Mani-Utenam.

[Traduction]

Elle se joint à nous de façon virtuelle aujourd'hui. J'espère que je ne me suis pas trompé dans les présentations.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos trois témoins dans le cadre de notre étude sur le programme des services de santé non assurés. Nous avons très hâte d'entendre leur point de vue.

Je demanderais à M. Rudy Malak de prendre la parole en premier. Nous entendrons ensuite les deux autres témoins. Vous avez cinq minutes.

Monsieur Malak, si vous êtes prêt, vous pouvez commencer votre déclaration préliminaire.

M. Rudy Malak (pharmacien, Little Current Guardian Pharmacy, à titre personnel): Bonjour. Je vous remercie de me recevoir aujourd'hui.

Je m'appelle Rudy Malak. Je suis pharmacien et l'un des propriétaires de trois pharmacies sur l'île Manitoulin. Je me joins à vous aujourd'hui virtuellement depuis l'île Manitoulin, qui est le territoire ancestral de six Premières Nations des Anishinabe.

Je vous remercie de m'avoir invité à comparaître devant le Comité et à participer à l'étude sur l'administration et l'accessibilité des peuples autochtones au programme des services de santé non assurés. J'espère pouvoir fournir des renseignements utiles qui pourront être pris en compte pour améliorer le programme et permettre un accès plus facile et plus rapide aux soins aux personnes qui en ont besoin.

Je suis ici pour parler de certains des obstacles que les gens doivent surmonter pour obtenir les soins dont ils ont besoin. Parmi les éléments dont j'aimerais parler et qui retardent l'accès aux soins dans le milieu pharmaceutique, il y a les processus d'approbation préalable. Plusieurs produits admissibles sont à usage restreint, et il y a parfois des états permanents. Les produits devraient être approuvés indéfiniment, surtout dans le cas d'un état permanent. Par exemple, les fournitures pour stomisés doivent être renouvelées tous les trois mois.

Les processus liés aux autorisations spéciales représentent une autre [difficultés techniques]. Certains médicaments à usage restreint s'accompagnent de formulaires connexes. C'est le cas, par exemple, des ordonnances rédigées dans un service d'urgence ou des ordonnances pour des maladies chroniques.

Le processus d'évaluation des plaies est un autre élément qui retarde l'accès aux soins, car les formulaires sont très difficiles à remplir et à faire approuver. Par exemple, nous traitons des plaies ouvertes graves, mais il peut falloir des heures, des semaines ou des jours pour remplir les formulaires nécessaires pour que les SSNA couvrent la procédure. C'est donc un processus d'approbation très long.

Un autre exemple est le système Flash d'autosurveillance du glucose pour les diabétiques. Il n'est pas couvert, et je présume que c'est à cause du financement. Mais lorsqu'on réduit les complications du diabète à un stade précoce, cela permet d'économiser beaucoup d'argent plus tard. Je pense que les facteurs limitatifs sont le financement et l'allocation, mais on économiserait beaucoup d'argent à long terme si on réduisait la charge sur le système des soins de santé. On peut y arriver en prenant des mesures de précaution primaire et en intervenant avant que les effets sur la santé ne surviennent.

Le fait d'informer les gens le plus tôt possible au sujet de la santé peut prévenir les effets à court et à long terme. La continuité des soins après le diagnostic ou à la sortie de l'hôpital permettra de réduire les coûts et d'améliorer les résultats. Les soins à domicile amélioreront la qualité de vie des personnes touchées et réduiront les réadmissions à l'hôpital. L'élimination des formalités administratives qui entravent les progrès facilitera également les choses.

En raison de la complexité des processus et des procédures, de nombreuses pharmacies ne sont pas en mesure de servir les clients des SSNA. Cette situation est attribuable au temps nécessaire pour accomplir une tâche ou au manque de financement du fournisseur. Une grande partie de la journée est donc passée à remplir de nombreux formulaires ou à faire des appels téléphoniques pour tenter de faire approuver un produit, au lieu de fournir des soins directs aux patients.

Je suis sûr que tous les ministères et les comités aimeraient fournir les meilleurs soins possible à nos patients les plus vulnérables, mais la quantité de formulaires, d'appels téléphoniques et de documents nécessaires rend ce processus difficile, long et financièrement irréalisable.

Je suis ici pour exprimer mon opinion et vous expliquer la situation à laquelle le milieu pharmaceutique fait face au quotidien. J'ai à cœur d'aider les gens et d'essayer de fournir les meilleurs soins et services possible. J'aimerais que les gens puissent vivre dans la dignité. Une personne qui est déjà malade ou qui souffre d'un problème de santé ne devrait pas avoir à s'inquiéter des formulaires, des processus d'approbation, des divergences de couverture, de l'expiration des approbations, etc. Tout cela ne fait que leur faire perdre espoir dans le système.

Je n'ai énuméré que quelques exemples qui peuvent retarder les soins aux patients. Je prendrai le reste du temps pour apporter des précisions ou pour répondre à vos questions.

Encore une fois, je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de me joindre à vous aujourd'hui.

• (1715)

Le président: Je vous remercie, monsieur Malak.

La parole est maintenant à Mme Grier.

Vous avez cinq minutes.

Mme Angela Grier (responsable, Initiatives autochtones, Association canadienne de counseling et de psychothérapie): [*La témoin s'exprime en Pieds-Noirs ainsi qu'il suit:*]

Nimohtoto Aapatohsi Piikani, Siksikaitsitapi

[*Les propos en Pieds-Noirs sont traduits ainsi:*]

J'appartiens aux Piikani du Nord aussi appelés Peigan ou Pieds-Noirs.

[*Traduction*]

Je vous remercie, monsieur le président. Je vous remercie également de m'avoir invitée à participer à la réunion d'aujourd'hui.

Je m'appelle Angela Grier, et je suis fière d'être membre de la nation Piikani de la Confédération des Pieds-Noirs, où l'Alberta et le Montana sont situés. Je suis responsable des initiatives autochtones pour l'Association canadienne de counseling et de psychothérapie, ou l'ACCP. Je suis aussi praticienne en matière de santé mentale et je travaille depuis plus de 25 ans avec les peuples et les collectivités autochtones.

Je suis ici pour parler de l'enjeu important de la santé mentale chez les Premières Nations et des obstacles actuels à l'accès aux soins qui sont maintenus par le gouvernement fédéral depuis 2015.

En 2015, les conseillers canadiens certifiés de l'ACCP, ou les CCC, ont été retirés de la liste des praticiens de la santé mentale du programme des services de santé non assurés, les SSNA, pour les Premières Nations et les Inuits dans les provinces qui n'avaient pas encore réglementé la profession de conseiller. Par conséquent, l'accès aux services essentiels en matière de santé mentale a été restreint en fonction de la province de résidence.

Le paragraphe 91(24) des Lois constitutionnelles de 1867 à 1982 stipule que le gouvernement fédéral a compétence sur « les Indiens et les terres réservées pour les Indiens », ce qui inclut la santé. Tou-

tefois, la pratique consistant à s'en remettre à l'organisme de réglementation provincial et au statut pour déterminer l'admissibilité des prestataires de services de santé mentale est inconstitutionnelle.

Ce faisant, le gouvernement fédéral exclut les prestataires qualifiés et compétents et crée une situation fondée sur le principe de Jordan dans laquelle les peuples des Premières Nations passent à travers les mailles du filet. En effet, en limitant l'accès aux conseillers canadiens certifiés, qui sont actuellement des prestataires admissibles dans d'autres programmes fédéraux de prestations de soins de santé et dans la Régie de la santé des Premières Nations — qui est l'équivalent des SSNA en Colombie-Britannique —, le gouvernement fédéral n'offre pas un accès équitable aux soins en matière de santé mentale à tous les peuples autochtones, et ces services ne répondent pas aux mêmes normes que les services qu'il offre aux Canadiens non-autochtones. Cette politique est également discriminatoire à l'égard des conseillers canadiens certifiés qui sont des praticiens des Premières Nations ou des praticiens autochtones, comme moi.

Comme les SSNA représentent la principale source de financement en matière de santé mentale, un grand nombre de ces conseillers ne peuvent pas exercer dans leur collectivité ou sur leur territoire traditionnel. Les besoins en matière de soins de santé mentale des peuples autochtones sont plus élevés que la moyenne en raison des préjudices causés par la colonisation, les pensionnats, la rafle des années 1960 et le système des réserves. Les appels à l'action de la Commission de vérité et de réconciliation, la DNUD-PA et l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues ou assassinées demandent tous l'amélioration de l'accès aux soutiens en matière de santé mentale.

Une intervention précoce est essentielle pour prévenir des coûts substantiels en aval. Nous le savons. Pour des raisons liées aux retards ou à l'absence de diagnostic, à la détérioration de l'état des patients sur une liste d'attente, aux hospitalisations en psychiatrie, aux médicaments, aux problèmes de dépendance et aux décès, les populations autochtones sont deux fois plus susceptibles de faire appel à des services de santé mentale. Le volet de la santé mentale du programme des SSNA connaît la croissance la plus rapide. Cela souligne à quel point on a besoin de conseillers canadiens certifiés respectueux des différences culturelles pour mener des interventions et faire de la prévention.

Ces conseillers font partie intégrante d'une solution visant à résoudre cette crise en matière de santé mentale. Ils sont titulaires d'une maîtrise, ils sont soumis à une évaluation rigoureuse et ils adhèrent à un code de déontologie strict, qui comprend une partie sur le travail avec les peuples, les collectivités et les milieux autochtones. Il s'agit d'une des premières initiatives de ce genre.

Dans le cadre du Traité n° 7 — ma région visée par un traité —, nos collectivités des Premières Nations de Piikani, Kainia, Siksika, Tsuut'ina et les trois nations des Stoney-Nakoda travaillent sans relâche pour lutter contre les environnements de santé chroniquement déficients maintenus par les politiques inéquitables du Canada. Les conséquences sur le personnel, les clients et les collectivités sont telles qu'il faut dépasser les niveaux de stress normaux et atteindre des niveaux de stress toxiques pour simplement survivre. On ne peut pas rester en santé quand on est occupé à survivre.

Nos pertes quotidiennes dans le contexte de la guerre aux opioïdes, ainsi que les taux de suicide les plus élevés au monde, témoignent d'une expérience inadaptée depuis le contact. Nous étions en état de pandémie bien avant la COVID-19. Nous avons maintenant besoin d'aide pour sauver des vies.

Monsieur le président, dans l'intérêt d'un accès équitable aux services de santé mentale pour les peuples autochtones, l'ACCP exhorte le Comité permanent des affaires autochtones et du Nord à recommander que Services aux Autochtones Canada rétablisse immédiatement les conseillers canadiens certifiés dans les provinces non réglementées dans le cadre du programme des SSNA. Cela ajoutera près de 2 500 fournisseurs en Alberta, au Manitoba, en Saskatchewan et à Terre-Neuve-et-Labrador.

Je vous remercie.

• (1720)

Le président: Je vous remercie, madame Grier.

La parole est maintenant à Mme Tshernish.

Madame Tshernish, vous avez cinq minutes.

[Français]

Mme Marceline Tshernish (directrice, Secteur santé, Innu Takuaikan Uashat Mak Mani-Utenam): Je vous remercie de me permettre de prendre la parole aujourd'hui.

Je m'appelle Marceline Tshernish, je suis Innue de la communauté de Uashat Mak Mani-Utenam, sur la Côte-Nord. Je suis directrice du Secteur santé, et je représente mon organisation, Innu Takuaikan Uashat Mak Mani-Utenam, ou ITUM.

Dans le cadre de mon témoignage, je soulignerai quelques défis relatifs à l'accessibilité des soins de santé qui se présentent aux membres de ma communauté, particulièrement aux familles vivant en grande vulnérabilité. Les principaux défis auxquels nous devons faire face en tant que membres des Premières Nations sont liés aux soins et aux services, mais aussi à l'accès à l'information concernant les soins et les services offerts aux communautés des Premières Nations.

Les démarches pour obtenir des soins et des services sont fastidieuses, et les délais, importants. Ces délais ont une incidence sur la qualité des soins offerts aux membres de la communauté. La bureaucratie entourant l'accès aux soins de santé contribue à la dégradation de la qualité de vie des membres des Premières Nations. Ceux-ci doivent passer par deux paliers afin d'obtenir des soins et des services. Lorsque les soins ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec, ou RAMQ, ils doivent se tourner vers le programme des SSNA pour les Premières Nations et les Inuits et faire une autre demande. Si cette demande est refusée, il faut alors entamer un processus d'appel, qui est notamment très complexe, tant pour les patients que pour les professionnels de la santé. Il peut nécessiter plusieurs étapes et plusieurs appels.

Comme l'a mentionné M. Malak, l'accessibilité aux services pharmaceutiques représente un défi majeur pour les membres de ma communauté. Les structures d'approbation des médicaments d'exception du programme des SSNA sont difficiles à comprendre, et elles minent l'accès aux services pharmaceutiques par la lourdeur de leurs processus administratifs, en comparaison de ceux du régime provincial desservant le reste de la population québécoise. Ici, nous parlons d'iniquité entre les deux provinces.

L'accès à l'information quant aux modalités à respecter pour les soins et les services est également problématique pour les membres de ma communauté.

M. Malak a donné des exemples de situations vécues par la population, notamment en lien avec les fournitures et les appareils médicaux. Il s'agit généralement de situations permanentes, où le patient doit également amorcer et recommencer constamment des processus pour recevoir les soins et accéder à de l'équipement de base. Cela est très contraignant.

Par ailleurs, lorsque le patient reçoit de l'information, elle est souvent très incomplète. Les modalités concernant les pièces justificatives que le patient doit soumettre ne lui sont pas bien expliquées. Je considère également que les professionnels de la santé eux-mêmes ne comprennent pas tout à fait les modalités qui entourent le programme des services de santé non assurés.

Les soins palliatifs constituent un autre exemple des contraintes imposées sur le plan des services pharmaceutiques. Lorsqu'un médecin prescrit un médicament, par exemple un narcotique pour soulager la douleur, l'ordonnance est remise à la pharmacie, qui doit envoyer un formulaire de soins palliatifs au médecin pour qu'il le remplisse et le retourne à la pharmacie, qui l'expédie enfin au programme des SSNA. Il y a donc un processus bureaucratique énorme à suivre avant de pouvoir soulager des patients qui sont en fin de vie. Il faut parfois jusqu'à 48 heures avant d'obtenir le médicament en question.

J'aimerais maintenant aborder un autre aspect du programme des SSNA, soit le transport pour raisons médicales. À Uashat Mak Mani-Utenam, nous nous occupons de la coordination liée à cet aspect du programme, mais celui-ci est rigide et sous-financé.

• (1725)

Ainsi, nous n'avons ni la possibilité d'adapter les critères d'admissibilité afin d'offrir un service répondant aux besoins des membres des Premières Nations ni la possibilité d'offrir des services culturellement sécuritaires.

À plusieurs égards, tout l'aspect de la sécurisation culturelle des soins est bafoué, car l'aspect holistique que prônent les Premières Nations n'est pas considéré dans les critères d'admissibilité, notamment en ce qui a trait aux demandes relatives aux accompagnateurs.

Le président: Je vous remercie, madame Tshernish.

Je vous demanderais de bien vouloir conclure votre discours rapidement.

Mme Marceline Tshernish: D'accord.

De plus, le transport pour raisons médicales est sous-financé, et le manque à gagner doit être absorbé par le conseil de bande afin de pouvoir assurer un accompagnement adéquat aux familles.

Sur le plan de la santé mentale, en raison de la non-reconnaissance de notre savoir traditionnel, nos services ne peuvent pas offrir des soins sur le territoire, comme des séances de thérapie.

Nous n'avons pas non plus la possibilité de laisser un patient choisir d'obtenir un deuxième avis médical lorsqu'il estime que les services locaux ne sont pas convaincants. Les situations vécues par des membres des Premières Nations dans les hôpitaux, dont nous avons tous été témoins, doivent être considérées lorsque l'on parle de méfiance à l'égard du système de santé. Certains membres de la communauté vont même refuser de se rendre dans des services externes pour obtenir des soins par manque de confiance.

• (1730)

Le président: Je vous remercie, madame Tshernish.

Nous allons maintenant passer à la période des questions.

Monsieur Shields, vous avez la parole pour six minutes.

[Traduction]

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

Je remercie les témoins d'aujourd'hui des renseignements qu'ils nous ont communiqués.

J'aimerais d'abord m'adresser à vous, monsieur Malak, pour parler du milieu pharmaceutique que vous avez évoqué. Je crois que vous avez dit que vous deviez communiquer avec de nombreuses personnes pour obtenir un grand nombre d'autorisations. Je pense que nous avons peut-être entendu cela de la part d'autres témoins auparavant, ainsi que d'autres témoins qui ont comparu aujourd'hui.

Lorsque vous faites des appels téléphoniques pour obtenir les autorisations nécessaires, les personnes qui se trouvent à l'autre bout du fil ont-elles des connaissances médicales? Parlez-vous à des personnes qui comprennent les détails médicaux dont vous avez besoin pour obtenir une autorisation?

M. Rudy Malak: Je vous remercie de votre question.

Je ne le pense pas. Non. Puis-je vous expliquer brièvement le déroulement d'un appel à une ligne d'assistance téléphonique?

M. Martin Shields: Oui, certainement.

M. Rudy Malak: L'ordonnance vient du médecin. Nous tentons de la traiter. Cette ordonnance peut indiquer qu'une autorisation spéciale est requise. Nous appelons donc ESI, Express Scripts, Inc., qui s'occupe des décisions pour le compte des SSNA. Nous demandons une autorisation préalable. Les SSNA envoient ensuite l'autorisation au médecin. Le médecin doit la remplir correctement et la renvoyer aux SSNA. Ensuite, les SSNA renvoient le formulaire approuvé ou refusé.

De nombreuses personnes participent à ce processus. Des télécopies se perdent. Parfois, il n'est pas possible de communiquer avec le médecin ou le médecin a rédigé une ordonnance et il est déjà parti.

Hier, j'ai eu une situation où, un mois après l'arrivée du patient, le processus n'est toujours pas terminé. Le formulaire a été envoyé au bureau du médecin. Il a peut-être été perdu ou les gens qui l'ont reçu ne savaient pas quoi en faire ou ils n'ont pas réussi à communiquer avec le médecin. Le patient attend donc de commencer son traitement contre le diabète depuis plus d'un mois à cause de cela.

M. Martin Shields: Je vous remercie de m'avoir donné cet exemple particulier.

À votre avis, cela ferait-il une différence si quelqu'un avait des connaissances médicales lorsque vous passez au niveau suivant?

M. Rudy Malak: Cela pourrait aider un peu, oui, mais en fin de compte, c'est la personne qui a rédigé l'ordonnance qui doit remplir les formulaires et déterminer si le patient répond aux critères pour le médicament en question.

M. Martin Shields: Dans ce cas, que doit-il se passer pour que cela fonctionne pour vous?

M. Rudy Malak: Je crois que les médicaments qui nécessitent une approbation préalable devraient être traités comme ceux du régime provincial, où il y a une chose qu'on appelle « à usage restreint », c'est-à-dire un document que la pharmacie envoie directement au médecin. Le médecin le signe et le renvoie. Si nous avons ce document, nous sommes autorisés à soumettre le médicament au régime provincial.

Il s'avère que le processus des SSNA est trop compliqué. En effet, il y a quatre ou cinq intervenants différents entre le début et la fin du processus. Tout d'abord, l'ordonnance parvient aux pharmaciens, qui l'envoient ensuite aux SSNA. Les SSNA l'envoient au médecin, le médecin la retourne aux SSNA, puis les SSNA la renvoient à la pharmacie. Vous pouvez imaginer combien de personnes participent à ce processus.

M. Martin Shields: Combien d'entre elles n'ont aucune connaissance médicale? C'est ce que j'aimerais savoir.

Nous avons déjà entendu cette histoire. La question doit faire l'objet de discussions au sein du milieu pharmaceutique. Est-ce qu'on vous en a parlé? De telles discussions sont-elles en cours? A-t-on abordé la question quelque part?

M. Rudy Malak: Non, pas à ma connaissance.

Comme je l'ai mentionné dans ma déclaration préliminaire, un grand nombre de pharmaciens ne savent pas comment traiter avec les clients des SSNA et comment leur fournir des services. En raison du nombre d'intervenants et de numéros de téléphone différents, les pharmaciens ne savent pas quoi faire. Parfois, ils disent simplement aux clients qu'ils ne savent pas comment naviguer le processus.

M. Martin Shields: Et le patient est laissé pour compte.

M. Rudy Malak: Le patient éprouve déjà beaucoup de stress. Il est frustré et il s'en va sans recevoir de soins.

M. Martin Shields: Je vous remercie.

Madame Grier, je vous remercie de votre déclaration préliminaire.

Savez-vous si, depuis 2015 et depuis les retraits de la liste qui ont été effectués au cours des sept dernières années, des activités de lobbying ou d'autres efforts ont été entrepris pour changer cette situation?

Mme Angela Grier: Oui, l'ACCP a travaillé sans relâche pour exercer des pressions en faveur de certains de ces changements et mouvements qui permettraient d'élargir la catégorie des praticiens. En outre, chaque Première Nation fait de son mieux pour exercer des pressions auprès des SSNA dans les cliniques de santé mentale. Ces efforts visent à faire une place aux conseillers canadiens certifiés, car en leur absence, des paraprofessionnels remplissent des rôles qui devraient revenir à des conseillers professionnels.

Dans les réserves fédérales, il n'y a pas de réglementation comme dans les provinces. Nous n'avons pas les syndicats ou toute la surveillance dont nous avons besoin. Nous n'obtenons pas les professionnels dont nous avons besoin pour les environnements de santé en crise auxquels nous faisons face. De nombreuses activités de lobbying se poursuivent. Même les psychologues des Premières Nations militent pour cela.

• (1735)

M. Martin Shields: Quel type de réponse recevez-vous lorsque vous exercez des pressions pour qu'on remette les conseillers canadiens certifiés sur la liste? Avez-vous entendu des commentaires qui expliquent pourquoi cela n'a pas encore été fait?

Mme Angela Grier: Pas à ma connaissance, monsieur.

M. Martin Shields: Les organismes ont fait valoir leurs arguments et ils continuent d'exercer des pressions, mais ne reçoivent-ils aucune réponse?

Mme Angela Grier: Pour l'administration centrale des SSNA, tout va toujours très bien. Il n'y a pas de problème ou de liste d'attente. Je travaille sur le terrain. Je travaille dans les collectivités qui ont des collègues non réglementés, par exemple en Alberta. Je peux vous dire que ce n'est pas vrai du tout. L'information qui circule dans les systèmes administratifs des SSNA et au comité INAN ne décrit pas fidèlement ce qui se passe sur le terrain.

Par exemple, les SSNA demandent aux patriciens qui travaillent dans ces collectivités de fournir sept heures et demie de services directs aux clients par jour. Ce n'est pas la norme dans l'industrie. Cela va épuiser n'importe quel praticien. La norme de l'industrie est de quatre à cinq clients par jour, mais les SSNA bousculent nos cliniciens afin de pouvoir dire qu'il n'y a pas de liste d'attente et que nous avons tous les thérapeutes dont nous avons besoin, car ils fournissent des services sept heures et demie par jour.

Ce que les gens ne savent pas, c'est que, sur le terrain, les clients ne se présentent pas toujours à leur rendez-vous. En effet, nous avons des obstacles au transport. Nous avons des collectivités en situation de crise. Les gens n'ont pas les moyens de base pour pouvoir se rendre à leur rendez-vous avec un conseiller, afin d'obtenir l'aide dont ils ont désespérément besoin.

Donc, oui, il y a beaucoup d'incohérences dans cette bureaucratie.

Le président: Merci.

La parole est maintenant à M. Battiste.

Monsieur Battiste, vous disposez de six minutes.

M. Jaime Battiste (Sydney—Victoria, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins pour leurs déclarations.

Je viens de la communauté appelée Eskasoni, dans le pays des Micmacs, dont la population, pleine d'ardeur au travail, est venue, de temps à autre, me faire des demandes très importantes sur le prix qu'elle attache à un système de santé fondé sur ses valeurs culturelles, dont les services lui seraient donnés en langue micmaque. Il serait désormais vraiment important qu'on le fasse conformément aux cultures autochtones de la région.

Je suis très heureux de constater que, dans le dernier budget, celui de 2022, nous avons prévu 227 millions de dollars, sur deux ans, à compter de 2023, pour assurer des services dirigés par des Au-

tochtones, adaptés à leur culture et tenant compte des traumatismes pour améliorer la santé mentale et les efforts de soutien entrepris à la faveur du budget de 2021 pour élaborer conjointement des stratégies de santé et de mieux-être mentaux fondées sur les distinctions.

Les témoins pourraient-ils expliquer l'importance d'un système de santé rigoureusement adapté aux diverses cultures autochtones du Canada? Entendons d'abord ceux qui sont sur place.

Mme Angela Grier: Merci. Heureuse de vous voir, monsieur Battiste.

Leroy et Amethyst vous font dire « bonjour ». Je tenais à le dire.

Ce dont vous parlez, c'est de la relation de nation à nation que nous espérons voir instaurer dans toutes nos communautés. Différentes responsabilités fédérales, par exemple la protection de l'enfance et l'éducation, ont été cédées aux provinces, lesquelles n'ont pas réussi à faire mieux dans ces domaines. Comme, dans des dossiers semblables, comme la santé physique et la santé mentale, il est plus facile pour le gouvernement de nous assimiler à des municipalités, nous ne votons pas nécessairement aux élections provinciales pour lui faire connaître nos problèmes.

Même si les gouvernements de nos Premières Nations sont mandatés pour en discuter, on a complètement outrepassé leur autorité et on les a écartés de ces discussions. Pourtant, les provinces se chargent de cette responsabilité. D'après ce dont j'ai été témoin directement, elles n'ont rien en commun avec les Premières Nations, elles n'en comprennent pas les réalités complexes, les problèmes juridiques et les problèmes de compétence ni les besoins de notre Première Nation.

Je favoriserais davantage les relations de nation à nation et les lois fédérales, comme celles qui portent sur la famille et qui viennent d'être appliquées pour réagir à la crise de surreprésentation dans les services à l'enfance. Je suis convaincue que, désormais, dans un esprit semblable, cela aidera à changer les choses.

• (1740)

M. Jaime Battiste: Mes meilleurs vœux, également, à mes deux complices.

Pourriez-vous parler de régions qui, un peu partout au Canada, s'y prennent de la bonne manière pour les problèmes de santé mentale et qui le font conformément aux responsabilités de notre gouvernement en matière de relations de nations à nations? Existe-t-il des modèles pour le reste du Canada, qui montrent que le progrès peut respecter les cultures?

Mme Angela Grier: Oui. Saluons les services de santé de la Première Nation des Siksikas, dont la clinique de santé mentale est dirigée par une clinicienne pied-noir, la docteure Adolpho. Un membre de la nation ayant une formation de clinicien, voilà l'objectif que nous devons nous fixer.

C'est le modèle le plus efficace de prestation des services, parce qu'on a besoin de membres de la communauté dans des postes administratifs supérieurs qui soient des praticiens, et non des législateurs. Il faut du personnel sur le terrain, en mesure de nouer des relations avec la province et l'administration fédérale pour négocier la meilleure réponse aux besoins de la communauté.

Leur système, c'est quelque chose de bien. Je suis convaincue qu'il y a beaucoup plus, mais je pense à l'échelle locale. Cette clinique, je n'ai jamais vu rien de tel sur le territoire d'une Première Nation qui ait maintenu sur le plan juridique et éthique l'intégrité nécessaire à ce type de prestation de services et à ce niveau à des patients en crise aiguë.

M. Jaime Battiste: Il me reste peu de temps, mais je tiens à poser aux trois témoins...

Le président: Il vous reste 50 secondes.

M. Jaime Battiste: ... cette question

Si vous pouviez consacrer de l'argent à un certain secteur de la santé autochtone qui a besoin de plus de capacité en soignants autochtones, ce serait lequel? Brièvement, tous les trois, s'il vous plaît.

Mme Angela Grier: La santé mentale.

M. Rudy Malak: Oui, absolument, et les toxicomanies

M. Jaime Battiste: Pourriez-vous être plus précis, pour ce qui est des soutiens à la santé mentale? Il y a là des gestionnaires de cas. De quoi avons-nous besoin?

Mme Angela Grier: De conseillers canadiens certifiés.

M. Rudy Malak: Il faut des suivis. Après le diagnostic, on ne fait pas de suivi, il n'y a pas d'assistance psychosociale, pas de thérapie cognitivo-comportementale ni de psychothérapie. La médication, à elle seule, ne suffit pas. Les patients ont besoin d'assistance, et il faut constamment des suivis.

Le président: Merci beaucoup.

[Français]

Madame Gill, vous avez maintenant la parole pour six minutes.

Mme Marilène Gill: Je vous remercie, monsieur le président.

Je remercie Mme Grier, M. Malak et Mme Tshernish d'être avec nous aujourd'hui. Leur expérience sur le terrain nous aidera assurément dans nos travaux.

J'aimerais poser quelques questions à Mme Tshernish, qui est directrice du Secteur santé globale et mieux-être d'ITUM, soit d'Innu Takuaihan Uashat Mak Mani-Utenam.

Madame Tshernish, j'aimerais que vous nous parliez plus en détail de votre expérience sur le terrain.

Pouvez-vous nous proposer des recommandations? Le Comité a très peu de temps pour réaliser son étude.

Tshinashkumitin.

Mme Marceline Tshernish: Je vous remercie de la question.

Je vais revenir sur la question de la santé mentale. L'une des priorités, pour Uashat Mak Mani-Utenam, serait d'investir dans des programmes de santé mentale pour la clientèle jeunesse. Présentement dans notre communauté, ces programmes sont inexistantes. À l'échelle de la province, je ne crois pas que la situation soit meilleure. Pourtant, il y a vraiment un manque à cet égard. Nous constatons une détresse psychologique chez les enfants en très bas âge, même au niveau primaire. On parle également de toxicomanie. Il s'agit d'un problème majeur dans la communauté.

En matière de priorités, il y a également tout ce qui concerne les maladies chroniques. Qu'il s'agisse de promotion, de prévention, voire de l'aspect curatif, ou encore de l'accès aux fournitures, à

l'équipement médical ou aux services pharmaceutiques, les processus administratifs, selon moi, devraient être simplifiés, et ils devraient l'être pour toute demande de soins.

Il faudrait créer des protocoles d'entente pour les divers organismes de soins, qu'il s'agisse des soins buccodentaires ou de ceux fournis par les cliniques privées, afin d'alléger les tâches que doivent exécuter les patients. Il faudrait aussi assurer un accès aux services de santé culturellement sécuritaires, assurer un financement pour que notre propre expertise en matière de guérison soit reconnue, surtout pour les soins offerts sur le territoire, et nous permettre d'élaborer nos propres critères d'admissibilité en ce sens.

Ce sont les points que je peux soulever pour le moment.

● (1745)

Mme Marilène Gill: Je vous remercie, madame Tshernish.

Vous pourrez nous envoyer la partie de votre allocution que vous n'avez pas eu le temps de prononcer tout à l'heure, de façon à ce que le Comité puisse la prendre en compte.

Au cours de la séance d'aujourd'hui, j'ai entendu prononcer à plusieurs reprises le mot « territoire », que ce soit Nutshimit ou Nitassinan.

Pourriez-vous nous en parler davantage?

Il s'agit de voir comment cela pourrait être intégré. D'après ce que je comprends, ce lien au territoire n'est pas reconnu, mais il fait partie du processus de guérison.

Que recommanderiez-vous au Comité à cet égard?

Ma prochaine question s'adresse aux trois témoins. Vous pourriez peut-être commencer, madame Tshernish.

Mme Marceline Tshernish: Pour nous, la santé est un tout. Les Premières Nations ont une vision holistique du système de santé. Le bien-être d'une personne passe par le bien-être de sa famille, de son entourage et de l'environnement dans lequel elle évolue. Compte tenu de l'histoire de la déportation des familles du territoire du Nitassinan vers des communautés autochtones, nous croyons assurément devoir nous réapproprier notre savoir.

Présentement, nous envisageons de maximiser nos soins de guérison sur le territoire. Nous offrons des séances d'information à diverses clientèles, appartenant à divers groupes d'âge, pour nous assurer que la clientèle puisse choisir entre la médecine dite traditionnelle et la médecine qui nous représente en tant que Premières Nations. Nous voyons qu'il y a un intérêt de la part des membres de la communauté. Nous constatons déjà un bien-être associé au fait que le Nitassinan est utilisé comme territoire de guérison.

Je ne peux pas passer sous silence la perte que nous connaissons quant à la langue. Tantôt, nous avons parlé de l'importance de soigner nos membres des Premières Nations dans leur langue maternelle. Cela représente un problème quant aux soins et aux services que nous offrons.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup, madame Gill.

Madame Idlout, vous disposez de six minutes

Mme Lori Idlout: [La députée s'exprime en inuktitut ainsi qu'il suit:]

• (1755)

Le président: Merci, madame Idlout.

Entamons très rapidement un second tour. Je crois que c'est au tour de M. Schmale.

Vous disposez de cinq minutes.

M. Jamie Schmale (Haliburton—Kawartha Lakes—Brock, PCC): Je commence par M. Malak.

Je ne crois pas que personne n'y soit revenu, mais, au début, avez-vous dit: « Des fax se perdent »?

M. Rudy Malak: Absolument.

M. Jamie Schmale: Pouvez-vous m'expliquer? Que se passe-t-il? Comment est-ce que ça marche? D'abord, vous dépoussiérez l'appareil...?

Sérieusement, pouvez-vous m'expliquer?

M. Rudy Malak: Je ne connais pas le mécanisme, mais nous envoyons un fax aux services de santé non assurés pour obtenir leur autorisation. Parfois, nous les relançons trois ou quatre jours plus tard et demandons une réponse. On nous répond qu'on n'a rien reçu. Eh bien, je sais que j'ai envoyé le fax et j'ai la confirmation de son envoi, mais ils ne l'ont pas reçu. Il faut donc recommencer à zéro. Ils faxeraient ensuite le document au médecin qui le leur retournerait par fax, et, à leur tour, ils le faxeraient à la pharmacie.

Oui, ça peut se perdre. Le réseau ou l'appareil est occupé, peu importe. Ça arrive.

M. Jamie Schmale: Le fax occupé, voilà belle lurette que je l'ai entendue, celle-là, disons en 2005...

Quelqu'un a-t-il rappelé que nous n'avions plus besoin de fax et qu'il était peut-être plus efficace d'employer d'autres moyens?

M. Rudy Malak: Oui, mais c'est peut-être un système à intégrer entre les ministères, Express Scripts Canada, les cabinets de médecins, les centres d'appels les services de santé non assurés et les pharmacies. Oui, Internet existe, mais quel système doit s'intégrer dans les autres? C'est un problème qui concerne l'informatique, et je n'y connais pas grand-chose.

M. Jamie Schmale: Voilà qui résume parfaitement comment peut fonctionner l'État. Bonté divine! Je n'en reviens pas!

Madame Grier, vous faites signe de la tête. N'est-ce pas extraordinaire? Avez-vous quelque chose à ajouter?

Mme Angela Grier: Je partage son point de vue: Nous sommes à la merci des professionnels en place.

Actuellement, le gouvernement fédéral examinerait le racisme dans le réseau de santé. Là encore, nous sommes à la merci d'individus qui peuvent ne pas toujours agir dans notre intérêt... mais qui profitent des largesses qu'on leur distribue. Ils n'ont peut-être pas les compétences culturelles pour travailler dans nos populations. Nous sommes à leur merci.

Je partage la position de Lori sur les personnes qui refusent de traiter avec les services de santé non assurés. Je connais beaucoup de praticiens qui refusent. Ils disent être payés en retard. Ils déplorent des erreurs bureaucratiques trop nombreuses. Il y a toutes sortes de problèmes, et ils refusent. En fait, nous créons davantage d'obstacles et nous en voulons davantage... Les professionnels compétents dont nous avons besoin pour les services de santé non assurés s'en vont.

Je ne mets pas tous les cliniciens dans le même sac. Bien sûr, ils ne sont pas tous pareils, c'est un continuum. Au Canada, nous avons vraiment le choix entre les thérapeutes et nous pouvons en essayer. L'aspect le plus important est l'alliance thérapeutique entre le client et le thérapeute. Des jeunes me disent qu'il est tellement agréable de travailler avec moi, parce qu'ils ont dû expliquer à leur thérapeute blanche à quoi ça ressemble dans la réserve. Ils se demandent pourquoi ils doivent toujours lui expliquer et lui apprendre tout, tandis que je leur épargne tout ça. J'ai grandi dans ces communautés. J'y travaille. J'en suis originaire.

De par notre travail de professionnels et de spécialistes de nos communautés, c'est nous et non les politiciens qu'on devrait choisir dans notre organisation et rassembler pour examiner cette information en notre qualité de spécialistes en la matière.

M. Jamie Schmale: Très bien.

C'est comme l'histoire des fax. Leur lenteur extrême à changer leurs façons de faire et leur inadaptation à l'évolution du terrain, c'est comme essayer de rouler une pierre vers le sommet d'une montagne.

Mme Angela Grier: Absolument. Voilà pourquoi j'ai dit, dans mon discours, que nous dépassions nos limites humaines. Nous portons en nous un stress toxique, qui se communique de génération en génération, pour nous défendre, survivre et échapper au sort de nos ancêtres.

Nous faisons fi de ces environnements bureaucratiques systémiques, qu'on peut renverser simplement en changeant cette politique.

• (1800)

M. Jamie Schmale: C'est incroyable.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Schmale.

Au tour de M. Weiler, qui dispose de cinq minutes.

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

Je remercie tous les témoins qui nous épaulent dans cette étude vraiment importante. Cette survie des systèmes archaïques est étonnante.

Monsieur le président, j'ai une question pour Mme Grier.

Mon collègue Battiste a interrogé les trois témoins sur le secteur qui serait la meilleure destination de l'argent fédéral. Je pense que vous commenciez à parler de la santé mentale. Voici l'occasion de vraiment l'expliquer, au bénéfice de notre comité.

Mme Angela Grier: Je vous remercie.

Ce que je disais, c'est que le gouvernement fédéral délègue sa responsabilité fiduciaire à l'égard des Premières Nations, prévue au paragraphe 91(24) et dans la Loi sur les Indiens, aux provinces non réglementées, qui décident alors de notre destin. Dans les communautés des Premières Nations, nous travaillons sans relâche à nous organiser sur le plan politique afin d'unifier les associations des chefs, comme l'AOTC en Alberta ou les associations des chefs de la Saskatchewan ou du Manitoba. Ces organisations représentent directement les communautés. Sauf le respect que je dois à l'APN et à ses affiliés, ces personnes ne sont pas élues par nos communautés, mais bien par les chefs des régions qu'elles représentent. Les dirigeants de nos communautés possèdent les connaissances de nos communautés, et les techniciens sont des gens comme les directeurs de la santé, qui les informent directement de la situation sur le terrain.

Il faut absolument tenter de mettre fin à l'ingérence politique, y compris au sein de nos propres structures bureaucratiques. Comment pouvons-nous faire entendre la voix des intervenants, des véritables experts en la matière, des personnes comme moi, comme ma superviseuse et comme les personnes remarquables ici présentes? Comment pouvons-nous transmettre directement l'information, au lieu de la politiser et de la garder à distance? Tout cela se passe pendant que nous nous démenons pour sauver des vies.

M. Patrick Weiler: Je vous remercie.

Vous avez mentionné une autre réalité inquiétante: vous avez des collègues qui laissent tomber le programme des SSNA à cause des ennuis bureaucratiques. Pouvez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet? Comment quittent-ils le programme, comment offrent-ils leurs services et comment les gens peuvent-ils y accéder?

Mme Angela Grier: Actuellement, les personnes qui laissent tomber le programme des SSNA ou qui s'en éloignent provoquent un goulot d'étranglement sur la liste d'attente. Malheureusement, comme les responsables du programme des SSNA à Ottawa ignorent ce qui se passe réellement sur le terrain, les données sur le programme sont inexactes.

Certains praticiens ont acquis des compétences en travaillant auprès de communautés autochtones. On n'acquiert pas seulement des compétences à l'école; il faut aussi développer ses compétences par l'expérience. Pour se déclarer compétente, une personne doit connaître la communauté, elle doit y participer et en faire partie. C'est seulement lorsqu'elle connaît la communauté qu'elle peut y travailler. Ensuite, il faut aussi respecter des normes de pratique éthique et suivre des cours d'éducation permanente pour développer ses compétences.

Les praticiens les plus qualifiés pour travailler auprès des Autochtones sont les praticiens autochtones. Toutefois, il faudra attendre encore longtemps avant que tous les postes soient pourvus par des praticiens entièrement autochtones et des Premières Nations. En attendant, nous travaillons très fort avec les colonisateurs pour développer leurs compétences et pour faire en sorte que le travail soit dirigé par des Autochtones. Notre section du cercle autochtone a travaillé sans relâche à l'élaboration du code d'éthique que nous avons instauré à partir du travail réalisé sur le terrain.

Je ne suis pas certaine d'avoir répondu à votre question.

M. Patrick Weiler: Absolument. Je vais poser ma dernière question à M. Malak.

Comment les responsables du programme des SSNA réagissent-ils lorsque vous leur parlez des défis que vous avez soulevés ici au

jour d'hui, surtout en ce qui concerne les longs temps d'attente pour recevoir une réponse?

• (1805)

M. Rudy Malak: Les personnes au bout du fil nous disent qu'elles n'y peuvent rien. Elles n'ont pas de réponses à nous donner. Il n'y a rien qu'elles peuvent faire. Si une demande n'est pas approuvée, elle n'est pas approuvée. Nous pouvons interjeter appel de la décision, mais le dossier est envoyé à une personne, puis à une autre, jusqu'à ce qu'on nous dise que l'appel est rejeté.

Le président: Merci beaucoup.

Madame Gill, la parole est à vous.

[Français]

Vous avez la parole pour deux minutes et demie.

Mme Marilène Gill: Je vous remercie, monsieur le président.

Madame Tshernish, tout à l'heure, vous terminiez votre réponse en parlant des langues autochtones. Si j'ai bonne mémoire, c'est la première fois que l'on y faisait allusion relativement aux soins de santé non assurés. J'aimerais vous laisser conclure votre propos.

Je vous laisserais bien sûr quelques minutes pour ajouter des recommandations que vous avez peut-être oubliées au cours de votre témoignage.

Tshinashkumitin.

Mme Marceline Tshernish: *Tshinashkumitin*, madame Gill.

En fait, lorsque je parlais de la langue tantôt, je parlais de toute la dimension holistique de la santé des Innus. Je crois sincèrement que la langue fait partie des services de santé qui doivent être offerts aux communautés des Premières Nations. C'est un moyen de sécuriser les soins sur le plan culturel. C'est également un levier important pour maintenir tout notre savoir, et c'est un levier qui pourrait faciliter les échanges de nation à nation.

Les langues des Premières Nations sont évidemment très difficiles à apprendre. Or, à certains moments, j'ai constaté que certains professionnels allochtones faisaient des tentatives pour entrer en contact avec les membres de nos communautés. Le lien qui peut être créé lors du contact avec le patient est quand même non négligeable. Cela peut être un excellent levier, comme je vous le disais.

Quand nous parlions des soins, j'ai bien aimé la remarque selon laquelle les outils utilisés étaient vraiment archaïques. Nous le vivons aussi de notre côté. Par contre, d'autres recommandations pourraient être mises en œuvre afin de faciliter l'accès aux soins. Par exemple, on pourrait rendre automatiquement accessible à certaines clientèles l'accompagnement pour les soins dans des grands centres ou pour les soins de troisième ligne. Il y a effectivement des mesures qui pourraient être mises en place pour assouplir toute cette lourdeur administrative.

On parlait aussi des délais d'attente entourant les demandes relatives aux médicaments d'exception. Essentiellement, c'est le médecin qui prescrit les médicaments. Tout le processus des SSNA sert d'une certaine manière à contredire la prescription du médecin. Le processus nous empêche parfois d'offrir les soins de qualité que nous devons offrir aux clients, et il s'agit également d'une aberration.

Le président: Je vous remercie beaucoup.

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

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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