



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

44<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 1<sup>re</sup> SESSION

---

# Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

TÉMOIGNAGES

**NUMÉRO 020**

Le vendredi 13 mai 2022

---

Président : L'honorable Marc Garneau





## Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

Le vendredi 13 mai 2022

• (1300)

[Traduction]

**Le président (L'hon. Marc Garneau (Notre-Dame-de-Grâce—Westmount, Lib.)):** Bonjour à tous. La séance est ouverte.

[Français]

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

[Traduction]

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

Avant d'aller plus loin, un petit rappel concernant la liste de 12 témoins que nous devons produire avant midi aujourd'hui en prévision de notre quatrième étude. Vous avez jusqu'au 20 mai à midi pour nous soumettre les noms des autres témoins que vous souhaitez entendre de sorte que nos analystes puissent lancer les invitations nécessaires.

[Français]

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

[Traduction]

Je vous rappelle maintenant quelques règles à suivre avant de vous présenter nos premiers témoins.

[Français]

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

[Traduction]

Voici donc quelques indications pour assurer le bon déroulement de la séance. Les députés et les témoins peuvent s'exprimer dans la langue officielle de leur choix. Des services d'interprétation en anglais, en français et en inuktitut sont offerts pendant la première partie de la séance. Je fais appel à votre patience pour l'interprétation. Il pourrait y avoir un léger décalage, surtout parce que l'inuktitut doit être traduit en anglais avant d'être traduit en français, et vice versa.

Le bouton pour l'interprétation se trouve au bas de votre écran. Vous pouvez choisir l'anglais, le français ou l'inuktitut. Si l'interprétation est interrompue, veuillez me l'indiquer immédiatement, et nous veillerons à ce qu'elle soit rétablie avant de reprendre nos travaux.

Veuillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Si vous participez par vidéoconférence et souhaitez attirer l'atten-

tion de la présidence, vous pouvez utiliser la fonction « Lever la main ». Vous devez aussi cliquer sur l'icône de microphone pour activer le vôtre. Lorsque vous n'avez pas la parole, vous devez mettre votre micro en sourdine. Le microphone des personnes dans la salle sera contrôlé comme à l'habitude par l'agent des délibérations et de la vérification. Veuillez parler lentement et distinctement.

Je rappelle que toutes les observations doivent être adressées à la présidence. Je vous prierais également de bien vouloir vous en tenir au temps qui vous est alloué.

Nous allons débiter par les observations préliminaires de nos témoins qui ont droit à cinq minutes par organisation. Comme nous en avons déjà deux qui sont des nôtres, nous allons pourvoir commencer.

J'aimerais d'abord souhaiter la bienvenue aux deux représentants de l'Association dentaire canadienne, la Dre Lynn Tomkins et le Dr Philip Poon. Nous recevons également Mme Caroline Lidstone-Jones, directrice générale de l'Indigenous Primary Health Care Council qui devrait, nous l'espérons, se joindre à nous sous peu. Nous accueillons enfin Mme Maggie Putulik, vice-présidente des Services de santé pour la Nunasi Corporation, qui est avec nous dans la salle.

Sans plus tarder, je vais demander à la Dre Tomkins de partir le bal.

Docteure Tomkins, vous avez cinq minutes.

**Dre Lynn Tomkins (présidente, Association dentaire canadienne):** Merci, monsieur le président.

[Français]

Bonjour, membres du Comité.

[Traduction]

Je m'adresse à vous depuis Toronto sur le territoire traditionnel des nations Huron-Wendat, Haudenosaunee et Anishinabe, ainsi que de la Première Nation des Mississauga de la New Credit.

J'ai le plaisir d'être accompagnée du Dr Philip Poon, qui dirige notre Sous-comité des services de santé non assurés et possède une vaste expérience en la matière. Il est avec nous depuis Winnipeg, sur le territoire visé par le Traité n° 1, la patrie du peuple métis.

À l'Association dentaire canadienne, nous savons que la santé buccodentaire est une composante essentielle de la santé globale, et nous croyons que tous les Canadiens ont droit à une bonne santé buccodentaire. C'est pour cette raison que nous appuyons sans réserve les efforts déployés par tous les ordres de gouvernement pour améliorer la santé buccodentaire des Canadiens et faciliter leur accès à des soins dentaires, surtout pour ceux qui en ont le plus besoin.

Ce n'est pas d'hier que notre association plaide en faveur d'investissements dans la santé buccodentaire des Autochtones, notamment via l'accès à des soins dentaires. Depuis plus de 10 ans, nous collaborons avec les fonctionnaires qui assurent la gestion du volet dentaire du Programme des services de santé non assurés (SSNA) et fournissons des conseils techniques sur son administration. Nous aimerions vous soumettre aujourd'hui trois recommandations dans le contexte de l'étude que vous avez entreprise.

Premièrement, nous réclamons un accès plus facile aux installations où des traitements dentaires peuvent être offerts sous anesthésie générale. Pour de nombreux patients ayant besoin de soins complexes, particulièrement chez les enfants, les traitements nécessaires doivent être prodigués sous sédation, et plus précisément sous anesthésie générale, ce qui nécessite l'accès à une installation chirurgicale. C'est souvent ce qui arrive pour les enfants autochtones vivant dans les communautés éloignées qui n'ont pas régulièrement accès à des soins dentaires. Ces enfants ont souvent des dents très cariées qui peuvent être difficiles à traiter dans un cabinet conventionnel.

Bien que le programme des SSNA rembourse ce traitement, il est souvent difficile d'avoir accès aux installations chirurgicales permettant de l'offrir. Dans bien des cas, on doit utiliser les blocs opératoires des hôpitaux. Même avant la pandémie, il pouvait être difficile de trouver les installations chirurgicales et le personnel dont on avait besoin. Les traitements pouvaient être ainsi reportés de plusieurs mois, une situation qui s'est exacerbée avec le lourd fardeau que fait peser la COVID-19 sur tout notre système de santé. Étant donné l'arriéré chirurgical qui en résulte, il faut s'attendre à ce que notre problème ne soit pas réglé de sitôt.

L'une des solutions serait d'utiliser de façon plus optimale les installations chirurgicales privées que l'on retrouve dans bon nombre de nos grandes villes. Cependant, ces cliniques privées pratiquent souvent des tarifs nettement plus élevés que les niveaux de remboursement prévus par le programme des SSNA, ou imposent des frais ne faisant pas partie des codes de traitement normalement utilisés pour les soins dentaires et n'autorisant donc aucun remboursement. On pourrait aussi envisager la construction d'installations chirurgicales dirigées par des Autochtones spécialement pour les communautés où l'on doit traiter un grand nombre de patients admissibles au programme des SSNA.

Deuxièmement, bien que le programme des SSNA puisse se comparer avantageusement aux autres programmes dentaires financés par les gouvernements provinciaux et territoriaux, il demeure très difficile pour certains patients de bénéficier des soins offerts en raison de la lourdeur administrative du programme. De nombreux traitements courants, comme les prothèses partielles, exigent une autorisation préalable, et ce, malgré des taux de refus exceptionnellement faibles. Le processus d'autorisation préalable pour d'autres traitements, comme les couronnes, peut aussi être plus complexe avec le programme des SSNA qu'avec d'autres programmes dentaires, comme le Régime de soins dentaires de la fonction publique fédérale.

En outre, d'autres services courants, comme les gouttières occlusales pour le grincement de dents, ou bruxisme du sommeil, sont couverts par la plupart des régimes dentaires, comme celui de la fonction publique, mais pas par le programme des SSNA.

Des améliorations importantes ont déjà été apportées au programme, comme le retrait de l'exigence d'autorisation préalable pour les traitements de canal, un changement qui est vraiment le

bienvenu. Comme la santé buccodentaire des Autochtones laisse à désirer par rapport à celle de la population allochtone, le programme des SSNA devrait chercher à permettre un accès rapide et efficace aux soins, plutôt que de mettre l'accent sur le contrôle des coûts. Nous recommandons que les responsables du programme mènent un examen exhaustif de l'administration de la couverture dentaire pour s'assurer que les exigences d'autorisation préalable sont conformes aux pratiques éprouvées en usage dans les autres régimes dentaires, aussi bien publics que privés.

Enfin, l'Association dentaire canadienne se réjouit des investissements sans précédent annoncés dans le budget de 2022. Il ne faudrait toutefois pas que la santé buccodentaire des Autochtones soit négligée dans le cadre de cet engagement du gouvernement fédéral à investir plus de 5 milliards de dollars dans la santé dentaire des Canadiens. Dans l'état actuel des choses, aucune portion de ces fonds ne semble destinée expressément aux Inuits et aux membres des Premières Nations qui sont près d'un million à être admissibles au programme des SSNA. On risque ainsi d'aggraver l'iniquité déjà marquée entre ce groupe et le reste de la population canadienne en matière de santé buccodentaire.

Le gouvernement fédéral devrait, en partenariat avec les gouvernements autochtones et les autres parties prenantes, élaborer une stratégie d'investissement en vue d'améliorer la santé buccodentaire des communautés autochtones. Outre les préoccupations déjà évoquées, cette stratégie pourrait aussi prévoir des mesures comme des investissements dans des campagnes d'éducation et de sensibilisation, des programmes de santé publique offrant des soins préventifs, et l'accès à l'eau potable et la fluoruration de l'eau dans les communautés.

• (1305)

Merci de nous donner l'occasion de participer à votre étude sur cette importante initiative fédérale. Le Dr Poon et moi-même serons ravis de répondre à toutes vos questions.

**Le président:** Merci, docteur Tomkins. Nous sommes heureux que vous ayez pu être des nôtres aujourd'hui.

Nous allons maintenant entendre Mme Caroline Lidstone-Jones, directrice générale du Indigenous Primary Health Care Council, qui vient de se joindre à nous.

Madame Lidstone-Jones, vous avez cinq minutes.

**Mme Caroline Lidstone-Jones (directrice générale, Indigenous Primary Health Care Council):** *Aaniin*, tout le monde.

Au nom du Indigenous Primary Health Care Council, un conseil qui apporte son soutien aux organisations offrant des soins de santé primaires aux Autochtones partout en Ontario, je tiens à remercier le Comité permanent des affaires autochtones et du Nord de la Chambre des communes de me donner l'occasion de comparaître comme témoin dans le cadre de son étude sur l'administration et l'accessibilité des peuples autochtones au programme des Services de santé non assurés.

Notre contribution à cette étude va s'inscrire dans une perspective axée sur l'utilisateur qui laisse aux membres des Premières Nations, aux Métis et aux Inuits la place qui leur revient tout en faisant montre de la déférence voulue envers les communautés autochtones nordiques, rurales et urbaines auxquelles nous offrons nos services en Ontario. Les observations que nous souhaitons vous soumettre vont s'articuler autour de quatre grands thèmes, soit ceux de l'abordabilité, de l'accessibilité, de l'exclusion et de la sécurité.

Pour ce qui est de l'abordabilité, voici un aperçu des principaux enjeux pour les populations autochtones nordiques, rurales et urbaines.

De nombreux prestataires de services, qu'ils soient dentaires, optométriques, pharmaceutiques ou autres, exigent de leurs clients autochtones qu'ils paient immédiatement pour les services obtenus et qu'ils soumettent eux-mêmes les reçus au programme des SSNA pour se faire rembourser. C'est un problème d'abordabilité pour certains patients, car les services en question peuvent être assez coûteux. Ainsi, les sommes payées pour des lunettes se chiffrent en centaines de dollars. Les coûts pour des soins dentaires d'urgence peuvent à eux seuls atteindre les milliers de dollars. À titre d'exemple, un simple traitement de canal peut coûter entre 520 \$ et 1 200 \$ par dent.

En outre, les prestataires de services, surtout en milieu urbain, connaissent généralement plutôt mal le programme des SSNA. Ils sont nombreux à ne pas savoir que le programme existe et qu'il leur est possible de s'inscrire pour y participer. Il n'est donc pas rare que des clients autochtones ne se voient pas offrir la possibilité d'un remboursement à la suite d'une demande qui serait soumise par le prestataire en leur nom. Si le client demande au prestataire de services de facturer directement le programme des SSNA, il essuie souvent un refus.

D'autre part, de nombreux prestataires de services qui connaissent le programme des SSNA choisissent de ne pas y participer en raison des processus de prédétermination et du temps nécessaire pour toutes les formalités. Il y a aussi le fait que des prestataires font état d'un temps d'attente trop long pour recevoir les remboursements du programme. Certains décident donc de ne pas s'inscrire comme prestataire de services ou de retirer leur nom de la liste préapprouvée.

Enfin, les coûts à engager pour les déplacements continuent de représenter un obstacle de taille pour les Autochtones des milieux nordiques, ruraux et urbains. Pour ceux qui vivent dans les régions nordiques et éloignées, ces coûts continuent de grimper au gré de l'augmentation du prix de l'essence. Ainsi, les frais pour un déplacement avec son propre véhicule sont actuellement remboursés à hauteur de 22 ¢ le kilomètre. Ce barème ne tient pas compte de l'inflation, ce qui rend d'autant plus difficile du point de vue financier l'accès aux soins de santé dont ces personnes ont besoin.

À titre de comparaison, les taux d'indemnisation raisonnables indiqués sur le site Web du gouvernement du Canada pour 2022 s'établissent à 61 ¢ le kilomètre pour les 5 000 premiers kilomètres, puis à 55 ¢ le kilomètre par la suite, avec un supplément de 4 ¢ le kilomètre pour les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut. En outre, un montant maximum de 60 \$ par jour est remboursé pour le coût des repas, comparativement à 69 \$ par jour, sans que des reçus soient exigés, pour le gouvernement du Canada.

Pour les populations autochtones en milieu urbain, tous les frais de déplacement doivent être payés par l'utilisateur, car on n'a que très rarement accès à un transport médical prévu dans le cadre du programme des SSNA en raison des coûts importants à engager pour offrir les services. Les individus devant se déplacer en milieu urbain pour obtenir des services doivent payer eux-mêmes pour le taxi et le stationnement. Ce sont là des dépenses importantes, surtout dans les grandes villes, où bon nombre des services spécialisés sont offerts. Le stationnement au centre-ville peut à lui seul coûter plus de 30 \$ par jour.

Tout bien considéré, les sommes à verser dans l'immédiat et directement pour les déplacements et les services peuvent entraîner de sérieuses complications pour ceux qui n'en ont pas nécessairement les moyens. Il peut arriver que cela les oblige à renoncer complètement à un traitement dont ils ont absolument besoin. Lorsqu'ils finissent par réintégrer le système de santé, on doit les traiter dans les services d'urgence, plutôt qu'à des fins curatives ou préventives.

• (1310)

Il y a d'autres éléments que nous sommes à même d'observer au chapitre des difficultés à surmonter. On constate notamment qu'il est difficile d'avoir accès à des services offerts par des praticiens autochtones. Il existe bien une liste de prestataires de services en santé mentale pour le programme des SSNA, mais on y retrouve principalement des praticiens allochtones offrant des services non adaptés.

Il est essentiel d'établir une liste similaire de praticiens autochtones, assortie d'un financement suffisant pour mettre l'accent sur les soutiens traditionnels aux fins de la guérison et du mieux-être, surtout à partir du moment où l'on convient que la culture est un vecteur de traitement et de guérison. La réappropriation de la culture, la guérison axée sur la terre et la connexion avec des prestataires de services culturels sont des stratégies bien connues qui ont fait la preuve de leur efficacité pour aider la population autochtone dans son parcours de guérison.

Les déplacements nécessaires posent également des difficultés additionnelles du point de vue de l'accessibilité. Très souvent, l'approbation des demandes de transport médical est retardée ou traitée trop lentement, particulièrement lorsqu'il faut obtenir des services spécialisés à la dernière minute. Il s'ensuit que des clients doivent annuler leur rendez-vous. Nous savons à quel point il faut parfois attendre longtemps pour voir un spécialiste ou subir un test diagnostique, et les soins requis en sont retardés d'autant.

Il est vraiment difficile de communiquer en temps réel avec un représentant du programme des SSNA lorsqu'on a un problème ou des questions à poser. Il est bien connu que c'est l'une des raisons pour lesquelles des prestataires de services décident de ne pas participer à ce programme. C'est l'un des éléments qui font en sorte que de nombreux Autochtones n'obtiennent pas les soins dont ils ont besoin. Dans bien des cas, la frustration ressentie va les inciter à abandonner leur démarche et à renoncer à obtenir l'aide du programme des SSNA parce que le processus est trop long et complexe, et qu'il est très ardu de s'y retrouver.

• (1315)

**Le président:** Madame Lidstone-Jones, je vous demanderais de bien vouloir conclure, car vous en êtes déjà à six minutes et demie.

**Mme Caroline Lidstone-Jones:** D'accord.

Je vais conclure en vous parlant du racisme dans le système de santé. C'est un problème bien enraciné depuis l'époque des hôpitaux indiens qui ont été créés dans les années 1930. Les Autochtones ont souffert d'un accès inéquitable aux services de santé et de soins de qualité inférieure qui entraînent trop souvent des décès.

Lorsqu'il est question des manifestations du racisme à l'encontre des Autochtones, on pense au traitement auquel ont eu droit notamment Joyce Echaquan et Brian Sinclair. On pense aussi toutefois à ceux qui n'ont pas eu accès aux services dont ils avaient tant besoin soit parce qu'il était déjà trop tard, soit parce qu'ils craignaient de ne pas être bien traités.

Il y a un manque flagrant d'accès à des soins tenant compte des particularités culturelles. Nous recommandons donc que tous les prestataires de services dans le cadre du programme des SSNA suivent une formation obligatoire qui les rendra mieux aptes à offrir cette sécurisation culturelle à leurs patients.

Nous recommandons de plus...

**Le président:** Je vous remercie, mais le moment est venu de passer à notre prochain témoin.

Madame Putulik, à vous la parole pour les cinq prochaines minutes.

**Mme Maggie Putulik (vice-présidente, Services de santé, Nunasi Corporation):** *Nakurmiik. Ullaakut.*

[Français]

Bonjour à toutes et à tous.

[Traduction]

Merci à tous les membres du Comité.

Je m'appelle Maggie Putulik et je suis ici en ma qualité de vice-présidente, responsable des services de santé, pour la Nunasi Corporation.

Je dois d'abord vous dire que c'est un honneur pour moi de pouvoir vous parler de l'importance du programme des Services de santé non assurés pour les Nunavummiuts, les Inuits du Nunavut. Je vais conclure mon exposé avec trois recommandations importantes pour l'amélioration du programme.

Je travaille donc pour la Nunasi Corporation, une société de développement inuite du Nunavut qui appartient à deux associations inuites régionales, l'Association inuite du Qikiqtani et l'Association inuite du Kivalliq, ainsi qu'à la Kitikmeot Corporation, une société de développement régional.

Nous sommes la plus ancienne société de développement inuite au pays. Nous avons vu le jour en 1976 à l'initiative de l'Inuit Tapirisat of Canada, maintenant connue sous l'appellation Inuit Tapiriit Kanatami. Nous devons servir de véhicule pour assurer la participation des Inuits au développement économique.

Nunasi a investi dans des installations d'hébergement médicalisées appelées largas. Nous en avons à Ottawa, Winnipeg, Edmonton et Yellowknife. Comme aucun service de santé spécialisé n'est offert dans le Nord, les Inuits doivent aller dans le Sud pour en bénéficier. Les largas les accueillent en leur offrant un foyer loin de chez eux avec des programmes adaptés à la culture pour les patients et leurs accompagnateurs. Nous offrons des services d'hébergement, de repas et de transport qui sont couverts par le programme des Soins de santé non assurés.

Nous sommes également propriétaires de Polar Vision, qui offre des services de dispensaire optique aux communautés du Nunavut à partir de Yellowknife.

Le programme des Soins de santé non assurés est important pour les Inuits. Il leur procure de nombreux avantages, mais je vais me permettre aujourd'hui de vous soumettre trois recommandations bien précises afin d'en améliorer grandement les résultats.

D'abord et avant tout, le gouvernement fédéral devrait conclure une entente à long terme, d'une durée 10 à 15 ans, avec le gouvernement territorial du Nunavut pour veiller à ce que les investissements requis puissent se faire. De tels engagements à long terme

offrent un degré de certitude accru facilitant la prestation des services essentiels comme ceux que nous offrons aux Nunavummiuts dans les largas.

Deuxièmement, le gouvernement du Canada devrait élaborer et mettre en oeuvre une politique territoriale sur le transport des usagers. Par « usagers », j'entends à la fois les patients et leurs accompagnateurs. C'est le terme utilisé dans le secteur de la santé. Le fédéral devrait mettre en place une telle politique tant pour le Nunavut que pour les Territoires du Nord-Ouest afin d'éviter toute erreur d'interprétation quant à l'admissibilité des accompagnateurs.

Les accompagnateurs jouent un rôle essentiel dans la prestation des services de santé aux Inuits. Ils escortent les patients en les aidant à surmonter les problèmes de mobilité et la barrière des langues, tout en leur offrant un soutien social, psychosocial et émotif. Nous avons dû composer avec un grand manque de cohérence dans l'application de la politique sur les accompagnateurs, surtout avec le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Le gouvernement fédéral doit mettre en oeuvre une politique précisant clairement qui peut être considéré comme un accompagnateur admissible, car la politique en vigueur, qui est plutôt vague et mal définie, peut être interprétée de façon erronée par le personnel chargé des transports médicaux, surtout au sein de ces deux ordres de gouvernement.

En troisième et dernier lieu, Nunasi recommande d'actualiser les politiques du programme des Soins de santé non assurés touchant les soins de la vue au Nunavut. À l'heure actuelle, le programme rembourse de 300 \$ à 400 \$ pour une paire de lunettes à tous les deux ans pour les adultes, et à tous les ans pour les enfants. Ces indemnités sont inférieures à la norme établie pour les autres régimes de soins de la vue au Canada.

• (1320)

On nous a donné le montant minimal pour couvrir nos lunettes. Nous recommandons que le programme des soins de santé non assurés paye les taux du marché ou un montant qui s'y rapproche pour les examens de la vue et les lunettes afin que les Nunavummiuts puissent se permettre de l'utiliser. De plus, il faudrait aussi ajouter les lentilles cornéennes, et la chirurgie oculaire au laser devrait être admissible dans les cas pertinents.

Enfin, les journées d'exercice des opticiens dans les collectivités du Nunavut sont très limitées. Nous entendons souvent dire que le peu de journées d'exercice empêche les Nunavummiuts d'avoir accès à des soins de la vue. C'est inacceptable.

En tant que professionnel qui travaille dans le réseau des services de santé depuis 15 ans et qui collabore étroitement avec les Largas, Polar Vision et d'autres fournisseurs de soins de santé qui se servent du programme des services de santé non assurés, je vous ai présenté aujourd'hui ces trois recommandations clés. Je pense que nous pourrions travailler ensemble pour améliorer encore plus le programme. J'ai hâte de répondre à vos questions.

[Français]

Je vous remercie de m'avoir offert l'occasion de comparaître devant vous aujourd'hui.

[Traduction]

**Le président:** Merci, madame Putulik.

Nous allons maintenant passer aux questions. Nous allons commencer par M. Schmale.

Monsieur Schmale, vous avez six minutes.

**M. Jamie Schmale (Haliburton—Kawartha Lakes—Brock, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins pour leurs excellents témoignages.

Lors de réunions précédentes du Comité, nous avons entendu parler du niveau de bureaucratie accablant dans le programme.

Je pense, madame Lidstone-Jones, que vous vous apprêtez à en dire plus long là-dessus, mais vous avez manqué de temps. Vous hochez de la tête. Aimerez-vous terminer votre réflexion?

**Mme Caroline Lidstone-Jones:** Oui, je vous en suis reconnaissante.

Nous pouvons donner le point de vue ontarien des collectivités que nous desservons ici. Nous entendons souvent dire qu'une grande partie de la résistance opposée par les fournisseurs de services actuels qui sont déjà inscrits ou qui se sont peut-être montrés intéressés est attribuable à la bureaucratie et à la main-d'œuvre nécessaires dans le processus. Ils n'ont tout simplement pas assez de temps. C'est surtout parce que nous traversons une grave crise en ce qui a trait aux ressources humaines. En effet, le recrutement et le maintien en poste ainsi que les délais d'attente constituent un fardeau supplémentaire. [*Difficultés techniques*] met en place des mesures de soutien à cette fin.

Même s'ils souhaitent offrir leurs services, compte tenu de la bureaucratie liée à la participation au programme, ils peuvent déterminer que le fardeau administratif que représente le temps nécessaire pour s'inscrire, pour suivre tout le processus d'approbation préalable et pour recevoir le paiement n'en vaut pas le coup.

C'est ce que nous observons, alors que de plus en plus de personnes n'ont pas recours à des services à défaut d'avoir les moyens de les payer à l'avance avant de demander un remboursement au programme des services de santé non assurés.

• (1325)

**M. Jamie Schmale:** Ces personnes ne reçoivent malheureusement pas les services dont elles ont besoin.

**Mme Caroline Lidstone-Jones:** Oui, et c'est pour cette raison que nous avons mentionné qu'elles sont nombreuses à sauter les étapes préventives — quand nous regardons les services en amont par rapport aux services en aval — et à recevoir plus tard des soins d'urgence qui coûtent plus cher au système.

**M. Jamie Schmale:** Tout à fait.

Par curiosité, vos membres communiquent-ils avec le ministère par télécopieur?

**Mme Caroline Lidstone-Jones:** Dans certains cas, oui. Cela dépend juste de l'endroit. Nous avons encore des défis de taille à relever. L'une de nos recommandations se rapporte aussi à l'absence de... Il existe encore un grand fossé numérique, surtout pour beaucoup de nos collectivités isolées des Premières Nations. Cela devient donc un défi constant compte tenu de la stabilité d'Internet et de l'absence de connectivité à la large bande, de ce genre de choses. Il devient aussi plus compliqué de s'y retrouver dans le système. Nous avons un mélange des deux.

**M. Jamie Schmale:** Dans une réunion précédente, nous avons entendu le témoignage d'un pharmacien qui a dit devoir se servir d'un télécopieur, car je suppose que le ministère n'a pas encore de courrier électronique. Il a aussi dit qu'il arrive que des documents soient perdus lorsqu'on se sert d'un télécopieur. Les médecins

doivent recommencer le processus, ce qui nuit encore davantage au système frustrant qui est en place.

**Mme Caroline Lidstone-Jones:** Oui, et les délais d'attente... Lorsque des documents sont perdus, le processus d'approbation préalable en souffre. Lorsqu'un rendez-vous est pris et que les documents ne sont pas prêts à temps, il faut reporter le vol, la réservation d'hébergement et ainsi de suite. Il y a des effets de retombée et tout est retardé. Nous avons vu des gens rater leurs rendez-vous à cause de l'échec du système à cet égard.

**M. Jamie Schmale:** Nous nous retrouvons avec une feuille de route très inquiétante, quand on y pense: le fait que des professionnels de la santé se privent du programme à cause du fardeau administratif, la perte de documents dans le système de santé en général et ensuite le fait qu'il faut attendre longtemps avant d'être payé. Cela renvoie aussi à ce que vous avez dit à propos de mesures préventives qui ne sont pas prises à ce moment-là; on ne voit que la pire situation, c'est-à-dire une visite aux urgences. Dans de nombreuses régions du pays, nous avons des soins de santé de couloir parce que notre système est débordé.

**Mme Caroline Lidstone-Jones:** Absolument.

**M. Jamie Schmale:** Vous en avez parlé un peu dans votre témoignage. Vous pourriez peut-être en dire plus sur vos idées ou sur celles de votre organisation pour peut-être atténuer les pressions exercées, au moins le fardeau administratif, ou même accélérer l'ensemble du processus réglementaire en place.

**Mme Caroline Lidstone-Jones:** Nous devons trouver un meilleur moyen de gérer les formalités administratives et le nombre d'approbations préalables, et la nécessité d'avoir les documents en main pour prouver qu'on était à un rendez-vous. Ce n'est pas juste avant le rendez-vous. C'est aussi pendant le rendez-vous et les formalités administratives qui suivent.

Il arrive aussi parfois que des gens, compte tenu du temps de déplacement et ainsi de suite, n'arrivent pas à obtenir la signature du spécialiste, ce qui a une incidence sur leur prochain déplacement. Il est donc question de toutes ces choses. On ne se rend pas compte que c'est en amont et en aval du système, ce qui nuit à la capacité d'avoir accès au programme à l'avenir.

En tant que fournisseurs de soins de santé, nous devons vraiment travailler ensemble afin d'établir un système qui nous permet de collaborer davantage pour nous attaquer au délai attribuable aux formalités administratives nécessaires. Des fournisseurs en Ontario ont décidé de leur propre chef d'offrir le programme des services de santé non assurés, mais la triste réalité, c'est qu'ils ont eux aussi dû attendre longtemps avant de recevoir le paiement au titre du programme. Par conséquent, les membres de la collectivité sont moins en mesure de continuer de se déplacer à défaut d'avoir assez de liquidités à cette fin.

Une fois de plus, je pense que, lorsque nous nous penchons sur le long terme, si nous comparons encore une fois les services en amont et les services en aval, nous constatons qu'il est beaucoup moins coûteux d'intervenir aux étapes préventives. Lorsque nous prodiguons des soins de courte durée, nous cherchons déjà quelque chose à diagnostiquer et à traiter. Nous passons maintenant à côté de toute cette partie du système qui aurait pu nous permettre de prévenir le pire scénario ou un scénario qui nécessite plus de traitements.

• (1330)

**Le président:** Merci, monsieur Schmale.

Nous passons maintenant à M. Battiste.

Monsieur Battiste, vous avez six minutes.

**M. Jaime Battiste (Sydney—Victoria, Lib.):** J'aimerais remercier les témoins pour leurs témoignages. Nous entendons clairement ce que vous dites à propos de la nécessité non seulement d'accroître l'efficacité en ce qui a trait aux prix et aux coûts, mais aussi de faire du rattrapage dans les services offerts par le gouvernement.

Lorsque nous nous penchons sur des problèmes observés dans les régions nordiques ou rurales et dans les collectivités autochtones, l'une des choses à laquelle je pense souvent, c'est que nous devons souvent nous déplacer en tant qu'Autochtones pour trouver les services ailleurs.

À propos du problème sous-jacent de la capacité dans les réserves ou dans le Nord, que pouvons-nous faire en tant que gouvernement pour tenter de faire en sorte que les membres de ces collectivités n'ont pas à sortir des réserves ou à quitter le Nord? Y a-t-il un moyen de travailler avec les universités? Y a-t-il un moyen pour nous de créer des programmes qui renforcent la contribution autochtone dans le domaine de la santé?

Pouvez-vous nous parler un peu des pratiques exemplaires qui fonctionnent au Canada pour accroître le nombre de personnes des collectivités autochtones qui étudient dans le domaine de la santé?

Je suppose que nous pourrions commencer par Mme Lidstone-Jones.

**Mme Caroline Lidstone-Jones:** Oui, tout à fait. Je peux vous donner des exemples concrets de notre réseau en Ontario avec le Indigenous Primary Health Care Council. Notre conseil des soins de santé ne tient pas compte du statut au moment de prodiguer des soins de santé aux Autochtones: aux membres des Premières Nations, aux Métis et aux Inuits. Nous avons conclu beaucoup d'accords de relation avec nos collectivités des Premières Nations pour leur fournir des soins sur place.

Ce qui nous pose problème, bien entendu, c'est notre capacité à offrir des services. À l'heure actuelle, nous essayons aussi d'augmenter le nombre de postes et de fournisseurs de soins de santé primaires à notre disposition pour accroître la portée de nos activités.

Nous entretenons également des liens avec l'École de médecine du Nord de l'Ontario, pour parler de la façon de former nos étudiants, de rapprocher les approches occidentale et traditionnelle de la médecine, et de promouvoir cela à l'interne dans nos collectivités.

L'autre chose qui est avantageuse pour notre système consiste à ouvrir des cliniques préopératoires dans les collectivités et à trouver des gens qui peuvent s'en occuper, à l'aide de bus de contrôle et ainsi de suite, où des gens ciblés peuvent recevoir des soins. Nous avons eu la chance de recevoir des fonds pendant la pandémie de COVID-19 afin d'avoir des unités mobiles de dépistage. Nous avons maintenant une occasion et un système pour offrir des soins de santé primaires dans les collectivités et faire plus de prévention.

Ce sont des choses dans lesquelles nous devons investir pour offrir plus de services dans les collectivités. Plutôt que de contraindre les gens des collectivités à se rendre où se trouvent les services, nous devons envisager le contraire pour donner un accès aux services.

**M. Jaime Battiste:** Madame Lidstone-Jones, vous avez dit quelque chose qui a retenu mon attention. Vous avez donné la gué-

risson axée sur la terre comme exemple de pratique prometteuse dans les collectivités autochtones. Pouvez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet et sur la façon dont cela fonctionne pour s'attaquer aux problèmes de santé mentale, plus particulièrement chez les jeunes autochtones?

**Mme Caroline Lidstone-Jones:** Merci. C'est énorme.

Nous avons observé une augmentation massive du recours à notre programme de guérison et de médicaments traditionnels, surtout pendant la pandémie de COVID-19, qui a multiplié les problèmes de santé mentale. Des gens qui n'avaient jamais été anxieux ou dépressifs — toutes ces choses — le sont devenus à cause de l'isolement.

Partout dans notre réseau, nous avons créé des programmes à multiples volets axés sur la terre. Nous avons des camps de chasse, des camps de pêche, des enseignements et cérémonies traditionnels, des cérémonies spécialisées ou des cérémonies d'attribution du nom. Nous avons aussi des guérisseurs traditionnels qui se sont rendus dans nos collectivités pour apprendre comment cueillir des plantes traditionnelles, comment préparer les médicaments et comment s'en servir pour une raison ou une autre [*difficultés techniques*] cueillette.

Nous avons également constaté qu'avoir des mentors qui servent de modèles aux jeunes pour qu'ils puissent s'orienter sur le territoire est hautement utile. Cette pratique connaît beaucoup de succès. En ce qui a trait à la guérison traditionnelle — c'est encore dans le contexte de l'Ontario —, nous voulons améliorer ce que nous appelons la « double perspective », en intégrant des soins de santé primaires à nos remèdes traditionnels. L'établissement d'un lien entre ces deux services permet de les harmoniser plutôt que d'avoir deux programmes incohérents.

Nous nous penchons actuellement sur ces choses. Nous déployons beaucoup d'efforts dans ce domaine parce que nous avons vu l'augmentation massive du recours au programme comme une voie à suivre, surtout lorsqu'il est question de santé mentale et de toxicomanie.

• (1335)

**M. Jaime Battiste:** Merci.

C'est à peu près tout le temps que j'avais, je crois.

**Le président:** Merci beaucoup.

[*Français*]

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

**Mme Marilène Gill (Manicouagan, BQ):** Je vous remercie, monsieur le président.

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

J'aimerais parler d'un sujet très important que nous abordé dans le cadre d'une autre étude, qui portait sur le logement. Nous avons évidemment noté les répercussions que pouvait avoir le manque d'accessibilité au logement dans les communautés éloignées. En effet, cela a causé un exode de la population vers les centres urbains.

Le fait de ne pas avoir accès à des soins de santé chez eux est-il également un facteur qui pousse les gens à quitter leur communauté?

Madame Putulik, avez-vous des observations à ce sujet?

**Mme Maggie Putulik:** Je vous remercie de la question, madame Gill.

[*La témoin s'exprime en inuktitut ainsi qu'il suit:*]

Δᵃᵇ∩ᵇᶜ ρ▷σ<ᶜ<ᶜ

[*Les propos en inuktitut sont interprétés en anglais puis traduits ainsi:*]

Je vais vous répondre en inuktitut.

[*Traduction*]

Beaucoup de personnes quittent le Nord à cause du manque de logements. De toute évidence, c'est une raison incontournable, mais la plupart des patients et des personnes qui les accompagnent retournent chez eux.

Beaucoup de personnes du Nord quitteront leur région pour trouver du travail dans les villes au sud ou pour d'autres raisons personnelles. Elles quittent le Nord pour échapper à des comportements violents ou à des mauvais traitements. Elles sont nombreuses à souffrir de la toxicomanie une fois dans le Sud, mais la majorité de nos patients...

[*Français*]

**Mme Marilène Gill:** Je pense, par exemple, au problème que peut poser la nécessité de recevoir des traitements de dialyse trois fois par semaine.

Selon ce que je comprends, le fait de ne pas avoir accès à des services de santé n'est donc pas l'un des facteurs qui font en sorte que les gens quittent les communautés.

[*Traduction*]

**Mme Maggie Putulik:** Non.

[*Français*]

**Mme Marilène Gill:** Je vous remercie.

J'aimerais demander aux autres témoins de s'exprimer également à ce sujet.

[*Traduction*]

**Le président:** Madame Lidstone-Jones, voulez-vous essayer de répondre à la question? Nous passerons ensuite à la Dre Tomkins.

**Mme Caroline Lidstone-Jones:** Bien sûr. Je viens tout juste de trouver la traduction. J'espère n'avoir rien manqué.

Si j'ai bien compris, vous avez demandé si des gens quittent leurs collectivités à cause de leur traitement. La réponse est oui. Certaines personnes doivent partir pour recevoir leur traitement.

Vous avez mentionné la dialyse, ce qui est vital. Dans beaucoup de nos collectivités, il est question non seulement de l'accès au programme, mais aussi de l'accès à une eau de qualité. Certaines personnes doivent laisser ces circonstances derrière pour avoir accès au programme et à ce service.

Tout ce qui nécessite des soins plus spécialisés... À vrai dire, certaines personnes décident de ne pas partir parce qu'elles doivent se rendre loin, et leur santé se détériore. Par ailleurs, lorsqu'elles doivent partir pour recevoir des soins, il arrive souvent qu'elles doivent le faire seules. La peur et la solitude entrent également en ligne de compte.

[*Français*]

**Mme Marilène Gill:** Je suis désolée, madame Lidstone-Jones.

Je pense que ma question a été mal comprise. Je ne voulais pas parler du fait de quitter la communauté de façon ponctuelle, mais plutôt de façon permanente pour avoir accès à des soins qui ne sont pas accessibles dans la communauté.

Madame Lidstone-Jones, je ne sais pas si vous aviez compris ma question ainsi. Votre réponse demeure-t-elle la même?

• (1340)

[*Traduction*]

**Mme Caroline Lidstone-Jones:** Oui, c'est ce que font également certaines personnes.

Encore une fois, cela dépend souvent de la complexité. Je peux parler de ma propre expérience. Mon mari doit être ici dans la région du Grand Toronto compte tenu de la complexité des soins de santé dont nous avons besoin. Je viens du Nord de l'Ontario, et nous sommes ici pour les soins offerts.

[*Français*]

**Mme Marilène Gill:** Je vous remercie.

Je voulais en être certaine.

[*Traduction*]

**Mme Caroline Lidstone-Jones:** Oui, la réponse est oui.

**Le président:** Docteur Tomkins, voulez-vous répondre à la question? Je sais que vous vous situez ailleurs dans la discussion, mais allez-y, si vous voulez.

**Dre Lynn Tomkins:** Je serai brève.

Je dirais que, pour ce qui est de la médecine dentaire, comme la plupart de nos traitements sont très ponctuels, il ne serait pas nécessaire pour quelqu'un... Ce serait très inhabituel à moins que quelqu'un ait une anomalie cranio-faciale, par exemple un enfant, qui nécessite beaucoup de soins chirurgicaux, mais encore une fois, ce serait considéré comme une absence temporaire — peut-être de six mois à une année — et pas comme un départ permanent.

[*Français*]

**Mme Marilène Gill:** Je remercie les témoins de leurs réponses.

Ma prochaine question touche l'accessibilité des soins. Le problème se pose, d'une part, en raison des frais, mais également en raison de la distance à parcourir pour se faire soigner et de la disponibilité des praticiens spécialisés. Il n'y a pas nécessairement de spécialistes installés dans les communautés.

Y a-t-il une solution à ce que j'ose imaginer être les deux plus grandes difficultés, c'est-à-dire la disponibilité des spécialistes et l'accessibilité aux soins?

Il est peut-être utopique de croire qu'il pourrait y avoir une grande solution à ce problème, mais avez-vous des propositions à nous faire à ce sujet?

Quelles seraient vos recommandations?

Madame Tomkins, je sais que, encore une fois, c'est un peu différent pour vous, mais j'aimerais quand même avoir votre opinion à ce sujet.

[*Traduction*]

**Dre Lynn Tomkins:** Merci.





Pour un fournisseur, ce peut être très frustrant, parce que vous avez un patient qui a besoin d'un traitement, mais il faut obtenir une autorisation ou une détermination préalables. Vous savez, par expérience, que la demande sera approuvée, mais vous savez aussi que tant qu'elle ne le sera pas, le traitement ne sera pas couvert. Parfois, votre patient souffre et vous devez le renvoyer chez lui avec une ordonnance pour un opioïde ou un antibiotique — ce qui contribue à toutes sortes de problèmes —, pour qu'il revienne ensuite vous voir afin de traiter le problème. Entre les deux rendez-vous, ce patient peut se retrouver à l'urgence d'un hôpital, où on lui donnera plus d'opioïdes et d'antibiotiques.

Si vous me le permettez, je demanderais au Dr Poon de répondre à la question également.

Nous recommandons, entre autres, de réduire le fardeau administratif et la quantité d'autorisations préalables requises pour des demandes qui sont toujours approuvées de toute façon.

**Dr Philip Poon:** Merci.

Je vais tenter d'être bref. J'aimerais vous donner un exemple de ce qui se passe dans mon cabinet. Je suis dentiste depuis 42 ans et j'ai surtout travaillé à Winnipeg, où il y a une forte proportion de patients autochtones. Certains d'entre eux viennent du Nord, en raison de la géographie du Manitoba.

Je vais vous donner un exemple de ce qui arrive au moins une fois par mois ou une fois par semaine. Nous avons un patient qui vient de Garden Hill, au Manitoba, une réserve accessible par voie aérienne et par les routes de glace. Il a perdu ses dents avant dans un accident. Le dentiste itinérant lui a retiré ses dents sur la réserve. Il doit attendre que les routes de glace soient accessibles. Il conduit jusqu'à Winnipeg et vient me voir dans mon cabinet. Le programme des services de santé non assurés est censé être un programme exhaustif, qui vise tous les traitements. Il demande une prothèse dentaire partielle. Je ne peux pas lui fournir. Je dois procéder à une pré-détermination ou à une approbation préalable avec le Centre de pré-détermination, parfois par télécopieur. Le processus d'approbation peut prendre de 3 à 10 jours.

Ce qui est surprenant, c'est que les demandes ne sont jamais refusées, ou le sont très rarement. Le patient répond aux exigences requises pour l'obtention d'une prothèse dentaire partielle. Nous connaissons les règles. Nous présentons la demande. Elle n'est pas refusée, mais nous devons tout de même attendre. Après trois ou quatre jours en ville, il doit retourner chez lui, parce qu'il n'est là que pour un rendez-vous médical, ou en tant qu'accompagnateur. Nous n'avons pas pu procéder au traitement. Je n'ai pas à vous expliquer — à vous, au système et au patient — ce que représentent les coûts d'un transport médical.

C'est un exemple qui illustre bien le problème.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entendre M. Badawey.

Monsieur Badawey, vous disposez de trois minutes. Allez-y.

**M. Vance Badawey (Niagara-Centre, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse à Mme Lidstone-Jones et porte sur ses commentaires au sujet des centres de santé communautaires et de certaines initiatives en cours.

Madame Lidstone-Jones, quelle est votre vision en ce qui a trait aux centres de santé communautaires dans les collectivités autochtones, notamment pour rendre accessibles les services dont nous parlons aujourd'hui et d'autres services auxiliaires?

Lorsque je parle des services auxiliaires, je pense à l'endocrinologie, à la cardiologie, à la neurologie et à d'autres services qui ne se trouvent parfois pas dans les collectivités autochtones et qui obligent les gens à se déplacer pour y avoir accès. Pouvez-vous nous donner votre avis à ce sujet?

**Mme Caroline Lidstone-Jones:** Oui. Je suis très heureuse d'aborder ce sujet.

Nous faisons la promotion d'un modèle de santé et de bien-être holistiques. C'est notre modèle de soins. Nous avons déjà de nombreux services intégrés. Nous le faisons le plus possible. Je sais qu'un des intervenants précédents a posé une question au sujet du logement. Lorsque nous pouvons établir des relations de soutien, ce sont les choses...

Par exemple, il est devenu évident, pendant la pandémie de COVID, que l'un des domaines... [*difficultés techniques*]... afin de sécuriser les gens. Cela a ensuite entraîné des conséquences sur les soins de santé et leur prestation.

Nous offrons des services pleinement intégrés. À l'heure actuelle, nous avons du personnel infirmier et des médecins. Nous avons des sages-femmes. Nous offrons des services en santé mentale et en dépendance. Nous offrons des pratiques de guérison traditionnelles et de bien-être. Nous avons des programmes d'accès rapide à la médecine. Nous offrons aussi des programmes nous permettant d'établir un lien avec les hôpitaux et de réaliser des essais sur place. Ces spécialistes viennent à nous et nous amenons les patients dans cet environnement, qu'ils connaissent bien et dans lequel ils sont à l'aise.

Dans certains cas, nous offrons des programmes de santé dentaire. Nous n'en avons pas autant que nous le souhaiterions, mais lorsque nous avons l'occasion d'élargir ces services, nous le faisons sans hésiter, parce que cela crée un point central qui évite aux gens de devoir naviguer seuls dans toutes les composantes du système. Le système est en place pour aider les gens. C'est notre première responsabilité en tant que fournisseurs de soins de santé. Lorsque c'est possible, nous le faisons. Nous avons de nombreux modèles en place nous permettant de poursuivre l'intégration.

Nous commençons maintenant à intégrer les... [*difficultés techniques*]... les gens dans leur maison et qu'on puisse le faire. Nous avons aussi ajouté des programmes de soins palliatifs à la maison; nous pouvons donc aider les familles à passer à travers ce processus, à gérer la douleur, etc.

Lorsque nous pouvons aider les gens dans la communauté, ou le plus près possible de la communauté, nous le faisons.

• (1355)

**M. Vance Badawey:** C'est excellent.

Monsieur le président, je sais que vous allez m'interrompre d'une minute à l'autre, mais j'aimerais seulement...

**Le président:** Oui. Je suis désolé, mais c'est ce que je dois faire.

**M. Vance Badawey:** ... poser une dernière question, en guise de conclusion.



Je vous rappelle qu'au bas de votre écran, au centre, se trouve un symbole qui ressemble à un globe. C'est le bouton de l'interprétation. Vous pouvez l'utiliser pour entendre l'interprétation des interventions dans la langue de votre choix. N'hésitez pas à l'utiliser, puisque les intervenants s'exprimeront en français, en anglais et en inuktitut.

Sur ce, nous allons demander à chaque témoin de faire une déclaration préliminaire de cinq minutes. Je vous demande de vous en tenir au temps qui est prévu à cet effet.

Je ne sais pas lequel des témoins ne s'est pas joint à nous, mais je vois Isabelle Wallace à mon écran.

[Français]

Madame Wallace, vous avez la parole pour cinq minutes afin de faire votre présentation.

**Mme Isabelle Wallace (infirmière en santé communautaire, Première Nation malécite du Madawaska):** Je vous remercie.

*Qey, bonjour, hello.*

*N'toliwis* [Je m'appelle] Isabelle Wallace et je suis l'infirmière en santé communautaire de la Première Nation malécite du Madawaska, d'où je suis originaire et dont je suis membre. Je suis une fière infirmière Wolastoqey qui a eu la chance d'exercer son travail dans plusieurs communautés des Premières Nations, métisses et inuites, notamment au Nouveau-Brunswick sur mes terres traditionnelles non cédées, ainsi qu'au nord du Québec, en Ontario et au Manitoba.

Enfin, j'ai un statut d'Indien, et ce, depuis ma naissance. J'estime que ma thèse de maîtrise portant sur la compétence culturelle autochtone, mon parcours professionnel et mon vécu en tant que femme Wolastoqey me permettent de porter un jugement réfléchi sur le programme des services de santé non assurés, ou SSNA. Je suis honorée de pouvoir vous faire part de mon opinion et de mes suggestions dans le cadre de cette étude. Je vous remercie de m'avoir invitée à comparaître devant le Comité.

Afin de bien situer mon témoignage, je tiens à vous parler du profil de ma communauté. La Première Nation malécite du Madawaska est située au nord-ouest du Nouveau-Brunswick, à la frontière du Québec et du Maine, aux États-Unis. Nous représentons 196 membres qui habitent sur le territoire de la réserve et 404 membres qui vivent hors de la réserve.

Notre réserve est la seule des Premières Nations dont le français est majoritairement utilisé et où l'anglais est minoritaire. Toutefois, en raison de mesures d'assimilation violentes imposées par les gouvernements successifs au cours des années, personne dans notre communauté n'est locuteur de notre langue ancestrale, le wolastoqiyik.

En 2021, nous avons remporté une victoire quant à notre revendication territoriale, à la suite de laquelle nous avons obtenu la reconnaissance qu'une grande partie de la ville d'Edmundston est située sur nos terres « réservées ». Vous pouvez donc constater que nous sommes à proximité d'Edmundston et que les membres de notre communauté ont accès à l'hôpital régional et aux divers professionnels de la santé du secteur privé.

À titre d'infirmière en santé communautaire, mon rôle m'amène à prodiguer des soins dans différents secteurs de la santé, y compris la santé publique, la santé communautaire, les soins à domicile et les soins de santé primaires. Avant la pandémie, on demandait déjà

à l'infirmière de composer avec un système de santé complexe et défaillant. Maintenant, nous devons également faire de la gestion de crise, planifier de nombreuses cliniques de vaccination et de dépistage, éduquer les membres de notre communauté et trouver des solutions novatrices afin de répondre aux nombreux besoins en matière de santé.

Les complexités additionnelles auxquelles donne lieu le programme des SSNA sont donc tout simplement un fardeau non nécessaire pour l'infirmière en santé communautaire. Je suis même prête à affirmer que les nombreuses failles du programme alimentent le racisme dans notre région.

À titre d'exemple récent, la semaine dernière, j'ai contacté un fournisseur de soins de santé du secteur privé afin de faciliter la communication entre ce professionnel et une cliente.

Alors que nous discutons de l'un des membres de ma famille, sans que cette personne soit au courant de cette relation et, par conséquent, que je fais moi-même partie de la communauté, cette personne m'a dit: « Moi, les *Indians*, je *deal* pas avec ça. »

Après avoir demandé des clarifications afin de savoir si elle refusait de donner des services auprès des Premières Nations seulement, elle m'a dit que tous les clients devaient payer à l'avance, mais que, selon elle, elle allait avoir de la difficulté à être payée par un « *Indian* ».

J'estime que mon rôle, en tant qu'infirmière en santé communautaire, est de militer pour mes clients et mes proches afin qu'ils aient accès à des soins de santé équitables alors qu'en parallèle, je dois aussi composer quotidiennement avec des remarques racistes.

Faute d'un manque de formation sur le programme, mon rôle est d'éduquer les fournisseurs pour ce qui est de naviguer dans le système et d'agir en tant que facilitatrice.

Malheureusement, j'ai plusieurs autres exemples où j'ai pu ressentir et observer concrètement les conséquences de ces manquements et de l'attitude fermée et inadmissible de la part des fournisseurs de soins de santé, soit en tant que cliente ou en tant que collègue.

Je pourrais parler davantage des tâches administratives ardues qui accompagnent le programme ou des heures consacrées à suivre le processus d'appel. Cependant, je crois que l'essence de mon témoignage serait perdue.

• (1410)

À mon avis, le manque de sensibilité ainsi que de formation rigoureuse et continue chez les professionnels de la santé de tous les secteurs a des conséquences extrêmement néfastes sur la santé des membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits.

Au lieu de veiller sur leur bien-être, le programme des SSNA contribue à creuser davantage les fossés entre ses clients et les allochtones.

*Woliwon. Thank you.*

Je vous remercie de me donner l'occasion de m'exprimer sur cette importante question et de représenter les membres de ma communauté.

Je répondrai avec plaisir à vos questions.

**Le président:** Je vous remercie, madame Wallace.

[Traduction]

Je remarque que le grand chef Kyikavichik du Conseil tribal des Gwich'in est avec nous.

Grand chef, vous disposez de cinq minutes pour votre discours préliminaire. Allez-y.

**Le grand chef Ken Kyikavichik (Conseil tribal des Gwich'in):** *Drin Gwiinzii*. Monsieur le président, distingués membres du Comité, bonjour.

Je m'appelle Ken Kyikavichik, et je suis le grand chef du Conseil tribal des Gwich'in des Territoires du Nord-Ouest. J'ai été élu en septembre 2020 et je suis ici pour parler au nom des quelque 3 500 personnes qui participent à l'Entente sur la revendication territoriale globale des Gwich'in, que nous avons signée avec le Canada en avril 1992.

J'aimerais vous remercier de me donner l'occasion de m'adresser au Comité à ce sujet. Aujourd'hui, je mettrai l'accent sur les raisons pour lesquelles le Conseil tribal des Gwich'in des Territoires du Nord-Ouest estime que le programme des services de santé non assurés, ou SSNA, ne répond pas aux besoins non seulement des Gwich'in qui y participent, mais aussi de la population majoritairement autochtone des Territoires du Nord-Ouest.

La confusion et la mauvaise communication entre le système de soins de santé des Territoires du Nord-Ouest et le programme des SSNA entraînent des lacunes et se traduisent par des soins qui ne sont pas axés sur le client. La question des accompagnateurs du service de santé est une préoccupation énorme pour les résidents du Nord. Nos gens sont souvent à au moins une journée complète de voyage des grands établissements de santé et centres médicaux de Yellowknife et d'Edmonton. Pour ce qui est des soins spécialisés, il importe de dire que les centres de santé communautaires de nos communautés d'Aklavik, de Fort McPherson et de Tsiigehtchic, ainsi que notre hôpital régional d'Inuvik, dans les Territoires du Nord-Ouest, ne sont pas bien équipés, ce qui force nos résidents à se rendre dans le sud du pays pour obtenir les soins dont ils ont besoin.

Il nous arrive souvent d'entendre parler de résidents qui ont besoin d'un accompagnement du service de santé pour effectuer un déplacement et qui ne le reçoivent pas. Cette situation est particulièrement préoccupante lorsqu'il s'agit de personnes âgées. Parmi les exemples que nous avons signalés à l'été 2021 à la ministre de la Santé des Territoires, Julie Green, figurent les procédures qui demandent une sédation, les opérations au dos, les personnes en fauteuil roulant ou en déambulateur, et celles qui ont des problèmes de langue et de mobilité.

Lorsqu'un membre accompagnateur du service de santé est sollicité par l'Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, nos gens se retrouvent souvent empêtrés dans des dédales administratifs où on leur demande de démontrer leur état de santé, apparemment sous peine de se voir automatiquement refuser ce service. Comme on peut l'imaginer, nos résidents et nos familles sont très en colère. Ils sont frustrés, déçus, stressés et, en fin de compte, blessés de se voir submergés par les politiques, les procédures et la paperasserie associées à la prestation de ces services gouvernementaux dans les Territoires du Nord-Ouest.

Distingués membres du Comité, imaginez-vous dans ce qui est censé être votre âge d'or. Vous êtes peut-être un survivant des pen-

sionnés. On vous dit que vous devez subir une intervention dans le Sud, loin de chez vous. On vous dit ensuite qu'une camionnette viendra vous chercher pour vous transporter à l'aéroport le plus proche. Vous vous rendez à l'aéroport souvent des heures à l'avance parce qu'il y a d'autres déplacements à coordonner. Ensuite, vous prenez un vol de près de six heures pour vous rendre à Edmonton en passant par Yellowknife, puis vous attendez le transport jusqu'à l'endroit où vous êtes censé être hébergé. Au moment où vous posez votre tête sur l'oreiller, il se sera peut-être écoulé jusqu'à 16 heures depuis votre départ.

Vous vous réveillez le matin, et on vous dit où aller pour votre rendez-vous. Tout au long de votre périple, on s'attend à ce que vous soyez capable de parler anglais, mais il y a beaucoup de gens dans les Territoires dont l'anglais n'est pas la langue maternelle. Vous arrivez à l'hôpital, et vous attendez encore une fois votre rendez-vous. Parfois, vous voyez des gens arriver après vous et être vus avant vous. Vous vous demandez pourquoi, mais vous ne savez pas vraiment à qui vous adresser.

Lorsque vous voyez enfin un médecin ou un spécialiste, il vous posera peut-être des questions gênantes sur votre vie personnelle, comme « est-ce que vous buvez? » ou « est-ce que vous fumez? ». Il se peut que vous ayez des moyens limités pendant votre séjour en ville. Beaucoup sont à la merci du système, et certains ne peuvent pas se permettre des choses comme un bon restaurant, un taxi ou un hôtel s'ils se perdent dans la foule. Parfois, on peut se sentir jugé sur son mode de vie, lequel n'est pas courant dans le sud du Canada. Certaines de ces personnes sont âgées de plus de 80 ans.

Vous voyez, distingués membres du Comité, que nous « revictimisons » certains de nos résidents lorsqu'il n'y a personne pour les défendre ou les soutenir. De nombreux résidents des Territoires du Nord-Ouest ne bénéficient pas d'un accompagnement des services de santé lors de leurs déplacements, même lorsqu'ils ont besoin d'aide. Ce sont souvent les personnes les plus vulnérables qui se retrouvent sans aide et sans défense. C'est la raison pour laquelle je suis ici aujourd'hui: souligner les graves problèmes auxquels les gens des Territoires du Nord-Ouest doivent faire face.

L'interprétation du terme « accompagnateur » ou « accompagnatrice » et les politiques d'exception semblent être une question importante pour le gouvernement des Territoires et les SSNA. Le gouvernement des Territoires nous dit souvent que le système de transport à des fins médicales n'est pas un système axé sur la compassion. Voilà une façon très particulière de parler dans un monde « post-vérité et réconciliation ».

En fin de compte, c'est ce que nous recherchons: une attention et une compassion élémentaires de la part du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et des SSNA afin d'assurer la prestation d'une réponse appropriée aux problèmes médicaux divers et particuliers de nos gens. Nous devons établir une norme commune pour tous les résidents des Territoires du Nord-Ouest, du Yukon et du Nunavut.

• (1415)

De prime abord, j'aimerais vous dire que la prestation des SSNA ne fonctionne pas pour les résidents des Territoires, ce qui inclut nos participants gwich'in. Deuxièmement, lorsqu'ils sollicitent des services d'accompagnement médical, nos gens sont témoins et victimes de refus systémiques, surtout ceux qui sont autochtones. Troisièmement, le système de transport à des fins médicales dans les Territoires semble dépourvu de la compassion qu'exigent ces situations très délicates auxquelles nos résidents doivent faire face. Quatrièmement, à cette fin, le Conseil tribal des Gwich'in serait heureux de faire part de ses expériences aux gouvernements du Canada et des Territoires du Nord-Ouest afin d'étayer la mise au point d'un système de SSNA plus complet et mieux coordonné pour tous.

En conclusion, le Conseil tribal des Gwich'in aimerait recommander, tout d'abord, qu'une étude soit entreprise sur la façon dont le gouvernement des T.N.-O. travaille avec les SSNA pour la prestation de services de transport à des fins médicales. Nous croyons comprendre que l'Autorité des services de santé et des services sociaux des T.N.-O. administre le transport à des fins médicales des SSNA au nom des SSNA afin d'offrir une prestation de services plus homogène aux patients des Territoires qui ont besoin de soins à l'extérieur de leur collectivité. Nous devons évaluer la rapidité d'exécution du programme, de l'approbation au refus. Il nous faut aussi un processus d'appel accéléré pour apporter une certaine clarté au processus.

Deuxièmement, s'il existe des possibilités d'examiner de plus près les dispositions relatives au transport à des fins médicales du programme des SSNA, le Conseil tribal des Gwich'in serait ouvert à l'idée d'explorer au nom du gouvernement certaines options qui incluraient ou mobiliseraient nos participants gwich'in. Nous avons récemment posé notre candidature à un poste d'intervenant pivot pour les SSNA, mais il nous a été refusé. Les raisons de ce refus renvoyaient à une formule basée sur la population qui dicte la création de ces postes à travers le pays. Apparemment, la norme serait d'un intervenant pivot des SSNA par tranche de 65 000 résidents.

Compte tenu de la complexité des nombreux problèmes et exemples que j'ai énoncés aujourd'hui, il est clair que la réalité des résidents du Nord est fondamentalement différente de celle de ceux du Sud. Une fois de plus, une approche standardisée, nationale et fondée sur des formules ne répond pas aux besoins des résidents du Nord.

*Hai'*. Je vous remercie de votre temps et de l'occasion qui m'est donnée aujourd'hui de vous parler de ces enjeux.

**Le président:** Merci, grand chef.

Nous allons maintenant passer à notre troisième témoin, Mme Betty Villebrun.

Madame Villebrun, vous avez cinq minutes.

Est-ce que quelqu'un d'autre peut l'entendre?

[Français]

**La greffière du Comité (Mme Vanessa Davies):** Monsieur le président, son microphone n'est pas branché.

[Traduction]

**Le président:** Madame Villebrun, votre microphone ne semble pas être branché. Pouvez-vous vérifier? Votre casque est branché à l'ordinateur. Pouvez-vous le débrancher puis le rebrancher? Essayons cela.

• (1420)

**La greffière:** Nous allons demander au service informatique de contacter Mme Villebrun. En attendant, monsieur le président, vous pouvez commencer les questions.

**Le président:** Très bien. C'est ce que nous allons faire.

Avec un peu de chance, nous reviendrons à vous, madame Villebrun, et nous pourrions entendre votre témoignage.

Nous allons commencer la première série de questions.

Monsieur Vidal, vous avez le micro pour six minutes.

**M. Gary Vidal:** Merci, monsieur le président.

Je tiens à remercier nos témoins d'avoir pris le temps d'être avec nous aujourd'hui.

Grand chef, je vais commencer par vous. Je suis heureux de vous revoir. Nous avons eu une bonne conversation il y a quelques mois.

Vous avez déjà répondu à une bonne partie de ces questions dans votre témoignage, mais je veux vous donner l'occasion de parler un peu plus de ce dossier du transport à des fins médicales. C'est un enjeu qui a été soulevé lors de plusieurs de nos réunions des dernières semaines. La situation est évidemment très différente pour vous, d'où vous venez, par rapport à celle de ma circonscription du nord de la Saskatchewan, que vous connaissez bien. Je le sais, car vous avez travaillé en Saskatchewan il y a quelques années.

Vous avez décrit bon nombre des problèmes associés à ce service. Pouvez-vous prendre une minute pour nous dire quelles seraient, selon vous, les solutions à ces problèmes de transport? Vous avez parlé d'un examen, mais quelles sont les mesures particulières qui fonctionneraient pour vos collectivités et qui constitueraient une amélioration significative du volet voyage du système de transport à des fins médicales des SSNA?

**Le grand chef Ken Kyikavichik:** Merci de cette question, monsieur Vidal.

Je pense qu'avant de parler de solutions, je me dois de vous broser un portrait du système à deux vitesses que nous avons ici, dans les Territoires du Nord-Ouest.

Si vous êtes un employé du gouvernement, il y a quatre fois plus de chances que vous ne soyez pas un Autochtone. Vos prestations de transport à des fins médicales vous permettent de choisir un hôtel, de louer un véhicule ou de prendre un taxi, d'avoir une certaine souplesse dans vos déplacements et de bénéficier du taux du Trésor d'environ 135 \$ par jour pour les repas et les frais accessoires. De nombreux employés des gouvernements des Territoires du Nord-Ouest ou du Canada profitent souvent de ces déplacements à des fins médicales pour aller voir leur famille ou pour se rendre à d'autres destinations à des fins personnelles. Il s'agit d'un véritable avantage.

Si vous êtes un résident des Territoires du Nord-Ouest qui n'est pas un employé du gouvernement, il y a de fortes chances que vous soyez un Autochtone, car nous formons la majorité de la population. Certaines de ces personnes sont des Indiens inscrits en vertu de la Loi sur les Indiens. Les prestations des SSNA vous obligent apparemment à séjourner soit à la maison Larga, à Edmonton, ou à la maison Vital Abel, dans la collectivité appelée Ndilo, en périphérie de la ville de Yellowknife. Votre lieu de résidence dépend de l'endroit où sont prévus vos rendez-vous ou traitements médicaux. Si l'un ou l'autre de ces établissements est rempli à capacité, comme c'est souvent le cas, on vous demande de rester à l'hôtel Chateau Louis, à Edmonton, ou à l'hôtel Slave Lake Inn, à Yellowknife. Je précise que vous ne pouvez pas aller ailleurs.

On vous dit souvent que vous devez être prêt à partir avec aussi peu de préavis que deux ou trois heures avant un vol, et que vous seriez très mal pris d'avoir à modifier le moment de votre retour. L'Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest vous répondra que cela ne peut se faire qu'à vos frais, ce qui représente souvent une dépense de 100 à 500 \$. On vous fournit un moyen de transport qui, parfois, peut vous faire attendre jusqu'à 90 minutes dans un aéroport, et un grand total de 18 \$ par jour pour les repas et les frais accessoires. Vous devez ensuite présenter une note de frais pour ces coûts. J'ajouterais qu'il s'agit de 18 \$ par jour et qu'il peut s'écouler jusqu'à deux mois avant que le chèque ou le virement de fonds par courriel ne vous parvienne afin de vous rembourser ces dépenses.

Je pense que ce système à deux vitesses que nous avons dans les Territoires est la première chose à laquelle il faut s'attaquer.

J'ai parlé de soins et de compassion, et nous serions heureux que le Conseil tribal des Gwich'in ait l'occasion d'administrer un programme de déplacement à des fins médicales au nom des SSNA, car nous estimons que personne ne connaît mieux nos gens et les situations personnelles dans lesquelles beaucoup d'entre eux se trouvent que nos propres gens. Un programme administré par le conseil serait plus compréhensif et il offrirait une certaine latitude à nos gestionnaires quant à la prise de certaines décisions en la matière. En effet, nous constatons souvent que le personnel du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest qui applique la politique a une vision très étroite de ladite politique, ce qui entraîne des refus, puis des complications. Les appels sont refusés, puis ils sont portés à l'attention de représentants élus comme le ministre de la Santé ou des personnes comme moi ou d'autres députés des Territoires du Nord-Ouest. Ensuite, certaines de ces décisions sont en fin de compte annulées, modifiées et renversées pour permettre la prestation d'un accompagnement pour déplacements à des fins médicales, comme je l'ai mentionné plus tôt.

Quel que soit le moyen utilisé pour apporter le niveau de soins dont je parle — et qui fait cruellement défaut au système —, sa mise en œuvre se traduirait assurément par une amélioration spectaculaire de la prestation de ces services.

• (1425)

**M. Gary Vidal:** Merci. Il me reste une minute. Je veux poser une autre question rapide.

Madame Wallace, ma question s'adresse à vous.

Ce matin, nous avons eu une conversation avec quelqu'un — et je vais essayer d'en parler rapidement — sur le défi que représente le maintien en poste du personnel infirmier dans les collectivités nordiques et éloignées, ce que vous vivez tous, j'en suis sûr. Je veux

simplement vous donner l'occasion de parler de cela très rapidement ainsi que du problème que cette réalité peut créer dans certaines de ces communautés, attendu qu'il s'agit d'une situation qui incite les gens à se déplacer vers les centres urbains.

Je vais vous donner un peu de temps pour parler rapidement de cela, de ce problème et peut-être, de quelques pistes de solutions.

**Mme Isabelle Wallace:** Merci de votre question. C'est aussi une excellente question pour clore notre semaine des soins infirmiers.

Je sais ce que c'est que de travailler dans les collectivités nordiques et éloignées. La dernière fois que j'y étais, c'était dans le nord de l'Ontario pendant les feux de forêt de l'été dernier. L'une des nombreuses raisons qui m'ont poussée à partir était les conditions de travail. Nous n'étions en fin de compte que deux infirmières à travailler 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Nous étions constamment sur appel et nous nous relayions à la semaine. Nos séjours là-bas duraient un mois. Lorsque nous revenions dans le sud, nous devions nous isoler pendant deux semaines à cause de la pandémie, puis repartir.

Ma communauté était elle aussi confrontée à une pénurie de personnel. Il n'y avait qu'une infirmière pour toute la communauté, et elle était en arrêt de travail pour cause médicale. Ils m'ont contactée et m'ont demandé de remplacer la seule infirmière autorisée de ma communauté. J'ai accepté avec plaisir, mais ce n'est qu'un exemple parmi d'autres de la raison pour laquelle nous avons une telle pénurie de personnel infirmier. On nous envoie un peu partout, et comme nous avons une formation en soins de première ligne, nous sommes aussi une denrée rare. La formation que j'ai reçue avec Services aux Autochtones Canada a aussi été considérée comme un grand atout par ma communauté.

Les conditions de travail sont terribles. Elles l'étaient déjà avant la pandémie, mais les choses ont empiré. Je vois beaucoup d'infirmières qui suivent le programme d'intégration de Services aux Autochtones Canada. Elles restent de deux à six mois, puis elles partent. J'ai entendu dire que dans le nord de l'Ontario, il y a eu une année où la moitié du personnel intégré ait abandonné avant la fin des 12 premiers mois de travail. Ce sont des coûts énormes.

Je pense que si nous investissions davantage dans les conditions de travail et la satisfaction au travail du personnel infirmier, nous éviterions certaines de ces interruptions de services. Nous avons vu des communautés qui sont restées sans infirmières pendant quelque temps, et c'est une situation qui est tragique pour moi. Je ne vois pas comment cela peut encore se produire en 2022.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. McLeod, qui aura six minutes.

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

Monsieur le président, j'espérais pouvoir poser quelques questions à Betty Villebrun. Je ne suis pas sûr que nous puissions reprendre contact avec elle.

**Le président:** Si vous voulez faire la moitié maintenant, avec un peu de chance, nous pourrions la rejoindre. Vous pouvez prendre ce risque, ou consacrer les six minutes aux deux autres témoins.

**M. Michael McLeod:** Je vais commencer par le grand chef Kyikavichik.

Monsieur Kyikavichik, merci de comparaître devant nous aujourd'hui. Je pense que vous nous avez apporté beaucoup de renseignements, beaucoup de scénarios réels et beaucoup d'expériences que j'ai également vécues et dont j'ai entendu parler.

Nous avons entendu la ministre fédérale, qui a parlé des domaines sur lesquels elle veut se concentrer, mais il y a un domaine qui me préoccupe, et je veux que vous nous disiez si c'est un domaine sur lequel vous avez eu à vous pencher. Il s'agit des escortes. Plus précisément, il s'agit des personnes qui font l'objet d'une évacuation sanitaire. Elles sont habituellement dans un état grave et sont transportées sur une civière. Elles sont transportées d'un centre de santé vers le sud. Elles n'ont pas d'escorte. Elles sont là pour une urgence.

Quand les choses s'arrangent, quand elles vont mieux ou qu'il est temps pour elles de rentrer chez elles, parce qu'elles ne sont pas venues avec une escorte, elles ne peuvent pas avoir d'escorte pour partir. L'hôpital les amène à la porte et leur dit: « Bien, monsieur » ou « Bien, madame, il est temps pour vous de partir ». Souvent, ces personnes ne sont pas habillées correctement ou ne parlent pas assez bien l'anglais. Ces derniers temps, j'ai entendu quelques histoires d'horreur.

Pouvez-vous nous en parler en tant que domaine sur lequel nous devrions peut-être commencer à nous concentrer pour garantir l'accès à des escortes? Pour moi, en tant que député, le problème principal des déplacements pour raisons médicales est celui des escortes.

• (1430)

**Le grand chef Ken Kyikavichik:** *Marsi*, monsieur McLeod. Merci pour votre question.

J'aimerais partager avec vous, comme je le fais souvent, un exemple précis. En octobre 2020, nous avions dans notre territoire un aîné de 75 ans qui vivait véritablement selon un mode de vie reposant sur la subsistance. Il est tombé très malade dans son camp éloigné situé dans la région du delta du Mackenzie. Sa famille a demandé une évacuation sanitaire par hélicoptère, car cette situation est survenue pendant le gel automnal et il s'agissait du seul moyen de transport possible.

Le centre de santé communautaire local de Fort McPherson, qui est géré par l'Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, était le principal point de contact de la famille. La GRC a également été mobilisée pour apporter une aide. La famille a été informée qu'une évacuation par hélicoptère pourrait coûter de 20 000 \$ à 30 000 \$ et qu'elle serait tenue de régler cette somme. Consciente de l'urgence de la situation et du manque apparent de solutions abordables, la famille a demandé l'aide du Conseil tribal des Gwich'in. Étant donné que nous sommes actionnaires d'une entreprise qui exploite des hélicoptères à Inuvik, Gwich'in Helicopters, nous avons dépêché un hélicoptère pour évacuer cette personne.

Cet homme a ensuite subi une première évaluation de son état à l'hôpital régional d'Inuvik. Il souffrait d'une infection pulmonaire, d'une inflammation du foie et d'une cardiopathie. Les radiographies effectuées ont révélé deux masses qui nécessitaient une évaluation plus approfondie. Deux jours plus tard, il a fait l'objet d'une évacuation sanitaire vers Yellowknife, puis vers Edmonton pour y recevoir des soins supplémentaires.

Au total, l'évacuation par hélicoptère nous a coûté 2 215 \$. Cependant, nous avons dû intervenir, en tant que gouvernement autochtone, pour qu'elle se produise. Les frais ont finalement été remboursés par l'Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest deux mois plus tard. Le comble est que, lorsque sa sœur a demandé à accompagner le patient, elle s'est vu refuser un déplacement pour raison médicale depuis Inuvik pour aider et défendre son frère. Par conséquent, la famille a dû payer un billet aller simple d'Inuvik à Edmonton, qui a coûté environ 700 \$, plus les frais d'hébergement.

Après les démarches bureaucratiques consistant à soumettre de multiples lettres d'un médecin agréé à l'Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, qui ont toutes été refusées, une demande distincte a été faite directement au Programme des SSNA, par un travailleur social avec lequel la famille était en contact, qui a approuvé les hôtels et les repas cinq jours après l'envoi de l'hélicoptère.

Malheureusement, le patient pris en charge est décédé environ une semaine plus tard des suites d'un cancer. Les SSNA ont exigé que la sœur du patient retourne chez elle le samedi suivant, soit deux jours après le décès de l'aîné. Des dispositions ont dû être prises avec le salon funéraire pour respecter les souhaits du patient en matière d'incinération. Cependant, en raison de la COVID-19, la capacité du salon funéraire à répondre rapidement était limitée.

Les membres de la famille souhaitaient que leur être cher soit incinéré et que ses cendres soient transportées à Inuvik, puis qu'elles fassent un trajet de deux heures sur l'autoroute Dempster jusqu'à Fort McPherson. Une fois de plus, le Conseil tribal des Gwich'in a dû intervenir, couvrir les frais d'hébergement et faire en sorte que l'on accorde le temps nécessaire pour que les souhaits de la famille soient respectés. Les demandes répétées adressées à l'Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest ont été rejetées en raison de l'absence de la non-divulgaration de la raison de l'état du patient dans les nombreuses lettres qui ont été soumises. Le médecin ne pouvait pas inclure beaucoup de renseignements dans la lettre en raison des exigences en matière de divulgation des renseignements médicaux. La demande était donc prise dans une situation sans issue.

Je vois là un excellent exemple de la raison pour laquelle les situations d'évacuation sanitaire, dans lesquelles vous avez un patient souffrant d'une condition grave, devraient automatiquement bénéficier d'une escorte pour déplacement sanitaire qui suivrait le patient peu après son évacuation, car beaucoup de ces personnes sont incapables d'accompagner le patient dans le cadre de l'évacuation sanitaire.

• (1435)

**Le président:** Merci beaucoup.

Je crois savoir que Mme Villebrun est maintenant avec nous. Je ne peux pas la voir, mais je pense qu'elle est avec nous.

Madame Villebrun, vous avez cinq minutes pour formuler vos observations.

Madame Villebrun, nous ne pouvons pas vous voir pour le moment, mais votre micro n'est pas coupé. Pouvez-vous allumer votre caméra?

Voilà. Voulez-vous commencer à parler et voir si nous pouvons vous entendre?

Non, malheureusement, nous ne vous entendons pas. Je suis vraiment désolé. Nous allons devoir voir si nous pouvons au moins obtenir votre mémoire. Nous allons devoir continuer avec le groupe de témoins d'aujourd'hui.

[Français]

Madame Gill, vous avez six minutes pour poser des questions aux deux témoins qui sont avec nous en ce moment.

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

Madame Wallace, j'aimerais d'abord vous féliciter. En effet, vous êtes la première femme autochtone à occuper un poste d'infirmière au sein de la Première Nation malécite du Madawaska. J'aimerais aussi vous faire part de ma reconnaissance pour le travail que vous avez accompli dans le nord du Québec et dans le nord de l'Ontario pendant la pandémie de COVID-19. Je dois dire que j'ai un parti pris, puisque ma mère est elle-même infirmière. Je sais de quoi il retourne quant à cette profession.

Vous avez mentionné les conditions de travail des infirmières. Bien entendu, la question de la santé relève à la fois du gouvernement fédéral et du gouvernement du Québec et des provinces.

De façon générale, croyez-vous qu'une augmentation du financement du gouvernement fédéral, c'est-à-dire des transferts en santé, pourrait être une bonne chose en ce qui a trait aux conditions de travail des infirmières, notamment dans les communautés, et, par ricochet, en ce qui touche les soins de santé des Autochtones, des Métis et des Inuits?

**Mme Isabelle Wallace:** Je vous remercie beaucoup de la question.

Je vous remercie de m'avoir fait part de votre reconnaissance. Les membres de ma communauté sont aussi très fiers de cela. Ils sont vraiment proactifs en matière d'éducation. Ils m'ont soutenue pendant toutes mes études, du baccalauréat à la maîtrise. Je suis vraiment contente d'être enfin chez moi pour redonner à la communauté ce que j'ai reçu d'elle.

En ce qui a trait aux conditions de travail, ce serait assurément une bonne chose d'augmenter le financement. Pour ma part, étant la seule infirmière qui travaille au centre de santé, je me retrouve à faire de tout. Cela fait en sorte que je travaille à 150 milles à l'heure. Dans une journée, je peux recevoir une quarantaine d'appels, et je fais aussi des visites à domicile, puisque le médecin ne vient qu'une fois par semaine au centre de santé. Entretemps, les gens viennent constamment me consulter. Je m'occupe aussi de la vaccination, et je fais de la sensibilisation sur les réseaux sociaux. J'assume tellement de tâches que je ne peux pas vous dire tout ce que je fais dans une journée.

Il m'arrive souvent de m'arrêter et de me dire que, si je pouvais compter sur l'aide d'une infirmière auxiliaire, de personnel de soutien, qui se rendrait à domicile pour être un peu mes yeux et mes mains, je pourrais être informée de problèmes qui pourraient être évités avant qu'il soit trop tard. C'est à ce moment-là que j'éprouve une détresse morale en tant qu'infirmière.

Mes collègues sont conscients du fait que je ne peux pas continuer de cette façon à long terme. Pendant la pandémie, nous avons réalisé que la charge de travail était beaucoup plus importante qu'auparavant. Je suis la seule qui connaît le système, et, en tant qu'infirmière, j'ai la responsabilité de rédiger des énoncés ou de chercher du financement, par exemple. Je dois défendre ma cause

auprès de ma cheffe et de mes conseillers pour avoir du soutien, mais je ne trouve pas le temps dans une semaine de faire tout cela. La situation est donc très difficile.

Si nous avons plus de fonds, cela me permettrait d'avoir plus d'aide, d'améliorer les conditions de travail et, par conséquent, d'augmenter la satisfaction au travail. Je pourrais consacrer plus de temps aux jeunes membres de ma communauté. Par exemple, il y a une jeune qui vient m'aider à la clinique. Elle fait des études en sciences de la santé, car elle veut devenir médecin. Elle serait la première médecin de la communauté. Je pourrais donc jouer le rôle de mentor pour elle. C'est cela, le but que je me suis fixé en tant qu'infirmière en santé communautaire.

• (1440)

**Mme Marilène Gill:** En fait, madame Wallace, il faudrait que le gouvernement fédéral accorde plus de transferts en santé. Un financement supplémentaire vous permettrait, bien sûr, d'obtenir plus de ressources.

D'une certaine façon, vous êtes un modèle chez vous. Vous êtes la première femme autochtone à occuper ce poste, et vous voulez certainement susciter l'engagement d'autres personnes, comme la jeune femme dont vous avez parlé. Si elle s'aperçoit que vous êtes toujours fatiguée ou abattue par le poids de tout le travail qu'il vous faut accomplir, cela peut lui paraître une tâche bien difficile. Je pense à la rétention du personnel, et, surtout, à vous. La communauté veut accueillir des professionnels de la santé, comme vous, mais il ne faut pas que cela se fasse au détriment de leur santé.

Est-ce que je me trompe?

**Mme Isabelle Wallace:** C'est absolument cela.

Malgré mon âge — je suis encore jeune —, j'ai déjà vécu un épuisement professionnel à cause de mon travail dans le Nord, et ce, pour plusieurs raisons. Il y a eu la pandémie, des feux de forêt, le manque d'infirmières dans le Nord. Il y a aussi les interactions avec les cadres, la gestion des urgences, la gestion de la pharmacie et des radiographies. Le travail d'une infirmière dans le Nord est considérable. J'essaie même de comprendre comment je faisais pour fonctionner dans cette situation. C'est l'adrénaline qui nous pousse, mais l'épuisement professionnel est très réel chez mes collègues.

**Mme Marilène Gill:** Les conditions de travail sont aussi difficiles. C'est bien que vous le mentionniez. Vous travaillez dans la communauté, mais vous devez aussi vous rendre parfois dans des régions éloignées, que j'ai d'ailleurs pu visiter. Il faut tenir compte de tout cela.

Selon ce que je comprends, il est plus difficile d'être infirmière dans une communauté autochtone, parce que vous devez en faire davantage. Vous êtes, d'une certaine manière, spécialiste dans à peu près tous les domaines, même si vous êtes une professionnelle généraliste.

Croyez-vous que cela puisse mettre en danger la santé de tout le monde, autrement dit, non seulement votre propre santé, mais aussi celle des patients?







**Le grand chef Ken Kyikavichik:** Je vous remercie de la question.

Je suppose que nous vivons cette situation tous les jours. Cela témoigne de la façon dont nos gens sont traités dans le système.

Pour tout vous dire, nous sommes propriétaires minoritaires d'une entreprise appelée Larga Ltd., qui fournit des services de pension pour les habitants des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut qui doivent se rendre à Edmonton, en Alberta, pour recevoir des soins médicaux. Nous offrons ces services depuis plus de 30 ans. Larga Edmonton a ouvert ses portes à l'origine parce qu'on voyait des gens revenir dans nos communautés plus malades que lorsqu'ils étaient partis. Souvent, ces personnes devaient être évacuées d'urgence. On s'est rendu compte que le régime alimentaire qui leur était imposé en était la principale raison.

Les premiers propriétaires de Larga ont décidé de proposer au gouvernement des Territoires du Nord-Ouest d'acheter une maison dont les employés seraient des habitants du Nord qui s'installeraient dans la région d'Edmonton et qui serviraient à l'occasion aux résidents des aliments traditionnels, comme du poisson et du caribou. Après avoir pris conscience de cette lacune dans les services, Larga Ltd. a connu un énorme succès en offrant aux habitants du Nord un logis lorsqu'ils sont loin de chez eux et en leur donnant la possibilité d'interagir avec d'autres personnes qui ont eu, comme eux, à se déplacer pour des raisons médicales.

Vous savez sans doute que Larga a maintenant étendu ses activités à d'autres régions, comme Winnipeg et l'Est du Canada. Il s'agit de soins adaptés à la culture de ceux qui doivent séjourner dans le Sud du pays pendant de courtes périodes. Ce modèle était vraiment avant-gardiste dans un monde prédatant la Commission de vérité et réconciliation.

**Le président:** Je vous remercie beaucoup. Nous sommes arrivés à la fin de la séance.

Je tiens à remercier Isabelle Wallace pour son témoignage. Je remercie aussi le grand chef Kyikavichik de son témoignage et d'avoir répondu à toutes nos questions. Je remercie aussi Betty Villebrun d'avoir été avec nous.

Je suis désolé que nous n'ayons pas pu entendre votre témoignage. Je vais discuter avec les membres du Comité pour voir si nous pouvons trouver une façon de le faire. Il nous reste une petite fenêtre de temps. Nous aurions aimé vous entendre et vous poser quelques questions. Nous vous reviendrons à ce sujet.

Je remercie sincèrement tous nos témoins aujourd'hui.

Chers membres du Comité, avant de clore la séance, je veux régler trois petites questions.

Tout d'abord, j'aimerais vous rappeler que vous devriez avoir reçu l'ébauche de l'étude sur le logement aujourd'hui, et que nous en discuterons dans une semaine, le 20 mai. Il s'agit de notre deuxième étude, celle sur le logement.

Mon deuxième point s'adresse aux conservateurs. Mon collègue David a envoyé un courriel pour vous demander si vous seriez prêts à entendre notre premier groupe de témoins sur la préparation aux situations d'urgence, le sujet de notre prochaine étude, en se concentrant sur ceux qui travaillent dans le domaine de la lutte contre les incendies. Comme ceux qui s'occupent des inondations sont très occupés en ce moment, nous pourrions les entendre à l'automne.

Monsieur Schmale, êtes-vous d'accord avec cela?

**M. Jamie Schmale:** Je crois que oui. Je ne me souviens pas d'avoir vu ce courriel, mais je vais vérifier de nouveau.

**Le président:** D'accord. Le NPD, le Bloc et les libéraux sont d'accord avec cette idée.

Nous allons avoir des témoins, mais nous allons nous concentrer sur ceux qui s'occupent de la lutte contre les incendies. Ils seront probablement occupés plus tard dans l'année, malheureusement, mais pour l'instant, c'est peut-être le meilleur groupe à entendre.

Enfin, nous avons une autre séance sur les services de santé non assurés mardi prochain. Pour l'instant, nous avons une heure réservée à l'audition de trois nouveaux témoins, suivie d'une heure pour discuter des instructions de rédaction pour l'étude sur le sujet.

Nous pourrions entendre le témoignage de Mme Villebrun à ce moment en ayant quatre témoins et en leur consacrant une heure et 20 minutes, puis en se réservant les 40 dernières minutes pour les instructions de rédaction. Est-ce quelque chose qui serait acceptable pour les membres du Comité?

Je vois quelques personnes qui opinent.

**Un député:** Nous sommes d'accord avec cette idée, monsieur Garneau.

**Le président:** Madame Villebrun, si vous êtes toujours à l'écoute, nous allons vous entendre mardi prochain. Avec un peu de chance, vous serez libre et nous pourrions entendre votre témoignage.

Sur ce, je vous souhaite à tous une belle fin de semaine. La séance est levée.





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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

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

---

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

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

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

---

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