



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

INAN • NUMÉRO 045 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 16 février 2017

—
Présidente

L'honorable MaryAnn Mihychuk

Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

Le jeudi 16 février 2017

•(0845)

[Traduction]

La présidente (L'hon. MaryAnn Mihychuk (Kildonan—St. Paul, Lib.)): La séance est ouverte.

Bonjour. J'espère que tout le monde va bien. Nous allons amorcer notre séance du comité INAN. Nous avons deux témoins au cours de la première heure. Veuillez vous asseoir à la table.

Selon la façon de fonctionner du Comité, nous allons vous donner à chacun 10 minutes pour faire votre exposé, puis il y aura une série de questions. L'un de vous peut commencer dès qu'elle ou il est prêt. Vous avez fait un tirage au hasard, et vous pouvez y aller.

M. Del Graff (défenseur de l'enfance et de la jeunesse, Office of the Child and Youth Advocate Alberta): Je pense bien que ce sera moi.

La présidente: Excellent. Bienvenue à vous, Del.

Del Graff, défenseur de l'enfance et de la jeunesse de l'Office of the Child and Youth Advocate Alberta, bienvenue au Comité.

M. Del Graff: Bonjour, madame la présidente, mesdames et messieurs.

Je tiens à dire que je vous sais gré de me donner l'occasion de parler avec vous du suicide au sein des peuples et des communautés autochtones.

Je m'appelle Del Graff. Je suis de défenseur de l'enfance et de la jeunesse de la province de l'Alberta. Je suis de descendance crie, métisse et allemande, et je suis marié à une Métisse du nord de l'Alberta depuis 30 ans. Nous avons élevé trois enfants et nous avons deux magnifiques petits-enfants. Je suis très honoré d'avoir la chance de vous parler aujourd'hui.

Je tiens aussi à souligner que nous sommes rassemblés aujourd'hui sur un territoire traditionnel et non cédé de la nation Algonquine Anishinabeg.

Notre bureau, qui est indépendant de l'Assemblée législative de l'Alberta, fournit des services directement aux personnes vulnérables à l'échelle de la province. Nos activités de défense se concentrent sur les enfants et les jeunes qui se trouvent dans les systèmes de protection de la jeunesse ou de justice pour les jeunes.

J'ai aussi le pouvoir d'examiner les cas de décès et de blessures graves chez les jeunes qui bénéficient des services de protection de la jeunesse ou qui en ont bénéficié dans les deux années précédant leur décès.

Malheureusement, ce que j'ai constaté dans ce rôle est extrêmement troublant. Depuis que j'ai accepté cette responsabilité en 2012, mon bureau a reçu 40 rapports de jeunes morts par suicide ou gravement blessés à la suite d'une tentative de suicide. Vingt-six de ces jeunes étaient des Autochtones.

Je vais parler de deux rapports publiés par mon bureau au cours de la dernière année. Les deux rapports se trouvent sur notre site Web, sous « Publications ».

En 2016, j'ai rendu public un rapport intitulé « *Voices for Change: Aboriginal Child Welfare in Alberta* ». C'est un rapport spécial sur la protection des enfants autochtones en Alberta. Nous avons parlé à de jeunes Autochtones, des aînés, des parents, des dispensateurs de soins et des professionnels au sujet de leur expérience liée à la protection des enfants. Ils nous ont aussi parlé de ce qui, d'après eux, améliorerait la situation. Je soulève cela parce que le rapport est un instantané de ce qui s'est passé en Alberta.

Quand nous nous sommes penchés sur la surreprésentation des Autochtones, voici ce que nous avons trouvé. Environ 10 % des jeunes Albertains ont des origines autochtones, mais ils représentent 70 % des jeunes qui sont pris en charge par l'État. Trente-huit pour cent des jeunes qui ont un dossier aux services de protection de l'enfance sans être pris en charge par l'État sont des Autochtones. Chez les jeunes pris en charge temporairement, 54 % sont des Autochtones. Quand on arrive à la prise en charge permanente, ce sont trois jeunes Autochtones sur quatre qui sont pris en charge. Ce que cela signifie, c'est que plus les interventions gouvernementales sont envahissantes, plus les nombres sont disproportionnés.

En Alberta, 3 enfants non autochtones sur 1 000 seront placés dans le réseau de protection de l'enfance. Chez les Métis, ce sont 18 enfants sur 1 000, et chez les Premières Nations de l'Alberta, ce sont 94 enfants sur 1 000. Ce que cela signifie, c'est que les enfants métis risquent 6 fois plus que leurs pairs non autochtones d'être placés dans le réseau de protection de l'enfance, et que cela grimpe à 30 fois plus pour les jeunes des Premières Nations.

Quelles que soient les normes utilisées, on ne peut que considérer cela comme inacceptable.

En avril 2016, nous avons publié un rapport intitulé « *Toward a Better Tomorrow: Addressing the Challenge of Aboriginal Youth Suicide* ». Dans ce rapport, nous parlons des expériences de 7 jeunes Autochtones qui se sont suicidés sur une période de 18 mois, de 2013 à 2014. Les décès de ces sept jeunes donnent un visage à ces événements tragiques.

Deux de ces jeunes étaient des frères, âgés de 15 et 18 ans, morts à quatre mois l'un de l'autre. J'utilise des pseudonymes, car nos lois m'interdisent d'identifier des jeunes qui reçoivent des services provinciaux désignés. Les noms sont le plus souvent choisis par les membres de la famille. Sage, 15 ans, était un garçon timide qui rêvait de devenir un grand violoniste ou un rappeur populaire, alors que son frère de 18 ans, Cedar, était franc et protégeait les plus jeunes de sa famille. Chez eux, ils étaient exposés à la violence et à la toxicomanie, et subissaient de la négligence. Leur mère les élevait seule.

À cause de ces préoccupations, les services de protection de l'enfance sont intervenus auprès de la famille peu de temps après la naissance de Cedar, et des services de soutien ont été fournis au foyer. Les garçons ont été pris en charge par l'État quand Cedar avait trois ans et Sage, six mois. Au fil du temps, on a essayé de rendre les garçons à leur mère, mais ils ne pouvaient malheureusement pas rester avec elle. Ils ont été placés dans des foyers d'accueil et des foyers de groupe, mais ils souhaitaient retourner avec leur mère.

Rendus à l'adolescence, Cedar et Sage consommaient tous les deux des drogues et de l'alcool, et avaient quitté l'école. Sage était un enfant très triste qui disait ne pas savoir pourquoi il l'était. Il s'est suicidé à 15 ans. Quatre mois plus tard, Cedar, à 18 ans, s'est aussi enlevé la vie. Les deux garçons se sont suicidés de la même manière, tous les deux chez leur mère.

• (0850)

J'ai eu le privilège de rencontrer la mère de ces deux jeunes hommes, et elle estime que Cedar a mis fin à sa vie parce qu'il se sentait coupable de la mort de Sage. Il n'y a pas de mots pour décrire sa douleur. Elle s'inquiète de ses autres enfants, qui lui ont dit qu'ils ont pensé au suicide.

La collectivité de cette famille a été terriblement marquée par le suicide, comme d'autres collectivités de l'Alberta ou d'ailleurs au Canada. Les cinq autres jeunes Autochtones dont nous décrivons le vécu dans notre rapport venaient d'autres collectivités. Certains vivaient en milieu urbain, d'autres dans des réserves, ou encore hors-réserve, dans de petites villes. Ce sont en tout trois filles et quatre garçons, âgés de 14 à 18 ans. Certains ont grandi sous la garde de l'État, alors que d'autres ont été principalement élevés par leurs parents ou d'autres membres de la famille.

Qu'avaient-ils en commun? L'éclatement des familles et l'héritage laissé par les pensionnats indiens; les traumatismes subis durant la petite enfance à cause de l'exposition à la violence, à la négligence ou aux traitements abusifs; et la toxicomanie ou les problèmes de santé mentale des parents ou des dispensateurs de soins. Nombreux sont ceux qui ont vécu le suicide d'un membre de leur famille.

Le rapport relève trois aspects pour lesquels nous pensons qu'il faudrait prendre des mesures.

Premièrement, nous devons mettre en oeuvre des stratégies communautaires visant à enrayer le suicide chez les jeunes Autochtones. Nous ne pouvons opter pour une démarche universelle pour résoudre ce problème. Chaque collectivité est unique et a ses propres circonstances et conditions. Il est donc impératif que chaque collectivité conçoive des stratégies et des solutions locales menées par la collectivité. Je crois que le gouvernement est en mesure de fournir des ressources et d'utiliser ses politiques et ses leviers financiers pour soutenir les stratégies communautaires.

Deuxièmement, il est important de nous attaquer au suicide des jeunes Autochtones d'une manière globale. Ce que cela signifie, c'est que nous devons démontrer que nous comprenons qu'il faut de l'aide physique, mentale, émotionnelle et spirituelle pour les jeunes qui

risquent de se suicider. Cela signifie que les collectivités doivent faire intervenir les familles, les dirigeants, les fournisseurs de services et les professionnels clés, et les amener à collaborer à la conception et à la mise en oeuvre de leurs stratégies communautaires. Cela signifie que ces stratégies doivent englober des efforts et des réponses sur un continuum de mesures relatives au suicide, y compris la prévention, l'intervention et le suivi.

Enfin, dans notre rapport, nous demandons l'établissement et le maintien de facteurs de protection pour les jeunes. Quand nous parlons de facteurs de protection, nous visons particulièrement les conditions qui favorisent la santé et le bien-être des enfants sur les plans social, physique, émotionnel, psychologique et spirituel. Nous savons avec certitude qu'investir dans les facteurs de protection a pour effet d'améliorer nettement le bon développement des enfants et de prévenir le suicide. Par exemple, un lien prononcé avec leurs traditions et leur culture peut améliorer le sentiment d'appartenance, d'identité et d'utilité des jeunes Autochtones, et donner un sens à leur vie, ce qui agit sur eux comme des facteurs de protection. Les facteurs de protection peuvent être personnels, relationnels, sociaux et communautaires. Les facteurs de protection comme une bonne santé physique et mentale et une bonne capacité d'adaptation, conjugués à des facteurs relationnels comme l'existence de personnes leur servant de modèles positifs et de saines relations avec la famille élargie et les aînés, peuvent changer énormément les choses.

L'espoir découle des facteurs de protection. M. Chris Lalonde, professeur de psychologie à l'Université de Victoria, faisait partie du comité d'experts, pour notre rapport. Il parle de résilience et de facteurs de protection dans ses travaux. Il souligne qu'il y a, partout au Canada, diverses collectivités autochtones saines ayant peu d'inquiétudes en matière de suicide. Il suggère que les groupes se penchent sur les facteurs de protection présents dans ces collectivités pour voir ce qui fonctionne bien.

Si vous prenez ces facteurs de protection et travaillez avec les collectivités dans le but de les mettre en place, vous verrez vraisemblablement un changement positif. Il est impossible d'éliminer entièrement les risques, mais les jeunes peuvent être dotés des compétences qu'il leur faut pour naviguer avec succès et faire face aux risques qu'ils rencontrent. La résilience peut aider les jeunes à ne pas recourir au suicide.

J'espère sincèrement que ma présence aujourd'hui pourra motiver les gouvernements, les collectivités et les dirigeants des collectivités à agir pour contrer le suicide chez les jeunes Autochtones. De plus, j'espère qu'avec le temps, nous trouverons des façons d'aider les jeunes à miser sur leurs forces et à les célébrer, de sorte que devant l'adversité, ils puissent réagir avec le sentiment de savoir qui ils sont et d'où ils viennent, de comprendre qu'ils sont entourés de personnes qui les aiment et les soutiennent, et d'avoir un sentiment d'appartenance à une collectivité saine et bienveillante. C'est, je crois, ce que nous souhaitons tous.

On m'a dit, il y a très longtemps, que quand vous éprouvez vraiment beaucoup de difficulté dans la vie, il faut que vous alliez là où vous êtes aimé. Tout jeune, dans ce pays, doit savoir où aller pour avoir l'amour, le réconfort et le soutien qu'il lui faut.

Merci beaucoup, madame la présidente. Je serai ravi de répondre à toutes vos questions, après le prochain exposé.

• (0855)

La présidente: *Meegwetch.*

Je présente mes excuses au Comité et à nos invités. Je souligne normalement que nous sommes reconnaissants de nous trouver sur le territoire non cédé de la nation Algonquine. C'est particulièrement important, maintenant que nous avons entrepris le processus de vérité et de réconciliation. Je vous fais mes excuses.

Je vous remercie de la profondeur de vos propos.

Nous allons maintenant entendre la représentante de la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada : la directrice générale, Cindy Blackstock.

Mme Cindy Blackstock (directrice générale, Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada): Bonjour. Moi aussi, je souligne que nous sommes sur les territoires non cédés de la nation Algonquine.

Je suis Cindy Blackstock, directrice générale de la Société de soutien. Je suis aussi professeure à l'Université McGill.

Devant les grands titres tragiques des médias faisant état de nombreux décès d'enfants et de jeunes à l'échelle du pays, il arrive trop souvent que le Canada ait le réflexe de citer ce qu'il a fait et de promettre de faire mieux. Nous disons que les enfants et les jeunes des Premières Nations devraient être patients avec le gouvernement; que nous devrions tous être patients en attendant les progrès.

Le mot « patience » correspond à souffrir sans se plaindre, et je pense que ce pays est capable de faire mieux que de demander aux enfants de souffrir en silence.

Le lien entre les inégalités dont souffrent les enfants des Premières Nations concernant les soins de santé et les décès de ces enfants n'a rien de nouveau au Canada. En 1907, il y a 110 ans, le Dr Peter Henderson Bryce, administrateur en chef de la santé publique du Canada, avait exprimé des préoccupations au sujet de l'iniquité des services de soins de santé offerts aux enfants des Premières Nations dans les pensionnats autochtones, ainsi que des morts dues à la tuberculose qui auraient pu être évitées. Docteur en médecine réputé à l'époque, président de l'American Public Health Association et fondateur de l'Association canadienne de santé publique, le Dr Bryce avait affirmé que la science médicale savait comment sauver ces enfants qui, avait-il déclaré, mouraient à un taux de 24 % par année, ou de 48 % sur trois ans. Il estimait qu'il en aurait coûté de 10 000 \$ à 15 000 \$ au Canada, mais le gouvernement du Canada avait dit que c'était trop coûteux et qu'il ferait les choses une étape à la fois. Les enfants ont continué de mourir.

En 1908, l'un des grands avocats de l'époque, cofondateur du cabinet Blakes, Samuel Hume Blake, avait dit en réponse à cela que si le Canada n'éliminait pas les causes de mort évitables, il se retrouverait dans la situation déplaisante d'être presque coupable d'homicide. Les gens, à cette époque, pensaient que le comportement du Canada, qui ne réagissait pas aux iniquités que vivaient les enfants des Premières Nations en matière de santé, était immoral et peut-être illégal.

Il y a eu, sur des décennies, de nombreux rapports signalant au gouvernement les iniquités vécues par les enfants des Premières Nations. Les morts et, en fait, les torts causés aux enfants des Premières Nations sont trop nombreux pour qu'on en fasse le compte rendu en peu de temps. Cependant, je vais attirer votre attention sur 1946, sur l'exposé que le Conseil canadien du bien-être social et l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux ont présenté conjointement sur les iniquités dans les services à la Commission royale sur les peuples autochtones en 1996; sur le rapport du Dr Patrick Johnston en 1983; et bien sûr, sur les nombreux rapports préparés conjointement avec le ministère des Affaires indiennes, en 2000 et en 2005.

Le 26 janvier 2016 a donné une nouvelle lueur d'espoir au pays. C'est le jour où s'est terminée une procédure juridique intentée par la Société de soutien et l'Assemblée des Premières Nations concernant le traitement inéquitable des enfants des Premières Nations sous la garde des services de protection de l'enfance et le défaut de mettre en oeuvre le principe de Jordan.

Le principe de Jordan sert à veiller à ce que les enfants des Premières Nations aient un accès équitable à un éventail complet de services publics aux mêmes conditions que les autres enfants, et ce, sans tarder. La plainte a été déposée en 2007. Le gouvernement du Canada s'y est opposé avec acharnement, mais le tribunal a jugé que la plainte était fondée et — ce qui est également pertinent en l'espèce — a mentionné les preuves incontestables présentées lors des audiences selon lesquelles le Canada savait que les enfants des Premières Nations avaient désespérément besoin de services de soins de santé mentale, en raison des répercussions des pensionnats indiens sur de nombreuses générations. En Ontario plus particulièrement, c'est la Loi sur les services à l'enfance et à la famille qui l'exigeait, mais les fonctionnaires fédéraux qui ont témoigné devant le tribunal ont confirmé que, oui, ils connaissaient les dispositions de la loi, mais que, non, le Canada ne finançait pas ces services.

Non, le Canada ne finançait pas ces services, et les enfants mouraient. Le tribunal a précisé cela dans de nombreux paragraphes de la décision rendue le 26 janvier, a confirmé la discrimination fondée sur la race dont a fait preuve le gouvernement du Canada et a ordonné au Canada de mettre immédiatement fin à la discrimination pratiquée. Plus précisément, on peut lire au paragraphe 392 :

... l'application de l'Entente de 1965 en Ontario a également entraîné des refus de service et elle a défavorisé les enfants et les familles des Premières Nations. Par exemple, comme elle n'a pas été mise à jour depuis très longtemps, l'Entente ne tient pas compte des changements apportés aux lois provinciales au fil des ans, notamment dans le domaine de la santé mentale et des autres services en matière de prévention. Cette situation est aggravée par un manque de coordination entre les programmes fédéraux en matière de services sociaux et de santé offerts aux enfants et aux familles dans le besoin, bien que ces types de programmes soient synchronisés sous le régime de la Loi sur les services à l'enfance et à la famille de l'Ontario.

● (0900)

Le Canada n'a rien fait en réponse à cette partie de l'ordonnance. En fait, le tribunal, dans l'ordonnance pour cause d'inobservation qu'il a rendue en avril, mentionne que les services de santé mentale n'ont pas été fournis immédiatement par le Canada encore une fois. En juillet, le gouvernement nous a annoncé qu'il fournirait jusqu'à 382 millions de dollars pour le principe de Jordan. C'était un soulagement pour ceux d'entre nous qui espéraient que ces pauvres enfants de l'Ontario recevraient enfin les services de santé mentale dont ils avaient besoin — les enfants non seulement de l'Ontario, mais de tout le pays. Or, cela ne s'est pas concrétisé.

En septembre, le tribunal a rendu une autre ordonnance pour cause d'inobservation dans laquelle il mentionne précisément l'inaction canadienne en matière de services de santé mentale et demande de l'information supplémentaire. Il a reconnu l'annonce de 382 millions de dollars et celle de 60 millions de dollars pour la santé mentale, mais il ne sait pas ce que cela signifie pour les enfants. Il a indiqué que ce sont des chiffres agréables à entendre, mais qu'est-ce que cela signifie pour les enfants et quant au respect de cette ordonnance de la part du Canada? Tout cela reste nébuleux.

Le Canada a commencé à préciser les choses le 31 octobre 2016, lorsqu'il a finalement dit qu'AANC collaborait avec la province de l'Ontario et les Premières Nations pour discuter de la prestation des services de santé mentale.

Je veux préciser ici que le tribunal n'a pas ordonné au Canada de discuter de la façon de fournir des services de santé mentale; il lui a ordonné de les fournir immédiatement. C'est dans le document du Canada du 31 octobre 2016.

En janvier 2016, nous avons reçu un argument de droit de la part du gouvernement du Canada. Nous avons appris combien d'argent il avait dépensé du montant de 382 millions de dollars, et il s'avère qu'il en a dépensé 5 millions de dollars. Cela représente 1,3 % de la somme, et 91 % des demandes se trouvent au Manitoba et en Saskatchewan, de sorte qu'il ne reste que 9 % pour les autres provinces et territoires.

D'autres ordonnances pour cause d'inobservation ont été émises contre le Canada. Nous avons contre-interrogé des témoins, et ces transcriptions seront rendues publiques. Lorsque ces témoignages seront accessibles, je crois qu'il serait bien utile pour tous les membres du Comité de les lire très attentivement.

Je veux revenir sur les conséquences. Vous vous souvenez de ce qu'a déclaré Blake, soit que le Canada se retrouve dans la situation déplaisante d'être presque coupable d'homicide. Nous aimons croire que nous tirons des leçons des pensionnats. Je ne suis pas sûre que ce soit toujours le cas. Tandis que le Canada ne se conformait pas à l'ordonnance, la Première Nation de Wapekeka a envoyé une proposition en matière de santé mentale urgente datée de juillet 2016, tout de suite après que la première ordonnance pour cause d'inobservation a été prononcée par le tribunal. Elle a demandé que des services de santé mentale soient fournis immédiatement en mentionnant un pacte de suicide qu'ont établi les filles. Le Canada n'a pas fourni de réponse avant quelques mois. Il a alors dit qu'il discuterait de la prestation des services de santé mentale.

Le 10 janvier 2017, Chantel Fox s'est suicidée à l'âge de 12 ans. Deux jours plus tôt, Jolynn Winter, 12 ans, était décédée. Nous ne savons pas si ces petites filles seraient mortes si le Canada avait respecté l'ordonnance, mais je crois que nous pouvons tous convenir que cela leur aurait donné une meilleure chance de s'en tirer.

Il est pour moi inexcusable que nous ne justifions pas le non-respect de l'ordonnance de la part du Canada. Des gens m'ont dit que nous n'avons pas les moyens de mettre en oeuvre tout le contenu de l'ordonnance. Je pose alors la question suivante : au profit de quoi les enfants des Premières Nations sont-ils perdants? Le gouvernement canadien dépense un demi-milliard de dollars pour l'anniversaire du Canada. Vous êtes en train de rénover le Parlement. Est-ce que cela a plus d'importance que n'importe lequel de ces enfants?

La discrimination raciale et l'injustice sont connues depuis des décennies au pays. Il n'est pas nécessaire que l'équité pour les enfants des Premières Nations se fasse graduellement. Un grand pays, un grand peuple et de grands dirigeants ne cherchent pas d'excuses pour les inégalités. Ils agissent rapidement, car des vies d'enfants sont en jeu, et comme le dit Dr. Michael Kirlew, le médecin qui travaille auprès de la Première Nation Wapekeka à Sioux Lookout, ces décès peuvent être évités.

● (0905)

Vous pouvez parler de codifier cela comme un problème personnel pour les Premières Nations ou pour les enfants ou pour les mesures que vous prendrez pour les services, mais comme l'a dit l'Organisation mondiale de la santé, « l'injustice sociale tue à grande échelle », et s'il y a une chose que votre comité peut faire, c'est s'assurer que le gouvernement fédéral respecte entièrement l'ordonnance du Tribunal canadien des droits de la personne et le principe de Jordan.

La présidente: Je remercie beaucoup nos deux témoins. Vos témoignages étaient très instructifs et passionnés. Je suis certaine que les membres du Comité auront beaucoup de questions.

C'est le député Rémi Massé qui commence.

[Français]

M. Rémi Massé (Avignon—La Mitis—Matane—Matapédia, Lib.): Merci, madame la présidente.

Monsieur Graff, madame Blackstock, je vous remercie de participer aux travaux du Comité. C'est fort apprécié.

Nous avons entendu de nombreux témoignages au sujet de la crise importante qui sévit chez les jeunes Autochtones. Ce qui nous importe, c'est de trouver des solutions de façon à pouvoir prévenir, guérir, et éviter que ce type de crise se poursuive.

Mes premières questions vont s'adresser à M. Graff.

Dans votre allocution, vous avez parlé de trois zones d'intervention possibles, dont l'une consiste à poursuivre une stratégie guidée par la communauté elle-même.

Pourriez-vous nous en parler davantage?

[Traduction]

M. Del Graff: Je vous remercie beaucoup de la question.

Lorsque nous avons examiné la question des stratégies communautaires en Alberta, ce que nous avons trouvé encourageant, c'est la stratégie pour lutter contre l'itinérance. Il y avait un cadre et des ressources qui permettaient d'avoir un genre d'objectif, mais il y avait assez de souplesse pour que chaque collectivité puisse examiner ses propres préoccupations liées à l'itinérance.

C'est également dans le contexte des stratégies de prévention du suicide à plus grande échelle, tant provinciale que nationale. L'Alberta n'a pas de stratégie de prévention du suicide qui offre un cadre pour ce type de démarche dans les collectivités. À bien des égards, le plus important, c'est d'avoir des stratégies nationales et provinciales, car cela permet aux collectivités de se prévaloir des ressources et de régler les problèmes propres à la collectivité.

Dans mon exposé, j'ai également parlé de l'importance de la participation de nombreux groupes, dont les dirigeants de la collectivité, les familles, etc. La participation générale de bon nombre d'acteurs à ces stratégies est absolument essentielle; autrement, elles ne seront pas utiles.

● (0910)

M. Rémi Massé: Avez-vous des exemples de pratiques exemplaires de cette stratégie qui ont fonctionné dans certaines collectivités? Avez-vous des exemples concrets de choses qui semblent avoir fonctionné et offrir des solutions?

M. Del Graff: Je n'en ai pas en ce moment, mais je peux certainement en trouver. Ce que je peux dire entre autres, c'est que les travaux de Chris Lalonde ont aidé certaines de ces collectivités à devenir des exemples de collectivités qui ont très peu d'inquiétudes en matière de suicide, et c'est parce que ces collectivités ont des démarches concernant ces facteurs de protection, de sorte que les jeunes ont la résilience nécessaire lorsqu'ils font face à l'adversité.

M. Rémi Massé: Tout le contenu de votre exposé m'a interpellé, mais surtout ce que vous avez dit au sujet des facteurs de protection. Aidez-moi à comprendre un peu plus ce que vous voulez dire par facteurs de protection.

M. Del Graff: Je les décrirais de la façon suivante. Il s'agit de savoir qui l'on est, d'où l'on vient, de connaître ses valeurs, car elles ont été transmises à travers les générations et par la famille élargie et la collectivité. Il s'agit pour une personne d'être un membre estimé de la collectivité, d'avoir des droits et des responsabilités, de se sentir intégrée dans un endroit sain et qui aide la personne devant l'adversité.

Ce sont des facteurs qui protègent une personne lorsque surviennent des difficultés. Elle sait quoi faire. Elle a les ressources qu'il faut. Elle a des ressources internes, mais elle a également du soutien autour d'elle.

Voilà de quoi il s'agit lorsque je parle de facteurs de protection.

[Français]

M. Rémi Massé: Madame Blackstock, au cours de ses travaux, le Comité a entendu dire à plusieurs reprises que la coordination des services de santé entre les divers ordres de gouvernement était particulièrement compliquée et que cela pouvait créer des lacunes quant à la prestation des services de santé. Vous y avez d'ailleurs fait allusion.

Dans le cadre d'une approche orientée vers les solutions, quelles mesures permettraient d'améliorer la coordination des services, selon vous?

[Traduction]

Mme Cindy Blackstock: Je pense que le principe de Jordan est la solution, et c'est ce que la Chambre des communes a adopté à l'unanimité en 2007. Il dit simplement que lorsqu'il y a une lacune, le gouvernement de premier contact paie pour le service et règle les questions de compétence plus tard. Comme vous le savez, pour ce qui est des services de santé mentale en Ontario, c'est prescrit par la loi et confirmé par le ministère depuis un certain nombre d'années. C'est une solution très simple.

Il ne faut pas oublier que lorsque des gens disent que cela semble complexe, ce ne l'est pas en réalité, car le Canada est parvenu à des ententes avec les provinces et les territoires pour s'assurer que chaque autre enfant de ce pays n'est pas exposé aux risques auxquels les enfants des Premières Nations sont exposés.

M. Rémi Massé: Plus précisément, croyez-vous qu'à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, on a du mal à coordonner les efforts pour prévenir et résoudre — un bien grand mot — les problèmes? Croyez-vous qu'il y a un problème particulier dans une section de Santé Canada, soit la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits? Y a-t-il des pratiques exemplaires que nous pouvons appliquer? Y a-t-il quelque chose que nous devrions examiner en particulier?

Mme Cindy Blackstock: Je recommande que soit mené un examen interne tant à AANC qu'à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, soit une évaluation indépendante de leurs capacités de mettre en oeuvre les ordonnances et de réagir en appliquant les nombreuses bonnes solutions qui ont été mises de l'avant pour eux afin d'améliorer les choses au fil des ans.

L'un des exemples que je donnerais, c'est que l'ordonnance du Tribunal canadien des droits de la personne, par exemple, contenait des instructions claires sur la façon de régler ces problèmes, mais le Canada et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits n'ont tout de même rien fait pour les résoudre, même s'il s'agissait simplement d'approuver une proposition en matière de santé mentale de la Première Nation Wapekeka. Je crois que cela doit être fait à l'interne, au gouvernement, pour que ces ministères soient mieux préparés à respecter les ordonnances et à utiliser les bonnes

solutions que proposera votre comité et qui ont été proposées par des comités précédents.

● (0915)

La présidente: Merci.

C'est ce qui conclut votre intervention.

C'est maintenant au tour de la députée Cathy McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci, madame la présidente.

Je remercie les deux témoins de leur passion et de leurs exposés.

Je crois que c'est le 1^{er} novembre que le NPD a présenté une motion, qui a été adoptée à l'unanimité, au sujet de l'injection de 155 millions de dollars. Parfois, beaucoup de chiffres sont lancés concernant ce qui se passe. Est-ce que ces 155 millions de dollars ont progressivement fait leur chemin dans le système pour aider les enfants sur le terrain?

Mme Cindy Blackstock: Selon l'analyse des mémoires d'AANC et de ses déclarations publiques, ces 155 millions de dollars n'ont pas encore été versés depuis que la motion a été adoptée à la Chambre des communes.

Mme Cathy McLeod: C'était une motion très précise. Elle avait été appuyée par les libéraux et c'était immédiat. On avait utilisé le mot « immédiatement ». Il est donc énormément préoccupant qu'on n'y ait pas donné suite.

Le tribunal a-t-il indiqué comment cet argent pouvait être versé et dans quelle mesure il servirait à aider immédiatement les enfants des Premières Nations?

Mme Cindy Blackstock: Dans ses ordonnances, le tribunal décrit des mesures très précises pour corriger les inégalités qu'il considère comme étant plus urgentes. Cela inclut la prestation des services de santé mentale et s'assurer que le ministère des Affaires indiennes fournit les fonds en fonction des besoins.

Je devrais dire que le ministère peut verser le financement en fonction des besoins immédiat d'une façon, c'est-à-dire en fournissant les coûts réels pour les services de prévention et pour les nombreux autres services dont les enfants des Premières Nations ont besoin. Il existe déjà des autorités. Il le fait déjà pour le maintien et pour de nombreuses ententes pour lesquelles les provinces sont les fournisseurs de services. Il ne l'a simplement pas fait, malgré les demandes en ce sens des Premières Nations dans ce cas.

Mme Cathy McLeod: En Colombie-Britannique, bien entendu, nous avons l'Autorité sanitaire des Premières Nations. A-t-elle réussi à être plus agile et réceptive au chapitre de la santé mentale?

Mme Cindy Blackstock: Je n'ai pas vu d'évaluations concernant son application pour les enfants précisément. Je dirais que d'après ce qu'on dit sur le terrain, elle fournit plus de services adaptés à la culture, mais il est important de rappeler qu'elle ne fournit pas de services d'aide sociale à l'enfance et...

Mme Cathy McLeod: Or, elle est responsable des services de santé mentale.

Mme Cindy Blackstock: Oui, mais cela fait partie de l'enveloppe restreinte de ce que fournit le gouvernement fédéral quant à leur entente de financement.

Mme Cathy McLeod: J'ai déjà été travailleuse de la santé et j'ai évidemment beaucoup travaillé dans les services destinés aux régions rurales et éloignées en Colombie-Britannique. La santé mentale peut constituer un énorme défi tant dans les réserves qu'ailleurs. Les collectivités de la prévention des services de santé mentale, je crois, sont dans une très bonne position pour faire progresser les services de prévention.

Existe-t-il des solutions créatives? Je sais qu'obtenir des services de santé mentale en région rurale et éloignée, c'est un énorme défi, point. Avez-vous des remarques à faire à cet égard?

Mme Cindy Blackstock: Oui. Je dirais que la Première Nation Wapekeka est un bon exemple d'une collectivité d'une région éloignée qui accomplissait de l'excellent travail sur le plan de la prévention du suicide, mais ce programme de financement a été supprimé par Santé Canada, et ces risques sont réapparus, et c'était leur demande de fonds. Il existe des exemples de Premières Nations éloignées qui ont élaboré des plans d'intervention adaptés à la culture, dont Del parlait, et qui les ont mis en oeuvre.

L'autre chose, c'est qu'à mon avis, notre pays n'a pas réussi à tirer parti des technologies accessibles. Pourquoi n'avons-nous pas de services de télésanté mentale adéquats destinés aux enfants et aux jeunes? Souvent, lorsque nous fournissons des services de santé mentale, ce sont des services à court terme et ils ne tiennent pas compte des besoins à long terme des enfants ou des besoins culturels et de développement des enfants des Premières Nations, des Métis et des Inuits. Il faut que cela change.

Mme Cathy McLeod: Vous soulevez un bon point, car je pensais que nous devrions en tirer parti.

Je crois qu'un témoin a parlé des services de télésanté pour la santé mentale. Il se demandait à quel point cela aiderait efficacement les collectivités et les enfants des collectivités. Le témoin a exprimé des inquiétudes. Avez-vous une opinion à sujet? Y a-t-il des enfants qui reçoivent de bons services de santé mentale par la télésanté?

Mme Cindy Blackstock: J'ignore si les enfants reçoivent de bons services par les services de télésanté, car d'après mes discussions avec des jeunes des collectivités du Nord, ils n'ont pas accès à ces services.

Je ne vois pas cela comme la seule démarche, mais je pense que c'est une démarche, et c'est certainement mieux que ce qui se passe dans de nombreuses collectivités à l'heure actuelle, c'est-à-dire que les enfants et les jeunes ne reçoivent pas de services de santé mentale. Lorsque de tels services sont offerts, ils sont souvent destinés à des adultes et ne sont pas adaptés au développement unique des enfants, et j'inclurais le développement du cerveau.

• (0920)

Mme Cathy McLeod: Me reste-t-il un peu de temps?

La présidente: Nous avons une minute et demie.

Mme Cathy McLeod: Bon sang.

Monsieur Graff, existe-t-il des analyses? Nous avons entendu des témoignages très éprouvants et convaincants, et ils portaient souvent sur le suicide d'enfant dans des familles très aimantes.

Vous avez parlé d'enfants qui sont pris en charge par l'État en Alberta. A-t-on fait des analyses sur...?

J'imagine que les risques sont plus grands, mais je ne sais pas si c'est exact concernant ce que vous avez constaté, car il n'y a pas les facteurs de protection ou l'endroit où aller. Pouvez-vous faire des observations? A-t-on fait une analyse?

M. Del Graff: Je peux faire deux ou trois commentaires à ce sujet.

De toute évidence, les cas des jeunes qui sont signalés aux autorités de protection de la jeunesse sont habituellement ceux de jeunes plus à risque que la population générale. Certains de ces risques n'ont rien à voir avec les circonstances dans lesquelles ils vivent, hormis qu'ils ne reçoivent pas de soins adéquats. Les problèmes sont liés à la négligence, à la négligence découlant de la toxicomanie et à l'exposition à la violence parentale, entre autres. Une multitude de raisons peuvent entraîner un risque accru de traumatisme chez ces enfants, et c'est certainement un aspect prépondérant.

Lorsqu'on étudie les questions de protection de la jeunesse, on voit uniquement les cas qui ont été cernés. Or, de nombreux jeunes sont aux prises de tels problèmes, mais leurs cas ne sont pas connus des services de protection de la jeunesse. Ils forment également un groupe important.

J'ajouterais, par rapport aux collectivités isolées et éloignées que j'ai visitées, qu'il arrive parfois qu'on ne tienne pas compte des forces de ces collectivités. Si vous allez à Fox Lake, en Alberta, vous constaterez que presque tous les membres de cette collectivité parlent couramment leur langue maternelle, ce qu'on ne voit pas ailleurs. Lorsque vous voyez des enfants de trois, quatre et cinq ans utiliser leur langue le plus naturellement du monde dans la vie quotidienne, cela vous donne une idée de l'esprit communautaire qui y règne.

Ce n'est qu'un exemple des forces des collectivités qu'on peut facilement avoir tendance à négliger.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à la prochaine série de questions, avec M. Romeo Saganash.

M. Romeo Saganash (Abitibi—Baie-James—Nunavik—Eeyou, NPD): *Meegwetch*, madame la présidente.

Je remercie nos deux témoins de ce matin. Tous les défenseurs de l'enfance et de la jeunesse méritent notre plus grand respect, à mon avis. Je vous remercie tous les deux de votre travail.

J'ai deux ou trois questions, mais je ne pense pas pouvoir toutes les poser dans le peu de temps qui m'est imparti.

Premièrement, Cindy, vous avez parlé de patience. Au cours de ma longue expérience de plus de 35 ans dans ce domaine, les gens reviennent constamment à la complexité des problèmes auxquels les Autochtones sont confrontés. C'est un des aspects, mais quelle que soit la complexité des enjeux, nous ne progresserons pas sans la volonté politique de s'y attaquer ou de les résoudre. Je vous remercie de votre travail à cet égard.

Voici une des questions que j'aimerais vous poser. Je vous félicite du travail que vous avez fait pour les enfants au fil des ans. Je pense que le Canada vous doit beaucoup. Je tiens à vous remercier au nom du Canada, ce matin.

Un des aspects qui me préoccupent depuis toujours, dans cette discussion, c'est que depuis longtemps — depuis la Confédération il y a 150 ans, en fait —, les droits des Autochtones sont perçus comme des droits constitutionnels et rarement comme des droits de la personne. Tout le monde appuie la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones. En outre, le gouvernement actuel a indiqué qu'il comptait répondre à l'ensemble des 94 appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation. J'aimerais que vous parliez des droits de la personne de ces enfants : le droit à l'eau potable, le droit au logement et le droit de s'assumer pleinement en tant qu'Autochtones et enfants autochtones.

J'aimerais avoir vos commentaires à ce sujet, car on ne l'aborde jamais dans cette optique. Je reviendrai ensuite à la décision et aux directives du Tribunal des droits de la personne, mais parlons d'abord des droits de la personne.

● (0925)

Mme Cindy Blackstock: Il y a deux jours, je suis allée sur la Colline du Parlement avec 700 enfants. Les enfants comprennent que les enfants autochtones ont des droits. Ils comprennent que ce sont des enfants comme les autres. L'un des poèmes écrits par un enfant non autochtone se lit comme suit :

Les roses sont rouges,
Les violettes sont bleues;
les jeunes Autochtones
sont des enfants aussi.

Dans les 90 000 documents — des documents du gouvernement fédéral — que j'ai lus en prévision des audiences du Tribunal, j'ai constaté qu'on fait référence à ces enfants comme étant des personnes dans environ une dizaine de documents, peut-être. On utilise des termes comme « programme » ou « dossier », ou encore comme quelque chose d'abstrait, une chose pour laquelle « nous faisons des progrès ». Même lorsqu'il s'agissait de détails sur une petite fille de quatre ans qui avait besoin d'un appareil respiratoire pour l'empêcher de suffoquer, on faisait référence aux pouvoirs dont dispose le gouvernement pour y répondre. Il n'était jamais question d'une petite fille qui avait de la difficulté à respirer.

Je pense que nous devons nous distancier de ces considérations abstraites. Je pense qu'il est trop facile de parler d'un programme ou d'un dossier. Chantel Fox et Jolynn Winter — et leur famille respective — n'ont pas cette possibilité. Je crois que nous devons à tout le moins imaginer que ce sont nos propres enfants, prendre nos responsabilités et faire absolument tout ce qui est possible et imaginable.

Nous devons même faire ce que nous considérons comme impossible, car les gouvernements réussissent à faire bien des choses complexes. On a accueilli 40 000 réfugiés, ce que j'appuie sans réserve. Les gouvernements vont en guerre; ils signent des accords commerciaux internationaux. Ils en ont la capacité. Je suis convaincue qu'ils peuvent mettre en oeuvre les solutions qui ont déjà été proposées et, bien entendu, les décisions judiciaires qui ont déjà été rendues. Ils n'ont qu'à agir.

M. Romeo Saganash: Merci.

Évidemment, étant donné qu'il n'a pas encore donné suite à la décision du Tribunal canadien des droits de la personne et aux deux ordonnances subséquentes de s'y conformer, le gouvernement fait manifestement outrage au tribunal. Il s'agit également d'un outrage au Parlement, étant donné que la motion que nous avons présentée a été adoptée à l'unanimité au Parlement. La motion exprime la

volonté du Parlement. Il s'agit donc clairement d'un outrage au Parlement.

Si nous avons la possibilité d'agir demain matin, que devrions-nous faire, à votre avis?

Mme Cindy Blackstock: Vous pouvez agir dès aujourd'hui. Le gouvernement pourrait se conformer immédiatement aux ordonnances énoncées clairement dans la décision du Tribunal. Rien ne justifie la poursuite de discussions.

Lorsque les Canadiens sont reconnus coupables d'avoir enfreint la loi, on ne leur demande pas d'expliquer comment ils comptent s'y conformer. Ces ordonnances sont exécutoires; en tant que citoyenne, si je ne respectais pas trois ordonnances de la cour, je serais actuellement en prison. Dans le cas présent, le gouvernement canadien établit un dangereux précédent en disant qu'il accepte la décision, qu'il n'a pas l'intention de la porter en appel, mais qu'il ne compte pas pour autant s'y conformer. Qu'est-ce que cela pourrait signifier pour tout autre intimé reconnu coupable de discrimination à l'égard des Canadiens de diverses origines? Dira-t-on qu'il suffit d'accepter l'ordonnance, mais qu'il n'est pas nécessaire de s'y conformer? C'est un précédent dangereux, non seulement pour les enfants des Premières Nations, mais aussi pour tous les groupes en quête d'équité.

J'ose espérer que le Canada veut donner un meilleur exemple. Il doit se conformer immédiatement. C'est ce qu'il a été sommé de faire.

La présidente: Il vous reste 20 secondes.

M. Romeo Saganash: J'ai une question sur les facteurs de protection. Je sais que la langue et la culture sont des facteurs importants. Le premier ministre a fait d'autres suggestions à cet égard, mais c'est son opinion. Pouvez-vous nous donner des exemples précis sur la façon de mettre en place ces facteurs de protection?

● (0930)

M. Del Graff: Je peux vous parler des événements culturels qui sont organisés actuellement dans les collectivités et qui incitent les gens à y retourner.

Dans la province, beaucoup d'Autochtones ont quitté les régions rurales et éloignées pour s'établir en milieu urbain, mais ces gens retournent dans les collectivités des Premières Nations lorsqu'on y organise des célébrations. Ils disent alors qu'ils retournent à la maison. Ils y retournent pour assister à une cérémonie ou un événement, ce qui les aide à maintenir leurs liens avec leur communauté, même s'ils habitent dans un centre urbain. On voit cela fréquemment.

La présidente: Nous passons maintenant aux questions du député Don Rusnak.

M. Don Rusnak (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Je vous remercie tous les deux d'être venus au Comité ce matin.

Je sais que c'est un sujet très difficile. Une vie perdue, c'est beaucoup trop. Je sais que du côté du gouvernement, nous voulons faire tout ce qui est possible pour veiller à ce que le gouvernement réagisse adéquatement et avec toute la célérité possible aux crises qui frappent les collectivités autochtones.

En tant qu'Autochtone, j'ai affronté maintes difficultés lors de mon enfance, ici même, au pays. Je dirais que c'est toujours le cas. Nous ne pouvons être divisés sur cette question. Nous devons être unis et proposer des solutions concrètes au gouvernement. Cela dit, je sais pertinemment que les tribunaux ont rendu des décisions. En réponse à ces décisions, le gouvernement a engagé des fonds et a annoncé du financement à cet égard.

Madame Blackstock, j'aimerais d'abord savoir où iraient ces fonds si Santé Canada ou AINC décidaient de les débloquer immédiatement? Comment cela fonctionne-t-il?

Mme Cindy Blackstock: Le Tribunal a déjà établi la répartition des fonds. J'aimerais aussi attirer votre attention, monsieur, sur les recherches importantes qui ont déjà été faites sur la protection de l'enfance et le principe de Jordan, recherches qui remontent à mes débuts dans le domaine, en 1997. Je précise que nous pourrions vous indiquer, jusqu'au dernier cent, comment ces fonds seraient dépensés.

J'aimerais aussi souligner que le budget de 2016 a été préparé à l'automne 2015, avant la décision du Tribunal, et qu'aucune modification n'a été apportée au budget de 2016 après la décision du Tribunal. Nous devons repartir de zéro, examiner les besoins et distribuer rapidement le financement pour que ces enfants ne passent pas une journée de plus sans avoir accès à ces services.

M. Don Rusnak: Je crois que vous avez mentionné que 91 % des 5 millions de dollars sont allés aux collectivités de la Saskatchewan et du Manitoba.

Mme Cindy Blackstock: C'est exact.

M. Don Rusnak: De ces 5 millions de dollars, pour la collectivité de Wapekeka — je ne connais pas le montant précis du financement demandé à Santé Canada... Si ces fonds étaient distribués à la collectivité de Wapekeka et aux autres collectivités qui ont présenté de demandes pour leurs stratégies de prévention, utiliserait-on la totalité des fonds dont disposent Santé Canada et AINC?

Mme Cindy Blackstock: Je pense que la demande totale excéderait les fonds disponibles.

Santé Canada et AINC ont recours à une définition très pointue du principe de Jordan. Cette définition était publiée sur les sites Web de Santé Canada et d'AINC pas plus tard que la semaine dernière. On indiquait que les fonds n'étaient offerts qu'aux enfants atteints d'une maladie grave ou d'une invalidité à court terme. Le parent d'un enfant souffrant de problèmes de santé mentale voyait donc qu'il n'était pas admissible en consultant le site Web d'AINC.

À titre d'exemple, la collectivité de Wapekeka demandait un financement de 376 000 \$. Voilà la somme requise pour sauver la vie de ces enfants. Je recommande au gouvernement de financer immédiatement l'ensemble des services gouvernementaux en fonction des coûts réels, de façon à ce que les enfants des Premières Nations ne se voient pas refuser des services qui sont offerts à tout autre enfant canadien. Cela peut être fait très rapidement.

M. Don Rusnak: Où devrait aller cet argent? Vous avez indiqué que le Tribunal a donné des directives très précises sur l'utilisation des fonds. Je sais, pour avoir siégé au Grand conseil du Traité n° 3, que beaucoup d'organismes des Premières Nations demandent des fonds pour toutes sortes de choses — beaucoup de très bonnes initiatives. Je sais qu'en Ontario, le gouvernement ontarien et Santé Canada ont promis un certain montant, mais ce financement n'a pas été entièrement distribué. Selon mes sources dans les collectivités des Premières Nations, certains organismes autochtones se disputent ce financement, ce qui a retardé la distribution des fonds.

Est-ce exact?

● (0935)

Mme Cindy Blackstock: Vous voulez savoir où l'argent est allé. Dans la preuve du Tribunal, aux onglets 78 et 302 — que je fournirai avec plaisir au Comité plus tard —, on traite des lacunes des services cernées par les fonctionnaires fédéraux en 2012, lacunes qui persistent toujours. Santé Canada et AINC n'ont toujours pas réglé ces problèmes.

Ces lacunes sont notamment liées aux services de santé mentale pour les enfants, à l'offre de services de traitement de la toxicomanie comparables à ce qu'obtiennent les autres enfants, à l'ergothérapie et aux appareils respiratoires, dont nous avons parlé, pour éviter que des enfants s'asphyxient. Ces enjeux sont déjà consignés au dossier. J'ai récemment fourni de nouveau ces documents à Santé Canada et au ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, en les pressant d'offrir sans tarder le financement nécessaire pour régler les lacunes déjà connues de leurs propres fonctionnaires, aux plus hauts échelons de l'administration.

M. Don Rusnak: Les deux chefs qui sont venus témoigner au Comité mardi ont notamment fait valoir qu'il ne faut pas uniquement nous attaquer aux problèmes à court terme, mais qu'il faut aussi régler les problèmes à long terme. Il y a une expression que j'ai utilisée dans le passé et qui m'a valu des critiques, mais la chef a tenu les mêmes propos mardi: on nous oblige à mendier à genoux sur notre propre territoire. Quant à la solution à long terme, nous devrions recevoir une part des recettes de l'exploitation des ressources sur ce territoire, de façon à ce que les Autochtones, les collectivités autochtones et les gouvernements autochtones n'aient pas à se tourner vers d'autres sources de fonds pour payer ce qu'ils pourraient payer eux-mêmes, et afin que nous ayons nos propres ressources pour faire le nécessaire, collectivement, pour assurer la prospérité de nos peuples dans ce pays.

Il y a l'aspect à court terme, qui revient toujours à demander du financement aux ministères pour satisfaire aux besoins de nos collectivités, mais il faut aussi penser à long terme.

Monsieur Graff, que doit-on faire pour trouver des solutions à long terme à ce problème?

La présidente: Il reste environ 30 secondes.

M. Del Graff: Modifiez la relation. Modifiez la relation pour éliminer la domination des peuples autochtones qui a toujours caractérisé les relations entre le gouvernement et les Premières Nations. À mon avis, cette transformation s'impose, manifestement, et elle pourrait mener au résultat que vous avez décrit.

M. Don Rusnak: Merci.

La présidente: Merci.

Je suis désolée; vous semblez toujours avoir moins de temps, mais vous vous tirez très bien d'affaire.

Nous passons maintenant à M. David Yurdiga.

M. David Yurdiga (Fort McMurray—Cold Lake, PCC): Merci, madame la présidente. J'aimerais remercier Mme Cindy Blackstock et M. Del Graff d'être venus au Comité ce matin.

C'est un enjeu très important pour nous. Je travaille en étroite collaboration avec les centres d'amitié autochtones de ma circonscription, qui font un travail remarquable. Ils offrent tous les types de services, notamment des services de counseling aux Autochtones qui habitent en milieu urbain et qui n'ont pas accès aux programmes destinés aux Premières Nations.

Selon vous, quel devrait être le rôle des centres d'amitié autochtones dans l'aide aux jeunes Autochtones des centres urbains?

J'aimerais avoir une réponse de vous deux.

M. Del Graff: En Alberta, il ne fait aucun doute que les centres d'amitié s'activent dans les collectivités en donnant aux jeunes la possibilité de faire des activités ainsi qu'un endroit où leurs familles peuvent se réunir. Dans de nombreuses collectivités, par exemple à la suite d'un drame, les veillées mortuaires ont lieu au centre d'amitié. Ces centres y jouent donc un rôle essentiel.

L'une des choses que nous savons dans notre province, c'est que la migration des collectivités éloignées et rurales vers les collectivités plus urbaines doit également s'accompagner d'un haut niveau de soutien dans ces collectivités urbaines. C'est une tâche essentielle que les centres d'amitié peuvent accomplir très efficacement, mais ils ont besoin des ressources nécessaires.

Dans un endroit comme Edmonton, où le nombre d'Autochtones a connu une forte hausse, il n'y a pas eu d'augmentation proportionnelle des services offerts aux groupes comme ceux des centres d'amitié.

Mme Cindy Blackstock: Je souligne également que les centres d'amitiés font beaucoup de travail important. Je reviens à la question du manque de ressources, mais je pense qu'il faut voir plus loin. Il existe sans aucun doute des Premières Nations qui veulent offrir des services à leurs membres se trouvant dans les collectivités urbaines. C'est ce qu'ils demandent depuis de nombreuses années. C'est certainement une mesure concrète qui pourrait être prise. Je pense moi aussi que cela contribuerait grandement à la prestation de services adaptés à la culture allant dans le même sens que les facteurs de protection de la culture propre aux différentes Premières Nations, aux Métis et aux groupes inuits.

• (0940)

M. David Yurdiga: De nombreux témoins nous ont parlé de l'importance que les Autochtones exercent un contrôle sur les services de santé. Quel est le genre de soutien nécessaire pour veiller à ce que les collectivités autochtones soient capables de concevoir et d'offrir des services de santé?

Mme Cindy Blackstock: Je dirais que deux principaux thèmes ressortent des rapports sur la santé physique et mentale des enfants que j'ai lus au fil des ans. Le premier est que le gouvernement fédéral doit encadrer de manière exhaustive la gamme de modèles de compétence qu'il financera pour assurer la prestation de services de santé. À l'heure actuelle, cela se limite souvent juste à la prestation de services conformément aux lois provinciales et territoriales. Je pense qu'un changement s'impose.

Le deuxième thème, bien entendu, est le financement adéquat de ces services. Comme l'a souligné le Tribunal, le montant accordé à un enfant non autochtone n'est pas proportionnel au dollar près. Compte tenu des répercussions sur de nombreuses générations, nous pouvons nous attendre à devoir investir davantage.

J'aimerais attirer l'attention du Comité sur un important rapport intitulé *The International Handbook of Suicide Prevention*, c'est-à-dire le « manuel international de la prévention du suicide ». On y parle de l'importance vitale de l'équité systémique et sociétale dans une stratégie nationale ou locale de prévention du suicide. Les preuves qui établissent un lien entre les inégalités et la prépondérance du suicide, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves, sont accablantes. Il est essentiel d'en tenir compte dans l'élaboration d'une stratégie de prévention du suicide chez les jeunes.

M. David Yurdiga: Merci, madame Blackstock.

Combien de temps me reste-t-il?

La présidente: Vous avez une autre minute.

M. David Yurdiga: Merci.

Monsieur Graff, allez-y.

M. Del Graff: À mon avis, parmi les changements qui s'imposent au chapitre des services de santé, il faut assurément un niveau d'autodétermination qui permet d'avoir un point de vue plus vaste des services de santé, une approche plus intégrée.

Pour revenir à ce que j'ai dit plus tôt à propos d'une approche globale, je signale que c'est impossible compte tenu de la façon dont les programmes sont financés individuellement. Les groupes doivent adopter une approche fragmentaire. Je pense que ce qui est vraiment important et ce qui doit être fait à l'avenir, c'est prendre du recul et demander comment nous pouvons aborder la santé et le bien-être de nos collectivités de manière intégrée et globale.

Cette façon de procéder serait beaucoup plus efficace que les approches fragmentaires qui ne visent maintenant qu'à colmater les fuites dans un navire qui pourrait faire naufrage.

La présidente: Merci.

Nous allons maintenant passer au dernier intervenant, à savoir le député Anandasangaree.

M. Gary Anandasangaree (Scarborough—Rouge Park, Lib.): Merci, madame la présidente. Je vais partager mon temps avec mon collègue du Nunavut.

Merci à vous deux d'être ici.

Je tiens à profiter de l'occasion, madame Blackstock, pour vous féliciter à l'avance du prix des droits de la personne qui vous sera décerné la semaine prochaine par le Barreau du Haut-Canada.

J'aimerais approfondir une question, à savoir l'exploitation sexuelle des enfants. Je me demande si vous pourriez tous les deux parler de son lien avec le suicide, plus particulièrement chez les adolescents.

Mme Cindy Blackstock: La recherche nous a appris que toute forme d'exploitation sexuelle prédispose les enfants à un large éventail de préjudices.

Quand vient le temps d'examiner l'incidence au pays des cas signalés d'agression sexuelle d'un enfant — je tiens à insister sur « signalés », car nous n'avons aucune mesure des cas non signalés dans la population non autochtone ou autochtone —, on constate une légère surreprésentation des enfants autochtones, mais elle n'est pas considérable.

L'un des éléments de preuve présentés au Tribunal indique qu'il est primordial de donner suite aux cas d'agression sexuelle, mais, pour ce faire, il est essentiel que les organismes qui offrent des services aux enfants et aux familles disposent de ressources adéquates pour faire de la prévention et intervenir. C'est une des raisons pour lesquelles nous avons présenté le dossier et la raison pour laquelle nous étions si heureux que le Tribunal prescrive la prestation immédiate de services de protection et d'intervention afin que les organismes des Premières Nations améliorent leurs interventions auprès des enfants et des familles qui ont vécu une exploitation ou une agression sexuelle.

M. Del Graff: Je pense que la seule chose que je peux ajouter, c'est que, d'après mon expérience, dans les cas d'agression sexuelle, le traumatisme subit non seulement par la victime, mais aussi par l'ensemble de la famille — et à vrai dire, par la communauté — est si important qu'on ne peut l'ignorer. Il est très difficile d'essayer de surmonter ce genre de traumatisme. Dans bien des cas, c'est ce qui mène au suicide.

• (0945)

La présidente: Nous allons ajourner la séance dans environ une minute, et je vais donc donner la parole au député Hunter Tootoo.

L'hon. Hunter Tootoo (Nunavut, Ind.): Merci, madame la présidente.

Merci, Gary, et bienvenue à vous deux. Je tâcherai d'être bref.

Mon collègue, Romeo, a parlé de volonté politique. Le premier ministre est sincère à ce sujet, tout comme les ministres Bennett et Philpott. Tout au long de ma vie publique, qui dure depuis près de 16 années, ce qui correspond à la moitié de l'expérience de Romeo, j'ai toujours trouvé que les fonctionnaires sont excellents pour consacrer tout leur temps et leur énergie à dire pourquoi ils ne peuvent pas faire une chose. Ils vous donneront 100 raisons pour l'expliquer, et je leur ai tout le temps demandé de me donner 10 raisons pour lesquelles c'était possible.

Vous avez parlé d'un examen mené à Affaires autochtones et du Nord Canada, à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Pensez-vous que cela explique en partie pourquoi il est difficile de faire progresser ces dossiers? Il semble y avoir une volonté politique, mais les gens sont traités comme des programmes et des chiffres depuis 150 ans.

Mme Cindy Blackstock: Oui, je crois qu'un rajustement s'impose ainsi qu'une étude de ces deux organismes pour mieux préparer la mise en oeuvre de la Commission de vérité et réconciliation.

Je signale également, avec tout le respect, que la ministre a affirmé récemment être très fière du travail de son ministère dans le dossier du Tribunal canadien des droits de la personne. Je ne pense pas que ce genre de message signale clairement aux fonctionnaires qu'ils doivent amorcer une réforme et donner suite aux bons points de vue que le premier ministre et la ministre ont exprimés.

M. Del Graff: J'ajouterais qu'il est extrêmement urgent de combattre l'indifférence observée au pays envers les enfants et les familles autochtones. Cindy a notamment fait preuve d'efficacité en tentant de sensibiliser les Canadiens à ces questions. Nous devons en faire beaucoup plus si nous voulons vraiment changer les choses. Je pense donc qu'il est absolument essentiel de vaincre cette indifférence.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons suspendre la séance, car nous avons d'autres témoins à entendre pendant la deuxième heure. Ils comparaitront par vidéoconférence, et il nous faudra donc quelques minutes pour nous préparer.

Je dis *meegwetch* aux témoins. Merci beaucoup d'être venus nous faire part de vos points de vue. Nous vous en sommes reconnaissants.

• (0945)

(Pause)

• (0950)

La présidente: Excusez-moi du retard. Nous avons des difficultés techniques.

Je vais demander aux députés de préciser à qui ils posent leurs questions, car c'est autrement un peu mélangeant lors d'une vidéoconférence.

Je souhaite la bienvenue à tous les participants. Le Comité siège à Ottawa, sur des terres algonquines non cédées. Comme nous n'en sommes qu'aux premières étapes du processus de vérité et de réconciliation, nous nous faisons toujours un devoir de reconnaître les peuples autochtones qui ont accueilli le reste d'entre nous dans ce beau pays.

Nous avons avec nous la délégation de la Mamawetan Churchill River Health Region, à savoir David Watts, Denise Legebokoff et Dr James Irvine. De l'Indigenous Health Alliance, nous avons également Dre Alika Lafontaine.

Ai-je oublié quelqu'un? Tout le monde a été présenté.

Nous allons commencer par les représentants de la Churchill River Health Region.

• (0955)

Dr James Irvine (médecin hygiéniste, Mamawetan Churchill River Health Region): Bonjour. Je m'appelle James Irvine. Je suis le médecin hygiéniste de trois autorités sanitaires situées en Saskatchewan, essentiellement dans la partie nord de la province. David Watts et Denise Legebokoff travaillent pour la Mamawetan Churchill River Health Region. Nous nous trouvons sur le territoire du Traité n° 6 dans le Nord de la Saskatchewan. Merci beaucoup de nous donner l'occasion de comparaître devant vous.

Le Nord de la Saskatchewan compte environ 40 000 personnes. On y trouve une des plus grandes proportions d'Autochtones au Canada, alors que 87 % des gens se déclarent autochtones et que 49 % d'entre eux vivent dans une réserve. Nous avons 12 Premières Nations réparties dans de nombreuses collectivités, et nous collaborons avec elles.

Comme dans de nombreuses autres régions du Nord ou du Moyen-Nord, le Nord de la Saskatchewan est confronté à des difficultés liées à des déterminants sociaux. Nous en avons fourni certains, comme les niveaux de revenu et la pauvreté.

Cinquante pour cent des habitants du Nord de la Saskatchewan vivent avec 20 % du revenu moyen d'un Canadien ordinaire. Dans le Nord de la Saskatchewan, le surpeuplement des logements est plus de six fois plus important qu'ailleurs au Canada. Toutes ces choses témoignent des problèmes liés à certains déterminants sociaux de la santé.

À propos des répercussions à long terme des suicides dans le Nord de la Saskatchewan, depuis environ le milieu des années 1970, nous avons à peu près 12 suicides par année parmi une population d'environ 40 000 personnes. La majorité de ces décès sont chez les jeunes. Cette diapositive montre que d'un bout à l'autre du Canada, les gens d'âge moyen ou les aînés représentent le groupe le plus à risque, tandis que les jeunes des collectivités du Nord et de nombreuses collectivités autochtones ont le taux de suicide le plus élevé. Selon les données recueillies jusqu'en 2014, hommes et femmes confondus, dans le Nord de la Saskatchewan, le taux de suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans était presque sept fois plus élevé que la moyenne canadienne.

Les femmes ont tendance à être hospitalisées plus souvent en raison de blessures auto-infligées, mais depuis les 10 dernières années, le taux de suicide des hommes est plus élevé, ce qui contraste avec le taux d'hospitalisation pour blessures auto-infligées qui est plus élevé chez les femmes.

Dans le Nord, nous venons tout juste de vivre une vague de suicides qui diffère un peu de celles que nous avons connues dans le passé, car ce sont surtout de jeunes filles de moins de 15 ans qui se sont enlevé la vie. C'était une vague de suicides. Nous en avons déjà vu une dans une communauté et, plusieurs années après, une autre ailleurs. Cependant, au cours des dernières années, nous avons remarqué que ces vagues de suicides se sont répandues sur le territoire, et on pense que cela pourrait être partiellement attribuable aux médias sociaux.

Le décès de sept personnes sur une période de deux semaines a eu d'énormes répercussions, qui ont continué de se faire sentir les mois suivants, sous forme de tentatives de suicide plutôt graves et d'une forte propension aux idées suicidaires. Nous avons fourni un graphique qui montre les effets importants sur les services d'urgence et d'autres équipes qui prodiguent des soins de santé mentale.

À la suite de ces décès, nous avons également ventilé cette dernière vague de tentatives de suicide et d'idées suicidaires. Il est difficile de comprendre que des filles âgées de 12 à 14 ans puissent se retrouver dans cette situation. Je serai heureux de répondre plus tard à vos questions à ce sujet.

● (1000)

En général, partout dans le Nord, le problème des suicides dure depuis des dizaines d'années, et il se poursuivra à moins qu'un soutien et des stratégies à très long terme soient améliorés et maintenus en place.

Ces drames ont lieu à l'intérieur et à l'extérieur des réserves, dans les collectivités métisses et dans les collectivités des Premières Nations. En général, les collectivités collaborent étroitement, et elles s'en tirent bien en période de crise, en se serrant les coudes ainsi qu'en intervenant et en obtenant de l'aide des gouvernements fédéral et provinciaux. Ce qu'il faut renforcer et financer, ce sont surtout les stratégies à long terme et durables de prévention adaptées à la culture.

Nous parlons également des nombreuses facettes du problème. Le suicide en est une. Parmi les autres figurent l'automutilation, les agressions, les blessures, les deuils non résolus, les traumatismes antérieurs, l'intimidation, la toxicomanie et les dépendances. Les problèmes sociaux que représentent la pauvreté, les traumatismes intergénérationnels ainsi que les pertes culturelles sont également importants.

Nous nous sommes également penchés sur les facteurs de risque. Comme vous le savez tous très bien, il y a les facteurs individuels et les facteurs sociaux, ainsi que la culture et la continuité communautaires. Dans les circonstances actuelles, nous constatons que le problème a tendance à se rapporter davantage aux aspects sociaux, communautaires et culturels, que ce n'est souvent pas un problème individuel. Cela devient alors beaucoup plus communautaire, et cela se manifeste souvent sous forme de vagues.

C'est la même chose pour ce qui est des facteurs liés au sentiment d'être protégé. On a un sentiment de cohésion communautaire et familiale, une communication au sein des familles, un soutien social et la participation à des activités scolaires et sportives, mais en Colombie-Britannique et en Alaska, et apparemment partout au pays, tout porte à croire que c'est le sentiment d'appartenance commu-

nautaire, et la continuité culturelle qui s'y rattache, qui est le plus important.

Dans l'ensemble, nous avons préparé quelques recommandations, que vous avez devant vous, mais l'une des choses qu'il faut vraiment retenir, c'est l'importance de la prévention et des déterminants sociaux suivants : la réduction de la pauvreté; le logement; les interventions auprès de jeunes enfants; la langue autochtone et l'identité culturelle; la transmission des connaissances intergénérationnelles; et le fait de vraiment apprendre ce qui fonctionne dans d'autres collectivités autochtones en effectuant des évaluations rigoureuses tout en veillant au développement de la petite enfance, en soutenant les parents, en améliorant la capacité d'adaptation des gens ainsi qu'en renforçant et en soutenant les collectivités pour consolider les familles et l'identité culturelle.

À propos des rapports qui sont davantage d'ordre clinique, il faut établir une collaboration entre les intervenants des systèmes biomédicaux et autochtones; améliorer la formation des travailleurs et des professionnels en santé mentale; améliorer l'accès au travail d'équipe et aux équipes multidisciplinaires; et assurer une coordination entre les administrations. Nous avons plusieurs autorités sanitaires autochtones et plusieurs autorités sanitaires régionales à l'échelle provinciale, et il est très important qu'elles travaillent ensemble. C'est la même chose pour les services sociaux et la GRC et pour ce qui est de l'éducation.

Il faut ensuite collaborer étroitement et soutenir les approches autochtones en matière de bien-être.

Dernièrement, nous avons également appris certaines choses, notamment l'importance des plans d'intervention en cas de vague de suicides et l'importance d'une capacité d'intervention adéquate pour y faire face. L'apprentissage d'outils d'évaluation communs et la formation dans l'ensemble des administrations se sont également révélés utiles. Nous soutenons aussi l'élaboration de systèmes de données de qualité pour la surveillance, qui seraient pris en charge en grande partie par les Premières Nations et les Métis ou dans le cadre d'une collaboration avec eux.

Merci beaucoup. Nous serons heureux de répondre aux questions.

● (1005)

La présidente: Merci de ces explications. Je vous en suis reconnaissante.

Nous allons maintenant passer au représentant d'Indigenous Health Alliance, le Dr Alika Lafontaine.

Dr Alika Lafontaine (chef d'équipe, Indigenous Health Alliance): Merci beaucoup de m'avoir invité à comparaître aujourd'hui. Je vous remercie également des remarques formulées précédemment et d'avoir admis que les présentes séances se déroulent en territoire algonquin non cédé.

Je m'appelle Alika Lafontaine, anesthésiologiste ojibwa-cri pratiquant actuellement dans le Nord de l'Alberta, dans le territoire visé par le Traité n° 8. Je suis l'ancien président immédiat de l'Association des médecins autochtones du Canada et je travaille actuellement pour l'Indigenous Health Alliance, qui mise sur la collaboration pour transformer le domaine de la santé. Cette association est actuellement dirigée par plus de 150 nations autochtones des territoires de Manitoba Keewatinowi Okimakanak, de la Federation of Saskatchewan Indian Nations et de la nation Nishnawbe Aski.

Après avoir réfléchi à la contribution unique que l'IHA pourrait faire lors de vos audiences, je pense qu'il serait fort utile d'établir un lien entre la présente vague de suicides et le système de soins de santé actuellement offert aux Autochtones.

Au cours de vos séances, bien des gens ont fait valoir que le système est défaillant. Or, d'après ce que la communauté m'a appris ces dernières années alors que je travaillais à ce projet, je pense que le système n'est pas défaillant. Il accomplit exactement ce qu'il est censé faire, mais il ne pourra jamais réagir adéquatement à une vague de suicides dans nos communautés ou à n'importe quelle autre crise tant que nous ne le transformerons pas.

Pour comprendre en quoi tient le statu quo, je voudrais vous raconter une brève histoire à propos d'un système dont nous sommes prisonniers, pas parce que nous ne pouvons pas changer, mais parce que nous choisissons de ne pas le faire. Comme dans toute histoire, il y a trois vérités que je vous demanderais d'accepter.

Tout d'abord, nos communautés sont en crise perpétuelle et la crise s'aggrave. On peut constater, dans la vague de suicides, que les suicides sont devenus des pactes de suicide, qui se sont mutés en épidémie, puis en pandémie de suicides. Cela se produit en temps réel dans les territoires de la nation Nishnawbe Aski, de Manitoba Keewatinowi Okimakanak et de la Federation of Saskatchewan Indian Nations.

En outre, les systèmes destinés aux Autochtones ont été initialement conçus à des fins coloniales. C'est la deuxième vérité. Cela signifie que les droits des Autochtones de profiter des terres et des ressources finissent par être anéantis.

La troisième vérité que je vous demande d'accepter, c'est que les Autochtones ont atteint un point auquel il faut changer. Nous n'avons d'autre choix que d'établir un nouveau genre de système en raison du taux de morbidité et de mortalité qui touche nos communautés.

Je commencerai mon histoire par ce que j'appellerai une crise.

Si vous examinez les crises qui ont frappé La Loche, Attawapiskat, Cross Lake ou d'autres communautés qui ont été le théâtre de vagues de suicides et de crises de santé mentale au pays, vous constaterez que ces situations entraînent habituellement la tenue d'une rencontre.

Je me souviens de la rencontre organisée à La Loche. Le premier ministre y a assisté aux côtés de plusieurs ministres. Le gouvernement provincial y était représenté. Cette rencontre devait permettre de trouver des solutions, des solutions qui étaient censées avoir un effet prévu, soit une atténuation de la vague de suicides.

En examinant la situation à La Loche et les sommes que le gouvernement fédéral a dépensées là-bas au cours des 12 dernières années, nous avons vu qu'il avait dépensé plus de 500 millions de dollars dans cette petite communauté de quelque 4 000 habitants. Nous nous sommes alors demandé pourquoi ces fonds n'avaient eu aucun effet. Où tout cet argent était-il allé?

Ensemble, les gouvernements fédéral et provincial ont accordé 650 millions de dollars à la nation Nishnawbe Aski depuis que la vague de suicides s'y est déclarée en février dernier. Pourquoi cela n'a-t-il pas eu l'effet escompté?

Selon moi, les choses ne se déroulent pas comme les communautés le pensent, c'est-à-dire qu'une fois que la crise s'est déclarée, on tient des rencontres, on trouve des solutions et on en récolte les effets. On leur laisse simplement croire que c'est ainsi que les choses se passent. Entre les crises et les rencontres, les gouvernements fédéral et provinciaux et des organismes extérieurs

tiennent des conversations parallèles qui donnent à penser qu'ils peuvent apporter de l'aide pour juguler la crise.

Ces conversations parallèles, qui se déroulent entre les réunions et les solutions, donnent lieu à une préaffectation de fonds.

Fait intéressant, la plus grande partie des 650 millions de dollars affectés à la nation Nishnawbe Aski a été dépensée avant même que la communauté en ait vu la couleur.

Pour vous donner un exemple de la manière dont les fonds ont été dépensés, le gouvernement fédéral a dépêché dans la communauté des groupes de travail afin de lutter expressément contre le suicide au coût approximatif de 2 millions de dollars pour trois mois. Une fois ces fonds taris, les équipes de crise ont plié bagage.

Entre les solutions et les effets, des organismes extérieurs sont presque toujours chargés d'apporter les solutions aux problèmes qui touchent notre communauté.

● (1010)

Pendant que les communautés sont prisonnières d'un cycle où s'enchaînent crises, rencontres, solutions et effets, il existe simultanément un cercle extérieur au sein duquel on tient des conversations parallèles, on affecte préalablement des fonds et des organismes externes fournissent tous les soins nécessaires pour résoudre nos crises. Il en découle un manque de reddition de comptes au sein de nos communautés et à l'égard de ces dernières, une insuffisance de ressources affectées directement à nos communautés et une absence de responsabilité ou de rôle pour les communautés dans la résolution des crises qui les secouent.

Ce système, que je qualifierai de statu quo, ne peut qu'aggraver la crise et l'insatisfaction chez les Autochtones, lesquels réagissent en exerçant des pressions politiques, en s'exprimant dans les médias, en entamant des poursuites et en fomentant des troubles civils. Le système actuel de réaction du gouvernement en est arrivé à reconnaître ces résultats et à réagir en conséquence. En confinant les Autochtones dans ce cycle de crises, de rencontres, de solutions et d'effets, les systèmes avec lesquels nous travaillons peuvent employer leurs ressources pour calmer les Autochtones en tenant des réunions et des tables rondes, en concluant des protocoles d'entente et en établissant des plans d'action conjoints. Ces activités ont toutefois bien peu d'effet sur la crise.

Par exemple, même si un plan d'action conjoint a été établi pour la nation Nishnawbe Aski il y a plus d'un an, il y a peu ou pas de ressources véritables sur place. Ce plan est, selon nous, un simple mécanisme pour inciter les Autochtones à ne pas exercer de pressions politiques, s'adresser aux médias, entreprendre de poursuites et provoquer de troubles civils.

Cela ne signifie pas que ces recours soient souhaitables. Aucun membre de la communauté ne veut en arriver là, mais le statu quo les y oblige. Il ne reste littéralement plus assez de ressources pour prévenir une aggravation de la crise parce qu'on s'emploie plutôt à calmer le jeu.

Si nous comparons cette crise à celles qui se sont produites au cours de l'histoire, nous constatons que le système offert à la population générale a réagi fort différemment. Quand, au début des années 1990, on a constaté la prévalence des blessures iatriques, lesquelles sont infligées aux patients par des médecins et des fournisseurs de soins de santé, cette crise sur le plan de la qualité a mené à la création de conseils de qualité en santé aux quatre coins du pays. La crise du SRAS a quant à elle donné lieu à la mise sur pied de l'Agence de la santé publique du Canada. Les crises de sécurité auxquelles a été confronté le système offert à la population générale ont mené à l'instauration de nouvelles règles qu'appliquent les organismes de réglementation et d'agrément.

Si nous voulons nous sortir de la crise, il faut admettre que nous devons changer la donne, en nous inspirant de l'exemple que je viens de donner, et accepter nos vérités communes : nos communautés sont en crise perpétuelle, que nous recevions ou non l'attention des médias; notre système est conçu de telle manière qu'il aggrave la crise et pousse les communautés à prendre des mesures de plus en plus énergiques pour obtenir une réponse; et nous devons modifier notre façon de faire. Nous devons réorienter nos bureaucraties pour qu'elles transforment entièrement le système au lieu de le modifier petit à petit. Par le passé, quelqu'un a dit que ce n'est pas en améliorant graduellement la chandelle qu'on a inventé l'ampoule électrique.

L'Indigenous Health Alliance accepte cette tâche sans hésiter afin de tenter de corriger le système de santé autochtone, et constate que le système médical offert à la population générale s'efforce d'agir en ce sens. Les soins axés sur le patient constituent une transformation totale de la relation entre le médecin et le patient. Vous envisagez un programme d'assurance-maladie national, qui bouleverserait la manière dont chaque patient du pays accéderait aux médicaments. Notre pays n'a pas besoin d'une amélioration graduelle, mais d'une transformation du système de santé.

Les communautés autochtones sont prisonnières d'un système où l'aggravation de la crise et l'escalade des tensions sont inévitables. La semaine dernière, les représentants de plus de 150 nations ont présenté leur plan de transformation du système de santé autochtone aux ministres des Affaires autochtones et de la Santé afin de juguler la crise qui secoue nos communautés, notamment au chapitre du suicide et de la santé mentale.

L'IHA poursuivra ses efforts, peu importe le rôle que le gouvernement assume, mais les chefs des Premières Nations se sont fait dire que la bureaucratie n'est outillée que pour apporter des améliorations graduelles au système colonial existant. En clair, la bureaucratie ne dispose d'aucun outil, d'aucun processus et d'aucun plan pour transformer le système de santé, et nous devons nous sortir nous-mêmes de ces crises.

Les communautés me demandent souvent jusqu'à quel point la crise devra empirer et le mécontentement devra augmenter avant que l'on investisse enfin et que l'on rompe avec le statu quo. Tout ce que je peux leur répondre actuellement, c'est « Je suppose qu'on devra attendre pour le savoir. »

Merci.

• (1015)

La présidente: Merci beaucoup. Vous avez fait des exposés très frappants. Je vous remercie du temps et de l'effort que vous y avez investis.

Nous entamerons maintenant la période de questions, que les députés vous poseront depuis Ottawa. Michael McLeod sera le premier à intervenir.

M. Michael McLeod (Territoires du Nord-Ouest, Lib.): Je veux commencer en remerciant les deux témoins qui ont fait un exposé aujourd'hui. Je vous suis reconnaissant de tout le travail que vous avez réalisé dans ce dossier et de l'attention que vous portez à ce problème très grave qui touche nos communautés.

Je préside le caucus des députés du Nord, qui considère qu'il s'agit d'un problème très difficile à résoudre. Quand nous examinons la situation au pays afin de voir ce que font les diverses provinces avec un certain succès, nous constatons que c'est principalement dans la population non autochtone que les démarches portent fruits. Il semble que ce n'est que dans les communautés autochtones que la situation s'aggrave, ce qui est très inquiétant. Le Québec a accompli du bon travail dans la population en général, mais pas avec les Autochtones, et il semble que la situation soit la même partout au pays.

Les habitants du Nord ne reçoivent pas la même attention que le reste de la population. Des centaines de millions de dollars en financement annoncés à l'intention des Autochtones, pas un sou n'est destiné au Nord; c'est vraiment choquant. Tout cet argent n'est affecté qu'aux réserves. Il n'y a dans le Nord aucun centre de traitement ou programme de lutte contre les traumatismes, alors qu'une grande partie de notre population autochtone a fréquenté les pensionnats et éprouve de grandes difficultés à survivre dans le nouveau monde dans lequel nous vivons.

J'ai tenté de calculer combien de personnes se suicident dans le Nord. Nous ne possédons pas tous les renseignements nécessaires, mais au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, il se produit en moyenne un suicide tous les huit jours. Un suicide a lieu toutes les fins de semaine. La plupart de ceux qui se suicident sont des hommes. Les femmes font plus de tentatives, mais ce sont les hommes qui réussissent. Voilà qui témoigne de la gravité de la situation. Depuis que nous avons entrepris notre étude sur le suicide, plus de 50 personnes se sont donné la mort dans les territoires du Nord; il faut donc trouver des solutions.

Nous savons que nous n'avons pas la même qualité de vie, comme l'ont souligné un grand nombre des témoins que nous avons entendus. Nous ne jouissons pas du même niveau de vie que les autres Canadiens. Nous habitons des maisons surpeuplées. Le logement est un véritable problème. Dans certains territoires, des gens vivent dans des boîtes, dorment sur des divans ou errent çà et là, ce qui aggrave la criminalité et la violence dans nos communautés.

En outre, peu de gens obtiennent un diplôme d'études secondaires. L'éducation est donc un défi. Pour ce qui est de l'alimentation, je pense que tout le monde a vu ce que les médias ont révélé à ce sujet.

Le fait est que l'argent est investi là où les médias portent leur attention, et ce n'est pas dans les Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut ou au Yukon.

Je veux vous poser quelques questions. D'abord, quelles sont vos trois principales recommandations pour résoudre ces problèmes au Canada?

• (1020)

La présidente: Pouvez-vous poser votre question à quelqu'un en particulier?

M. Michael McLeod: Docteur Lafontaine, vous pourriez peut-être commencer.

Dr Alika Lafontaine: Je commencerai par dire que ces statistiques me désolent. Je sais que les crises qui sévissent dans le Grand Nord sont de toute évidence très graves, comme vous l'avez fait remarquer, mais ces chiffres sont pires que ceux que j'ai lus dans les études.

Bill Tholl, président de SoinsSantéCAN, qui a restructuré les régions sanitaires du Canada et dont le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest font partie, je pense, a indiqué que le regroupement de la reddition de comptes, de l'affectation des ressources et de l'attribution des responsabilités aux niveaux adéquats constituait le principal problème sur le plan de la prestation de soins de santé.

Quand on regarde le statu quo et les cycles dont j'ai parlé, particulièrement les conversations parallèles qui se tiennent au sein du gouvernement, qui est vraiment le principal organisme de financement dans le domaine de la santé au Canada, et la préaffectation de fonds à des organismes extérieurs qui sont censés résoudre les problèmes des Autochtones, on constate que le défi dans ce domaine consiste à faire en sorte que ces trois composantes — la reddition de comptes, l'affectation des ressources et la responsabilité — relèvent toutes trois des communautés aux prises avec les problèmes.

Nous parlons de la répartition du financement entre les gouvernements fédéral et provinciaux; en réalité, les provinces et les territoires reçoivent une affectation par habitant destinée aux Autochtones. Ils reçoivent des fonds pour fournir des soins à ces derniers.

Même si je suis sensible aux arguments des ministres de la Santé de nos provinces, lesquels affirment que les Autochtones tendent à souffrir de maladies ou de troubles plus graves — ce qui est d'ailleurs le cas, comme le montrent les études, et ce, pour toutes les raisons que vous avez évoquées ici, notamment la sécurité alimentaire et d'autres facteurs —, l'argent est dépensé avant même d'avoir atteint nos communautés. Dans chaque programme de Santé Canada, on prélève immédiatement 6 % pour le donner au gouvernement afin d'affecter les fonds. On réserve un autre 15 ou 20 % pour s'assurer que Santé Canada dispose d'un effectif adéquat afin de résoudre nos problèmes. Si cet argent était versé directement à nos communautés, s'il existait une infrastructure pour assurer une surveillance adéquate et si on effectuait un suivi au chapitre des évaluations, ce qui ne se fait même pas actuellement dans le cadre de la plupart des programmes offerts dans nos communautés, je pense qu'on assisterait à un changement majeur.

C'est ainsi que les choses se passent dans le système offert à la population générale. Dans ce système, on ne prélève pas de sommes importantes avant que l'argent et les ressources ne soient acheminés aux communautés qui ont besoin d'aide. Voilà pourquoi il fonctionne; l'infrastructure fait en sorte que la reddition de comptes, l'affectation des ressources et la responsabilité sont regroupées aux niveaux adéquats. Est-ce aussi efficace que cela pourrait l'être? Absolument pas, mais c'est certainement beaucoup mieux que ce qu'il se passe dans nos communautés.

Je pense qu'en général, si nous voulons influencer l'affectation des ressources et, surtout, obtenir les résultats que nous voulons tous... Je sais que le gouvernement et les communautés autochtones sont insatisfaits des résultats que donnent les niveaux de financement actuels, même s'ils sont substantiels dans certaines régions. Nous devons nous occuper de la reddition de comptes pour savoir qui rend des comptes à qui; de l'affectation des ressources pour savoir qui reçoit les fonds; et de la responsabilité pour savoir qui est

responsable de la mise en oeuvre. Si nous regroupons ces fonctions dans les communautés, nous commencerons à observer des effets.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous accordons maintenant la parole à M. Arnold Viersen.

M. Arnold Viersen (Peace River—Westlock, PCC): Merci, madame la présidente.

Je remercie également nos témoins de comparaître.

Ma question s'adresse au Dr Alika Lafontaine, qui nous a vraiment présenté un vaste survol du système en ce qui concerne les situations et les personnes. Je vous suis très reconnaissant de témoigner aujourd'hui.

Je veux m'éloigner légèrement du sujet pour revenir à certains propos que vous avez tenus devant d'autres comités par le passé. Je sais que vous êtes originaire du territoire visé par le Traité n° 8, dans le Nord de l'Alberta. Vous effectuez un travail considérable dans ma circonscription. L'an dernier, vous avez déclaré ce qui suit devant le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir : « Dans un système où tout le monde avance déjà vers la mort, la création d'un programme strict dans le réseau de santé au terme duquel des patients meurent intentionnellement aura pour effet de désengager et de réprimer davantage les patients autochtones et leurs familles. »

À l'évidence, le gouvernement a fait fi de votre avertissement. Il a adopté le projet de loi C-14 et un système est maintenant en place. Vous inquiétez-vous encore des répercussions que cela pourrait avoir?

• (1025)

Dr Alika Lafontaine: Je pense que la perspective de ne pas corriger le système existant et d'y ajouter encore de nouveaux programmes ne pourra pas produire les résultats voulus. Nous n'avons pas de données sur l'aide médicale à mourir et l'incidence qu'elle a eue.

Je sais toutefois que si aucun système n'est mis en place pour mieux aider les gens souffrant de problèmes de santé mentale et essayer de trouver des solutions à la crise du suicide, une crise perpétuelle mènera inévitablement à une escalade qui ne fera qu'aggraver la situation. C'est vrai pour n'importe quel groupe. Si l'on n'avait pas réagi convenablement à la crise du SRAS, en Ontario, tout le système médical aurait fini par s'effondrer, et c'est ce qu'on voit dans la plupart de nos communautés.

Je maintiens cette affirmation, mais comme je l'ai dit, il n'y a pas de données pour documenter ce qui se passe, sauf des données anecdotiques, et je crois que les choses ne font qu'empirer.

M. Arnold Viersen: Beaucoup de témoins avec qui nous avons parlé jusqu'ici ont dit qu'il semblait y avoir un lien entre la violence sexuelle et le suicide. Est-ce ce que constate votre organisation elle aussi?

La présidente: À qui adressez-vous votre question?

M. Arnold Viersen: À Alika Lafontaine.

Dr Alika Lafontaine: Dans les discussions que nous avons avec les trois organisations territoriales avec lesquelles nous travaillons, la violence sexuelle ressort comme la principale raison à la crise. À ce sujet, quand on aborde la question de la santé autochtone en général, on a tendance à s'accrocher à une raison principale, puis à brosser un portrait uniforme pour toutes les communautés.

La violence sexuelle n'est pas un problème dans toutes les communautés de la nation Nishnawbe Aski, et c'est la même chose à la FSIN ou dans la MKO. Je suis certain que nos collègues de La Ronge pourraient vous répondre de manière plus précise, mais effectivement, la violence sexuelle semble être un grave problème, absolument.

M. Arnold Viersen: Nos autres témoins ont-ils des opinions à exprimer à ce sujet?

Dr James Irvine: C'est certain que la situation varie énormément d'une communauté à l'autre et que la violence sexuelle n'est que l'un des facteurs. Je pense qu'on peut aussi attribuer la situation à toutes les difficultés vécues pendant l'enfance en général, où de nombreux facteurs entrent en jeu. Il peut y avoir un traumatisme intergénérationnel non cicatrisé, un enfant peut avoir été témoin de violences à la maison, avoir été séparé de sa famille ou avoir vécu toutes sortes d'autres difficultés propres à la pauvreté.

Je vais laisser David s'exprimer sur les récents événements survenus dans le Nord.

Ensuite, à l'instar du Dr Lafontaine, je crois qu'il faut aussi parler de réforme du système de santé. Je crois que bien souvent, les communautés ont une perception de la santé qui va beaucoup plus loin que la perspective classique sur laquelle se fonde le modèle médical. Les Autochtones seraient beaucoup portés à reconnaître l'importance de la communauté, l'importance de la guérison et l'importance de l'éducation et de l'emploi pour offrir un véritable espoir à nos jeunes.

Souhaitez-vous dire quelque chose?

M. David Watts (directeur général, Services intégrés de santé, Mamawetan Churchill River Health Region): Je suis totalement d'accord pour dire que c'est le fruit de générations de traumatismes non cicatrisés. Après la dernière vague de suicides que nous avons connue, nous sommes allés à l'école pour évaluer chaque élève de 7^e, 8^e et 9^e années. Ces jeunes portent tellement de traumatismes non traités.

Nous avons réussi à faire cette évaluation grâce à tout le financement provincial que nous avons reçu. Comme nous l'avons mentionné à maintes reprises, le financement s'assèche rapidement quand la crise est considérée passée, puis nous devons reprendre le cours de nos activités avec nos ressources habituelles.

Nous sommes catastrophés de savoir qu'il y a tellement de besoins dans nos communautés, alors que nous ne pouvons rien faire pour y répondre, faute de ressources.

Je suis totalement d'accord avec le Dr Lafontaine pour dire qu'il y a toujours beaucoup d'argent qui arrive en temps de crise, mais que dans les faits, nous ne recevons rien alors que nous devons composer avec les répercussions de la crise. Je suis totalement d'accord avec cette affirmation.

• (1030)

M. Arnold Viersen: Les témoins précédents ont dit qu'il devait y avoir un équilibre entre la santé physique des personnes, la santé mentale des personnes et la santé spirituelle des personnes.

Je définirais probablement la santé spirituelle comme la raison d'être d'une personne, ce pourquoi elle est en vie, entre autres. Croyez-vous que l'aspect spirituel est une composante importante de la santé et de l'actuel... Alika, je sais que vous avez dit que nous devons réformer le système. Devrions-nous y intégrer un volet spirituel?

La présidente: Nous avons de 30 à 40 secondes environ.

Dr Alika Lafontaine: Absolument. Regardez la situation dans laquelle se trouvent ces jeunes, littéralement. Une jeune se fait agresser sexuellement dans une maison surpeuplée, puis n'a nulle part où aller ensuite.

Il y a également toute la crise de l'insécurité alimentaire, qui est un autre déclencheur de violences, de sorte que les violences se répètent en raison de l'environnement dans lequel les personnes vivent.

Il est difficile d'apprécier sa valeur personnelle ou de sentir que la vie sert à quelque chose quand on vit dans ce genre de milieu. Donc tout à fait, je pense que la transformation inclut tous ces aspects.

M. Arnold Viersen: Merci.

La présidente: Merci.

Je vais suspendre la séance une minute. Nous devons traiter quelques questions d'ordre administratif à la fin de la séance, donc il ne nous reste que 15 minutes en tout.

Les membres du Comité souhaitent-ils que nous dépassions le temps prévu ou que nous le respections? Non, nous devons vraiment nous arrêter, donc nous allons poursuivre nos délibérations et elles se termineront quand elles se termineront?

Des voix: D'accord.

La présidente: D'accord. C'est très bien.

La prochaine question sera posée par M. Romeo Saganash.

M. Romeo Saganash: Merci, madame la présidente.

Je remercie nos témoins d'aujourd'hui de leur contribution aux travaux de ce Comité.

Docteur Lafontaine, vous avez parlé de transformation, et pour une fois, il y a quelqu'un qui est sur la même longueur d'onde que moi à ce sujet. J'ai toujours l'impression de faire moi-même partie du statu quo, en tant que membre du Comité. Je sais que notre comité remettra un rapport décent au gouvernement. Mais qu'advient-il ensuite? Vous pouvez le deviner aussi bien que moi, mais c'est ainsi depuis 150 ans, depuis la Confédération. Ce gouvernement ne prend même pas la peine de se conformer à une ordonnance du Tribunal canadien des droits de la personne, donc que fera-t-il d'un rapport de comité?

Je vous ai entendu très clairement au sujet du genre de transformation dont nous avons besoin dans ce pays pour nous attaquer à l'ensemble des problèmes auxquels nous sommes confrontés. Il n'y a pas que le suicide. Il y a divers aspects interreliés dans la crise, y compris la question du logement, entre autres.

Vous avez parlé du caractère perpétuel de la crise, des conséquences de la colonisation et de la façon dont le système doit changer. Si vous étiez à la tête du pays ne serait-ce qu'une journée, par quoi commenceriez-vous?

Dr Alika Lafontaine: Je pense que la première chose, c'est qu'il faudrait que les Canadiens commencent à croire nos histoires. On dirait que bien souvent, lorsqu'une crise de ce genre survient, elle fait les manchettes, puis tout le monde en vient à avoir l'impression qu'elle doit être réglée. Eh bien, la crise se poursuit.

Ensuite, les bureaucrates doivent prendre conscience du fait que le système produit exactement les résultats qu'ils n'aiment pas. Nos bureaucrates sont très habiles pour faire ce qu'ils font, c'est-à-dire maintenir le statu quo, et c'est ce qu'on leur demande de faire. Ils doivent reconnaître que ces crises créent les situations mêmes qu'ils ne veulent pas avoir à gérer. Cela alourdit leur charge de travail, cela rend les choses plus complexes, cela cause une escalade, dont ni les politiciens ni les bureaucrates ne veulent. Ils ne veulent pas que les membres de nos communautés s'adressent aux médias, qu'ils songent à tenter des poursuites, à faire des interventions politiques ou à faire intervenir des groupes non gouvernementaux.

La solution à tous nos problèmes passe par la transformation, mais tant que nous ne commencerons pas à croire tous la même histoire, rien ne changera. Si je dirigeais le pays une journée, je demanderais à tous les députés de se réunir, y compris les députés des partis d'opposition, afin de s'entendre sur ce qui est en train de se passer. Une fois que nous l'aurons compris, je pense que nous pourrions enfin susciter un changement.

• (1035)

M. Romeo Saganash: La Loi sur les Indiens fait-elle partie du problème?

Dr Alika Lafontaine: Sans aucun doute. C'est le statu quo qu'il faut changer, mais il faut pour cela commencer par comprendre le contexte de l'histoire.

M. Romeo Saganash: Merci.

Ma prochaine question s'adresse aux gens de Mamawetan, un nom similaire à un nom qu'on trouve dans ma région du monde.

On parle beaucoup de la mise en place d'un programme national de prévention du suicide. D'autres témoins qui ont comparu ici avant vous préféreraient qu'on opte pour des programmes locaux de prévention du suicide. Quel genre d'équilibre devrions-nous viser entre les deux et en quoi un programme national de prévention vous aiderait dans votre travail dans votre partie du monde?

M. David Watts: Je pense que la coordination est la clé. On peut nous demander d'administrer un programme de prévention du suicide, puis les bandes pourraient administrer leurs propres programmes de prévention différents. Nous devons déployer un programme ensemble, puis travailler en équipe. Il faut inclure tout le monde, et tout le monde doit s'entendre sur les mêmes bases. Les idées doivent venir des communautés. J'aurai beau me rendre dans une réserve et commencer à faire la leçon aux gens sur ceci ou cela, comme je ne vis pas les mêmes circonstances qu'eux, ils ne m'entendront pas.

Dans certaines de nos réserves, les conditions sont comparables à celles qu'on verrait dans le tiers monde, et on ne les met en lumière qu'en temps de crise. Ce n'est qu'à ce moment qu'on reconnaît ce qui se passe, mais dès que les projecteurs sont braqués ailleurs, on l'oublie. Il doit y avoir un plan coordonné pour tous les groupes différents, et il doit venir des communautés elles-mêmes.

Dr James Irvine: Je pense que vous avez tout à fait raison au sujet de l'importance de l'équilibre. Les communautés ont chacune leurs propres forces uniques et leurs propres méthodes qui ont leurs mérites, donc comment peut-on y intégrer des stratégies indépendantes sans compromettre la collaboration grâce à la concertation? Bien souvent, les gens vont et viennent dans nos communautés, il est donc très difficile d'optimiser nos ressources, les compétences individuelles et les forces des communautés, mais c'est extrêmement important. C'est pour cette raison qu'il faut un plan national qui

permet la contribution individuelle de la communauté, ainsi qu'une collaboration et une coordination régionales.

M. Romeo Saganash: Docteur Lafontaine, avez-vous quelque chose à ajouter?

Dr Alika Lafontaine: Je pense que les communautés collaboreront quand elles en auront les moyens. Quand il manque de personnel, de financement, que les communautés sont débordées et dépassées par les crises, elles ne peuvent pas tisser de liens avec les autres communautés et vraiment comprendre ce qu'elles font, c'est pourquoi elles se renferment. Je l'ai déjà dit. C'est une question d'imputabilité et de responsabilité dans les allocations régionales, mais ce n'est pas que les communautés ne sont pas intéressées et qu'elles ne veulent pas collaborer entre elles. Nos communautés collaboreraient les unes avec les autres si elles avaient suffisamment de ressources.

La présidente: Merci. Il reste huit secondes.

Très bien, passons à M. Mike Bossio.

M. Mike Bossio (Hastings—Lennox and Addington, Lib.): Merci, madame la présidente. Je remercie infiniment nos témoins de leurs témoignages. Ils recourent beaucoup d'autres témoignages que nous avons entendus sur la nécessité d'un financement stable à long terme pour les communautés. Ce financement permettrait aux communautés de fixer leurs propres priorités plutôt que d'être assujetties aux priorités paternalistes d'AANC.

Je pense que tout le monde convient qu'il doit y avoir une transformation. Je sais, en tous cas, que c'est vraiment le message de notre premier ministre et que c'est ce vers quoi tend notre gouvernement. Je pense que la difficulté qui ressort de beaucoup de témoignages, c'est la multiplicité des facettes du problème. Oui, nous étudions la crise du suicide, mais d'où vient-elle? Elle vient des traumatismes multigénérationnels, des pensionnats et du reste. Cependant, dans les communautés elles-mêmes, il y a des problèmes de sensibilisation à la culture, de santé, de santé mentale, d'éducation, de logement, d'alimentation, d'emploi, de formation et de développement des compétences : par où commencer? Je sais qu'il faut une approche multidimensionnelle, mais si l'on donnait de l'argent aux communautés — et je poserai d'abord la question au Dr Lafontaine — comment le dépenseriez-vous pour commencer, pour qu'il ait le plus d'effet possible afin de générer cette transformation?

• (1040)

Dr Alika Lafontaine: Nous avons proposé un programme accompagné d'une évaluation des coûts aux deux ministres la semaine dernière. Il a été élaboré à l'aide de représentants des trois territoires. Les bureaucrates souhaitaient que tous les fonds soient regroupés dans un même bassin. Cependant, compte tenu du mode de fonctionnement des territoires, ils ont besoin de leur propre fonds indépendant.

Si l'on analyse les différents éléments à financer, on voit qu'il y a l'APN, qui est un peu comme notre organisation nationale, puis qu'il y a les organisations territoriales, comme la nation Nishnawbe Aski, puis les conseils tribaux et les Premières Nations. Les fonds doivent donc être répartis entre toutes ces organisations.

Dans notre système de santé, il y a différents secteurs de financement : les conseils sur la qualité des services de santé, les ministères de la Santé et les régions sanitaires, qui sont responsables des soins offerts dans les hôpitaux et les cliniques, entre autres. Il doit y avoir le même genre d'allocation à nos communautés. Nos communautés doivent amorcer un processus de transformation et déterminer qui devrait faire quoi. L'important, c'est que ce soit les communautés qui décident ce qui va se passer.

Nos organisations territoriales ont un rôle de coordination fort à jouer entre les communautés. Les communautés elles-mêmes interviendraient probablement plus dans les cliniques et les soins primaires directs. Il pourrait y avoir une coordination entre les conseils tribaux par les hôpitaux régionaux ou d'autres types de programmes régionaux. Nous avons déjà une carte qui représente cette structure, qui se trouve être celle du système général de soins de santé. C'est seulement que nous n'appliquons pas cette structure à nos communautés.

Le modèle de financement que nous avons proposé aux ministres serait arrimé au modèle de la transformation. Il y aurait une période de transition, pas très longue, mais cela prendra du temps. Si la transformation est bien financée, les réponses à ces questions ressortiront, mais elles ne ressortiront pas pendant que nous traversons une crise et que nous essayons de la régler.

M. Mike Bossio: Je vous inviterais à présenter ce rapport sur la transformation au Comité, si vous le pouvez, pour que nous puissions l'intégrer à notre étude. Si vous avez la permission et le pouvoir de le faire, ce serait bienvenu.

Il est également revenu beaucoup dans les témoignages que l'un des plus grands obstacles à une prise de décisions qui émanerait de la communauté, c'est l'emploi local et le manque de ressources humaines pour mener à bien ce genre de programmes dans les communautés elles-mêmes. Vous nous avez parlé de la nation Nishnawbe, entre autres, qui contribuerait à l'exécution du programme. Pouvez-vous nous parler un peu des ressources humaines et des difficultés à cet égard? Pouvez-vous même nous en parler plus? Selon votre rapport, quelle serait la plus grande difficulté dans cette entreprise?

Dr Alika Lafontaine: C'est vraiment propre à la nation Nishnawbe Aski. Les coûts associés à la proposition sont liés à l'embauche de 43 employés pour mener à bien la transformation. Honnêtement, il y a un lien fort entre le développement économique et la santé, qui est un domaine d'affaires important. C'est ce qui a permis aux petites communautés de la Saskatchewan et de l'Alberta

de conserver une économie locale : les hôpitaux et les cliniques locales. Il y a du développement économique associé à la construction de logements pour le personnel, parce que ces personnes vivent dans les communautés et y dépensent leur argent.

M. Mike Bossio: Y a-t-il du personnel là-bas? C'est le problème. Il faut essayer d'attirer des professionnels de la santé, de la santé mentale en particulier. Partout au pays, la santé mentale est un enjeu de premier ordre, et la prestation de services en santé mentale pose problème. Ajoutez à cela toutes les difficultés liées au recrutement de professionnels dans le Nord. Est-ce que cela fait partie des réalités que vous observez? Voyez-vous des solutions à cela?

Dr Alika Lafontaine: À l'heure actuelle, quand nos communautés reçoivent du financement, dans l'un des territoires, une grande partie n'est annoncée en rétrospective qu'à la dernière minute. On en reçoit très peu au début de l'année, puis soudainement, juste avant le 31 mars, on apprend qu'on recevra trois, quatre ou cinq fois plus d'argent que prévu au début de l'année.

Si l'on s'engageait dans la transformation du système de santé et si l'on pouvait stabiliser le financement équitablement du début à la fin de l'année, cet argent irait à nos communautés, qui ont l'infrastructure nécessaire pour veiller à ce que cet argent soit bien dépensé et bien réparti. Vous verrez alors que les gens viendront s'installer dans nos villages. Nous n'aurons pas de problèmes de recrutement. C'est pour changer le statu quo... Le problème, ce n'est pas que ces villages soient éloignés, c'est qu'on ne sait pas si on sera payés le mois prochain, parce qu'il n'y a pas de financement assuré avant janvier.

● (1045)

La présidente: C'est un très bon moment pour clore la séance.

Je souhaite vous remercier infiniment d'avoir participé à nos délibérations par vidéoconférence de La Ronge... Je ne sais même pas où vous êtes. Êtes-vous à Grande Prairie?

Dr Alika Lafontaine: Oui, à Grande Prairie.

La présidente: Je remercie les gens de l'Ouest de faire tout cela. Nous l'apprécions beaucoup.

Meegwetch.

Je souhaite également confirmer aux membres du Comité que nous nous reverrons la semaine prochaine dès 8 h 45, soit selon l'horaire habituel du Comité, et que la ministre a accepté de comparaître devant le Comité le 23 février au sujet du Budget supplémentaire des dépenses.

Merci beaucoup. La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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