



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

VERS L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES AUTOCHTONES AU CANADA: ADMINISTRATION ET ACCESSIBILITÉ DES PEUPLES AUTOCHTONES AU PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS

**Rapport du Comité permanent des affaires autochtones
et du Nord**

L'hon. Marc Garneau, président

**DÉCEMBRE 2022
44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION**

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

**VERS L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES
AUTOCHTONES AU CANADA: ADMINISTRATION
ET ACCESSIBILITÉ DES PEUPLES
AUTOCHTONES AU PROGRAMME DES SERVICES
DE SANTÉ NON ASSURÉS**

**Rapport du Comité permanent
des affaires autochtones et du Nord**

**Le président
L'hon. Marc Garneau**

DÉCEMBRE 2022

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

AVIS AU LECTEUR

Rapports de comités présentés à la Chambre des communes

C'est en déposant un rapport à la Chambre des communes qu'un comité rend publiques ses conclusions et recommandations sur un sujet particulier. Les rapports de fond portant sur une question particulière contiennent un sommaire des témoignages entendus, les recommandations formulées par le comité et les motifs à l'appui de ces recommandations.

COMITÉ PERMANENT DES AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD

PRÉSIDENT

L'hon. Marc Garneau

VICE-PRÉSIDENTS

Jamie Schmale

Marilène Gill

MEMBRES

Jenica Atwin

Jaime Battiste

Lori Idlout

Michael V. McLeod

Marcus Powlowski

Martin Shields

Shannon Stubbs

Gary Vidal

Patrick Weiler

AUTRES DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ

Vance Badawey

Tony Baldinelli

John Barlow

Sylvie Bérubé

Colin Carrie

George Chahal

Sophie Chatel

Sukh Dhaliwal

Caroline Desbiens

Brendan Hanley

Ron Liepert

Heather McPherson

Eric Melillo

Mike Morrice

Tony Van Bynen

Arnold Viersen

Arif Virani

GREFFIÈRE DU COMITÉ

Vanessa Davies

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Services d'information, d'éducation et de recherche parlementaires

Olivier Leblanc-Laurendeau, analyste

Marlisa Tiedemann, analyste

LE COMITÉ PERMANENT DES AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD

a l'honneur de présenter son

SIXIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié l'administration et l'accessibilité des peuples autochtones au programme des services de santé non assurés (SSNA) et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	1
VERS L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES PEUPLES AUTOCHTONES AU CANADA : ADMINISTRATION ET ACCESSIBILITÉ DU PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS.....	7
Introduction.....	7
Guérisseurs traditionnels, accompagnateurs et retard de la rémunération des prestataires de services	11
Guérisseurs traditionnels et savoir autochtone	11
Accompagnateurs.....	16
Retard de la rémunération des prestataires de services	19
Structure et paramètres du programme	21
Fardeau administratif.....	21
Contrôle des coûts.....	25
Autres questions soulevées par les témoins	27
Restriction de l'admissibilité aux membres inscrits des Premières Nations et aux Inuits	27
Inégalités.....	29
Racisme et discrimination	29
Disparité des services dans les milieux urbains et ruraux.....	30
Problèmes liés à l'indemnisation de certains traitements	31
Suivi du diabète.....	31
Soins dentaires	34
Soins de la vue	35
Services de santé mentale et de counseling.....	36
Refus de certains prestataires de services de participer au programme	38
Méconnaissance du programme.....	39
Conclusion	40

ANNEXE A APPELS À L'ACTION NOS 18 À 24 DE LA COMMISSION DE VÉRITÉ ET RÉCONCILIATION DU CANADA.....	41
ANNEXE B LE PRINCIPE DE JOYCE.....	43
ANNEXE C LISTE DES TÉMOINS	45
ANNEXE D LISTE DES MÉMOIRES.....	49
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	51

LISTE DES RECOMMANDATIONS

À l'issue de leurs délibérations, les comités peuvent faire des recommandations à la Chambre des communes ou au gouvernement et les inclure dans leurs rapports. Les recommandations relatives à la présente étude se trouvent énumérées ci-après.

Recommandation 1

Qu'en partenariat avec les Premières Nations et les Inuits, le gouvernement du Canada prenne sans tarder des mesures pour reconnaître officiellement l'importance du rôle joué par les conseillers et les guérisseurs traditionnels des peuples autochtones dans le cadre du programme des services de santé non assurés; et qu'ensemble, ils déterminent le meilleur moyen d'indemniser les conseillers et les guérisseurs traditionnels qui participent au programme. 14

Recommandation 2

Qu'en collaboration avec des spécialistes et des membres des collectivités des Premières Nations et des Inuits, le gouvernement du Canada examine la politique de 2020 de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits imposant une formation sur les compétences culturelles; et que les résultats de cet examen soient utilisés pour améliorer la politique et veiller à ce que la formation tienne compte des traumatismes et soit axée sur le genre. 15

Recommandation 3

Qu'en partenariat avec les organismes de santé autochtones, et dans le respect des compétences des provinces et territoires, le gouvernement du Canada travaille avec ces derniers, ainsi que leurs organismes de réglementation des professions de la santé, pour que les professionnels de la santé soient tenus de participer à une formation sur la sécurisation culturelle, selon les besoins, dans le cadre de leurs obligations de perfectionnement..... 15

Recommandation 4

Que le gouvernement du Canada recueille les observations des organisations et des professionnels de la santé autochtones sur l'efficacité des fonctionnaires qui s'occupent du programme des services de santé non assurés (SSNA) et la compréhension des particularités culturelles, et qu'il travaille à améliorer les connaissances des bureaux chargés du programme des SSNA sur les collectivités inuites et des Premières Nations qu'ils servent, ainsi qu'à déceler et à éliminer toute barrière créée par ces bureaux qui empêche les Canadiens autochtones d'avoir accès à des soins de base en offrant de la formation aux employés chargés du programme des SSNA. 16

Recommandation 5

Qu'en collaboration avec ses partenaires inuits et des Premières Nations, le gouvernement du Canada entreprenne d'urgence une étude sur le cadre de la politique du programme des services de santé non assurés concernant le transport pour raisons médicales afin de clarifier les critères d'admissibilité des accompagnateurs; et que l'accompagnement pour motifs de compassion soit ajouté aux critères d'admissibilité des accompagnateurs. 18

Recommandation 6

Qu'en collaboration avec ses partenaires inuits et des Premières Nations, le gouvernement du Canada prenne des mesures pour reconnaître le rôle joué par les accompagnateurs dans le cadre du programme des services de santé non assurés, par exemple étudier des mécanismes pour indemniser les accompagnateurs du salaire perdu et d'autres dépenses, comme les frais de garde qu'ils doivent engager pendant leurs déplacements. 19

Recommandation 7

Qu'en partenariat avec les Premières Nations et les Inuits, le gouvernement du Canada examine des régimes de soins de santé collectifs privés et publics comparables au Canada pour trouver et adopter sans tarder des moyens de moderniser le programme des services de santé non assurés (SSNA) et de le convertir au numérique afin d'en améliorer l'efficacité et de verser rapidement aux prestataires de services et aux bénéficiaires du programme des SSNA des indemnités égales ou supérieures à celles prévues dans les normes du secteur privé; en particulier, que le gouvernement du Canada crée un mode de communication numérique protégé permettant de renseigner les patients et les professionnels de la santé, de suivre l'état des demandes et d'établir une piste de vérification numérique. 21

Recommandation 8

Qu'en collaboration avec des spécialistes et des membres des collectivités des Premières Nations et du peuple inuit, le gouvernement du Canada modernise le programme des services de santé non assurés (SSNA) et simplifie le processus d'approbation des demandes en autorisant l'approbation automatique de certains services; qu'en ayant recours aux technologies les plus récentes, il prenne des mesures supplémentaires (par exemple simplifier les processus de demande, de traitement et d'approbation) pour convertir le programme des SSNA au numérique et alléger le fardeau administratif; et que toute mesure prise pour moderniser le programme soit axée sur les patients et conçue en consultation avec eux afin que les bénéficiaires des SSNA obtiennent rapidement des prestations médicales adéquates, sans toutefois que les technologies adoptées entravent l'accès aux services. 25

Recommandation 9

Qu'en collaboration avec ses partenaires inuits et des Premières Nations, le gouvernement du Canada entreprenne un examen du programme des services de santé non assurés pour veiller à ce que les prestations médicales offertes dans le cadre de ce programme répondent aux besoins des Premières Nations et des Inuits et que les indemnités prévues pour le transport pour des raisons médicales soient comparables à celles que le gouvernement du Canada offre à d'autres groupes de personnes, comme les anciens combattants..... 26

Recommandation 10

Que le gouvernement du Canada collabore avec les gouvernements et les organisations métis afin que les Métis qui ne sont pas admissibles au programme des services de santé non assurés aient un accès aux services de santé comparable à celui dont jouissent les autres peuples autochtones, tout en poursuivant ses efforts pour niveler les inégalités entre les populations autochtone et non autochtone en matière de services..... 29

Recommandation 11

Qu'en partenariat avec les Premières Nations et les Inuits et conformément au principe de Joyce, le gouvernement du Canada prenne des mesures pour éliminer le racisme systémique dans le cadre du programme des services de santé non assurés (SSNA); et que le problème du racisme systémique soit pris en considération à toutes les étapes de l'examen et de la réforme du programme des SSNA..... 30

Recommandation 12

Qu'en collaboration avec ses partenaires inuits et des Premières Nations, le gouvernement du Canada examine le programme des services de santé non assurés afin que l'admissibilité aux indemnités de transport pour des raisons médicales soit accordée aux personnes qui vivent dans des centres urbains. 31

Recommandation 13

Qu'en collaboration avec ses partenaires inuits et des Premières Nations, le gouvernement du Canada examine le programme des services de santé non assurés pour veiller à ce que les indemnités prévues pour les instruments médicaux soient comparables à celles du programme provincial ou territorial qui offre la meilleure indemnisation, plutôt que d'être autorisées au cas par cas pour l'obtention d'instruments médicaux comme les systèmes de surveillance de la glycémie par capteurs. 34

Recommandation 14

Qu'en collaboration avec ses partenaires inuits et des Premières Nations et les intervenants compétents, le gouvernement du Canada examine les indemnités pour soins dentaires prévues dans le programme des services de santé non assurés pour veiller à ce que ces indemnités et le processus d'autorisation des services soient comparables à ceux prévus dans des régimes de soins dentaires semblables, comme celui de la fonction publique fédérale..... 35

Recommandation 15

Qu'en collaboration avec ses partenaires inuits, métis et des Premières Nations et les intervenants compétents, le gouvernement du Canada crée une stratégie d'investissement pour améliorer la santé buccodentaire des collectivités autochtones. 35

Recommandation 16

Que le gouvernement du Canada augmente les indemnités accordées pour les soins de la vue en vertu du programme des services de santé non assurés afin qu'elles reflètent le coût réel des examens de la vue et des lunettes, et qu'il étende l'indemnisation aux lentilles cornéennes et, dans les cas pertinents, à la chirurgie oculaire au laser. 36

Recommandation 17

Que le gouvernement du Canada rajoute immédiatement les conseillers canadiens certifiés à la liste des praticiens approuvés dans le cadre du programme des services de santé non assurés dans les provinces où cette profession n'est pas réglementée. 38

Recommandation 18

Que le gouvernement travaille en collaboration avec ses partenaires inuits et des Premières Nations, les organismes de réglementation des professions de la santé et les associations de professionnels de la santé pour mieux faire connaître le programme des services de santé non assurés..... 39



VERS L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES PEUPLES AUTOCHTONES AU CANADA : ADMINISTRATION ET ACCESSIBILITÉ DU PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS

INTRODUCTION

Avant la création du gouvernement du Canada et des provinces, les Premières Nations, les Inuits et les Métis avaient leurs propres systèmes de santé et les gèrent efficacement. Depuis l'adoption des lois et des politiques coloniales, tous les indicateurs de la santé des peuples autochtones ont touché le fond, comparativement aux résultats du reste de la population canadienne. Le Canada continue de manquer à son devoir d'offrir des services aux Autochtones.

Au Canada, les provinces et les territoires s'occupent en grande partie de l'administration et de la prestation des services de santé. Le rôle du gouvernement fédéral consiste surtout à leur verser des transferts, qui ont une incidence sur la prestation de ces services¹, et aussi à offrir des services de santé primaires et complémentaires à certains groupes de la population, comme les membres inscrits des Premières Nations et les Inuits. En particulier, le gouvernement fédéral administre le programme des services de santé non assurés (SSNA), qui offre aux membres des Premières Nations et aux Inuits admissibles² des prestations pour les services de santé non remboursés par les programmes sociaux, les régimes d'assurance publics ou privés ou les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux³.

1 Le Transfert canadien en matière de santé est le principal moyen utilisé par le gouvernement fédéral pour contribuer au financement des systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux. Voir : Sonya Norris, « [Le financement fédéral des soins de santé](#) », Bibliothèque du Parlement, étude générale, publication n° 2018-45, 29 décembre 2020.

2 Les personnes [admissibles](#) au programme des SSNA sont les membres des Premières Nations inscrits conformément à la *Loi sur les Indiens*, les Inuits reconnus par une organisation inuite de revendication territoriale, ainsi que les enfants de moins de deux ans dont le parent est un client admissible au programme des SSNA. D'après le [Rapport annuel de 2020 à 2021](#) de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, en date du 31 mars 2021, il y avait 898 839 personnes (848 247 membres des Premières Nations et 50 592 Inuits) admissibles aux services couverts par le programme.

3 Gouvernement du Canada, [Services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuits](#).



Administré par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Services aux Autochtones Canada, le programme des SSNA offre des prestations pour des produits et des services dans les catégories des soins de la vue, des soins dentaires, du counseling en santé mentale, de l'équipement médical et des fournitures médicales, des médicaments sur ordonnance et en vente libre (régime de prestations pharmaceutiques ou régime d'assurance-médicaments) ainsi que du transport pour des raisons médicales (lorsque les services nécessaires du point de vue médical ne sont pas disponibles à proximité). Le programme des SSNA se distingue des autres régimes d'assurance-maladie collectifs en ce que ses prestations « ne sont pas fondées sur le revenu et il n'y a pas de quote-part ni de franchise⁴ ». Selon l'honorable Patty Hajdu, ministre des Services aux Autochtones, le régime de prestations pharmaceutiques des SSNA, qui représente la plus grosse part des dépenses du programme, « est l'un des plus importants régimes d'assurance-médicaments financés par le secteur public au pays⁵ ».

La santé des peuples autochtones et leur accès à des services médicaux souffrent toujours des inégalités causées par des facteurs tels que la colonisation, la discrimination, le racisme systémique, le sexisme, le traumatisme intergénérationnel et l'exclusion sociale⁶. Le gouvernement du Canada doit moderniser la façon dont il fournit des soins de santé aux Autochtones et corriger les inégalités qui creusent l'écart entre les résultats sur la santé des Autochtones et ceux des non-Autochtones. Une administration inadéquate du programme des SSNA a des effets néfastes sur la santé des membres des Premières Nations et des Inuits qui comptent sur ce programme pour obtenir de l'équipement médical, des médicaments et des services médicaux essentiels. Selon le Dr Alika Lafontaine, président désigné de l'Association médicale canadienne,

4 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord [INAN], [Témoignages](#), 6 mai 2022, 1300 (l'honorable Patty Hajdu, ministre des Services aux Autochtones).

5 *Ibid.*

6 INAN, [Témoignages](#), 29 avril 2022, 1310 (Cassidy Caron, présidente, Ralliement national des Métis); INAN, [Témoignages](#), 29 avril 2022, 1320–1325 (David Pratt, premier vice-chef, Federation of Sovereign Indigenous Nations, Assemblée des Premières Nations); INAN, [Témoignages](#), 3 mai 2022, 1630 (Dr Alika Lafontaine, président désigné, Association médicale canadienne); INAN, [Témoignages](#), 3 mai 2022, 1640 (Dr Evan Adams, vice-président, Association des médecins autochtones du Canada); INAN, [Témoignages](#), 3 mai 2022, 1720 (Dr James A. Makokis, médecin de famille cri des Plaines, Nation Kinokamasihk Nehiyawak, territoire visé par le Traité n° 6, à titre personnel); INAN, [Témoignages](#), 6 mai 2022, 1300 (ministre Hajdu); INAN, [Témoignages](#), 6 mai 2022, 1405 (Colleen Erickson, présidente, First Nations Health Authority); INAN, [Témoignages](#), 10 mai 2022, 1620 (Marg Friesen, ministre de la Santé, Métis Nation-Saskatchewan); INAN, [Témoignages](#), 13 mai 2022, 1315 (Caroline Lidstone-Jones, directrice générale, Indigenous Primary Health Care Council); INAN, [Témoignages](#), 13 mai 2022, 1405 (Isabelle Wallace, infirmière en santé communautaire, Première Nation malécite du Madawaska); INAN, [Témoignages](#), 31 mai 2022, 1630 (Lee Allison Clark, gestionnaire, Politiques et recherches, Association des femmes autochtones du Canada); Première Nation des Kwanlin Dün, [Mémoire adressé au Comité permanent des affaires et du Nord](#), 28 juillet 2022, p. 1.

« [i]l est essentiel d'améliorer l'administration et l'accessibilité du programme des [SSNA] si nous voulons lutter contre les injustices en matière de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones au Canada⁷ ».

Jerry Daniels, grand chef de la Southern Chiefs' Organization, a déclaré que, sous sa forme actuelle, le programme des SSNA nuit à la santé des membres des Premières Nations plutôt que de l'améliorer : « L'administration du programme et l'application incohérente de la politique du programme font en sorte que les citoyens reçoivent des services de qualité inférieure ou se voient carrément refuser des soins. Je ne saurais trop insister sur le fait que nos citoyens nous ont dit qu'aucune composante du programme des SSNA ne répond à leurs besoins⁸. » De même, la Première Nation des Kwanlin Dün a décrit le programme des SSNA comme un « échec » et a affirmé qu'il « n'est pas conçu pour les personnes à faible revenu, qui constituent la réalité socioéconomique de bien des peuples autochtones au Canada⁹ ».

De plus, puisque « les femmes autochtones ont plus souvent recours aux SSNA que les hommes autochtones, » il faut examiner les problèmes constatés dans le programme des SSNA, et plus généralement dans l'ensemble du système de santé, en tenant compte des différences entre les sexes¹⁰. D'après Lee Allison Clark, gestionnaire, Politiques et recherches à l'Association des femmes autochtones du Canada (AFAC), « il faut faire davantage pour veiller à ce que les femmes, les filles et les personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre autochtones aient accès à des services de soins de santé essentiels qui sont acceptables, qui respectent les différences culturelles et l'identité de genre et qui tiennent compte des traumatismes¹¹ ».

Le 1^{er} février 2022, le Comité permanent des affaires autochtones et du Nord de la Chambre des communes (le Comité) a convenu d'entreprendre une étude sur l'accessibilité et l'administration du programme des SSNA et sur la mise en œuvre des appels à l'action n^{os} 18 à 24 de la Commission de vérité et de réconciliation en matière de santé (voir l'annexe A). Le Comité a décidé de se pencher plus particulièrement sur :

7 INAN, *Témoignages*, 3 mai 2022, 1630 (Dr Lafontaine).

8 INAN, *Témoignages*, 31 mai 2022, 1635 (grand chef Jerry Daniels, Southern Chiefs' Organization Inc.).

9 Première Nation des Kwanlin Dün, *Mémoire adressé au Comité permanent des affaires et du Nord*, 28 juillet 2022, p. 1.

10 INAN, *Témoignages*, 31 mai 2022, 1630 (Mme Clark).

11 *Ibid.*



- la reconnaissance des conseillers traditionnels des peuples autochtones comme des soutiens en santé mentale culturellement pertinents;
- l'accès à des escortes médicales pour les patients qui doivent se déplacer pour avoir accès à des soins de santé, y compris l'indemnisation de ces escortes;
- la remédiation du retard de la rémunération des fournisseurs de services.

La motion adoptée par le comité est formulée ainsi :

Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité entreprenne une étude concernant les droits des peuples autochtones en matière de soins de santé par le biais de l'accessibilité et de l'administration du programme des services de santé non assurés (SSNA), dans le cadre de la mise en œuvre des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation en matière de santé (nos 18 à 24), en particulier, reconnaître les conseillers traditionnels des Premières Nations, des Métis et des Inuits comme des soutiens en santé mentale culturellement pertinents qui doivent être accessibles par l'entremise des services de santé non assurés (comme l'affirme l'appel à l'action no 22 de la de la Commission de vérité et réconciliation), les escortes médicales pour les patients qui doivent se déplacer pour avoir accès à des soins de santé, et remédier au retard de la rémunération des fournisseurs de services qui se traduit par le départ des fournisseurs de soins de santé disponibles pour les utilisateurs des services de santé non assurés; que le Comité invite le ministre des Affaires du Nord et la ministre des Services aux Autochtones, des fournisseurs de soins de santé, des représentants des communautés autochtones et des représentants du gouvernement afin d'étudier cet enjeu; que le Comité tienne au moins six réunions sur cette question; que le Comité fasse rapport de ses conclusions et recommandations à la Chambre; et que, conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au rapport¹².

Le Comité a recueilli une grande variété de témoignages sur le programme des SSNA, son importance et ses défauts. Dans le présent rapport, le Comité présente d'abord ses constatations et ses recommandations sur les objets de l'étude susmentionnés, puis

12 INAN, [Procès-verbal](#), 1^{er} février 2022.

traite d'autres questions soulevées par les témoins. Le Comité a reçu huit mémoires et a entendu 40 témoins au cours de six réunions. Il tient à remercier toutes les personnes qui ont participé à l'étude pour leur précieuse contribution.

GUÉRISSEURS TRADITIONNELS, ACCOMPAGNATEURS ET RETARD DE LA RÉMUNÉRATION DES PRESTATAIRES DE SERVICES

Comme il a déjà été indiqué, l'étude du Comité portait sur trois questions : la reconnaissance des conseillers et des guérisseurs traditionnels comme personnes de soutien en santé mentale, l'accès à des accompagnateurs de l'intérieur et de l'extérieur du milieu médical, et le délai de versement des prestations. Ces trois questions sont successivement abordées dans le présent rapport.

Guérisseurs traditionnels et savoir autochtone

Beaucoup de peuples autochtones voient la santé comme un état global dont tous les aspects (santé physique, mentale, psychosociale, émotionnelle et spirituelle) et les traitements sont reliés¹³. Marceline Tshernish, directrice du Secteur santé de l'organisation Innu TakuaiKAN Uashat Mak Mani-Utenam, a affirmé : « Pour nous, la santé est un tout¹⁴. »

Pendant l'étude, le Comité a entendu parler de l'importance de la médecine traditionnelle et du savoir autochtone :

[L]es Premières Nations avaient [...] leur propre système de soins de santé avant le contact avec les Européens. Nous nous fions énormément à nos guérisseurs spirituels et traditionnels, comme nous le faisons toujours. Bon nombre des membres des Premières Nations utilisent les deux systèmes de soins [occidental et autochtone]. S'ils se font soigner pour un cancer, ils font également appel aux médicaments et aux guérisseurs traditionnels, et ils sont nombreux à avoir été guéris¹⁵.

13 INAN, *Témoignages*, 29 avril 2022, 1335 (présidente Caron); INAN, *Témoignages*, 29 avril 2022, 1335 (premier vice-chef Pratt); INAN, *Témoignages*, 3 mai 2022, 1705 (Dr Adams); INAN, *Témoignages*, 6 mai 2022, 1415 (Carl Dalton, président-directeur général, Nishnawbe Aski Mental Health and Addictions Support Access Program); INAN, *Témoignages*, 6 mai 2022, 1505 (Jessie Messier, gestionnaire par intérim, Services de santé, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador); INAN, *Témoignages*, 10 mai 2022, 1620 (ministre Friesen); INAN, *Témoignages*, 10 mai 2022, 1720 et 1745 (Marceline Tshernish, directrice, Secteur santé, Innu TakuaiKAN Uashat Mak Mani-Utenam); INAN, *Témoignages*, 13 mai 2022, 1350 (Mme Lidstone-Jones).

14 INAN, *Témoignages*, 10 mai 2022, 1745 (Mme Tshernish).

15 INAN, *Témoignages*, 29 avril 2022, 1335 (premier vice-chef Pratt).



Le Comité a appris que les Inuits croient aussi que les systèmes de soins de santé traditionnel et occidental « peuvent cohabiter et s'appuyer mutuellement pour les diagnostics et les traitements¹⁶ ».

Le programme des SSNA couvre les frais de déplacement engagés pour consulter un aîné ou un guérisseur traditionnel. Par contre, la rémunération de l'aîné ou du guérisseur est à la charge du patient¹⁷. Des témoins ont fait remarquer que, vu la grande importance des conseillers et des guérisseurs traditionnels dans la prestation des soins de santé pour les Autochtones, les services de ces personnes devraient être reconnus et rémunérés en conséquence¹⁸.

Par ailleurs, il est essentiel de garantir l'accès aux services fournis par les aînés et les guérisseurs autochtones. D'après le Dr James A. Makokis, médecin de famille cri des Plaines de la nation Kinokamasihk Nehiyawak Nation sur le territoire visé par le Traité n° 6, « il faudrait reconstruire systématiquement les systèmes de santé autochtones. Et cela commence par le financement des guérisseurs autochtones, des aînés et des jeunes qui peuvent s'initier auprès d'eux¹⁹. » Le Dr Makokis a indiqué qu'un exemple prometteur est le programme de formation offert par le Diné College de la nation Navajo :

Le Diné College de la nation Navajo offre une formation aux Autochtones qui pratiquent la médecine traditionnelle et aux étudiants navajos qui veulent s'initier auprès des aînés de leur communauté. Il faut instaurer les processus nécessaires dans notre pays pour qu'il y ait des étudiants en médecine autochtone, des écoles de médecine autochtone, avec une formation aux côtés de nos aînés et de nos spécialistes de la médecine traditionnelle, pour que nous puissions offrir des soins aussi valables que ceux de la médecine occidentale, dans un contexte culturellement sécuritaire et dans des conditions appropriées²⁰.

Le Comité a appris qu'au Canada,

[i]l est difficile d'avoir accès à des services offerts par des praticiens autochtones. Il existe bien une liste de prestataires de services en santé mentale pour le programme

16 INAN, [Témoignages](#), 29 avril 2022, 1405 (Natan Obed, président, Inuit Tapiriit Kanatami).

17 INAN, [Témoignages](#), 3 mai 2022, 1710 (Dr Makokis).

18 INAN, [Témoignages](#), 29 avril 2022, 1325 (premier vice-chef Pratt); INAN, [Témoignages](#), 29 avril 2022, 1405 (président Obed); INAN, [Témoignages](#), 3 mai 2022, 1730 (Dr Makokis); INAN, [Témoignages](#), 3 mai 2022, 1615 (l'honorable John Main, ministre de la Santé, gouvernement du Nunavut); INAN, [Témoignages](#), 10 mai 2022, 1725 (Mme Tshernish); INAN, [Témoignages](#), 13 mai 2022, 1330 (Mme Lidstone-Jones); INAN, [Témoignages](#), 13 mai 2022, 1345 (Maggie Putulik, vice-présidente, Services de santé, Nunasi Corporation).

19 INAN, [Témoignages](#), 3 mai 2022, 1710 (Dr Makokis).

20 INAN, [Témoignages](#), 3 mai 2022, 1730 (Dr Makokis).

des SSNA, mais on y retrouve principalement des praticiens allochtones offrant des services non adaptés. Il est essentiel d'établir une liste similaire de praticiens autochtones, assortie d'un financement suffisant pour mettre l'accent sur les soutiens traditionnels aux fins de la guérison et du mieux-être, surtout à partir du moment où l'on convient que la culture est un vecteur de traitement et de guérison. La réappropriation de la culture, la guérison axée sur la terre et la connexion avec des prestataires de services culturels sont des stratégies bien connues qui ont fait la preuve de leur efficacité pour aider la population autochtone dans son parcours de guérison²¹.

La ministre Hajdu a indiqué que son ministère « appu[ie] un accès accru à des soins complets de qualité, culturellement fondés », notamment en offrant « un soutien souple aux organisations qui aident les gens à rester en contact avec leur culture, leur guérison traditionnelle et leurs façons d'être traditionnelles²². » La ministre a aussi indiqué que, pour la toute première fois, on avait ajouté les services des guérisseurs traditionnels à la liste des services de soutien en santé mentale couverts.

Valerie Gideon, sous-ministre déléguée du ministère des Services aux Autochtones, a expliqué au Comité que son ministère ne s'occupe pas directement des services fournis par les guérisseurs traditionnels; ce sont plutôt des organisations ou des gouvernements autochtones qui administrent ces services et qui rémunèrent les guérisseurs grâce à un financement du gouvernement fédéral : « Il n'y a pas de reconnaissance ou de certification associée aux services des guérisseurs traditionnels. En règle générale, nous recevons une lettre ou une note de l'organisation communautaire inuite ou des Premières Nations qui fait valoir qu'un guérisseur traditionnel ou un intervenant culturel est reconnu ou fait partie des services qu'elle offre²³. »

Selon Mme Clark :

L'administration du programme des SSNA doit intégrer [les vastes connaissances des Autochtones en matière de remèdes traditionnels et de pratiques socioculturelles] et tenir compte des différences culturelles et sexospécifiques, ainsi que la diversité de genre, si nous souhaitons emprunter pleinement la voie de la réconciliation [...] En ce qui concerne les SSNA, cela signifie augmenter [...] l'accès facile à la médecine allopathique [occidentale] et traditionnelle préventive et à accroître l'offre²⁴.

21 INAN, *Témoignages*, 13 mai 2022, 1310 (Mme Lidstone-Jones).

22 INAN, *Témoignages*, 6 mai 2022, 1300 (ministre Hajdu).

23 INAN, *Témoignages*, 6 mai 2022, 1330 (Valerie Gideon, sous-ministre déléguée, ministère des Services aux Autochtones).

24 INAN, *Témoignages*, 31 mai 2022, 1630 (Mme Clark).



Mme Clark a plus tard ajouté que « [l]e fait d'avoir vos gens, votre savoir et vos façons de faire traditionnelles faire partie intégrante de vos soins de santé ne peut que mener à une amélioration de la santé mentale de chacun²⁵ ».

En se fondant sur les témoignages reçus, le Comité recommande ce qui suit :

Recommandation 1

Qu'en partenariat avec les Premières Nations et les Inuits, le gouvernement du Canada prenne sans tarder des mesures pour reconnaître officiellement l'importance du rôle joué par les conseillers et les guérisseurs traditionnels des peuples autochtones dans le cadre du programme des services de santé non assurés; et qu'ensemble, ils déterminent le meilleur moyen d'indemniser les conseillers et les guérisseurs traditionnels qui participent au programme.

Outre l'amélioration de l'accès à la médecine traditionnelle et à des praticiens autochtones, un témoin a recommandé qu'une formation obligatoire sur la sécurisation culturelle²⁶ soit donnée aux administrateurs du programme des SSNA et aux prestataires de services²⁷. Le Comité a appris qu'« [i]l y a un manque flagrant d'accès à des soins tenant compte des particularités culturelles²⁸ » et que cela « a des conséquences extrêmement néfastes sur la santé des membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits²⁹ ». Selon le Dr Makokis,

[L]es fonctionnaires du programme sont complètement déconnectés de la réalité de ce que vivent les gens dans les réserves et les collectivités dont ils sont censés s'occuper. Ils constituent un obstacle extrême à la prestation des soins de base, des soins normaux. Ils n'ont reçu aucune formation au sujet des peuples autochtones, de la santé des peuples autochtones, de la promesse faite dans notre traité à propos de la santé et des soins de santé, des services médicaux, des fournitures médicales. C'est un énorme problème³⁰.

25 INAN, *Témoignages*, 31 mai 2022, 1720 (Mme Clark).

26 Sur son [site Web](#), la Régie de la santé des Premières Nations définit la sécurité culturelle (*cultural safety* en anglais) comme le « produit d'une relation respectueuse dans laquelle on reconnaît et on tente de corriger le déséquilibre des pouvoirs qui fait partie intégrante du système de soins de santé. Il en résulte un environnement sans racisme ni discrimination dans lequel les patients se sentent en sécurité lorsqu'ils reçoivent des soins de santé [TRADUCTION]. »

27 INAN, *Témoignages*, 13 mai 2022, 1315 (Mme Lidstone-Jones).

28 *Ibid.*

29 INAN, *Témoignages*, 13 mai 2022, 1410 (Mme Wallace).

30 INAN, *Témoignages*, 3 mai 2022, 1650 (Dr Makokis).

Angela Grier, responsable des Initiatives autochtones à l'Association canadienne de counseling et de psychothérapie, a déploré le fait que les gens qui exécutent le programme « n'ont peut-être pas les compétences culturelles pour travailler dans nos populations. Nous sommes à leur merci³¹. » Dans le mémoire qu'il a envoyé au Comité, l'Indigenous Primary Health Care Council recommande « une formation obligatoire sur l'adaptation des soins aux cultures autochtones pour les intervenants au sein du Programme des SSNA et les fournisseurs de services³² ».

D'après Services aux Autochtones Canada, une nouvelle politique adoptée en janvier 2020 « exige que la direction et les employés de tous les niveaux et classifications [au ministère] suivent l'équivalent de 2 jours (15 heures) de formation sur les compétences culturelles autochtones sur une base annuelle³³ ». Or, les témoignages fournis au Comité révèlent que cette nouvelle politique est soit insuffisante, soit inadéquate.

En se fondant sur les témoignages reçus, le Comité recommande ce qui suit :

Recommandation 2

Qu'en collaboration avec des spécialistes et des membres des collectivités des Premières Nations et des Inuits, le gouvernement du Canada examine la politique de 2020 de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits imposant une formation sur les compétences culturelles; et que les résultats de cet examen soient utilisés pour améliorer la politique et veiller à ce que la formation tienne compte des traumatismes et soit axée sur le genre.

Recommandation 3

Qu'en partenariat avec les organismes de santé autochtones, et dans le respect des compétences des provinces et territoires, le gouvernement du Canada travaille avec ces derniers, ainsi que leurs organismes de réglementation des professions de la santé, pour que les professionnels de la santé soient tenus de participer à une formation sur la sécurisation culturelle, selon les besoins, dans le cadre de leurs obligations de perfectionnement.

31 INAN, *Témoignages*, 10 mai 2022, 1755 (Angela Grier, responsable, Initiatives autochtones, Association canadienne de counseling et de psychothérapie).

32 Indigenous Primary Health Care Council, *Étude sur l'administration et l'accessibilité des peuples autochtones au Programme des services de santé non assurés*, 13 mai 2022, p. 9.

33 Gouvernement du Canada, *Santé*.



Recommandation 4

Que le gouvernement du Canada recueille les observations des organisations et des professionnels de la santé autochtones sur l'efficacité des fonctionnaires qui s'occupent du programme des services de santé non assurés (SSNA) et la compréhension des particularités culturelles, et qu'il travaille à améliorer les connaissances des bureaux chargés du programme des SSNA sur les collectivités inuites et des Premières Nations qu'ils servent, ainsi qu'à déceler et à éliminer toute barrière créée par ces bureaux qui empêche les Canadiens autochtones d'avoir accès à des soins de base en offrant de la formation aux employés chargés du programme des SSNA.

Accompagnateurs

Le programme des SSNA couvre certaines dépenses, comme les billets d'avion, les repas et l'hébergement, lorsque les bénéficiaires doivent se déplacer pour obtenir des services nécessaires du point de vue médical. Ces indemnités peuvent aussi s'appliquer aux dépenses effectuées pour l'accompagnateur (parfois appelé escorte) du bénéficiaire. L'accompagnateur peut être une personne du milieu médical (comme un médecin ou une infirmière) ou non médical (par exemple dans les cas où le bénéficiaire est un enfant, une femme enceinte ou une personne qui a besoin d'aide pour les tâches de la vie quotidienne ou qui se heurte à des barrières linguistiques). L'accompagnateur peut aussi offrir un soutien social, psychosocial et émotif³⁴. Selon un processus d'évaluation au cas par cas, le programme peut couvrir les frais de plus d'un accompagnateur pour un bénéficiaire³⁵. Le Comité a appris que l'approbation des accompagnateurs est un grand sujet de préoccupation dans le Nord, car les habitants de cette région doivent souvent se déplacer pour obtenir des services médicaux³⁶.

Le comité a aussi appris qu'il y avait de longs retards dans le versement des prestations pour les accompagnateurs; que le ministère mettait souvent des semaines, voire des mois, à indiquer s'il approuvait un membre du personnel médical proposé comme accompagnateur; et qu'il ne justifiait pas toujours ses refus³⁷. Ken Kyikavichik, grand chef du Conseil tribal des Gwich'in, a déclaré : « Il nous arrive souvent d'entendre parler de résidents qui ont besoin d'un accompagnement du service de santé pour effectuer un

34 INAN, *Témoignages*, 13 mai 2022, 1315 (Mme Putulik).

35 INAN, *Témoignages*, 6 mai 2022, 1340 (ministre Hajdu).

36 INAN, *Témoignages*, 13 mai 2022, 1410 (grand chef Ken Kyikavichik, Conseil tribal des Gwich'in).

37 INAN, *Témoignages*, 29 avril 2022, 1330 (président Obed); INAN, *Témoignages*, 3 mai 2022, 1540 (l'honorable Julie Green, ministre de la Santé et des Services sociaux, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest).

déplacement et qui ne le reçoivent pas [...] [N]os gens se retrouvent souvent empêtrés dans des dédales administratifs ou on leur demande de démontrer leur état de santé [...] sous peine de se voir automatiquement refuser ce service³⁸. »

On a aussi qualifié les critères d'admissibilité pour les accompagnateurs de critères limités et vagues³⁹. Des témoins ont indiqué qu'il faudrait que la politique sur les accompagnateurs soit plus souple, qu'elle tienne compte de davantage de facteurs culturels, et que les critères d'admissibilité des accompagnateurs soient clarifiés pour être faciles à interpréter⁴⁰.

On a également dit au Comité que certains types d'accompagnement pour des raisons non médicales n'étaient pas visés par les prestations du programme des SSNA :

[C]ertaines personnes venant de petites communautés se sont plaintes, parce qu'elles n'ont pas l'habitude de visiter des villes comme Yellowknife qui est très petite. Alors vous imaginez bien que pour se rendre à Edmonton et dans des villes plus au sud, ces gens voudraient être accompagnés. Les aînés plus particulièrement voudraient être accompagnés. Ce type d'accompagnement compatissant n'est pas pris en compte dans les prestations des SSNA. Le Programme tient compte des besoins d'interprétation, d'aide à la mobilité et autres, mais pas de l'accompagnement compatissant. Il me semble que ce que nous offrons ne convient pas à la population sur le plan culturel. Je voudrais que les responsables discutent de ce problème pour apporter des changements⁴¹.

Enfin, le Comité a appris que le programme des SSNA offrait un remboursement pour les déplacements des accompagnateurs du milieu médical et non médical, mais pas de rémunération⁴². Des témoins ont soutenu que les accompagnateurs devraient recevoir un salaire⁴³. Cependant, une représentante du gouvernement des Territoires du Nord-

38 INAN, [Témoignages](#), 13 mai 2022, 1410 (grand chef Kyikavichik).

39 INAN, [Témoignages](#), 3 mai 2022, 1605 (l'honorable Tracy-Anne McPhee, ministre de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Yukon); INAN, [Témoignages](#), 13 mai 2022, 1315 (Mme Putulik).

40 INAN, [Témoignages](#), 3 mai 2022, 1610 (ministre Main); INAN, [Témoignages](#), 13 mai 2022, 1315 (Mme Putulik).

41 INAN, [Témoignages](#), 3 mai 2022, 1600 (ministre Green).

42 INAN, [Témoignages](#), 3 mai 2022, 1730 (Dr Makokis); Première Nation des Kwanlin Dün, [Mémoire adressé au Comité permanent des affaires autochtones et du Nord](#), 28 juillet 2022, p. 4. Dans le [Cadre de travail sur le transport pour raison médicale du Programme des Services de santé non assurés \(SSNA\) \(Version provisoire\)](#), on explique que « [l]es prestations de transport pour raison médicale ne comprennent pas le paiement de frais, d'honoraires ou d'un salaire à l'accompagnateur, qu'il soit du service de santé ou autre ».

43 INAN, [Témoignages](#), 3 mai 2022, 1620 (ministre Main); INAN, [Témoignages](#), 13 mai 2022, 1340 (Mme Putulik); INAN, [Témoignages](#), 31 mai 2022, 1635 (Joy Idlout, agente, Rémunération et avantages sociaux, à titre personnel).



Ouest – qui administre certaines parties du programme des SSNA dans le cadre d’une entente de service conclue avec le gouvernement fédéral⁴⁴ – a exprimé des inquiétudes sur ce qu’il en coûterait de rémunérer officiellement les accompagnateurs⁴⁵. De son côté, Caroline Lidstone-Jones, directrice générale de l’Indigenous Primary Health Care Council, a mentionné que son organisation offre une rémunération journalière aux accompagnateurs⁴⁶.

Joy Idlout, une agente de la rémunération et des avantages sociaux qui a témoigné à titre personnel, a décrit les conséquences de l’absence d’une rémunération pour les accompagnateurs et leur famille :

[Faute d’hôpitaux dans la plupart des communautés du Nord, les malades doivent] prendre l’avion pour aller se faire soigner. Nous finissons par devoir [trouver au malade] un accompagnateur, ce qui laisse les familles et les enfants derrière. Tous souffrent des absences qui durent des mois [...] J’ai un emploi à temps plein. La plupart du temps, je dois accompagner ma grand-mère à l’hôpital, Je dois alors prendre un congé non payé, parce qu’elle n’est pas à ma charge et n’est pas admissible à le devenir [...] Je suis la seule, à la maison, à occuper un emploi. Ça coûte très cher [...] Je me demande par moments comment je vais arriver à nourrir mes enfants⁴⁷.

En se fondant sur les témoignages reçus, le Comité recommande ce qui suit :

Recommandation 5

Qu’en collaboration avec ses partenaires inuits et des Premières Nations, le gouvernement du Canada entreprenne d’urgence une étude sur le cadre de la politique du programme des services de santé non assurés concernant le transport pour raisons médicales afin de clarifier les critères d’admissibilité des accompagnateurs; et que l’accompagnement pour motifs de compassion soit ajouté aux critères d’admissibilité des accompagnateurs.

44 INAN, *Témoignages*, 3 mai 2022, 1540 (ministre Green).

45 INAN, *Témoignages*, 3 mai 2022, 1620 (ministre Green).

46 INAN, *Témoignages*, 13 mai 2022, 1345 (Mme Lidstone-Jones).

47 INAN, *Témoignages*, 31 mai 2022, 1700–1705 (Mme Idlout).

Recommandation 6

Qu'en collaboration avec ses partenaires inuits et des Premières Nations, le gouvernement du Canada prenne des mesures pour reconnaître le rôle joué par les accompagnateurs dans le cadre du programme des services de santé non assurés, par exemple étudier des mécanismes pour indemniser les accompagnateurs du salaire perdu et d'autres dépenses, comme les frais de garde qu'ils doivent engager pendant leurs déplacements.

Retard de la rémunération des prestataires de services

Le programme des SSNA fonctionne comme un régime d'assurance collective. Pour qu'il soit efficace, il faut convaincre les prestataires de services d'y participer et les rembourser rapidement. Pourtant, le Comité a appris que « [l]es remboursements du programme aux fournisseurs de services tardent à arriver ou sont refusés⁴⁸ ». Comparativement aux autres services d'assurance-maladie, « [l]es fournisseurs disent régulièrement que le programme des SSNA est le plus difficile et cause le plus de tort aux patients lorsqu'ils veulent y avoir accès⁴⁹ ».

En conséquence, de plus en plus de prestataires de services refusent de participer au programme ou demandent à leurs clients de régler la note d'avance (puis de faire eux-mêmes les démarches par la suite pour se faire rembourser)⁵⁰. Les personnes qui ont un revenu faible ou fixe n'ont pas toujours la possibilité de payer des services médicaux d'avance : « [Certaines personnes peuvent être réduites] à choisir entre se nourrir, se loger ou acheter des médicaments essentiels. Cela risque de compromettre encore davantage leurs résultats en matière de santé mentale et physique⁵¹. »

Le Comité est étonné que ce problème existe, puisque les autres régimes d'assurance privés et publics au Canada ne semblent pas avoir de difficulté à rembourser rapidement les prestataires de services. Le Dr Lafontaine a déclaré ce qui suit au sujet des retards :

48 INAN, [Témoignages](#), 29 avril 2022, 1320 (premier vice-chef Pratt).

49 INAN, [Témoignages](#), 3 mai 2022, 1650 (Dr Makokis).

50 INAN, [Témoignages](#), 29 avril 2022, 1320 (premier vice-chef Pratt); INAN, [Témoignages](#), 29 avril 2022, 1400 (président Obed); INAN, [Témoignages](#), 6 mai 2022, 1410 (Mme Messier); INAN, [Témoignages](#), 10 mai 2022, 1755 (Mme Grier); INAN, [Témoignages](#), 13 mai 2022, 1305 (Mme Lidstone-Jones); Indigenous Primary Health Care Council, [Étude sur l'administration et l'accessibilité des peuples autochtones au Programme des services de santé non assurés](#), mémoire, 13 mai 2022.

51 INAN, [Témoignages](#), 29 avril 2022, 1320 (premier vice-chef Pratt).



Les médecins, les patients, les membres de leur famille et les administrateurs des SSNA consacrent beaucoup de temps et d'énergie à s'y retrouver dans les tracasseries administratives et les structures décisionnelles. Contrairement à ce qui se passe dans les régimes d'assurance-maladie des provinces et territoires, où les médecins peuvent donner une approbation directe et accorder l'accès aux services, les niveaux administratifs supplémentaires des SSNA rendent opaques le rôle et la compétence des médecins dans ces processus⁵².

Le Dr Lafontaine a aussi déploré la mauvaise intégration des technologies modernes au programme :

Les médecins doivent mettre un temps fou à s'y retrouver dans les formalités administratives et à communiquer par téléphone. Il faut ensuite envoyer les formulaires papier par télécopieur au moyen d'un système de communication asynchrone, et un trop grand nombre de transmissions échouent. Le médecin est souvent le dernier à apprendre que la boucle n'a jamais été bouclée, ce qui retarde les soins et fait que l'issue est souvent moins favorable pour les patients. Les SSNA ne sont pas encore étroitement intégrés autour d'une expérience centrée sur le patient et des services d'amélioration de la qualité, de sorte que ces situations difficiles ne font probablement pas l'objet d'un suivi et ne sont pas abordées d'une façon généralement cohérente. De nombreux systèmes de santé au Canada offrent une communication numérique sécurisée où les patients interagissent avec les fournisseurs dans leur propre parcours, du début à la fin. Une série de formulaires télécopiés disparates sont remplacés par des communications numériques sécurisées qui peuvent fermer la boucle, informer, suivre les progrès et répondre aux questions concernant une demande médicalement nécessaire traitée par les SSNA. Ce type de communication fournit également une piste de vérification numérique qui peut améliorer l'expérience des patients et permet une amélioration itérative de la qualité⁵³.

Le pharmacien Rudy Malak de la Little Current Guardian Pharmacy a lui aussi remarqué que certains documents envoyés par télécopieur n'arrivaient pas à destination et que la situation aggravait les retards :

[N]ous envoyons un fax aux services de santé non assurés pour obtenir leur autorisation. Parfois, nous les relançons trois ou quatre jours plus tard et demandons une réponse. On nous répond qu'on n'a rien reçu. Eh bien, je sais que j'ai envoyé le fax et j'ai la confirmation de son envoi, mais ils ne l'ont pas reçu. Il faut donc recommencer à zéro⁵⁴.

52 *Ibid.*

53 *Ibid.*

54 INAN, [Témoignages](#), 10 mai 2022, 1755 (Rudy Malak, pharmacien, Little Current Guardian Pharmacy, à titre personnel).

Selon Jessie Messier, gestionnaire par intérim, Services de santé de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, « [l]a charge administrative requise pour permettre un accès aux services de santé non assurés [...] exaspère les professionnels, qui la perçoivent comme une surcharge importante de travail⁵⁵ ». Mme Messier a aussi soutenu que le Programme doit se moderniser⁵⁶.

En se fondant sur les témoignages reçus, le Comité recommande ce qui suit :

Recommandation 7

Qu'en partenariat avec les Premières Nations et les Inuits, le gouvernement du Canada examine des régimes de soins de santé collectifs privés et publics comparables au Canada pour trouver et adopter sans tarder des moyens de moderniser le programme des services de santé non assurés (SSNA) et de le convertir au numérique afin d'en améliorer l'efficacité et de verser rapidement aux prestataires de services et aux bénéficiaires du programme des SSNA des indemnités égales ou supérieures à celles prévues dans les normes du secteur privé; en particulier, que le gouvernement du Canada crée un mode de communication numérique protégé permettant de renseigner les patients et les professionnels de la santé, de suivre l'état des demandes et d'établir une piste de vérification numérique.

Lorsque le gouvernement fédéral donnera suite à cette recommandation, il devra tenir compte du fait que beaucoup de collectivités autochtones n'ont pas accès aux technologies numériques ou à Internet. Comme Mme Lidstone-Jones l'a fait remarquer au Comité, « [i]l existe encore un grand fossé numérique, surtout pour beaucoup de nos collectivités isolées des Premières Nations. Cela devient donc un défi constant compte tenu de la stabilité d'Internet et de l'absence de connectivité à large bande, de ce genre de choses. Il devient aussi plus compliqué de s'y retrouver dans le système⁵⁷. »

Structure et paramètres du programme

Fardeau administratif

Le Comité a maintes fois entendu dire que le programme des SSNA croule sous les formalités administratives et qu'il faut le moderniser. Pratiquement tous les témoins ont

55 INAN, *Témoignages*, 6 mai 2022, 1410 (Mme Messier).

56 INAN, *Témoignages*, 6 mai 2022, 1440 (Mme Messier).

57 INAN, *Témoignages*, 13 mai 2022, 1325 (Mme Lidstone-Jones).



affirmé que le programme était trop rigide et trop complexe. La Première Nation des Kwanlin Dün a écrit que « [l]es formalités administratives du processus de [...] remboursement et d'appel pour les SSNA sont lourdes », que le programme est peu accessible et qu'il est difficile de s'y retrouver⁵⁸. Le Dr Makokis a dénoncé la « vaste bureaucratie » à Gatineau, au Québec : « [L]'argent destiné aux Autochtones est en fait détourné par cette vaste bureaucratie et [une] très faible partie en parvient finalement aux gens qui en ont le plus besoin⁵⁹. » M. Malak a décrit le processus d'approbation comme un processus « très long »⁶⁰ et « très complexe »⁶¹. Il a expliqué ce qui suit :

En raison de la complexité des processus et des procédures, de nombreuses pharmacies ne sont pas en mesure de servir les clients des SSNA. Cette situation est attribuable au temps nécessaire pour accomplir une tâche ou au manque de financement du fournisseur. Une grande partie de la journée est donc passée à remplir de nombreux formulaires ou à faire des appels téléphoniques pour tenter de faire approuver un produit, au lieu de fournir des soins directs aux patients. Je suis sûr que tous les ministères et les comités aimeraient fournir les meilleurs soins possible à nos patients les plus vulnérables, mais la quantité de formulaires, d'appels téléphoniques et de documents nécessaires rend ce processus difficile, long et financièrement irréalisable⁶².

De même, Mme Tshernish a fait le commentaire suivant :

Les démarches pour obtenir des soins et des services sont fastidieuses, et les délais, importants. Ces délais ont une incidence sur la qualité des soins offerts aux membres de la communauté. La bureaucratie entourant l'accès aux soins de santé contribue à la dégradation de la qualité de vie des membres des Premières Nations. Ceux-ci doivent passer par deux paliers [les gouvernements fédéral et provincial] afin d'obtenir des soins et des services [...] Par ailleurs, lorsque le patient reçoit de l'information, elle est souvent très incomplète. Les modalités concernant les pièces justificatives que le patient doit soumettre ne lui sont pas bien expliquées. Je considère également que les professionnels de la santé eux-mêmes ne comprennent pas tout à fait les modalités qui entourent le programme des services de santé non assurés⁶³.

D'après Mme Tshernish, « les processus administratifs [...] devraient être simplifiés [...] Il faudrait créer des protocoles d'entente pour les divers organismes de soins, qu'il s'agisse

58 Première Nation des Kwanlin Dün, [Mémoire adressé au Comité permanent des affaires autochtones et du Nord](#), 28 juillet 2022, p. 6.

59 INAN, [Témoignages](#), 3 mai 2022, 1715 (Dr Makokis).

60 INAN, [Témoignages](#), 10 mai 2022, 1710 (M. Malak).

61 INAN, [Témoignages](#), 10 mai 2022, 1730 (M. Malak).

62 INAN, [Témoignages](#), 10 mai 2022, 1710 (M. Malak).

63 INAN, [Témoignages](#), 10 mai 2022, 1720 (Mme Tshernish).

de soins buccodentaires ou de ceux fournis par les cliniques privées, afin d'alléger les tâches que doivent exécuter les patients⁶⁴. »

Pour sa part, le Dr Lafontaine a déclaré ce qui suit :

Les médecins canadiens conviennent que les SSNA doivent être modernisés. La modernisation devrait atténuer la fragmentation de l'expérience des patients et fournir des voies décisionnelles efficaces et claires aux médecins et aux administrateurs des SSNA pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées en matière de soins. Les systèmes de soins de santé devraient tendre à assurer l'accès aux bons soins, axés sur le patient et dispensés au bon moment. L'[Association médicale canadienne] préconise depuis longtemps la réduction de la fragmentation des soins de santé par la modernisation⁶⁵.

Le Dr Lafontaine a fait ressortir deux aspects de la fragmentation qui se produit dans le cadre du programme : « Le premier, c'est l'excessive complication de l'organisation du travail, dans laquelle les rôles sont mal compris [...] Deuxième aspect : une intégration insuffisante de la technologie moderne pour offrir des services efficaces axés sur le patient et dans lesquels le patient est engagé⁶⁶. »

Natan Obed, président de l'Inuit Tapiriit Kanatami, a fait remarquer que des bénéficiaires « se heurtent à des obstacles quand vient le temps d'accéder au programme des SSNA en raison de sa structure actuelle et de ses politiques et de ses processus administratifs restrictifs⁶⁷ ». De même, lors de son témoignage au nom de l'Assemblée des Premières Nations, le vice-chef David Pratt a affirmé que « [l]es Premières Nations peuvent voir le programme des SSNA comme une entité bureaucratique intimidante⁶⁸ ». D'après Isabelle Wallace, infirmière en santé communautaire de la Première Nation malécite du Madawaska, « [l]es complexités additionnelles auxquelles donne lieu le programme des SSNA sont [...] tout simplement un fardeau non nécessaire pour l'infirmière en santé communautaire⁶⁹ ».

64 INAN, *Témoignages*, 10 mai 2022, 1740 (Mme Tshernish).

65 INAN, *Témoignages*, 3 mai 2022, 1630 (Dr Lafontaine).

66 *Ibid.*

67 INAN, *Témoignages*, 29 avril 2022, 1305 (président Obed).

68 INAN, *Témoignages*, 29 avril 2022, 1315 (premier vice-chef Pratt).

69 INAN, *Témoignages*, 13 mai 2022, 1400 (Mme Wallace).



Le Dr Makokis a déclaré que « [p]our obtenir le moindre soin des SSNA, les démarches sont interminables⁷⁰ ». Il a expliqué que :

Il faut que les médecins prennent un ton péremptoire pour que les fournitures, l'équipement et les médicaments soient pris en charge. Cela n'a pas lieu d'être. Les médecins de famille, les spécialistes et les professionnels paramédicaux ne cessent de répéter à quel point il est difficile de travailler dans le cadre de ce programme et d'obtenir une couverture appropriée pour les Autochtones, et ils demandent comment on peut améliorer la situation⁷¹.

De même, Mme Clark de l'AFAC a qualifié le programme de « déroutant »⁷². Le Dr Philip Poon de l'Association dentaire canadienne a indiqué que le programme des SSNA exige une autorisation préalable qui peut mettre 10 jours à arriver pour la plupart des traitements couverts, même si certains ne sont presque jamais refusés⁷³. Sa collègue, la Dre Lynn Tomkins, a recommandé qu'on réduise la quantité d'autorisations préalables requises pour les traitements ou des services qui sont généralement approuvés afin d'alléger le fardeau administratif⁷⁴.

D'autres témoins ont suggéré une autre façon de réduire la charge administrative : décentraliser les programmes de santé et en confier l'administration directement aux Autochtones⁷⁵. À titre d'exemple, le porte-parole de l'Association des médecins autochtones du Canada a déclaré ceci :

Il n'est pas logique que la santé des Premières Nations soit gérée à partir de Vancouver ou d'Ottawa. On pourrait peut-être laisser plus de place aux travailleurs locaux et au savoir local. Nous avons compris que, parfois, nos travailleurs, qui sont là pour aider et non pour nuire, connaissent mal nos collectivités et leurs besoins, et qu'il est tout à fait inadmissible qu'un commis dans un bureau de Vancouver prenne des décisions en matière de santé qui l'emportent sur celles d'un médecin autochtone sur le terrain – ou de tout médecin ou travailleur de la santé sur le terrain –, et c'est pourquoi nous avons dû changer cette façon de faire⁷⁶.

70 INAN, [Témoignages](#), 3 mai 2022, 1635 (Dr Makokis).

71 *Ibid.*

72 INAN, [Témoignages](#), 31 mai 2022, 1650 (Mme Clark).

73 INAN, [Témoignages](#), 13 mai 2022, 1350 (Dr Philip Poon, responsable, Sous-comité des services de santé non assurés, Association dentaire canadienne).

74 INAN, [Témoignages](#), 13 mai 2022, 1350 (Dre Lynn Tomkins, présidente, Association dentaire canadienne).

75 INAN, [Témoignages](#), 10 mai 2022, 1810 (Mme Grier); INAN, [Témoignages](#), 31 mai 2022, 1710 (grand chef Daniels); INAN, [Témoignages](#), 31 mai 2022, 1720 (Mme Clark).

76 INAN, [Témoignages](#), 3 mai 2022, 1655 (Dr Adams).

En se fondant sur les témoignages reçus, le Comité recommande ce qui suit :

Recommandation 8

Qu'en collaboration avec des spécialistes et des membres des collectivités des Premières Nations et du peuple inuit, le gouvernement du Canada modernise le programme des services de santé non assurés (SSNA) et simplifie le processus d'approbation des demandes en autorisant l'approbation automatique de certains services; qu'en ayant recours aux technologies les plus récentes, il prenne des mesures supplémentaires (par exemple simplifier les processus de demande, de traitement et d'approbation) pour convertir le programme des SSNA au numérique et alléger le fardeau administratif; et que toute mesure prise pour moderniser le programme soit axée sur les patients et conçue en consultation avec eux afin que les bénéficiaires des SSNA obtiennent rapidement des prestations médicales adéquates, sans toutefois que les technologies adoptées entravent l'accès aux services.

Contrôle des coûts

Le premier vice-chef Pratt a déclaré que « le programme des SSNA continue de chercher à réduire les coûts au lieu de s'employer à offrir des services médicaux adéquats en temps opportun aux Premières Nations⁷⁷ ». Le président Obed a souligné l'importance que le programme tienne compte des réalités des Inuits et comble les besoins de ce groupe, et il a affirmé qu'« [i]l faut établir des priorités claires et précises et les mettre en œuvre en temps opportun et en faisant des distinctions⁷⁸ ». Le Dr Makokis a recommandé « que le programme des SSNA soit évalué par des chercheurs autochtones, des alliés et des usagers du programme puis modifié pour créer un programme inclusif, adapté et complet qui répond vraiment aux besoins réels des peuples autochtones en matière de santé. Le système actuel des SSNA ne fait que contribuer davantage à notre morbidité et à notre mortalité précoces, et son utilisation est un facteur de risque qui précipite les décès parmi les nôtres⁷⁹. »

Comme il a déjà été mentionné, le programme des SSNA offre des indemnités pour les frais de transport, d'hébergement et de subsistance des patients qui doivent se déplacer pour obtenir des services nécessaires du point de vue médical. Sauf en situation

77 INAN, *Témoignages*, 29 avril 2022, 1315 (premier vice-chef Pratt).

78 INAN, *Témoignages*, 29 avril 2022, 1305 (président Obed).

79 INAN, *Témoignages*, 3 mai 2022, 1640 (Dr Makokis).



d'urgence, les frais de transport de l'utilisateur doivent être approuvés avant son déplacement. Pourtant, le grand chef Daniels a fait la remarque suivante :

Même lorsque le transport est approuvé, le taux de l'indemnité pour le transport pour raison médicale des SSNA, y compris le kilométrage et les repas, est bien inférieur aux taux offerts dans d'autres régions et par d'autres programmes comme celui d'Anciens Combattants, par exemple. Le taux actuel de remboursement du kilométrage pour les véhicules privés par les SSNA au Manitoba est de 21,5 ¢ par kilomètre. Le taux d'Anciens Combattants est presque deux fois plus élevé, soit 49,5 ¢ par kilomètre. Le taux actuel de l'indemnité pour les repas offerte par la SSNA à nos citoyens est fixé à 48 \$ par jour, alors que celui d'Anciens Combattants est de 93,50 \$. Lorsqu'on se rend dans les grandes régions urbaines pour des rendez-vous médicaux qui ne sont pas offerts dans les réserves, les taux de l'indemnité pour l'hébergement commercial ne sont pas assez élevés pour assurer la sécurité et le confort de nos citoyens. En effet, au Manitoba, le taux de l'indemnité pour l'hébergement atteint un maximum de 120 \$ par nuit, alors que celui d'Anciens Combattants Canada est de 157 \$ à 169 \$⁸⁰.

Mme Tshernish affirme elle aussi que le volet du transport pour raisons médicales du programme des SSNA est « sous-financé » et que les frais couverts sont limités⁸¹. Dans son mémoire, la Première Nation des Kwanlin Dün affirme que les montants remboursés par les SSNA « ne sont pas suffisants pour répondre aux besoins nutritionnels quotidiens de la plupart des bénéficiaires », ne reflètent pas l'inflation et ne tiennent pas compte des restrictions alimentaires liées à des maladies chroniques comme le diabète ou l'intolérance au gluten⁸². Elle ajoute que le taux des allocations prévues pour l'hébergement est trop faible et que les bénéficiaires du programme des SSNA doivent souvent payer eux-mêmes le dépôt de sécurité pour leur chambre d'hôtel⁸³.

En se fondant sur les témoignages reçus, le Comité recommande ce qui suit :

Recommandation 9

Qu'en collaboration avec ses partenaires inuits et des Premières Nations, le gouvernement du Canada entreprenne un examen du programme des services de santé non assurés pour veiller à ce que les prestations médicales offertes dans le cadre de ce programme répondent aux besoins des Premières Nations et des Inuits et que les indemnités prévues pour le transport pour des raisons médicales soient comparables à

80 INAN, *Témoignages*, 31 mai 2022, 1635 (grand chef Daniels).

81 INAN, *Témoignages*, 10 mai 2022, 1720 (Mme Tshernish).

82 Première Nation des Kwanlin Dün, *Mémoire adressé au Comité permanent des affaires autochtones et du Nord*, 28 juillet 2022, p. 3–6.

83 *Ibid.*, p. 5.

celles que le gouvernement du Canada offre à d'autres groupes de personnes, comme les anciens combattants.

AUTRES QUESTIONS SOULEVÉES PAR LES TÉMOINS

Les témoins qui ont participé à l'étude ont mentionné plusieurs problèmes qui dépassaient la portée de l'étude définie dans la motion du Comité. Or, vu la grande importance de ces questions, le Comité considère qu'il manquerait à ses devoirs s'il ne les abordait pas ici, même si elles n'ont pas été examinées en profondeur au cours des témoignages. Le Comité se réserve le droit d'examiner ces questions plus à fond et de faire des recommandations supplémentaires au gouvernement à une date ultérieure.

Restriction de l'admissibilité aux membres inscrits des Premières Nations et aux Inuits

Bien que les citoyens métis soient en moins bonne santé que l'ensemble de la population canadienne⁸⁴, seuls les membres des Premières Nations qui sont inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens* ou les Inuits reconnus par une organisation inuite de revendication territoriale sont admissibles au programme des SSNA⁸⁵. Dans son mémoire, l'Indigenous Primary Health Care Council affirme ce qui suit :

Les personnes qui ne sont reconnues ni par la *Loi sur les Indiens* ni par un organisme inuit de revendication territoriale sont celles qui se butent le plus à l'exclusion. L'article 35 de la *Loi constitutionnelle* reconnaît les Indiens, les Inuits et les Métis comme des Autochtones qui ont des droits; pourtant, les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits non inscrits qui ne détiennent pas de carte de bénéficiaire ne sont pas admissibles au Programme des SSNA. À l'adoption de la *Loi sur les Indiens*, de nombreux Autochtones ont perdu leur statut et refusent de le reprendre aujourd'hui en raison des préjudices qui ont été causés à leurs familles et leurs ancêtres. L'élargissement de l'admissibilité à tous les groupes autochtones au sens de la *Loi constitutionnelle* permettra d'offrir

84 INAN, *Témoignages*, 10 mai 2022, 1615 (Frances Chartrand, ministre de la Santé et du Mieux-être, Manitoba Métis Federation).

85 Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest administre un [Régime d'assurance-maladie pour les Métis](#) de son cru qui n'existe nulle part ailleurs au Canada. Dans le [mémoire](#) qu'elle a soumis au comité, la Première Nation des Kwanlin Dün a expliqué que, chez les Premières Nations, « [u]ne carte de statut expirée, une technicalité bureaucratique, peut empêcher un bénéficiaire d'obtenir des soins » visés par le programme des SSNA.



des services de santé équitables à tous les groupes autochtones reconnus⁸⁶.

Cassidy Caron, présidente du Ralliement national des Métis, a indiqué que « [d]ans le système en place, les Métis sont mal servis et marginalisés⁸⁷ ». Elle a recommandé la création d'« une version métisse autodéterminée des services de santé non assurés visant à assurer la santé et le bien-être des citoyens, des familles et des communautés métis maintenant et dans les générations futures⁸⁸ ».

Dans le même ordre d'idées, Frances Chartrand, ministre de la Santé et du Mieux-être à la Manitoba Métis Federation, a soutenu que, « [a]fin d'offrir des services équitables et adaptés à la culture, les citoyens métis du Manitoba ont besoin de programmes et de services sociaux et de santé qui sont élaborés et offerts par des Métis et citoyens métis⁸⁹ ». Elle a ajouté qu'« [i]l faut que des dispositions soient prises pour la négociation d'ententes ou la promotion de la santé, de la sécurité et du bien-être des citoyens métis à l'intérieur d'un cadre défini englobant les services pharmaceutiques et médicaux, ainsi que améliorer l'accès à ces services⁹⁰ ». Marg Friessen, ministre de la Santé, Métis Nation-Saskatchewan, a observé que de nombreux citoyens métis n'ont pas les moyens d'obtenir des soins de santé ou des médicaments : « Par exemple, des citoyens vont [devoir] choisir entre leurs besoins de base, comme le logement et la nourriture, et leurs médicaments et prescriptions⁹¹. »

D'après Lee Thom, représentant élu du Kikino Metis Settlement, l'arrêt *Daniels c. Canada (Affaires indiennes et du Nord canadien)* de la Cour suprême du Canada confère au gouvernement fédéral des obligations envers les Métis⁹², dont éventuellement celle d'aplanir les inégalités dont souffrent les Métis, y compris dans le domaine de la santé.

86 Indigenous Primary Health Care Council, [Étude sur l'administration et l'accessibilité des peuples autochtones au Programme des services de santé non assurés](#), 13 mai 2022.

87 INAN, [Témoignages](#), 29 avril 2022, 1310 (présidente Caron).

88 *Ibid.*

89 INAN, [Témoignages](#), 10 mai 2022, 1615 (ministre Chartrand).

90 INAN, [Témoignages](#), 10 mai 2022, 1620 (ministre Chartrand).

91 INAN, [Témoignages](#), 10 mai 2022, 1620 (ministre Friessen).

92 INAN, [Témoignages](#), 10 mai 2022, 1630 et 1645 (Lee Thom, représentant élu, Kikino Metis Settlement), citant l'arrêt *Daniels c. Canada (Affaires indiennes et du Nord canadien)*, [2016] 1 RCS 99 [*Daniels*], dans lequel les juges de la Cour suprême ont déclaré à l'unanimité que les Métis et les Indiens non inscrits comptent parmi les « Indiens » visés au paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867*, ce qui signifie que « c'est vers le gouvernement fédéral qu'ils peuvent se tourner » (par. 50).

La ministre Friessen a fait remarquer que les priorités des Métis sont clairement précisées dans l'*Accord Canada-Nation métisse* de 2017⁹³ et dans les ententes sur l'autonomie gouvernementale⁹⁴ conclues avec la Métis Nation of Alberta, la Métis Nation of Ontario et la Métis Nation-Saskatchewan en 2019, y compris en ce qui concerne la santé⁹⁵. Les représentants des Métis qui ont témoigné devant le Comité veulent que les citoyens métis puissent eux aussi profiter des prestations du programme des SSNA accordées aux membres des Premières Nations et aux Inuits, de même que conclure des ententes et recevoir un financement permanent grâce auxquels les gouvernements métis pourraient déterminer et gérer eux-mêmes leurs services de santé⁹⁶.

En se fondant sur les témoignages reçus, le Comité recommande ce qui suit :

Recommandation 10

Que le gouvernement du Canada collabore avec les gouvernements et les organisations métis afin que les Métis qui ne sont pas admissibles au programme des services de santé non assurés aient un accès aux services de santé comparable à celui dont jouissent les autres peuples autochtones, tout en poursuivant ses efforts pour niveler les inégalités entre les populations autochtone et non autochtone en matière de services.

Inégalités

Racisme et discrimination

Plusieurs témoins ont mentionné que le racisme et la discrimination à l'endroit des Autochtones existaient partout dans le système de santé. Selon l'Indigenous Primary Health Care Council, « [l]e racisme est profondément enraciné dans le système de santé depuis la création des hôpitaux indiens dans les années 1930. Les services de santé

93 Premier ministre du Canada, Justin Trudeau, [Accord Canada-Nation métisse](#).

94 Gouvernement du Canada, « [Signature d'ententes historiques sur l'autonomie gouvernementale avec la Métis Nation of Alberta, la Métis Nation of Ontario et la Métis Nation-Saskatchewan](#) » *communiqué de presse*, 27 juin 2019.

95 INAN, [Témoignages](#), 10 mai 2022, 1640 (ministre Friessen).

96 INAN, [Témoignages](#), 10 mai 2022, 1650 (Adel Panahi, directeur, Santé, Métis Nation-Saskatchewan); INAN, [Témoignages](#), 10 mai 2022, 1655 (ministre Chartrand).



auxquels les Autochtones ont accès sont inéquitables et les Autochtones reçoivent des soins inférieurs qui entraînent trop souvent la mort⁹⁷. »

Le premier vice-chef Pratt a déclaré que « [l]e racisme systémique est un autre facteur qui fait en sorte que nos gens ont droit à des soins de piètre qualité, parfois au prix de leur vie, comme ce fut le cas pour Joyce Echaquan⁹⁸ ». Le Dr Makokis a lui aussi nommé Joyce Echaquan et affirmé que « des gens meurent à cause du racisme systémique⁹⁹ ». D'après Colleen Erickson, présidente de la First Nations Health Authority :

Les mauvais traitements historiques qu'ont subis les Premières Nations au Canada ont entraîné des traumatismes, du racisme et des inégalités dans l'accès aux services de santé pendant des générations. Bien que les membres inscrits des Premières Nations aient accès aux soins de santé de base, nous croyons que les politiques et les niveaux de financement perpétuent les inégalités en matière de santé. Ces difficultés sont encore exacerbées par le racisme envers les Autochtones qui existe dans le système de santé¹⁰⁰.

En se fondant sur les témoignages reçus, le Comité recommande ce qui suit :

Recommandation 11

Qu'en partenariat avec les Premières Nations et les Inuits et conformément au principe de Joyce, le gouvernement du Canada prenne des mesures pour éliminer le racisme systémique dans le cadre du programme des services de santé non assurés (SSNA); et que le problème du racisme systémique soit pris en considération à toutes les étapes de l'examen et de la réforme du programme des SSNA.

Disparité des services dans les milieux urbains et ruraux

Le Comité a appris que le lieu de résidence d'une personne influe sur son expérience du programme des SSNA et des services de santé. Ainsi, les personnes qui habitent en ville ont peut-être plus facilement accès à des services, mais certains de leurs frais ne leur sont pas remboursés : « Pour les populations autochtones en milieu urbain, tous les frais de déplacement doivent être payés par l'utilisateur, car on n'a que très rarement accès à un

97 Indigenous Primary Health Care Council, [Étude sur l'administration et l'accessibilité des peuples autochtones au Programme des services de santé non assurés](#), 13 mai 2022.

98 INAN, [Témoignages](#), 29 avril 2022, 1325 (premier vice-chef Pratt).

99 INAN, [Témoignages](#), 3 mai 2022, 1720 (Dr Makokis).

100 INAN, [Témoignages](#), 6 mai 2022, 1405 (Mme Erickson).

transport médical prévu dans le cadre du programme des SSNA en raison des coûts importants à engager pour offrir les services¹⁰¹. »

Le grand chef Daniels est l'une des personnes à avoir soulevé la question : « Pour les traitements essentiels à la survie, par exemple la dialyse, de nombreuses personnes sont obligées de déménager dans de grands centres urbains comme Winnipeg, car aucun traitement n'est offert plus près de chez elles. Pourtant, aucune indemnité de transport pour raison médicale n'est offerte à nos citoyens qui vivent dans des centres urbains, même lorsqu'il s'agit d'aînés¹⁰². »

En se fondant sur les témoignages reçus, le Comité recommande ce qui suit :

Recommandation 12

Qu'en collaboration avec ses partenaires inuits et des Premières Nations, le gouvernement du Canada examine le programme des services de santé non assurés afin que l'admissibilité aux indemnités de transport pour des raisons médicales soit accordée aux personnes qui vivent dans des centres urbains.

Problèmes liés à l'indemnisation de certains traitements

Suivi du diabète

Le Comité a entendu parler du taux élevé de diabète chez les Autochtones¹⁰³. Le grand chef Daniels a expliqué que « [l]e diabète est très facile à prévenir dans nos communautés, mais nous continuons d'être touchés à des taux qui montent en flèche et qui conduisent à des amputations et à des défaillances rénales¹⁰⁴ ». D'après M. Malak :

[L]orsqu'on réduit les complications du diabète à un stade précoce, cela permet d'économiser beaucoup d'argent plus tard. Je pense que les facteurs limitatifs sont le financement et l'allocation, mais on économiserait beaucoup d'argent à long terme si on réduisait la charge sur le système des soins de santé. On peut y arriver en prenant

101 INAN, *Témoignages*, 13 mai 2022, 1305 (Mme Lidstone-Jones).

102 INAN, *Témoignages*, 31 mai 2022, 1635 (grand chef Daniels).

103 INAN, *Témoignages*, 29 avril 2022, 1350 (premier vice-chef Pratt); INAN, *Témoignages*, 10 mai 2022, 1615 (ministre Chartrand); Catharina A.L. Felderhof, M.D., *mémoire au comité*, 3 mai 2022; Laboratoires Abbott Cie., *mémoire au comité*, 3 mai 2022.

104 INAN, *Témoignages*, 31 mai 2022, 1655 (grand chef Daniels).



des mesures de précaution primaire et en intervenant avant que les effets sur la santé ne surviennent¹⁰⁵.

La First Nations Health Authority (FNHA) a elle aussi affirmé dans son mémoire que la prévention et la promotion de la santé pour lutter contre des maux qui touchent les Premières Nations de façon disproportionnée (comme le diabète) pourraient faire diminuer les besoins futurs. Elle a également mentionné de nouveaux traitements qui facilitent la gestion du diabète¹⁰⁶.

Dans son mémoire, la Dre Catharina A.L. Felderhof parle de la nouvelle technologie des lecteurs de glycémie à capteurs :

Cette technologie, qui produit des résultats exacts en temps utile, donne plus de liberté aux personnes diabétiques. Grâce à sa fonction numérique, elle me permet aussi de surveiller la condition de mes patients à distance, ce qui est utile compte tenu de la dispersion géographique de nombreuses collectivités autochtones. En fait, lorsque j'ai mis en œuvre [le système] avec une collectivité autochtone de ma région, la collectivité a pleinement adopté ce système et j'ai constaté parmi ses membres une amélioration importante de la gestion du diabète. Compte tenu de ce qui précède et en me fondant sur les données cliniques et empiriques recueillies sur cette technologie, je m'attends à ce que celle-ci fasse économiser des millions de dollars au système de soins de santé en réduisant le nombre de cas de cécité, de dialyse, d'amputations, etc¹⁰⁷.

La Dre Felderhof précise toutefois que, pour cette technologie, le programme des SSNA n'indemnice les demandeurs qu'au cas par cas et que le processus est très lourd : « Cette situation n'est ni convenable, ni équitable pour les peuples autochtones [...] Par conséquent, je demande humblement, au nom de tous les Autochtones diabétiques, que le programme des SSNA donne accès sans aucun obstacle à cette nouvelle technologie, afin que nous puissions mieux gérer le diabète et améliorer les résultats de santé des personnes qui en sont atteintes¹⁰⁸. »

105 INAN, *Témoignages*, 10 mai 2022, 1710 (M. Malak).

106 First Nations Health Authority, *mémoire au comité*, 6 mai 2022.

107 Catharina A.L. Felderhof, M.D., *mémoire au comité*, 3 mai 2022.

108 *Ibid.*

Dans leur mémoire au comité, les Laboratoires Abbott, qui sont les fabricants du système flash de surveillance du glucose FreeStyle Libre, présentent des arguments semblables :

Les technologies innovatrices, comme la surveillance de la glycémie et les bandelettes réactives, ont considérablement évolué depuis les outils douloureux et peu pratiques qui consistent à se piquer les doigts et auxquels les SSNA ont actuellement accès. Les systèmes avancés de surveillance du glucose par capteur sont aujourd'hui remboursés par les SSNA de façon limitée, soit au cas par cas, soit pour une population très restreinte de patients bénéficiaires des SSNA. Toutefois, ces systèmes, comme les glucomètres par capteur de la gamme de produits FreeStyle Libre, sont plus largement accessibles par l'intermédiaire des régimes publics provinciaux d'assurance-médicaments, y compris le Programme de médicaments de l'Ontario. L'accès à des systèmes avancés de surveillance du glucose dans diverses provinces permet au patient de mieux gérer sa maladie, de réduire la fréquence de ses épisodes hypoglycémiques, d'améliorer considérablement sa qualité de vie et en conséquence, il permet aux systèmes de santé de réaliser des économies. Bref, les nouvelles technologies changent la vie de nombreux Canadiens atteints de diabète et devraient être disponibles de façon équitable pour aider les Autochtones¹⁰⁹.

Les Laboratoires Abbott ont fait les recommandations suivantes :

Nous recommandons respectueusement que le programme des SSNA soit financé de façon appropriée pour a) s'harmoniser équitablement avec les services financés par les deniers publics auxquels de nombreux Canadiens ont déjà accès dans le cadre de leurs programmes provinciaux, mais qui ne sont pas offerts aux peuples autochtones; et b) traiter les maladies chroniques les plus importantes et les plus coûteuses, comme le diabète, qui touchent de façon disproportionnée les peuples autochtones à travers le Canada en offrant aux gens de tout âge l'accès à des technologies appropriées et innovatrices¹¹⁰.

En se fondant sur les témoignages reçus, le Comité recommande ce qui suit :

109 Laboratoires Abbott Cie., [mémoire au comité](#), 3 mai 2022.

110 *Ibid.*



Recommandation 13

Qu'en collaboration avec ses partenaires inuits et des Premières Nations, le gouvernement du Canada examine le programme des services de santé non assurés pour veiller à ce que les indemnités prévues pour les instruments médicaux soient comparables à celles du programme provincial ou territorial qui offre la meilleure indemnisation, plutôt que d'être autorisées au cas par cas pour l'obtention d'instruments médicaux comme les systèmes de surveillance de la glycémie par capteurs.

Soins dentaires

Dans son témoignage au Comité l'Association dentaire canadienne (ADC), a réclamé « un accès plus facile aux installations où des traitements dentaires peuvent être offerts sous anesthésie générale [...] Bien que le programme des SSNA rembourse [ces traitements], il est souvent difficile d'avoir accès aux installations chirurgicales permettant de [les] offrir. Dans bien des cas, on doit utiliser les blocs opératoires des hôpitaux¹¹¹. »

L'ADC a aussi souligné que la lourdeur administrative du programme des SSNA restreint l'accès de ses usagers à des soins dentaires :

De nombreux traitements courants, comme les prothèses partielles, exigent une autorisation préalable, et ce, malgré des taux de refus exceptionnellement faibles. Le processus d'autorisation préalable pour d'autres traitements, comme les couronnes, peut aussi être plus complexe avec le programme des SSNA qu'avec d'autres programmes dentaires, comme le Régime de soins dentaires de la fonction publique fédérale. En outre, d'autres services courants, comme les gouttières occlusales pour le grincement de dents, ou bruxisme du sommeil, sont couverts par la plupart des régimes dentaires, comme celui de la fonction publique, mais pas par le programme des SSNA [...] Comme la santé buccodentaire des Autochtones laisse à désirer par rapport à celle de la population allochtone, le programme des SSNA devrait chercher à permettre un accès rapide et efficace aux soins, plutôt que de mettre l'accent sur le contrôle des coûts. Nous recommandons que les responsables du programme mènent un examen exhaustif de l'administration de la couverture dentaire pour s'assurer que les exigences d'autorisation préalable sont conformes aux pratiques éprouvées en usage dans les autres régimes dentaires, aussi bien publics que privés¹¹².

111 INAN, *Témoignages*, 13 mai 2022, 1300 (Dre Lynn Tomkins, présidente, Association dentaire canadienne); Association dentaire canadienne, *Administration et accessibilité des peuples autochtones au Programme des Services de santé non assurés (SSNA)*, 3 mai 2022.

112 *Ibid.*

Enfin, l'ADC a souligné qu'aucune portion de l'investissement de plus de 5 milliards de dollars annoncé dans le budget de 2022 pour les soins dentaires n'est expressément destinée aux membres des Premières Nations et aux Inuits admissibles au programme des SSNA :

On risque ainsi d'aggraver l'iniquité déjà marquée entre ce groupe et le reste de la population canadienne en matière de santé buccodentaire. Le gouvernement fédéral devrait, en partenariat avec les gouvernements autochtones et les autres parties prenantes, élaborer une stratégie d'investissement en vue d'améliorer la santé buccodentaire des communautés autochtones. Outre les préoccupations déjà évoquées, cette stratégie pourrait aussi prévoir des mesures comme des investissements dans des campagnes d'éducation et de sensibilisation, des programmes de santé publique offrant des soins préventifs, et l'accès à l'eau potable et la fluoruration de l'eau dans les communautés¹¹³.

En se fondant sur les témoignages reçus, le Comité recommande ce qui suit :

Recommandation 14

Qu'en collaboration avec ses partenaires inuits et des Premières Nations et les intervenants compétents, le gouvernement du Canada examine les indemnités pour soins dentaires prévues dans le programme des services de santé non assurés pour veiller à ce que ces indemnités et le processus d'autorisation des services soient comparables à ceux prévus dans des régimes de soins dentaires semblables, comme celui de la fonction publique fédérale.

Recommandation 15

Qu'en collaboration avec ses partenaires inuits, métis et des Premières Nations et les intervenants compétents, le gouvernement du Canada crée une stratégie d'investissement pour améliorer la santé buccodentaire des collectivités autochtones.

Soins de la vue

Maggie Putulik, vice-présidente des Services de santé pour la Nunasi Corporation, a parlé au Comité des indemnités pour les soins de la vue. Sa société recommande

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

113 *ibid.*



régimes de soins de la vue au Canada. On nous a donné le montant minimal pour couvrir nos lunettes. Nous recommandons que le programme des [services] de santé non assurés paye les taux du marché ou un montant qui s’y rapproche pour les examens de la vue et les lunettes afin que les Nunavummiuts puissent se permettre de l’utiliser. De plus, il faudrait aussi ajouter les lentilles cornéennes, et la chirurgie oculaire au laser devrait être admissible dans les cas pertinents. Enfin, les journées d’exercice des opticiens dans les collectivités du Nunavut sont très limitées. Nous entendons souvent dire que le peu de journées d’exercice empêche les Nunavummiuts d’avoir accès à des soins de la vue. C’est inacceptable¹¹⁴.

En se fondant sur les témoignages reçus, le Comité recommande ce qui suit :

Recommandation 16

Que le gouvernement du Canada augmente les indemnités accordées pour les soins de la vue en vertu du programme des services de santé non assurés afin qu’elles reflètent le coût réel des examens de la vue et des lunettes, et qu’il étende l’indemnisation aux lentilles cornéennes et, dans les cas pertinents, à la chirurgie oculaire au laser.

Services de santé mentale et de counseling

Le premier vice-chef Pratt a signalé au Comité que beaucoup de collectivités vivent une crise de la santé mentale et de la toxicomanie et ont besoin d’investissements substantiels dans ces domaines¹¹⁵. L’honorable John Main, ministre de la Santé du Nunavut, a affirmé que « la demande de services augmente de façon assez constante dans les cas [...] de la santé mentale et de la toxicomanie¹¹⁶ » dans son territoire. Mme Grier a expliqué que « [l]es besoins en matière de soins de santé mentale des peuples autochtones sont plus élevés que la moyenne en raison des préjudices causés par la colonisation, les pensionnats, la rafle des années 1960 et le système des réserves¹¹⁷ ».

Le Comité a entendu parler du programme NAN Hope, un programme d’intervention en santé mentale et de lutte contre les dépendances qui « propose une approche virtuelle, holistique et rapide de la santé mentale, de la lutte contre les dépendances et du

114 INAN, *Témoignages*, 13 mai 2022, 1315 (Mme Putulik).

115 INAN, *Témoignages*, 29 avril 2022, 1355 (premier vice-chef Pratt).

116 INAN, *Témoignages*, 3 mai 2022, 1555 (ministre Main).

117 INAN, *Témoignages*, 10 mai 2022, 1715 (Mme Grier).

soutien en cas de crise, disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et 365 jours par an par téléphone, clavardage, par visioconférence et message texte¹¹⁸ ».

Mme Grier a mis en évidence un problème qui restreint l'accès aux soins de santé mentale :

En 2015, les conseillers canadiens certifiés de l'ACCP [Association canadienne de counseling et de psychothérapie], ou les CCC, ont été retirés de la liste des praticiens de la santé mentale du programme des services de santé non assurés, les SSNA, pour les Premières Nations et les Inuits dans les provinces qui n'avaient pas encore réglementé la profession de conseiller. Par conséquent, l'accès aux services essentiels en matière de santé mentale a été restreint en fonction de la province de résidence [...] En effet, en limitant l'accès aux conseillers canadiens certifiés, qui sont actuellement des prestataires admissibles dans d'autres programmes fédéraux de prestations de soins de santé et dans la Régie de la santé des Premières Nations – qui est l'équivalent des SSNA en Colombie-Britannique –, le gouvernement fédéral n'offre pas un accès équitable aux soins en matière de santé mentale à tous les peuples autochtones, et ces services ne répondent pas aux mêmes normes que les services qu'il offre aux Canadiens non-autochtones. Cette politique est également discriminatoire à l'égard des conseillers canadiens certifiés qui sont des praticiens des Premières Nations ou des praticiens autochtones, comme moi. Comme les SSNA représentent la principale source de financement en matière de santé mentale, un grand nombre de ces conseillers ne peuvent pas exercer dans leur collectivité ou sur leur territoire traditionnel¹¹⁹.

L'ACCP recommande que Services aux Autochtones Canada « rétablisse immédiatement les conseillers canadiens certifiés dans les provinces non réglementées dans le cadre du programme des SSNA. Cela ajoutera près de [1 500] fournisseurs en Alberta, au Manitoba, en Saskatchewan et à Terre-Neuve-et-Labrador¹²⁰ [...] Ces conseillers font partie intégrante d'une solution visant à résoudre [la] crise en matière de santé mentale¹²¹. »

En se fondant sur les témoignages reçus, le Comité recommande ce qui suit :

118 INAN, *Témoignages*, 6 mai 2022, 1415 (M. Dalton).

119 INAN, *Témoignages*, 10 mai 2022, 1715 (Mme Grier).

120 *Ibid.*

121 *Ibid.*



Recommandation 17

Que le gouvernement du Canada rajoute immédiatement les conseillers canadiens certifiés à la liste des praticiens approuvés dans le cadre du programme des services de santé non assurés dans les provinces où cette profession n'est pas réglementée.

Refus de certains prestataires de services de participer au programme

D'après les témoignages qui ont été faits au Comité, le refus de certains prestataires de services de participer au programme des SSNA est lié à des problèmes sous-jacents (la longue attente pour recevoir les remboursements, par exemple). Le premier vice-chef Pratt a expliqué que les prestataires de services sont de plus en plus nombreux à refuser de participer au programme :

Je vais vous donner un exemple. Dans le cas de certains optométristes de la région de la Saskatchewan, les gens doivent maintenant payer à l'avance, puis soumettre leurs reçus aux SSNA, car les optométristes ne le font plus pour eux. Voilà un exemple d'un système défaillant qui doit être réparé [...] Je ne pense pas que les gens devraient être autorisés à se retirer du programme des SSNA¹²².

Selon Mme Messier :

Au cours des dernières années, plusieurs [professionnels] ont d'ailleurs décidé de ne plus collaborer avec le Programme, laissant aux patients le fardeau de payer le coût des services et d'effectuer eux-mêmes les démarches pour obtenir un remboursement. Plusieurs semaines peuvent parfois s'écouler entre la demande de préautorisation pour un service et la réponse du Programme indiquant si la demande est acceptée ou refusée. Cette réalité est très préoccupante, surtout pour les régions éloignées et isolées pour lesquelles le nombre de professionnels situés à proximité de la communauté est limité¹²³.

Mme Lidstone-Jones a expliqué que « de nombreux prestataires de services qui connaissent le programme des SSNA choisissent de ne pas y participer en raison des processus de prédétermination et du temps nécessaire pour toutes les formalités¹²⁴ ».

122 INAN, [Témoignages](#), 29 avril 2022, 1400 (premier vice-chef Pratt).

123 INAN, [Témoignages](#), 6 mai 2022, 1410 (Mme Messier).

124 INAN, [Témoignages](#), 13 mai 2022, 1305 (Mme Lidstone-Jones).

Méconnaissance du programme

Il existe par ailleurs de nombreux prestataires de services qui connaissent mal le programme des SSNA, voire pas du tout. Mme Messier a affirmé ce qui suit :

La méconnaissance de l'offre de services du Programme par les professionnels et par les Premières Nations est un frein supplémentaire à l'accès aux services. L'ensemble des critères d'admissibilité aux services et aux traitements n'est pas transmis, ce qui représente un obstacle majeur pour les professionnels, qui doivent déterminer le meilleur plan de traitement pour leurs patients. Cet enjeu engendre des délais inacceptables pour les patients et les professionnels, qui doivent entreprendre des démarches particulières afin que certains de ces services soient couverts par le Programme¹²⁵.

Mme Lidstone-Jones s'est fait l'écho de ces remarques :

[L]es prestataires de services, surtout en milieu urbain, connaissent généralement plutôt mal le programme des SSNA. Ils sont nombreux à ne pas savoir que le programme existe et qu'il leur est possible de s'inscrire pour y participer. Il n'est donc pas rare que des clients autochtones ne se voient pas offrir la possibilité d'un remboursement à la suite d'une demande qui serait soumise par le prestataire en leur nom. Si le client demande au prestataire de services de facturer directement le programme des SSNA, il essuie souvent un refus¹²⁶.

Dans son mémoire, l'Indigenous Primary Health Care Council recommande « la tenue d'une campagne éclair de communication par l'entremise des organismes de réglementation ou des associations nationales des fournisseurs de services, comme la Fédération canadienne des organismes de réglementation dentaire, pour mieux faire connaître non seulement le Programme des SSNA, mais aussi l'importance d'adapter les soins aux cultures autochtones et la nécessité d'offrir des services respectueux¹²⁷ ».

En se fondant sur les témoignages reçus, le Comité recommande ce qui suit :

Recommandation 18

Que le gouvernement travaille en collaboration avec ses partenaires inuits et des Premières Nations, les organismes de réglementation des professions de la santé et les

125 INAN, *Témoignages*, 6 mai 2022, 1410 (Mme Messier).

126 INAN, *Témoignages*, 13 mai 2022, 1305 (Mme Lidstone-Jones).

127 Indigenous Primary Health Care Council, *Étude sur l'administration et l'accessibilité des peuples autochtones au Programme des services de santé non assurés*, 13 mai 2022.



associations de professionnels de la santé pour mieux faire connaître le programme des services de santé non assurés.

CONCLUSION

Les Premières Nations et les Inuits ont besoin des mêmes services de santé que ceux fournis au reste de la population canadienne. Pour parvenir à une véritable réconciliation avec les peuples autochtones au Canada, il est essentiel de leur offrir tous les services de santé dont ils ont besoin.

À l'heure actuelle, le programme des SSNA, qui a été décrit comme « une bouée de sauvetage pour les peuples autochtones¹²⁸ », est le principal régime d'assurance-maladie de beaucoup de membres des Premières Nations et d'Inuits¹²⁹. Malgré ses défauts, « sans les SSNA, de nombreux patients n'auraient pas vraiment accès à certains types de soins¹³⁰ ». Il est urgent de remédier aux problèmes qui nuisent à l'accessibilité et à l'administration du programme des SSNA, car il y va de la santé des Premières Nations et des Inuits, de même que des Autochtones qui vivent en milieu urbain.

Le Comité tient à nouveau à remercier toutes les personnes et les organisations qui ont participé à son étude. Leurs témoignages ont fait ressortir des besoins urgents que, de l'avis du Comité, le gouvernement du Canada devrait satisfaire sans tarder. En conclusion, le Comité souhaite reprendre les propos de Cassidy Caron, présidente du Ralliement national des Métis : le droit à la santé est un droit universel au Canada¹³¹.

128 INAN, *Témoignages*, 31 mai 2022, 1630 (Mme Clark).

129 INAN, *Témoignages*, 29 avril 2022, 1320 (premier vice-chef Pratt).

130 INAN, *Témoignages*, 3 mai 2022, 1630 (Dr Lafontaine).

131 INAN, *Témoignages*, 29 avril 2022, 1310 (présidente Caron).

ANNEXE A

APPELS À L'ACTION NOS 18 À 24 DE LA COMMISSION DE VÉRITÉ ET RÉCONCILIATION DU CANADA

Appel à l'action no 18

Nous demandons au gouvernement fédéral, aux gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'aux gouvernements autochtones de reconnaître que la situation actuelle sur le plan de la santé des Autochtones au Canada est le résultat direct des politiques des précédents gouvernements canadiens, y compris en ce qui touche les pensionnats, et de reconnaître et de mettre en application les droits des Autochtones en matière de soins de santé tels qu'ils sont prévus par le droit international et le droit constitutionnel, de même que par les traités.

Appel à l'action no 19

Nous demandons au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs quantifiables pour cerner et combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones, en plus de publier des rapports d'étape annuels et d'évaluer les tendances à long terme à cet égard. Les efforts ainsi requis doivent s'orienter autour de divers indicateurs, dont la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, la toxicomanie, l'espérance de vie, les taux de natalité, les problèmes de santé infantile, les maladies chroniques, la fréquence des cas de maladie et de blessure ainsi que la disponibilité de services de santé appropriés.

Appel à l'action no 20

Afin de régler les conflits liés à la compétence en ce qui a trait aux Autochtones vivant à l'extérieur des réserves, nous demandons au gouvernement fédéral de reconnaître les besoins distincts en matière de santé des Métis, des Inuits et des Autochtones hors réserve, de respecter ces besoins et d'y répondre.

Appel à l'action no 21

Nous demandons au gouvernement fédéral de fournir un financement à long terme pour les besoins des centres autochtones, nouveaux et de plus longue date, voués au

traitement de problèmes de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle avec lesquels doivent composer les Autochtones et qui découlent de leur expérience dans les pensionnats, et de veiller à accorder la priorité au financement de tels centres de traitement au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest.

Appel à l'action no 22

Nous demandons aux intervenants qui sont à même d'apporter des changements au sein du système de soins de santé canadien de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de patients autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, lorsque ces patients en font la demande.

Appel à l'action no 23

Nous demandons à tous les ordres de gouvernement :

- i. de veiller à l'accroissement du nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé;
- ii. de veiller au maintien en poste des Autochtones qui fournissent des soins de santé dans les collectivités autochtones;
- iii. d'offrir une formation en matière de compétences culturelles à tous les professionnels de la santé.

Appel à l'action no 24

Nous demandons aux écoles de médecine et aux écoles de sciences infirmières du Canada d'exiger que tous leurs étudiants suivent un cours portant sur les questions liées à la santé qui touchent les Autochtones, y compris en ce qui a trait à l'histoire et aux séquelles des pensionnats, à la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, aux traités et aux droits des Autochtones de même qu'aux enseignements et aux pratiques autochtones. À cet égard, il faudra, plus particulièrement, offrir une formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme.

ANNEXE B

LE PRINCIPE DE JOYCE

Principe de Joyce

Le principe de Joyce vise à garantir à tous les Autochtones un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle.

Le principe de Joyce requiert obligatoirement la reconnaissance et le respect des savoirs et connaissances traditionnelles et vivantes des Autochtones en matière de santé.

Source : Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation Atikamekw, *[Principe de Joyce](#)*, novembre 2020.

ANNEXE C

LISTE DES TÉMOINS

Le tableau ci-dessous présente les témoins qui ont comparu devant le Comité lors des réunions se rapportant au présent rapport. Les transcriptions de toutes les séances publiques reliées à ce rapport sont affichées sur la [page Web du Comité sur cette étude](#).

Organismes et individus	Date	Réunion
Assemblée des Premières Nations David Pratt, premier vice-chef, Federation of Sovereign Indigenous Nations	2022/04/29	16
Inuit Tapiriit Kanatami Pierre Lecomte, conseiller principal en politiques Natan Obed, président	2022/04/29	16
Ralliement national des Métis Cassidy Caron, présidente	2022/04/29	16
À titre personnel Dr James A. Makokis, médecin de famille cri des plaines, Nation Kinokamasihk Nehiyawak, territoire visé par le Traité n° 6	2022/05/03	17
Association des médecins autochtones du Canada Dr Evan Adams, vice-président	2022/05/03	17
Association médicale canadienne Dr Alika Lafontaine, président désigné	2022/05/03	17
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest L'hon. Julie Green, ministre de la santé et des services sociaux	2022/05/03	17
Gouvernement du Nunavut L'hon. John Main, ministre de la santé	2022/05/03	17
Gouvernement du Yukon L'hon. Tracy-Anne McPhee, ministre de la santé et des affaires sociales	2022/05/03	17

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador</p> <p>Jessie Messier, gestionnaire par intérim, Services de santé</p> <p>Isabelle Verret, conseillère, Accès aux services de santé</p>	2022/05/06	18
<p>First Nations Health Authority</p> <p>Colleen Erickson, présidente</p> <p>Richard Jock, chef de la direction</p>	2022/05/06	18
<p>Ministère des Relations Couronne-Autochtones et des Affaires du Nord</p> <p>Nancy Kearnan, directrice générale, Direction générale de la gouvernance du Nord</p>	2022/05/06	18
<p>Ministère des Services aux Autochtones</p> <p>Dr Evan Adams, médecin en chef adjoint de la santé publique</p> <p>Keith Conn, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits</p> <p>Scott Doidge, directeur général, Direction des services de santé non assurés, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits</p> <p>Christiane Fox, sous-ministre</p> <p>Valerie Gideon, sous-ministre déléguée</p> <p>L'hon. Patty Hajdu, C.P., députée, ministre des Services aux Autochtones</p>	2022/05/06	18
<p>Nishnawbe Aski Mental Health and Addictions Support Access Program</p> <p>Carl Dalton, président-directeur général</p> <p>Orpah McKenzie, directrice, Services de télémédecine eHealth</p>	2022/05/06	18
<p>À titre personnel</p> <p>Rudy Malak, pharmacien, Little Current Guardian Pharmacy</p>	2022/05/10	19

Organismes et individus	Date	Réunion
Association canadienne de counseling et de psychothérapie Angela Grier, responsable, Initiatives autochtones	2022/05/10	19
Innu Takuaihan Uashat Mak Mani-Utenam Marceline Tshernish, directrice, Secteur santé	2022/05/10	19
Kikino Metis Settlement Lee Thom, représentant élu	2022/05/10	19
Manitoba Métis Federation Frances Chartrand, ministre de la Santé et du Mieux-être	2022/05/10	19
Métis Nation-Saskatchewan Marg Friesen, ministre de la Santé Adel Panahi, directeur, Santé	2022/05/10	19
Association dentaire canadienne Dr Philip Poon, responsable, Sous-comité des services de santé non assurés Dre Lynn Tomkins, présidente	2022/05/13	20
Conseil tribal des Gwich'in Le grand chef Ken Kyikavichik	2022/05/13	20
Indigenous Primary Health Care Council Caroline Lidstone-Jones, directrice générale	2022/05/13	20
Nation métisse des Territoires du Nord-Ouest Betty Villebrun, vice-présidente	2022/05/13	20
Nunasi Corporation Maggie Putulik, vice-présidente, Services de santé	2022/05/13	20
Première Nation Malécite du Madawaska Isabelle Wallace, infirmière en santé communautaire	2022/05/13	20
À titre personnel Joy Idlout, agente à la rémunération et aux avantages sociaux	2022/05/31	22

Organismes et individus	Date	Réunion
Association des femmes autochtones du Canada Lee Allison Clark, gestionnaire, Politiques et recherches	2022/05/31	22
Southern Chiefs' Organization Inc. Le grand chef Jerry Daniels	2022/05/31	22

ANNEXE D

LISTE DES MÉMOIRES

Ce qui suit est une liste alphabétique des organisations et des personnes qui ont présenté au Comité des mémoires reliés au présent rapport. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter la [page Web du Comité sur cette étude](#).

Association dentaire canadienne

Felderhof, Catharina A.L.

First Nations Health Authority

Indigenous Primary Health Care Council

Kwanlin Dün First Nation

Laboratoires Abbott

Nation métisse des Territoires du Nord-Ouest

Nishnawbe Aski Mental Health and Addictions Support Access Program

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

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

Un exemplaire des *procès-verbaux* pertinents ([réunions n^{os} 16, 17, 18, 19, 20, 22, 30 et 41](#)) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,
L'hon. Marc Garneau

