



**CHAMBRE DES COMMUNES
CANADA**

**LA VOIE DE L'AVENIR : COMMENT RÉAGIR AUX
TAUX ÉLEVÉS DE TUBERCULOSE DANS LES
RÉSERVES DES PREMIÈRES NATIONS ET LES
COLLECTIVITÉS INUITES**

**Rapport du Comité permanent
de la Santé**

**La présidente
Joy Smith, députée**

**JUNE 2010
40^e LÉGISLATURE, 3^e SESSION**

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à :
Les Éditions et Services de dépôt Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

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

**LA VOIE DE L'AVENIR : COMMENT RÉAGIR AUX
TAUX ÉLEVÉS DE TUBERCULOSE DANS LES
RÉSERVICES DES PREMIÈRES NATIONS ET LES
COLLECTIVITÉS INUITES**

**Rapport du Comité permanent
de la Santé**

**La présidente
Joy Smith, députée**

**JUNE 2010
40^e LÉGISLATURE, 3^e SESSION**

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

PRÉSIDENTE

Joy Smith

VICE-PRÉSIDENTE

Joyce Murray

MEMBRES

L'hon. Carolyn Bennett

Colin Carrie

Nicholas Dufour

Megan Leslie

Cathy McLeod

Patrick Brown

Patricia Davidson

Kirsty Duncan

Luc Malo

Tim Uppal

AUTRE DÉPUTÉE QUI A PARTICIPÉ

Judy Wasylycia-Leis

GREFFIÈRE DU COMITÉ

Christine Holke David

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Service d'information et de recherche parlementaires

Karin Phillips

Marie Chia

LE COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

a l'honneur de présenter son

QUATRIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié le taux élevé de tuberculose au sein des Premières nations et des communautés inuites et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

TABLE DES MATIÈRES

LA VOIE DE L'AVENIR : COMMENT RÉAGIR AUX TAUX ÉLEVÉS DE TUBERCULOSE DANS LES RÉSERVES DES PREMIÈRES NATIONS ET LES COLLECTIVITÉS INUITES	1
INTRODUCTION	1
LA TUBERCULOSE PARMIS LES POPULATIONS AUTOCHTONES DU CANADA.....	1
A. Incidence de la tuberculose chez les Premières nations et les Inuits	1
B. Facteurs clés de la lutte antituberculeuse dans les collectivités autochtones.....	3
(i) Contexte historique.....	4
(ii) Facteurs liés à l'hôte.....	4
(iii) Environnement	4
(iv) Système de soins de santé	5
LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL.....	5
A. La santé des Premières nations et des Inuits et la <i>Loi constitutionnelle de 1867</i>	5
B. Politique de 1979 sur la santé des Indiens	7
C. Conflits de compétence en matière de santé des Premières nations et des Inuits : Le principe de Jordan	8
D. Les rôles respectifs des autorités fédérales, provinciales et territoriales dans la lutte antituberculeuse dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.....	9
COMMENT RÉAGIR AUX TAUX ÉLEVÉS DE TUBERCULOSE DANS LES COLLECTIVITÉS DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITES	10
A. Le Programme national de lutte antituberculeuse et la stratégie d'élimination de la tuberculose de Santé Canada.....	10
Ce qu'on a dit au Comité	10
Ce que veut le Comité.....	12

B.	Collaboration entre ordres de gouvernement	13
	Ce qu'on a dit au Comité	13
	Ce que veut le Comité	15
C.	Participation des collectivités des Premières nations et des Inuits à la lutte antituberculeuse.....	15
	Ce qu'on a dit au Comité	15
	Ce que veut le Comité	16
D.	Déterminants sociaux de la santé.....	17
	Ce qu'on a dit au Comité	17
	Ce que veut le Comité	18
	LA VOIE DE L'AVENIR	18
	LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	21
A.	Le Programme national de lutte antituberculeuse et la stratégie d'élimination de la tuberculose de Santé Canada.....	21
B.	Collaboration entre ordres de gouvernement	22
C.	Participation des collectivités des Premières nations et des Inuits à la lutte antituberculeuse.....	22
D.	Déterminants sociaux de la santé.....	23
	ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS.....	25
	ANNEXE B : LISTE DES MÉMOIRES	27
	DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	29
	OPINION SUPPLÉMENTAIRE : PARTI LIBÉRAL DU CANADA	31
	OPINION SUPPLÉMENTAIRE : BLOC QUÉBÉCOIS.....	35

LA VOIE DE L'AVENIR : COMMENT RÉAGIR AUX TAUX ÉLEVÉS DE TUBERCULOSE DANS LES RÉSERVES DES PREMIÈRES NATIONS ET LES COLLECTIVITÉS INUITES

INTRODUCTION

Le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (ci-après le Comité) a adopté, le 11 mars 2010, une motion enjoignant au Comité d'étudier les taux élevés de tuberculose au sein des collectivités des Premières nations et des Inuits et de faire rapport de ses conclusions à la Chambre des communes, en formulant notamment des recommandations sur l'établissement d'une stratégie nationale d'éradication de cette maladie. Le Comité a tenu une audience à ce sujet le 20 avril 2010, durant laquelle il a entendu de nombreux témoins, notamment des représentants du gouvernement fédéral, des organisations des Premières nations et des Inuits et des organisations de santé publique, ainsi que des spécialistes de la lutte antituberculeuse.

On trouvera dans le présent rapport un bilan de la situation de la tuberculose dans les collectivités des Premières nations et des Inuits, un aperçu du rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine et un sommaire des principales questions soulevées par les personnes entendues par le Comité. Le rapport contient aussi des recommandations adressées à Santé Canada relativement au renouvellement de la stratégie canadienne d'élimination de la tuberculose en ce qui concerne les réserves indiennes et les collectivités inuites.

LA TUBERCULOSE PARMIS LES POPULATIONS AUTOCHTONES DU CANADA

A. Incidence de la tuberculose chez les Premières nations et les Inuits

La tuberculose est une infection grave causée par des bactéries qui se propagent quand une personne atteinte de la maladie tousse et qu'une autre inhale ces bactéries¹. La tuberculose affecte principalement les poumons, mais la bactérie peut s'attaquer aussi à

1 Santé Canada, Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones, *Tuberculose*, <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihah-spnia/diseases-maladies/tuberculos/index-fra.php>.

d'autres parties du corps comme les ganglions lymphatiques². On suppose généralement qu'une fois qu'une personne est infectée par la bactérie, elle demeure infectée pour la vie³.

À l'échelle mondiale, l'incidence de la tuberculose est de 139 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants, soit près de 10 millions de cas par année⁴. Au Canada, elle est de 5 cas pour 100 000 habitants, ce qui représente, suivant des estimations, 1 613 cas nouveaux et rechutes par an⁵. On observe cependant que la majorité de ces cas concernent deux groupes démographiques : les peuples autochtones (Premières nations, Inuits et Métis) et les personnes nées à l'étranger (tableau 1). La tuberculose affecte de manière disproportionnée les peuples autochtones : en effet, bien que la population des Autochtones nés au Canada représente 3,5 % de la population totale, elle compte pour 17 % des cas de tuberculose⁶.

Bien que l'incidence de la tuberculose chez les Premières nations et les Inuits soit dans l'ensemble plus élevée que dans la population non autochtone née au Canada, il existe de grandes variations dans les taux d'une région et d'une communauté à l'autre⁷. Par exemple, en 2004, le taux d'incidence de la tuberculose chez les Indiens inscrits variait entre zéro pour 100 000 dans la région de l'Atlantique et 72,7 pour 100 000 au Manitoba. De même, le taux d'incidence chez les Inuits variait entre 95 pour 100 000 au Québec et 102,2 pour 100 000 dans les territoires⁸.

2 *Ibid.*

3 Santé Canada, *La tuberculose dans les communautés des Premières nations*, http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/tuberculos/tb_fni-pni_commun-fra.php, document consulté le 13 avril 2010.

4 Organisation mondiale de la santé, *Tuberculose*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/index.html>. (N.D.T. : En date du 10 mai 2010, le site anglais présentait des chiffres plus récents que le site français.)

5 L'infection produit souvent un état latent asymptomatique, mais en l'absence de traitement la maladie peut se déclarer et produire des symptômes.

6 Agence de la santé publique du Canada, Association pulmonaire du Canada, Société canadienne de thoracologie, *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 6^e édition, http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_f.pdf, document consulté le 9 avril 2010.

7 Agence de la santé publique du Canada, Association pulmonaire du Canada, Société canadienne de thoracologie, *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 6^e édition, http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_f.pdf, p. 328.

8 Par « région de l'Atlantique », on entend Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick. Les territoires comprennent le Yukon, le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest.

Tableau 1 – La tuberculose au Canada, 2008

Groupe démographique		Nombre de cas	Incidence (pour 100 000)
Autochtones	Indiens (inscrits)	218	26,6
	Indiens (non inscrits)	9	-
	Métis	27	8,0
	Inuits	88	157,5
Non-Autochtones nés au Canada		210	0,8
Personnes nées à l'étranger		987	13,4
Total		1600	4,8

Source : Tableau dressé par les auteurs au moyen de données de l'Agence de la santé publique du Canada, *Tuberculosis in Canada*, <http://www.itk.ca/sites/default/files/Rates%20by%20Origin%202010.pdf>, document consulté le 9 avril 2010.

B. Facteurs clés de la lutte antituberculeuse dans les collectivités autochtones

Il existe, depuis 1991, un consensus international, créé sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sur la nature des bonnes pratiques liées aux programmes de santé publique pour lutter contre la tuberculose. C'est ce que l'on a appelé la « stratégie DOTS » (directly-observed treatment, short course [thérapie de brève durée sous observation directe⁹]). En ce qui concerne les politiques, la stratégie affirme la nécessité d'un engagement politique envers la lutte antituberculeuse qui s'exprime par la déclaration de la responsabilité du secteur public, assortie d'un budget correspondant, une structure de gestion pertinente, la publication de lignes directrices nationales, une approche sectorielle et des politiques d'accès aux services¹⁰. Du point de vue des systèmes de santé, la lutte antituberculeuse exige un approvisionnement ininterrompu en médicaments, un diagnostic et un suivi au moyen d'un système d'analyses

9 Agence de la santé publique du Canada, Association pulmonaire du Canada, Société canadienne de thoracologie, *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 6^e édition, http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_f.pdf, p. 261.

10 *Ibid.*

bactériologiques dont la qualité est assurée, un processus de surveillance clairement défini, ainsi que des mesures visant à assurer une protection contre un mésusage des médicaments qui risquerait d'entraîner une pharmacorésistance¹¹.

Cependant, en dépit de ce consensus, de nombreux problèmes gênent la lutte antituberculeuse dans les collectivités autochtones, problèmes qui, de façon générale, concernent le contexte, l'hôte, l'environnement et le système¹².

(i) Contexte historique

Pour bien comprendre les taux élevés de tuberculose dans la population autochtone, il importe de replacer l'infection dans son contexte historique. En effet, l'infection des populations autochtones à la tuberculose est imputable aux contacts avec les Européens au XIX^e et au XX^e siècle. À partir de ce moment-là, les taux de tuberculose ont explosé en raison de facteurs comme le déplacement des Autochtones vers les réserves et pensionnats où le surpeuplement des logements, la pauvreté et la malnutrition ont contribué à la propagation de la tuberculose et au passage de l'infection à la maladie.

(ii) Facteurs liés à l'hôte

Les taux d'infection à la tuberculose sont influencés par la présence d'autres affections souvent particulièrement prévalentes chez les Autochtones comme le diabète sucré, la malnutrition, la toxicomanie (alcool et drogues), ainsi que le VIH/sida. En outre, des études ont démontré que certaines caractéristiques génétiques comme les immunodéficiences congénitales augmentent la susceptibilité de certains individus à la tuberculose et interdisent la vaccination dans l'enfance.

(iii) Environnement

La lutte antituberculeuse est contrecarrée par le surpeuplement des logements et la pauvreté, fréquents dans les réserves et les régions éloignées. Par exemple, selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), 50 % des logements des

11 *Ibid.*

12 *Ibid.*, p.329-330.

Premières nations ne sont pas conformes aux normes d'occupation de la SCHL, et 26 % des membres des Premières nations et 36 % des Inuits vivent dans des logements surpeuplés¹³.

(iv) Système de soins de santé

Dans les collectivités éloignées, il est souvent difficile d'établir des programmes de lutte antituberculeuse en raison du manque de personnel ou du roulement élevé du personnel et de l'éloignement des installations et services de santé appropriés. Il est par ailleurs particulièrement difficile d'offrir des programmes et des soins culturellement adaptés à la population et de composer avec les questions de compétence, souvent complexes¹⁴.

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

A. La santé des Premières nations et des Inuits et la *Loi constitutionnelle de 1867*

La *Loi constitutionnelle de 1867* n'est pas spécifique quant au pouvoir de légiférer en matière de santé, pouvoir qu'elle n'affecte ni au Parlement (à l'article 91) ni aux législatures des provinces (à l'article 92). En fait, la Cour suprême a statué que, « [s]omme toute, la "santé" n'est pas l'objet d'une attribution constitutionnelle spécifique, mais constitue plutôt un sujet indéterminé que les lois fédérales ou provinciales valides peuvent aborder selon la nature ou la portée du problème de santé en cause dans chaque cas¹⁵ ». La Constitution fait cependant état de certains pouvoirs en rapport direct avec la santé et les soins de santé. Aux termes du paragraphe 91(11), le gouvernement fédéral est responsable de « la quarantaine et l'établissement et maintien des hôpitaux de marine¹⁶ ». Le gouvernement intervient par ailleurs dans le domaine de la santé, de manière indirecte,

13 Assemblée des Premières Nations – Secrétariat à la santé et au développement social, *Housing as a social determinant of health increases risks for tuberculosis infection in First Nations and Inuit Peoples*, <http://www.itk.ca/media-centre/media-releases/inuit-tb-rate-doubles-185-times-rate-canadian-born-non-aboriginals-first>, document consulté le 13 avril 2010.

14 Agence de la santé publique du Canada, Association pulmonaire du Canada, Société canadienne de thoracologie, *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 6^e édition, http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_f.pdf, document consulté le 9 avril 2010.

15 *Schneider c. La Reine*, [1982] 2 R.C.S. 112, p. 142.

16 Marlisa Tiedemann, *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et de soins de santé*, 20 octobre 2008, Bibliothèque du Parlement, publication PRB 08-58F, <http://lpintrabp.parl.gc.ca/lopimages2/prbpubs/pdf/bp1000/prb0858-f.pdf>.

en raison d'autres pouvoirs que lui confère la Constitution, par exemple la compétence en matière de droit pénal, le pouvoir de dépenser et, éventuellement, le pouvoir d'adopter des lois pour assurer la paix, l'ordre et le bon gouvernement du Canada¹⁷.

Pour leur part, les provinces sont responsables de la plupart des autres hôpitaux (paragraphe 92(7)). Elles ont aussi la responsabilité de la prestation directe de la plupart des services médicaux et de la formation des médecins, responsabilité qui découle des pouvoirs relatifs à la propriété et aux droits civils (paragraphe 92(13)) et aux matières d'une nature purement locale ou privée (paragraphe 92(16)) que leur confère la *Loi constitutionnelle de 1867*¹⁸.

Le gouvernement fédéral n'a pas la responsabilité directe de la prestation des soins de santé, mais il a compétence « à l'égard des Indiens et des terres réservées aux Indiens » aux termes du paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867*¹⁹. En 1939, dans la décision *Re Eskimos*, la Cour suprême du Canada a englobé les Inuits dans la définition du terme « Indien » au sens du paragraphe 91(24)²⁰. Par contre, bien que l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982* inclue dans la définition des peuples autochtones les Indiens, les Inuits et les Métis du Canada²¹, la situation des Métis et des Indiens non inscrits²² aux termes du paragraphe 91(24) demeure indéterminée²³. En conséquence, le gouvernement fédéral affirme qu'il n'a pas la responsabilité exclusive de ces groupes et que ses responsabilités financières à leur égard sont donc limitées²⁴. La compétence du gouvernement fédéral sur les questions qui touchent les Premières nations

17 Pour une analyse détaillée de l'exercice, par le gouvernement fédéral, de ces pouvoirs constitutionnels dans le domaine de la santé, voir : Marlisa Tiedemann, *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et de soins de santé*, 20 octobre 2008, Bibliothèque du Parlement, publication PRB 08-58F, <http://lpintrabp.parl.gc.ca/lopimages2/prbpubs/pdf/bp1000/prb0858-f.pdf>.

18 *Ibid.*

19 Tonina Simeone, *Sphères de compétence fédérale et provinciale et peuples autochtones*, 1^{er} février 2001, Bibliothèque du Parlement, publication TIPS-88F, <http://lpintrabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-f.asp?Heading=14&TIP=95>.

20 *Ibid.*

21 *Loi constitutionnelle de 1982* (R.-U., constituant l'annexe B de la *Loi sur le Canada de 1982* (R.-U.), 1982, ch. 11, partie II, par. 35(2).

22 On entend par Indiens non inscrits des personnes qui sont indiennes par le sang et la culture, mais qui ne sont pas inscrites comme telles aux termes de la *Loi sur les Indiens* ou ont perdu leur droit de l'être avant que celle-ci soit modifiée en 1985. «Tonina Simeone, *Sphères de compétence fédérale et provinciale et peuples autochtones*», 1^{er} février 2001, Bibliothèque du Parlement, publication TIPS-88F, <http://lpintrabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-f.asp?Heading=14&TIP=95>.

23 *Ibid.*

24 *Ibid.*

et les Inuits signifie que celui-ci a le pouvoir exclusif de légiférer en la matière, pouvoir qu'il exerce principalement à l'égard des Indiens inscrits qui vivent dans les réserves et, dans une moindre mesure, des Inuits²⁵.

B. Politique de 1979 sur la santé des Indiens

Bien que les Premières nations et les Inuits relèvent de lui, le gouvernement fédéral n'a jamais adopté de loi sur la prestation des soins de santé à ces deux groupes²⁶, mais il s'est donné pour politique d'offrir certains programmes et services de santé aux Indiens qui vivent dans les réserves et aux Inuits²⁷. La politique de 1979 sur la santé des Indiens décrit le rôle du gouvernement fédéral en matière de prestation de soins de santé aux Premières nations et aux Inuits, précisant qu'elle repose sur les « dispositions de la Constitution et des lois, des traités et de la coutume²⁸ ». On indique dans la politique que, compte tenu du caractère intégré du système de santé, il peut y avoir partage des responsabilités en la matière envers les Premières nations et les Inuits entre les autorités fédérales, provinciales et municipales, les bandes indiennes et le secteur privé. Ainsi, dans un tel système de santé interdépendant, les fonctions du gouvernement fédéral sont liées « aux activités touchant la santé publique dans les réserves, à la promotion de la santé, ainsi qu'à la détection et à la réduction des dangers pour la santé qui proviennent de l'environnement²⁹ ». Pour leur part, les provinces et le secteur privé se chargent du dépistage et du traitement des maladies aiguës et des maladies chroniques, ainsi que de la réadaptation. Enfin, les collectivités des Premières nations et des Inuits jouent un rôle important dans la promotion de la santé et l'adaptation des services de santé à leurs besoins propres.

25 Indien inscrit (de plein droit) : personne inscrite ou ayant le droit d'être inscrite à titre d'Indien selon les dispositions de la *Loi sur les Indiens*. Tonina Simeone, *Sphères de compétence fédérale et provinciale et peuples autochtones*, 1^{er} février 2001, Bibliothèque du Parlement, publication TIPS-88F, <http://pintrabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-f.asp?Heading=14&TIP=95>.

26 Il est important de savoir que la plus importante mesure régissant les Indiens et les terres qui leur sont réservées est la *Loi sur les Indiens*, laquelle régleme nte presque tous les aspects de la vie des Indiens inscrits, ainsi que la gestion de leurs terres. La *Loi* définit qui est Indien et régleme nte l'affiliation aux bandes, ainsi que le régime fiscal, les terres et les ressources, la gestion financière, les testaments et les successions et l'éducation. Cependant, la *Loi* ne s'applique pas aux Inuits et ne contient pas de dispositions sur l'administration et la prestation des soins de santé. Tonina Simeone, *Sphères de compétence fédérale et provinciale et peuples autochtones*, 1^{er} février 2001, Bibliothèque du Parlement, publication TIPS-88F, <http://pintrabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-f.asp?Heading=14&TIP=95>.

27 Santé Canada, *Histoire de la prestation des services de santé aux peuples des Premières nations et aux Inuits*, <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/services-fra.php>.

28 Santé Canada, *Politique de 1979 sur la santé des Indiens*, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/poli_1979-fra.php.

29 *Ibid.*

Il faut noter que ce point de vue diffère de celui des peuples autochtones, qui soutiennent que le gouvernement fédéral a l'obligation de leur offrir des programmes et services de santé en raison de leurs droits issus de traités et de la responsabilité fiduciaire³⁰ de la Couronne, et que cela n'est pas une simple question de politique³¹, point de vue énoncé dans le rapport final de la Commission³² paru en 1996.

C. Conflits de compétence en matière de santé des Premières nations et des Inuits : Le principe de Jordan

Les problèmes que pose la complexité de la distribution des compétences quant à la prestation des services de santé aux Premières nations et aux Inuits donnent parfois lieu à des différends. C'est ce qui est arrivé dans le cas de Jordan River Anderson, un garçonnet de la Nation des Cris de Norway House affligé d'une maladie neuromusculaire rare qui l'a forcé à se faire soigner pendant des années dans un hôpital de Winnipeg, à 800 kilomètres de chez lui. Jordan est décédé à l'hôpital pendant que le gouvernement fédéral et le gouvernement du Manitoba négociaient pour déterminer qui paierait ses frais de transport entre l'hôpital et sa maison. À la suite de son décès, la Chambre des communes a adopté à l'unanimité, en 2007, le principe de Jordan, lequel veut que, en cas de conflit de compétence relativement au financement de services publics destinés à un enfant des Premières nations, le gouvernement auquel on s'est adressé en premier paie les services requis et ensuite seulement entame des démarches en vue d'un partage des coûts³³. Ainsi, les services aux enfants autochtones ne seraient pas retardés par un conflit de compétence³⁴.

30 En droit, le terme « fiduciaire » a le sens général de personne responsable de la garde et de la gestion d'un bien appartenant à une autre personne ou qui occupe une situation de confiance par rapport à une autre personne. Il y a donc un « rapport de fiduciaire » lorsqu'une personne en situation de confiance a des droits et des pouvoirs qu'elle est tenue d'exercer pour le compte d'autrui. C'est le type de rapport qui s'établit entre les fiduciaires et leurs bénéficiaires et entre les avocats et leurs clients, et ainsi de suite. Le rapport de fiduciaire entre la Couronne et les peuples autochtones n'est pas encore parfaitement défini, mais la Cour suprême a statué qu'il est assujéti à certains principes et certaines obligations. Par exemple, la Couronne doit agir dans l'intérêt des Indiens dès lors qu'il s'agit de leurs biens et de leurs terres et, quand elle traite d'une violation possible d'un droit protégé par la Constitution, elle doit prendre en considération d'abord et avant tout ses rapports spéciaux de fiduciaire envers les peuples autochtones. Mary Hurley, *Le rapport de fiduciaire entre la Couronne et les peuples autochtones*, 10 août 2001, Bibliothèque du Parlement, publication PRB 00-09F, <http://pintrabp.parl.gc.ca/lopimages2/PRBpubsArchive/bp1000/prb0009-f.asp>.

31 Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, juin 2002, <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-85-2002F.pdf>, p. 235.

32 CRPA, *Points saillants du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, <http://www.ainc-inac.gc.ca/ap/pubs/rpt/rpt-fra.asp>.

33 AINC, *Document d'information – Mise en œuvre du principe de Jordan en Saskatchewan*, <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/mr/nr/s-d2009/bk00000451-fra.asp>.

34 *Ibid.*

D. Les rôles respectifs des autorités fédérales, provinciales et territoriales dans la lutte antituberculeuse dans les collectivités des Premières nations et des Inuits

Concrètement, cette division des compétences en ce qui concerne la santé des Premières nations et des Indiens aboutit à la répartition suivante des attributions entre les autorités fédérales, provinciales et territoriales dans la lutte antituberculeuse dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada est responsable au premier chef des services de santé publique dans les collectivités des Premières nations³⁵. Elle finance, par ailleurs, aussi le programme de lutte antituberculeuse du Nunatsiavut au Labrador³⁶. Enfin, Santé Canada offre également, dans le cadre du Programme des services de santé non assurés (SSNA), certains produits et services de santé comme des médicaments, des services de transport des malades, des fournitures médicales et du matériel de soins de santé.

Les activités de lutte antituberculeuse sont généralement partagées entre la DGSPNI et les provinces. Les services de santé médicalement nécessaires assurés aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*³⁷ sont la responsabilité des provinces, à la fois pour les Autochtones (ceux qui vivent dans une réserve comme ceux qui vivent ailleurs et les Métis) et pour les non-Autochtones³⁸. Les gouvernements des provinces reçoivent du gouvernement fédéral, par le biais du Transfert canadien en matière de santé, des sommes destinées au financement de ces services de santé assurés.

Divers arrangements, qui varient d'une province à l'autre, permettent de coordonner les activités entre les deux paliers de gouvernement. Dans bien des cas, la programmation et la prestation des soins de santé sont partagés et intégrés³⁹. LA DGSPNI soutient aussi l'administration de programmes de santé publique par les collectivités des Premières nations et des Inuits par la voie d'accords de contribution, ou ententes de transfert de service de santé⁴⁰.

35 Agence de la santé publique du Canada, Association pulmonaire du Canada, Société canadienne de thoracologie, *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 6^e édition, http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_f.pdf, p. 328.

36 Santé Canada, Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones, *Tuberculose*, <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/tuberculos/index-fra.php>.

37 Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les services hospitaliers assurés comprennent les services médicalement nécessaires pour les malades hospitalisés et les malades traités en consultation externe comme l'hébergement en salle commune, les services infirmiers, les services de diagnostic comme les prélèvements sanguins et les radiographies, les médicaments administrés à l'hôpital, et l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations servant à l'anesthésie.

38 *Ibid.*

39 *Ibid.*

40 *Ibid.*

Dans les Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Yukon, des programmes centralisés de lutte antituberculeuse sont administrés par les ministères de la santé respectifs des territoires. Comme il le fait pour les provinces, le gouvernement fédéral fournit aux territoires des fonds pour la prestation des services de santé assurés médicalement nécessaires par la voie du Transfert canadien en matière de santé et de la formule de financement des territoires. Cependant, selon des représentants de Santé Canada, la DGSPNI n'a pas compétence à l'égard des services de santé destinés aux Premières nations et aux Inuits qui vivent dans les territoires⁴¹.

COMMENT RÉAGIR AUX TAUX ÉLEVÉS DE TUBERCULOSE DANS LES COLLECTIVITÉS DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS

A. Le Programme national de lutte antituberculeuse et la stratégie d'élimination de la tuberculose de Santé Canada

Ce qu'on a dit au Comité

Les porte-parole du Ministère ont dit au Comité que Santé Canada cherche à faire baisser les taux de tuberculose dans les réserves des Premières nations et parmi les Inuits⁴² par le biais de son programme national de lutte antituberculeuse dont l'objectif global est de ramener le nombre de cas à 3,6 pour 100 000 d'ici 2015, une cible établie pour l'ensemble de la population et tirée de la stratégie Halte à la tuberculose de l'OMC. Le programme national de lutte antituberculeuse de Santé Canada cherche à atteindre cet objectif en garantissant à tous un accès en temps opportun aux services voulus (dépistage, traitement et suivi des personnes exposées à la tuberculose et de celles chez qui on a diagnostiqué une tuberculose). La prévention et la sensibilisation sont aussi des éléments importants du programme.

On a expliqué au Comité que Santé Canada met en œuvre son programme national de lutte antituberculeuse par l'intermédiaire de ses bureaux régionaux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, lesquels concluent des partenariats avec les autorités sanitaires provinciales, régionales ou locales pour assurer la prestation des services de la lutte antituberculeuse⁴³. Les bureaux régionaux de la DGSPNI collaborent avec ces partenaires pour garantir l'application, dans les collectivités

41 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, 20 avril 2010, réunion n° 10, 3^e session de la 40^e législature, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4443113/HESAEV10-F.PDF>, p. 2.

42 *Ibid.*, p. 1.

43 *Ibid.*, p. 2.

des Premières nations et des Inuits, des normes canadiennes de la lutte antituberculeuse tant pour le volet santé publique que pour le volet prise en charge clinique de la lutte antituberculeuse.

Les porte-parole de Santé Canada ont ajouté que ce programme était financé par le gouvernement du Canada à hauteur de 6,6 millions de dollars par an et que 42,4 millions de dollars y avaient été consacrés entre 2004 et 2010⁴⁴. Le gouvernement fédéral a par ailleurs dépensé une somme additionnelle de 3 millions de dollars notamment pour faire face à des éclosions sporadiques de la tuberculose dans les collectivités du Manitoba et de la Saskatchewan⁴⁵.

Enfin, on nous a dit que le ministère de la Santé est en train de revoir la stratégie nationale d'élimination de la tuberculose chez les Premières nations en collaboration avec des partenaires du gouvernement fédéral, des spécialistes de la tuberculose de l'extérieur, les parties concernées et des organisations des Premières nations et des Inuits. Cette stratégie s'inscrit dans le cadre de la stratégie canadienne de lutte antituberculeuse que l'Agence de la santé publique du Canada est en train de mettre au point⁴⁶.

Pourtant, certains témoins ont fait valoir que, en dépit de tous ces efforts, il faut encore améliorer la qualité du programme national de lutte antituberculeuse de la DGSPNI⁴⁷. On reproche notamment au programme un manque d'uniformité d'une région à l'autre. Il semblerait en particulier que les normes nationales et internationales de la lutte antituberculeuse ne sont pas respectées dans toutes les régions. La définition d'une éclosion de tuberculose, par exemple, ne serait pas uniforme. Ensuite, les directions régionales de la DGSPNI ne rendraient pas suffisamment compte de l'efficacité de leurs activités de lutte antituberculeuse. En effet, contrairement à leurs homologues provinciaux et territoriaux, les directions régionales de la DGSPNI ne sont pas tenues d'atteindre des cibles annuelles de réduction du taux d'infection ni de faire rapport de leurs résultats⁴⁸.

Par ailleurs, certains témoins estiment que le financement des activités de lutte antituberculeuse dans les collectivités des Premières nations et des Inuits est insuffisant. Ils en veulent pour preuve un rapport commandé par l'Agence de la santé publique du Canada dans lequel on indique que la DGSPNI ne consacre que 16 700 \$ par cas à la lutte antituberculeuse dans les Premières nations alors que la moyenne pour le Canada est de 47 000 \$ par cas pour la population non autochtone⁴⁹. D'autres témoins ont fait valoir que les collectivités isolées n'avaient pas le matériel nécessaire au dépistage de la

44 *Ibid.*

45 *Ibid.*, p. 10

46 *Ibid.*, p. 2.

47 *Ibid.*, p. 3.

48 *Ibid.*

49 *Ibid.*

tuberculose, comme des appareils mobiles de radiographie des poumons. Ils ont aussi insisté sur la nécessité de planifier à long terme le financement et les ressources destinées à la lutte antituberculeuse en raison de la nature de la maladie, car la guérison peut prendre six mois ou plus et parce que, non traitée, la maladie peut demeurer latente dans une collectivité pendant plusieurs générations⁵⁰. On nous a signalé qu'il a fallu trente ans pour ramener le taux général de tuberculose au Canada au niveau actuel de moins d'un cas pour 100 000 habitants⁵¹.

Enfin, Gail Turner de l'Inuit Tapiriit Kanatami nous a dit que les politiques et programmes de Santé Canada étaient insuffisants pour surmonter les problèmes particuliers que pose la lutte antituberculeuse dans les collectivités inuites éloignées⁵². Elle estime qu'il faudrait adopter, à l'égard des collectivités inuites, une stratégie de lutte antituberculeuse distincte (pour faire baisser les taux de tuberculose extrêmement élevés que l'on observe dans ces populations, qui atteignent 500 pour 100 000 dans certains cas⁵³), stratégie qui serait adaptée aux particularités géographiques et sociales de ces populations. En effet, là-bas, certains problèmes – manque de services de santé, surpeuplement des logements et insécurité alimentaire – sont plus aigus qu'ailleurs.

Ce que veut le Comité

Le Comité trouve extrêmement inquiétant de constater à quel point le taux de tuberculose est élevé parmi les Autochtones, en particulier chez les Premières nations et les Inuits, par comparaison avec l'ensemble de la population. À ce qu'on nous a dit, en 2008, il était 31 fois plus élevé chez les Premières nations que chez les autres personnes nées au Canada⁵⁴. Les nombres sont encore plus désastreux dans l'Inuit Nunaat⁵⁵, où les taux sont 185 fois ceux des non-Autochtones nés au Canada⁵⁶. Le Comité craint pour les collectivités des Premières nations et des Inuits qui se trouvent à l'épicentre des éclosions de tuberculose. Il apparaît donc nécessaire d'accélérer le renouvellement de la stratégie d'élimination de la tuberculose chez les Premières nations et les Inuits pour remédier à ce

50 *Ibid.*, p. 12.

51 *Ibid.*

52 *Ibid.*, p. 4.

53 *Ibid.*, p. 12.

54 *Ibid.*, p. 2.

55 La majorité des Inuits vivent dans quatre régions – le Nunavut, le Nunavik (au nord du Québec), le Nunatsiavut (au Labrador) et l'Inuvialuit (dans les Territoires du Nord-Ouest) – appelées collectivement Inuit Nunaat, ou « terre natale » en inuktitut. Les Inuits représentent à peu près 85 % de la population du Nunavut et sont majoritaires aussi au Nunavik et au Nunatsiavut.

56 *Ibid.*, p. 3.

problème persistant et urgent. Il importerait en outre de réagir aux réserves exprimées par les témoins quant à l'efficacité du programme national de lutte antituberculeuse de la DGSPNI. En conséquence, le Comité recommande :

- **Que Santé Canada accélère le renouvellement de sa stratégie d'élimination de la tuberculose dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites.**
- **Que Santé Canada institue un programme de lutte antituberculeuse à l'intention des réserves des Premières nations et des collectivités inuites assorti d'objectifs, de cibles et d'indicateurs de rendement mesurés annuellement au niveau régional ou national de manière à déterminer si les directions régionales exécutent le programme conformément aux normes nationales et internationales en la matière.**
- **Compte tenu de la responsabilité fiduciaire du gouvernement fédéral envers les Autochtones et d'autres responsabilités connexes, que Santé Canada aborde le problème de la tuberculose dans un contexte à long terme et dans un esprit de collaboration, et que le financement prévu soit suffisant pour soutenir un programme de longue durée.**
- **Que le Bureau du vérificateur général évalue les répercussions des affectations de crédits passées au programme national de lutte antituberculeuse dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites de Santé Canada.**
- **Que le gouvernement du Canada institue un fonds d'urgence pour soutenir les collectivités qui se trouvent à l'épicentre d'éclosions de tuberculose. Ce fonds pourrait servir à financer les activités des équipes d'évaluation d'urgence quand l'intervention de celles-ci est spécifiquement demandée par les provinces et les territoires.**

B. Collaboration entre ordres de gouvernement

Ce qu'on a dit au Comité

Les témoins nous ont dit que le manque de collaboration entre les divers ordres de gouvernement concernés nuisait considérablement à la lutte antituberculeuse dans les collectivités des Premières nations et des Inuits, et que la distribution des responsabilités

en la matière entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux avait abouti à un système fragmenté. Au Manitoba, par exemple, une kyrielle d'organisations, dont certaines relèvent des autorités provinciales et d'autres rendent compte à la DGSPNI aux termes de dispositions contractuelles, participent à la lutte antituberculeuse⁵⁷. En conséquence, la reddition de comptes relativement à la réduction des taux de tuberculose chez les Premières nations est « tout sauf transparente », nous a-t-on dit⁵⁸. Les problèmes de compétence nuisent aussi à la circulation des données à l'appui de la lutte antituberculeuse entre les gouvernements des provinces et la DGSPNI⁵⁹. On nous a affirmé que, quand la collaboration est bonne entre les divers paliers de gouvernement, on le doit à la force de la personnalité des gens qui dirigent les divers programmes.

D'après l'Inuit Tapiriit Kanatami, on n'a pas clairement établi non plus qui est responsable des Inuits⁶⁰. Les collectivités inuites travaillent en collaboration avec la DGSPNI dans la lutte antituberculeuse, mais pas avec les provinces, de qui relève pourtant la santé publique. Elles ne savent donc pas à qui elles doivent s'adresser pour obtenir le matériel médical nécessaire au dépistage et au traitement de la tuberculose.

Les témoins réclament donc l'adoption, dans chaque province, d'un programme unique de lutte antituberculeuse qui remplacerait les divers programmes fédéraux et provinciaux actuels. Certains estiment qu'un tel programme, qui viserait tant les Autochtones que les non-Autochtones, devrait relever du médecin hygiéniste en chef de chaque province⁶¹. D'autres encore préconisent un programme pancanadien dont les normes, les objectifs et les cibles seraient établis par les autorités fédérales par souci d'uniformité, mais dont l'administration serait confiée aux provinces⁶². Enfin, certains témoins recommandent que les autorités fédérales, provinciales et territoriales s'entendent sur un partage des responsabilités dans la lutte antituberculeuse et instituent des mécanismes permettant de contrôler les résultats de l'action de tous les partenaires au regard d'objectifs communs de réduction de la tuberculose dans les groupes visés⁶³.

57 *Ibid.*, p. 15 et 18.

58 *Ibid.*, p. 2.

59 *Ibid.*, p. 12 et 19.

60 *Ibid.*, p. 8.

61 *Ibid.*, p. 12.

62 *Ibid.*, p. 16.

63 Lung Association of Saskatchewan, lettre adressée au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 23 avril 2010.

Ce que veut le Comité

Le Comité est conscient des difficultés que pose, pour la lutte antituberculeuse, le partage des compétences dans la prestation des services de santé aux Premières nations et aux Inuits. Il sait aussi combien il est important de respecter les compétences respectives de chacun en la matière, mais il pense néanmoins nécessaire de promouvoir une plus grande collaboration et recommande en conséquence :

- **Que les autorités fédérales, provinciales et territoriales déterminent clairement leurs attributions respectives quant au traitement de la tuberculose chez tous les peuples autochtones.**
- **Que tous les paliers de gouvernement, les administrations de la santé intertribales, les organisations des Métis et des Inuits et les Premières nations travaillent en étroite collaboration pour faire disparaître les problèmes de compétence qui nuisent à la prestation de soins antituberculeux optimaux aux Premières nations, aux Métis et aux Inuits.**
- **Que l'on applique le principe de Jordan dans la lutte antituberculeuse de manière que les querelles de compétence ne risquent pas de nuire à la prise en charge d'un enfant des Premières nations.**
- **Que les données nécessaires soient recueillies par les autorités fédérales, provinciales et territoriales d'une manière qui permette de protéger leur caractère confidentiel ainsi que les renseignements personnels des intéressés, mais qu'elles puissent néanmoins être transmises à tous les paliers de gouvernement concernés pour que l'on puisse suivre au besoin les cas de tuberculose.**

C. Participation des collectivités des Premières nations et des Inuits à la lutte antituberculeuse

Ce qu'on a dit au Comité

Les témoins ont insisté sur l'importance de la participation des collectivités des Premières nations et des Inuits à la lutte antituberculeuse. La participation active des groupes concernés à la prise de décisions et à l'administration des programmes est

nécessaire, nous a-t-on dit, pour que les collectivités se prennent en main et qu'elles se dotent des ressources nécessaires⁶⁴. Le Comité a été saisi d'un programme administré en Colombie-Britannique qui donne de bons résultats. Le programme, appelé Strategic Community Risk Assessment and Program for TB (SCRAP-TB)⁶⁵ est un programme d'initiative locale financé par le gouvernement fédéral et d'autres partenaires qui permet aux Premières nations de s'investir dans la lutte antituberculeuse, notamment par des activités de sensibilisation et par l'observation directe de programmes de traitement de la tuberculose. Les témoins estiment que le programme SCRAP-TB témoigne de l'importance de concevoir des programmes de lutte antituberculeuse bien adaptés aux besoins et à la culture propres aux Premières nations et aux Inuits⁶⁶.

Ce que veut le Comité

Le Comité est convaincu qu'il faut faire des collectivités des Premières nations et des Inuits des partenaires à part entière dans la lutte antituberculeuse si l'on veut s'attaquer efficacement aux taux élevés de tuberculose qu'on y observe. Il souscrit aux efforts déployés par le gouvernement fédéral pour interpeler les dirigeants de ces collectivités et développer les capacités locales. Il estime en outre que la lutte antituberculeuse doit être adaptée aux besoins et à la culture propres aux populations autochtones du Canada. En conséquence, il recommande :

- **Que Santé Canada continue de faire des collectivités des Premières nations et des Inuits des partenaires à part entière dans l'élaboration des programmes et stratégies de lutte antituberculeuse.**
- **Que les activités et la stratégie nationale de lutte antituberculeuse de Santé Canada cherchent à renforcer les capacités locales de manière à responsabiliser les collectivités locales.**
- **Que, dans le cadre de sa stratégie globale de lutte antituberculeuse, Santé Canada soutienne des programmes d'initiative locale qui, comme le programme SCRAP-TB, contribuent à constituer, dans les collectivités concernées, les capacités voulues pour une prise en charge par les ressources locales.**

64 *Ibid.*, p. 12.

65 *Ibid.*, p. 18.

66 *Ibid.*

D. Déterminants sociaux de la santé

Ce qu'on a dit au Comité

Tous les témoins qui ont comparu devant le Comité ont insisté sur l'importance de s'attaquer aussi aux conditions socioéconomiques propices à la propagation de la tuberculose dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Pour eux, la tuberculose est une maladie sociale avec un aspect médical⁶⁷. En particulier, ils imputent en partie la propagation de la maladie aux mauvaises conditions de logement. On a signalé, par exemple, au Comité que dans la première nation Northlands du Lac Brochet au Manitoba, les maisons abritent en moyenne 5,2 personnes et la plupart n'ont pas de système de ventilation convenable⁶⁸, des conditions qui ne font qu'accroître le risque de propagation de la bactérie⁶⁹. En outre, l'insécurité alimentaire, notamment le manque de fruits et de légumes, entraîne un mauvais développement du système immunitaire et fait croître le risque que l'infection se mue en maladie déclarée⁷⁰.

Les témoins entendus estiment que les efforts du gouvernement fédéral au sujet des déterminants sociaux de la santé laissent à désirer. Ils ont dit déplorer le manque de coordination entre Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada dans les dossiers de la sécurité alimentaire et du logement⁷¹ et le fait que les programmes touchant la sécurité alimentaire ne tiennent pas compte des conditions locales. Par exemple, les règles du programme Aliments-poste d'AINC qui subventionne les achats d'aliments des résidents du Grand Nord exigent que ceux-ci soient réglés par carte de crédit, alors que très peu d'Inuits en ont une⁷². Enfin, les représentants des collectivités des Premières nations estiment que le gouvernement du Canada a l'obligation de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé. Pour eux, c'est une question de justice conformément au paragraphe 25(1) de la Déclaration universelle des droits de l'homme, lequel porte que⁷³ :

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en

67 *Ibid.*, p. 14.

68 *Ibid.*, p. 4.

69 Assemblée des Premières Nations, « Fiche de renseignement : En tant que déterminant social de la santé, le logement accroît le risque de tuberculose chez les Inuits et les peuples des Premières Nations », 2010, document présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

70 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, 20 avril 2010, réunion n° 10, 3^e session de la 40^e législature, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4443113/HESA10-E.PDF>, p. 14.

71 *Ibid.*, p. 4.

72 *Ibid.*, p. 13.

73 *Ibid.*, p. 5.

cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

Ce que veut le Comité

Le Comité est conscient du fait que, dans la lutte antituberculeuse dans les collectivités des Premières nations et des Inuits, il faut tenir compte des déterminants sociaux de la santé et intervenir à ce chapitre pour compléter l'action des autorités sanitaires. Il privilégie, à ce sujet, une démarche pangouvernementale et une plus grande coordination des activités des ministères fédéraux qui s'occupent des Premières nations et des Inuits. Il recommande en conséquence :

- **Que le gouvernement du Canada intègre un volet socioéconomique à sa stratégie globale de réduction des taux de tuberculose dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites.**
- **Que le gouvernement du Canada institue un comité interministériel chargé de promouvoir, entre les ministères fédéraux ayant des responsabilités vis-à-vis des Premières nations et des Inuits, une collaboration horizontale sur les déterminants sociaux de la santé.**

LA VOIE DE L'AVENIR

Le Comité considère que les taux particulièrement élevés de tuberculose dans les collectivités des Premières nations et des Inuits constituent un problème qu'il est urgent de régler grâce à une bonne collaboration entre les ordres de gouvernement concernés et les collectivités concernées. Il estime en outre que le gouvernement du Canada doit prendre l'initiative de promouvoir ce type de collaboration dans le contexte de l'amélioration continue de sa stratégie nationale d'éradication de la tuberculose dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites. Il s'est donc donné pour mission avec la présente étude de guider le gouvernement du Canada à l'occasion du renouvellement de la stratégie nationale d'élimination de la tuberculose dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites. Son étude a permis de dégager quatre grands axes :

- 1) Améliorer les stratégies et programmes de lutte antituberculeuse en assortissant ceux-ci d'objectifs, de cibles et d'indicateurs de rendement à caractère annuel pour faciliter la reddition de comptes de tous les intervenants.

- 2) Atténuer les problèmes de compétence en offrant un ensemble continu de programmes de lutte antituberculeuse aux collectivités des Premières nations et des Inuits.
- 3) Voir à ce que les collectivités des Premières nations et des Inuits participent à la conception des stratégies et programmes de lutte antituberculeuse de manière à promouvoir l'égalité, la responsabilisation locale et le développement des capacités.
- 4) Intégrer à toute stratégie d'éradication de la tuberculose dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites des mesures permettant d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

Le Comité estime qu'un tel train de mesures pavera la voie vers une réduction des disparités, sur le plan de la santé, entre les Premières nations et les Inuits et le reste de la population canadienne, disparités qui transparaissent dans les taux de tuberculose, considérablement plus élevés dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites que dans le reste de la population.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

A. Le Programme national de lutte antituberculeuse et la stratégie d'élimination de la tuberculose de Santé Canada

- **Que Santé Canada accélère le renouvellement de sa stratégie d'élimination de la tuberculose dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites.**
- **Que Santé Canada institue un programme de lutte antituberculeuse à l'intention des réserves des Premières nations et des collectivités inuites assorti d'objectifs, de cibles et d'indicateurs de rendement mesurés annuellement au niveau régional ou national de manière à déterminer si les directions régionales exécutent le programme conformément aux normes nationales et internationales en la matière.**
- **Compte tenu de la responsabilité fiduciaire du gouvernement fédéral envers les Autochtones et d'autres responsabilités connexes, que Santé Canada aborde le problème de la tuberculose dans un contexte à long terme et dans un esprit de collaboration, et que le financement prévu soit suffisant pour soutenir un programme de longue durée.**
- **Que le Bureau du vérificateur général évalue les répercussions des affectations de crédits passées au programme national de lutte antituberculeuse dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites de Santé Canada.**
- **Que le gouvernement du Canada institue un fonds d'urgence pour soutenir les collectivités qui se trouvent à l'épicentre d'éclosions de tuberculose. Ce fonds pourrait servir à financer les activités des équipes d'évaluation d'urgence, quand l'intervention de celles-ci est spécifiquement demandée par les provinces et les territoires.**

B. Collaboration entre ordres de gouvernement

- **Que les autorités fédérales, provinciales et territoriales déterminent clairement leurs attributions respectives quant au traitement de la tuberculose chez tous les peuples autochtones.**
- **Que tous les paliers de gouvernement, les administrations de la santé intertribales, les organisations des Métis et des Inuits et les Premières nations travaillent en étroite collaboration pour faire disparaître les problèmes de compétence qui nuisent à la prestation de soins antituberculeux optimaux aux Premières nations, aux Métis et aux Inuits.**
- **Que l'on applique le principe de Jordan dans la lutte antituberculeuse de manière que les querelles de compétence ne risquent pas de nuire à la prise en charge d'un enfant des Premières nations.**
- **Que les données nécessaires soient recueillies par les autorités fédérales, provinciales et territoriales d'une manière qui permette de protéger leur caractère confidentiel ainsi que les renseignements personnels des intéressés, mais qu'elles puissent néanmoins être transmises à tous les paliers de gouvernement concernés pour que l'on puisse suivre au besoin les cas de tuberculose.**

C. Participation des collectivités des Premières nations et des Inuits à la lutte antituberculeuse

- **Que Santé Canada continue de faire des collectivités des Premières nations et des Inuits des partenaires à part entière dans l'élaboration des programmes et stratégies de lutte antituberculeuse.**
- **Que les activités et la stratégie nationale de lutte antituberculeuse de Santé Canada cherchent à renforcer les capacités locales de manière à responsabiliser les collectivités locales.**

- **Que, dans le cadre de sa stratégie globale de lutte antituberculeuse soutienne des programmes d'initiative locale qui, comme le programme SCRAP-TB, contribuent à constituer, dans les collectivités concernées, les capacités voulues pour une prise en charge par les ressources locales.**

D. Déterminants sociaux de la santé

- **Que le gouvernement du Canada intègre un volet socioéconomique à sa stratégie globale de réduction des taux de tuberculose dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites.**
- **Que le gouvernement du Canada institue un comité interministériel chargé de promouvoir, entre les ministères fédéraux ayant des responsabilités vis-à-vis des Premières nations et des Inuits, une collaboration horizontale sur les déterminants sociaux de la santé.**

ANNEXE A

LISTE DES TÉMOINS

Organisations et individus	Date	Réunion
À titre personnel	2010/04/20	10
Earl Hershfield, professeur en médecine, Université du Manitoba, Ancien directeur de Tuberculose, Province du Manitoba		
Pamela Orr, professeure, Département de médecine, de microbiologie médicale et de sciences de la santé communautaire, Université du Manitoba		
Assemblée des Premières Nations		
Le chef Angus Toulouse, chef régional		
Kiimberley Barker, consultante en matière de santé publique		
Association canadienne de santé publique		
Elaine Randall, consultante, prévention des maladies infectieuses, Département de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Nunavut		
James Chauvin, directeur des politiques		
Association pulmonaire du Canada		
Brian Graham, président de la Politique des maladies chroniques, président-directeur général de l'Association pulmonaire de la Saskatchewan		
Inuit Tapiriit Kanatami		
Elizabeth Ford, directrice, Département de la Santé et de l'Environnement		
Gail Turner, présidente, Comité national sur la santé et directrice des services de santé, ministère de la Santé et du Développement social, Gouvernement du Nunatsiavut		
Ministère de la Santé		
Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits		
Rose-Marie Ramsingh, directrice exécutive, Médecine communautaire, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits		

Organisations et individus	Date	Réunion
Northlands Denesuline First Nation		
Chef Joseph Dantouze		
Société canadienne de santé internationale		
Janet Hatcher Roberts, directrice générale		
Université de l'Alberta		
Richard Long, professeur, directeur de l'Unité d'évaluation et de recherche sur le programme de tuberculose, Plus récent ex-médecin hygiéniste en matière de tuberculose pour les Premières nations et les Inuits		
Anne Fanning, professeure émérite, Faculté de médecine		

ANNEXE B LISTE DES MÉMOIRES

Organismes et particuliers

Assemblée des Premières Nations

Association pulmonaire du Canada

Inuit Tapiriit Kanatami

Société canadienne des santé internationale

Université de l'Alberta

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents ([séances nos 10 et 18](#)) est déposé.

Respectueusement soumis,

La présidente,

Joy Smith, députée

Rapport dissident du Parti libéral concernant le rapport intitulé *La voie de l'avenir : Comment réagir aux taux élevés de tuberculose dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites*

Comme nous avons pu le constater lors de la pandémie de grippe H1N1 et de la pénurie d'isotopes et comme le révèlent aujourd'hui les taux élevés de tuberculose dans les collectivités des Premières nations et des Inuits, la réaction du gouvernement conservateur à l'égard des questions touchant la santé consiste à s'envelopper dans un cocon constitutionnel en refusant de reconnaître sa responsabilité et son mandat en ce qui a trait à la santé des Canadiens.

Le refus du gouvernement d'accepter toute responsabilité pour la santé des Canadiens n'est pas nouveau. En juin 2008, nous avons produit un rapport dissident pour accompagner le rapport intitulé *Examen, prévu par la loi, du Plan décennal pour consolider les soins de santé*, et nous avons fait remarquer ce qui suit : « Ayant adopté la position tout à fait rigide que la santé est une compétence provinciale, le gouvernement conservateur refuse d'y participer. La santé des Canadiens est manifestement une sphère de compétence qui intéresse tous les ministères, tous les ordres de gouvernement et tous les secteurs. Il n'y a pas à Ottawa de partenaire pour la santé et les soins de santé. » Nous pourrions formuler ces mêmes observations aujourd'hui.

À chaque question touchant la santé, le gouvernement reprend les mêmes vieux refrains : « Nous collaborons avec les provinces et les territoires », « la prestation des soins de santé relève des provinces et des territoires », « il s'agit d'un domaine de compétence provinciale et territoriale ».

Si le gouvernement travaillait réellement en collaboration avec les provinces et les territoires ainsi que les intervenants sur le terrain, et qu'il écoutait le témoignage concluant des nombreux experts qui comptent des années d'expérience dans la lutte contre la tuberculose, il entendrait les plaidoyers pour un leadership fédéral. Il comprendrait également que le rôle du gouvernement fédéral consiste à appuyer et à offrir des solutions et non à faire de l'obstruction.

Si le gouvernement tenait compte de l'information importante présentée au Comité permanent de la santé lors de son audience du 20 avril, et qu'il prenait des mesures en conséquence, il contribuerait à améliorer considérablement la prévention et le traitement de la tuberculose dans les collectivités des Premières nations et des Inuits du Canada.

Vu l'absence de leadership de la part du gouvernement conservateur, le présent rapport vise à faire en sorte que les taux élevés de tuberculose soient considérés comme un problème urgent qui nécessite une intervention d'urgence (étant donné que dans certains cas, les taux sont comparables à ceux d'il y a un siècle et à ceux que connaissent aujourd'hui certains pays de l'Afrique subsaharienne), que la stratégie de lutte contre la tuberculose prenne en compte les Inuits et les Métis, et que les questions liées à la compétence soient clarifiées de manière que la responsabilité ne soit pas déviée et que des citoyens ne soient pas victimes des défaillances du système et finissent par en souffrir.

Au cours des cinq dernières années, 42 millions de dollars ont été consacrés à des programmes de lutte contre la tuberculose et pourtant, les taux d'infection continuent d'augmenter. Nous voulons nous assurer qu'à l'avenir, les fonds sont mieux utilisés – qu'ils sont affectés aux régions et comportent de véritables objectifs et une véritable responsabilité.

Comme ce fut le cas lors de la crise de la grippe H1N1, la formule des quatre C, à savoir la collaboration, la coopération, la communication et la clarté quant au rôle de chacun, énoncée dans le rapport de David

Naylor à la suite de la crise du SRAS, n'a pas été respectée pour s'attaquer au problème de tuberculose dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.

Les différends relatifs à la compétence sont tout simplement injustifiables quand ils concernent une maladie aussi dévastatrice et potentiellement mortelle que la tuberculose, maladie à l'égard de laquelle le Canada s'est engagé à respecter des normes internationales.

Le Canada a le devoir et la responsabilité morale de travailler en collaboration avec les Autochtones canadiens afin de réduire l'incidence de la tuberculose, compte tenu du fait que les taux de maladie sont considérablement plus élevés chez les Premières nations (26,6 cas pour 100 000 personnes) et les Inuits (57,5 cas pour 100 000 personnes) que les citoyens non autochtones nés au Canada (0,8 cas pour 100 000 personnes).

Lors de son témoignage, le docteur Earl Hershfield a donné un exemple du problème en déclarant que la section manitobaine de la DGSPNI s'était « déchargée de sa responsabilité en passant un contrat avec l'Office régional de la santé de Winnipeg en ce qui a trait à la prestation des services dans les réserves ». Il a précisé : « À mon sens, l'Office régional de la santé de Winnipeg doit s'occuper de la santé de Winnipeg. Je ne comprends pas du tout ce que ces gens font dans les réserves. » Il a ajouté : « Il n'y a pas de programme régulier de lutte contre la tuberculose, auquel seraient dédiés un directeur et des subordonnés. C'est l'un des problèmes qui se pose au Manitoba, et c'est pour cette raison, à mes yeux, que le Manitoba a le taux de tuberculose le plus élevé du Canada, après le Nunavut. »

La lutte contre la tuberculose est simple et fondée sur la norme mondiale visant à détecter les nouveaux cas, guérir les malades, dépister les infections, prévenir l'évolution vers la maladie clinique et assurer la surveillance des groupes à risque. Il incombe à la ministre de la Santé de veiller à ce que les provinces et territoires appliquent des mesures d'intervention coordonnées. Pour assurer la collaboration entre les compétences, nous recommandons ce qui suit :

- que la ministre fédérale de la Santé convoque les ministres provinciaux de la Santé et les dirigeants des organisations autochtones nationales à une réunion d'urgence afin de procéder à un examen honnête des questions de compétence et des processus qui peuvent être à l'origine des taux actuels de tuberculose parmi les Autochtones du Canada;
- que les ministres provinciaux et territoriaux des Affaires autochtones et le ministre fédéral des Affaires indiennes et du Nord canadien organisent une réunion des premiers ministres portant sur les déterminants sociaux de la santé;
- que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux incluent les Métis dans leurs programmes et stratégies de lutte contre la tuberculose dans les collectivités autochtones;
- qu'un seul programme harmonisé de lutte contre la tuberculose soit établi dans chaque province et territoire et qu'il s'adresse tant aux Autochtones qu'aux personnes non autochtones; ce programme doit rendre des comptes au médecin-hygiéniste en chef de la province ou du territoire, lequel assume la responsabilité du programme, et faire l'objet d'une évaluation annuelle fondée sur les résultats attendus dont les provinces doivent assumer la responsabilité.

Nous croyons que le Réseau de santé publique mis en place à la suite de la crise du SRAS doit être établi en bonne et due forme et chargé de diriger les mesures d'intervention en cas de poussée épidémique

menaçant la santé publique. Ce réseau serait dirigé par l'Agence de la santé publique du Canada et relèverait de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada. Il s'acquitterait des fonctions suivantes :

- réviser et revoir la stratégie nationale d'élimination de la tuberculose chez les Premières nations; il est inacceptable que la Stratégie de lutte antituberculeuse élaborée à l'hiver 2009 indique dans l'annexe 9 que la stratégie de lutte contre la tuberculose de la DGSPNI est toujours en chantier;
- définir de toute urgence un programme et une stratégie de lutte antituberculeuse – cernant le problème, établissant un échéancier et comportant des mesures à prendre – assortis d'objectifs et d'indicateurs de rendement mesurés à l'échelon provincial, territorial et régional de manière à déterminer si les directions régionales exécutent le programme conformément aux normes nationales et internationales en matière de prévention et de lutte contre la tuberculose. Le rendement à cet égard doit faire l'objet d'une évaluation annuelle;
- concevoir une stratégie d'urgence pour dépêcher immédiatement des équipes à l'épicentre des éclosions de tuberculose afin qu'elles procèdent à des évaluations aux fins de prendre des mesures correctives;
- faire des collectivités des Premières nations et des Inuits des partenaires à part entière dans l'élaboration de programmes et de stratégies de lutte contre la tuberculose;
- veiller à ce que les objectifs, les cibles de rendement et un processus d'évaluation soient clairement établis en fonction des résultats attendus et selon les normes nationales et internationales; les données de chaque évaluation provinciale ou territoriale doivent être accessibles et communiquées à tous les groupes concernés (gouvernement, organismes non gouvernementaux, milieux universitaires et médecins, de même que collectivités et organisations autochtones) et servir de fondement aux modifications apportées en vue d'améliorer les résultats; une conférence nationale de concertation devrait être organisée afin de définir les objectifs de programme et les indicateurs de rendement;
- faire en sorte que les 47 000 \$ nécessaires pour traiter chaque cas de tuberculose (comme l'indique l'ébauche de stratégie antituberculeuse du Canada de l'hiver 2009) soient facilement accessibles;
- instaurer des programmes de lutte antituberculeuse qui établissent un véritable partenariat avec les gens de toutes les collectivités et groupes sociaux, le soutiennent et le font progresser afin de renforcer leurs capacités de façon que ces collectivités prennent elles-mêmes leurs problèmes en main et trouvent des solutions. Le renforcement des capacités dans le cadre de partenariat avec les collectivités nécessitera un investissement dans la formation d'auxiliaires en santé communautaire et devrait permettre le rétablissement d'un bassin de travailleurs de la santé qualifiés, respectés, rémunérés et soutenus;
- s'attaquer, dans le cadre de sa stratégie globale de réduction des taux de tuberculose dans les collectivités des Premières nations et des Inuits, aux déterminants sociaux de la santé, notamment la pauvreté, le surpeuplement, l'insalubrité des logements, la mauvaise alimentation, le VIH/sida et le diabète sucré; il n'est plus possible de faire abstraction des déterminants sociaux, mais les retards dans l'amélioration de la situation ne peuvent servir de prétexte pour ne pas mettre en œuvre dès maintenant des programmes de lutte antituberculeuse solides, durables et mesurables.

Enfin, nous aimerions soulever une question sur laquelle le Comité ne s'est pas penché : l'épidémie de co-infection de VIH/sida et de tuberculose. Bien que l'incidence de VIH ait diminué dans la population

canadienne, les taux de VIH n'ont pas cessé d'augmenter dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.

Les Autochtones ne représentent que 3,3 % de la population canadienne, mais ils avaient un taux d'infection de 5 à 8 % et étaient touchés dans une proportion de 6 à 12 % par les nouveaux cas d'infection au VIH au Canada en 2002.

Les personnes atteintes du VIH sont 50 fois plus susceptibles de développer la tuberculose que celles qui n'ont pas le VIH pour les raisons suivantes : 1) le VIH touche le système immunitaire et augmente le risque d'infection tuberculeuse; 2) il favorise la progression d'une infection tuberculeuse latente vers la maladie et la rechute de patients ayant déjà été traités.

Nous croyons que le diagnostic et le traitement du VIH/sida sont essentiels tout comme le sont le diagnostic et le traitement de la tuberculose.

Pour terminer, nous croyons que les taux élevés de tuberculose dans les collectivités des Premières nations et des Inuits est un problème urgent auquel il faut s'attaquer au moyen d'une formule axée sur la communication, la collaboration, la coopération et la clarté quant au rôle de chacun et aux échéanciers à respecter entre tous les ordres de gouvernement et les collectivités des Premières nations et des Inuits. Le gouvernement fédéral doit cesser de se dérober à sa responsabilité; il doit jouer un rôle de leadership dans la promotion de cette collaboration grâce à l'élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre la tuberculose dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Leadership fédéral n'est pas synonyme d'obstruction. Ces questions sont si urgentes qu'elles exigent l'adoption immédiate de mesures correctives et l'attention d'un comité interministériel fédéral. Un point de départ essentiel de cette stratégie est l'établissement en bonne et due forme du Réseau de santé publique.

Bloc Québécois – Opinion Complémentaire Rapport du Comité permanent de la santé

La voie de l'avenir : comment réagir aux taux élevés de tuberculose dans les réserves des Premières Nations et les collectivités Inuites

D'entrée de jeu, le Bloc Québécois aimerait souligner la précieuse contribution des intervenants et des témoins qui ont participé à cette étude sur le taux élevé de tuberculose dans les communautés autochtones. Le Bloc Québécois est d'accord avec l'esprit du présent rapport du comité voulant agir face aux taux élevés de tuberculose dans les réserves des Premières Nations et dans les collectivités Inuit. Il est important de féliciter les membres du comité qui ont su révéler l'importance d'inclure les communautés autochtones à la lutte antituberculeuse ainsi que de mettre de l'avant le principe de Jordan. Cependant, le Bloc Québécois aimerait souligner deux points importants qui nécessitent des précisions.

RESPECT DES STRUCTURES DÉJÀ EN PLACE AU QUÉBEC

Comme le stipule le rapport, le fédéral a une certaine responsabilité face à la santé des Inuit, incluant ceux vivant au Nunavik. Il demeure toutefois qu'une structure bien établie est déjà en place au Québec, soit les Régies Régionales de la Santé et des Services Sociaux (RRSSS). La RRSSS du Nunavik oriente les interventions en santé sur ce territoire. Il est donc primordial que le fédéral respecte la façon de faire de cet établissement bien établi au Nunavik et des orientations du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Les Inuit du Nunavik ont donc leur propre régie régionale et administrent eux-mêmes les services prévus par la Loi sur la santé et les services sociaux du Québec, tel que défini dans la Convention de la Baie-James.

LE POUVOIR DE DÉPENSER

Le rapport fait aussi mention du prétendu « pouvoir de dépenser » du gouvernement fédéral dans la section du *Rôle du gouvernement fédéral*. Le Bloc Québécois ne peut passer sous silence cette allusion au pouvoir fédéral alors que les gouvernements du Québec ont toujours contesté cette vision du fédéralisme. Il est mentionné que le fédéral peut intervenir dans le domaine de la santé en raison de ce pouvoir que lui confère la Constitution. Or, le Québec a toujours estimé que ce prétendu « pouvoir de dépenser » n'existe tout simplement pas et que les interventions fédérales dans les domaines relevant de la compétence du Québec sont inconstitutionnelles. Bref, le Bloc Québécois ne pouvait passer sous silence cette fausse vérité contenu dans le rapport.

