

HUIS CLOS

**LA COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES RELATIONS
ENTRE LES AUTOCHTONES
ET CERTAINS SERVICES PUBLICS**

**SOUS LA PRÉSIDENCE DE
L'HONORABLE JACQUES VIENS, COMMISSAIRE**

**AUDIENCE TENUE AU :
PALAIS DES CONGRÈS DE MONTRÉAL
201, AVENUE VIGER OUEST,
MONTRÉAL (QUÉBEC) H2Z 1X7**

LE 23 FÉVRIER 2018

VOLUME 67

Sarah Ouellet, s.o.
Sténographe officielle
Laure Henriette Ella, s.o.
Sténographe officielle
STENOEXPRESS
201 ch. De l'Horizon,
Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R1

COMPARUTIONS :

POUR LA COMMISSION :

M^e EDITH-FARAH ELASSAL

Me SUZANNE ARPIN

POUR LES PARTIES PARTICIPANTES :

M^e MARIE-PAULE BOUCHER pour la
Procureure générale du Québec

TABLE DES MATIÈRES

Liste des pièces cotées	4
Liste des engagements	5
Liste des acronymes cités	6
Préliminaires	6
Assermentations	11
Témoignage de Dr Nicolas Bergeron	17
Témoignage Mme Véronique Houle	29
Témoignage Mme Jaëlle Rivard	40
Témoignage de Dre Faisca Richer	65
Témoignage de Mme Véronique Houle et Mme Jaëlle Rivar	118
Recommandations - Dr Nicolas Bergeron	136
Questions	144
Ordonnance de huis clos.....	159

LISTE DES PIÈCES COTÉES

P-446 Présentation PowerPoint « Témoignage à
la Commission d'enquête sur les
relations entre les Autochtones et
certains services publics du Québec ».... 155

P-447 Complémentaire de la présentation
PowerPoint, incluant citations du
personnel-terrain de Médecins du Monde..... 155

P-448 Rapport d'activités 2016-2017 de
Médecins du Monde - Soigne aussi
l'injustice..... 155

LISTE DES ENGAGEMENTS

E-449 (délai 60 jours) Fournir statistiques
donnant spécifiquement le portrait de
la population autochtone et inuite
rencontrée par Médecins du Monde depuis
72014..... 154

LISTE DES ACRONYMES CITÉS

B.S.	Bien-être social	80
CASMI	Communauté d'apprentissage en santé mentale et itinérance	33; 34
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	43; 47
CLSC	Centre local de services communautaires .	44; 142
CSSS	Centre de santé et de services sociaux (ancienne nomenclature)	43; 44; 45; 48
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang	41; 48; 85; 87; 102
OMS	Organisation mondiale de la Santé	144
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec ..	99; 106
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention (du VIH et d'autres infections transmises sexuellement et par le sang)	52
SSNA	Services de santé non assurés (programme fédéral de remboursement de frais liés aux prescriptions, équipements et autres traitements)	95; 104 à 109
strep A	Bactérie streptocoque A	98; 101
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine (SIDA - Syndrome d'immunodéficience acquise)	41; 85; 88; 90

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25

OUVERTURE DE LA SÉANCE

LA GREFFIÈRE :

La Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics du Québec, présidée par l'Honorable Jacques Viens, est maintenant ouverte.

L'HONORABLE JUGE JACQUES VIENS (LE COMMISSAIRE) :

Alors, bonjour. Bienvenue en cette dernière journée de nos audiences de février à Montréal, ce vendredi. Nous avons, j'ai compris, une programmation intéressante avec des gens de Médecins du Monde. Mais, avant d'aller plus loin, je vais demander aux procureurs de s'identifier, pour les fins de l'enregistrement.

M^e ÉDITH-FARAH ELASSAL,

PROCUREURE POUR LA COMMISSION :

Oui. Bonjour, Monsieur le Commissaire. Édith-Farah Ellassal, pour la Commission.

LE COMMISSAIRE :

Bienvenue.

M^e MARIE-PAULE BOUCHER,

PROCUREURE POUR LA PROCUREURE GÉNÉRALE DU QUÉBEC :

Bonjour. Marie-Paule Boucher, pour la Procureure générale.

LE COMMISSAIRE :

1 Bienvenue à vous aussi, Maître Boucher.

2 **LE COMMISSAIRE :**

3 Alors, Maître Elassal, quel est le programme de la
4 journée ?

5 **M^e EDITH-FARAH ELASSAL :**

6 Oui, bon, le programme de la journée. On commence
7 ce matin avec des représentants de Médecins du
8 Monde que vous avez devant vous. Par la suite, cet
9 après-midi, nous aurons des personnes en matière de
10 protection de la jeunesse.

11 **LE COMMISSAIRE :**

12 Je comprends que c'est à huis clos cet après-midi ?

13 **M^e EDITH-FARAH ELASSAL :**

14 Exactement, oui.

15 **LE COMMISSAIRE :**

16 En matière de protection de la jeunesse,
17 évidemment, la loi impose la confidentialité.
18 Alors, ce sera à huis clos. Alors, est-ce que vous
19 nous présentez vos témoins ? Oui ?

20 **M^e EDITH-FARAH ELASSAL :**

21 Oui. Tout à fait. Donc, je vous présente à ma
22 gauche et à votre gauche, vous avez monsieur
23 Nicolas Bergeron qui est président de Médecins du
24 Monde - Canada.

25 **LE COMMISSAIRE :**

1 Alors, docteur Bergeron, bienvenue.

2 **Dr NICOLAS BERGERON :**

3 Merci.

4 **M^e EDITH-FARAH ELASSAL :**

5 À sa droite, vous avez la Dre Faisca Richer, qui
6 est médecin bénévole aussi pour l'organisation.

7 **LE COMMISSAIRE :**

8 Docteure Richer, bienvenue.

9 **M^e EDITH-FARAH ELASSAL :**

10 Nous avons également Jaëlle Rivard, qui est
11 infirmière de proximité.

12 **Mme JAËLLE RIVARD :**

13 Oui. Bonjour.

14 **M^e EDITH-FARAH ELASSAL :**

15 Et enfin, Véronique Houle qui est directrice des
16 Opérations nationales pour l'organisation.

17 **LE COMMISSAIRE :**

18 Alors, Madame Rivard, Madame Houle, bienvenue à
19 vous aussi. Il me fera plaisir de vous écouter.

20 **M^e EDITH-FARAH ELASSAL :**

21 Donc, Monsieur le Commissaire, aujourd'hui il va
22 être question d'itinérance autochtone à Montréal.
23 Un thème qui a déjà été abordé lors de nos
24 audiences. Mais cette fois-ci, on va l'aborder
25 sous l'angle de la santé, davantage; plus

1 précisément, de l'accès aux soins de santé pour ces
2 citoyens-là.

3 Donc, Médecins du Monde a pour mission
4 d'offrir et de promouvoir l'accès aux soins de
5 santé, aux personnes exclues et vulnérables, que ce
6 soit ici à Montréal ou ailleurs également; on le
7 verra lors de la présentation. Donc, c'est vraiment
8 un témoignage qui va porter sur l'expérience «
9 terrain » de l'organisation de Médecins du Monde
10 auprès des Premières Nations et des Inuit.

11 Donc, un PowerPoint va être utilisé au cours de
12 leur présentation. Mais peut-être avant de
13 commencer, d'une part, je demanderais à madame la
14 Greffière d'assermenter nos témoins, s'il vous
15 plaît.

16 -----

1

2 **MADAME LA GREFFIÈRE :**

3

ASSERMENTATION

4

Témoign #196 – Dr Nicolas Bergeron; déclaration
solennelle francophone.

5

6

Témoign #198 – Dre Faisca Richer; déclaration
solennelle francophone.

7

8

Témoign #199 – Mme Jaëlle Rivard, déclaration
solennelle francophone.

9

10

Témoign #197 – Mme Véronique Houle, déclaration
solennelle francophone.

11

12

13

M^e EDITH-FARAH ELASSAL :

14

Donc, comme je le disais, les témoins vont
présenter une présentation PowerPoint pour nous.

15

16

Peut-être, avant de débiter avec votre

17

présentation, je demanderais à chacun d'entre vous

18

de dire quelques mots sur votre parcours

19

professionnel qui mène à nous aujourd'hui. S'il

20

vous plaît.

21

Mme VÉRONIQUE HOULE,

22

DIRECTRICE DES OPÉRATIONS NATIONALES – MMC:

23

Donc, bien je peux commencer. Bonjour. Je suis à

24

Médecins du Monde depuis maintenant six (6) ans.

25

Je travaille, par contre, depuis plus de quinze

1 (15) ans auprès des personnes dites « marginalisées
2 » à Montréal. J'ai été sept (7) ans à Cactus
3 Montréal qui est une organisation qui travaille
4 auprès des personnes qui consomment des drogues par
5 injection et inhalation.

6 J'ai démarré aussi un projet par et pour les
7 personnes qui consomment, qui s'appelle le journal
8 L'Injecteur qui est devenu AQPSUD aujourd'hui, et
9 aussi un groupe de défense de droits au niveau
10 national pour les personnes qui consomment des
11 drogues.

12 Et j'ai aussi travaillé comme directrice
13 générale dans une maison d'hébergement pour jeunes
14 femmes en difficulté. La maison Passage.
15 Donc, on peut dire que... Comment je me suis
16 ramassée là ? C'est un peu étrange parce que mon
17 « background » est en... j'ai étudié pour être
18 comédienne. Comme quoi on ne sait pas où
19 l'avenir... quoi l'avenir nous réserve, mais voilà.
20 Donc, je pense, pour moi, de travailler auprès de
21 ces personnes-là c'est vraiment très important pour
22 l'accès aux droits et puis la défense des droits de
23 toutes les personnes.

24 **LE COMMISSAIRE :**

25 Alors, merci. Nous sommes heureux de vous

1 accueillir.

2 **Mme JAËLLE RIVARD,**

3 **INFIRMIÈRE DE PROXIMITÉ - MMC :**

4 Bonjour. Moi, c'est Jaëlle Rivard. Je suis
5 infirmière de proximité à Médecins du Monde depuis
6 maintenant un an et demi. Je suis infirmière
7 depuis sept (7) ans. Dans le fond, moi, quand j'ai
8 fait mon cours d'infirmière c'était infirmière de
9 proximité que je voulais faire. Ça fait que j'ai
10 eu toutes sortes de... un parcours un peu atypique
11 au départ, pour gagner de l'expérience, tout ça.
12 Mais finalement, à terme, c'était travailler en
13 proximité à Montréal que j'avais envie de faire.
14 Plus particulièrement auprès des personnes
15 autochtones au Québec. Moi, je viens du Lac-Saint-
16 Jean dans le fond et puis j'ai été beaucoup témoin
17 des discriminations des Premières Nations. Et
18 puis, ç'a toujours été quelque chose qui m'a
19 indignée. Ça fait que, voilà. C'est un peu mon
20 parcours.

21 **LE COMMISSAIRE :**

22 Alors, bienvenue.

23 **Dre FAISCA RICHER,**

24 **MÉDECIN BÉNÉVOLE - MMC :**

25 Alors, bonjour. Moi, je suis Faisca Richer. Je

1 suis, de formation, médecin spécialiste en santé
2 publique. J'ai commencé mon parcours professionnel
3 après l'école, surtout en santé mondiale. J'ai
4 travaillé beaucoup en Inde et en Afrique. Et après
5 quelques années, je sentais le besoin de rentrer au
6 bercaïl et j'ai alors découvert qu'on avait un
7 Tiers-Monde au Canada. Et j'ai débuté donc auprès
8 des populations Cris – qui sont quand même des
9 populations assez bien desservies par les services
10 – pour ensuite réaliser qu'il y avait des
11 populations encore moins favorisées au sein du
12 Québec. Et c'est là que je me suis impliquée comme
13 médecin bénévole auprès de Médecins du Monde.
14 Donc, j'ai débuté – je vais le dire avec une
15 certaine fausse humilité – j'ai débuté la première
16 clinique à Stella. Et ensuite, on a amorcé la
17 clinique au Centre d'amitié autochtone.
18 Donc, j'ai fait la clinique de cette façon-là,
19 comme médecin bénévole, depuis les tout débuts.
20 Donc, au moins douze (12), treize (13), quatorze
21 (14) ans.

22 **LE COMMISSAIRE :**

23 Alors, bienvenue, Dre Richer.

24 **Dr NICOLAS BERGERON,**

25 **PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION - MMC :**

1 Bonjour. Nicolas Bergeron. Moi, je suis médecin
2 spécialisé en psychiatrie et en psychiatrie de
3 consultation de liaison qui s'intéresse beaucoup à
4 l'interface, en fait, entre la santé physique et la
5 santé mentale. Je suis un « hospitaliste », on
6 peut dire. Je travaille... en fait, je suis un
7 nouveau voisin de ces lieux, parce qu'on a déménagé
8 au CHUM, juste à côté. Donc, c'était très facile
9 pour moi de venir en métro ce matin; je connaissais
10 bien la route.

11 Mais pour dire que je suis intéressé et
12 présent à Médecins du Monde de façon importante
13 puisque je préside l'organisation depuis onze (11)
14 ans. Donc, je représente, bien sûr, la
15 gouvernance, mais aussi le réseau international
16 dont je parlerai un peu à l'instant. Médecins du
17 Monde s'intéresse aux populations autochtones.
18 Bien sûr, dans un champ plus large, des populations
19 vulnérables et exclues. Mais aussi, certainement,
20 dessiner une expertise ou une rencontre, en tout
21 cas, qu'on se fera plaisir, un peu, de partager
22 avec vous aussi.

23 Comme pratiquant de santé mentale, aussi, j'ai
24 une expertise en trauma. Donc, j'ai quelques
25 missions, si on veut, internationales. Donc, la

1 dimension aussi traumatique de la rue, mais aussi,
2 parfois, des rencontres extrêmement difficiles que
3 peuvent vivre la population autochtone ou autre.
4 Je suis évidemment très sensible à cette dimension
5 aussi. Alors, voilà.

6 **LE COMMISSAIRE :**

7 Alors, bienvenue. Nous allons vous écouter avec
8 beaucoup d'intérêt. Maître Ellassal.

9 **M^e EDITH-FARAH ELASSAL :**

10 Oui. Donc, je vous laisse la parole. Je crois que
11 c'est vous, docteur Bergeron.

12 **Dr NICOLAS BERGERON :**

13 Oui. Je vais commencer.

14 -----

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1 Dr NICOLAS BERGERON,
2 Président du conseil d'administration
3 Médecins du Monde - Canada
4 -----

5 **Dr NICOLAS BERGERON:**

6 Bien écoutez, d'abord, en entrée de jeu, je pense
7 que vous ressentez très bien que ça me fait
8 extrêmement plaisir d'être ici. Médecins du Monde
9 est une organisation d'action humanitaire. On se
10 définit donc souvent par des verbes d'action. Et
11 puis, « aider », « soigner », et « témoigner » sont
12 certainement des verbes d'action qui nous
13 définissent et définissent notre identité. Donc,
14 c'est tout à fait naturel qu'on vient ici
15 aujourd'hui témoigner. Et témoigner de quoi, en
16 fait ? Et on voudrait le faire avec beaucoup
17 d'humilité sur la question autochtone. On ne veut
18 certainement pas être des porte-voix des
19 populations autochtones ou inuites, mais on veut
20 plutôt venir partager avec vous la rencontre que
21 Médecins du Monde a eue avec les personnes qu'on a
22 rencontrées.

23 Sur la dimension, évidemment, de l'accès...
24 la perspective de l'accès aux soins de santé pour
25 eux. Et je dirais de raconter cet espace - en

1 fait, le temps qu'on a eu avec eux - de
2 témoigner de notre rencontre avec ces gens-là. Le
3 temps extrêmement pressurisé. Le temps est parfois
4 difficile, et je pense que c'est à travers nos
5 rencontres et d'avoir pris le temps de rencontrer
6 ces personnes-là, je pense que certainement notre
7 témoignage, je pense, aura une certaine densité,
8 une profondeur.

9 C'est un sens qui est certainement peut-être
10 négligé; un autre qu'il est sûrement question,
11 beaucoup au niveau de la Commission, ce sont les
12 questions de territoires et d'espaces. Et je pense
13 que nous aussi, c'est quelque chose auquel nous
14 sommes sensibles, de redonner un sens de l'espace
15 pour les personnes que nous rencontrons. Mais
16 aussi, dans le fond, de permettre cet espace au
17 niveau, pour nous, de la rencontre. Mais aussi de
18 leur permettre, eux, de se réapproprier leur santé,
19 à travers le temps et l'espace.

20 Alors voilà un peu ce que l'on souhaite
21 partager. Dans le détail, je serai, je dirais
22 discret, puisque je laisserai certainement la place
23 aux gens qui sont aux premières loges de cette
24 rencontre. Mais je vais quand même vous dresser un
25 peu un portrait général de Médecins du Monde parce

1 que, pour nous, nos valeurs et notre approche
2 définissent non seulement nos actions, mais aussi
3 portent notre plaidoyer. Et on souhaite, en fait,
4 que vous puissiez être un peu contaminés par cette
5 façon, cette approche que certainement on juge
6 valable. On prétend pas du tout de tenir la
7 vérité, mais certainement on vient partager,
8 puisque nous avons fait serment d'offrir cette
9 petite vérité.

10 Médecins du Monde est une organisation
11 internationale, un réseau en fait de quinze (15)
12 délégations. D'emblée (*sic*) de jeu, je vais peut-
13 être déjà séparer ou essayer d'éliminer la
14 confusion qui existe avec Médecins sans Frontières.
15 En fait, ce sont deux (2) organisations
16 spécialisées en santé qui viennent de groupes
17 militants, médecins Français. Médecins sans
18 Frontières a été fondée à la fin des années
19 soixante ('60). Et Médecins du Monde, un peu dans
20 le sillage, avec les mêmes personnes, ont fondé si
21 on veut un petit frère ou un cousin qui donc a été
22 fondé en mil neuf cent quatre-vingts (1980).

23 Médecins du Monde - Canada existe depuis mil
24 neuf cent quatre-vingt-seize (1996). Il y a deux
25 (2) ans, on célébrait notre vingtième (20^e)

1 anniversaire. Les deux (2) organisations...
2 Médecins sans Frontières, maintenant, est peut-être
3 davantage associée aux questions d'urgence; donc,
4 les actions dites « humanitaires d'urgence ».
5 Alors que Médecins du Monde a, à sa signature, de
6 s'y intéresser, mais aussi sur les aspects de
7 développement. Et une des signatures de
8 l'organisation, c'est d'être présent dans les pays,
9 dans les territoires où se trouve leur siège.
10 Donc, tous les quinze (15) Médecins du Monde à
11 travers le réseau ont des actions qui s'intéressent
12 à la précarité sociale, aux populations vulnérables
13 ou marginales, dans leur pays.

14 Donc, peu importe le territoire, dans le fond,
15 pour nous, la personne doit avoir accès à des soins
16 de santé.

17 D'entrée de jeu, on l'a partagé. En fait, au
18 cœur de nos actions, il y a la question de l'offre
19 de soins, mais aussi du plaidoyer; donc, de
20 promouvoir cette idée de l'accès aux soins. Mais
21 la question de santé, c'est plus large. Donc, pour
22 nous, ce n'est pas uniquement des services de
23 santé, mais c'est aussi la santé au sens de pas
24 seulement l'absence de maladies, mais aussi la
25 façon dont la personne peut... en tout cas, va

1 asseoir son mieux-être à travers toutes les
2 dimensions possibles.

3 On s'intéresse, bien sûr, aux tranches de
4 populations qui sont plus dans la marge, souvent
5 exclues, et dans des situations de vulnérabilité.
6 Parfois transitoires, parfois plus chroniques.

7 Médecins du Monde, en fait, s'appuie sur des
8 valeurs. Certainement, on est des militants où on
9 veut défendre la justice sociale. Je pense qu'il a
10 beaucoup été question sûrement ici de l'équité en
11 santé; donc, comment on veut faire plus pour des
12 personnes qui ont besoin davantage. Donc, on
13 épouse certainement cette valeur. Et on milite
14 aussi en faveur de l'autonomisation, de
15 l'*empowerment*, en fait, des populations, des
16 personnes que l'on souhaite aider. On espère que
17 notre voix est la plus indépendante possible pour
18 pouvoir un peu être dégagée, si on veut, des
19 liaisons dangereuses qu'il pourrait y avoir parfois
20 avec du financement ou autre. Donc, certainement,
21 c'est une valeur importante.

22 Et Médecins du Monde a aussi une question
23 de... adopte une posture d'équilibre entre
24 certainement les projets internationaux, les
25 projets nationaux; entre le financement public et

1 privé; mais aussi entre le savoir biomédical
2 traditionnel, occidental, mais aussi le savoir
3 profane. Aussi, la médecine traditionnelle, des
4 terrains où nous œuvrons.

5 Médecins du Monde ne pourrait pas se définir
6 sans l'engagement certainement militant. Vous avez
7 ici devant vous quatre (4) personnes qui, dans le
8 fond, représentent chacune, cette force vive. Moi-
9 même étant bénévole, mais sur le conseil
10 d'administration. Dre Richer étant bénévole
11 terrain. Qui occupe, bien sûr, aussi dans la vie
12 de tous les jours, des fonctions de soignante comme
13 telle. Et des employés, mais tout aussi portés par
14 des valeurs d'engagement au niveau de la Direction
15 ou encore sur le terrain.

16 Tout ça, avec vraiment l'objectif d'améliorer
17 la prise en charge des personnes que l'on souhaite
18 aider. Et certainement, on s'appuie sur des
19 questions de santé, une approche de santé publique,
20 mais également sur celle... une perspective des
21 droits humains. J'y reviendrai peut-être à la fin,
22 certainement, mais pour nous, le droit à la santé,
23 la façon dont, en fait, on l'interprète,
24 certainement est un... donne une puissance dans
25 notre plaidoyer pour pouvoir amorcer - et c'est

1 l'autre partie, je pense, qui est importante -
2 celle des changements sociaux. Donc, comment à
3 travers une société, comment à travers des projets
4 innovants, que Médecins du Monde propose, on essaie
5 de transformer les organisations, les structures de
6 santé, mais aussi, je dirais, de façon plus intime,
7 aussi les mentalités dans chacune des personnes qui
8 participent avec Médecins du Monde, mais avec
9 lesquelles on a des rencontres; donc, des soignants
10 dans les hôpitaux, comme je suis, ou ailleurs.
11 Comment est-ce qu'on peut opérer des changements
12 sociaux pour mieux accueillir, mieux aider les
13 personnes que l'on souhaite aider;
14 particulièrement, les populations vulnérables, avec
15 donc l'objectif de l'accès à la santé.

16 Donc, la perspective de droit est certainement
17 importante. C'est pour ça que notre devise... On
18 dit que Médecins du Monde soigne aussi l'injustice.
19 Et, mon Dieu, qu'il y a certainement beaucoup de
20 travail à faire dans ce domaine.

21 Sans m'étendre, donc, vous avez un peu les
22 quatre (4) domaines, priorités d'interventions.
23 Nous sommes présents sur les urgences
24 internationales. Des urgences qui se domestiquent,
25 si on veut; certainement la crise des migrants qui

1 a une dimension internationale, se répercute aussi
2 au sein de nos territoires et Médecins du Monde,
3 par exemple, a depuis plusieurs années, une
4 clinique pour les migrants à statut précaire.
5 Donc, les gens qui, pour plusieurs raisons, ont pas
6 accès. Donc, on est dans... on fait de
7 l'accompagnement, si on veut, d'une crise.

8 Et s'intéresser à la migration. Certainement
9 dans les pays en voie de développement. Les
10 questions de santé sexuelle et reproductive; donc,
11 s'intéresser à la maman, la jeune fille, la femme
12 et les enfants. Ce sont des thèmes importants que
13 nous portons aussi ici au Québec.

14 La réduction des risques ou la réduction des
15 méfaits est une approche importante. Elle,
16 évidemment, s'intéresse aux populations
17 vulnérables; qu'on parle de toxicomanie, des
18 personnes qui sont dans le travail du sexe. Il y a
19 une approche, en tout cas. Certainement Jaëlle
20 pourra en parler, cette approche qui, je pense,
21 donne un autre sens, une autre façon de travailler
22 sur lequel, en tout cas, pour les populations
23 marginales, est d'intérêt. Donc, elle signe aussi
24 un peu des populations que l'on aide.

25 Et la santé mentale. Ce n'est pas parce que

1 votre humble serviteur ici l'a imposé. Depuis
2 avant mon arrivée, déjà, Médecins du Monde – Canada
3 et autres délégations – s'y intéressaient. Je vais
4 terminer ma courte allocution ici en vous parlant
5 un peu de ce qui se fait à l'international. Ça ne
6 se veut pas exhaustif, mais ça va vous donner juste
7 un peu une idée.

8 Premièrement, Médecins du Monde – je vais
9 commencer par Médecins du Monde – Argentine – donc,
10 dans ses missions domestiques s'est intéressée à
11 une population autochtone, les Kuumlik [phonétique]
12 et particulièrement sur une maladie, en fait, qu'on
13 a surnommée parfois la « maladie de la pauvreté »
14 qui est la maladie du Chagas qui est une
15 parasitose, un parasite qui est transporté par une
16 punaise et qui est très facilement traitable, mais
17 qui peut, mal traitée, causer la mort. Et on
18 recense presque vingt mille (20 000) personnes
19 chaque année. C'est surtout les pays d'Amérique
20 latine qui sont affectés.

21 Donc, de travailler avec la population
22 autochtone sur cette dimension-là en tenant compte,
23 évidemment, des déterminants sociaux de la santé
24 qui sont associés à cette maladie – on pense,
25 évidemment, à la pauvreté, chômage, éducation,

1 et cetera -, mais aussi d'inclure, donc, les
2 approches. Et le travail aussi, Médecins du Monde
3 - Argentine, donc sur cette intégration dans des
4 projets de santé communautaire entre le savoir donc
5 biomédical des Autochtones - je ne sais pas si je
6 dois dire « bio », mais - certainement, leur savoir
7 à eux.

8 Médecins du Monde - Espagne porte en Bolivie,
9 auprès de la nation Aymara, en fait c'est
10 extrêmement intéressant. A été votée, il y a
11 quelques années en Bolivie, une loi qui permet de
12 reconnaître et de promouvoir, valoriser, la
13 médecine ancestrale traditionnelle. Et Médecins du
14 Monde - Espagne soutient, dans le fond, la
15 population, la manière dont on peut faire vivre
16 cette loi et puis, de la porter et qu'il y ait des
17 translations opérationnelles dans le système de
18 santé. Et donc, c'est certainement très inspirant
19 et très innovant de porter déjà qu'il existe une
20 loi, mais les lois - vous le savez - parfois sont
21 bien écrites, sont bien pensées, mais il faut aussi
22 les rendre vivantes et bien les incarner.

23 Ils travaillent aussi sur la promotion et le
24 soutien de femmes autochtones en *leadership* pour
25 qu'elles puissent devenir, en fait, des *leaders*

1 communautaires et d'atteindre certainement l'équité
2 des genres.

3 Et finalement, Médecins du Monde - France,
4 avec en fait du financement canadien. En Colombie,
5 vous n'êtes pas sans savoir, évidemment, que la
6 guérilla interne avec les Forces armées
7 révolutionnaires en Colombie qui a, heureusement
8 pour ses populations, ont terminé en deux mille
9 seize (2016). Mais il y a eu cinquante (50) ans de
10 ravage. On parle beaucoup d'[inaudible] et des
11 millions de déplacés. Il y a eu six point six
12 millions (6,6M) de déplacés en Colombie. Donc,
13 Médecins du Monde a été en appui pour les
14 populations - population générale colombienne, mais
15 aussi trois (3) populations autochtones - pour
16 réinvestir les soins de santé primaires parce que,
17 certainement, ces populations se retrouvaient entre
18 les feux des forces révolutionnaires de l'armée,
19 des paramilitaires; ç'a été extrêmement dur. Donc,
20 on avait des cliniques mobiles et on a essayé
21 d'offrir les soins. Et, évidemment, les violences
22 liées aux genres, et au niveau de la santé mentale,
23 ont fait des atrocités. Et Médecins du Monde a des
24 programmes d'appui psychosociaux qui tiennent
25 compte, en fait, des réalités autochtones par

1 rapport à la santé mentale. Et, dans le fond, on a
2 une approche, en soutien communautaire, très large
3 qui dépasse un peu la santé, mais qui s'intéresse
4 un peu à la chose.

5 Alors voilà, un peu, un survol de ce que
6 Médecins du Monde fait à l'international, et puis
7 les grandes lignes, je pense, de ce que nous
8 sommes. Et je passe la parole à mes collègues.

9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25

1 Dr VÉRONIQUE HOULE,
2 Médecin bénévole
3 Médecins du Monde - Canada

4 -----

5 **Dr VÉRONIQUE HOULE:**

6 Monsieur le Commissaire, simplement vous mettre en
7 contexte. Dans le fond, on va présenter
8 aujourd'hui plusieurs choses que Médecin du Monde
9 fait à Montréal. Ma collègue ici, Jaëlle, va
10 prendre en fait la parole lorsqu'il sera question
11 de témoignages qui viennent des infirmières. Donc,
12 on va essayer que ce soit clair, mais on le
13 rappellera quand ce sera nécessaire. Donc, je
14 voulais juste mettre en contexte comment on va
15 fonctionner.

16 Donc, à Montréal, bien au Canada, les
17 opérations nationales visent à améliorer les
18 conditions de santé. Principalement, on travaille
19 avec deux (2) groupes distincts. Le premier, c'est
20 les gens qui ont accès aux soins; donc, en termes
21 de droits. Si on pense, justement, aux Premières
22 Nations, aux Inuit, aux travailleurs/travailleuses
23 du sexe, aux personnes itinérantes, aux jeunes de
24 la rue. Donc, c'est des gens qui ont accès, un
25 droit d'accès aux soins. Mais malheureusement, de
26 par leur mode de vie, ils se retrouvent avec des

1 barrières qu'on va vous expliquer plus tard. Donc,
2 Médecins du Monde travaille, d'une part, avec eux.
3 On le fait maintenant à bord d'une clinique mobile,
4 mais on le fait depuis quatre-vingt-dix-neuf ('99),
5 donc mil neuf cent quatre-vingt-dix-neuf (1999),
6 avec des infirmières de proximité qui se déplacent,
7 qui se déplaçaient dans les rues avec le sac à dos.
8 Et le modèle qui est resté avec les organismes
9 communautaires que je vais vous présenter aussi un
10 petit peu plus tard. Donc, l'idée vraiment du
11 travail de proximité. Donc, de quatre-vingt-dix-
12 neuf ('99) à deux mille quatorze (2014), ç'a été de
13 cette façon-là que les infirmières ont travaillé.
14 À un certain moment, c'est sûr qu'on s'est posé
15 aussi la question de dire: mais est-ce vraiment
16 toujours ce modèle-là qui est adapté, si on veut
17 aller rejoindre les populations qui sont à
18 l'extérieur, par exemple, du centre-ville? Et
19 aussi parce que le réseau de la santé a mis en
20 place des équipes de proximité extrêmement
21 compétentes pour rejoindre les populations
22 itinérantes, on pourrait dire. Donc, à ce
23 niveau-là, nous, on se devait de revoir, si on
24 veut, notre modèle d'intervention pour couvrir un
25 plus large territoire montréalais. Donc, on est

1 dans neuf (9) secteurs de la Ville, présentement.
2 Et on reste très impliqués au centre-ville parce
3 que - et puis ça, on va vous le démontrer; c'est ce
4 qu'on va tenter de témoigner aujourd'hui - pour les
5 Premières Nations et puis les Inuit, c'est
6 extrêmement difficile d'avoir recours aux soins
7 qu'ils auraient besoin.

8 Donc, c'est une petite mise en contexte de la
9 clinique mobile. L'autre groupe distinct avec
10 lequel on travaille, c'est les gens qui n'ont pas
11 de droits d'accès aux soins. Donc, c'est... Ici,
12 on parle des migrants à statut précaire. Donc,
13 rapidement, un migrant à statut précaire c'est des
14 personnes qui sont ni des réfugiés ni des
15 demandeurs d'asile. C'est des gens qui sont sur le
16 territoire - à quatre-vingts pour cent (80 %) du
17 temps tout à fait légalement sur le territoire,
18 mais - ils ont pas encore régularisé leur statut
19 d'immigration. Donc, ça les place dans une
20 situation où, s'ils ont pas l'argent pour avoir une
21 assurance privée ou une maladie que l'assurance
22 privée ne va pas couvrir parce que une maladie
23 antérieure ou encore une grossesse où c'est
24 extrêmement rare que les compagnies privées vont
25 couvrir les frais associés à la grossesse, à ce

1 moment-là, ces gens-là ils peuvent être jusqu'à
2 trois (3) ans sans aucun soin médical accessible.
3 Alors Médecins du Monde, en deux mille onze (2011),
4 on a décidé de mettre en place une clinique qui est
5 destinée aux migrants à statut précaire.

6 Et ensuite, l'autre projet, c'est le projet en
7 santé mentale qu'on a mis en place en deux mille un
8 (2001), qui est un soutien aux intervenants
9 communautaires pour s'assurer, en fait, que les
10 personnes qui aident les personnes, soient aussi
11 avec une bonne santé mentale pour – que ce soit
12 d'un point de vue professionnel ou personnel – dans
13 une idée de renforcement des capacités, mais
14 vraiment dans une idée de prendre soin de soi,
15 comme individu. Le travail dans les groupes
16 communautaires, en deux mille un (2001) encore
17 pire, parce qu'il y avait très peu de groupes qui
18 avaient des assurances aussi collectives. Les
19 salaires extrêmement bas. Donc, c'était difficile
20 pour eux d'avoir recours à un soutien psychologique
21 s'ils sentaient le besoin d'être soutenus à ce
22 niveau-là.

23 Donc, Médecins du Monde a mis en place, en
24 deux mille un (2001), un programme de soutien
25 psychologique individuel, d'une part. Même genre

1 que thérapies qu'on connaît. Et, deuxième part, de
2 soutien psychologique de groupe. Donc, les
3 psychologues, on en a sept (7) présentement qui
4 vont dans les équipes de travail, sur place,
5 rencontrer les intervenants et les aider à prendre
6 un certain recul face à ce qu'ils vivent et aussi
7 les aider à réfléchir l'intervention pour donner
8 des outils, parfois avec les populations
9 itinérantes, ça peut être extrêmement difficile.
10 Et, en deux mille quinze (2015), on a mis en place
11 un programme de soutien psychologique qui est dédié
12 aux personnes itinérantes. Donc c'est suite à une
13 évaluation des besoins qu'on a fait auprès des
14 personnes itinérantes - qui incluait, évidemment,
15 des personnes des Premières Nations et des Inuit -
16 sur ce qu'ils connaissaient du soutien
17 psychologique et, selon eux, est-ce qu'ils avaient
18 des besoins à ce niveau-là. Donc, le constat a été
19 clair : il y avait des besoins; il y avait vraiment
20 aussi une mécompréhension de ce que c'était les
21 psychologues, parce qu'on parlait de psychiatrie.
22 La plupart avaient eu recours, aussi, à des soins
23 qu'ils n'avaient pas demandés. Mais bon, quand
24 après on expliquait de quoi il était question, les
25 gens étaient quand même ouverts à cette idée-là.

1 Et aussi, on s'est rendu compte que les
2 intervenants - on en a interviewé soixante-dix (70)
3 du milieu communautaire et institutionnel - et on
4 s'est rendu compte que les gens étaient aussi
5 extrêmement démunis, comme professionnels, face à
6 la santé mentale et les personnes itinérantes.
7 Donc, quand il y avait une combinaison des deux (2)
8 problématiques, c'est encore plus difficile
9 d'accompagner. Les gens se sentaient démunis dans
10 ce contexte. Donc on a, de par ça, créé une
11 communauté d'apprentissage pour les intervenants,
12 qu'on a appelée la CASMI - donc, la Communauté
13 d'apprentissage en santé mentale et itinérance -
14 pour faire en sorte que les intervenants qui y
15 participent - c'est des cohortes de douze (12)
16 intervenants - puissent devenir à leur tour des
17 pivots dans leur équipe de travail pour pouvoir
18 outiller les autres personnes. Et je vous en parle
19 de la CASMI parce que, à chaque étape - nous, on
20 est dans notre deuxième cohorte; on va commencer la
21 troisième - c'est une co-construction au niveau des
22 sujets que les intervenants désirent aborder,
23 approfondir et, à chaque année, il y a une
24 impressionnante - comment dirais-je? - une demande
25 force pour tout ce qui est de la question de la

1 santé autochtone. Donc, santé, interventions; les
2 gens ont envie d'en apprendre davantage. Donc,
3 pour nous, c'est extrêmement intéressant aussi
4 parce que la CASMI, bien sûr, est composée de
5 divers groupes et puis on s'assure d'avoir toujours
6 des groupes qui représentent les intervenants des
7 Premières Nations et des Inuit dans les groupes
8 d'intervenants.

9 Donc, ça fait une belle... c'est une façon,
10 encore une fois, de réaffilier tout ce beau
11 monde-là. Donc, si vous voyez, dans le fond, ce
12 que je vous ai démontré par des exemples, c'est
13 aussi pour vous expliquer que Médecins du Monde, la
14 prémisse de base, c'est qu'on croit que l'État
15 devrait prendre en charge toutes ses populations.
16 Malheureusement, pour des questions systémiques,
17 structurelles, il y a des *gaps* et puis, il y a des
18 trous de services. Alors, Médecins du Monde, son
19 travail c'est de faire en sorte que ces trous de
20 services là, finalement, n'existent pas ou, du
21 moins, qu'on travaille à faire en sorte qu'on
22 puisse amener les gens vers le réseau de la santé
23 et des services sociaux; que ce soit de par
24 l'expérience positive que les gens vont vivre avec
25 nos médecins bénévoles – parce qu'on rétablit,

1 aussi, la confiance; certains ont eu des
2 expériences qui peuvent être traumatisantes ou
3 moins intéressantes – donc d'avoir un lien direct
4 avec des médecins dans la clinique mobile qui
5 prennent le temps – on y reviendra aussi, la notion
6 du temps, plus tard -, mais c'est extrêmement
7 important. Donc on tente de ramener les gens vers
8 les droits qu'ils ont; donc, un service de santé
9 qui est existant. Donc, c'est vraiment cette idée-
10 là.

11 Ensuite, tout ce beau travail – parce que
12 c'est quand même incroyable -, mais ça se fait
13 grâce à l'implication bénévole. Médecins du Monde,
14 on est une petite équipe, en fait. On est autour
15 de vingt (20) employés contractuels pour tous ces
16 programmes-là. Par contre, on a quatre cents (400)
17 bénévoles, dont cent (100) médecins qui sont
18 impliqués dans les différents programmes. Donc, la
19 force, elle est là. Parce que, si on n'avait pas
20 ces gens impliqués de cœur et d'action, on serait
21 pas en mesure d'offrir ce qu'on peut offrir
22 présentement. Donc ça, c'est vraiment très
23 important.

24 L'autre chose qui est importante au niveau de
25 la clinique mobile, c'est l'implication avec les

1 organismes communautaires. Je vais vous le
2 présenter un peu plus loin, mais notre approche,
3 elle est vraiment basée sur l'expertise des groupes
4 communautaires en place. On est dans neuf (9)
5 secteurs de Montréal. Vous n'êtes pas sans savoir
6 que Montréal-Nord a une différente façon... c'est
7 une autre vie que Notre-Dame-de-Grâce, ou
8 qu'Hochelaga-Maisonneuve, ou que Ville-Marie, ou
9 que le centre-ville. Chaque territoire a aussi ses
10 propres codes. Et pour nous, notre expertise, elle
11 est au niveau de la santé ou des soins de
12 proximité. Donc on ne détient pas, finalement,
13 tout ce que les réseaux des groupes communautaires
14 ont dans leurs quartiers.

15 Donc c'est pour ça -, et ça, depuis le début
16 en quatre-vingt-dix-neuf ('99) - qu'on a toujours
17 travaillé en binôme avec les groupes communautaires
18 qui œuvraient dans les quartiers. Parce qu'eux,
19 ils détiennent la connaissance du quartier, la
20 connaissance des services accessibles, la
21 connaissance surtout des gens. Donc, le lien de
22 confiance, parfois, il se transfère très facilement
23 quand c'est déjà fait avec, par exemple, le
24 travailleur de rue et ensuite que le travailleur de
25 rue introduit Jaëlle, par exemple, ou une autre

1 infirmière. On dirait que, déjà, ça se passe bien
2 parce que la personne en qui on a confiance a
3 confiance en nous. Donc c'est vraiment une façon
4 très positive de travailler.

5 Alors, peut-être avant de laisser la parole à
6 Jaëlle sur certains témoignages, je voudrais
7 simplement ajouter que la façon qu'on travaille,
8 aussi, c'est de façon non nominale. Donc, les gens
9 ont pas besoin d'avoir une carte, même d'identité,
10 ou quoi que ce soit. On travaille vraiment avec
11 les personnes, le nom qu'ils veulent bien nous
12 donner. On souhaite simplement qu'ils s'en
13 rappellent, de fois en fois, pour pouvoir assurer
14 un suivi. Mais ceci étant dit, c'est vraiment à
15 leur guise. Donc, ils ont besoin absolument pas de
16 carte d'identité. Et même, les laboratoires sont
17 faits de façon non nominale. C'est important de la
18 souligner parce que – surtout auprès des Premières
19 Nations et des Inuit – c'est très intime, la notion
20 de laboratoire, de tests de sang, d'avoir des
21 résultats au niveau de la santé. Donc on assure,
22 finalement, que ces résultats-là seront entre de
23 bonnes mains et on fera avec la personne ce qu'elle
24 veut qu'on fasse avec les résultats; c'est-à-dire,
25 respecter le rythme et voir comment on peut référer

1 les personnes à d'autres services au besoin.
2 Donc voilà. Peut-être simplement aussi
3 ajouter que Médecins du Monde veut absolument pas
4 se substituer au système de santé, mais bien
5 travailler pour que le système de santé soit
6 adapté, le plus possible, aux populations dites
7 « marginalisées ».

8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25

1 Mme JAËLLE RIVARD,
2 Infirmière de Proximité
3 Médecins du Monde - Canada

4 -----

5 **Mme JAËLLE RIVARD :**

6 Donc moi, dans le fond, je vais amener le
7 témoignage d'une collègue qui ne met, dans le fond,
8 que la force de Médecins du Monde, c'est vraiment
9 de collaborer avec les organismes communautaires
10 qui travaillent auprès des personnes issues des
11 Premières Nations et Inuit à Montréal.

12 Dans le fond, ç'a été comme une relation de
13 longue date qui a été établie entre les
14 intervenants et les infirmières de proximité. Et
15 puis ç'a été, au départ, une relation très un à un,
16 en fait là, c'est vraiment comme telle infirmière
17 avec tel intervenant. Et puis ces relations
18 d'individu à individu ont permis, avec le temps, de
19 développer dans le fond un lien de confiance et
20 d'arriver à rejoindre les personnes qu'on voulait
21 rejoindre, dans le fond, les Autochtones et les
22 Inuit... les personnes autochtones à Montréal.
23 C'est ça. C'était presque exclusivement cette
24 relation-là, d'individu à individu, qui nous a
25 permis de rentrer auprès d'eux.

1 Aussi, ce qui nous aide beaucoup à Montréal,
2 c'est la présence d'intervenants communautaires qui
3 sont spécifiquement dédiés à la population
4 Premières Nations et Inuits. On pense, entre
5 autres, à l'organisme Plein Milieu qui a des
6 travailleurs de rue spécifiquement pour cette
7 population-là. Il y a aussi les intervenants du
8 Square Cabot. Je pense que vous avez entendu déjà,
9 dans les autres journées, des intervenants, Le Café
10 de la maison ronde; la Native Women's Shelter; Chez
11 Doris; et puis, Open Door, aussi qui sont dans le
12 fond... qui facilitent vraiment beaucoup le contact
13 et nous permet de les rejoindre.

14 **Mme VÉRONIQUE HOULE :**

15 Donc, au niveau de notre approche, Nicolas en a
16 fait mention donc je ne reviendrai pas là-dessus, à
17 moins que vous ayez des questions. Mais peut-être
18 juste un petit mot sur la clinique mobile, notre
19 véhicule d'innovation. Enfin, il est innovant à
20 Montréal, mais il faut savoir que Médecins du Monde
21 travaille avec des cliniques mobiles dans plusieurs
22 de ses programmes – que ce soit en Belgique, en
23 Grèce – il y en a vraiment dans... même dans
24 d'autres pays, quand on va ailleurs dans le monde.
25 Donc, c'est vraiment une façon que Médecins du

1 Monde a trouvée pour aller rejoindre les gens où
2 ils sont, mais aussi pour offrir un espace digne.
3 Parce qu'on défend des droits, d'une part, mais
4 c'est sûr que si on travaille avec... Par exemple,
5 la façon qu'on a trouvée – bien, la plus simple;
6 ça, c'est relatif, mais – pour réintégrer les gens
7 vers le réseau de la santé et des services sociaux,
8 c'est via les dépistages des infections transmises
9 sexuellement et par le sang. C'est pas non plus un
10 hasard parce que la personne qui était à la tête de
11 Médecins du Monde, à l'époque, comme président
12 c'était Régent Thomas. Donc, évidemment, il avait
13 bien à cœur toute la question du VIH et des autres
14 ITSS. Cette façon aussi de faire les dépistages
15 nous permettait, un, d'avoir un travail
16 conjointement avec la santé publique; donc, avoir
17 une veille, là, sur les populations qui sont plus à
18 risque comme les personnes qui s'injectent, par
19 exemple. Donc, de transmission des infections
20 transmises sexuellement et par le sang. Mais ça
21 nous permettait aussi de traiter sur place. Donc,
22 les infirmières sont en mesure de traiter
23 directement quand il est question de chlamydia,
24 gonorrhée et syphilis. Grâce à l'appui, là, des
25 médecins bénévoles qui forment un comité de soins;

1 donc, qui cautionnent tous ces actes délégués.
2 Mais, dans une autre mesure, quand malheureusement
3 il y avait des annonces ou qu'il y a des annonces
4 d'un VIH positif ou d'un virus de l'hépatite C
5 positif, mais on a plusieurs corridors de service,
6 de par nos bénévoles qui sont partout aussi dans le
7 réseau, mais aussi avec les années d'expérience
8 qu'on a acquis.

9 Donc, tout ça pour vous dire qu'avant la
10 clinique mobile, c'est sûr que faire des dépistages
11 c'était pas toujours évident. L'été, ça va encore,
12 mais l'hiver, c'est un peu plus difficile. Je vous
13 passe les détails, mais bon. Ça prend du sang et
14 de l'urine. Donc, il faut trouver de l'endroit
15 pour pouvoir avoir ces échantillons. Donc pour
16 nous, la clinique mobile c'était vraiment aussi
17 dans la suite logique de faire. Bien, on veut
18 offrir quelque chose de plus sécuritaire, mais
19 aussi de plus digne dans l'offre de soins. Alors
20 c'est comme ça qu'en deux mille quatorze (2014), on
21 a travaillé avec un architecte pour créer vraiment
22 le modèle – avec les infirmières et avec les
23 médecins bénévoles, aussi, à Médecins du Monde –
24 vraiment notre modèle de qu'est-ce qu'on veut,
25 comment on l'imagine. Donc, tout est fait sur

1 mesure – et je vous en parlerai vers la fin, si on
2 a le temps, mais ce modèle sera répliqué aussi pour
3 Victoria, en Colombie-Britannique, en avril qui
4 vient. Donc, c'était l'historique de la clinique.

5 **Mme JAËLLE RIVARD :**

6 Dans le fond nous, le témoignage d'une de mes
7 collègues :

8 *« La proximité a définitivement une*
9 *approche à privilégier lorsqu'il est*
10 *question de rejoindre les populations*
11 *autochtones et elle est, selon moi,*
12 *incontournable lorsqu'il s'agit de*
13 *omsrejoindre des personnes autochtones*
14 *encore plus fragilisées par l'itinérance*
15 *et la consommation de drogues et*
16 *d'alcool. »*

17 Parce que souvent – pour mettre en contexte –
18 ils vont souvent se tenir loin des ressources. Ça
19 fait qu'on n'a pas le choix d'aller vers eux; on
20 peut pas attendre qu'ils viennent vers nous.

21 **Dre VÉRONIQUE HOULE :**

22 Et puis, peut-être je vais illustrer aussi ce qui,
23 dans le travail de proximité qu'on fait avec les
24 travailleurs de rue, il y a eu aussi, en deux mille
25 quatorze (2014), une belle initiative qui s'est

1 fait. Il y avait le CSSS de la Montagne – donc, le
2 CIUSSS de l'Ouest de l'Île – en deux mille quatorze
3 (2014), avait... en deux mille treize (2013) en
4 fait, avait mis en place une travailleuse sociale
5 qui allait dans les rues faire du *outreach* pour
6 vraiment essayer, tenter de rejoindre les Premières
7 Nations et puis les Inuit, parce que le CLSC Métro
8 est vraiment dans le secteur où il y avait quand
9 même une forte population de personnes qui
10 habitaient là, dans les ruelles et tout ça. Donc,
11 ils ont tenté de mettre en place une infirmière du
12 réseau, donc qui faisait du *outreach*, donc du
13 repérage proactif. Et ils se sont rendu compte que
14 – et elle-même, dans son bilan – a dit : « Bien
15 moi, je peux rien faire; j'ai comme rien à offrir
16 pour les réaffilier ou pour faire le lien entre
17 leurs besoins et les services du CSSS ». Donc, on
18 a discuté avec la gestionnaire à l'époque et,
19 pendant une année, Médecins du Monde a travaillé
20 conjointement – donc, il y avait une infirmière de
21 Médecins du Monde avec la travailleuse sociale du
22 CSSS Métro – donc, on travaillait vraiment... elle
23 venait à nos réunions d'équipe, elle était intégrée
24 à l'équipe. Et, de ça, a fait que, dans le fond,
25 on a pu évaluer ensemble – c'est ce que permet

1 aussi Médecins du Monde; c'est qu'on peut réagir
2 assez rapidement, si on a les moyens financiers de
3 le faire, mais – on a pu évaluer rapidement sur le
4 terrain si, effectivement, la présence d'une
5 infirmière pouvait augmenter la réaffiliation des
6 gens avec le réseau, avec ce CSSS-là. La réponse,
7 elle a été positive. Donc, la demi-année qui a
8 suivi, on a, nous, formé l'infirmière qui allait
9 prendre la place de l'infirmière de Médecins du
10 Monde. Parce que l'idée derrière Médecins du Monde
11 – bon, vous allez trouver ça peut-être gros comme
12 affirmation, mais – on travaille à disparaître.
13 Est-ce qu'on va partir demain ? Malheureusement,
14 je pense pas. Mais l'idée c'est vraiment de
15 travailler pour que, éventuellement, il n'y ait
16 plus de trous de services; que toutes les personnes
17 aient accès à des soins.

18 **LE COMMISSAIRE :**

19 Si vous réaffiliez tout le monde au réseau, bien,
20 vous êtes en vacances.

21 **Dre VÉRONIQUE HOULE :**

22 Exactement. Voilà. Bon, peut-être qu'il y aura
23 d'autres problèmes, mais bon. Mais ce qui est
24 important quand même c'est exactement ça. Donc, il
25 faut qu'on travaille ensemble. Nous, on a une

1 volonté de travailler avec le réseau de la Santé et
2 des Services sociaux, avec le ministère de la Santé
3 et des Services sociaux. Et puis, quand je regarde
4 mes collègues européens, ils sont autour de la
5 table. Médecins du Monde - France, par exemple,
6 ils sont autour de la table avec les ministres de
7 la Santé quand ils... pas les ministres, mais les
8 fonctionnaires qui ont les dossiers qui touchent
9 l'itinérance, par exemple, qui touchent les
10 Premières Nations - bien, là-bas, c'est les Roms,
11 mais - mais qui touchent les problématiques où il y
12 a besoin d'avoir des services de proximité. Pour
13 nous, c'est extrêmement difficile d'être invités à
14 ces tables-là. On souhaite éventuellement y être,
15 justement parce qu'on a une accessibilité à des
16 personnes et à des données. Vous avez pu le voir
17 aussi dans le rapport; on vous en a fourni
18 quelques-unes. Mais c'est... on a envie de
19 partager ça; on a envie de pouvoir faire en sorte
20 que les services soient meilleurs.

21 Donc, je vous parle de cette expérience
22 parce que -- et puis Jaëlle pourra peut-être
23 l'expliquer au niveau terrain, mais - ç'a vraiment
24 porté ses fruits et puis, aujourd'hui, les deux (2)
25 personnes sont toujours en poste et on travaille

1 sur les mêmes territoires. Mais comme eux, ils ont
2 un temps partiel et que nous, on est là qu'une ou
3 deux (2) fois par semaine dans ces mêmes zones-là,
4 bien ça fait en sorte qu'il y a vraiment une
5 continuité des soins et qu'on peut, nous, dans le
6 fond, référer vers l'infirmière ou la travailleuse
7 sociale du réseau de ce CIUSSS-là. Un, en toute
8 confiance parce qu'ils ont aussi adopté l'approche
9 Médecins du Monde après avoir travaillé avec nous
10 un an et demi; donc, le non nominal, et cetera.
11 Donc, ça permet aussi d'avoir des soins,
12 finalement, qui sont mieux adaptés à ces
13 personnes-là.

14 **Mme JAËLLE RIVARD:**

15 Et puis même, si je peux rajouter, ils ont même
16 adopté, tu sais, on a un horaire sur deux (2)
17 semaines. Dans le fond, la régularité – on va en
18 parler un peu plus loin, mais – la régularité des
19 services afin de réussir à rejoindre cette
20 population-là, c'est quelque chose qu'on met en
21 place depuis le début, dans le fond. On est là à
22 chaque deux (2) semaines, toujours à la même heure,
23 tout ça. Finalement, le réseau a adopté aussi
24 cette approche-là. Ça fait que finalement, tu
25 sais, c'est pour montrer que ça fait des petits et

1 puis, c'est le *fun* parce qu'on peut s'autoréférer
2 entre nous et puis, on sait tout le monde est où.
3 Et puis, pour les gens qu'on rejoint qui sont dans
4 des situations précaires, c'est plus facile pour
5 eux. Dans le fond, une citation d'une collègue :

6 « *La présence d'une infirmière de*
7 *proximité et de la travailleuse sociale*
8 *issues du CSSS de la Montagne qui*
9 *fréquente les mêmes milieux que nous peut*
10 *faciliter la prise en charge, autant*
11 *médicale que sociale. On est amenés à*
12 *travailler en collaboration et on peut*
13 *assurer, lorsque possible, un suivi de*
14 *certaines problématiques de santé. »*

15 Par exemple, le traitement d'infections
16 transmissibles sexuellement et par le sang; la
17 notification de partenaires qui sont infectés par
18 des ITSS aussi; des suivis de plaies; ou encore des
19 problèmes cutanés ou du *planning* familial.

20 Je pense, entre autres, à une femme qu'on
21 avait vue et qui était enceinte, qui était en
22 situation d'itinérance et puis qu'on avait fait le
23 ponts avec l'infirmière de proximité de ce
24 territoire-là pour qu'elle puisse faire le suivi
25 finalement. Ça fait qu'on travaille vraiment en

1 équipe et puis, on a pu la référer vers les
2 services appropriés.

3 **Dre VÉRONIQUE HOULE :**

4 Un petit mot sur nos précieux partenaires
5 communautaires. Vous voyez, ils sont au nombre de
6 dix (10). Sur ces dix (10), cinq (5) de nos
7 partenaires sont impliqués auprès des Premières
8 Nations et des Inuit, avec nous. Donc aussi, le
9 modèle qu'on essaie de démontrer le plus possible
10 avec nos cercles, nos couleurs, mais ce qu'on tente
11 de démontrer c'est la co-construction, finalement.
12 C'est que Médecins du Monde, ce qu'on apporte
13 c'est : une infirmière; un camion; la possibilité
14 de faire des laboratoires; des médecins bénévoles.
15 C'est ça. Mais ça, sans les groupes
16 communautaires, sans les gens qui connaissent le
17 milieu, sans les pairs, c'est pas suffisant. Donc
18 c'est un modèle qui est extrêmement important
19 d'être construit dans cette combinaison, en fait,
20 de groupes partenaires.

21 Donc, concrètement, quand la clinique mobile
22 est sur la rue, il y a toujours un de ces
23 partenaires-là soit qui est à bord du véhicule ou
24 soit que nous, on est stationnés en face. Comme,
25 par exemple, la Mission St. Michael's, la personne,

1 elle est pas à l'intérieur de la clinique,
2 l'intervenante de St. Michael's. Mais nous, on est
3 dans leur cour. Donc, ça fait en sorte... La même
4 chose au niveau du Centre d'amitié autochtone. On
5 a été très longtemps à l'intérieur des murs, entre
6 quatre-vingt-dix-neuf ('99) et deux mille treize
7 (2013). Mais ça aussi ça avait ses limites, parce
8 que, dans plusieurs ressources – autochtones ou
9 non – il y a plusieurs personnes malheureusement
10 qui, dans leur vie, vont avoir des... ils appellent
11 « barrés » donc des restrictions d'utiliser les
12 services pour X, Y raisons : violence, ou ils
13 étaient trop intoxiqués, manque de respect,
14 problème de comportement. La liste peut être
15 longue. Mais tout ça pour dire que nous, ça nous
16 posait aussi un problème parce qu'on a toujours été
17 indépendants – et dans nos actions, à Médecins du
18 Monde, mais aussi – c'est notre force que même dans
19 les groupes communautaires, oui, on travaille
20 ensemble, mais notre mission, elle est de santé.
21 Donc, pour nous, la clinique mobile se devait aussi
22 d'être neutre et d'avoir cet espace-là qui permet
23 d'avoir... que les gens puissent venir, qu'ils
24 soient ou non exclus de la ressource pour deux (2)
25 jours, trois (3) semaines, six (6) mois. Donc, on

1 reste à l'écart de ces problématiques-là. À ce
2 jour, on n'a jamais, nous, eu à demander à une
3 personne de ne pas venir dans la clinique mobile.
4 Et, au niveau de la proximité, je peux vous dire
5 que c'est assez petit. Mais, bon; on trouve aussi
6 des trucs qui font en sorte que les gens se sentent
7 bien.

8 Aussi, une petite anecdote. Moi, j'ai
9 compris, quand la clinique mobile était acceptée
10 dans le milieu - tu sais, on parlait d'humain,
11 quand Nicolas a fait l'introduction tout à
12 l'heure - c'est ça; c'est une rencontre, mais je me
13 suis rendu compte que la clinique mobile, elle
14 était acceptée quand les gens ont commencé à la
15 décorer. Et puis c'est d'ailleurs des gens ici des
16 Premières Nations qui ont amené une photo, un
17 dessin d'un aigle. Donc c'est extrêmement fort.
18 Et, malgré que les intervenants, les infirmières -
19 bon, parfois vont rester avec nous un an, deux (2)
20 ans - on aimerait qu'elles restent toujours, mais
21 des fois c'est normal; les carrières évoluent.
22 Mais les gens ont développé une confiance en
23 Médecins du Monde. Donc, quand on a une nouvelle
24 infirmière avec nous, ou un médecin bénévole, la
25 confiance, elle est déjà établie. On n'a plus

1 besoin de bâtir ça. C'est avec Médecins du Monde.
2 Donc ça, c'est une victoire, aussi, qui est
3 extrêmement importante et que, encore une fois, on
4 aurait envie de pouvoir en faire bénéficier
5 différents programmes.

6 Donc, je sais pas si je vous dis un petit mot
7 sur ces partenaires-là, mais peut-être, ce que
8 j'aimerais souligner c'est que le Centre d'amitié
9 autochtone, Projets Autochtones du Québec, on est
10 avec eux depuis extrêmement longtemps. Je pense
11 que Projets Autochtones du Québec, on est avec eux
12 depuis leur existence; je me souviens plus de
13 l'année exacte. Mais c'est vraiment de
14 partenariats de longue date. Et puis, Stella, la
15 même chose. Et ce qui est intéressant c'est que
16 ces partenariats-là évoluent. Prenons l'exemple de
17 Stella. Dr Richer vous en parlait tout à l'heure,
18 on a débuté une clinique à l'intérieur des murs de
19 Stella, dès deux mille (2000) - deux mille un
20 (2001). Donc, ça fait encore plus que quinze (15)
21 ans; j'osais pas te le dire tout à l'heure. Mais
22 tout ça pour dire que, aujourd'hui, on laisse notre
23 place au réseau. Le réseau a développé des équipes
24 spécifiques SIDEP; donc des Équipes spécifiques en
25 dépistage des infections transmises sexuellement,

1 un peu sous le modèle de Médecins du Monde. Et
2 quand ils sont en mesure de déployer ces équipes-là
3 auprès des organismes comme ça, bien nous, on reste
4 un peu avec eux pour faire la passation et on
5 quitte. Donc, c'est vraiment ça l'idée. Et, avec
6 Stella, c'est ce qui s'est passé. Donc, à un
7 moment, ils ont travaillé avec leur équipe de
8 proximité. Et nous, par contre, on a poursuivi
9 notre partenariat avec Stella. Cependant, on est
10 allés vers des secteurs où il y avait moins de
11 service. Donc avec Stella, on travaille au
12 Square Cabot, que vous avez aussi entendu parler,
13 j'imagine, dans les deux (2) dernières semaines.
14 Donc, principalement auprès des femmes qui font le
15 travail du sexe dans ce secteur-là; donc, Premières
16 Nations et Inuit, majoritairement.

17 Donc, c'est vraiment important de comprendre
18 l'évolution aussi des partenaires parce que, on les
19 quitte pas parce que le réseau arrive; au
20 contraire, on est très content, mais on regarde :
21 Est-ce qu'il y a des choses qu'on peut encore être
22 utiles avec les partenaires communautaires ? Et si
23 oui, où ? Dans quels contextes ? Et puis, à ce
24 moment-là, on a le loisir et le luxe d'essayer. Il
25 n'y a pas... Mon président ou ma Direction générale

1 n'attend pas des chiffres à la fin de l'année, de
2 combien de monde on a vu. C'est plutôt : comment
3 vous vous êtes sentis ? Comment ç'a réagi ? C'est
4 quoi les liens que vous avez créés ? Qu'est-ce
5 qu'on a offert ? Qu'est-ce qu'on a changé ? Vers
6 quoi on travaille ? Donc on a ce luxe-là,
7 finalement, de pouvoir partir des projets, faire
8 des évaluations, vraiment sans avoir une structure
9 très, très lourde. Donc ça, c'est quand même une
10 force.

11 Donc, peut-être juste une... On vous a mis
12 quelques statistiques à l'intérieur du rapport. On
13 ne va pas passer beaucoup de temps - à moins que
14 vous ayez des questions -, mais je tenais
15 simplement à souligner que, dans le fond, là on
16 vous a mis les statistiques de neuf (9) mois.
17 Donc, l'année en cours deux mille dix-sept (2017).
18 Et ce qui est important de souligner c'est que la
19 moitié déjà des personnes - donc, cent quarante-
20 neuf (149) personnes - sont issues des Premières
21 Nations et Inuit. Et, si on compare avec les
22 allochtones qui est deux cent quatre-vingt-quinze
23 (295). Donc ça, c'est quand même parlant au niveau
24 du... C'est la moitié des personnes qu'on voit à
25 la clinique mobile, qui sont issues des Premières

1 Nations ou qui sont Inuit. Donc ça, c'est la
2 première chose que je voulais vous parler.
3 L'autre chose que vous voyez dans le rapport, en
4 page 15, c'est... Quand on pose la question :
5 « Est-ce que c'est la première visite ? » C'est
6 important pour nous parce qu'on voit aussi la
7 différence entre les allochtones qui vont répondre
8 souvent : « Oui, c'est la première visite ». Parce
9 que l'idée de Médecins du Monde – là, c'est sûr que
10 vous le savez maintenant –, mais c'est vraiment que
11 les gens puissent avoir accès aux soins du réseau.
12 Donc, on espère, entre une et trois (3) visites,
13 pour que les personnes puissent réintégrer le
14 réseau de la Santé et des Services sociaux, ou
15 l'intégrer tout simplement. Par contre, pour les
16 Premières Nations et les Inuit, c'est beaucoup plus
17 complexe – on va en parler plus longuement plus
18 tard –, mais c'est extrêmement complexe. Donc, on
19 voit que les gens reviennent beaucoup plus vers
20 nous, avant d'avoir accès à d'autres services.
21 Donc, c'est un peu ça qu'on a tenté d'illustrer
22 avec ça. Sinon, dans les chiffres marquants, il y
23 a aussi les refuges, la fréquentation des refuges
24 et des *squats*. Donc, des *squats*, donc des endroits
25 qu'ils vont sans autorisation nécessairement. Mais

1 si on combine les gens qui vont dans les refuges et
2 qui habitent dans la rue, on est quand même près de
3 soixante pour cent (60 %) des cent quarante-neuf
4 (149) Autochtones qui sont dans cette situation-là.
5 Comparativement à vingt-trois pour cent (23 %),
6 chez les allochtones. Donc ça, c'est aussi majeur
7 comme différence, là. Et ça s'explique, de notre
8 point de vue, parce qu'il y a pas – à part Projets
9 Autochtones du Québec, qui a des logements, qui a
10 un refuge mixte – il y a pas d'autres options. À
11 moins de vouloir se séparer. Et on le sait – en
12 tout cas, nous, ce qu'on voit – ce qu'on se rend
13 compte, c'est que les gens, ils veulent pas se
14 séparer; ils aiment mieux rester dans leur
15 communauté, quitte à investir une ruelle. Ils vont
16 habiter cette ruelle-là, mais ils vont tous être
17 ensemble. Donc, la séparation – que ce soit
18 conjoint-conjointe, ou même que ce soit entre
19 personnes surtout Inuits, ce que j'ai en tête –,
20 mais ils vont préférer dormir à moins trente
21 (- 30° C) dehors que d'avoir à se séparer et
22 d'aller dans des refuges. Donc ça, ça fait en
23 sorte que, effectivement, s'il y a un problème avec
24 Projets Autochtones du Québec, vous ne pouvez plus
25 y aller, ou peu importe la raison, bien c'est la

1 rue. Il y a pas d'autres options pour eux,
2 spécifiquement. Et mixtes, de surcroît.

3 Peut-être aussi un petit mot sur les problèmes
4 de santé aussi qu'on voit et qui sont plus
5 problématiques, je vous dirais, chez les personnes
6 autochtones. C'est l'émergence... enfin, on sent
7 qu'il y a plus de personnes qui ont - dans nos
8 statistiques à nous, de gens qu'on voit; donc, je
9 vous rappelle qu'elles sont extrêmement précaires,
10 les personnes qu'on voit -, mais qui sont... que ça
11 semble émerger au niveau de l'hépatite C. Donc,
12 plusieurs personnes auraient le virus de
13 l'hépatite C. Et aussi, une augmentation de la
14 syphilis - qu'elle soit latente ou active; ça,
15 c'est des termes que Dre Richer pourra bonifier;
16 non, elle veut pas - aucun besoin. Mais c'est
17 quand même important, au niveau de la santé
18 publique et puis de la santé en général, de
19 savoir... Je vous en parle parce que, un, on l'a
20 mis là, mais c'est le genre de données aussi que
21 Médecins du Monde a et qui peut servir à évaluer,
22 élaborer des plans d'action stratégiques; réfléchir
23 avec le ministère de la Santé; réfléchir avec les
24 gens de la santé publique pour voir, est-ce qu'on
25 pourrait faire autrement ou mieux ? Comment ?

1 Donc, c'est pour ça que je voulais vous le
2 souligner.

3 Il y a aussi – avant de laisser la parole à
4 Dre Richer – toute la question de la santé mentale
5 et de la violence. Au niveau des sujets abordés
6 avec les infirmières, c'est quand même douze pour
7 cent (12 %) versus trois pour cent (3 %) chez les
8 allochtones où les personnes ont parlé qu'ils
9 avaient été dans une situation de violence. Donc
10 ça, c'est quand même parlant. Et vivre une
11 situation de violence – c'est douze pour cent
12 (12 %) versus trois pour cent (3 %) – et le sujet
13 de la violence, que ce soit au niveau, même, de
14 comment faire autrement ? comment... Tu sais, tu
15 me racontais aussi des fois, dans le couple, ils
16 ont envie de faire autrement, mais ils en parlent,
17 comment on fait quand on a connu que ça ? Comment
18 on fait quand on vit dans la rue et que c'est
19 difficile pour pas arriver aux poings, même entre
20 amis ? Ils abordent ça quand même quatre (4) fois
21 plus souvent que chez les autres personnes qui
22 fréquentent la clinique mobile. Donc, voilà. Je
23 voulais vous partager ceci. Et là, j'aurais en
24 principe laissé la parole à Dre Richer...

25 **LE COMMISSAIRE :**

1 On peut peut-être prendre quelques minutes. À
2 moins que quelqu'un prenne la relève.

3 **Me EDITH-FARAH ELASSAL :**

4 Bien je pourrais, en fait, vous poser une question.

5 **Mme VÉRONIQUE HOULE :**

6 Oui ?

7 **Me EDITH-FARAH ELASSAL :**

8 Je pourrais prendre la relève. Vous nous avez
9 transmis un document qui est intitulé « Témoignage
10 de Médecins du Monde » qui a été partagé d'ailleurs
11 avec les participants de la Commission. À la
12 page 14, vous parlez de statistiques et puis, on
13 les retrouve à la page 14, en fait, pages 13
14 jusqu'à 16.

15 **Mme VÉRONIQUE HOULE :**

16 Oui.

17 **Me EDITH-FARAH ELASSAL :**

18 Donc ça, c'est pour l'année deux mille dix-sept
19 (2017), en fait avril deux mille dix-sept (2017)
20 jusqu'à décembre deux mille dix-sept (2017). Je
21 trouve les statistiques très intéressantes. Et
22 puis, quand on regarde à la page 14, bon, vous avez
23 pour cette période-là de l'année deux mille dix-
24 sept (2017) rencontré cent quarante-neuf (149)
25 personnes autochtones. On voit qu'il y a quatre-

1 vingt-une (81) femmes de ce nombre qui ont été
2 rencontrées pour cinquante-quatre pour cent (54 %)
3 de personnes. Et puis, si on regarde du côté
4 allochtone, sur deux cent quatre-vingt-quinze (295)
5 personnes rencontrées, soixante-dix-neuf (79)
6 femmes allochtones, pour vingt-six pour cent
7 (26 %).

8 J'aimerais ça vous entendre sur... Il y a
9 vraiment une différence. Les femmes autochtones
10 vous consultent beaucoup plus ? Comment vous
11 interprétez cette donnée-là ?

12 **Mme VÉRONIQUE HOULE :**

13 Bien, je peux partager une piste de réflexion – et
14 puis, Jaëlle, n'hésite pas si tu veux compléter,
15 mais c'est sûr que, comme je vous le disais tout à
16 l'heure, il y a plus de femmes autochtones qui sont
17 à la rue. Parce que si on regarde même le nombre
18 en haut, juste en haut de cette statistique-là, il
19 y a aussi le nombre de personnes. Donc, sur cent
20 quarante-neuf (149) personnes vues, il y a quand
21 même soixante et onze (71) personnes qui sont des
22 Inuit, et soixante-trois (63) des Premières
23 Nations. Donc, il y a une surreprésentation qui
24 est extrêmement importante au niveau des personnes
25 inuites qui vivent dans la rue. Et de ce nombre-là

1 Premières Nations et Inuit à Montréal, elle est pas
2 cachée du tout l'itinérance pour ces femmes-là;
3 elle est vraiment très visible. Et puis, elles
4 sont dans une situation de très grande précarité,
5 vulnérabilité. Et puis, c'est ça. Souvent, elles
6 sont sur la rues. Ça fait qu'elles sont plus
7 faciles à rejoindre, si on peut dire, que les
8 femmes mettons allochtones. Mais c'est aussi...
9 c'est différent; ça se compare pas vraiment. C'est
10 ça; c'est deux (2) types d'itinérance différente.

11 **LE COMMISSAIRE :**

12 Si je comprends bien, chez les sans-abri, vous
13 remarquez que chez les Autochtones, ils vont avoir
14 tendance à rester en groupe, alors que chez
15 d'autres, chez les allochtones, ce sera plus
16 isolé ? Ils seront un peu plus éparpillés ? Vous
17 constatez ça ?

18 **Mme VÉRONIQUE HOULE :**

19 Absolument.

20 **Mme JAËLLE RIVARD :**

21 Oui.

22 **LE COMMISSAIRE :**

23 Et vous mentionnez que, après quelques visites,
24 chez les gens allochtones vous pouvez, ou ils vont
25 peut-être se réintégrer au réseau; tandis que, chez

1 les Autochtones, ça va prendre beaucoup plus de
2 temps. Et, s'ils le font.

3 **Mme VÉRONIQUE HOULE :**

4 Exactement.

5 **LE COMMISSAIRE :**

6 Est-ce qu'on peut expliquer ça par une question de
7 confiance de liens ?

8 **Mme VÉRONIQUE HOULE :**

9 On peut expliquer ça par plusieurs façons. Et
10 puis, c'est d'ailleurs vers là que Dre Richer s'en
11 revient pour nous faire part de ça. Donc, je
12 pourrais peut-être te laisser la parole ?

13 **LE COMMISSAIRE :**

14 Ah, nous étions rendus à Docteure Richer.

15 **Dre FAISCA RICHER :**

16 Oui, je m'excuse. J'ai dû m'absenter quelques
17 minutes. Sous l'ordre de mon président, j'étais
18 mieux d'aller faire un petit tour...

19

20

21

22

23

24

25

1 Dre FAISCA RICHER,
2 Médecin bénévole
3 Médecins du Monde - Canada

4 -----

5 **Dre FAISCA RICHER:**

6 Donc oui, je pense qu'effectivement, il y a un lien
7 de confiance avec Médecins du Monde qui fait que la
8 clientèle va revenir, mais je pense que c'est
9 probablement symptomatique de plus grandes
10 barrières à l'accès aux services pour les
11 populations autochtones que pour les allochtones,
12 même en situation d'itinérance.

13 Si ça vous va, j'irais dans les barrières
14 après qu'on ait fait un petit survol de la réalité
15 des populations urbaines, en termes d'iniquité de
16 santé. Ça va ?

17 **LE COMMISSAIRE :**

18 Oui.

19 **Dre FAISCA RICHER :**

20 Est-ce que vous voulez que je fasse un mot
21 là-dessus ? Ou je reviens là-dessus plus tard ?

22 **Dr NICOLAS BERGERON :**

23 Tu peux commenter sur la féminisation, oui de...

24 **Dre FAISCA RICHER :**

25 Oui. Alors il semble que, pendant mon absence,
26 vous ayez parlé de la situation des femmes. Que

1 les femmes sont surreprésentées dans la population
2 autochtone qui vit en situation d'itinérance. Je
3 pense que c'est aussi le reflet de la grande,
4 grande vulnérabilité des femmes autochtones en
5 général. Donc, la situation de la violence
6 familiale, l'exclusion des communautés pour sauver
7 sa peau, finalement, fait que ces femmes se
8 retrouvent hors de leur réseau, à Montréal ou dans
9 d'autres communautés urbaines. Et, à ce moment-là,
10 elles sont très nombreuses parce qu'elles sont très
11 nombreuses à vivre des situations de violence dans
12 leur communauté. Je pense que c'est un peu ce
13 reflet-là. Ce sûr que les femmes allochtones
14 vivent des situations de drames conjugaux aussi.
15 Mais je pense que, en termes de proportions, le
16 fait qu'il y ait presque autant de femmes que
17 d'hommes dans la population qui vit en situation
18 d'itinérance chez les autochtones, c'est
19 probablement un reflet de cette grande
20 vulnérabilité. Qui est étudiée, finalement, dans
21 une autre Commission en cours.

22 **LE COMMISSAIRE :**

23 Est-ce que vous avez constaté – on a parlé
24 d'itinérance cachée – d'autres m'ont déjà parlé
25 d'itinérance voilée; ça veut dire que des femmes

1 vont accepter de vivre des relations, même de
2 violence, qui sont moins pires que ce qu'elles
3 auraient dans la rue. Alors ...

4 **Dre FAISCA RICHER :**

5 On est dans la survie. Là, ce serait très très
6 clair.

7 **LE COMMISSAIRE :**

8 Si vous avez des choses à ajouter là-dessus.

9 **Dre FAISCA RICHER :**

10 Plusieurs patientes... C'est assez frappant, en
11 fait, quand on voit... Parce qu'elles vivent
12 toutes des situations de violence, celles qu'on
13 voit dans les cliniques. Et puis, à nous, je pense
14 parce que le lien de confiance est établi, il y a
15 pas beaucoup de pudeur à le nommer. C'est-à-dire
16 que dès qu'on pose la question, on a une réponse
17 très claire. Et là, les larmes viennent souvent
18 tout de suite. Et mon expérience clinique c'est
19 que, avec une femme allochtone, je pourrais dire
20 quelque chose comme : « Tu sais, t'as pas besoin de
21 vivre ça; on est là pour t'aider ». « T'as pas
22 besoin de vivre ça », pour une femme autochtone, je
23 vois que ça résonne à rien. C'est-à-dire que, pour
24 sa survie, elle a besoin de vivre ça; c'est la
25 réalité qu'elle vit. Donc là, il y a un long

1 silence et on pleure souvent habituellement
2 ensemble jusqu'à ce qu'on ait épuisé la peine.
3 Mais la réalité : elle ressort du bureau et puis,
4 elle retourne à cette réalité. Ça, c'est très
5 clair. Donc, j'enchaînerais ? Oui ? Parfait. On
6 n'est pas trop fatigués ? On a encore une petite
7 demi-heure avant la pause ?

8 **LE COMMISSAIRE :**

9 Oui. Si vous voulez, oui.

10 **Dre FAISCA RICHER :**

11 Ça va.

12 **LE COMMISSAIRE :**

13 Je vous laisse choisir quand vous voudrez la pause.

14 **Dre FAISCA RICHER :**

15 Moi, je suis fraîche et dispose. Je pars jusqu'à
16 midi (12 h).

17 **LE COMMISSAIRE :**

18 Donc, quand vous choisirez, ce sera notre choix.

19 Ça vous va ? Très bien.

20 **Dre FAISCA RICHER :**

21 Donc je voudrais, dans un premier temps, essayer de
22 mettre la table en disant quelque chose que vous
23 avez sûrement entendu souvent. C'est que la
24 situation des populations autochtones à Montréal,
25 elle est pas nécessairement différente sur le plan

1 de la santé ou des causes des iniquités de santé,
2 de celle des populations autochtones ailleurs au
3 Canada, soit dans les communautés ou en ville. Il
4 y a comme un cumul de facteurs de risques, un cumul
5 de déterminants sociaux qui fait qu'il peut y avoir
6 des situations plus graves quand elles vivent aussi
7 en situation d'itinérance à Montréal. Mais
8 Montréal n'est pas un cas unique par rapport au
9 profil de santé qu'on observe. On l'observe aussi
10 dans à peu près tous les pays où les populations
11 autochtones ont vécu une colonisation.

12 Donc, je le dis parce que c'est important de
13 réaliser que la colonisation comme telle est
14 probablement à la source de l'ensemble. Ce qui
15 explique que ce qu'on observe chez une autre
16 population autochtone à Montréal ou au Québec, on
17 l'observe aussi en Australie, en Nouvelle-Zélande
18 et dans plein d'autres pays. Et donc, on peut
19 certainement s'inspirer des compréhensions
20 internationales et des bonnes pratiques d'autres
21 pays pour essayer de voir comment combler les
22 besoins dans nos populations à nous.

23 Et en fait, ce qu'on voit c'est que les
24 iniquités de santé, de façon générale, elles sont
25 dues, évidemment, au traumatisme collectif et à ses

1 conséquences intergénérationnelles. Mais aussi aux
2 structures colonisantes qui font en sorte, encore
3 aujourd'hui, que les populations vivent des
4 conditions de vie extrêmement difficiles en termes
5 de pauvreté, d'accès à l'emploi et à l'éducation.
6 Et c'est donc probablement le mélange des deux (2)
7 – ce traumatisme intergénérationnel qui a des
8 conséquences sur la santé mentale, sur les
9 comportements de dépendance, et cetera; et les très
10 difficiles conditions de vie – qui font en sorte
11 que les populations vont vivre des écarts de santé
12 qui, à toutes fins pratiques, ont leur source dans
13 les structures.

14 Si on regarde ensuite le phénomène
15 d'urbanisation. C'est un phénomène qui est, aussi,
16 pas du tout unique à Montréal. C'est un phénomène
17 qui a pris... qui est en cours dans les provinces
18 de l'Ouest depuis au moins une bonne vingtaine
19 d'années. Ce qui veut dire, encore là, que ce qui
20 se passe à Montréal, on pourrait s'inspirer des
21 bonnes pratiques développées dans l'Ouest parce
22 qu'avec le recul, on commence là-bas à avoir des
23 services de santé et des services de logement
24 adapté. Il y a aucune bonne raison, à mon avis,
25 pour laquelle on devrait, à Montréal, croire qu'on

1 est tellement unique qu'on peut pas s'inspirer de
2 ce qui se fait à Winnipeg, par exemple, ou à
3 Edmonton, pour combler les besoins en termes
4 d'amélioration des conditions de vie.

5 À l'échelle canadienne, notamment,
6 l'urbanisation, la forte majorité des populations
7 autochtones sont en fait en milieux urbains,
8 maintenant. C'est un phénomène qui a tardé à avoir
9 lieu au Québec pour des raisons qu'on comprend pas
10 tellement bien. Je pense, de mon point de
11 vue - peut-être que les personnes touchées
12 pourraient nous l'expliquer mieux -, mais il semble
13 que l'urbanisation est un phénomène qui date
14 vraiment des quatre (4) - cinq (5) dernières
15 années. Et puis, on l'a vu avec l'émergence des
16 clientèles à Médecins du Monde. Ce qui fait que
17 Montréal, maintenant, est au premier (1^{er}) rang des
18 villes au Québec pour le volume de population
19 autochtone, mais au septième (7^e) rang canadien.
20 Par contre, l'accroissement de la population
21 autochtone à Montréal est la plus forte à Montréal
22 que dans n'importe quelle autre ville au Québec et
23 au Canada. Ce qui veut dire qu'on est vraiment
24 dans une situation où est-ce que là, les ressources
25 n'arrivent plus à subvenir. On est dans un

1 *overwhelming*, on dépasse la capacité des ressources
2 à tous les niveaux. Et c'est ce qui fait qu'on en
3 entend de plus en plus parler de la situation des
4 populations urbaines à Montréal.

5 Je vais laisser peut-être Jaëlle nous apporter un
6 petit témoignage à cet effet-là.

7 **Mme JAËLLE RIVARD :**

8 Pour appuyer un peu les propos... Dans le fond,
9 c'est une citation d'une collègue :

10 *« Il m'est arrivé d'apprendre qu'un gars*
11 *n'aimait vraiment pas Montréal, mais ne*
12 *pouvait pas retourner au Nord. Il*
13 *s'était ouvert sur les abus sexuels qu'il*
14 *a subis de la part de ses professeurs*
15 *pendant plusieurs années. »*
16 *« Une autre femme dont la vie était en*
17 *danger à Montréal ne voulait pas*
18 *retourner dans sa communauté puisqu'un*
19 *policier important - le chef de police ou*
20 *le chef de bande; je ne suis plus*
21 *certaine - l'avait abusée sexuellement à*
22 *plusieurs reprises. »*

23 C'est comme la fracture entre ici et là-bas.

24 *« Aussi, plusieurs des Inuit rencontrés*
25 *sont arrivés à Montréal suite à une*

1 *incarcération. Et bien que certains*
2 *aimeraient retourner dans leur village*
3 *natal, ils n'y sont plus vraiment les*
4 *bienvenus, de par la judiciarisation. Et*
5 *puis, par conséquent, il y en a plusieurs*
6 *qui sont ni bien ici ni bien là-haut. »*

7 Mais, de toute façon, même s'ils voulaient
8 retourner, il ne faut pas oublier que c'est très
9 complexe de retourner; c'est beaucoup de démarches.
10 Et souvent, ça fait qu'ils restent entre deux (2)
11 encore.

12 **Dre FAISCA RICHER :**

13 Ce qu'il faut comprendre aussi et puis ça,
14 j'imagine, vous en avez entendu parler largement,
15 c'est que la population autochtone urbaine ne veut
16 pas dire « population itinérante ». Si on regarde
17 en fait les enquêtes qui ont été faites à l'échelle
18 canadienne ou québécoise, les principales raisons
19 qui amènent les gens à se mobiliser vers la ville
20 c'est, en fait, pour se trouver du travail et pour
21 avoir accès à l'éducation. Donc il y a une très
22 large pourcentage... proportion de la population
23 autochtone urbaine qui est une population qui
24 travaille; qui est aux études; qui est, à toutes
25 fins pratiques, intégrée. Mais qui vit des défis,

1 je pense, à toutes sorte de niveaux. Mais il faut
2 pas faire l'amalgame de population autochtone
3 urbaine veut dire « population dans la rue ».
4 C'est une faible proportion qu'on peut
5 difficilement comptabiliser, je pense, étant donné
6 l'état des statistiques à cet égard. Mais c'est
7 certainement pas la majorité.

8 Les gens qui se retrouvent dans la rue sont
9 davantage ceux qui restent coincés en ville, suite
10 à des séjours en prison, des hospitalisations, ou
11 les femmes qui évidemment ont quitté un peu
12 rapidement pour sauver leur vie des communautés.
13 Donc c'est plutôt ces personnes-là qui arrivent en
14 ville et là, n'ont pas de réseau, n'ont pas de
15 ressources, et peuvent se retrouver en situation
16 d'itinérance.

17 Donc si on regarde la situation à Montréal,
18 pour l'instant. On croit, selon les données du
19 recensement, qu'il y aurait pour l'instant à peu
20 près vingt-six mille (26 000) personnes d'identité
21 autochtone. Mais ça, c'est des estimations qui
22 varient beaucoup en fonction des sources. Ça,
23 c'est les données du recensement, qui sont vraiment
24 connues pour être une source largement sous-estimée
25 des populations autochtones en ville, étant donné

1 que, évidemment, il faut avoir une résidence fixe
2 pour être invité à répondre au recensement. Et
3 donc, on croit qu'il y a peut-être un facteur de
4 deux (2) ou quatre (4), de sous-estimation par
5 rapport à la population en ville.

6 Comme je le disais tout à l'heure, c'est une
7 population urbaine à Montréal qui va être très
8 hétérogène. On a peut-être une plus forte
9 proportion de Premières Nations. Mais les
10 populations inuites sont une population qui
11 augmente rapidement. Habituellement, pour
12 l'ensemble des populations – qu'elle soit
13 itinérante ou non – il va quand même y avoir des
14 problématiques de vulnérabilité sur le plan socio-
15 économique. Ça veut dire, même les gens qui ont un
16 travail ou un logement, vont vivre dans des
17 conditions qui sont moins favorables que les
18 allochtones montréalais. Ça c'est le peu de
19 données qu'on a, semble indiquer ça. Mais il
20 faudrait évidemment qu'on puisse avoir accès à de
21 meilleures données pour pouvoir le documenter
22 beaucoup mieux.

23 On croit donc, avec les données auxquelles on
24 a accès, que parmi la population itinérante, il y
25 aurait environ dix pour cent (10 %) de personnes

1 autochtones. Alors qu'elles sont – si on se fie
2 aux données du recensement – environ point six pour
3 cent (0,6 %) de la population montréalaise. Ce qui
4 veut dire qu'il y a une très, très large
5 surreprésentation des Autochtones parmi les
6 personnes itinérantes. Parmi ces personnes
7 itinérantes autochtones, on pense qu'il y a environ
8 quarante pour cent (40 %) de personnes d'origine
9 inuite. Encore là, une très large
10 surreprésentation.

11 Je vais laisser Jaëlle nous dire un petit mot
12 sur cette question, avant d'aborder...

13 **Mme VÉRONIQUE HOULE :**

14 Peut-être juste avant. J'ajouterais les chiffres,
15 dans le fond, apportés par Dre Richer c'est en lien
16 avec le dénombrement... je compte Montréal, qui
17 avait été fait en mars deux mille quinze (2015).
18 Donc, sur trois mille seize (3 016) personnes
19 itinérantes recensées en mars deux mille quinze
20 (2015), c'est les chiffres qui ont sorti; donc, du
21 dix pour cent (10 %) de ces personnes-là, du trois
22 mille seize (3 016), étaient des personnes
23 d'origine autochtone.

24 **Mme JAËLLE RIVARD :**

25 Donc là, je vous amène un témoignage d'une

1 collègue :

2 « Quand je travaillais dans la rue,
3 j'avais souvent l'impression que
4 certaines des personnes autochtones que
5 je rencontrais avaient un passé tellement
6 lourd qu'elles semblaient ne plus pouvoir
7 se battre. Comme si le passé était
8 tellement lourd qu'elles ne croyaient
9 plus que cela pouvait changer. Ce n'est
10 pas un lâcher-prise ni un manque de
11 volonté, mais plutôt un genre de constat
12 que c'est ainsi et que ça ne changera
13 pas. »

14 « Mon impression est qu'ils vivent une
15 accumulation de déceptions et de
16 souffrances dans un contexte historique
17 de violence, de consommation, de
18 séparation et d'éloignement. Être
19 itinérant, alcoolique ou consommateur de
20 substances, et Autochtone, n'est pas un
21 chapeau ou une étiquette facile à porter.
22 Pour eux, même s'il s'agit de l'histoire
23 de leurs parents, grands-parents, ils
24 gardent le souvenir du déracinement, du
25 vol d'identité et de leur territoire. Il

1 *est frappant de voir à quel point tous*
2 *ces faits demeurent ancrés en eux et*
3 *modifient leur savoir-être et savoir-*
4 *faire. »*

5 **Dre FAISCA RICHER :**

6 Parmi les raisons qui semblent expliquer
7 l'émergence des populations autochtones en ville,
8 on croit qu'il y a bien sûr la crise du logement
9 dans plusieurs communautés, notamment celle du
10 Nunavik, qui expliquerait peut-être la
11 surreprésentation des personnes inuites parmi les
12 personnes itinérantes à Montréal. Et je pense que
13 c'est... Donc, on peut pas le vérifier de façon
14 statistiquement significative, mais on peut
15 certainement poser l'hypothèse que l'arrêt du
16 financement du Fédéral pour les logements sociaux
17 dans les communautés, et la dégradation des
18 conditions de logement dans les communautés,
19 probablement coïncident dans le temps avec
20 l'émergence de l'urbanisation à Montréal.

21 **Mme JAËLLE RIVARD :**

22 Ça fait que je vais poursuivre en parlant, dans le
23 fond, l'expérience à Médecins du Monde nous a
24 permis d'observer qu'il y a une réalité
25 particulière aux peuples autochtones à Montréal en

1 situation d'itinérance. Et puis ils investissent
2 certains lieux. Il y a aussi l'itinérance de
3 groupe et puis il y a aussi la très grande
4 vulnérabilité à l'exploitation sexuelle. Encore un
5 témoignage d'une collègue :

6 « J'ai commencé à travailler dans la rue
7 en deux mille six (2006). À cette
8 époque, nous allions régulièrement
9 intervenir au parc de la Paix, au
10 Square Cabot et dans un petit parc qui
11 était situé près du Centre d'amitié
12 autochtone, mais qui a été rasé pour
13 faire place au Quartier des spectacles.
14 J'ai constaté, au fil des années, que
15 c'est lieux investis par les personnes
16 autochtones sont régulièrement visités
17 par la police et finissent par être
18 modifiés ou fermés, obligeant nos
19 patients à changer de lieux. Cela rend
20 difficile le suivi. Nous n'arrivons à
21 rejoindre cette population que par notre
22 étroite collaboration avec nos
23 partenaires communautaires, tels que
24 Projets Autochtones du Québec et le
25 Centre d'amitié de Montréal avec lequel

1 *on travaille maintenant depuis plus de*
2 *quinze (15) ans.*

3 *« Les personnes autochtones en situation*
4 *d'itinérance nous informent aussi des*
5 *déplacements de leurs paires, et nous*
6 *appuient pour arriver à les retrouver. »*

7 Aussi, la culture autochtone étant – c'est
8 plus un témoignage; dans le fond, c'est juste pour
9 vous dire – la culture autochtone est plus souvent
10 une tradition collectiviste que nos sociétés
11 occidentales qui sont nous, plus individualistes.
12 On a remarqué que les individus privilégient
13 souvent la compagnie de leur paires, un peu comme
14 Véronique l'apportait tantôt. Et voici un
15 témoignage :

16 *« Les personnes issues des Premières*
17 *Nations et les Inuit se tiennent*
18 *majoritairement en groupe,*
19 *comparativement à plusieurs personnes*
20 *itinérantes non autochtones qui sont*
21 *souvent plus solitaires. »*

22 Et puis, je pourrais rajouter que nous avons
23 remarqué justement que, vu qu'ils se tiennent en
24 groupe, souvent entre peuples aussi – les Inuit
25 ensemble; les Cris ensemble; ça arrive souvent, ils

1 se tiennent vraiment par Nations – et cela les rend
2 plus vulnérables à la répression policière, dans le
3 fond, parce qu'ils sont plus de gens ensemble. Ça
4 fait que, visiblement, ils sont plus dérangeants.
5 Donc, ils sont plus susceptibles de se faire
6 réprimer par les services de police.

7 D'autre part aussi, il n'est pas rare dans les
8 organismes communautaires destinés aux populations
9 itinérantes que les personnes autochtones subissent
10 du racisme de la part d'autres personnes
11 itinérantes, mais aussi de la part de certains
12 intervenants. Dernièrement, dans un organisme qui
13 est apprécié à Montréal par les Premières Nations
14 et Inuit – ça, c'est vraiment un organisme qui
15 arrive bien à rejoindre cette population-là – dans
16 les derniers deux (2) mois, il y a deux (2)
17 personnes différentes qui sont venues me dire
18 qu'elles avaient vécu de la discrimination dans ce
19 centre de jour là en disant qu'il y avait un des
20 bénévoles sur place qui avait dit que les
21 autochtones avaient le droit à deux (2) chèques de
22 B.S. et puis que, dans le fond, ils avaient tout
23 accès gratuitement. Tu sais, comme, ça avait
24 choqué, en fait, deux (2) personnes. On voit
25 comment le lien est précaire encore.

1 C'est des personnes extrêmement vulnérables à
2 l'exploitation sexuelle. On observe dans de
3 nombreuses villes au Canada que les adolescents se
4 retrouvent dans la rue à un âge précoce et sont
5 surreprésentés dans le commerce de la drogue et de
6 l'industrie du sexe. De la même façon, les femmes
7 autochtones vivant en milieu urbain font souvent
8 face à des défis importants sur le plan de la
9 sécurité, mais aussi elles ont souvent de la
10 difficulté à trouver de l'emploi. Plusieurs n'ont
11 aucun soutien social ni familial, et se retrouvent
12 complètement isolées. Par conséquent, plusieurs
13 deviennent des proies faciles pour la traite
14 humaine et l'exploitation sexuelle.

15 Un de mes témoignages à moi, dans le fond : on
16 remarque que les femmes sont rarement seules dans
17 la rue. Elles sont en couple avec un homme. Il y
18 a une intersection de stigmaté qu'elles vivent,
19 soit : l'itinérance, l'appartenance à une nation
20 autochtone, la toxicomanie, le travail du sexe et
21 le fait d'être une femme. Elles ne portent pas
22 nécessairement tous les stigmates nommés, mais ont
23 souvent trois (3) de ceux-ci. On sait qu'il y a
24 des proxénètes qui traînent dans un quartier en
25 particulier pour recruter des jeunes femmes inuites

1 nouvellement arrivées à Montréal.

2 Souvent le fait que les filles aient rencontré
3 ces gars-là va en dire long sur ce qui les attend
4 en territoire urbain. Souvent, on a remarqué les
5 aggravations de leurs dépendances, comme extrêmes
6 je vous dirais : l'itinérance, le travail du sexe,
7 des prises de grands risques au niveau de leur
8 santé sexuelle, elles sont souvent très victimes de
9 violence.

10 Aussi dans le fond, pour ajouter, je me
11 souviens il y avait une femme que c'est moi qui l'a
12 accompagnée pour qu'elle retourne dans sa
13 communauté après trois (3) ans d'itinérance à
14 Montréal. Sa vie était vraiment en danger. En
15 fait, ça faisait deux (2) fois qu'elle s'enfuyait
16 des mains des gangs de rue à Montréal. Et puis,
17 quand je l'ai rencontrée à l'organisme où est-ce
18 qu'on est allés, ç'a tout pris pour qu'elle puisse
19 sortir de la ressource pour venir me voir dehors.
20 Elle avait vraiment peur, en fait, juste de sortir
21 du bâtiment. Et puis, malgré qu'elle était en
22 conditions... tu sais, c'était extrêmement de
23 précarité – sa sécurité était vraiment en danger à
24 ce moment-là – elle refusait complètement de faire
25 appel aux policiers; elle avait absolument

1 aucunement confiance. D'ailleurs, c'est celle
2 tantôt que je vous parlais aussi qu'on a finalement
3 aidée à retourner dans la communauté où elle avait
4 aussi vécu de la violence par rapport au policier
5 ou du chef de bande. Tu sais, elle avait cette
6 option-là : soit elle reste à Montréal, les gangs
7 de rue lui courent après; ou soit elle retourne
8 dans sa communauté avec tout ce que ça veut dire.
9 Et puis, finalement, c'est pendant le processus.
10 On devait l'accompagner pour tous ses déplacements;
11 on était un peu ses *bodyguards*; on faisait un peu
12 le rôle de la police. Pour vous dire comment ces
13 personnes-là sont fragilisées.

14 **Dre FAISCA RICHER :**

15 On serait rendus au profil de santé. Ou à la
16 pause, oui. Est-ce qu'on prend la pause
17 maintenant ? Ce serait peut-être un bon moment.

18 **LE COMMISSAIRE :**

19 Oui ? Vous pensez que ce serait le temps de
20 prendre la pause ? Alors, on va prendre une
21 quinzaine de minutes.

22 **LA GREFFIÈRE :**

23 Suspension de quinze (15) minutes.

24 SUSPENSION

25 -----

1 REPRISE

2 -----

3 **LA GREFFIÈRE :**

4 La Commission reprend ses audiences.

5 **LE COMMISSAIRE :**

6 Bon alors, re-bonjour. Nous poursuivons avec nos
7 témoins de Médecins du Monde. Une présentation
8 très intéressante, et je vous écoute encore avec
9 beaucoup d'intérêt.

10 **Dre FAISCA RICHER :**

11 Donc pour poursuivre sur le profil de santé et les
12 besoins en termes de soins et services de santé
13 pour les populations autochtones à Montréal qui
14 vivent en situation d'itinérance.

15 Ce qu'il faut voir aussi c'est que, comme on
16 le disait tout à l'heure, c'est vraiment le cumul
17 de déterminants structurels et communautaires
18 défavorables. Le modèle de santé publique et les
19 déterminants sociaux permettent d'avoir une lecture
20 quand même assez intéressante qui nous permet de
21 voir qu'à partir des structures des politiques
22 issues du modèle colonialiste, on va avoir des
23 déterminants au niveau communautaire ou au niveau
24 de Montréal – sur l'accès à l'emploi; l'éducation;
25 les services de santé; l'accès au logement – qui

1 vont avoir, eux, des impacts sur la détresse
2 psychologique, les comportements de dépendance et
3 les comportements de santé, en général. Qui vont,
4 eux, être tributaires du tableau commun de profil
5 de santé en termes de certaines maladies
6 infectieuses qui sont encore persistantes dans ces
7 populations, telles la tuberculose; l'émergence des
8 forts taux d'ITSS, avec le VIH. Je pense que le
9 VIH et l'hépatite C'est quelque chose qui doit être
10 mentionné.

11 Ce qu'on voit dans l'Ouest comme une
12 problématique de VIH chez les populations
13 autochtones, pour l'instant, selon les données de
14 surveillance officielle au Québec, n'est pas encore
15 arrivé ici. C'est-à-dire que les taux de VIH qui
16 sont, encore là dans le système de surveillance
17 officiel, sont encore très bas et ne montrent pas
18 une surreprésentation des populations autochtones.
19 Par contre, avec l'émergence de l'hépatite C, on
20 peut voir que c'est demain matin que le problème
21 commence. Et donc, les approches de réduction des
22 méfaits et les approches de proximité sont
23 absolument essentielles pour essayer de prévenir ce
24 qu'on voit, en termes de VIH et d'hépatite C dans
25 l'Ouest.

1 **Me EDITH-FARAH ELASSAL :**

2 Si vous me le permettez. Vous utilisez souvent
3 l'expression « réduction des méfaits ». Est-ce que
4 vous pourriez – pour notre bénéfice et aussi le
5 bénéfice de ceux qui nous écoutent – décrire un peu
6 ce qu'est cette approche-là.

7 **Mme VÉRONIQUE HOULE :**

8 Je vais le faire.

9 **Dre FAISCA RICHER :**

10 Vas-y.

11 **Mme VÉRONIQUE HOULE :**

12 Réduire les méfaits, dans le fond, c'est le fait de
13 réduire des comportements qui pourraient être
14 nocifs pour soi. Donc, pour prévenir de
15 l'aggravation pour soi-même et pour son entourage.
16 Par exemple, réduction des méfaits, c'est vu aussi
17 dans les populations en général. Nez Rouge est un
18 exercice de réduction des méfaits. Le port de la
19 ceinture de sécurité est un exercice de réduction
20 des méfaits. Les services d'injection supervisée
21 et la distribution de matériel pour l'usage de
22 drogues ou la distribution de condoms sont aussi
23 des programmes de réduction des méfaits.

24 Donc, on réduit les risques associés à un
25 comportement sans... C'est comme, au lieu de

1 dire : on veut abolir ou encore criminaliser
2 certaines choses, bien on va réduire les risques
3 associés à un comportement pour soi et pour les
4 autres.

5 **Me EDITH-FARAH ELASSAL :**

6 Merci.

7 **Mme JAËLLE RIVARD :**

8 Peut-être juste pour ajouter, dans le fond, c'est
9 aussi en gardant en tête que ces problématiques-là,
10 elles existent. Et puis, tu sais, elles vont
11 toujours exister. Ça fait que oui, à terme, on
12 pourrait être pour l'abolition de certains troubles
13 de dépendance, par exemple, mais tu sais, comme,
14 même si on est pour l'abolition, ces
15 comportements-là restent là, tu sais. Ça fait que,
16 dans le fond, il faut toujours rester en tête
17 que... C'est pour ça qu'on va beaucoup dans
18 l'approche de proximité; essayer de diminuer, dans
19 le fond, les comportements qui peuvent aggraver les
20 situations de santé. Comme les ITSS, entre autres,
21 au Québec. Il y a vraiment des gros programmes en
22 place là-dessus.

23 **Dr NICOLAS BERGERON :**

24 Peut-être rajouter. Je pense que ç'a été surtout
25 développé aux questions de toxicomanie, d'addiction

1 de dépendances. L'objectif du soignant ou des
2 programmes de réduction des méfaits c'est pas
3 l'abstinence, c'est pas la cessation de la
4 consommation, mais c'est de prévenir des
5 complications médicales ou psychosociales qui
6 pourraient intervenir dans la trajectoire de
7 consommation. Alors, les sites d'injection
8 supervisée, des programmes de donner des seringues
9 qui soient hygiéniquement non contaminées, à la
10 limite, des centres de dégrisement, de partage de
11 pipe de crack, et l'enseignement qu'il y a autour
12 de ça, ça permet non seulement, dans le fond, de
13 prévenir, disons une éclosion de VIH ou
14 d'hépatite - donc, on a la prévention -, mais c'est
15 aussi, à cause de cette approche je dirais un peu
16 inconditionnelle d'accueil et d'écoute, il y a un
17 travail de liaison qui est fait par les soignants.
18 Et ça permet, non pas d'avoir une perception très
19 « tu ne dois pas faire ça » où on vise son
20 abstinence parce qu'on la criminalise, d'ailleurs
21 parce que « tu t'es mal conduit » ou « tu as volé
22 pour pouvoir consommer », bien on va être avec un
23 accueil et puis on va travailler sur les éléments
24 de santé. Donc, sur les bonnes pratiques pour
25 l'utilisation de drogues. Donc, on va dire: « Vous

1 pouvez continuer à consommer, mais consommez de
2 façon responsable pour pas qu'il y ait une épidémie
3 d'hépatite C parce que vous partagez vos
4 seringues ». Donc c'est ça la réduction des
5 méfaits, un peu. Je pense que ça illustre un peu
6 ce genre d'approche là.

7 **Dre FAISCA RICHER :**

8 Donc la réduction des méfaits et les approches
9 apportées par Médecins du Monde dans leur accueil
10 très humain, à bas seuil aussi; donc, sans aucune
11 condition préalable. C'est-à-dire : tu arrives
12 dans l'état où tu es et on te prend avec tes
13 besoins dans l'état où tu es. C'est très important
14 pour pouvoir essayer de travailler éventuellement
15 la prévention du VIH et de l'hépatite C dans ces
16 populations.

17 Par contre, avec l'érosion des territoires,
18 l'érosion des modes de vie, l'urbanisation, il y a
19 aussi un bouleversement des modes de vie
20 traditionnels qui font en sorte qu'on voit
21 maintenant une émergence des maladies chroniques.
22 Donc, on est vraiment dans une population un peu
23 comme dans les pays qu'on dit « sous-développés »
24 où il y a ce *double whammy* de la population à forts
25 risques de maladies infectieuses, mais aussi avec

1 une émergence de maladies chroniques. Et donc, le
2 double fardeau de la maladie qui souvent se
3 retrouvent, les deux (2), chez le même individu.
4 Et donc, les comorbidités, la complexité des soins
5 est extrême. Donc, c'est complètement paradoxal au
6 niveau d'accès, en fait.

7 La majorité des personnes qui ont besoin de
8 soins n'ont pas besoin de première ligne. C'est
9 des gens qui ont besoin de deuxième ligne et de
10 troisième ligne. Mais là, on n'est pas rendus
11 parce qu'on n'arrive pas même à accéder la première
12 ligne.

13 Il faut le mettre aussi en contexte pour la
14 majorité des populations qui sont encore avec de
15 très hauts taux de fertilité. Donc, on est en
16 pleine transition démographique. C'est-à-dire
17 qu'on a encore de très hauts taux de fertilité, une
18 croissance importante. Donc, dans ce tableau de
19 maladies infectieuses, accroissement du VIH, et
20 diabète-obésité, on a des femmes qui sont
21 enceintes, qui amorcent leur vie de mère très tôt,
22 qui peuvent aussi avoir des problèmes de
23 dépendances, des problèmes de santé mentale. Le
24 contexte, la capacité de ces jeunes familles à être
25 des familles aimantes, ouvertes, saines, évidemment

1 est complètement réduite de par le contexte. Et
2 donc, les services auxquels ces populations-là
3 devraient avoir droit sont donc des services : de
4 dépistage du VIH; de tuberculose; maladies
5 chroniques suivies à long terme; mais aussi des
6 services pour les jeunes mères, les femmes
7 enceintes et le soutien aux familles qui vivent en
8 situation de vulnérabilité.

9 Donc, comme je le disais, je pense que ça résume
10 assez bien que l'écart entre le besoin et l'accès
11 est absolument majeur. Je vais laisser, à ce
12 sujet, Jaëlle nous raconter un témoignage.

13 **Mme JAËLLE RIVARD :**

14 *« La violence est un enjeu important au*
15 *sein de ces populations. Il n'est pas*
16 *rare d'être témoin de comportements*
17 *violents quand les personnes sont en état*
18 *de consommation. Certaines des personnes*
19 *que j'ai rencontrées dans la rue ont vécu*
20 *tant de violence, suicide d'un proche,*
21 *décès d'un enfant, violence conjugale,*
22 *agressions multiples, abus de toutes*
23 *sortes. J'ai l'impression que plusieurs*
24 *portent cette douleur et cette violence*
25 *en eux. Comment ne pas reproduire les*

1 *choses que l'on connaît ?*
2 *Souvent c'est la seule façon qu'ils ont*
3 *d'exprimer l'intensité de leurs émotions.*
4 *Ils perpétuent entre eux les*
5 *comportements qu'ils ont appris de leur*
6 *entourage. Il y a certainement un lien à*
7 *faire avec l'héritage colonial du Canada,*
8 *les pensionnats, la Loi sur les Indiens,*
9 *et cetera. Il est aussi important de*
10 *mentionner que beaucoup de femmes sont*
11 *victimes de violences multiples sur la*
12 *rue, et nomment ne pas se sentir en*
13 *sécurité quand elles viennent nous*
14 *voir. »*

15 **Dre FAISCA RICHER :**

16 Si on revient peut-être à la situation spécifique
17 des populations autochtones qui vivent en situation
18 d'itinérance à Montréal. On a malheureusement
19 presque pas de statistiques. J'imagine que c'est
20 des choses qui vous ont été déjà expliquées. Dans
21 les banques de données médico-administratives qui
22 servent à faire la surveillance et les profils de
23 santé de la population montréalaise, par exemple,
24 il y a aucun identifiant autochtone. Ce qui fait
25 en sorte que l'état de santé de la population

1 autochtone, on peut avoir ni les taux de mortalité
2 ni les taux d'hospitalisation. Au mieux, dans
3 certaines enquêtes qui visent précisément à aller
4 chercher l'état de santé des personnes autochtones
5 en ville, là, on va avoir de l'autorapporté. Donc,
6 le mieux qu'on a c'est des données de morbidité
7 autorapportées qui sont souvent des données soit
8 sous-estimées parce que les gens vont sous-estimer
9 la gravité de leur situation, ou surestimées parce
10 que le billet de sélection fait que seulement les
11 gens bien organisés vont répondre à ce genre
12 d'enquête. Ce qui veut dire qu'il y a un besoin
13 immense, ne serait-ce que de connaissances, pour
14 qu'on soit capable de bien documenter les services
15 dont ils ont besoin, sur la base des besoins. Mais
16 là, on peut pas documenter les besoins; donc, on a
17 un beau jeu de pas développer de services.

18 D'où la grande richesse des statistiques qui
19 peuvent être, je pense, colligées par Médecins du
20 Monde même si c'est pas parfait. C'est à peu près
21 tout ce qu'on a dans cette population très très
22 marginalisée.

23 Donc, on sait qu'il y a ce tableau de maladies
24 infectieuses, maladies chroniques en émergence, et
25 les problèmes ou les besoins de santé des femmes

1 autour de leurs besoins de reproduction. Mais on
2 sait aussi que ce tableau-là, en situation
3 d'itinérance, va être complexifié par deux (2)
4 choses : les conditions de vie extrêmement
5 difficiles – donc, la grande pauvreté qui ne permet
6 pas aux gens de se payer les médicaments. Même si
7 les médicaments sont en principe gratuits, il va y
8 avoir toujours un frais minimum à payer. Ils ne
9 peuvent pas se rendre dans les services, ne peuvent
10 pas payer le taxi. Par exemple, on se sent pas
11 bien, on prend pas le métro pour se rendre à
12 l'urgence, mais on y va en taxi. Mais si on n'a
13 pas d'argent, c'est très difficile. Les
14 difficultés de confiance – qui ont été abondamment
15 décrites tout à l'heure et pour lesquelles on aura
16 les causes un petit peu plus tard – font aussi que
17 les gens vont donc consulter tardivement, avec des
18 problèmes qui peut-être *a priori* seraient assez
19 simples à régler, mais qui sont très complexifiés
20 par le fait que les gens vont se présenter
21 tardivement aux services.

22 Et si l'expérience de soins, par la suite,
23 n'est pas satisfaisante, les personnes vont très
24 souvent quitter avant d'avoir reçu les soins
25 nécessaires. Et donc, il y a des problématiques

1 qui sont complexes, mais il y a aussi des
2 problématiques qui pourraient être très simples si
3 l'accès était amélioré. Je vais laisser,
4 là-dessus, Jaëlle nous raconter un peu sa réalité.

5 **Mme JAËLLE RIVARD :**

6 Je me souviens d'avoir accompagné cette femme qui
7 était intoxiquée, à la pharmacie. Ce soir-là, le
8 médecin bénévole lui avait prescrit des
9 antibiotiques pour une infection respiratoire. Et
10 puis, en fait, juste pour vous raconter, on
11 n'étaient même pas certaines de... Tu sais, on
12 avait une suspicion de tuberculose aussi, mais
13 c'est quelque chose qu'on pouvait pas investiguer à
14 ce moment-là.

15 Et puis en fait, c'est ça. Donc, on a
16 commencé les antibiotiques par la bouche. Et puis
17 le pharmacien, ce soir-là, il refusait de lui
18 remettre son médicament gratuitement parce qu'il
19 arrivait pas à rentrer son programme, son numéro de
20 bénéficiaire, le SSNA, dans l'ordinateur pour
21 pouvoir faire le remboursement par le programme
22 fédéral. Ce soir-là, il a fallu que je paie le
23 médicament avec la carte de crédit de Médecins du
24 Monde.

25 En fait, je vais poursuivre aussi sur un autre

1 problème de santé qu'on a remarqué dans la dernière
2 année à Montréal. Il y a eu, dans le fond, une
3 éclosion d'une bactérie qui s'appelle la
4 streptocoque A qui est une bactérie qui peut
5 évoluer en mangeuse de chair. C'est comme on la
6 connaît dans le jargon. Dans le fond, depuis le
7 printemps deux mille dix-sept (2017), la Direction
8 régionale de santé publique à Montréal enquête sur
9 des cas d'infections invasives de streptocoque A
10 chez les personnes qui fréquentent les ressources
11 en itinérance à Montréal. C'est causé par une
12 souche, la EMM-74 qui n'a jamais été détectée à
13 Montréal auparavant, mais qu'il y a des éclosions
14 ailleurs, dans d'autres villes canadiennes.

15 En date du premier (1^{er}) février deux mille
16 dix-huit (2018), on recensait quatre (4) cas de
17 décès suite à une infection de cette bactérie-là,
18 et dix-huit (18) cas d'infections invasives. Ça
19 veut dire des infections qui ont un peu viré en
20 mangeuse de chair, si on peut dire. Et puis, il y
21 a eu trente-trois (33) cas d'infection invasive.
22 Pendant nos interventions sur le terrain, on a
23 dépisté en fait toutes les personnes qui
24 présentaient des plaies à Montréal. Et puis, on
25 s'est rendu compte que, chez la population

1 autochtone en situation d'itinérance à Montréal,
2 ils sont surreprésentés par cette bactérie-là au
3 niveau de leurs plaies.

4 Je pense que plusieurs facteurs peuvent
5 expliquer le plus haut taux d'infection chez cette
6 population-là. Le fait que les personnes se
7 tiennent en groupe – souvent dans les mêmes
8 ruelles, les mêmes stationnements – favorise la
9 propagation. Elles sont aussi très réticentes à
10 l'idée de prendre leurs traitements antibiotiques;
11 ce qui est un autre facteur.

12 L'accès aux douches est aussi difficile
13 puisque la majorité des ressources exigent qu'elles
14 ne soient pas intoxiquées pour y aller. Quand tu
15 es alcoolique, c'est pas une option de pas boire un
16 matin pour pouvoir aller se doucher. Certains
17 Autochtones ont juste tiré un trait sur la
18 possibilité de prendre sa douche ou de dormir en
19 refuge à cause de cette condition-là.

20 On a aussi remarqué que ces personnes ne vont
21 pas consulter dans les services de santé
22 institutionnels de première ligne qui existent déjà
23 pour les personnes itinérantes à Montréal. Ils vont
24 souvent plus venir vers nous parce qu'on va à eux.
25 Et c'est ça. Et puis notre approche, vu qu'on

1 rejoint les personnes en état d'intoxication, ça
2 nous permet de les voir en l'absence de jugement,
3 dans le fond, quand on va les voir. Même s'ils
4 sont lourdement sous l'effet de l'alcool, bien on
5 va quand même pouvoir les traiter et puis faire les
6 soins nécessaires, et puis faire en sorte que ça va
7 aider au fait qu'ils vont revenir nous voir après.

8 On n'a pas de statistiques précises entre les
9 allochtones et les Autochtones à Montréal pour les
10 cas total d'infections. La Direction de la santé
11 publique a pas ces données-là. Mais au niveau de
12 nous, nos données des plaies qu'on a dépistées à
13 Montréal, il y avait quarante-six pour cent (46 %)
14 des personnes qui sont ressorties positives à la
15 bactérie streptocoque A étaient issues des
16 populations autochtones à Montréal. Et seulement
17 vingt pour cent (20 %) sont ressorties infectés.
18 Ça fait qu'il y a quand même vingt-six pour cent
19 (26 %) de différence.

20 **Mme VÉRONIQUE HOULE :**

21 Je voudrais juste mettre en lumière aussi que la
22 Direction régionale de santé publique est quand
23 même inquiète face à cette éclosion de strep A; a
24 demandé aussi à Médecins du Monde de participer,
25 bien entendu, à pouvoir dépister finalement ces

1 strep A dans la population que nous on rejoint
2 parce qu'on est les seuls à les rejoindre. Ça fait
3 que je veux simplement mentionner qu'on accepte
4 évidemment. Eux, ils ont accepté de payer les
5 médicaments que nous, en principe, on doit payer
6 pour ces personnes-là parce que, comme le dit
7 Jaëlle, souvent, leur numéro fonctionne pas ou leur
8 carte... ils ont pas la carte RAMQ, ils ont pas le
9 programme avec eux, ils ont pas le numéro. Donc on
10 paie; tout simplement pour éviter qu'il y ait
11 propagation. Mais on n'a aucun autre soutien
12 financier pour mener à terme ce projet-là. Donc,
13 on le fait vraiment sur nos fonds à nous, bien
14 entendu.

15 **Dre FAISCA RIVARD :**

16 On va poursuivre avec l'entrave à l'accès aux
17 soins, un peu plus spécifiquement. Je laisserai ma
18 collègue nous exposer une situation.

19 **Mme JAËLLE RIVARD :**

20 Nos patients sont souvent enclins à développer des
21 complications pour des problèmes de santé ponctuels
22 qui, de prime abord, auraient pu être pris en
23 charge assez facilement. Entre autres, parce
24 qu'ils sont très méfiants, l'idée de fréquenter une
25 institution de santé gouvernementale, parce qu'ils

1 sous-estiment leur état de santé de peur d'être
2 conduits à l'hôpital, ou parce que plusieurs ne se
3 reconnaissent aucunement dans le système de soins
4 actuel ainsi que dans la médecine occidentale dite
5 « allopathique ».

6 **Mme VÉRONIQUE HOULE :**

7 Les différents ministères – que ce soit fédéral,
8 provincial, municipal – ont tous des beaux plans :
9 des plans pour mettre fin à la pauvreté; à
10 l'itinérance. C'est très bien; il faut en avoir.
11 Je pense que c'est toujours un but visé d'atteindre
12 effectivement ces objectifs qu'on se met
13 collectivement ensemble pour y arriver. Par
14 contre, il faut aussi avoir un petit peu plus de
15 travail en concertation avec les gens du terrain
16 qui font, au quotidien, la différence auprès de ces
17 personnes-là, qui sont trop souvent mis à l'écart,
18 de par les programmes qui vont être menés,
19 finalement, du ministère de la Santé vers les
20 réseaux de Santé et de Services sociaux. Il y a eu
21 beaucoup, beaucoup de fonds – et, avec raison,
22 hein – d'investis auprès des équipes de proximité
23 spécialisées, auprès des personnes itinérantes. Je
24 pense qu'on est rendus maintenant à élaborer des
25 stratégies d'inclusion des Premières Nations et des

1 Inuit dans ces services-là.

2 Mais, en attendant, il faut aussi avoir

3 l'humilité de se dire qu'on a du mal à les

4 rejoindre. Et ça, il faut aussi reconnaître qu'il

5 y a des gens qui y arrivent, et leur donner les

6 moyens de le faire. Donc ça, c'est extrêmement

7 important pour Médecins du Monde. Et, dans le

8 fond, ce qui fait la différence... Des fois, on dit

9 « les barrières d'accès, ça ressemble à quoi ? »,

10 mais je vous dirais qu'au-delà des arrières, il y a

11 l'attitude. Je vais vous donner un exemple.

12 Médecins du Monde, quand les infirmières reçoivent

13 une personne issue des Premières Nations ou des

14 Inuit qui doit prendre un médicament – que ce soit

15 pour la strep A ou autre infection ou

16 problématique – on prend le temps de voir avec la

17 personne qu'est-ce que ça représente cette prise de

18 médicaments là. Est-ce que, pour cette

19 personne-là, elle comprend bien l'idée de la prise

20 de médicaments ? Et si on regarde la personne, le

21 patient, à ce moment-là, comme on regarde tout

22 autre patient – c'est-à-dire de façon individuelle

23 – sans reconnaître que la personne qu'on a devant

24 nous, sa propre santé, c'est pas ce qui est mis en

25 premier plan, c'est la santé de sa collectivité.

1 Donc, il faut être en mesure de comprendre ça et
2 d'avoir cette discussion-là. La strep A est un bon
3 exemple. Si on dit : « Mais soigne-toi; ça va
4 éviter de faire une propagation, et tout ça, à ta
5 communauté », mais aussi, il faut reconnaître
6 qu'ils habitent ensemble dans le même secteur;
7 qu'ils partagent le même *sleeping*; qu'ils partagent
8 plusieurs choses aussi, les vêtements et tout ça.
9 Et, comme on l'a dit, qu'ils peuvent pas avoir une
10 hygiène nécessairement hebdomadaire, quotidienne
11 évidemment; c'est plus difficile encore. Donc, à
12 ce moment-là, comment on peut faire que, ensemble,
13 il y ait quelque chose qui se passe ?

14 Je me souviens d'un petit groupe, à un certain
15 moment, qui avait une ITSS commune. À un moment
16 donné, on a fait un *happening*; on a mobilisé un de
17 nos médecins bénévoles; on est allé vers eux. On a
18 dit : « Bon là, tout le monde, on va jaser ensemble
19 et puis voir comment on peut faire parce que vous
20 êtes au courant » – il y avait une autorisation de
21 divulgaration entre eux pour qu'on puisse aborder la
22 situation avec eux, en groupe. Parce que si on
23 l'abordait un à un, ça se perdait et puis ils
24 voyaient pas l'importance. Donc, quand on a exposé
25 la situation avec tout le monde, ils ont trouvé les

1 solutions ensemble; ils ont accepté de se faire
2 traiter tout le monde ensemble. Donc, ils se
3 soutenaient aussi dans ce traitement-là. Je te
4 lance la balle, Faisca.

5 **Dre FAISCA RICHER :**

6 Donc, depuis tout à l'heure, on parle des barrières
7 à l'accès. Je pense qu'on peut les voir sous deux
8 (2) angles. Il y a des barrières à l'accès aux
9 services qui sont, en fait, communes à plusieurs
10 autres populations vulnérables. On entend
11 là-dedans, probablement, les barrières à l'accès
12 qui sont liées aux conditions de vie difficiles.
13 Donc, que la personne soit Autochtone ou non, si
14 elle vit en pauvreté, si elle est en mode
15 « survie », si elle a des problèmes de santé
16 mentale ou des problèmes de dépendances, il va y
17 avoir des difficultés à l'accès aux services qui
18 sont indépendants au fait qu'elle est d'origine
19 autochtone. La difficulté de payer pour les
20 médicaments, la difficulté pour le transport, le
21 fait que quand on a des problèmes de santé mentale
22 ou de dépendances, la longévité et l'optique de se
23 rendre à son espérance de vie maximale est peut-
24 être pas la première priorité dans la vie. On est
25 plus dans avoir le prochain repas, la prochaine

1 nuitée à l'abri des intempéries.

2 Par contre, il faut ajouter à ça des barrières
3 qui sont spécifiques aux populations autochtones et
4 qui, elles, ne sont pas nécessairement juste liées
5 aux populations itinérantes. C'est-à-dire qu'il va
6 y avoir des barrières spécifiques à la difficulté,
7 à la complexité des programmes et à l'accès aux
8 soins, et des barrières linguistiques et
9 culturelles qui sont, elles, plus spécifiques aux
10 populations autochtones - qu'elles soient
11 itinérantes ou pas. O.K.?

12 Et donc, dans la population autochtone en
13 milieu urbain, qui vit en situation itinérante, on
14 a le *package deal*; on a tout. On a les difficultés
15 liées aux conditions de vie, mais on a aussi les
16 difficultés plus structurelles d'accès aux
17 services.

18 Et donc, si on regarde... non, attends. Il
19 faut que tu y ailles ? Vas-y donc.

20 **Mme JAËLLE RIVARD**

21 Dans une mesure purement bureaucratique, certaines
22 personnes sont couvertes par le SSNA qui est le
23 programme fédéral d'accès aux soins. Et l'accès à
24 la médication est d'autant plus difficile car nous
25 devons souvent accompagner les personnes à la

1 pharmacie afin qu'elles puissent recevoir la
2 médication qui leur avait été prescrite dans un
3 centre hospitalier ou dans une clinique médicale.
4 Soit parce qu'elle ne possédait pas de dossier, ou
5 parce qu'elle n'avait pas de carte d'assurance-
6 maladie, ou pas d'adresse. Ou parce que les
7 employés n'étaient pas familiers avec la couverture
8 du SSNA – il a que quelques pharmacies à Montréal
9 qui sont très habituées avec ça; sinon, les autres,
10 c'est compliqué – ou parfois même parce que le
11 pharmacien s'y objecte carrément, sans aucun motif
12 pertinent.

13 **Dre FAISCA RICHER :**

14 J'ajouterai peut-être, concernant le programme
15 SSNA. Il y a vraiment une grande méconnaissance
16 des intervenants à Montréal. Fort probablement
17 parce que la population urbaine à Montréal est un
18 phénomène relativement nouveau. Il y a certains
19 quartiers, dans certains points de services, il y a
20 certaines pharmacies où les gens commencent à être
21 plus à l'aise avec le programme SSNA. Ils savent
22 que les gens peuvent avoir les médicaments sans
23 avoir à déboursier. Mais autrement, c'est vraiment
24 complexe. Les médecins, dans la majorité des
25 services de première ligne, ne savent pas comment

1 prescrire pour que le médicament soit couvert par
2 le SSNA. On sait que les médicaments et les
3 équipements qui sont couverts par le SSNA ne sont
4 pas les mêmes dans bien des cas que la liste RAMQ.
5 Et donc, l'expertise ou juste l'expérience d'avoir
6 à prescrire les choses de façon à ce que ce soit
7 bien reçu et que ça passe bien à la pharmacie,
8 c'est vraiment une expertise qui manque à Montréal.
9 Qui commence à être peut-être plus aguerrie à
10 Val-d'Or, par exemple, ou peut-être les pharmaciens
11 commencent à être plus à l'aise. Mais, encore là,
12 je pense qu'on peut se poser la question. Ils ont
13 vraiment un manque de connaissances. Je peux vous
14 dire que, quand je donne ce cours-là aux étudiants
15 en médecine, les gens sont vraiment pas au courant
16 des formulaires, des préautorisations. Cette
17 complexité-là, elle est énorme.

18 D'autre part, il faut réaliser qu'il y a
19 seulement à peu près quarante pour cent (40 %) des
20 populations autochtones à Montréal qui ont, en
21 fait, accès au SSNA. Ça fait que, d'un autre côté,
22 il y a aussi le préjugé de la part de certains
23 professionnels de la santé qu'on peut leur
24 prescrire n'importe quoi; c'est couvert. Alors
25 que, pour beaucoup d'entre eux, ce n'est pas

1 couvert. Et, comme ils n'ont pas la carte RAMQ, ce
2 n'est pas couvert par le régime québécois. Et
3 donc, si on ne donne pas le médicament de façon
4 gratuite – comme on fait à Médecins du Monde – la
5 personne pourra pas s'approprier ses médicaments.

6 Ce qui arrive aussi dans la vraie de vraie
7 vie, c'est que les gens qui vont aller à la
8 pharmacie avec une prescription, si ça fonctionne
9 pas avec le pharmacien, ou s'ils sont pas capables
10 de déboursier, la capacité de cette personne-là par
11 la suite de revenir au médecin et de dire : « Bien,
12 ç'a pas marché; est-ce que tu m'aiderais ? », non.
13 Les gens ont honte. Et les gens vont se cacher et
14 ne retourneront pas au suivi. Alors souvent, le
15 comportement de ne pas revenir pour le suivi est
16 interprété comme une personne non motivée qui a pas
17 suivi les consignes alors que, dans le fond, c'est
18 un peu la honte de s'être retrouvé dans un cul-de-
19 sac et de ne pas être en mesure de...

20 Ah oui, excusez; ç'a l'air que je m'étends.

21 **Me EDITH-FARAH ELASSAL :**

22 Mais j'ai peut-être une question sur ça qui est
23 quand même intéressante. Est-ce que, à votre
24 connaissance, les pharmaciens font des démarches
25 auprès des médecins qui ont émis les prescriptions

1 lorsqu'ils constatent qu'un médicament peut pas
2 être offert à une personne qui est sous le SSNA, le
3 programme fédéral, là ?

4 **Dre FAISCA RICHER :**

5 Je pense que ça, ça dépend. Je pense que ça, ça
6 dépend beaucoup... Les pharmaciens qui sont à
7 l'aise. Il y a quelques pharmaciens à Montréal qui
8 connaissent le programme et qui vont faire
9 l'effort. Moi, j'ai déjà reçu un appel sur mon
10 téléphone du pharmacien disant : « Hey, il faudrait
11 prescrire ça à la place ». Et, depuis, ce que je
12 fais, c'est que je mets sur ma prescription :
13 « Patient couvert par SSNA - substituez au
14 besoin ». O.K. ? Et puis ça, ça donne le droit au
15 pharmacien d'y aller avec son bon jugement. Parce
16 que moi, j'ai pas à la connaître cette liste-là; ça
17 devient trop compliqué. C'est fou, là.

18 Donc, il faut qu'il y ait en place des mesures
19 où ces choses-là deviennent plus automatiques. Les
20 pharmaciens devraient être formés à cet effet. Je
21 pense que c'est vraiment là que ça serait beaucoup
22 plus facile. Il faudrait limiter aussi les
23 préautorisations, la quantité de préautorisations
24 que les gens doivent avoir et qui se font refuser,
25 et qui alors... Donc, préautorisation pour voyager

1 pour un service spécialisé; préautorisation pour un
2 médicament qui serait pas couvert; préautorisation
3 pour un équipement. C'est prescrit par le médecin,
4 mais le SSNA demande une préautorisation, en plus.
5 Et là, le patient - même s'il est pas exclu ou
6 marginalisé - va trouver ça trop compliqué; il va
7 laisser tomber. Et donc, ça, c'est une barrière
8 structurelle immense qu'il faudrait pouvoir régler
9 rapidement.

10 **LE COMMISSAIRE :**

11 C'est une bonne idée que les ordres professionnels
12 concernés fassent des suggestions à l'ensemble de
13 leurs membres. On sait qu'il y a des médecins qui
14 sont soucieux, et qu'il y a des pharmaciens qui
15 sont soucieux de ces choses-là. Mais pas tout le
16 monde, si je comprends bien.

17 **Dre FAISCA RICHER :**

18 Non, c'est ça. Ça doit maintenant faire partie, je
19 pense, des bonnes pratiques et que ce soit...

20 **LE COMMISSAIRE :**

21 J'espère qu'on vous entend.

22 **Dre FAISCA RICHER :**

23 Donc, je vais malheureusement *surfer* rapidement sur
24 la question du fait qu'au-delà des barrières
25 administratives, il va aussi y avoir des barrières

1 culturelles importantes. Mais que toutes les
2 difficultés présentées précédemment peuvent aussi
3 être parfois mécomprises de la part des
4 professionnels comme étant des aspects culturels.
5 Donc, le patient arrivent pas à l'heure; le patient
6 ne vient pas à temps; le patient ne peut pas se
7 préoccuper d'avoir ses médicaments alors qu'on
8 comprend bien que c'est une barrière
9 administrative. Parfois, le professionnel va
10 dire : « Ah bien, c'est dans la culture ». Et
11 donc, il y a un préjugé défavorable qui est majeur
12 ici. En plus, le patient doit souvent faire face à
13 la culture personnelle et professionnelle des
14 intervenants qui ont probablement souvent des
15 préjugés, étant donné la méconnaissance et le
16 manque de formation sur les populations
17 autochtones. Et, en plus, les gens qui travaillent
18 dans le réseau doivent avoir... ont des contraintes
19 de performance sur le temps qu'ils peuvent prendre,
20 par exemple, avec un client, qui font, évidemment,
21 que c'est très difficile pour le client de se
22 sentir bien reçu.

23 C'est absolument fondamental de réaliser que,
24 dans la rencontre entre l'intervenant autochtone
25 et... non, l'intervenant allochtone et le patient

1 autochtone, il y a deux (2) cultures qui se
2 rencontrent. La faute ne peut pas être dans le
3 patient autochtone qui n'arrive pas à s'adapter au
4 système. Il faut voir qu'il y a une culture
5 organisationnelle, il y a une culture
6 professionnelle, et qu'il y a en fait deux (2)
7 cultures qui s'affrontent et qu'il y a une zone de
8 mi-parcours à mettre en place. Parce que si on
9 croit que la culture professionnelle est une
10 culture neutre parce que scientifique, bien à ce
11 moment-là, toute la responsabilité incombe au
12 patient autochtone de s'adapter à nos
13 organisations, alors que c'est pas nécessairement
14 possible dans les conditions actuelles. Vas-y
15 donc.

16 **Mme JAËLLE RIVARD :**

17 Des témoignages de collègues :

18 *« Les préjugés et les fausses*
19 *informations concernant les personnes*
20 *autochtones sont véhiculées largement*
21 *dans la société, et cela a contribué à*
22 *l'exclusion. L'histoire des personnes*
23 *autochtones devrait être enseignée et les*
24 *faits sur leur réalité actuelle devraient*
25 *être mieux expliqués. »*

1 *« Les limites et les défis dans l'accès*
2 *aux soins dans les réseaux proviennent*
3 *certainement d'un manque de compréhension*
4 *des professionnels de la santé qui*
5 *interviennent sans adapter leurs*
6 *interventions. Est-ce qu'on s'assure*
7 *réellement que les gens comprennent les*
8 *soins qu'ils reçoivent ? Connaît-on les*
9 *traumatismes historiques transmis de*
10 *génération en génération ? Comprend-on*
11 *que la médecine occidentale n'est pas*
12 *leur façon de se traiter,*
13 *historiquement ? À quel point*
14 *tolère-t-on l'agressivité ou*
15 *l'intoxication dans le réseau ?*
16 *Comprend-on le sentiment de communauté*
17 *qui habite les Autochtones et qui*
18 *l'influence sur la perception des soins*
19 *reçus ? »*
20 *« Les limites d'accès sont multiples. Le*
21 *jugement du personnel dans les hôpitaux*
22 *est malheureusement chose courante. Il*
23 *est déjà bien documenté que les personnes*
24 *itinérantes sont jugées lorsqu'elles*
25 *consultent à l'hôpital. Même chose pour*

1 *les personnes autochtones. Même chose*
2 *pour les personnes consommatrices de*
3 *drogues. Alors, ces personnes vivent ces*
4 *trois (3) discriminations de manière*
5 *combinée. La vitesse d'intervention et*
6 *de consultation dans le système de santé*
7 *et le manque de temps et le manque de*
8 *sensibilité freinent, sans aucun doute,*
9 *l'adhérence aux traitements. »*
10 *« De plus, tout est rapide dans le*
11 *système - sauf l'attente à l'urgence -*
12 *l'ouverture du dossier; la rencontre avec*
13 *l'infirmière; celle avec le médecin; la*
14 *prescription; la pharmacie; le suivi.*
15 *Plusieurs des personnes autochtones qu'on*
16 *rejoint et qui consultent dans le système*
17 *public repartent avant d'avoir reçu des*
18 *soins. Elles ne savent pas ou ne peuvent*
19 *pas identifier exactement à quels*
20 *services recourir ou qu'est-ce qu'elles*
21 *ont reçu simplement. »*

22 *Des fois, elles ont été vues, mais elles*
23 *savent même pas qu'elles ont été vues.*

24 *« On oublie souvent d'utiliser une*
25 *approche holistique dans le réseau de la*

1 *santé. La personne n'est pas vue dans sa*
2 *façon globale. On ne cherchera pas à*
3 *comprendre les influences des autres*
4 *sphères de la vie de la personne sur son*
5 *état de santé. »*

6 Le concept des rendez-vous aussi est quelque
7 chose à réfléchir. L'obligation de se déplacer
8 plusieurs fois pour recevoir des soins et des
9 services : des prélèvements à une place; des
10 médicaments à une place; des spécialistes dans un
11 autre établissement.

12 « *C'est aussi une médecine occidentale*
13 *souvent impersonnelle qui utilise*
14 *– surutilise, même – les médicaments, les*
15 *traitements évasifs, et cetera. Tout va*
16 *vite. Le système et ses employés n'ont*
17 *pas le temps de prendre le temps. Pas le*
18 *temps d'établir un lien de confiance;*
19 *souvent peu de temps pour répondre aux*
20 *interrogations, aux craintes. La culture*
21 *et les croyances sont rarement intégrées*
22 *au processus de soins ou une guérison. »*

23 **Mme VÉRONIQUE HOULE :**

24 Faisca, je t'inviterais à poursuivre sur les
25 approches, les services de proximité culturellement

1 sécurisants ? Tu nous introduis ça ? Merci.

2 **Dre FAISCA RICHER**

3 Donc, en réponse au cumul des barrières et autres
4 difficultés vécues par les personnes dans l'accès
5 aux services. Il y a une approche dont vous avez
6 sûrement déjà entendu parler qui est celle de la
7 sécurité culturelle, qui est un concept qui nous
8 vient de la Nouvelle-Zélande, mais qui est basé sur
9 des concepts d'éthique, de droits à la santé,
10 d'équité et de décolonisation des systèmes de
11 santé. Ça exige que les professionnels :

12 « (1) reconnaissent le rôle du
13 colonialisme et du racisme dans l'entrave
14 à l'accès aux soins et dans la genèse des
15 inéquités de santé qui sont vécues par
16 ces populations »

17 Ça demande aussi d'accepter, comme
18 professionnels, de :

19 « (2) revoir les dynamiques de pouvoirs
20 inhérentes aux interactions entre les
21 intervenants et les patients »

22 ... et dans le système de santé occidental actuel.
23 La base même de la sécurité culturelle, c'est donc
24 pas ce qu'on fait, mais comment on le fait. Ça
25 exige qu'on mette, au cœur de la relation, la

1 relation de confiance, le ré-établissement d'une
2 relation de confiance entre l'intervenant et la
3 personne soignée, comprenant qu'elle va communiquer
4 de façon différente, qu'elle a des priorités
5 différentes, et qu'elle vit dans un contexte
6 social, politique, économique, linguistique et
7 spirituel complètement différent du nôtre.

8 Ça n'exige pas nécessairement qu'on ait une
9 très grande connaissance de sa culture, de ses
10 croyances ou de sa langue. Ça exige simplement
11 qu'on ait une attitude d'ouverture - de prendre le
12 temps - et d'humilité - de poser les questions - et
13 de savoir que la personne va se présenter du mieux
14 qu'elle peut et que, si elle est là, c'est qu'elle
15 a besoin d'aide.

16
17
18
19
20
21
22
23
24
25

1 Mme Véronique Houle,
2 Directrice des opérations nationales de Médecins du
3 Monde Canada

4 -----

5 **Mme VÉRONIQUE HOULE :**

6 Dans le fond, maintenant, on peut se demander
7 comment Médecins du Monde et en quoi nos pratiques
8 respectent les principes de sécurisation
9 culturelle.

10 C'est sûr que Médecins du Monde, c'est petit,
11 hein. On n'a vraiment pas la prétention dire que
12 nous, on soigne l'entièreté des besoins des
13 Premières Nations et puis des Inuit, en situation
14 d'itinérance à Montréal. Par contre, ce qu'on a
15 envie de vous partager c'est les attitudes avec
16 lesquelles on travaille chaque jour qui démontrent,
17 finalement, ces principes-là.

18 Donc, la première c'est une attitude ouverte
19 et dépourvue de préjugés.

20 **Mme JAËLLE RIVARD :**

21 Nous sommes bien sensibilisés à l'écoute. Nous
22 acceptons de voir les personnes, même si elles sont
23 très intoxiquées - dans la mesure où elles ne
24 présentent pas un danger pour nous - et nous
25 établissons le contact, toujours dans le respect et
26 le non-jugement. Nous acceptons de voir ces

1 personnes, là où elles en sont dans leur vie, au
2 rythme de leurs priorités à elles. Et je pense que
3 c'est ce qui nous permet d'établir et de garder un
4 lien de confiance. Nous acceptons que les gens
5 reviennent nous voir, malgré le fait qu'ils ont pu
6 être agressifs verbalement une journée, pour des
7 raisons qui nous sont inconnues. Nous les
8 accueillons à nouveau, la prochaine fois qu'ils
9 viennent. Et on reprend avec eux, lorsque c'est
10 possible.

11 **Mme VÉRONIQUE HOULE**

12 Ensuite, il y a la notion de prendre le temps. Ce
13 luxe dont je vous parlais dès le début de la
14 présentation.

15 **Mme JAËLLE RIVARD :**

16 J'ai remarqué que nous avons accepté d'intervenir
17 de manière plus lente; parler moins vite; commencer
18 par discuter de généralités avant d'enchaîner avec
19 nos questions médicales afin de créer, d'abord et
20 avant tout, un contact. Le lien de confiance est
21 parfois un peu plus long à établir, mais je
22 remarque que c'est très possible et quand même
23 souvent assez facile d'y arriver. Trop souvent,
24 même si la raison de consultation avait trait à un
25 problème de santé ponctuel – comme un changement de

1 pansements – nous abordions la question de la
2 violence conjugale, ou au sein de la communauté.
3 En effet, de nombreuses femmes présentaient des
4 signes évidents de violence – ecchymoses,
5 contusions, et cetera. Il n'était pas rare qu'une
6 consultation qui aurait pu prendre une quinzaine
7 (~15) de minutes, si nous avons abordé que la
8 raison principale, se retrouvait à prendre plus de
9 quarante-cinq (45) minutes. Il était pour nous
10 d'abord primordial d'aborder ces questions de
11 violence et de sentiments d'insécurité qui sont à
12 la base des besoins d'un individu. Nous tentons
13 aussi de mettre en place un certain filet de
14 sécurité sociale autour de ces personnes et ce,
15 souvent en alliant nos forces avec nos partenaires
16 communautaires.

17 **Mme VÉRONIQUE HOULE**

18 Dans notre intervention aussi, ce qu'on met au
19 centre c'est... ce qu'on tente de faire c'est
20 d'être à l'écoute des besoins et des croyances, et
21 faire preuve de flexibilité.

22 **Mme JAËLLE RIVARD**

23 Avec Médecins du Monde, le temps pris pour faire
24 nos interventions sur une plus longue période
25 apporte un changement considérable dans la relation

1 avec les Autochtones. Le traitement est un autre
2 point en soi. Un médicament intraveineux, par
3 exemple, n'est souvent pas accepté. Même dans un
4 contexte urbain, la médecine traditionnelle reste
5 importante. Les Autochtones ne se reconnaissent
6 pas tous dans la médecine moderne et dans le
7 traitement proposé ni dans la façon dont ils sont
8 proposés. On est plus convaincant quand on
9 implique que leur santé personnelle a des
10 répercussions sur la santé du groupe et de leur
11 communauté. À Médecins du Monde, nous prenons le
12 temps d'expliquer et de dire pourquoi le médicament
13 prescrit est nécessaire. Durant une consultation
14 avec un médecin, une personne a dit préférer, sans
15 nul doute, prendre un traitement d'antibiotiques
16 oraux pour une durée de quatorze (14) jours au lieu
17 de prendre des traitements intraveineux pour trois
18 (3) jours.

19 Même si cela n'avait aucun bon sens
20 médicalement, le médecin bénévole a accepté
21 d'accompagner le patient dans sa décision et de
22 prescrire les antibiotiques oraux pour quatre (14)
23 jours.

24 **Mme VÉRONIQUE HOULE :**

25 Ça introduit aussi la notion de décisions partagées

1 que nous, on considère aussi importantes dans la
2 relation entre infirmières et médecins et patients.

3 **Mme JAËLLE RIVARD**

4 Il s'agit d'une situation que... C'est le
5 témoignage d'une collègue :

6 « *Il s'agit d'une situation que j'ai*
7 *vécue avec un homme de quarante-six (46)*
8 *ans, issu des Premières Nations du*
9 *Québec, il y a quelques semaines. Il est*
10 *venu à la clinique mobile pour un rendez-*
11 *vous que nous lui avons donné pour*
12 *recevoir un traitement que nous lui*
13 *avons recommandé. Cependant, à son*
14 *arrivée, il présentait un hématome de la*
15 *taille d'une balle de golf, au niveau du*
16 *front, suite à une chute. Après mon*
17 *évaluation, je lui ai fortement suggéré*
18 *de se rendre à l'hôpital pour faire*
19 *évaluer sa blessure et s'assurer qu'il*
20 *n'avait pas d'hémorragie intracrânienne.*
21 *Il a refusé catégoriquement de s'y*
22 *rendre, sans m'en expliquer la raison.*
23 *Considérant qu'il était, malgré tout,*
24 *orienté et capable de consentir ou non à*
25 *un soin, je n'ai pas insisté. J'ai*

1 *respecté son autonomie et sa dignité et*
2 *puis, j'ai accepté son refus de s'y*
3 *rendre. Je lui ai exposé les risques*
4 *médicaux liés à sa situation en prenant*
5 *le temps de lui expliquer les signes à*
6 *surveiller en cas d'aggravation.*
7 *J'ai revu ce patient récemment à quelques*
8 *reprises. Il allait très bien. Il*
9 *s'était totalement rétabli. Je ne sais*
10 *pas s'il se souvient de l'événement en*
11 *tant que tel, ou s'il y a simplement une*
12 *confiance générale qui s'est établie avec*
13 *Médecins du Monde, mais le lien que nous*
14 *avons avec ce patient est excellent. Il*
15 *nous fait confiance et je crois qu'une*
16 *part de cette confiance découle du fait*
17 *que nous ne forçons pas les gens à subir*
18 *des interventions qui peuvent être*
19 *traumatisantes pour eux s'ils ne le*
20 *veulent pas. »*

21 **Mme VÉRONIQUE HOULE**

22 Et, dans le fond – je vous en ai parlé aussi et
23 puis, on l'a souligné à plusieurs reprises –, mais
24 les gens arrivent dans l'état qu'ils veulent, dans
25 le fond. On les prend comme ils sont, à leur

1 rythme, et avec les besoins qu'ils nomment. Donc,
2 c'est vraiment une approche de proximité ancrée,
3 même dans la rue. Donc, on essaie d'être un peu le
4 penchant organisé d'une certaine désorganisation.
5 C'est du moins... ça peut être un moment dans leur
6 semaine où ils savent qu'on est là et qu'on va
7 prendre ce temps-là avec eux. Et d'ailleurs, on le
8 voit. Ils viennent vraiment nous saluer, nous
9 donner des nouvelles de soit s'ils ont pris le
10 traitement ou pas. Ils ont perdu leurs médicaments
11 ou pas. Mais ils nous tiennent au courant. Donc
12 c'est aussi une preuve de ce lien-là qui est
13 établi.

14 Et bien sûr, on va l'aborder plus loin dans
15 les pistes de solution, donc on va passer
16 rapidement sur l'accompagnement qui est la clé de
17 l'accès au réseau de la Santé et des Services
18 sociaux. Donc, on y reviendra un petit peu plus
19 tard. Mais je finirais cette section-là – sur
20 l'approche de sécurité culturelle – avec un très
21 puissant témoignage d'une de mes collègues qui est
22 Pénélope Boudreau, qui n'est pas là aujourd'hui,
23 mais qui est avec Médecins du Monde puis plus de
24 dix (10) ans. Donc, c'est un témoignage, je pense,
25 qui illustre bien la vie de ces gens-là.

1 **Mme JAËLLE RIVARD :**

2 *« J'étais avec la patrouille de rue*
3 *Ka'wahse du Centre d'amitié autochtone.*
4 *On nous avait parlé d'un homme qui*
5 *dormait dans une ruelle du quartier*
6 *chinois. Nous sommes allés à sa*
7 *rencontre. À notre arrivée, l'homme boit*
8 *une grosse bière. Il m'explique que ses*
9 *jambes le font souffrir. Je lui réponds*
10 *qu'avec ce qu'il m'explique, je pourrais*
11 *l'accompagner à l'hôpital pour de*
12 *meilleurs soins.*
13 *Le patient refuse et m'explique que tout*
14 *le monde est méchant avec lui. Nous*
15 *discutons avec lui. Il nous explique que*
16 *deux (2) jeunes policiers viennent*
17 *régulièrement le voir; qu'ils le traitent*
18 *de bon à rien et qu'ils le frappent avec*
19 *un bottin téléphonique sur la tête. Il*
20 *dit que, de cette façon, il y a pas de*
21 *traces. Il mime même le geste qu'il se*
22 *fait pour se protéger la tête.*
23 *Après un moment à discuter avec le*
24 *patient, il accepte de venir avec moi à*
25 *l'hôpital. Dans la salle d'attente, tout*

1 *le monde le regarde et plusieurs*
2 *personnes s'écartent. Certains*
3 *chuchotent en le regardant. L'homme veut*
4 *partir; il dit que tout le monde le*
5 *regarde. J'essaie de le rassurer et de*
6 *lui changer les idées. L'attitude de*
7 *l'infirmière au triage n'est pas*
8 *professionnelle; elle refuse de toucher*
9 *les vêtements du patient. C'est moi qui*
10 *l'aide à retirer son manteau.*
11 *Nous retournons dans la salle d'attente.*
12 *Après plusieurs minutes et plusieurs*
13 *pirouettes pour retenir le patient qui*
14 *veut partir, l'infirmière nous avise que*
15 *le médecin refuse de voir le patient à*
16 *moins que celui-ci ne prenne une douche.*
17 *Le patient veut partir. Je finis par le*
18 *convaincre. Le préposé ne semble pas*
19 *très heureux d'organiser la douche du*
20 *patient. Il demande à l'homme de mettre*
21 *tous ses vêtements et ses bottes dans un*
22 *sac-poubelle. Mon patient était inquiet*
23 *que quelqu'un jette tout ce qui lui*
24 *appartient.*
25 *Il finit par entrer dans la douche. Le*

1 *préposé lui ordonne d'utiliser du savon.*
2 *Et puis, le patient se met à chanter dans*
3 *la douche et à dire comment ça fait du*
4 *bien. Les infirmières au poste*
5 *s'approchent pour écouter, et tout le*
6 *monde se met à rire. Le préposé part à*
7 *la recherche de nouveaux vêtements. Le*
8 *patient finit par sortir de la douche,*
9 *heureux et souriant. Tout le staff lui*
10 *sourit et le salue. Le médecin finit par*
11 *évaluer et traiter le patient. Et nous*
12 *quittons l'hôpital. Le patient me*
13 *remercie et dit qu'il a passé une belle*
14 *soirée. »*

15 **Mme VÉRONIQUE HOULE :**

16 *Donc, au niveau de nos forces à Médecins du Monde,*
17 *je pense que c'est assez clair qu'on prend le*
18 *temps; on travaille avec les personnes; donc avec*
19 *et pour, et non pas simplement pour. Donc, on est*
20 *vraiment avec eux; du moins, c'est ce qu'on tente*
21 *de faire, le plus possible.*

22 *Ceci étant dit, on rencontre aussi des défis.*
23 *Travailler au quotidien avec des populations qui*
24 *sont - on l'a dit, là - avec des barrières à*
25 *l'accès importantes. On vous a expliqué pourquoi,*

1 plus tôt. Ça peut quand même être difficile, à la
2 longue. Et même, autant merveilleuses et
3 professionnelles soient-elles, nos infirmières et
4 nos collègues du communautaire vivent aussi de
5 l'impuissance. Parce qu'on arrive aussi à des
6 limites sur ce qu'on peut faire dans un point de
7 vue d'accompagnement. Surtout que c'est sans
8 accompagnement – on l'a vu; on l'a expérimenté – si
9 on n'a pas malheureusement la possibilité
10 d'accompagner certaines personnes à l'urgence ou
11 dans une clinique, les Premières Nations et les
12 Inuit ne vont pas y aller, ou très, très rarement.
13 Donc ça, c'est un défi assez important au quotidien
14 d'avoir cette personne de liaison pour permettre
15 des soins qui vont se poursuivre et qui vont être
16 beaucoup mieux aussi que ce qu'on peut offrir en
17 termes de soins de premières lignes, dans la
18 clinique mobile.

19 Donc, je sais pas si tu veux partager le
20 témoignage des défis ?

21 **Mme JAËLLE RIVARD :**

22 « Je constate que la seule façon ou
23 presque d'obtenir qu'une personne aille
24 consulter dans le réseau de la santé est
25 de l'accompagner, avec nos ressources

1 *extrêmement limitées. Non seulement il y*
2 *a l'absence de confiance que ces gens ont*
3 *envers le système de santé, mais il y a*
4 *aussi les plages horaires et les*
5 *conditions très restrictives pour*
6 *l'admission qui limitent l'accessibilité*
7 *pour cette population. »*

8 *« Je crois que les personnes se sentent*
9 *complètement coupées de leur monde*
10 *lorsqu'elles se retrouvent dans un centre*
11 *de soins de santé. Elles se sentent*
12 *complètement perdues et n'ont plus aucun*
13 *repère. Elles doivent aussi faire face*
14 *aux jugements des autres personnes,*
15 *patients, et professionnels de la santé.*
16 *Et aussi, être soumises à des contraintes*
17 *sévères, sous peine d'être expulsées ou*
18 *de subir d'autres conséquences. »*

19 *« Dans de multiples situations, nous*
20 *avons réussi à faire entendre aux*
21 *personnes dont la santé était réellement*
22 *une préoccupation importante qu'elles*
23 *devraient se rendre à l'hôpital afin*
24 *d'obtenir une prise en charge optimale. »*

25 Et, dans multiples cas, après la consultation

1 avec la personne, celle-ci nous demandait si un
2 proche pouvait venir aussi à la clinique mobile
3 pour qu'on lui expose les faits et notre évaluation
4 que la personne devait aller à l'hôpital. Et puis,
5 souvent, c'était avec une décision commune avec le
6 proche de la personne qui décidait, finalement, de
7 se rendre. Parce que, se rendre seul à l'hôpital,
8 c'est pas possible; il faut absolument qu'il y ait
9 quelqu'un. Ça fait que, si on pense aux personnes
10 isolées qui sont seules, bien, c'est ça.

11 **Mme VÉRONIQUE HOULE :**

12 Merci. Donc, c'est ce qui nous amène à nos pistes
13 de solutions et nos projets en développement.

14 La première chose, c'est pas... Dans le fond,
15 je sais pas si on peut appeler ça une solution ou
16 une prise de conscience, mais ce que Médecins du
17 Monde s'est rendu compte c'est que - bien
18 probablement beaucoup d'autres personnes que nous -
19 , mais c'est que le savoir-être, ça s'apprend pas à
20 l'école. Donc, une infirmière aussi gradée qu'elle
21 puisse être, si elle a pas le savoir-être et
22 l'envie réelle de s'intéresser aux personnes -
23 qu'elles soient Première Nations, Inuit, ou
24 migrants à statut précaire, ou autres - si c'est
25 pas ça qui l'habite, avec une petite dose de -

1 comment on dirait ça ? – d'outrance et puis d'avoir
2 envie de changer les choses... Pardon ?

3 **Mme JAËLLE RIVARD :**

4 D'indignation.

5 **Mme VÉRONIQUE HOULE**

6 D'indignation, voilà. Merci, c'est le mot que je
7 cherchais. Donc, c'est des... le reste va pas
8 venir. Donc je pense que, quand on réfléchit en
9 équipe et puis qu'on a un besoin, c'est vraiment
10 là-dessus qu'on va sélectionner nos personnes qui
11 vont travailler avec nous. Des gens qui ont
12 vraiment à cœur les autres.

13 Donc ça, c'est la première chose. Ensuite, il
14 y a la formation. On va passer rapidement parce
15 que je sais qu'il y en a d'autres qui en ont parlé
16 ici même à la Commission, dont Janet Mark entre
17 autres; je pense qu'elle est beaucoup plus
18 éloquente que nous sur la question. Mais tout ça
19 pour dire qu'on est bien d'accord avec Janet que la
20 formation des professionnels, ça doit faire partie
21 des *corpus* pour les professionnels de la santé, et
22 des services sociaux, donc de connaître notre
23 histoire. Et puis là, bon, c'est sûr qu'on
24 pourrait aussi aller plus loin là-dedans. Mais, en
25 ce qui nous concerne, donc, les services de santé

1 et les services sociaux, ça le prend.

2 Chez nous, la plupart arrivent avec très peu
3 de connaissances, en fait. Ou, s'ils en ont, c'est
4 qu'il y avait déjà de l'intérêt. Mais ils ont
5 l'intérêt d'apprendre et puis, à ce moment-là,
6 bien, nous, on a aussi la chance d'avoir des
7 docteurs Richer avec nous qui partagent aussi leur
8 expertise, leurs lectures, leur savoir. Donc, ça
9 nous permet d'approfondir ces questions-là avec les
10 infirmières.

11 Donc, pour ce qui est de la formation, je
12 m'arrêteraï là. Ensuite, dans les pistes de
13 solution, on a parlé d'accompagnement. Je voudrais
14 vous parler des navigateurs. Encore une fois, les
15 navigateurs, c'est un programme qui existe dans
16 l'Ouest canadien depuis un bon nombre d'années. Ce
17 que nous, on a au Québec qui est similaire, c'est
18 ce qu'on appelle les « pairs aidants ». Qu'ils
19 soient au niveau de la santé mentale ou de la
20 toxicomanie. Donc, des gens issus du milieu ou
21 issus, par exemple, des Premières Nations ou des
22 Inuit, qui deviennent des pairs, qui accompagnent
23 finalement les personnes dans leur cheminement ou
24 leurs besoins.

25 Donc, ce qu'on a vu dans l'Ouest canadien qui

1 est extrêmement pratique, c'est que – le système de
2 santé, il est complexe, ici, mais je pense qu'il
3 est complexe partout; dans le sens, quand on est
4 malade ou quand on comprend tout ce qui se passe et
5 puis que les gens prennent pas le temps, en plus,
6 bien - d'avoir quelqu'un qui est là pour permettre
7 cet espace-là, et de rappeler aussi aux
8 professionnels soignants que c'est nécessaire de
9 bien expliquer, que la personne comprenne bien ce
10 dont il est question. Et puis ensuite,
11 l'accompagner pour naviguer dans tout ce qu'elle
12 aura à faire. Même que ce soit au niveau du
13 logement, au niveau des banques alimentaires, au
14 niveau des soins. Ce n'est pas que pour les soins,
15 les navigateurs; c'est vraiment dans tout ce que
16 les gens, finalement, auraient besoin. Sauf qu'ils
17 se font accompagner par une personne qui est
18 sensible culturellement à leurs réalités. Donc, ça
19 change énormément de choses. Donc ça, c'est une
20 première solution, en fait, qu'on voulait vous
21 partager.

22 Et ensuite, au niveau de nos projets en
23 développement. Vraiment très rapidement, il y a un
24 projet dont je vous ai parlé dès le début. On a
25 repris le même logo pour vous démontrer que, dans

1 ce qu'on développe, au niveau de la clinique mobile
2 à Victoria, il y a ce même partenariat-là qui est
3 extrêmement important. Et, bien entendu, on
4 travaille avec le Native Friendship Center là-bas
5 qui va aussi participer à la formation de nos
6 bénévoles pour avoir une approche culturellement
7 sensible. Donc c'est très riche, aussi, comme
8 façon de faire.

9 Et l'autre projet qu'on aimerait réaliser
10 éventuellement, si on trouve des sous et la
11 pertinence aussi pour le faire - c'est-à-dire si le
12 regroupement, par exemple, des Centres d'amitié
13 autochtone au niveau québécois, trouvent la
14 question pertinente, mais - on aimerait, dans le
15 fond, avec le modèle qu'on a fait à Victoria,
16 c'est-à-dire avant de s'établir à Victoria, on a
17 fait une évaluation des besoins. Est-ce que
18 Médecins du Monde peut faire quelque chose ?
19 Est-ce que la présence de Médecins du Monde va
20 pouvoir faire en sorte qu'on va changer certaines
21 choses et qu'on va parvenir finalement à avoir des
22 soins pour ces personnes-là plus adaptés ? Donc,
23 c'est la même chose avec Victoria. Mais on
24 aimerait voir si Médecins du Monde aurait une plus-
25 value dans certaines grandes villes au Québec. On

1 avait ciblé Trois-Rivières, Sept-Îles, Val-d'Or,
2 Rivière-du-Loup, mais on est, en fait, à la
3 prémisse de ce projet-là. Dans le sens qu'on
4 s'entend; ça prend des sous pour le développer,
5 mais ça prend surtout de s'asseoir avec le
6 regroupement des Centres d'amitié autochtone du
7 Québec pour voir est-ce que c'est les bonnes
8 villes ? Est-ce que c'est utile ? Est-ce que,
9 d'un point de vue de santé de première ligne... ?
10 Et peut-être qu'au final, la réponse sera : « Non.
11 Médecins du Monde n'est pas la personne toute
12 indiquée à aller là », du tout, du tout. On aura
13 un document qui vient appuyer les besoins, par
14 contre, en santé, des personnes en situation
15 d'itinérance ou à risque de le devenir dans ces
16 villes-là, qui ont plus de personnes finalement des
17 Premières Nations qui y habitent. Donc c'est ce
18 qui est dans les cartons, comme on dit,
19 présentement. Et je laisserais là-dessus mon
20 président poursuivre avec nos recommandations.

21 **LE COMMISSAIRE :**

22 On vous écoute, docteur Bergeron.

23

24

25

1

2 **Dr NICOLAS BERGERON :**

3 Très bien.

4 Je vais me permettre de faire un avant-propos
5 à nos recommandations. C'est pas dans le rapport,
6 mais je pense pas dénaturer du tout l'esprit et
7 l'essence même de ce que nous sommes et ce que nous
8 faisons.

9 Je pense que vous avez, au cours... et vous
10 avez entendu - et vous entendrez encore, je pense,
11 encore deux (2) semaines - beaucoup de témoignages
12 qui vont certainement chercher des émotions, des
13 sentiments. Le mot, souvent « indignation » est
14 certainement... a traversé la salle ou les
15 audiences. Et je pense qu'il faut certainement
16 être mû par ces sentiments et ces valeurs que sont
17 l'humanité et l'équité en santé, certainement.
18 Mais il faut aussi aller au-delà de ça. Et je
19 pense, ici, vous avez entendu ici dans les
20 témoignages de mes collègues qu'il y a aussi des
21 responsabilités.

22 Vous allez interpellier, évidemment, les élus,
23 le Gouvernement, sur certainement des enjeux de
24 valeurs. Mais vous allez aussi les interpellier sur
25 des questions de santé publique et des questions de

1 coûts. Je pense que la société, notre société, n'a
2 pas seulement... il y a certainement une
3 responsabilité d'offrir des soins dignes à sa
4 population, mais elle doit aussi rencontrer des
5 responsabilités en termes d'efficience de coûts;
6 donc, comment on va dépenser nos deniers.

7 Et puis, ce que vous avez entendu c'est que le
8 travail avec des populations en situation
9 d'itinérance, incluant certainement les
10 Autochtones, on a une responsabilité sociale
11 d'adapter les soins parce que la prévention et la
12 promotion de la santé coûtent moins cher au système
13 globalement. Non seulement c'est bon et c'est bien
14 pour les personnes, mais aussi, collectivement,
15 c'est la chose sensée à faire. Et ça, je pense que
16 vous avez été bien saisis de la chose. Que ce soit
17 l'exemple des infections qui peuvent être
18 transmises. Moi qui suis à l'hôpital,
19 d'accompagner des endocardites - des infections du
20 cœur - parce qu'on a laissé traîner une plaie
21 non traitée, ç'a des coûts astronomiques à
22 l'hôpital. Alors il faut aller, donc, au-delà de ça
23 et puis d'inclure, de façon responsable, les
24 données scientifiques de santé publique, et en
25 termes de coûts.

1 Et le quatrième élément, je pense qui est
2 important c'est que les élus ont aussi des
3 obligations, en termes de droits. Vous connaissez
4 mieux que moi la complexité puisque c'est dans
5 votre domaine, les lois et les déclarations, les
6 différents pactes qui existent spécifiquement pour
7 les populations autochtones à travers le monde et
8 sur lesquels le Québec - et le Canada aussi - est
9 partenaire. Il faut aussi honorer, dans les fonds,
10 les obligations légales par rapport spécifiquement
11 à des soins de santé.

12 Souvent on évoque - ça commence à être un peu
13 plus âgé, mais toujours d'actualité - évidemment la
14 Déclaration universelle des droits de l'homme de
15 dix-neuf cent quarante-huit (1948) qui,
16 l'article 25, évidemment, s'intéresse à la santé.
17 Et puis, comment ç'a été décliné sur les
18 déterminants sociaux de la santé. De façon plus
19 proximale, je dirais, en soixante-seize ('76) le
20 Pacte international des droits économiques, sociaux
21 et culturels a bien défini, avec son article 12,
22 que je m'enjoins de lire puisqu'on est en
23 enregistrement qui, je pense, vient illustrer ce
24 dont on a témoigné ce matin :

25 « Article 12. 1. Les États parties au

1 *présent Pacte reconnaissent le droit qu'a*
2 *toute personne de jouir du meilleur état*
3 *de santé physique et mentale qu'elle soit*
4 *capable d'atteindre. »*

5 *« 2. Les mesures que les États parties*
6 *au présent Pacte prendront en vue*
7 *d'assurer le plein exercice de ce droit*
8 *devront comprendre les mesures*
9 *nécessaires pour assurer : la création de*
10 *conditions propres à assurer à tous des*
11 *services médicaux et une aide médicale en*
12 *cas de maladie. »*

13 Donc, je pense c'est assez clair. Et le
14 Canada, le Québec, je pense a tout à fait
15 ratifié - pas « je pense », a ratifié - ce Pacte.
16 Donc il y a un élément, je dirais, aussi
17 d'obligations.

18 Nos recommandations, en fait, je le résumerais
19 tout simplement en disant qu'on doit adopter notre
20 *continuum* de soins. Que ce soit au niveau des
21 services de proximité; que ce soit au niveau de la
22 première ligne; ou que ce soit au niveau, on
23 pourrait dire, du réseau et des instances un peu
24 plus macros et structurelles, nous devons adapter
25 nos services pour les populations autochtones et

1 inuites.

2 Concrètement, qu'est-ce que ça veut dire ?

3 Sans entrer non plus dans les détails, puisque

4 vous... je pense ç'a été bien illustré : réduction

5 des méfaits. Est-ce qu'un centre de dégrisement,

6 est-ce que des - l'expression c'est des

7 « *wet shelters* », donc - des refuges où on accepte

8 d'une façon inconditionnelle les personnes, plutôt

9 que de les laisser dans la rue. Parce que vous

10 comprendrez qu'il y a beaucoup de mesures de tampon

11 qui ne font que renforcer l'exclusion. Donc, elles

12 vont forcément contrairement, un peu, à ce qui est

13 souhaité. Donc, l'approche de réduction des

14 méfaits.

15 Tout l'aspect de la communication. Donc, de

16 quelle façon est-ce que sont accueillies les

17 personnes issues des populations autochtones et

18 inuites ? De quelle façon, aussi, on est dans

19 l'accompagnement pour le droit à

20 l'autodétermination, de la prise en charge de la

21 personne de sa santé. Donc, on est dans un

22 consentement ou un refus éclairé, hein, bien sûr,

23 de ce qui est offert pour permettre aux gens de

24 faire des choix éclairés et aussi de s'adapter par

25 rapport aux besoins des personnes, et les besoins

1 tels qu'ils sont pressentis. J'ai pas à m'étendre
2 non plus sur les dédales administratifs, parfois,
3 qui sont évidemment très complexes pour ces
4 personnes-là.

5 L'intégration de personnel, de pairs aidants,
6 de gens qui réfléchissent à l'offre de soins, doit
7 inclure des gens issus des populations autochtones
8 et inuites. Dans mon champ, si on veut, ça fait
9 une bonne dizaine (~10) d'années que le patient-
10 partenaire fait partie... a transformé ou essaie de
11 transformer le plus possible les systèmes de soins.
12 L'illustration de navigateurs va tout à fait dans
13 ce sens-là.

14 Il faut qu'au niveau de la première ligne,
15 qu'il y ait des cliniques qui soient destinées plus
16 spécifiquement dessinées enfin pour les populations
17 autochtones en milieu urbain, où on va intégrer aux
18 soins occidentaux plus traditionnels de notre
19 tradition à nous l'approche autochtone
20 traditionnelle. Et d'ailleurs, plusieurs autres
21 lois vont soutenir cette idée de donner le droit à
22 l'accès à ces pratiques-là, à ces soins-là. Et là
23 aussi, les élus ont des obligations par rapport à
24 ces personnes-là, de leur offrir, dans le fond, la
25 médecine qui résonne en eux et qui va mieux les

1 aider.

2 Et finalement, en dehors des services de
3 proximité adaptés, des services de première ligne
4 aux personnes autochtones, l'amélioration de la
5 sécurité culturelle dans le réseau complet doit
6 être repensée. On a beaucoup parlé de la
7 formation. Moi, je suis professeur à la faculté de
8 Médecine. Effectivement, c'est... Le savoir-faire
9 prend un certain temps, mais ça s'enseigne; ça se
10 construit; c'est en discussion; et ça doit être
11 soutenu par les politiques là-dessus.

12 Les changements de pratiques – puisqu'on y
13 revient dans le changement social, hein – il faut
14 que ce soit non seulement mû par des bonnes
15 intentions, et certainement fait dans la
16 co-construction – donc avec réellement une vraie
17 représentation des personnes issues des milieux
18 autochtones ou inuits, mais aussi – avec les
19 politiques et du financement adéquat. Et
20 là-dessus, vos recommandations devront aussi être
21 appuyées sur non pas seulement ce qui devrait être
22 fait, mais comment ça devrait être fait, et de
23 quelle façon il doit y avoir des engagements
24 politiques et financiers pour finalement
25 transformer le système de santé pour qu'il soit

1 mieux adapté.

2 Je passerais peut-être le mot – si tu as
3 quelque chose à rajouter – à Faisca Richer pour le
4 mot de la fin.

5 **Dre FAISCA RICHER :**

6 Oui ? Bien, non.

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1 **LE COMMISSAIRE :**

2 Alors, ça complète ? Est-ce que vous avez des
3 questions, Maître Ellassal ?

4 **Me EDITH-FARAH ELASSAL :**

5 J'aurais peut-être une question, mais, d'une part,
6 merci pour votre présentation très enrichissante et
7 intéressante pour nous.

8 Et puis, vous en avez parlé un peu, il y a
9 quelques instants et puis également au début de
10 votre présentation. Je fais notamment référence à
11 vos projets dans d'autres pays où le savoir
12 traditionnel autochtone est intégré à l'approche de
13 la médecine moderne ou biomédicale.

14 J'aimerais vous entendre un peu plus sur
15 l'intégration du savoir traditionnel autochtone,
16 mais vraiment au Québec. Si vous avez des pistes,
17 des façons de le faire. Est-ce que c'est fait,
18 d'une part ? Comment on pourrait y arriver pour,
19 dans le fond, un peu mieux desservir les citoyens
20 autochtones qui vont dans le réseau public de la
21 santé et des services sociaux ?

22 **Dr NICOLAS BERGERON :**

23 Bien c'est un peu en dehors de Médecins du Monde.
24 Dre Richer probablement le sait plus. Moi, qui
25 suis à la faculté de Médecine, ce sont des enjeux

1 qui se discutent. Mais je vous dirais que, en ce
2 moment, on est pas mal au niveau de présentation
3 PowerPoint dans un cours de trois (3) heures sur un
4 *curriculum* de trois (3) - quatre (4) ans.

5 Donc, c'est un peu indécent et gênant si on
6 doit forcément s'intéresser à adapter nos soins.
7 Par contre, que ce soit les jeunes médecins,
8 ergothérapeutes, infirmières, gens du service
9 social, en nutrition, ils sont tous intéressés. Et
10 il y a un début de transformation pour améliorer,
11 dès le tout jeune âge de la formation; dans le
12 fond, être sensible à ça. Mais, après ça, il faut
13 que ce soit vécu et incarné dans les hôpitaux, dans
14 les CLSC et qu'il y ait un réel accompagnement.
15 Alors, des personnes-pivot qui peuvent accompagner
16 ce changement social d'un meilleur bienvenu, je
17 dirais, pour offrir la chance.

18 Donc, il y a en ce moment, une obligation
19 canadienne et qui va lier les accréditations des
20 facultés de médecine pour que soient intégrées les
21 dimensions de la responsabilité sociale; donc,
22 comment est-ce que les facultés doivent s'assurer
23 d'offrir des soins qui sont adaptés aux populations
24 qu'elles entendent servir. Et la question
25 autochtone, évidemment, est à l'avant-plan, est un

1 exemple patent de quelle façon est-ce qu'on peut
2 être socialement plus responsables.

3 Les facultés de médecine sont un petit morceau
4 là-dessus évidemment. Et je parle évidemment de
5 tous les autres, comme je vous dis : les sciences
6 infirmières et autres professionnels de la santé.
7 Mais ça doit se passer aussi au niveau des
8 instances administratives.

9 Et d'où votre immense importance, de votre
10 voix, de faire entendre haut et fort sur tous les
11 différents paliers, d'améliorer la chose. Mais à
12 ce moment, ça se fait pas du tout de façon
13 adéquate.

14 Quelque chose à rajouter ?

15 **Dre FAISCA RICHER :**

16 Pour ce qui est de la question spécifique de
17 l'intégration des pratiques traditionnelles, je
18 pense que même, à l'échelle canadienne, le Québec
19 est très en retard.

20 Ce qu'on voit quand on va dans les conférences
21 pancanadiennes sur la santé des autochtones c'est
22 des cliniques en milieux urbains, dans l'Ouest, où
23 se côtoient médecins, infirmières et guérisseurs
24 traditionnels sans aucun malaise.

25 Dans une autre vie, quand je pratiquais en

1 Inde, on voyait ça; c'était même pas surprenant.
2 En Australie, c'est reconnu par les guides de
3 pratique en *nursing*. En Nouvelle-Zélande, il y a
4 des lois qui cautionnent ça. En Afrique du Sud,
5 aussi. Dans les déclarations des Nations Unies sur
6 les droits des Peuples autochtones, ça en fait
7 partie. L'OMS le recommande, pour améliorer
8 l'accessibilité des soins, de travailler
9 conjointement avec les *healers* dans la mesure où
10 l'approche traditionnelle répond à un besoin qui
11 n'est absolument pas répondu par la médecine
12 conventionnelle.

13 Toute cette approche de la détresse
14 collective, le travail autour des dépendances, on
15 n'est pas en substitution de nos traditionnels
16 antibiotiques; on est vraiment dans la
17 complémentarité de quelque chose que les soins
18 conventionnels n'arrivent pas à répondre.

19 Et donc, ce constat-là, on est très en retard
20 de la part de nos associations professionnelles,
21 dans le respect de...

22 Ce qui se fait de mieux, je dirais, en ce
23 moment. Il y a une approche chez les Cris dont
24 vous avez sûrement entendu parler, où il y a un
25 comité de *elders* qui s'appellent Nishiyuu qui

1 travaillent à faire de la recherche parce que les
2 médecins sur place, dans la région Cri, exigent
3 qu'il y ait de la recherche démontrant l'efficacité
4 des pratiques traditionnelles qui sont là depuis
5 des millénaires, pour qu'elles puissent être
6 acceptées et acceptables.

7 Ce n'est pas du tout la prise de position en
8 Ontario, où on dit : « Comme médecins, on n'a pas à
9 comprendre ni à saisir; on a juste à respecter le
10 choix du patient qui lui, veut combiner différentes
11 approches parce que ça répond à son besoin. »
12 Donc, je pense qu'on est à des années-lumière de
13 ça, et on a tout avantage à mieux collaborer avec
14 les gens qui sont des *healers*, qui répondent à des
15 besoins démontrés. Je sais même pas comment vous
16 dire pourquoi; c'est juste que ç'a aucun sens.

17 **Dr NICOLAS BERGERON :**

18 On le vit ailleurs sur le terrain, hein; pas loin
19 de chez nous, en Haïti – pas loin de chez nous,
20 oui, en Haïti – je veux dire les mambos et les
21 houngans, les « tradi-praticiens » qu'on appelle.
22 Il y a eu une approche... L'approche allochtone, je
23 dirais, sur les actions humanitaires et puis des
24 soins de développement ont amené vraiment des
25 effets collatéraux qu'on tente de réparer, je

1 dirais, à certains égards. Notamment, la mise à
2 l'écart – je vais être poli – des matrones. Ou
3 encore dans les dispositifs des gens qui faisaient
4 la pratique plus traditionnelle, à l'intérieur des
5 soins, qui de toute façon, dans certains aspects
6 sur, notamment, la santé mentale, bien j'ai pas à
7 vous dessiner, bien sûr, que la plupart des soins
8 sont (1), il y a pas de psychiatres ou de
9 psychologues dans ces pays-là; et c'est fait par,
10 évidemment, ces personnes-là issues de la
11 communauté. Et il y a pas d'intégration non plus.
12 Ça fait que, quand les gens arrivent avec des
13 programmes occidentaux bien ficelés, mais qui
14 répondent pas à des besoins, mais en plus qui sont
15 pas arrimés avec la communauté, donc il y a
16 certainement une perte d'énergie et puis il y a pas
17 une rencontre de performance – bien, est-ce qu'on a
18 besoin d'être performants ? –, mais sous le mieux-
19 être de la population pour améliorer sa qualité de
20 vie.

21 Alors c'est clair; on a des apprentissages.
22 Et c'est pour ça, certainement, Médecins du Monde
23 essaie en tout cas, à travers des programmes
24 internationaux, toujours de travailler avec le
25 système et les systèmes. Donc, le système de soins

1 de santé tel qu'il est organisé par le pays ou les
2 communautés, mais aussi à l'intérieur de la
3 communauté où il y a des propres systèmes de soins.
4 Donc, il faut vraiment être écologique dans notre
5 approche de santé.

6 **Me EDITH-FARAH ELASSAL :**

7 Merci. À moins qu'il y ait autre chose que vous
8 vouliez ajouter, je n'ai plus de questions.

9 **LE COMMISSAIRE :**

10 Vous n'avez pas d'autres questions ? Maître
11 Boucher, est-ce que vous avez des questions ?

12 **Me MARIE-PAULE BOUCHER,**

13 **POUR LA PROCUREURE GÉNÉRALE DU QUÉBEC :**

14 Je n'aurai pas de questions, Monsieur le
15 Commissaire. Mais c'était très intéressant.
16 Merci.

17 **LE COMMISSAIRE :**

18 Alors va arriver le moment où il va faire plaisir
19 de vous remercier. À moins que vous ayez autre
20 chose à ajouter ? Non ? Ça va ?

21 Alors, je vous remercie beaucoup d'avoir
22 accepté notre invitation. Très intéressant. Ça
23 m'amène à penser que même quand on essaie de faire
24 des bonnes choses, au point de vue gouvernement, on
25 a de la misère à se départir de notre attitude de

1 colonisateur. C'est l'impression que ça me fait.

2 Moi, je vous félicite du travail que vous
3 faites parce que, si j'ai bien compris, vous voulez
4 combler un vide; aller au-devant des gens. Et
5 puis, c'est ce qui est important. D'ailleurs, on
6 le réalise, nous aussi à la Commission : il faut
7 aller au-devant des gens dans le milieu autochtone.
8 On ne peut pas s'asseoir chez nous et attendre
9 qu'on nous téléphone. Il faut aller au-devant.

10 Et ce que vous souhaitez faire et ce que vous
11 réussissez dans plusieurs cas heureusement, d'aller
12 chercher les gens, de les rattacher au réseau,
13 ensuite les intégrer au système et, comme on me
14 disait, bien, on essaie de disparaître dans un
15 sens, mais peut-être pour réapparaître ailleurs
16 pour aller combler un autre problème.

17 Alors, je vois vos grands sourires; je vois
18 que vous le faites avec beaucoup de désir de rendre
19 service; c'est ce qui est important. C'est la
20 motivation. D'ailleurs, j'ai compris que vous
21 aviez... la plupart des gens qui travaillent chez
22 vous sont des bénévoles. C'est du temps que vous
23 consacrez là. Vous vous adaptez; vous faites
24 l'effort de comprendre les besoins des gens,
25 spécialement chez les Autochtones. Les différences

1 culturelles qu'il y a. C'est pas toujours facile.
2 On parle de formations. Bon, on réalise tous qu'il
3 y a un besoin de formations pour les gens qui
4 travaillent dans le domaine de la santé, oui. Dans
5 le domaine de la justice, aussi. Dans le domaine
6 de la police. Dans le domaine des services
7 correctionnels, les services sociaux, la protection
8 de la jeunesse. Il y a des besoins qui sont
9 criants de formations. Et moi, je vais aller un
10 peu plus loin : il faut commencer plus jeune; pas
11 commencer à donner de la formation à quelqu'un qui
12 va être policier, infirmière ou autre dans quelques
13 semaines. Non, il faut commencer à ce que les
14 gens, dans la population en général... les gens des
15 services publics sortent de la population en
16 général. Ç'a peut-être l'air fou un peu; moi, je
17 dis : « Ils ne sortent pas d'une feuille de chou;
18 ils sortent de la population ». Alors, il faut
19 commencer à bâtir dès l'enfance. Que les gens
20 réalisent que les Autochtones, bien, ont vécu une
21 période qu'on va appeler de « colonisation », si on
22 veut, pour peut-être résumer toute l'histoire des
23 pensionnats, la *Loi sur les Indiens*, les réserves,
24 et tout le reste et j'en passe. Je ne résumerai
25 pas tout ce que j'ai entendu, mais ç'a créé une

1 situation qu'on vit aujourd'hui.

2 Ça n'a pas commencé il y a quinze (15) ans.

3 Le mandat de notre Commission, c'est les quinze
4 (15) dernières années, mais il faut absolument
5 regarder ce qui est arrivé avant pour comprendre ce
6 qu'il y a aujourd'hui. Et puis, il y a des coups
7 de barre à donner; de sérieux coups de barre. Et
8 puis, ce n'est pas en arrivant, en disant : « Bien
9 voilà, nous avons pensé un nouveau système ». Non.
10 Il faut s'asseoir – peut-être penser, oui -, mais
11 s'asseoir avec les gens concernés, les gens qui le
12 vivent pour voir leurs besoins.

13 Et puis, une autre tendance que
14 malheureusement on retrouve, c'est de mettre tout
15 ce qui s'appelle « autochtone » dans la même
16 marmite, alors qu'il y a quand même onze (11)
17 Nations au Québec; des communautés qui sont plus
18 près d'une ville; d'autres qui sont très éloignées.
19 Ce n'est pas pareil; les besoins peuvent différer.
20 Alors, je répète tout ça, encore.

21 Alors, je vais vous remercier beaucoup
22 beaucoup; vous féliciter pour le travail que vous
23 faites, vous encourager à continuer. Vous parliez
24 peut-être de regarder dans d'autres villes. Vous
25 parliez de Val-d'Or, Sept-Îles, Trois-Rivières,

1 Québec. Je pense que la chose à faire, c'est peut-
2 être de s'asseoir avec les gens qui y sont, et
3 d'évaluer les besoins. Voir comment vous pouvez
4 répondre à ce qu'ils ont besoin. Il faudrait le
5 savoir. Je vous souhaite que ça aille bien.

6 Vous avez parlé des problèmes de médications.
7 Ce serait bien qu'au niveau du Collège des
8 médecins, l'Ordre des pharmaciens, on sensibilise
9 par des publications. J'imagine que tout le monde
10 reçoit des courriels, des revues. Peut-être de
11 sensibiliser les gens. Parce que, ce qui est payé
12 par le Fédéral, par la RAMQ, bien, il y en a des
13 fois qui tombe dans la craque et puis, bon, on a un
14 problème.

15 Alors, écoutez; on pourrait aller longtemps
16 là-dessus. Je vous remercie mille fois. Je vous
17 souhaite de continuer. Je vous remercie encore
18 d'avoir accepté notre invitation.

19 Et on va maintenant mettre un terme et
20 ajourner. Alors, vous avez des Pièces à déposer,
21 Maître Elassal. J'oublie tout le temps ça.

22 **Me EDITH-FARAH ELASSAL :**

23 Oui, si vous me permettez. J'ai trois (3)
24 documents, en fait, à déposer. Et puis aussi,
25 peut-être un engagement qu'on pourrait prendre, lié

1 **ENGAGEMENT - référence #1**

2 Donc c'est sûr qu'antérieurement, on aura
3 des limites aux statistiques - c'est ce que je veux
4 vous dire -, mais on va vous les soumettre avec
5 plaisir.

6 **Me EDITH-FARAH ELASSAL :**

7 D'autant que vous avez documenté une réalité qui
8 est *underground* si on veut, qui est peu documentée.
9 Donc, c'est précieux pour nous. Donc, ce serait un
10 engagement, sous E-449, qu'on pourrait intituler :
11 « Engagement à fournir des statistiques sur le
12 portrait des personnes rencontrées des Premières
13 Nations et Inuit - dans votre organisation - depuis
14 deux mille quatorze (2014) ».

15 **- ENGAGEMENT E-449 -**

16 Au niveau du délai, je comprends que l'année
17 financière pour vous va se terminer bientôt. Alors
18 peut-être qu'on pourrait vous laisser un délai un
19 peu plus long. On en a discuté un petit peu plus
20 tôt pendant la pause pour pouvoir avoir le bénéfice
21 des données à jour, jusqu'à la fin du mois de mars
22 de cette année. Donc, je mettrais un délai de
23 soixante (60) jours si, pour vous, c'est...

24 **LE COMMISSAIRE :**

25 Ça vous convient ?

1 **Mme VÉRONIQUE HOULE :**

2 Ça nous convient. C'est réalisable.

3 **LE COMMISSAIRE :**

4 Bon. Ça fait le tour ? Alors, on va ajourner à
5 une heure trente (13 h 30). Je précise que, cet
6 après-midi, ce sera des témoins citoyens, et c'est
7 à huis clos étant donné qu'il s'agit d'affaires qui
8 concernent la *Loi sur la protection de la jeunesse*.
9 Alors, sur ce, bon appétit. Et, à une heure trente
10 (13 h 30).

11 **LA GREFFIÈRE :**

12 Ajournement jusqu'à une heure trente (13 h 30).

13 SUSPENSION

14 -----

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1 REPRISE

2 -----

3 **LA GREFFIÈRE :**

4 Reprise de l'audience.

5 **LE COMMISSAIRE :**

6 Oui, alors, bonjour en cet après-midi, ce vendredi
7 après-midi, alors, Me Arpin, je comprends que vous
8 représentez la Commission après-midi ?

9 **Me SUZANNE ARPIN :**

10 Tout à fait.

11 **LE COMMISSAIRE :**

12 Et Me Boucher qui est toujours avec nous pour le
13 procureur général ?

14 **Me MARIE-PAULE BOUCHER :**

15 Oui, M. le Commissaire. Merci.

16 **LE COMMISSAIRE :**

17 Très bien. Alors, bienvenue. Alors, j'ai compris que
18 cet après-midi, vous aviez des témoins citoyens, et
19 vous aviez une demande à me formuler ?

20 **Me SUZANNE ARPIN :**

21 Oui, M. Le commissaire, alors, je vais vous faire une
22 demande de dossier... une demande de huis clos dans le
23 dossier HC4, dans un dossier actif impliquant le
24 directeur de la protection de la jeunesse.

25 En vertu du décret créant la Commission, de nos règles

1 de procédure et de la Loi sur la protection de la
2 jeunesse et afin de protéger la confidentialité des
3 informations concernant des enfants, des parents et
4 les témoins, je vous demande d'ordonner un huis clos,
5 le tout accompagné d'une ordonnance de non
6 publication, non-diffusion, non-divulgation et non-
7 communication, ainsi qu'une ordonnance de levée
8 partielle de l'ordonnance de non-divulgation, afin de
9 déposer les notes sténographiques caviardées
10 ultérieurement.

11 **LE COMMISSAIRE :**

12 Me Boucher, est-ce que vous avez des commentaires ?

13 **Me MARIE-PAULE BOUCHER :**

14 Nous consentons, M. le Commissaire.

15 **LE COMMISSAIRE :**

16 Très bien. Alors,

17 CONSIDÉRANT que la Commission entend faire la
18 preuve du dossier HC4, dans le cas d'espèce, relevant
19 de l'application de la Loi sur la protection de la
20 jeunesse;

21 CONSIDÉRANT les pouvoirs qui nous sont conférés
22 selon le décret 1095-2016 adopté par le gouvernement
23 du Québec le 21 décembre deux mille seize (2016),
24 constituant la présente Commission;

25 CONSIDÉRANT les articles 43, 44, 45, 46, 47 et 88 des

1 règles de procédure et de fonctionnement de la
2 Commission;

3 CONSIDÉRANT les articles 11.2, 11.2.1, 82 et 96
4 de la Loi sur la protection de la jeunesse;

5 Pour ces motifs, la Commission :

6 ORDONNE la tenue à huis clos de l'audience du ou
7 des témoins dans le dossier HC4, prévue ce jour devant
8 la Commission, concernant le cas d'espèce relevant de
9 l'application de la Loi sur la protection de la
10 jeunesse;

11 INTERDIT à quiconque de divulguer, de publier,
12 de communiquer ou de diffuser l'ensemble du ou des
13 témoignages dans le dossier HC4;

14 ORDONNE que les médias prennent les mesures pour
15 que les appareils d'enregistrement visuels ou sonores
16 soient inopérants, afin de respecter la présente
17 ordonnance; et

18 ORDONNE que soit caviardée, de façon à exclure
19 toute notion qui pourrait permettre d'identifier le
20 ou les enfants visés dans la présente condition,
21 audience, afin que l'essentiel non identifiant puisse
22 être utilisé éventuellement dans le cadre de nos
23 travaux après la transcription.

24 Alors, évidemment, je crois que Me Boucher, vous
25 avez quelqu'un de, je veux dire, de la Direction de

1 la protection de la jeunesse qui pourrait assister ?

2 **Me MARIE-PAULE BOUCHER :**

3 Oui, ceci dit, il y a Mme Bianca Larochelle du CIUSSS
4 Centre-Sud, M. Le Commissaire, donc je vous
5 demanderais la permission qu'elle puisse rester dans
6 la salle durant l'audience.

7 **LE COMMISSAIRE :**

8 Je comprends qu'il y a une entente avec Me Arpin à ce
9 sujet-là, alors, je vais permettre à Madame
10 d'assister à l'audience, alors bienvenue Madame.
11 Alors, sur ce, à compter de maintenant, bien
12 l'audience est à huis clos et nous allons suspendre
13 quelques minutes afin de reprendre et, urgemment,
14 j'ordonne à nos services de diffusion de cesser dès
15 maintenant la diffusion.

16 **Me SUZANNE ARPIN :**

17 Merci M. Le commissaire.

18 **LA GREFFIÈRE :**

19 Suspension de quelques minutes.

20 SUSPENSION

21 -----

22 REPRISE

23 **LA GREFFIÈRE :**

24 Reprise de l'audience.

25 **LE COMMISSAIRE :**

1 Alors, rebonjour. Alors, Me Arpin, est-ce que vous
2 pouvez nous présenter vos témoins ?

3 **Me SUZANNE ARPIN :**

4 Oui, M. le Commissaire, alors dans un premier
5 temps, j'aimerais que vous puissiez autoriser
6 M. ██████████ qui est présent ici, et qui
7 accompagne Mme ████████, à pouvoir être présent dans
8 la salle.

9 **LE COMMISSAIRE :**

10 Um-hum. Alors, Mme ████████, ça vous convient ? Très
11 bien. Alors, Monsieur, on va vous autoriser à
12 être...

13 **Me SUZANNE ARPIN :**

14 On note aussi la présence de Mme Christine
15 Desgagnés (sic) de l'équipe du... du mieux-être de la
16 Commission.

17 **LE COMMISSAIRE :**

18 Ah oui, qui rend des grands services à la
19 Commission.

20 **Me SUZANNE ARPIN :**

21 Alors, Mme ████████ et son fils, ██████████
22 ██████████ veulent partager avec la Commission de la
23 situation qu'ils ont vécue avec le directeur de la
24 Protection de la jeunesse de Montréal, et ils
25 souhaitent vous faire part de leur vécu, leurs

1 impressions, leur perception et souhaitent que des
2 améliorations soient apportées. Mme [REDACTED] era une
3 affirmation sur la Bible, [REDACTED] fera une
4 affirmation solennelle, et ils témoigneront en
5 français.

1 [REDACTED]

2 et

3 [REDACTED]

4 Assermentés

5 -----

6

7 **Me SUZANNE ARPIN :**

8 Merci. Alors, Mme [REDACTED] on va commencer par vous,
9 j'aimerais que vous nous disiez qu'est-ce que vous
10 faites dans la vie généralement ?

11 R- Ah, bien, en ce moment, je suis maman à plein
12 temps, en plus, j'ai un [REDACTED], une
13 [REDACTED] bien, à... depuis quatorze (14) ans que
14 j'opère seule.

15 Q- À [REDACTED] ?

16 R- À [REDACTED].

17 Q- En communauté crie ?

18 R- Oui.

19 **LE COMMISSAIRE :**

20 [REDACTED] c'est entre [REDACTED], puis [REDACTED],

21 [REDACTED]

22 R- Oui, c'est ça.

23 **LE COMMISSAIRE :**

24 Hein? On traverse un pont de [REDACTED] ?

25 R- Oui, c'est ça, moi j'étais rendue à [REDACTED].

1 **LE COMMISSAIRE :**

2 Un pont en [REDACTED]

3 R- Ça c'est [REDACTED] oui, à [REDACTED], c'est le pont
4 [REDACTED] c'est ça.

5 **LE COMMISSAIRE :**

6 C'est ça? OK.

7 R- Puis [REDACTED] bien, j'ai grandi à [REDACTED] j'ai
8 eu mon premier [REDACTED] à [REDACTED] aussi.

9 **LE COMMISSAIRE :**

10 À [REDACTED]?

11 R- Oui. (inaudible)

12 Q- Et vous habitez où maintenant ?

13 R- J'habite à [REDACTED] j'ai une maison secondaire à
14 [REDACTED] où est-ce que [REDACTED] va à l'école, puis
15 j'opère mon [REDACTED] à [REDACTED] qui est à une
16 heure de [REDACTED].

17 **LE COMMISSAIRE :**

18 Oui, [REDACTED] km, je pense?

19 R- Oui, en plein dans le mille, vous l'avez! Vous
20 connaissez ça?

21 **Me SUZANNE ARPIN :**

22 Q- J'aimerais, Madame... Madame [REDACTED] que vous nous
23 relatiez les événements qui ont mené au placement
24 de votre fils en deux mille onze (2011). J'aimerais

25

1 que vous expliquiez au Commissaire qu'est-ce qui
2 s'est passé à cette... à ce moment-là?

3 R- À ce moment-là, on était séparés, moi puis son
4 père, [REDACTED] puis on est venu rendre visite à son
5 père à [REDACTED], pour que [REDACTED] voie son père,
6 mais le matin, le... le matin de notre arrivée la
7 veille là, on a... j'ai eu un appel soit disant que
8 c'était la DPJ de Montréal, qu'ils venaient
9 chercher [REDACTED], si je coopérais pas, ils
10 envoyaient la police avec ça, parce qu'il y avait
11 eu un signalement comme de quoi que j'étais en état
12 d'ébriété, puis que je battais mon fils. Puis en
13 premier, moi j'ai pas cru vraiment à ça, je pensais
14 que c'était comme une... une drôle de farce plate, si
15 on peut dire, puis j'ai comme pas... je me suis comme
16 pas arrêtée à ça parce que c'était comme dur à quoi
17 là, fait qu'on allé se baigner, on a comme laissé
18 ça... on était chez des amis, un couple d'amis qui
19 avaient... qui demeuraient dans un... dans un des
20 condominiums où est-ce qu'il y avait une piscine,
21 on est allés se baigner suite à l'appel, puis c'est
22 pendant qu'on était dans la piscine que
23 l'intervention a eu lieu, que [REDACTED] venait de...
24 venait de se faire ramasser par la DPJ.

25 Q- À ce moment-là, qu'est-ce qu'on vous explique ?

1 R- On m'expliquait que... mais si je coopérais pas de
2 laisser aller [REDACTED] à cause de... que j'étais en
3 état d'ébriété, puis c'était pas le cas du tout,
4 puis que la police, la Sûreté du Québec viendrait.
5 Donc, là j'étais comme estomaquée là, de voir ce
6 qui... c'était quoi là, pourquoi qu'il y avait eu
7 cette accusation-là sans enquête, sans... sans preuve
8 comme de quoi que j'étais en état d'ébriété plus
9 que je maltraçais mon enfant. Donc, j'ai comme
10 coopéré avec la DPJ, puis le père à [REDACTED] il
11 était avec la DPJ.

12 Q- Et le dossier a été judiciairisé et vous êtes allés
13 au tribunal?

14 R- Oui.

15 Q- À quel endroit?

16 R- À Amos, puis là, c'est là que le travailleur... le
17 travailleur social m'a dit que si je laissais pas
18 la garde à son père, que [REDACTED], il serait placé
19 dans une famille d'accueil. Donc, moi j'ai comme
20 pas voulu que [REDACTED] aille en famille d'accueil,
21 j'ai accepté, puis c'est de là que ça a comme parti
22 que... que [REDACTED], il était presque à six (6) ans, je
23 comprends, six (6) ans, il a été confié à son père.

24 Q- Oui. Son père habitait endroit à ce moment-là ?

25 R- À [REDACTED]

1 Q- À [REDACTED] Est-ce que vous avez eu affaire avec les
2 intervenants sociaux de Montréal qui étaient en
3 charge du dossier de [REDACTED] ?

4 R- Bien, une personne entre autres seulement.

5 Q- Puis, comment ça s'est déroulé, ces... ce suivi-là
6 avec cette personne-là ?

7 R- Ça a bien mal parti drette au début. Moi je
8 voulais savoir pourquoi que... il avait enlevé
9 [REDACTED] vite de même, sans... sans constater que... que
10 c'était pas vrai là, que j'étais en état d'ébriété,
11 puis que j'ai maltraité [REDACTED], puis...

12 Q- Qu'est-ce qu'il vous disait ce... qu'est-ce que vous
13 disait cette personne-là ?

14 R- Puis là, moi je voulais savoir, puis là c'est ça,
15 il m'a dit, « ah, vous autres, les Indiens là, vous
16 êtes durs à travailler avec ». Puis là, j'ai
17 comme... j'ai comme vraiment là, comme restée raide,
18 si on peut dire, je me demandais pourquoi qu'il
19 parlait de même, puis... fait que là, à partir de ce
20 moment-là, il y a eu un froid qui s'était installé
21 du début, puis ça comme... il m'a comme catégorisée
22 tout de suite, puis étiquetée là, que j'étais une
23 autochtone à problème.

24 Q- Est-ce que vous avez essayé de... de discuter avec
25 lui, d'essayer de comprendre, d'exposer votre point

1 de vue, de lui faire comprendre ce que vous
2 vouliez, ce que... ?

3 R- Oui, mais lui, c'était comme j'avais aucune
4 ouverture avec lui. T'sais, j'avais pas de
5 communication, il me disait « si tu veux revoir ton
6 enfance, tu vas t'en aller en thérapie, puis... »
7 Puis, il fallait que je rencontre d'autres
8 travailleurs 'socials', puis que... par chez moi, le
9 travailleur social à qui que je faisais affaire à
10 [REDACTED] il m'a dit qu'il n'était pas assez
11 éduqué pour faire affaire avec lui, puis que
12 premièrement, il parlait pas l'anglais... français,
13 c'est-à-dire. Puis, il avait parlé avec une
14 travailleuse sociale, puis il a carrément dit à...
15 Je sais pas si je vous dis des noms-là ?

16 Q- Vous pouvez, on va les enlever par la suite.

17 R- À Madame... à [REDACTED] avec qui que je
18 travaillais qui est une travailleuse sociale, elle
19 me donner des conseils quoi faire plus quoi dire
20 puis... lui... elle a essayé de rentrer en contact
21 avec, puis M. [REDACTED] aussi en question à Montréal
22 et il a carrément dit, « j'ai pas affaire à toi,
23 t'es pas assez... t'es pas assez à la hauteur de la
24 situation ». Puis, il lui aurait crié après, puis
25 elle aurait crié aussi, puis ça finit que ça a

1 coupé. Fait que là, j'avais plus... là, il fallait
2 que je me trouve d'autres travailleurs 'socials'
3 parce qu'il disait [REDACTED] était pas... était pas à
4 la hauteur de la... pour lui.

5 Q- On va y revenir tout à l'heure à ces personnes-là.

6 **LE COMMISSAIRE :**

7 [REDACTED] c'est une communauté crie ?

8 **Me SUZANNE ARPIN :**

9 Oui.

10 **LE COMMISSAIRE :**

11 Qui a l'anglais comme autre langue?

12 R- Oui.

13 **LE COMMISSAIRE :**

14 Oui. Et je veux... je veux vous poser la question, ça
15 a pas été abordé : quant à vous, vous êtes
16 autochtone?

17 R- Oui.

18 **LE COMMISSAIRE :**

19 De la nation crie ?

20 R- De la nation crie, oui.

21 **LE COMMISSAIRE :**

22 C'est bon. Et monsieur... M. [REDACTED] lui, est-ce
23 qu'il est autochtone aussi ?

24 R- Oui.

25 **LE COMMISSAIRE :**

1 Pas votre fils là, mais votre... votre... ?

2 R- Mon père ? Non.

3 **LE COMMISSAIRE :**

4 ... votre... le père?

5 R- Non, mon père, non, c'était... un Québécois là, un
6 brun, comme on dit.

7 **LE COMMISSAIRE :**

8 Ah bon. Mais le père de [REDACTED], lui?

9 R- Son père, non, il était... c'est un Québécois
10 aussi, de [REDACTED]

11 **LE COMMISSAIRE :**

12 C'est ça. Continuez, Me Arpin.

13 **Me SUZANNE ARPIN :**

14 Merci.

15 Q- Quel... lorsque vous aviez des conversations avec
16 l'intervenant social, qu'est-ce qu'il vous disait
17 que vous deviez travailler? Qu'est-ce que... c'était
18 quoi le pourquoi [REDACTED] était pas avec vous?
19 Qu'est-ce qu'il vous demandait de travailler?

20 R- Parce que... lui, il disait que toutes les
21 Autochtones... il ne disait pas autochtone, il me
22 disait... il a dit le mot « Indien », puis moi
23 j'étais comme... « Mon Dieu ! Indien c'est... on
24 l'entend moins souvent ça là, surtout d'une... d'une
25 personne, en tout cas, qui travaille... travail

1 public ». Puis lui, il me disait, « ah, vous
2 autres les Indiens, vous avez tous des problèmes de
3 drogue puis d'alcool, fait qu'il dit, si tu veux
4 revoir ton fils, il dit, tu vas aller dans une cure
5 interne, 28 jours, je pense, 21 là », fait que là,
6 j'ai dit « bien, je me vois bien mal d'aller là,
7 t'sais, j'ai dit, j'ai un business à opérer », puis
8 là, j'étais allée passer les... des tests
9 d'évaluation et tout, puis eux autres ils voyaient
10 pas que j'avais un problème comme Monsieur voyait
11 là, puis pour ce qui est de la drogue, bien ça, ça
12 me dépassait totalement parce que moi je suis
13 contre l'héroïne. Fait que... puis à tout bout de
14 champ, bien, aussi il me faisait faire des tests
15 de... de dépistage, au hasard comme ça, puis même
16 souvent, quand j'avais des visites avec [REDACTED] ici
17 à [REDACTED], qui étaient des visites supervisées de
18 trois heures, moi ça me prenait 12 heures, de 10 à
19 12 heures pour partir de chez moi pour venir voir
20 [REDACTED] puis tu as des visites de trois heures
21 seulement parce que lui, il disait que j'étais pas
22 adéquate de voir [REDACTED] toute seule, puis...

23 Q- À ce moment-là, Mme [REDACTED] est-ce qu'effectivement,
24 vous aviez un problème de consommation ?

25 R- Comment?

- 1 Q- Est-ce que vous aviez un problème de consommation à
2 ce moment-là ?
- 3 R- Bien, non.
- 4 Q- OK.
- 5 R- Lui il disait que moi j'étais toujours un état
6 d'ébriété, puis en état de... de drogue là.
- 7 Q- Puis les tests que vous passiez ?
- 8 R- Les tests se sont toujours avérés négatifs.
- 9 Q- Et je pense qu'il vous demandait aussi de passer
10 des prises de sang ?
- 11 R- Oui.
- 12 Q- À [REDACTED] chez un médecin?
- 13 R- Oui.
- 14 Q- De façon aléatoire, pour vérifier si vous aviez
15 consommé ?
- 16 R- Oui.
- 17 Q- Et les tests étaient...?
- 18 R- Puis là, j'étais obligée de lâcher tout ce que je
19 faisais, m'en aller à l'hôpital, puis en dernier,
20 le médecin, il a dit, « non, il m'a dit, Mme [REDACTED]
21 il dit, c'est inclusif, il dit, moi je peux plus
22 autoriser ça, de faire des prises de sang pour
23 détecter l'alcool ou la boisson... ou la drogue,
24 excusez ».

1 Q- Et quand vous... quand Monsieur, quand l'intervenant
2 social avait les résultats des tests, est-ce que
3 vous lui disiez « bien, ils sont négatifs, c'est
4 quoi que tu me reproches ? »

5 R- Bien là, je pense que quand le médecin il a dit que
6 c'était assez, il a comme... il a comme débarqué là-
7 dessus, mais c'était comme là, il allait me faire
8 passer d'autres tests psychologiques. J'allais
9 passer des tests tout ça à mes frais parce que
10 j'avais pas vraiment de prescription de médecin
11 pour aller vers la... le *Cree Board*, donc... puis ça,
12 c'était tout à [REDACTED] tout à mes frais. Puis
13 même avec les tests psychologiques, [REDACTED] en
14 question, il prenait mon résultat d'un
15 professionnel, puis il garrochait de même devant
16 moi, puis il dit « ça veut rien dire, c'est bon ». Fait
17 que là, je refais... il me refaisait faire
18 d'autres... d'autres programmes, comme le *Anger*
19 *management*.

20 Q- Pourquoi il vous a fait faire ce programme-là, ça,
21 c'est intéressant ?

22 R- Parce que j'essayais toujours de... de savoir qu'est-
23 ce qu'il voulait de moi, qu'est-ce qu'il attendait
24 de moi, j'ai... quoi d'autre que vous voulez plus là ?
25 T'sais, c'était comme... puis là, il me trouvait

1 agressive parce que je défendais mes droits, parce
2 que je me disais « bien là, ██████ t'sais il est
3 chez son père puis... tu sais c'est lui qui est... qui
4 est l'intérêt de la situation, je dis, c'est à
5 █████ premièrement qui devrait... qu'on devrait voir
6 à son bien-être ». Puis lui, Monsieur, c'était
7 comme, « non, c'est toi le problème », puis... il
8 voyait pas au bien-être de ██████ vraiment, puis...

9 Q- Quand vous disiez tantôt que vous aviez des tests
10 de dépistage à faire de façon un peu n'importe
11 quand, quand il le décidait, est-ce que c'est...
12 c'est arrivé que vous étiez en présence de... qu'il
13 vous a demandé de faire un test de dépistage alors
14 que vous étiez en visite avec ██████ ?

15 R- Oui oui. J'avais demandé, je pense, vu qu'il est
16 arrivé en retard, ██████, je lui avais... j'ai
17 demandé voir si on pouvait avoir une heure de plus,
18 étant donné du retard, parce que ça coupait comme
19 j'avais une heure de moins... Il me disait, « si tu
20 veux une heure de plus, tu t'en vas au complexe
21 Guy-Favreau passer un test judiciaire avec
22 █████ ». Puis là, moi j'étais comme, bien, je
23 vais le passer après, j'dis, j'étais avec ██████
24 Fait que s'il y va pas, c'est un refus. Puis là,
25 moi je me disais « bon, j'ai pas le choix d'y

1 aller », puis là, je me disais, bien, je sais pas
2 quelle image qu'il donne à mon enfant là, t'sais,
3 de l'amener là pour passer les tests. J'avais pas
4 le choix d'y aller.

5 Q- Pour faire votre visite supervisée, ça vous prend
6 quoi une douzaine d'heures environ ?

7 R- Oui.

8 Q- Donc, vous descendiez la veille, comment ça se
9 passait quand vous aviez un contact supervisé ?

10 R- Bien, je faisais mon voyage, je le coupais comme en
11 deux parce que souvent, je priorisais la voiture
12 parce qu'en avion, c'est comme [REDACTED]
13 [REDACTED] aller-retour, de [REDACTED], plus
14 les frais d'hôtel et tout, c'était comme... très,
15 très dispendieux. Je partais de chez moi, puis là
16 avec tout ce voyage-là moi, que je voyageais, les
17 nombres de kilomètres et... passer à travers deux
18 voitures.

19 **LE COMMISSAIRE :**

20 Passiez-vous par le [REDACTED] par [REDACTED] ?

21 R- Oui, par le [REDACTED]

22 **LE COMMISSAIRE :**

23 Par le [REDACTED], puis le petit parc ?

24 R- Oui, la route [REDACTED]

25 **LE COMMISSAIRE :**

1 Ah, c'est beau !

2 R- ... que je connais par cœur (rires), puis j'arrêtais
3 chez mon ami [REDACTED] Québec, donc ça coupait ma
4 route, puis le lendemain, je repartais pour
5 [REDACTED] puis là je faisais... je faisais ma visite,
6 je retournais à Québec, puis ensuite je retournais
7 chez moi.

8 Q- Est-ce que l'intervenant vous a expliqué pourquoi...
9 pourquoi c'était supervisé la visite ? mais à vous,
10 oui...

11 R- Parce qu'il disait tout le temps que j'étais en
12 état d'ébriété, tout le temps, je sais pas, il
13 pensait tout le temps que j'étais... que j'étais
14 inadéquate pour être seule avec mon fils, que je
15 faisais de l'aliénation parentale, puis alors que
16 c'était pas vraiment le cas.

17 Q- Est-ce qu'il y a eu une période pendant ce... pendant
18 que [REDACTED] était chez son père où vous pouviez pas
19 conduire, où vous deviez prendre l'autobus ?

20 R- Oui, ça c'est à cause de la vitesse, des points
21 d'inaptitude au volant, le nombre de kilométrages
22 que je faisais, bon, je roulais des fois un petit
23 peu trop vite sans m'en apercevoir puis j'ai perdu
24 mes points, fait que j'ai été obligée d'aller à la
25 Cour demander une permission spéciale, mais ils

1 n'ont pas voulu me l'accorder pour voyager jusqu'à
2 ██████ mais pour le travail, oui. Mais par
3 contre, j'ai dû me débrouiller par les moyens du
4 bord là, l'autobus, puis l'avion bien souvent.

5 Q- Est-ce que vous en avez parlé avec l'intervenant
6 social, que ça pouvait être un petit peu plus
7 difficile de vous transporter pendant un certain
8 temps?

9 R- Oui, il m'a dit que « ah, c'est de ta faute,
10 regarde, arrange tous tes problèmes, puis tu viens
11 pas à tes visites, nous autres on va marquer comme
12 t'es désintéressée à ton fils » puis, que j'étais
13 pas intéressée d'aller voir mon fils.

14 Q- Je vais juste revenir sur l'intervenant social, la
15 position qu'il a eue par rapport à Mme ██████ à
16 ██████ Mme ██████ parle français?

17 R- Oui, très bien français.

18 Q- Est-ce qu'il y a d'autres intervenants dans la
19 région, par exemple, ils auraient pu faire affaire
20 avec une intervenante sociale de ██████... on parle
21 français à ██████

22 R- Oui, mais j'étais allée voir après que... qu'il a
23 dit que ██████... a dit que ██████ n'était pas
24 à la hauteur, j'étais allée à ██████ puis j'ai
25 rencontré une travailleuse sociale qui était en

1 remplacement, puis elle est entrée en contact avec
2 M. ██████ en question, puis encore, il a dit à
3 Madame qu'elle manquait d'expérience, qu'elle
4 manquait d'études, qu'elle était pas encore à la
5 hauteur de la situation. Donc là, j'étais comme
6 dans un néant parce que lui, il disait que si
7 j'avais pas de travailleur social, que mon dossier
8 avançait pas puis que ██████ bien, ça serait
9 comme je... il serait tassé de ma vie là, puis...

10 Q- Lorsque... lorsqu'il vous a demandé d'aller en...
11 cure fermée, est-ce que vous aviez... il y avait un
12 des tests qui a été faits avant, des tests
13 sanguins, des tests de dépistage ? Est-ce que les
14 tests étaient positifs, négatifs ?

15 R- Non. Il n'y avait rien de positif dans les... aucun
16 test parce que lui, il disait que tous les Indiens,
17 ils ont tous des problèmes d'alcool, puis regarde,
18 tu t'en vas en cure fermée si tu veux ravoir ton
19 fils, c'est ça. Fait que là, moi j'étais allée à
20 Québec voir la Maison de Manyata, puis le monsieur
21 en question m'a dit, « t'es loin d'avoir un
22 problème, que... sur le Connoixite, c'est comme des
23 cas extrêmes ». Fait que là, je suis... là c'est
24 vrai que ma tête, elle marchait plus parce que je

1 me disais, je voyais quasiment pas la fin là, que
2 je récupérais [REDACTED]

3 Q- Quand il vous téléphonait, c'est quoi l'attitude de
4 l'intervenant au téléphone?

5 R- C'était pas trop... pas trop le *fun*. Lui, il me
6 disait à un moment donné, souvent j'étais arrivée,
7 bien, c'est arrivé pas souvent, je veux dire peut-
8 être fois que j'étais arrivée à [REDACTED], soit
9 débarquée en avion, puis que [REDACTED] avait pas de
10 transport, la visite est annulée, fait que là, je
11 suis obligée de retourner chez bredouille, puis il
12 dit, « je vais te remettre ta visite », puis ça
13 avait jamais lieu. Puis moi j'avais droit aussi à
14 des appels à... deux appels téléphoniques, deux, oui,
15 deux par semaine supervisés aussi de quinze (15)
16 minutes, puis souvent, son père répondait pas.
17 Fait que M. [REDACTED] me disait tout le temps, « bon,
18 on va te remettre tes appels », puis chose qui se
19 produisait jamais là, t'sais, je pouvais pas ravoir
20 les visites que j'ai manquées ; bien, pas moi, moi
21 j'en ai pas manqué de visite parce que je voulais
22 pas que ça revire contre moi pour me faire dire
23 « regarde, tu portes pas attention à ton... tu portes
24 pas d'intérêt aux visites de ton fils, tu l'auras

- 1 pas », parce que c'était comme ça qu'il me le
2 disait, que je récupérerai jamais [REDACTED]
- 3 Q- Et est-ce qu'il vous appelait dans des heures...
- 4 R- Oui.
- 5 Q- ... normales dans la journée ?
- 6 R- Non non, des fois, M. [REDACTED] m'appelait à dix
7 heures (10 h 00) le soir là, puis j'étais couchée,
8 fait que là, je me disais « qu'est-ce qui arrive ?
9 Pourquoi qu'il appelle, t'sais ? » Je pensais
10 toujours qu'il y avait quelque chose, que [REDACTED]
11 il lui est arrivé... quelque chose à [REDACTED]. Mais
12 non, c'était M. [REDACTED] « allez-vous être là à
13 votre visite demain ? » Là, t'sais, à dix heures
14 (10 h 00) le soir. Puis là je... il trouvait ça
15 drôle, le millage que je faisais, j'arrivais
16 fatiguée, puis... « oui, combien de millages vous
17 êtes rendue sur votre camion », ou des affaires de
18 même là, je lui disais, puis il partait à rire, il
19 rit. Moi j'étais comme... je sais pas, je trouvais
20 pas ça adéquat là, comme...
- 21 Q- Et de façon générale, quand il vous parlait, est-ce
22 qu'il était... est-ce qu'il était poli, est-ce qu'il
23 s'adressait à vous avec...
- 24 R- Non.
- 25 Q- ... avec respect ? Comment il s'adressait à vous ?

1 R- Non, il manquait beaucoup de respect, puis à un
2 moment donné, je sais pas trop, je voulais demander
3 une question, ah oui, par rapport à... bien,
4 justement une visite que... qui a pas eu lieu, puis
5 que j'aurais pas d'avion pour retourner. Donc j'ai
6 dû passer la fin de semaine ici à Montréal, puis
7 c'est la fin de l'après-midi le vendredi, il
8 m'avait appelé puis il dit... là, j'essayais de
9 ravoir une visite, puis il m'avait dit « c'est
10 impossible, c'est impossible », bla-bla-bla je m'en
11 souviens pas trop, puis je lui ai dit, « bien,
12 écoutez, j'ai dit, je vais laisser ça dans les
13 mains du bon Dieu », puis là il s'est mis à crier
14 après moi, il m'a dit, « là premièrement, vous êtes
15 une maudite malhonnête », puis... non, mais j'en
16 revenais pas, là là, c'était comme ça se pouvait
17 pas de me faire traiter de même là, gratuitement,
18 t'sais, puis j'ai dit, « je mets ça dans les mains
19 du bon Dieu », il dit, « puis t'oublies le bon
20 Dieu, c'est avec moi que tu travailles ». Fait que
21 là, j'ai bien vu que le monsieur, il avait pas
22 vraiment de valeur morale là, puis...

23 Q- Est-ce que vous avez senti qu'il y avait une
24 certaine... une certaine ouverture à la spiritualité
25 autochtone, ou à vos valeurs ou... ?

1 R- Du tout, zéro, zéro! Moi j'en avais parlé, j'ai
2 dit, « écoutez, ██████ t'sais, j'ai dit, c'est un
3 p'tit gars qui aime bien être dans la nature ».
4 Puis je veux dire moi aussi, je m'inquiétais aussi
5 qu'il perde tous ses droits en tant qu'Autochtone
6 pas... vis-à-vis à la *Cree School Board*, parce qu'ils
7 ont comme une loi qui dit qu'après cinq (5) ans, je
8 sais pas combien d'années que t'es dehors de ta
9 communauté, ils peuvent te refuser les études à
10 l'extérieur. Donc, moi je travaillais beaucoup
11 que... à ce que ██████ ne perde pas ça, t'sais,
12 c'est quand même bien, puis toutes les... tous les
13 avantages qu'on peut avoir en tant qu'Autochtone.

14 Q- Puis au niveau de votre... votre spiritualité, je
15 sais qu'à un moment donné, votre mère est décédée,
16 vous avez demandé l'autorisation que ██████ puisse
17 venir assister aux funérailles de sa grand-mère ?

18 R- Oui, ma mère est décédée ça fait deux ans, du
19 cancer, puis avant de décéder, elle voulait voir
20 ██████, puis là, j'ai fait la demande puis il n'a
21 jamais voulu.

22 Q- Et quel motif il vous donnait ?

23 R- Toujours la même... toujours le même motif, excusez.

24 Q- Vous consommiez et tout ça, malgré les tests ?

- 1 R- Oui. Puis elle est décédée, puis il n'a pas pu
2 venir non plus aux funérailles. Il voulait pas.
- 3 Q- D'après vous, est-ce qu'il aurait pu par exemple
4 demander à un membre de votre famille ou une
5 intervenante sociale de la région de...
- 6 R- Oui oui.
- 7 Q- Faire un saut?
- 8 R- Parce que j'étais déjà là avec un contact avec les
9 services sociaux de ██████████, excusez.
- 10 Q- Prenez votre temps. Donc c'est quelque chose qui
11 aurait pu se faire ?
- 12 R- Pardon?
- 13 Q- C'est quelque chose qui aurait pu s'organiser ?
- 14 R- Oui.
- 15 Q- À un moment donné dans la vie de ██████████, son père
16 déménage en ██████████, il y a un transfert de
17 dossiers qui se fait, puis là il y a un ou une
18 nouvelle intervenante qui arrive dans la vie de
19 ██████████ puis dans votre vie, comment ça fonctionne
20 à partir de là ?
- 21 R- Je pense que la Madame, elle l'a comme tout de
22 suite que... qu'il y avait pas de... qu'on n'avait pas
23 de, je veux dire comment est-ce qu'on pourrait dire
24 ça, d'affinités entre moi puis M. ██████████ il y en
25 avait zéro, t'sais... ██████████ puis elle a tout de

1 suite, elle était à l'écoute de [REDACTED] comme..
2 comme ça devrait l'être, qu'est-ce qu'il y avait
3 pas non plus envers [REDACTED] puis M. [REDACTED] il
4 était pas à l'écoute de [REDACTED], il était pas à
5 l'écoute de ce que [REDACTED] pouvait manquer en tant
6 qu'Autochtone, si je peux dire, le fait de... de
7 voir... de connaître sa culture. Il a perdu sa
8 langue crie quand qu'il... il parle plus le cri,
9 t'sais, c'est comme là, on a été fait
10 tranquillement, mais... mais tout ça. Mais la
11 Madame, t'sais, elle a vu comme... moi j'ai vu
12 qu'elle a porté attention à [REDACTED], que c'était
13 [REDACTED] e cas et non pas moi.

14 Q- Puis qu'est-ce qui a changé dans le dossier ?

15 R- Bien ça s'est... ça a bougé quand même assez vite,
16 elle a rencontré ma travailleuse sociale à... bien,
17 elles se sont pas rencontrées, mais je veux dire
18 par vidéoconférence souvent puis à [REDACTED]
19 puis [REDACTED] bien, on a une nouvelle
20 travailleuse sociale qui vient nous voir, t'sais,
21 elle vient (inaudible), bien, par pure, je veux
22 dire, excusez si je parle...

23 Q- Avant d'être rendu là, ça veut dire qu'il y a une
24 nouvelle intervenante sociale à [REDACTED] et est-
25 ce que le dossier est retourné devant le tribunal ?

1 R- Oui. [REDACTED] bien là, il était au bout de son
2 rouleau lui aussi. [REDACTED] m'a parlé de vouloir ce...
3 se pousser de là parce qu'il n'était plus bien
4 avec... avec sa belle-mère qui lui donnait de mauvais
5 traitements, qui... puis là, je disais à [REDACTED] « ne
6 fais pas ça, t'sais, t'es à [REDACTED] là, c'est
7 grave, tu peux tomber sur n'importe qui si tu te
8 sauves ». Fait qu'il dit, « si ça change pas, il
9 dit, mère, je vais me suicider ». Fait que là, je
10 m'dis... là il faut que je bouge.

11 Q- Vous êtes allée au Tribunal, il y a eu une nouvelle
12 ordonnance?

13 R- Oui.

14 Q- Et [REDACTED] vous a été confié ?

15 R- Oui. Elle est intervenue d'urgence... excusez... la
16 Madame elle a fait une intervention d'urgence, ça a
17 sorti [REDACTED] de là, elle l'a amené chez la grand-
18 mère qui restait ici à [REDACTED], à [REDACTED]
19 puis moi je suis venue chercher [REDACTED] C'est
20 depuis ce temps-là que [REDACTED] il va à l'école à
21 [REDACTED] puis...

22 Q- [REDACTED] est avec vous depuis quelle date
23 maintenant?

24 R- Première (1^{er}) septembre cette...

25 Q- De cette année? Et...

1 R- Bien, cette année... en deux mille dix-sept (2017)
2 là...

3 Q- Et l'ordonnance se termine quand ?

4 R- Le vingt-trois (23), sur réticence (?) du dossier,
5 le vingt-trois (23) juin.

6 Q- À la fin de l'année scolaire?

7 R- Oui.

8 Q- Comment il va, [REDACTED], selon vous maintenant?

9 R- Il va très bien, il va mieux, il dort, chose qu'il
10 faisait plus.

11 Q- Je vais revenir tantôt, Mme [REDACTED] sur... on va
12 revoir tantôt les recommandations que vous aimeriez
13 faire, les pistes de solution que vous aimeriez
14 apporter au Commissaire.

15 Là, je vais m'adresser à vous, [REDACTED] est-ce que vous
16 êtes toujours d'accord pour... pour vous exprimer,
17 oui ?

18 [REDACTED] :

19 Oui.

20 **Me SUZANNE ARPIN :**

21 Q- J'aimerais ça que vous nous racontiez comment
22 c'était les... comment était M. [REDACTED] avec vous ?

23 R- Bien, il était... je l'aimais pas trop parce qu'il,
24 mettons, comme il m'écoutait pas au début, il m'a
25 comme jamais écouté, vu qu'il me laissait trois

1 heures avec ma mère, puisque je sais c'est quoi
2 descendre de [REDACTED] jusqu'à [REDACTED], juste pour
3 une fois, moi j'étais tanné, et pour une fois, je
4 lui ai demandé beaucoup de fois pour plus de
5 visites et des appels non supervisés et, oui...

6 Q- Puis est-ce que... est-ce qu'il vous expliquait
7 pourquoi ça pouvait pas ne pas être supervisé, ou
8 pourquoi ça pouvait pas être plus long ?

9 R- Bien, il m'a dit que... il m'a dit que ma mère était
10 pas... était pas... elle pouvait pas tout de suite, il
11 dit qu'elle était pas... elle agissait pas bien, un
12 mauvais comportement. Alors, je trouve... j'y
13 croyais pas.

14 Q- Puis vous, [REDACTED] vous avez déjà... vous avez déjà
15 été en présence de votre mère quand elle a... elle a
16 dû aller passer un test de dépistage ?

17 R- C'est exact.

18 Q- Comment vous avez trouvé ça ?

19 R- J'ai trouvé ça exagéré, un petit peu trop exagéré,
20 que ça avait pas de sens, mais je trouve ça pas
21 correct... et voilà.

22 Q- Vous êtes retourné dans votre communauté à peu près
23 à [REDACTED] ?

24 R- Oui.

25

1 Q- Qu'est-ce que... qu'est-ce qui vous manquait de votre
2 communauté quand vous étiez à [REDACTED] ?

3 R- Bien, qu'on peut faire du ski doo, qu'on... je peux
4 aller trapper avec mes oncles, bien, oui ; que je
5 peux poser des collets, faire la pêche, plus de
6 pêche, des choses de même.

7 Q- Puis là, est-ce que vous avez recommencé à faire ça
8 ?

9 R- Oui.

10 Q- Est-ce que vous avez déjà demandé où est-ce que
11 M. [REDACTED] l'intervenant social, est-ce que vous avez
12 déjà proposé d'aller, exemple, passer une fin de
13 semaine dans votre communauté chez... chez un oncle,
14 une tante ?

15 R- Non.

16 Q- Est-ce que vous l'avez déjà demandé ?

17 R- Si oui, je m'en rappelle pas.

18 **LE COMMISSAIRE :**

19 Là, je comprends bien, vous demeurez à [REDACTED]
20 maintenant, mais Mme [REDACTED] opère son restaurant à
21 [REDACTED] vous avez toujours... vous avez de la
22 famille à [REDACTED] ?

23 **Mme [REDACTED] :**

24 R- Oui, j'ai mes trois frères, j'ai deux frères qui
25 restent là, mais ils sont pas en business avec moi.

1 **LE COMMISSAIRE :**

2 Non?

3 R- Je veux dire, c'est des employés qui...

4 **LE COMMISSAIRE :**

5 Mais vous avez de la famille à [REDACTED]

6 R- Oui.

7 **LE COMMISSAIRE :**

8 Parce que quand on parle de la...

9 R- Du côté à ma mère.

10 **LE COMMISSAIRE :**

11 ... quand on parle de la communauté, on parle de

12 [REDACTED] là?

13 R- Oui, c'est ça.

14 **LE COMMISSAIRE :**

15 [REDACTED], c'est la ville de [REDACTED], mais c'est
16 pas une communauté crie?

17 R- Non non.

18 **LE COMMISSAIRE :**

19 Je comprends bien?

20 R- Oui oui, tout à fait. Par contre, à [REDACTED] j'ai
21 des cousins qui demeurent pas loin de... d'une
22 presque-île là, puis ils vont... on réussit à aller
23 les voir, eux autres, ils vivent... culturel... la
24 culture crie là.

25 **Me SUZANNE ARPIN :**

1 Q- Parce que vous m'indiquez au début que votre père
2 avait déjà été [REDACTED] ?

3 R- Non, mon grand-père.

4 Q- Votre grand-père avait été [REDACTED] à [REDACTED]

5 R- Oui, pendant je sais pas combien d'années-là, [REDACTED]
6 [REDACTED] quoi?

7 Q- Et votre grand-mère était [REDACTED] ?

8 R- Ma mère était [REDACTED] c'était... elle était bien
9 reconnue.

10 **LE COMMISSAIRE :**

11 C'est quoi son nom?

12 R- [REDACTED] Elle est décédée ça fait
13 deux ans, mon père, ça va faire dix-huit ans cette
14 année. Nous on a été élevés sur une pourvoirie à
15 [REDACTED]

16 Q- J'aimerais ça qu'on revienne justement à Madame...
17 Mme [REDACTED] sur... c'est sûr que le processus avec la
18 DPJ, c'est pas nécessairement facile là, mais
19 comment vous auriez aimé ça être traitée, comment
20 vous auriez aimé... qu'on travaille avec vous?

21 R- Bien, premièrement, dans le respect, puis de
22 respecter aussi moi-même en tant que métis, si on
23 peut le dire, parce que c'est comme t'sais, bon là,
24 j'ai un côté quand même autochtone, t'sais, comme
25 fort, puis t'sais, je me dis qu'on... qu'on me

1 respecte sur ce côté-là, que avoir, je veux dire,
2 peut-être avoir plus... être en contact avec une
3 personne qui connaissait un peu plus la culture
4 crie pour pouvoir, comment je pourrais dire, me
5 diriger pour me montrer exactement comment est-ce
6 que la DPJ dev... qu'est-ce qu'elle a à faire, ses
7 plans d'intervention de la DPJ, de faire comprendre
8 que j'ai... plus compris là les démarches qu'il y
9 avait à suivre et non pas juste arriver puis de
10 dire « OK. là, les Indiens, vous êtes tous pareils
11 et puis vous êtes tous dans le même panier ». Puis
12 t'sais, je me dis c'est cas par cas, t'sais. Moi
13 j'aurais voulu, c'est ça là, qu'on... que ça l'a été
14 plus clair, puis avoir être traité dans plus de
15 respect, avoir plus de respect dans..

16 Q- Est-ce que vous pensez que quelqu'un, un allochtone
17 comme moi, par exemple, qui connaît un peu les
18 communautés, est-ce que vous pensez que ça peut
19 être aidant de connaître la culture...

20 R- Définitivement.

21 Q- ... de connaître les communautés ?

22 R- Oui, définitivement, moi je pense que, oui, que les
23 intervenants qui ont à faire un cas autochtone de...
24 que la personne ait des connaissances autochtones

25

1 puis que, t'sais, moi c'est... moi je pense que c'est un...
2 un plus qu'il faut, qu'il faut absolument.

3 Q- Est-ce qu'on peut dire que dans votre part, ça a
4 été un choc, vous étiez [REDACTED] vous êtes à
5 [REDACTED] c'est le système de Montréal qui
6 s'applique puis vous étiez comme par au fait de
7 comment ça procéderait?

8 R- Bien, j'ai pas compris, excusez.

9 Q- Comme... vous étiez pas... on vous a pas expliqué
10 comment ça procéderait puis en plus, ça a été
11 judiciairisé à Amos ?

12 R- Oui. Amos, parce qu'on était en Abitibi...

13 Q- Oui?

14 R- ... puis là, bien, c'était comme... bien, il y a eu
15 beaucoup d'abus de pouvoir là-dedans sans
16 explication, t'sais, je veux dire, c'est pas tout
17 le monde qui connaît les... le cheminement de la DPJ
18 qu'il faut passer à travers, t'sais, c'est... ça a
19 été mal expliqué du début, puis en plus, c'était
20 comme... se faire étiqueter drette en partant parce
21 que t'es autochtone, c'est comme encore moins le
22 fun.

23 Q- Et vous m'in...

24 R- Puis en plus que j'ai été [REDACTED]
25 le jubilé d'avoir aidé à [REDACTED] dans la

1 misère, puis là moi je me retrouve là-dedans, c'est
2 comme un petit peu, ça m'a comme estomaquée là de
3 voir... de voir qu'est-ce qui arrivait.

4 Q- Et vous, ██████████, est-ce qu'il y aurait... avez-vous
5 réfléchi à plus de solutions ou...?

6 **M.** ██████████ :

7 R- Je sais pas.

8 Q- C'est correct.

9 Avez-vous autre chose à rajouter Mme ██████████

10 **M.** ██████████ :

11 R- Bien moi, je pense qu'avant de retirer l'enfant de
12 sa communauté puis de l'isoler de sa communauté, de
13 l'isoler, c'est vraiment l'isolation que... qu'un
14 enfant peut vivre là, ils lui enlèvent sa culture,
15 ils enlèvent ses droits, ils lui enlèvent tout là,
16 parce que c'est des Autochtones puis il y a rien à
17 faire là, t'sais, ils sont corrompus puis c'est...
18 ils sont tous pareils. Moi je suis comme, ça
19 marche pas ça, c'est impossible, c'est... moi je
20 pense que ça serait super important de... pour pas
21 que ça se reproduise, qu'une autre personne puisse
22 vivre ça parce que là, c'est comme... moi je me
23 considère un petit peu chanceuse parce que j'ai
24 peut-être plus les moyens qu'un parent qui aurait
25 pas pu faire ce que j'ai fait, passer à travers

1 pour... tout le millage, tout l'argent dépensé pour
2 faire trois heures de supervision, puis alors que
3 je contais ça à M. ██████████, combien d'argent que je
4 dépensais par année pour ça, puis il trouvait ça
5 bien drôle. Puis moi, je pouvais pas avoir d'aide,
6 c'est moi qui est mal en tout cas. Fait que j'ai...
7 tu sais, je me dis que c'est pas tous les parents
8 qui peuvent faire ça, puis que... que ça devrait
9 changer, ça, je veux dire que... je sais pas comment
10 vous dire ça, je sais pas comment... je suis à bout
11 de mots aujourd'hui là.

12 Q- Est-ce que quand vous étiez au tribunal, est-ce que
13 la... la première fois, est-ce que l'intervenante
14 vous a dit est-ce qu'il y a quelqu'un à ██████████
15 qui pourrait prendre votre votre fils là, est-ce
16 que... est-ce qu'on a regardé si c'était possible...

17 R- Oui oui.

18 Q- ... qu'il y ait un placement dans la communauté ?

19 R- Oui, bien c'est sûr, j'avais demandé aussi au
20 début, je me disais pourquoi que ██████████, vu qu'il
21 vient de la communauté crie, pourquoi qu'il n'est
22 pas... j'dis, « OK, tu penses que j'ai un
23 problème ? Bien regarde, je vais résoudre mon
24 problème, mais, regarde, ██████████ là, il n'est pas
25 obligé d'être à 1000 km de moi, il peut être placé

1 dans une famille... de ma famille proche qui est dans
2 la communauté aussi, puis, t'sais, qu'il ait un
3 contact avec sa famille, sa culture parce que là,
4 il a perdu son cri, quoi, carrément là, puis il
5 était meilleur que moi avant, je savais même pas
6 compter en cri, mon [REDACTED], oui, il savait toutes
7 ses couleurs, compter, mais c'est tout le temps à
8 refaire, fait t'sais, c'est pas...

9 Q- Qu'est-ce que l'intervenante vous disait pour le
10 fait de le placer ou pas dans... à [REDACTED] dans
11 la famille ? Est-ce que ça a été considéré ?

12 R- Non, parce que c'était pas... c'était M. [REDACTED] qui
13 était en charge du dossier, fait que lui, il
14 n'était pas question que... il y avait... Moi j'avais
15 même contacté, je savais plus où me garrocher, j'ai
16 même contacté M. [REDACTED], puis il m'a dit
17 « oui oui, t'sais, je pense que M. [REDACTED] il
18 travaille sur un projet pour ton fils, tu vas avoir
19 de la misère », puis... mais c'est là qu'un peu,
20 j'avais comme... M. [REDACTED] il disait que je
21 m'éten... je m'éparpillais partout parce que là je
22 savais plus quoi faire parce que c'était comme...
23 j'avais pas... j'avais pas d'écoute.

24 Q- Avez-vous autre chose à rajouter ?

25

1 R- Non, mais c'est juste que je souhaite qu'il y a
2 personne d'autre qui vive cette situation-là parce
3 que c'est comme... pas facile, vraiment pas facile,
4 puis moi je souhaiterais plus qu'il y ait des
5 travailleurs 'socials' avec des... avec des... pas des
6 fonctions... comment qu'on peut dire ça ? Une
7 approche culturelle, une approche autochtone,
8 qu'ils voient pas juste qu'un Autochtone c'est un
9 cas à problème.

10 **LE COMMISSAIRE :**

11 Mais je comprends que ça a été mieux après que vous
12 ayez communiqué avec monsieur [REDACTED] ?

13 R- Oui oui, bien lui... lui il m'a expliqué beaucoup par
14 comment procéder, puis comment est-ce que ça
15 marchait là, parce qu'avec l'autre intervenant ici
16 là, c'était comme non, t'sais. Puis la madame qui
17 est intervenue pour [REDACTED], Mme [REDACTED] (?), elle ça
18 a été notre sauveur aussi là, bien, à [REDACTED]
19 beaucoup, puis à moi. Fait que tout va bien là en
20 ce moment puis... la vie a pris son... son (inaudible).

21 **LE COMMISSAIRE :**

22 Est-ce que vous avez l'occasion d'amener [REDACTED] de
23 temps en temps à [REDACTED] chez ses oncles ?

24 R- Ah oui, souvent.

25 **LE COMMISSAIRE :**

1 Puis est-ce qu'il s'active à des activités avec eux
2 ?

3 R- Manger du steak d'original, du gorille... (rires)

4 **LE COMMISSAIRE :**

5 Est-ce qu'ils sont en contact, est-ce qu'il avait
6 appris la langue un peu avant ?

7 R- Oui, il parlait cri.

8 **LE COMMISSAIRE :**

9 Il parlait cri ?

10 R- Là, plus du tout là, bien là, on a commencé à
11 faire...

12 **LE COMMISSAIRE :**

13 Vous parlez cri, vous, toujours ?

14 R- Oui, pas mal bilingue... trilingue là, oui. Puis
15 ██████████, bien là, il a commencé avec des mots cris.

16 **LE COMMISSAIRE :**

17 Vous allez l'aider?

18 R- Oui, ah oui, il apprend vite, on dirait que ça
19 revient vite.

20 **Me SUZANNE ARPIN :**

21 Ça fait le tour.

22 **LE COMMISSAIRE :**

23 Il y a pas d'autres questions Me Arpin?

24 **Me SUZANNE ARPIN :**

25 Non.

1 **LE COMMISSAIRE :**

2 Ça va?

3 **Me SUZANNE ARPIN :**

4 Oui.

5 **LE COMMISSAIRE :**

6 Me Boucher avez-vous des questions?

7 **Me MARIE-PAULE BOUCHER :**

8 (Inaudible ; micro fermé)

9 **LE COMMISSAIRE :**

10 Bon, approchez-vous, si on veut pas que Mme ██████
11 prenne un torticolis en sortant... (rires)

12 **Me MARIE-PAULE BOUCHER :**

13 Bonjour.

14 R- Bonjour.

15 Q- Mon nom est Marie-Paule Boucher, je représente le
16 procureur général, donc je représente les services
17 sociaux aujourd'hui pour... pour votre dossier. Je
18 veux juste être bien sûre de comprendre. Donc
19 votre dossier avait été judiciairisé et est toujours
20 judicialisé; c'est bien ça le dossier à ██████

21 R- Oui.

22 Q- OK.

23 R- Jusqu'à la fin juin.

24 Q- Jusqu'à fin juin. Est-ce que durant les cinq
25 années que ██████ a été placé chez son père, est-

1 ce que vous avez... étant donné que vous aviez des
2 relations qui étaient pas nécessairement évidentes
3 avec le travailleur social, est-ce que vous avez
4 demandé à un moment donné à quelqu'un de pouvoir
5 changer peut-être de travailleur social de faire... ?

6 R- Absolument, oui, absolument à son superviseur à
7 maintes reprises, elle m'a dit « non, il n'en est
8 pas question, M. [REDACTED] il est bon, puis il reste
9 dans le dossier ».

10 Q- À son superviseur, à maintes reprises ?

11 R- (inaudible)

12 Q- C'est combien de fois, ce "maintes reprises"?

13 R- À deux fois à elle et ensuite, M. [REDACTED] il est
14 transféré de [REDACTED] (?) là il est rendu à
15 [REDACTED], puis avec un nouveau
16 superviseur, même elle, j'ai... j'ai demandé pour
17 changer de travailleur social, bien elle n'a pas
18 voulu.

19 Q- OK. Donc durant les cinq années que [REDACTED] a été
20 sous les soins de la... de la protection de la
21 jeunesse à Montréal, vous avez toujours eu le même
22 intervenant, il n'y a pas eu de changement
23 d'intervenant dans le dossier?

24 R- Non.

1 Q- D'accord. Merci beaucoup, je n'aurais pas d'autres
2 questions, M. le Commissaire, mis à part que je me
3 réserve le droit peut-être de faire une preuve
4 additionnelle sur ce dossier le cas échéant.

5 **LE COMMISSAIRE :**

6 C'est beau.

7 **Me MARIE-PAULE BOUCHER :**

8 Merci M. le Commissaire.

9 **LE COMMISSAIRE :**

10 Alors, est-ce qu'il y a des choses que vous
11 aimeriez ajouter Mme ██████, ou ██████

12 R- Bien, moi c'est... moi je trouve ça, bien, c'est sûr
13 que je veux plus que personne ne vive cette
14 situation-là parce que je trouve que c'est
15 vraiment... c'est une période de la vie assez
16 difficile à passer à travers, puis je vois pas
17 d'autres personnes... Moi je souhaiterais, je pense,
18 que peut-être que les intervenants aient une... avant
19 de juger les Autochtones de même, puis de
20 travailler dans un cas autochtone, de prendre une
21 formation quelconque de l'approche autochtone
22 envers eux. Je pense que ça pourrait changer
23 beaucoup le... cet engrenage-là qui est parti qui est
24 dur à... à déroger (?).

25 **LE COMMISSAIRE :**

1 Est-ce qu'il y a autre chose ?

2 R- Non.

3 **LE COMMISSAIRE :**

4 Alors écoutez, je partage tout à fait votre point
5 de vue qu'il y a des gens qui, dans les services
6 publics, que ce soit la santé, les services
7 sociaux, la justice, qui ont à œuvrer avec les
8 Autochtones, aient une formation quant aux réalités
9 autochtones, qui aient une connaissance des
10 nations, des principes de vie qu'on retrouve chez
11 les Autochtones où il y a sentiment plus
12 collectiviste qu'individualiste, puis... un paquet
13 de... j'entrerais pas dans tout ça là, mais ce
14 serait important que les gens aient une formation,
15 puis par rien que ceux qui ont à travailler avec
16 les Autochtones, parce qu'on sait jamais le matin
17 où... Les Autochtones, maintenant, ils sont pas tous
18 dans la communauté, il y en a beaucoup en milieux
19 urbains.

20 R- Oui.

21 **LE COMMISSAIRE :**

22 Alors, c'est important que les gens qui sont en
23 milieu urbain à Montréal, à Québec, Val-d'Or, Sept-
24 îles, Maniwaki, Trois-Rivières, que les wayaks, les
25 gens aient une connaissance des réalités

1 autochtones. Puis, je vais me répéter pour la je
2 sais pas quantième fois, que la population en
3 général aussi ait une meilleure connaissance des
4 réalités autochtones, peut-être que ça pourrait
5 dissiper les préjugés à l'égard des Autochtones et
6 les gens qui sont... que les gens non autochtones,
7 les allochtones peuvent avoir, puis ça pourrait
8 peut-être dissiper la méfiance que les gens des
9 milieux autochtones ont à l'égard des services
10 publics. Parce que, en fait, on a deux problèmes
11 là : il y a une méconnaissance des réalités
12 autochtones d'un côté, puis il y a des préjugés ;
13 puis de l'autre côté, bien, il y a de la méfiance,
14 alors on a comme deux solitudes, si on veut
15 réconcilier, bien, il va falloir faire des pas d'un
16 côté comme de l'autre.

17 R- Des grands pas, oui.

18 **LE COMMISSAIRE :**

19 Alors, je trouve ça triste, la situation que vous
20 avez vécue, ce qui me frappe particulièrement,
21 c'est comme vous dites le fait d'avoir été jugée
22 étant autochtone, « les Autochtones sont comme ci,
23 sont comme ça », c'est malheureusement des propos
24 qu'on entend qu'on devrait plus entendre.

25 R- Oui.

1 **LE COMMISSAIRE :**

2 Je le retiens. J'espère que tout va bien aller
3 tant [REDACTED] ui a quoi...

4 R- Merci beaucoup, oui.

5 **LE COMMISSAIRE :**

6 ... quand même pas bien vu encore, [REDACTED] qui a le
7 droit d'être heureux.

8 R- Définitivement.

9 **LE COMMISSAIRE :**

10 De pas vivre dans des problématiques. On va vous
11 souhaiter que tout aille bien.

12 R- Bien, merci beaucoup.

13 **LE COMMISSAIRE :**

14 Je vous remercie d'avoir accepté de venir
15 témoigner, d'offrir votre témoignage qui nous
16 éclaire sur des situations qui sont pas faciles et
17 on en tient compte.

18 R- Bien, merci beaucoup.

19 **LE COMMISSAIRE :**

20 Ça va ? Alors bonne chance.

21 R- Au plaisir.

22 **LE COMMISSAIRE :**

23 Maintenant, ce sont les témoins que vous aviez cet
24 après-midi ?

25 **Me SUZANNE ARPIN :**

1 Oui, M. le Commissaire.

2 **LE COMMISSAIRE :**

3 Il n'y a pas autre chose ?

4 **Me SUZANNE ARPIN :**

5 Il n'y en a pas d'autres.

6 **LE COMMISSAIRE :**

7 Bon, alors, on va ajourner à... vous allez peut-être
8 trouver ça bizarre un peu, mais au mois prochain,
9 au douze (12) mars, on revient à Montréal pour deux
10 autres semaines, la semaine du douze (12) mars et
11 du dix-neuf (19). Alors, ce qui veut pas dire que
12 la Commission ne travaille pas entre-temps là, il
13 faut préparer des audiences, on a des enquêteurs
14 partout, partout...

15 R- Et félicitations aussi encore pour... je trouve que
16 c'est un bon mouvement.

17 **LE COMMISSAIRE :**

18 Bon, bien, merci beaucoup, Madame, on va vous
19 souhaiter bonne chance.

20 R- Merci beaucoup.

21 **LA GREFFIÈRE :**

22 Donc, la Commission ajourne au douze (12) mars
23 prochain, neuf heures trente (9 h 30) Montréal.

24 -----

25 SUSPENSION

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13

17
18
19

20
21
22

Nous, soussignées, **Laure Henriette Ella** et **Sarah Ouellet**, sténographes officielles, certifions que les pages qui précèdent sont et contiennent la transcription exacte et fidèle des notes recueillies au moyen de l'enregistrement mécanique, le tout hors de notre contrôle et au meilleur de la qualité dudit enregistrement, le tout conformément à la loi;

Et nous avons signé :



Laure Henriette Ella, s.o.



Sarah Ouellet