

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
CONSERVATOIRE DE MUSIQUE
88, RUE ALLARD
VAL-D'OR (QUÉBEC) J9P 2Y1

LE 24 OCTOBRE 2018

VOLUME 154

Monique Le Clerc, O.C.R.

Sténographe officielle
STENOEXPRESS
201 ch. De l'Horizon,
Saint-Sauveur (Québec) JOR 1R1

COMPARUTIONS :

POUR LA COMMISSION :

Me ÉDITH-FARAH ELASSAL

Me DONALD BOURGET,

POUR LES PARTIES PARTICIPANTES :

Me RAINBOW MILLER, Femmes
autochtones du Québec

Me DENISE ROBILLARD, Procureure
générale du Québec

TABLE DES MATIÈRES

Liste des pièces cotées.....4
Preliminaires.....5
Sylvie Côté.....9
Dr Richard Bernier.....9
André Lizotte.....9
Margaret Nossal.....148

LISTE DES PIÈCES COTÉES

P-498-1 À bord de l'avion hôpital8

1 **OUVERTURE DE LA SÉANCE**

2 **LA GREFFIÈRE-AUDIENCIÈRE :**

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

7 **L'HONORABLE JACQUES VIENS (LE COMMISSAIRE) :**

8 Alors, bonjour. Bienvenue en cette autre journée
9 de nos audiences à Val-d'Or au Conservatoire de
10 musique en territoire anichinabé. Je vais
11 commencer par demander aux procureurs de
12 s'identifier pour les fins de l'enregistrement.

13 **Me EDITH-FARAH ELASSAL,**

14 **PROCUREURE POUR LA COMMISSION VIENS :**

15 Oui. Bonjour, Monsieur le Commissaire. Édith-FARAH
16 Elassal pour la Commission.

17 **LE COMMISSAIRE :**

18 Bonjour, Me Elassal.

19 **Me RAINBOW MILLER,**

20 **PROCUREURE POUR FEMMES AUTOCHTONES DU QUÉBEC :**

21 Bonjour, Monsieur le Commissaire. Rainbow Miller
22 pour Femmes Autochtones du Québec.

23 **LE COMMISSAIRE :**

24 Bonjour, Me Miller.

25 **Me DENISE ROBILLARD,**

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

2 Bonjour. Denise Robillard pour la Procureure
3 générale du Québec.

4 **LE COMMISSAIRE:**

5 Bonjour, Me Robillard.

6 Alors, avant que... de vous laisser présenter
7 vos témoins de ce matin, je voudrais simplement
8 souligner qu'on se rappellera sans doute que le
9 vingt-huit (28) septembre, j'avais retenu une
10 objection des procureurs de la Procureure générale
11 à la diffusion publique des bandes sonores et vidéo
12 des audiences de cette journée qui portaient
13 notamment sur l'enquête d'un méfait public en
14 cours, numéro 144-170130011, et étant donné que je
15 suis informé que les raisons qui motivaient cette
16 décision d'accueillir l'objection ne prévalent
17 plus, qu'une entente est intervenue entre les
18 procureurs, je vais lever l'interdiction de rendre
19 publiques les bandes sonores et vidéo de cette
20 audience du vingt-huit (28) septembre, de même que
21 la transcription des notes qui s'est faite par la
22 suite.

23 Évidemment, il y aura le caviardage habituel
24 de façon à éviter que les noms des personnes
25 alléguées soient mentionnés et autres, selon ce qui

1 a été convenu.

2 Alors, ceci dit, madame la greffière, vous
3 pourrez mettre sur le site la transcription de même
4 que les bandes vidéo. Voilà.

5 Sur ce, Me Ellassal, vous allez nous présenter
6 vos témoins...

7 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

8 Oui.

9 **LE COMMISSAIRE:**

10 ... de ce matin?

11 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

12 Oui, tout à fait. On commence ce matin avec trois
13 personnes du Programme d'évacuations aéromédicales
14 du Québec, l'ÉVAC. Et il y a également une
15 personne du ministère.

16 Donc, par la suite, à dix heures trente
17 (10 h 30), Monsieur le Commissaire, nous allons
18 avoir un témoin citoyen qui va être avec nous pour
19 le restant de l'avant-midi.

20 Donc, ça me fait plaisir de vous présenter
21 madame Sylvie Côté, qui est coordonnatrice du
22 programme ÉVAC au CHU de Québec-Université Laval.
23 Nous avons également monsieur André Lizotte, qui est
24 au Centre, qui est Directeur des services
25 préhospitaliers d'urgence au ministère de la Santé

1 et des services sociaux. Puis enfin, nous recevons
2 le Docteur Richard Bernier, qui est Directeur
3 médical du programme ÉVAC.

4 **M. RICHARD BERNIER,**
5 **DIRECTEUR MÉDICAL DU PROGRAMME ÉVACUATIONS AÉROMÉDICALES**
6 **DU QUÉBEC (ÉVAQ), CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL:**

7 Bon matin.

8 **LE COMMISSAIRE:**

9 Alors, bienvenue, madame Côté. Bienvenue, monsieur
10 Lizotte, ainsi que le Docteur Bernier. Il me fait
11 plaisir de vous accueillir ce matin à nos audiences
12 afin, j'imagine, de nous entretenir d'un sujet qui
13 a fait l'objet de quelques témoignages
14 antérieurement au niveau de... des évacuations.
15 Alors, nous sommes très heureux de vous accueillir.

16 Et Me Ellassal, je vais vous laisser continuer.
17 J'imagine que vos témoins seront assermentés par
18 madame la greffière et qu'ensuite, vous entrez dans
19 le vif du sujet?

20 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

21 Tout à fait, Monsieur le Commissaire.

22 **LE COMMISSAIRE:**

23 Ça va.

24 **LA GREFFIÈRE-AUDIENCIÈRE:**

25 -----

1 Sylvie Côté
2 Coordonnatrice du programme Évacuations aéromédicales du
3 Québec (EVAQ), CHU de Québec-Université Laval
4 Affirmation solennelle

5 -----
6 André Lizotte
7 Directeur des services préhospitaliers d'urgence, MSSSS
8 Affirmation solennelle

9 -----
10 Dr Richard Bernier
11 Directeur médical du programme Évacuation aéromédicales
12 du Québec (EVAQ), CHU de Québec-Université Laval
13 Affirmation solennelle

14 -----

15 **LA GREFFIÈRE-AUDIENCIÈRE :**

16 Merci beaucoup.

17 **LE COMMISSAIRE :**

18 Um-hum.

19 C'est vos témoins.

20 **Me EDITH-FARAH ELASSAL :**

21 Oui. Donc, peut-être avant de commencer, Monsieur
22 le Commissaire, je vais juste faire une mention
23 concernant un dépôt de pièces.

24 En fait, ça va être une mise à jour de la
25 P-791, madame la greffière, qui est la bibliothèque

1 documentaire en Santé et services sociaux. Donc,
2 on a reçu certaines informations liées d'ailleurs
3 aux témoignages d'aujourd'hui. Donc, c'est
4 simplement une mise à jour de la pièce.

5 Je vais également déposer, sous la cote P-
6 499-1, un document qu'on a reçu, qui est lié à la
7 pièce P-499 et qui s'intitule « Rapport du comité
8 sur la révision de la politique de non-
9 accompagnement à bord de l'avion-hôpital ». Donc,
10 c'est seulement les deux documents que je souhaite
11 déposer ou mettre à jour aujourd'hui.

12 Maintenant, ce qui nous mène à vous. Donc,
13 comme je le disais, bienvenue à la Commission.
14 Pour commencer, je vous demanderais chacun, peut-
15 être en commençant par vous, madame Côté, de nous
16 glisser quelques mots sur votre parcours
17 professionnel et académique, s'il vous plaît?

18 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

19 Bon. Alors moi, je suis infirmière depuis trente-
20 huit (38) ans. J'ai oeuvré dans le milieu des
21 urgences et par le fait même j'ai fait de l'avion-
22 hôpital pour à peu près une durée de vingt (20)
23 ans. Donc, j'ai été trente (30) ans dans les
24 urgences. J'ai fait une vingtaine d'années
25 d'évacuations aéromédicales, là, avec ÉVAC.

1 Et par la suite, j'ai retourné aux études pour
2 aller finir mon BAC. Et puis, je suis gestionnaire
3 depuis huit (8) ans, là, au niveau de l'ÉVAC comme
4 le chef du programme. En gros, c'est mon parcours.
5 Ah...!

6 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

7 Merci.

8 Monsieur Lizotte?

9 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

10 Oui. Je suis infirmier de formation également.
11 J'ai aussi été paramédic dans une vie antérieure.
12 J'ai oeuvré en salles d'urgence, j'ai travaillé en
13 dispensaire, j'ai travaillé pour les services
14 aériens dans le secteur privé et dans le Réseau de
15 la santé et des services ambulanciers. J'ai joint
16 le ministère de la Santé d'abord comme
17 professionnel en deux mille un (2001), là, au... à
18 la Direction des services préhospitaliers
19 d'urgence. Je suis cadre depuis deux mille trois
20 (2003) et j'oeuvre à différentes directions,
21 toujours en marge, là, des services d'urgence et
22 des services préhospitaliers d'urgence.

23 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

24 Donc, je comprends que vous êtes Directeur des
25 services préhospitaliers d'urgence depuis deux

1 mille trois (2003)?

2 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

3 Non, je suis à ce poste-là depuis juillet deux
4 mille dix-huit (2018).

5 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

6 C'est tout récent?

7 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

8 C'est tout récent.

9 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

10 D'accord.

11 Docteur Bernier?

12 **M. RICHARD BERNIER**

13 Richard Bernier. Je suis médecin depuis quinze
14 (15) ans. Je pratique la médecine d'urgence et la
15 traumatologie à... au CHU de Québec à l'hôpital
16 Enfant-Jésus. J'ai un... une biographie un peu
17 particulière. J'ai une maîtrise et j'ai fait ma
18 médecine avec un doctorat en plus. Par la suite,
19 j'ai poursuivi mes études post-doctorales, étant
20 boursier du Canada aux États-Unis à l'Institut
21 SALK.

22 Je suis Directeur médical à ÉVAC depuis deux
23 mille dix (2010) et Directeur adjoint des services
24 professionnels. Et aussi, je suis médecin
25 examinateur à la Commissaire des plaintes au CHU de

1 Québec.

2 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

3 Okay. Est-ce que vous avez eu l'occasion de faire
4 des missions...

5 **M. RICHARD BERNIER**

6 Oui.

7 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

8 ... d'ÉVAC pendant votre carrière?

9 **M. RICHARD BERNIER**

10 Oui

11 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

12 Okay, pendant quelques années...?

13 **M. RICHARD BERNIER**

14 Je vous dirais cinq à sept ans, là. Et j'ai même
15 poursuivi, au début de ma Direction médicale, afin
16 de... d'être sur... pour utiliser l'expression,
17 « sur le plancher des vaches » là, avoir, là, le
18 pouls. J'ai continué, puis la nuit, parce que je
19 ne pouvais pas avoir la double tâche. Donc oui.

20 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

21 Okay. Puis si je vous posais la question, monsieur
22 Lizotte, est-ce que vous avez eu l'occasion aussi de
23 faire des missions sur l'avion-ambulance?

24 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

25 Pas de... pas dans... J'ai participé comme

1 observateur sur quelques missions, là, autant de
2 vols de... d'avions-hôpital que des vols de
3 navette.

4 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

5 Okay.

6 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

7 Et dans un... une vie antérieure, j'étais au
8 service d'une entreprise aérienne où on offrait un
9 service d'évacuations aéromédicales.

10 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

11 Okay.

12 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

13 Par hélicoptères et par avions, là, pour lequel
14 j'ai fait des missions principalement dans le
15 secteur de la Haute-Mauricie, là, et... auprès de
16 certaines communautés, là, de ce secteur-là.

17 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

18 Um-hum.

19 Puis je comprends, madame Côté, est-ce que vous
20 êtes... vous avez un peu le même parcours dans le
21 sens que vous avez également été à bord...

22 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

23 Oui, mais...

24 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

25 ... de l'avion-ambulance?

1 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

2 Mais j'étais pas gestionnaire à ce moment-là. Je
3 faisais vraiment partie de l'équipe de transfert
4 comme infirmière.

5 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

6 Okay, parfait.

7 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

8 Um-hum.

9 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

10 On va commencer par discuter du programme en soi
11 d'évacuations aéromédicales du Québec, ce qu'on
12 appelle « l'ÉVAC ». Ensuite on va discuter de deux
13 choses au cours du témoignage, on va discuter de la
14 pratique de non-accompagnement des enfants qui
15 avait cours jusqu'à tout récemment puis, par la
16 suite, on va embarquer sur le cadre de référence de
17 l'accompagnement parental qui a récemment été
18 adopté par le ministère de la Santé au mois de juin
19 dernier.

20 La Commission a déjà entendu quelques
21 témoignages sur le sujet. Peut-être que vous êtes
22 au courant. Donc, pour commencer je vous
23 proposerais qu'on dresse vraiment les grandes
24 lignes du programme ÉVAC pour qu'on ait les mêmes
25 bases, puis qu'on comprenne enfin c'est quoi,

1 l'ÉVAC.

2 Donc madame Côté, est-ce que vous pourriez
3 nous dire quelques mots sur le contexte de création
4 des services ÉVAC?

5 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

6 Oui. Aux alentours des années soixante-dix-neuf,
7 quatre-vingts ('79-'80), il y avait des... les gens
8 avaient besoin de transférer des patients vers les
9 centres tertiaires, mais il y avait rien d'organisé
10 comme tel. Donc, chaque région devait, à ce
11 moment-là, organiser son propre transfert avec les
12 avions qu'ils pouvaient avoir de disponibles, puis
13 c'était vraiment aléatoire, puis la qualité des
14 soins à bord des avions, bien elle aussi était plus
15 ou moins bonne tout dépendant, là, qui faisait le
16 transfert, puis c'étaient pas des avions équipés
17 non plus...

18 La connaissance aussi au niveau des pilotes du
19 médical qui transportaient étaient pas présente.
20 Donc, des fois il y a des choses qu'il faut faire
21 attention quand on transporte, exemple, un petit
22 bébé, bien les pilotes le savent. Atterrissage,
23 décollage modéré pour pas changer trop les
24 pressions à l'intérieur du bébé et causer d'autres
25 problématiques.

1 Alors à ce moment-là, ils ont suggéré que le
2 Québec ait un système d'évacuations médicales avec
3 ses propres avions. Donc, en mille neuf cent
4 quatre-vingt-un (1981), le premier (1er) septembre,
5 ç'a été le départ, là, de l'ÉVAC. Dans ces années-
6 là, on faisait environ deux cent cinquante (250)
7 patients par année. C'est tous des médecins qui...
8 étaient... qui travaillaient au niveau de l'urgence
9 de l'Enfant-Jésus ou du CHU de Québec.

10 À tous les quinze (15) jours, les médecins se
11 changeaient ou à tous les mois. Et puis à ce
12 moment-là on faisait les services, là, quand il y
13 avait des demandes.

14 Les demandes rentraient puis elles étaient
15 plus ou moins analysées. On partait puis on
16 faisait l'évacuation, là, à la demande du Centre,
17 là, dans la région.

18 Au cours des années les demandes ont augmenté
19 en grande quantité et puis il est arrivé un moment
20 donné où ce qu'on était aux alentours de douze
21 cents (1 200) patients par année. Donc, on a
22 décidé d'ajouter un autre service qui est devenu le
23 service de la navette, parce qu'on se rendait
24 compte qu'il y avait des cas qu'on allait chercher
25 qui avaient pas nécessairement besoin d'un médecin

1 à bord de l'avion, mais qui avaient besoin quand
2 même de soins médicaux, d'être allongés, d'être
3 installés comme il faut. Donc à ce moment-là est
4 arrivé le système de navette pour l'Est de la
5 province et puis un peu pour le Nord-Ouest, là, en
6 même temps. Ça l'a dégorgé un petit peu l'avion
7 pour la rendre plus disponible, là, pour
8 l'émission, là, vraiment, là, d'avions avec
9 médecins.

10 Aux alentours de deux mille six (2006), on a
11 mis en place la Centrale de coordination, parce que
12 ce qu'on se rendait compte dans ces années-là,
13 c'est que quand on arrivait pour aller chercher un
14 patient en région, la préparation du patient était
15 plus ou moins adéquate. Puis souvent quand on
16 prenait en charge le patient il fallait intuber
17 dans l'avion, il fallait mettre des drains
18 thoraciques. On avait beaucoup plus
19 d'interventions cliniques à faire, puis comme un
20 avion, bien c'est sûr qu'on est équipés pour le
21 faire, mais c'est pas le meilleur milieu pour le
22 faire possible.

23 Fait qu'en mettant en place la Centrale de
24 coordination, bien les patients sont mieux
25 préparés, puis l'infirmière prend le temps de

1 demander avec un médecin régulateur qui est
2 disponible pour nous s'il y a des choses
3 particulières, là, qu'il faut faire pour que le
4 patient... pour que ça l'aïlle le mieux possible
5 pour mieux.

6 Dans ces années-là aussi souvent, quand on
7 allait chercher les patients comme au Nunavik, on
8 les prenait à l'aéroport de Puvî mais ils faisaient
9 pas de stations à l'hôpital de Puvî comme tel.
10 Fait qu'ils arrivaient des petits villages puis on
11 changeait le patient d'un avion à l'autre. Ça
12 aussi, c'était problématique. Il faisait froid,
13 puis souvent le petit village où ils partaient, il
14 y avait pas d'examens de laboratoire, il n'y avait
15 pas eu de radiographies ou... fait que il pouvait
16 se passer un peu... même chose pendant le vol, là,
17 jusqu'à Montréal.

18 Fait que maintenant les patients souvent vont
19 transiter par Puvî, fait que le médecin de Puvî va
20 faire un... une bonne stabilisation du patient
21 avant que nous on arrive puis qu'on puisse le
22 prendre en charge.

23 C'est sûr que ça, ça prend... ça va prendre de
24 l'importance tout à l'heure quand on va parler, là,
25 de l'accompagnement parental.

1 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

2 Um-hum.

3 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

4 Dans ces années-là, ça aurait risqué d'embarquer un
5 parent dans un avion avec un enfant, parce qu'on
6 faisait beaucoup d'interventions auprès de
7 l'enfant. Donc, souvent, quand on est un papa ou
8 une maman, on a *toutes* eu des enfants, bien on sait
9 qu'on perd souvent nos moyens devant les situations
10 qui viennent nous chercher, même quand on a un
11 enfant qui est en train d'avoir une intervention
12 médicale, qui est en souffrance ou qui va pas bien,
13 bien, on veut se porter défenseur de l'enfant, puis
14 souvent, bien, on veut intervenir à ce moment-là,
15 puis nous, au niveau de l'avion, bien c'est sûr que
16 la cabine, c'est fermé. On n'a pas de... on...

17 Dans l'avion comme tel, on n'a pas de place où
18 on peut mettre le parent un petit peu à l'écart
19 pour qu'il puisse reprendre ses esprits, puis être
20 mieux, puis t'sé, être... vraiment comprendre
21 qu'est-ce qui se passe ou parler avec lui, fait
22 qu'à ce moment-là, bien dans ces années-là, il y
23 avait pas d'accompagnement parental puis il y avait
24 pas non plus, dans les hôpitaux en général, cette
25 même pratique-là. Moi, je travaillais dans une

1 grosse urgence où il y avait de la pédiatrie, et
2 puis quand les parents arrivaient avec un enfant,
3 souvent on rentrait en réanimation, puis la mode
4 était que le parent resterait à l'extérieur et il
5 revenait juste à la fin quand tout était fait et
6 l'enfant installé comme ça.

7 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

8 Okay.

9 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

10 Peut-être que tout à l'heure, le Docteur Bernier ou
11 monsieur...

12 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

13 Um-hum.

14 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

15 Lizotte va vous en reparler un peu, mais dans ce
16 contexte-là, bien c'est sûr que c'était plus
17 difficile, puis c'était pas non plus... j'aime pas
18 dire « à la mode », parce que c'est pas une mode,
19 mais c'était pas non plus dans les... la
20 préoccupation des équipes traitantes. La
21 préoccupation était vraiment de donner les soins,
22 d'offrir les soins, et puis, après le (inaudible),
23 arriver en fonction. Là, on parlait plus après
24 avec les familles.

25 Puis chose que maintenant, dans les années

1 actuelles, ça l'a changé, là.

2 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

3 Um-hum.

4 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

5 C'est comme si... je suis comme un peu décousue,

6 là. Je le sais pas si...

7 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

8 Ah...

9 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

10 Vous êtes capable de...?

11 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

12 ... (inaudible).

13 **LE COMMISSAIRE:**

14 Non, ça va.

15 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

16 Bien, je suis pas habituée, moi...

17 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

18 Non.

19 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

20 D'être dans des choses comme ça, puis des fois,

21 bien, c'est... je veux vous en donner beaucoup,

22 puis je sais qu'on n'a quand même pas beaucoup de

23 temps pour le faire.

24 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

25 Mais c'est correct, on va avoir l'occasion d'y

1 revenir d'ailleurs plus en détails...

2 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

3 Oui.

4 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

5 Peut-être avant d'aborder ces sujets-là, juste pour
6 voir...

7 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

8 Okay.

9 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

10 ... un peu l'organisation...

11 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

12 Oui.

13 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

14 Et le service aéromédical, c'est qui exactement,
15 les acteurs gouvernementaux qui sont impliqués? Je
16 comprends que... qu'il y a le ministère de la
17 Santé...

18 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

19 Oui.

20 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

21 Qu'il y a l'ÉVAC, mais pouvez-vous me décrire un
22 peu qui est impliqué et quels sont les rôles de
23 chacun là-dedans?

24 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

25 C'est sûr que le programme vient du ministère de la

1 Santé et pour être capable de donner ce service-là,
2 bien, il s'est associé à deux autres organismes qui
3 est le Service aérien gouvernemental...

4 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

5 Um-hum.

6 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

7 Au niveau du ministère des Transports. Pour être
8 capable d'avoir une... un encadrement au niveau des
9 pilotes, d'avoir une licence pour opérer ces avions-
10 là, d'avoir toute l'infrastructure, les techniciens
11 des avions. Tout ce qui est avionique appartient,
12 là, au Service aérien gouvernemental.

13 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

14 Um-hum.

15 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

16 Puis du côté... voulez-vous rajouter quelque chose?

17 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

18 Ah, bien... complétez. Si... par la suite, je
19 pourrai (inaudible).

20 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

21 Okay. Puis du côté des soins à donner aux
22 patients, bien à ce moment-là, dans les premières
23 années, le ministère s'était associé au... à
24 l'hôpital Enfant-Jésus qui est devenu après un CHA,
25 maintenant qui est un CHU, pour être capable

1 d'encadrer toute la pratique médicale autant des
2 médecins que des infirmières.

3 De pouvoir donner aussi présentement des
4 privilèges à des médecins parce que la plupart de
5 nos médecins ne travaillent pas au CHU, ils
6 travaillent dans des organismes extérieurs, puis
7 quand ils viennent travailler à l'ÉVAC, bien à ce
8 moment-là, c'est les médecins qui ont des
9 privilèges pour la pratique, là, à l'ÉVAC.

10 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

11 Si on va peut-être au niveau du...

12 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

13 Si... si vous me permettez en complément, il y a
14 aussi un élément historique à... au développement
15 puis à la mise en place de la structure actuelle,
16 là. Le Service aérien gouvernemental, les
17 réflexions qu'il y a eu dans les années soixante-
18 dix ('0), là, qui a amené à l'avènement du
19 programme ÉVAC mille neuf cent quatre-vingt-un
20 (1981), bien il y avait eu aussi de l'initiative
21 de... d'un médecin, notamment Pierre Fréchette, là,
22 qui est un peu à l'origine du programme ÉVAC, là,
23 qui recevait ces clientèles-là à l'Enfant-Jésus de
24 façon à... l'hôpital Enfant-Jésus à Québec, qui est
25 devenu maintenant une composante du CHU-Université

1 Laval.

2 C'est... ç'a pas de bon sens, puis on avait...
3 il y a eu quelques anecdotes que lui-même nous
4 racontait par rapport à l'utilisation des avions
5 des ministres et qui servaient... fait qu'on est
6 partis, les premières amorces, les premiers vols se
7 sont faits à partir des appareils gouvernementaux.
8 Et c'est sur la base du Service aérien
9 gouvernemental qui disposait d'appareils pour le
10 transport notamment de... des cabinets politiques
11 et du personnel de la fonction publique, que s'est
12 mis en place le service d'évacuations. Et c'est un
13 peu sur cette base-là que s'est développé cet
14 élément-là.

15 Aussi, compte tenu de la... du territoire à
16 desservir, puis du type d'interventions qui étaient
17 faits, ça demandait un type d'appareil relativement
18 gros qui était opéré par le Service aérien
19 gouvernemental.

20 La desserte du territoire... au Québec, on a
21 un immense territoire, là, l'Europe de l'Ouest peut
22 s'y loger, et par rapport à l'ensemble des
23 provinces canadiennes, on a le plus grand
24 territoire.

25 Desservir, là, Montréal-Puvirnitug, là, si on

1 fait ça dans l'autre direction, là, on se rendrait
2 au Texas, là.

3 Il y a un appareil de vol Challenger qui a été
4 retenu, ce qui nous permet de faire ces vols-là en
5 deux heures (2 h) - deux heures (2 h) aller, deux
6 heures (2 h) revenir. Ça, on fait ça avec d'autres
7 types d'appareils comme les Dash-8 ou comme
8 d'autres types qui existent actuellement, mais
9 c'est quatre heures (4 h) monter, quatre heures
10 (4 h) revenir, fait que les temps d'interventions
11 pour amener des gens aux soins spécialisés, bien
12 ils sont dépendants de cet aspect-là.

13 Sur le plan organisationnel, le ministère de
14 la Santé est responsable, principalement, il est
15 payeur du programme. Il a mandaté à l'époque
16 l'hôpital Enfant-Jésus, maintenant qui fait partie
17 du CHU de Québec-Université Laval pour tout le
18 volet clinique qui inclut la Centrale ÉVAC, qui
19 inclut la prise en charge des demandes, la
20 fourniture du... tout le personnel médical,
21 infirmier, les équipements mobiles et les
22 fournitures.

23 Le Service aérien gouvernemental, qui relève
24 maintenant du ministère des Transports, au cours
25 des années, c'est un service qui a voyagé, qui est

1 allé au ministère des Services gouvernementaux, qui
2 est... qui s'est... qui a été au CSPQ. Il y a eu
3 différentes appartenances au fil du temps. Il me
4 semble qu'originellement en quatre-vingt-un ('81),
5 il était au ministère des Transports et il est
6 revenu à la maison depuis janvier deux mille seize
7 (2016). Le Service aérien est retourné au
8 ministère des Transports, fait qu'il y a une
9 dualité organisationnelle pour la mise en place de
10 ce programme-là.

11 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

12 Je comprends qu'au ministère, vous êtes aussi en
13 charge des orientations relatives aux programmes,
14 notamment la politique. Sans l'aborder en détails,
15 on va avoir l'occasion d'y revenir, mais est-ce que
16 c'est exact de dire que vous vous occupez des
17 orientations...?

18 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

19 Sur le... l'offre de service dans la mesure de ce
20 qui est possible de faire, parce qu'il faut savoir
21 aussi que le Service aérien gouvernemental est
22 assujetti à la réglementation...

23 **M. RICHARD BERNIER**

24 Um-hum.

25 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

1 ... aérienne qui, au Canada, relève... est de
2 juridiction fédérale, fait qu'on... les
3 orientations en termes de service global, en tenant
4 compte des... de l'environnement...

5 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

6 Okay.

7 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

8 Dans lequel on peut le faire.

9 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

10 Um-hum. Merci. Je peux... au niveau de l'équipe...
11 est-ce que vous vouliez...

12 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

13 Oui.

14 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

15 ... dire quelque chose, madame Côté?

16 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

17 Oui, je voulais rajouter...

18 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

19 Oui.

20 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

21 L'équipe comme telle. Alors...

22 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

23 Oui.

24 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

25 Au niveau de l'équipe directement impliquée

1 cliniquement, là, à ce moment-là, bien, on a vingt-
2 quatre (24) médecins, puis on a vingt-quatre (24)
3 infirmières. Comme on l'a dit tout à l'heure, les
4 médecins n'ont pas juste la pratique à l'ÉVAC, c'est
5 des gens qui pratiquent à l'extérieur. Ils viennent
6 pratiquer, là, dans un deuxième temps, là, à l'ÉVAC
7 avec nous.

8 Les infirmières, par contre, c'est vraiment du
9 personnel dédié à l'ÉVAC. C'est le même personnel
10 qui fait les trois services qu'on a, donc, l'urgence
11 qui est la navette... on fait aussi ou urgence. Des
12 fois, on l'appelle « l'urgence sans médecin » pour
13 certains cas. On a l'avion-hôpital, puis on a aussi
14 la Centrale de coordination.

15 C'est important de garder le même personnel,
16 puis qui transite par les trois, parce que pour nous
17 c'est important qu'ils connaissent c'est quoi la
18 réalité sur le terrain. Une infirmière qui est à la
19 Centrale qui fait de l'avion, bien elle sait comment
20 préparer le patient, puis elle sait des fois les
21 problématiques qu'on vit quand on va chercher les
22 patients. Donc, elle est capable de faire une
23 continuité, là, avec les infirmières
24 coordonnatrices, là, dans les régions, de faire
25 préparer les patients comme il faut.

1 C'est sûr qu'on a des personnes qui sont...
2 des gens qui sont fiers de notre service, des gens
3 qui sont dédiés beaucoup aussi, puis comme je le
4 disais tantôt, de plus en plus avec les nouveaux
5 recrutements de médecins c'est des médecins qui
6 vont aussi travailler à l'extérieur. En fait, on a
7 beaucoup de médecins qui travaillent au Nunavik, à
8 Puvik ou à Kuujjuaq. On a même dernièrement une
9 médecin qui travaillait à Puvik qui est revenue avec
10 nous, là, sur l'ÉVAC, fait que ça nous donne une
11 chance d'avoir des gens qui nous témoignent de
12 comment ça se passe... des fois, des limites du
13 milieu traitant, puis de pouvoir adapter, nous,
14 notre pratique à ces limites-là aussi, à savoir que
15 quand on va comme à Kuujjuarapik où il y a pas
16 d'infrastructures médicales qui nous est offertes,
17 bien régulièrement, on va se déplacer vers
18 l'hôpital pour aller chercher le patient avec du
19 matériel qu'on a avec nous - laboratoire
20 portatif, des machines à échographie portative
21 aussi pour être capables à ce moment-là d'aller
22 stabiliser le patient, d'aller faire un examen
23 avant de l'amener avec nous dans l'avion.

24 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

25 Okay.

1 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

2 Um-hum.

3 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

4 Donc, je comprends que... nous, on va surtout
5 parler de l'avion-hôpital, l'avion-ambulance,
6 donc...

7 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

8 Oui.

9 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

10 ...en fonction de l'urgence. Donc, je comprends
11 qu'au sein de ces missions-là, il y a une équipe
12 médicale qui est à bord?

13 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

14 Um-hum.

15 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

16 Donc, il y a un médecin, une infirmière présente?

17 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

18 On a un médecin, une infirmière, puis quand c'est
19 des petits bébés plus petits que vingt-huit (28)
20 jours, à ce moment-là, on a une équipe spéciale de
21 Néonatalogie qui vient avec nous, une inhalothérapeute et
22 une infirmière, là, qui est spécialisée en
23 néonatalogie.

24 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

25 Okay. Puis par opposition aussi, aux navettes

1 qu'on va moins aborder aujourd'hui, les missions de
2 navettes. Qui est à bord lors de ces missions.

3 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

4 Deux infirmières.

5 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

6 Okay.

7 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

8 On a deux infirmières qui ont des formations
9 particulières puis qui ont des ordonnances
10 collectives pour être capables de faire des actes
11 qui se font pas habituellement dans l'hôpital, puis
12 ils ont toujours un médecin, le médecin régulateur,
13 là, qu'on parlait tout à l'heure, qu'on... à qui on
14 peut référer quand on est à la Centrale, ce
15 médecin-là est toujours rejoignable aussi par
16 téléphone satellite, donc l'infirmière si elle a
17 besoin d'une prescription ou d'une ordonnance pour
18 un patient, à ce moment-là elle va contacter, là,
19 le médecin coordonnateur.

20 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

21 Okay, donc je comprends pour ces missions-là moins
22 urgentes, dites « de navettes », il y a... ce sont
23 des vols programmés?

24 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

25 Oui. C'est des vols programmés présentement à cinq

1 jours par semaine, là, dans l'Est, puis quatre
2 jours dans l'Ouest.

3 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

4 Okay. Vous avez dit un peu plus tôt, vous avez
5 parlé de la flotte aérienne, donc on parle de deux
6 Challengers, deux Dash-8?

7 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

8 Oui.

9 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

10 Pouvez-vous nous dire... bon, « Challenger », je
11 comprends que c'est ce qui est utilisé pour les
12 missions d'urgence...

13 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

14 Um-hum.

15 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

16 Les avions-ambulance ou avions-hôpital?

17 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

18 Pas toujours. Toutes nos avions sont aménagés pour
19 être capables de faire nos deux types de
20 missions...

21 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

22 Okay.

23 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

24 Que ce soit nos Dash ou que ce soit nos Challengers
25 tout dépendant où on va aller. Souvent, des fois,

1 on va prioriser un Dash sur une piste qui est
2 courte, qui peut pas... où on peut pas atterrir
3 nécessairement en Challenger, mais qu'en Dash,
4 c'est plus facile pour le Centre hospitalier de
5 nous amener le patient sur cette piste-là, parce
6 qu'elle est beaucoup plus proche de leur centre
7 hospitalier.

8 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

9 Okay.

10 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

11 Les Challengers on les a pour les grandes
12 distances, donc peut-être que tout à l'heure,
13 monsieur Lizotte pourra parler, là, des...
14 pourquoi, là, la... pourquoi qu'il a sélectionné
15 les Challengers comme tels.

16 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

17 Est-ce que c'est exact de dire que les avions de
18 type Challenger vont être davantage affectés sur
19 les missions d'urgence.

20 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

21 Habituellement ils sont plus affectés sur les...
22 sur l'urgence. Ils sont plus rapides.

23 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

24 Um-hum.

25 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

1 C'est sûr que quand on parle du grand territoire
2 québécois, bien quand on regarde les régions où la
3 population se concentre le plus, à ce moment-là, ces
4 populations-là pourraient être faites en Dash avec
5 pas une grande différence finalement, de sa réponse.

6 Par contre, quand on commence à aller à Blanc-
7 Sablon, Kuujuaq, Puvic, à ce moment-là, le
8 Challenger fait toute la différence, là, pour les
9 populations.

10 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

11 Ce matin... okay, ça donne une bonne idée de... des
12 services, du programme, de la flotte d'avions qui
13 est à votre... qui est à la disposition des
14 territoires que vous desservez. Si maintenant on
15 va vers ce que j'appelle la pratique de non-
16 accompagnement qui a eu cours, là, de...

17 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

18 Um-hum.

19 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

20 De la création de dix-neuf cent...

21 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

22 Oui.

23 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

24 ... quatre-vingt-un (1981) jusqu'à tout récemment,
25 on va discuter un petit peu plus en détails de ce

1 sujet-là. Puis par la suite, comme je vous dis, on
2 va discuter plus en détails, là, du cadre de
3 référence qui a été adopté le trente (30) juin
4 dernier.

5 Donc peut-être, monsieur Lizotte, est-ce que
6 vous pouvez expliquer à la Commission l'origine de
7 cette pratique de non-accompagner? Et quand je dis
8 « pratique », en fait, c'est une question que
9 plusieurs se posent - est-ce qu'il y avait une
10 politique ou une directive ou un cadre
11 gouvernemental qui existait avant celui qui a été
12 récemment adopté le trente (30) juin dernier?

13 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

14 Il y avait pas de document formel de cette façon-
15 là, c'est une pratique qui s'est mis en place lors
16 de l'établissement du programme ÉVAC. C'est
17 beaucoup sur le plan opérationnel la relation entre
18 l'Enfant-Jésus puis le Docteur Fréchette notamment
19 qui avait l'initiative, et le Service aérien
20 gouvernemental. C'était une orientation qui avait
21 été décidée et convenue, compte tenu de...

22 Il faut savoir aussi, peut-être pour remettre
23 en contexte, là, on parle d'avions-hôpital, parce
24 qu'on a... puis c'est un contexte... un concept,
25 plutôt, unique en Amérique du Nord. Souvent, les

1 services d'évacuations par avions, ça n'a... ils
2 ont... ils sont plus analogues à une ambulance. Ou
3 ça peut être... dans d'autres provinces, on va
4 retrouver deux paramédics, une civière. Il va y
5 avoir du personnel accompagnant. Nous, c'est
6 vraiment plus une unité mobile de soins intensifs
7 ou de salle d'urgence où on apporte l'expertise des
8 cliniciens, d'agents tertiaires en région et pour
9 lequel il se prodigue des soins.

10 Compte tenu de la distance à parcourir, du
11 temps de transport, il y a l'option aussi qu'on
12 fait du multipatient, c'est-à-dire il va avoir plus
13 qu'un patient qui va être transporté de façon à
14 s'assurer qu'on est capables d'intervenir en temps
15 opportun, compte tenu des temps de déplacement.
16 C'est ce qui a amené la sélection du Challenger
17 pour pouvoir desservir, là, nos territoires en
18 extrémité.

19 De ce fait, et comme l'amené madame Côté, à
20 l'époque, les... la prise en charge des patients se
21 faisait souvent sur le tarmac. Les niveaux de
22 soins étaient pas aussi avancés que ce qu'on vit
23 maintenant et il y a plusieurs procédures qui
24 devaient être faites à bord, fait que l'orientation
25 de la pratique était à l'effet que outre le

1 personnel et les patients, il y avait aucun autre
2 passager qui était admis à bord des appareils pour
3 des raisons de confidentialité, de... et compte
4 tenu des interventions qui étaient à faire.
5 C'était pas confiné dans un document ou une
6 orientation ministérielle.

7 Pour vous dire, dans le premier Challenger qui
8 a été mis en place en mille neuf cent quatre-vingt-
9 neuf (1989) là, fait qu'on a un mécanicien du
10 Service aérien qui... un technicien en aéronefs qui
11 a conservé la petite pancarte, là. Il y a une
12 petite pancarte rouge qui indiquait que « Seuls à
13 bord sont admis le personnel clinique et les
14 malades », mais c'était... de ce... la... l'autre
15 documentation qu'on peut retrouver et qui y fait
16 référence, c'est les dépliants d'information qui
17 ont été produits dans ces années-là. Donc, il doit
18 être au début des années quatre-vingt ('80) et un
19 autre qui a été fait un peu plus tard, mais...

20 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

21 Um-hum.

22 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

23 Avant l'an deux mille (2000), auquel on référerait à
24 la même note et à la même façon de le libeller, là.
25 Je peux vous lire le texte, là, j'ai une copie de

1 cette note-là là. Ah...

2 « Pour des motifs de sécurité,
3 d'efficacité et de disponibilité pour
4 répondre à d'autres appels en cours d'une
5 même mission, seul le personnel d'ÉVAC
6 est autorisé à accompagner le malade. »

7 C'était de cette façon-là que c'était libellé.

8 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

9 Um-hum.

10 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

11 Il est important aussi de ramener ça dans le
12 contexte de la pratique médicale de l'époque où
13 même comme vous l'a mentionné madame Côté, dans les
14 salles de réanimation, il était pas rare d'appeler
15 l'agent de sécurité pour prendre soin des parents
16 pendant que l'équipe s'occupait de soigner
17 l'enfant. C'est un concept qui est... qui a évolué
18 depuis et je pense que c'est un élément qui a
19 progressé dans le temps. Lorsque j'ai fait mon
20 baccalauréat à la fin des années quatre-vingt ('80)
21 en sciences infirmières, bien il y avait... ça
22 émergeait, le concept de santé familiale, de santé
23 à la familiale, et c'est un élément qu'on
24 retrouvait plus dans le milieu communautaire au
25 niveau des CLSC et tout ça.

1 Au fil du temps et de la pratique, bien ces
2 éléments de concept familial puis de l'importance,
3 là, de l'interaction entre l'enfant et ses parents,
4 bien ça l'a évolué vers les milieux de soins et les
5 milieux hospitaliers. On s'est retrouvés, là,
6 avec... en unités de néonatalogie, en pédiatrie
7 avec ces... à appliquer ces aspects-là et
8 finalement, la science a évolué, la recherche est
9 faite là-dessus pour voir les efforts bénéfiques
10 tant pour les parents que pour le... l'enfant et la
11 famille, a fait évoluer le concept, là.

12 Maintenant, dans nos salles de soins de
13 réanimation à l'urgence, bien on... quand on
14 aménage les salles de réanimation, on prévoit un
15 espace pour les parents, ce qui était pas le cas
16 dans les années quatre-vingt ('80), quatre-vingt-
17 dix ('90), les années deux mille (2000) aussi, là.
18 C'est quand même un phénomène qui est plutôt
19 récent, là, des cinq, six dernières années, là,
20 plutôt que...

21 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

22 Um-hum.

23 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

24 Puis si vous faites...

25 **M. RICHARD BERNIER**

1 Vous permettez?

2 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

3 Je pourrai compléter.

4 **M. RICHARD BERNIER**

5 Je vais vous remettre en contexte. Vous savez,
6 dans... on retrouve dans des text books *médicals*
7 des années dix sept cent (1700) quelqu'un qui
8 faisait une épilepsie était considéré comme un
9 hérétique et possédé du démon. Aujourd'hui, est-ce
10 que c'est la même chose? Non. Donc la société a
11 évolué, la médecine a évolué. Et dans ce cadre-là,
12 c'est le ministère hospitalier, au début de
13 plusieurs années, la... le médecin devait ne pas
14 nuire, *primum non nocere* au patient. Donc, il
15 devait intervenir et après la stabilisation, là, il
16 parlait au patient. Tout comme une chirurgie pour
17 un cancer, bien on va l'opérer puis après on va
18 voir, um-hum, là, on doit... on parlait de
19 traitements.

20 Bien, ÉVAC a évolué comme une... est une
21 famille en tant que telle. Et comme je dis
22 souvent, ÉVAC ne se comprend en... ne se comprend
23 encore mieux que si on la vit. ÉVAC a évolué à
24 travers le temps, a évolué rapidement et a évolué
25 selon son rythme, selon les circonstances, mais a

1 toujours eu à coeur le patient en premier.

2 Et qu'est-ce qui est important à discerner,
3 c'est que ÉVAC est une entité à part entière, est
4 un peu une extension d'une unité spécialisée d'un
5 centre universitaire qui fournit... comme le bras
6 canadien qui va fournir l'extension aux régions
7 comme outil de spécialisation, comme outils
8 médicaux. C'est pour ça que les médecins,
9 lorsqu'ils sont dépassés, là, il dit l'outil que je
10 vais utiliser est ÉVAC.

11 ÉVAC est accessible en plus, comme monsieur
12 Lizotte le mentionnait, par un avion qui est
13 rapide, un, parce que je dois vous parler aussi,
14 quand on parle de distances on parle de pathologies
15 chronodépendantes. Ça arrive régulièrement que si
16 on a un patient dans le Nord qui a un accident...
17 un traumatisme crânien, le Docteur Fréchette l'a
18 même mentionné dans un document, le... agir
19 rapidement, c'est important. Donc, ça prenait un
20 moyen rapide qui est le jet.

21 Deux, vous savez, vous avez des pistes
22 d'atterrissage qui sont en gravier, donc, il
23 fallait faire une protection, un gravel kit, si je
24 puis exprimer l'anglicisme. Et aussi, la rapidité.
25 C'est surtout la rapidité et la chronodépendance,

1 il faut agir rapidement. Et en prenant en charge
2 le patient on s'est rendu compte, comme madame Côté
3 l'a mentionné, c'est que les... la technologie, les
4 plateaux techniques en médecine ont évolué. Donc
5 je me souviens il y a pas très loin, que les
6 nouveau-nés, on les baguait, c'est-à-dire à l'embu,
7 on n'avait pas de respirateur. Mais là, on s'est
8 dit ça a pas de bon sens, deux heures (2 h) à être
9 assis. Il faut le vivre premièrement, là, et à
10 continuer de faire respirer l'enfant. Bien là, la
11 venue des respirateurs.

12 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

13 Um-hum.

14 **M. RICHARD BERNIER**

15 La venue... donc, la technologie...

16 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

17 Um-hum.

18 **M. RICHARD BERNIER**

19 Puis c'est... ç'a été un...

20 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

21 Ç'a évolué?

22 **M. RICHARD BERNIER**

23 Ah oui oui.

24 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

25 Puis si on...

1 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

2 Juste... si vous me permettez un complément?
3 Juste... parce que vous avez résumé un peu le
4 service à partir des quatre avions tantôt. Je
5 voudrais juste mentionner qu'on a aussi la navette
6 du Nord-Ouest, là, qui est desservie par un
7 opérateur privé qui est par appel d'offres, qui
8 comprend deux infirmières et qui permet d'évacuer à
9 l'aide des appareils de type King Air actuellement,
10 là, fait que l'ensemble de l'offre de navettes
11 n'est... ne se limite pas qu'aux quatre appareils du
12 Service gouvernemental.

13 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

14 Fait que... merci. Si on va... vous parlez un peu
15 de l'évolution dans le temps, les pratiques
16 médicales, l'évolution du programme ÉVAC. Au fil
17 des années, il y a eu des démarches qui ont été
18 initiées pour... auprès de l'ÉVAC pour sensibiliser
19 le service à l'importance de l'accompagnement des
20 enfants, plus particulièrement des enfants
21 Autochtones. Il y a eu des démarches qui ont été
22 attirées à l'attention de la Commission à trois
23 périodes dans les environ vingt-cinq (25) dernières
24 années. Donc, une démarche en mille neuf cent
25 quatre-vingt-dix (1990), une en deux mille (2005),

1 puis une en deux mille onze (2011).

2 Donc, en mille neuf cent quatre-vingt-dix
3 (1990), la première démarche qui a été faite là, il
4 s'agit d'une pétition qui a été lancée par la
5 Docteure Johanne Morelle qui est pédiatre à
6 l'Hôpital pour enfants de Montréal pour cesser, là,
7 la pratique de non-accompagnement. C'est une
8 signature qui a... une pétition qui a recueilli
9 environ neuf cents (900) signatures chez les Cris
10 et également chez les Inuits.

11 Donc, ma question - est-ce que... puis je
12 comprends que c'est dans les années quatre-vingt-
13 dix ('90), après un...

14 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

15 Um-hum.

16 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

17 Un certain temps. Je comprends également, madame
18 Côté, que...

19 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

20 Oui.

21 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

22 Vous étiez déjà à ce moment-là, je pense, dans
23 l'avion-ambulance?

24 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

25 J'ai... moi, j'étais comme infirmière dans l'avion,

1 mais j'étais pas au niveau de la gestion, fait que
2 toutes les dédales de...

3 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

4 C'est...

5 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

6 Je suis pas au courant de ça, là.

7 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

8 Est-ce qu'à cette époque-là, vous aviez eu vent de
9 cette démarche-là qui a été faite?

10 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

11 Pour ma part, non. J'étais pas au ministère en
12 mille neuf cent quatre-vingt-dix (1990) là...

13 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

14 Okay.

15 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

16 Um-hum.

17 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

18 Donc, c'est...?

19 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

20 Cet épisode-là...

21 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

22 C'est pas...?

23 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

24 Il est pas à notre... il est pas à ma connaissance,
25 là.

1 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

2 Okay.

3 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

4 C'est rare que je peux dire que c'est trop vieux
5 pour moi, madame là, c'est trop vieux pour moi.

6 (Rires...)

7 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

8 Maintenant, si on va quinze (15) ans plus tard en
9 deux mille (2005)...

10 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

11 Oui?

12 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

13 Ç'a été attiré à l'attention de la Commission lors
14 de témoignages précédents au mois de mars dernier
15 alors qu'on siégeait à Montréal. Si on va dans le
16 cartable qu'on a préparé pour vous à l'onglet
17 P-498, c'est une pièce qu'on a déjà déposée. C'est
18 une lettre de la Commission des droits de la
19 personne et de la jeunesse, c'est à la toute fin.
20 Donc, une lettre du sept (7) juillet deux mille
21 (2005), donc, qui est adressée à Philippe Couillard
22 qui était le ministre de la Santé à l'époque, une
23 lettre qui... bon.

24 Si je résume les grandes lignes, là, ça
25 concernait le cas d'une évacuation d'un enfant de

1 trois (3) mois aux îles-de-la-Madeleine. On n'est
2 pas dans un contexte de communautés Autochtones.
3 Donc ici, c'est des parents allochtones qui sont
4 concernés.

5 On voit au deuxième paragraphe, bon, la DPJ
6 mentionne:

7 « Des informations obtenues, nous
8 comprenons que la politique de
9 l'organisme... »

10 Je comprends que vous avez clarifié un peu
11 plus tôt qu'à l'époque, il y avait pas de
12 politique. On était plus... il y avait des
13 dépliants mais il y avait pas de politique formelle
14 sur le sujet. Bon. Puis par la suite, il y a
15 certains articles de la Charte et des... québécoise
16 et également de la déclaration des Nations Unies
17 sur les droits des enfants qui sont mentionnés.

18 Puis si on va à la page suivante, au troisième
19 paragraphe, le président Pierre Marois, de la
20 Commission des droits de la personne et de la
21 jeunesse à l'époque, soulignait:

22 « Il va de soi que la situation d'un
23 transport par avion-ambulance peut
24 s'avérer une expérience angoissante pour
25 l'enfant plus... encore plus si on

1 l'empêche d'être accompagné de son père
2 ou de sa mère. Dans le cas en l'espèce,
3 il faut de plus souligner que l'enfant
4 était allaité par sa mère. »

5 Puis si on descend à l'avant-dernier
6 paragraphe avant les salutations, il y a une
7 demande qui est adressée au ministre de la Santé de
8 l'époque:

9 « Nous vous demandons de faire en sorte
10 de vous assurer que les mesures
11 nécessaires soient prises dans les
12 meilleurs délais afin de permettre aux
13 enfants en bas âge d'être accompagnés
14 d'au moins un de ses parents lors d'un
15 transport par avion-ambulance. »

16 Donc ça, c'est une démarche formelle, si on
17 peut dire, qui a été reçue au ministre de la Santé.
18 Puis si on va à l'onglet suivant, P-499, on a la
19 réponse du ministre, monsieur Marc-André Dowd, qui
20 répond à cette lettre-là. Et si on va au dernier
21 paragraphe de la page, on voit ce qui est écrit:

22 « La directive qui fait en sorte de ne
23 pas accepter d'escorte familiale à bord
24 de l'avion-hôpital s'appuie sur des
25 motifs, un, de sécurité, deux,

1 d'intimité, trois, d'éthique, quatre, de
2 confidentialité pour les malades, et vise
3 aussi à s'assurer une disponibilité
4 optimale dans l'éventualité d'un autre
5 appel au cours d'une même mission. »

6 Donc, grosso modo, il y a cinq motifs qui sont
7 invoqués. Puis par la suite, si on tourne la page,
8 l'avant-dernier paragraphe, le ministre mentionne:

9 « En terminant, permettez-moi de
10 souligner que le ministère de la Santé,
11 ainsi que l'ensemble du réseau, sont
12 profondément convaincus de la nécessité
13 de respecter les principes du droit de
14 l'enfant à la protection et à la sécurité
15 ainsi qu'à l'attention de ses parents. »

16 Dernier paragraphe et c'est, là, où je veux
17 vous amener, là, qui est d'intérêt pour la
18 Commission:

19 « Dans cette optique, un comité composé
20 de spécialistes du ministère est mis en
21 place pour réévaluer la pertinence du
22 maintien de la procédure de non-
23 accompagnement lors des transferts par
24 avion-hôpital. Une analyse rétrospective
25 de son impact sur les familles nous

1 permettra de statuer sur l'approche
2 future à privilégier. Ce comité sera mis
3 sur pied à la fin de septembre deux mille
4 (2005) et fera rapport en novembre deux
5 mille (2005). »

6 Donc ça, ce qui nous mène à l'onglet suivant
7 qui est le document que j'ai déposé en début
8 d'audience, qui est effectivement le rapport du
9 comité ministériel qui a été créé, là, à la suite
10 de cette lettre-là du ministre. C'est un rapport
11 qui est daté du vingt (20) octobre deux mille
12 (2005).

13 On voit, monsieur Lizotte, que vous aviez
14 siégé sur ce comité-là?

15 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

16 Et vous me l'avez rappelé à ma mémoire... ah!

17 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

18 (Rires)

19 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

20 Au moment de notre échange. Je ne me souvenais pas
21 de ces travaux.

22 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

23 Vous aviez siégé, en fait, sur le comité avec sept
24 autres personnes du ministère. Également des
25 personnes, bon, Îles-de-la-Madeleine, Abitibi-

1 Témiscamingue, le Docteur Fréchette également qui
2 était sur le comité.

3 Est-ce que vous pouvez nous parler des travaux
4 qui ont été menés par ce comité-là?

5 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

6 De ce que je m'en souviens, là, parce que comme je
7 vous dis, vous m'avez rappelé à ma mémoire et il
8 est quand même treize ans et il se passe beaucoup
9 de choses dans treize ans.

10 Je pense que la discussion est partie du cas
11 qui avait été soulevé, là, de... du couple des
12 îles-de-la-Madeleine qui avait vécu une difficulté.
13 Il y avait une... ah, je vais revoir quelle était
14 la pratique, là. Je peux pas aller dans le détail
15 là... je peux pas vous inventer quelque chose, là.
16 Je me souviens pas, là, de... du déroulement des
17 travaux de... du comité à proprement parler dans
18 ses détails.

19 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

20 Okay. Bon, on constate que le comité a rendu
21 rapport, comme je l'ai dit un petit peu plus tôt,
22 là, le vingt (20) octobre. La lettre instituant le
23 comité du ministre qui est datée du vingt-huit (28)
24 septembre, donc des travaux très rapides, environ
25 trois semaines. Est-ce que vous vous rappelez s'il

1 y a eu beaucoup de rencontres sur le sujet?

2 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

3 Euh... du vague souvenir que j'en ai, il doit y
4 avoir eu quelques rencontres à ce niveau-là, là,
5 mais... il faut que ça se passe en trois semaines
6 là. Ah...!

7 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

8 Um-hum.

9 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

10 Il y a eu des échanges en... au moins à quelques
11 occasions entre tous les membres du comité, là,
12 pour évaluer, là, la problématique, là, qui était
13 soulevée, là.

14 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

15 Um-hum.

16 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

17 Et c'est...

18 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

19 (Inaudible).

20 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

21 C'est sûr que... comme je vous disais, la... à ce
22 moment-là, dans le contexte de l'époque, la primauté
23 des soins puis le meilleur intérêt dans... était
24 souvent... compte tenu des missions de l'avion-
25 hôpital, c'est des missions urgentes. L'accent est

1 mis sur les soins plus physiques que l'ensemble
2 des... fait que le meilleur intérêt de l'enfant,
3 c'est de le garder en vie et de pouvoir faire les
4 procédures. C'est un peu l'optique qui est... qui
5 était dans le concept de l'avion-hôpital et des
6 interventions urgentes qui étaient sous-jacentes
7 à... aux préoccupations, là, soulevées par les
8 cliniciens qui étaient à bord, dont le Docteur
9 Fréchette là.

10 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

11 Okay. À l'époque, vous étiez...?

12 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

13 J'étais le Directeur aujourd'hui à...

14 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

15 Oui.

16 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

17 Aux services préhospitaliers.

18 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

19 Okay.

20 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

21 À la Direction qui relevait de la Direction des
22 services médicaux généraux et préhospitaliers,
23 qui...

24 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

25 Um-hum.

1 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

2 Elle-même était dans la Direction générale des
3 services de santé et de santé... et de médecine
4 universitaire.

5 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

6 Okay.

7 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

8 Puis en...

9 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

10 Si on va à la page 3 de ce document-là, on voit:

11 « Considérations sanitaires ».

12 Et le dernier paragraphe avant les considérations
13 juridiques, on voit qu'on reprend les cinq motifs
14 qui étaient soulignés par le ministre en septembre
15 précédent, c'est-à-dire

16 « Motifs de la confidentialité, éthique,
17 intimité, puis sécurité pour les malades
18 et la question des places disponibles
19 dans l'avion. »

20 Donc, c'est l'analyse, donc, si on remonte un peu
21 plus haut:

22 « Analyse de la situation par le comité.
23 Considérations sanitaires ».

24 Donc vous vous rencontrez avec un mandat de
25 revoir l'opportunité de modifier la pratique. Et

1 au niveau des considérations sanitaires, vous en
2 venez aux mêmes conclusions que celles qui étaient
3 intégrées, qui étaient comprises dans la lutte du
4 ministre trois semaines auparavant?

5 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

6 Je comprends que le « vous » fait référence au
7 comité?

8 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

9 (Inaudible).

10 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

11 (Rires)

12 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

13 (Inaudible).

14 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

15 Oui, mais...

16 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

17 Il y en a plusieurs effectivement.

18 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

19 C'est le comité qui reprend les mêmes motifs qu'on
20 retrouve dans les dépliants pour lequel... et le
21 premier dépliant est produit par le ministère des
22 Transports, fait que c'était une position qui était
23 conjointe de l'équipe clinique et du ministère des
24 Transports parce qu'il y a cette composante qui a
25 une influence certaine dans les pratiques et les...

1 la mise en place des changements pratiques. En
2 tout cas, on va parler de la politique récente, là.
3 Fait que c'est les mêmes principes qui ont été
4 amenés, parce que le... l'attention était mise sur
5 les soins de santé physique et la priorité de
6 pouvoir répondre aux urgences et... dans le cadre
7 de... du contexte de la pratique médicale de
8 l'époque.

9 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

10 Okay. Fait que si je résume les conclusions du
11 comité, à tout le moins sur le volet sanitaire,
12 elles étaient les mêmes que celles du ministre, là,
13 soulignées dans sa réponse à la CDPDJ, malgré le
14 fait que le ministre avait mandaté le comité de
15 revoir la pertinence du maintien de la procédure de
16 non-accompagnement et aussi de voir l'impact sur
17 les familles.

18 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

19 À l'évidence, compte tenu de la durée des travaux,
20 la mesure de l'impact sur les familles aurait peut-
21 être nécessité une approche un peu plus exhaustive
22 là, ce qui a pas été le cas, là, de...

23 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

24 Okay. Est-ce que vous savez s'il y a une raison
25 pour laquelle ce sujet-là a pas été...?

1 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

2 Je saurais pas vous... Non.

3 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

4 Okay.

5 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

6 C'est quand même un concept qui était, je dirais,
7 en évolution, là, parce que la notion, puis ce
8 qu'il faut aussi voir, c'est qu'on changerait
9 pas... les conclusions du comité allaient pas
10 changer la politique par rapport à l'avion-hôpital,
11 sauf qu'il y a d'autres éléments qui ont été
12 soulevés par le comité et qui ont été mis en place.
13 Donc que l'établissement de référence doit
14 s'assurer que le transport du parent puisse se
15 faire de façon la plus opportune, quitte à noliser
16 un avion pour le faire.

17 On a même introduit à ce moment-là la
18 possibilité, sur les vols de navettes, d'autoriser
19 un parent, à le déplacer même s'il y a pas un
20 patient, il y a pas de rendez-vous médical, il y a
21 une place qui est libérée pour pouvoir être amené
22 le plus rapidement. Si c'est le moyen le plus
23 rapide pour pouvoir assurer sa...

24 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

25 Um-hum.

1 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

2 Fait qu'il y a une préoccupation de... d'adresser
3 cette préoccupation-là. C'est pas dire bien le
4 parent, non, c'est pas grave, c'est un besoin
5 secondaire. Il y a une sensibilité, elle a pas
6 pris le moyen de l'avion-hôpital à ce moment-là.

7 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

8 Um.

9 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

10 Et il faut se remettre dans le contexte historique
11 de cet élément-là.

12 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

13 Um-hum.

14 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

15 Et à la base de l'information en deux mille (2005),
16 on n'a pas le...

17 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

18 Um-hum.

19 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

20 La centrale ÉVAC qui a été mis en place en deux
21 mille six (2006).

22 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

23 Um-hum.

24 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

25 L'évolution se fait aussi à l'intérieur du

1 ministère, parce qu'en deux mille huit (2008), il y
2 a une politique ministérielle sur la périnatalité
3 où on vient renforcer la présence du parent,
4 notamment en néonatalogie, là. Et cet élément-là,
5 on l'a pris en compte.

6 L'autre élément aussi important, c'est le
7 nombre de places disponibles, parce qu'on est dans
8 les appareils qui ont évolué dans le temps.
9 L'aménagement intérieur de... des appareils permet
10 pas nécessairement le nombre de places. Le premier
11 Challenger qui est... qui a été mis en place en
12 quatre-vingt-neuf ('89) là, c'est FURG là, il y
13 avait sept (7) places pour des patients. On avait
14 des brancards qui s'installaient au plafond
15 pratiquement, là, et le... il y avait un lecteur de
16 radiographies dans l'appareil. Il faut se remettre
17 dans le contexte de ces avions-là et des places
18 disponibles. C'était pas aménagé, ç'a pas été
19 pensé de cette façon-là.

20 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

21 Okay.

22 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

23 Et il y a une trame évolutive dans ce sens qu'on a
24 ouvert la possibilité sur les vols de navettes,
25 parce que c'est certain quand on présente de

1 l'accompagnement ou le non-accompagnement, de façon
2 générale, c'est comme, il s'en fait pas au Québec.

3 En termes de nombres, on transporte... les
4 deux tiers des... il y a six mille (6 000) patients
5 qui sont transportés par le Service d'évacuations
6 aéromédicales, dont quatre mille (4 000) sont
7 transportés par les services de navettes pour
8 lesquels l'accompagnement parental est permis. Ça
9 l'a amorcé au début des années deux mille six
10 (2006), deux mille huit (2008)...

11 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

12 Um-hum.

13 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

14 Et de façon plus systématique, ça veut dire que la
15 procédure... et on devait autoriser un
16 accompagnement à chaque fois à partir de deux mille
17 six (2006). À partir de deux mille douze (2012),
18 c'était comme systématique, là, il y avait plus, il
19 y avait moins, la... on a assoupli beaucoup la
20 procédure. Il y a un enfant, il y a un parent,
21 okay, c'est... ça s'est simplifié, mais il y a de
22 l'accompagnement parental qui se fait.

23 Quand on a consulté les autres provinces ils
24 nous ont sorti des chiffres, mais c'est l'ensemble
25 de leur évacuation, c'est pas juste, là. Nous on

1 s'est focussés sur l'avion-hôpital pour lequel oui,
2 effectivement, on avait une politique restrictive,
3 mais pour lequel... si on veut l'adresser, il faut
4 s'assurer qu'on a... qu'on respecte la sécurité
5 aussi à bord des appareils. C'est d'avoir des
6 places assises qui respectent la réglementation
7 fédérale.

8 Ce qui est important de savoir, c'est que
9 l'appareil Challenger, c'est un appareil qui n'a
10 pas de portes qui isolent la cabine de pilotage,
11 fait que c'est... ce... quand j'embarque dans
12 l'avion, c'est comme un petit avion privé, là, je
13 peux aller voir les pilotes, leur jaser, puis voir,
14 fait qu'il y a une résistance, puis... au sein de
15 la sécurité de dire bien, même la gestion qu'on a
16 fait au cours des dernières... des derniers mois
17 pour pouvoir mettre en place la politique actuelle
18 qui permet l'accompagnement, bien, il y a une
19 démarche qui s'est fait pour s'assurer que c'est
20 légitime par rapport...

21 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

22 Um-hum.

23 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

24 ... à la sécurité, rassurer les pilotes, les agents
25 de bord, parce que dans... il y a eu une gestion de

1 changements à faire qui a été fait, mais il faut
2 aussi prendre en compte, parce qu'il y a un des
3 appareils pour lequel on ne pensait pas pouvoir
4 faire de la place sans devoir faire des
5 aménagements.

6 Je vais installer une civière, on change un
7 respirateur, un moniteur et il y a tout un exercice
8 à faire pour pouvoir installer ça dans un avion,
9 parce qu'il faut que ça respecte des règles de
10 sécurité et des règles de certification des
11 appareils.

12 En deux mille onze (2011), on a obtenu
13 l'autorisation du Conseil des ministres pour
14 pouvoir procéder au renouvellement de la flotte,
15 changer les appareils et changer des aménagements
16 médicaux pour les rendre plus ergonomiques, et on a
17 prévu d'ajouter un espace. L'appareil
18 actuellement, le Challenger CGURG, a un siège qui
19 est installé dans l'espace où se trouve la
20 toilette, mais qui est aménagé avec ceinture, qui
21 est une place certifiée. Lorsque l'appareil nous a
22 été livré en deux mille quatorze (2014), cette
23 place-là n'était pas... faisait pas partie de la
24 certification de l'appareil et il y avait des
25 contraintes que Bombardier a pas... qui a fait

1 l'aménagement, pouvait pas ajuster.

2 Ç'a été un changement de réglementation
3 fédérale qui a permis, en deux mille dix-sept
4 (2017), d'utiliser cette place assise, là, de façon
5 légitime au sens de la règlement... de la
6 législation fédérale.

7 Fait qu'on a eu des contraintes liées à ces
8 aspects-là, fait que c'est pas...

9 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

10 Um-hum.

11 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

12 Non, ça va pas toujours aussi vite qu'on aimerait
13 que ça...

14 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

15 Um-hum.

16 **M. RICHARD BERNIER**

17 Si vous me le permettez? J'aimerais que...

18 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

19 (Inaudible).

20 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

21 Oh, allez-y, allez-y.

22 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

23 Si vous me le permettez, juste... je voudrais
24 terminer sur ce document-là...

25 **M. RICHARD BERNIER**

1 Oui.

2 **Me EDITH-FARAH ELASSAL :**

3 Pour... avec vous, monsieur Lizotte. J'aurais une
4 dernière question concernant le rapport du comité
5 sur lequel vous avez siégé à la page 4. Bon, elle
6 est caviardée, là, c'est le petit carré noir que
7 vous voyez tout en bas. Au-dessus de la section
8 « Support à la famille », je sais pas si vous y
9 êtes avec moi... on peut lire:

10 « Une recherche non exhaustive a aussi
11 été faite afin de vérifier si une
12 politique similaire était en vigueur dans
13 d'autres services d'évacuations
14 aéromédicales en Amérique du Nord. »

15 Donc ici, on fait référence à une politique
16 similaire à celle en vigueur au Québec à ce moment-
17 là.

18 « Le Texas et la Californie utilisent une
19 directive similaire pour les transports
20 aéroportés de soins critiques. Les
21 raisons évoquées font référence au
22 caractère urgent de la situation, à
23 l'espace restreint disponible dans les
24 appareils, de même qu'à la nature
25 technique de soins qui peuvent être

1 requis. »

2 Donc, on voit ici, vous avez vérifié qu'est-ce
3 qui se faisait ailleurs de façon similaire à une
4 pratique de non-accompagnement. Ma question:
5 Est-ce que vous avez fait des démarches auprès
6 d'autres juridictions, d'autres provinces pour
7 faire une démarche positive, autrement dit de
8 vérifier s'il y avait d'autres juridictions,
9 d'autres provinces, d'autres États aux États-Unis,
10 qui permettaient l'accompagnement parental?

11 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

12 Humm... deux mille (2005), là, je me souviens pas
13 de telles démarches, là. Je peux pas vous dire si
14 elle a été faite ou pas.

15 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

16 Okay.

17 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

18 Mais j'ai pas de souvenir par rapport à deux mille
19 (2005). Je peux vous dire, j'ai fait la démarche
20 auprès des autres juridictions en deux mille dix-
21 sept (2017) là, (Rires)

22 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

23 Aujourd'hui, c'est le plus récent pour moi...

24 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

25 (Rires)

1 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

2 Mais à l'époque, vous vous rappelez pas si...
3 vous... on voit...

4 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

5 Mais je peux pas... je peux...

6 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

7 Ici, là, qu'il y a eu des... démarches qui ont été
8 faites, mais on voit pas s'il y a des démarches qui
9 ont été faites comme ce que vous avez fait
10 récemment pour vérifier si effectivement, il y
11 avait eu des précédents desquels le Québec pouvait
12 s'inspirer?

13 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

14 La... il me semble qu'il y a des documents aussi
15 de... inspirés du Texas et de... et de la... San
16 Francisco, là, qui étaient à l'effet de
17 restreindre. C'était aussi un peu la pratique de
18 l'époque.

19 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

20 Um-hum.

21 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

22 C'était pas... est-ce... on a... je peux pas dire
23 si on a fait des recherches pour trouver y a-tu
24 quelqu'un qui fait différent de nous? Je... les
25 recherches qui ont été faites, ce qui a été trouvé,

1 c'est les autres services de même nature ont des
2 experts... des restrictions similaires.

3 Il est important de savoir aussi que dans
4 l'aviation il y a l'autre élément, là. La plupart
5 des autres services, que ce soit... hein? On est
6 un des rares, en Amérique du Nord, sinon le seul à
7 utiliser des gros-porteurs. Les Challengers et les
8 Dash-8, c'est des gros appareils. La plupart des
9 autres services vont utiliser des King Air, des
10 Pilatus, des appareils qui sont beaucoup plus
11 petits.

12 Beaucoup de services, en Amérique, aux États-
13 Unis, sont des services hélicoptérés. C'est un
14 hélicoptère, c'est un autre environnement, c'est
15 un... c'est... le nombre de places est limité. Le
16 poids et la localisation des poids peut affecter le
17 vol et souvent, c'est très référencé même encore
18 aujourd'hui dans les autres juridictions
19 canadiennes auxquelles... de quelle façon ça
20 pourrait affecter le... « masse et centrage » en
21 français, là, comme disent les... le jargon
22 technique, c'est le « weight, and balance ».
23 (Rires).

24 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

25 Oui.

1 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

2 Et ça fait partie des éléments, là, qui amènent...
3 l'ensemble des provinces, actuellement, ils
4 permettent le transport, l'accompagnement parental
5 sous condition avec restrictions.

6 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

7 Savez-vous depuis combien de temps que c'est permis
8 dans les autres provinces de façon générale
9 approximativement?

10 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

11 J'ai pas la trace historique. Je... de quel moment
12 c'est amené. Le programme hélicoptère Star, la
13 communication qu'ils nous ont transmise ne permet
14 pas l'accompagnement parental, sauf de rares
15 exceptions. Pour ce qui est du volet avion en
16 Alberta, c'est permis, mais sous conditions avec
17 restrictions et la réglementation fédérale fait en
18 sorte que c'est le pilote-commandant de bord qui a
19 le dernier mot sur...

20 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

21 Oui.

22 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

23 ... qui embarque à bord. Et pour quelque raison
24 que ce soit là. C'est certain qu'il faut que ce
25 soit argumenté, là. Il y a des éléments de

1 gestion, là, qui...

2 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

3 Um-hum.

4 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

5 Qui, si c'est fait de façon abusive, pourrait

6 remonter à la Direction des opérations et...

7 mais...

8 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

9 Um-hum.

10 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

11 Au sens de la réglementation, c'est le pilote-

12 commandant de bord qui a le dernier mot sur qui

13 embarque à bord d'un appareil.

14 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

15 Si je peux me permettre juste pour ça, c'est que

16 nous, nos deux missions sont séparées. On dit

17 « nos patients de navettes », « nos patients

18 d'avions », puis en navette, on permet

19 l'accompagnement depuis plusieurs années.

20 Souvent, dans ces régions-là, c'est le même

21 avion qui fait les deux services, fait que c'est

22 pas toujours des patients qui ont besoin d'avoir un

23 médecin à bord, mais ils sont évacués pareil, fait

24 que c'est pour ça que des fois, les données, quand

25 on les regarde, bien on peut pas savoir qu'est-ce

1 que le patient avait au juste dans l'avion.

2 Fait que quand ils disent « sous restrictions
3 avec... », bien des fois, le patient qui embarque
4 pas, c'est les parents embarquent pas d'un patient
5 qui est plus instable ou qui est plus... quand on
6 parle avec eux, à ce moment-là, c'est plus des
7 choses comme ça que... t'sé, c'est... nos
8 statistiques ne sont pas...

9 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

10 Um-hum.

11 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

12 On compare pas les mêmes choses ensemble, là. Je
13 sais pas si...

14 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

15 Mais... puis il y a pas aucune juridiction qui va
16 garantir qu'à cent pour cent (100 %) du temps en
17 toutes circonstances...

18 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

19 Um-hum.

20 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

21 On va permettre de l'accompagnement et...

22 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

23 Non.

24 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

25 Il peut y avoir une situation où on est pris avec

1 une infection particulière qui fait en sorte qu'il
2 faut isoler, il faut se mettre en mode isolation et
3 isoler les pilotes pour pouvoir faire le vol. Il y
4 a des circonstances...

5 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

6 Um-hum.

7 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

8 Qui font que lorsqu'on va faire en sorte... et ce
9 qu'on a mis en place c'est de s'assurer que ces
10 circonstances-là soient réduites au strict minimum
11 et qu'elles soient, là, le moins souvent possible
12 pour s'adapter à la réalité, là, des soins, là,
13 puis de l'intervention familiale.

14 Même le concept de santé familial auquel je
15 référais plus tôt en santé, ça fait du sens, mais
16 si j'arrive pour parler dans l'avion, pour
17 Transport Canada, le parent qui accompagne son
18 enfant malade, c'est pas une unité, ça, c'est un
19 malade, puis un passager.

20 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

21 Um-hum.

22 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

23 Et la façon de pouvoir l'asseoir, comment je vais
24 l'organiser, bien ils doivent tenir compte de ces
25 deux éléments-là, là, où il y a un écueil dans la

1 juridiction fédérale, c'est quand on parle des
2 enfants de moins de deux ans, là, ou dans les vols
3 commerciaux, on leur permet de s'asseoir sur leurs
4 parents, mais on n'est pas venus à bout de cette
5 contradiction fédérale-là.

6 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

7 Bon. Fait que si on termine avec ce document-là,
8 si on va à la page 5, on peut voir la
9 recommandation du comité. Les recommandations qui
10 suivent ont fait l'objet d'un consensus. Donc,
11 consensus auprès des huit personnes, sept, huit
12 personnes dont vous siégez relativement au fait que
13 la politique existante au sein des services aériens
14 gouvernementaux, concernant le non-accompagnement à
15 bord de l'avion-hôpital, par distinction à l'avion-
16 navette, soit maintenue.

17 On voit un petit peu plus bas: « Support à la
18 famille ». Vous avez fait référence, si je vais à
19 l'avant-dernier paragraphe, ça fait référence à ce
20 que vous disiez, autrement dit que dans le cas de
21 la navette aérienne multipatients, bien qu'elle
22 soit utilisée lorsque c'est possible, lorsque
23 d'autres moyens de transport pour acheminer la
24 personne accompagnant le malade ne sont pas
25 disponibles.

1 Donc, je comprends qu'on assiste à ce moment-
2 là au début, là, si on veut...

3 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

4 Um-hum.

5 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

6 De la politique d'accompagnement pour la mission de
7 navettes et ç'a été officialisé un peu plus tard,
8 je pense que vous l'avez dit, en deux mille douze
9 (2012)?

10 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

11 Bien, en deux mille douze (2012), on a relaxé la...
12 le processus d'acceptation des demandes
13 d'accompagnements. On a débuté dès deux mille six
14 (2006), deux mille sept (2007), deux mille huit
15 (2008) l'accompagnement de façon... le centre
16 référant, puis... excusez...

17 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

18 Um-hum. Mais...

19 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

20 On pourra me corriger, mais on devait présenter une
21 demande d'accompagnement qui faisait l'objet d'une
22 évaluation, là, pour les vols de navettes. On a,
23 au fil aussi de la pratique, de voir comment ça se
24 déroulait tant pour le personnel navigant de dire
25 bien, ça va bien, les parents, c'est pas...

1 Puis un Dash-8, dans le fond, dont c'est fait,
2 par la certification de l'appareil il doit y avoir
3 en tout temps un agent de bord et il y a une porte
4 qui isole la cabine de pilotage de... c'est... ça
5 vient dans l'appareil et dans sa conception.

6 Pour le Challenger, bien on a récemment fait
7 des évaluations pour voir, est-ce qu'on peut
8 installer une porte? Il y a une demande qui a été
9 faite, c'est uniquement Bombardier qui peut obtenir
10 cette... ce type de certification-là. Je veux...
11 les coûts estimés par Bombardier au ministère des
12 Transports, juste pour la conception d'une porte
13 là, juste pour faire un dessin là, on était dans
14 l'ordre de huit cent mille dollars américains
15 (800 000 \$ US). Et ça, on n'a pas de délais, puis
16 les travaux sont pas faits, fait que c'est pas une
17 option qu'on a retenue, là, mais...

18 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

19 Um-hum.

20 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

21 C'est des éléments dans le contexte dans lequel
22 le... Dans le cadre des services aéronautiques,
23 les choses sont plus compliquées, puis moins... à
24 cause des processus de certification des coûts
25 inhérents, puis des délais de mise en oeuvre, ils

1 sont plus compliqués, mais on a regardé différentes
2 avenues pour voir si c'est possible.

3 C'est sûr que ça... ce que je voulais
4 illustrer, c'est qu'il y a une trame évolutive, là,
5 c'est pas un concept, là, qui est... Ah! On s'est
6 réveillés là, parce qu'on a lu un article dans un
7 journal... On avait cette préoccupation-là, on
8 avait... la démarche qui a été fait où on en a déjà
9 parlé, puis on a déjà encore cette préoccupation-là
10 qui a été signifiée lors de... du mémoire au
11 Conseil des ministres en deux mille onze (2011),
12 pour le renouvellement de la flotte, d'introduire
13 un service d'urgence sans médecin avec un Dash-8
14 dans lequel seraient faites les évacuations de
15 néonatalogie. Actuellement, elles sont faites en
16 Challenger, parce que compte tenu des délais qui
17 s'étirent cet appareil-là a pas été transformé
18 encore.

19 En ayant cette option d'amener la néonatalogie
20 avec le Dash-8, ça nous donnait des places assises
21 qui nous permettaient de voir l'accompagnement
22 parental. Bon. Ça s'est pas matérialisé, là, on a
23 transformé deux appareils, mais... et on est
24 toujours à travailler sur cet aspect-là, mais cette
25 préoccupation-là d'être en conformité avec notre

1 propre politique de périnatalité, bien, elle était
2 là, mais pour pouvoir la matérialiser dans
3 l'environnement avec lequel on se retrouvait, bien,
4 ça nous a pris un certain temps.

5 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

6 On a eu aussi l'évolution de nos ressources
7 humaines, t'sé? Notre équipe s'est rajeunie, puis
8 les mentalités changent aussi, ce qui fait que les
9 médecins qui étaient à l'ÉVAC depuis quelques
10 années, certains médecins ont participé à des
11 conventions à l'extérieur du Canada, comme en
12 Europe, où on parlait beaucoup d'accompagnement
13 parental, ils nous ramenaient ça.

14 Donc, c'était déjà dans la marmite, ça, d'être
15 capables de voir comment on peut faire avec nos
16 avions qu'on a actuellement pour desservir, mais on
17 savait qu'il fallait desservir le Québec au
18 complet, fait que comment...

19 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

20 Um-hum.

21 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

22 ... qu'on peut s'organiser...? Changer les
23 mentalités des équipes. Équipes médicales, la
24 mentalité, les gens sont déjà dans l'action, parce
25 qu'ils travaillent dans les urgences, puis déjà ils

1 fait de l'accompagnement, mais il fallait aussi
2 changer la mentalité au niveau de l'aviation, au
3 niveau des restrictions, expliquer c'est quoi un
4 parent, t'sé?

5 Nous, on parle... ce matin, on est toutes des
6 gens médicaux, on va parler d'un patient, d'une
7 famille, mais quand on arrive avec des gens au
8 niveau aviation, bien, il faut être capable de leur
9 expliquer nos préoccupations, puis de les faire
10 adhérer aussi à notre cause à nous là, t'sé,
11 puis...

12 Fait qu'il y a beaucoup de travail qui était
13 déjà commencé là-dessus, puis c'est même eux qui
14 nous ont amené des solutions. Quand on me dit
15 qu'il y a un avion qui était pas configuré du tout
16 pour pouvoir avoir un parent à bord ou d'autres
17 accompagnant, bien, ils ont trouvé une solution
18 d'être capables d'arrimer un incubateur autrement,
19 de recertifier une banquette, puis d'être capables
20 à ce moment-là d'accepter, là, cinq (5) passagers à
21 l'arrière de cet avion-là.

22 Fait que t'sé, je pense qu'il faut regarder ça
23 toute dans l'évolution, l'évolution des mentalités,
24 puis l'évolution de notre service aussi, puis les
25 façons de faire qui ont changé, les...

1 Ce qui arrive que aujourd'hui, bien, on arrive
2 avec un accompagnement parental qui est... qui
3 était implantable dans le milieu.

4 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

5 Si on vit... je comprends, juste pour rappel là, la
6 Commission a entendu qu'en deux mille onze (2011),
7 il y a eu une autre démarche initiée par la
8 Directrice du Centre de santé, Jane Beaudoin, du
9 Centre d'Inuulitsivik à Puvirnitug qui demandait,
10 particulièrement dans un contexte Autochtone, que
11 les enfants...

12 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

13 Um-hum.

14 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

15 ... soient accompagnés. Avez-vous eu vent de cette
16 démarche-là en deux mille onze (2011), quelques
17 années plus tard?

18 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

19 Docteur Bernier?

20 **M. RICHARD BERNIER**

21 Non.

22 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

23 Au ministère, est-ce que vous avez eu vent...?

24 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

25 Je me souviens pas de cette démarche précise.

1 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

2 Okay. Donc, ce qui nous mène... Bien, peut-être
3 avant de parler de la politique, là, qui a été
4 adoptée récemment...

5 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

6 Um-hum.

7 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

8 Parler de certains enjeux qui sont soulevés par
9 l'équipe de soins qui reçoivent un enfant dans
10 l'hôpital receveur, dans un grand centre, Montréal
11 ou...

12 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

13 Um-hum.

14 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

15 Québec qui est non accompagné. Il y a des
16 préoccupations qui ont été soulevées en audience,
17 notamment récemment, là, par le Docteur Samir
18 Shaheen-Hussain relativement aux soins cliniques,
19 les limites, qui se passait des soins cliniques
20 lorsque un pédiatre reçoit un enfant qui ne parle
21 pas la langue, là, la langue.

22 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

23 Um-hum.

24 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

25 Et également, les difficultés à rejoindre les

1 parents qui sont souvent inaccessibles au Nunavik,
2 par exemple, où c'est difficile de rejoindre les
3 gens par téléphone ou pour, par exemple, les pères
4 Cris, bien là, les gens vont, dans certains cas,
5 s'en venir par voie terrestre, par le réseau
6 routier, mais avec des difficultés, là, pour les
7 médecins à rejoindre les parents pour obtenir des
8 informations sur l'historique médical, qu'est-ce
9 qui s'est passé avec l'enfant?

10 Donc, bien, peut-être, Docteur Bernier, je
11 vous poserais la question: quelle est votre
12 opinion en tant que médecin sur cet aspect-là des
13 soins cliniques?

14 **M. RICHARD BERNIER**

15 Je crois que c'est quelque chose de nécessaire, qui
16 est même documenté dans la littérature, sauf qu'il
17 faut toujours... avant de prendre des événements ou
18 médiatisés à froid, là, il faut quand même bien
19 regarder l'ensemble de l'oeuvre et l'arrière-scène.
20 Je vais vous donner comme exemple, lorsqu'on a...
21 on voit dans les médias, puis je vous pose aussi la
22 question: un service qui est associé à un terme
23 barbare. Je vous pose la question - comment
24 devrais-je interpréter cette association-là? Et
25 par la suite, comment le vulgariser et le faire

1 comprendre à la famille ÉVAC, aux médecins qui se
2 donnent corps et âme là-dessus? Et en même temps,
3 de travailler sur une politique d'accompagnement,
4 parce qu'on n'a jamais cessé. On a fait une
5 politique d'accompagnement, un cadre de référence.
6 On s'est... on a... c'est pour ça qu'on a... on a
7 été un peu silencieux via les médias et on était
8 sous pression, mais on l'a livré, un cadre de
9 référence que je considère dans un court laps de
10 temps pour répondre à la demande malgré la
11 pression, mais le noyau de ça qu'il faut se
12 souvenir, c'est qu'il y a une équipe qui est à
13 l'arrière, puis les médecins me... le redit
14 souvent, puis ils sont très résilients, mais ça les
15 touche énormément.

16 On est peut-être par... des fois sans coeur,
17 mais ça les touche énormément de... d'avoir des
18 termes de « barbares » ou de « racistes », sans,
19 comme le code de déontologie le mentionne, qu'un
20 professionnel de la santé doit toujours discuter et
21 s'assurer avant de... d'émettre un commentaire ou
22 un jugement, ce qui est, pour ma part, et je parle
23 pour le service au complet, parce que j'aime le
24 service comme le requin aime le sang, c'est de
25 la... l'empathie, la dévotion que l'équipe médicale

1 et le travail à mettre là-dessus.

2 Et c'est, à chaque fois, on partait d'une
3 case, il frappait sur le clou, puis là, les gens se
4 demandaient - mais pourquoi? Est-ce qu'ils ont
5 compris? Possiblement. Je veux dire, ça
6 l'arrive, on est humains, mais je voudrais vous
7 citer un exemple très concret. C'est en... cet
8 été, en juillet.

9 Lors des premières parutions, il y avait un
10 commentaire du Docteur Jean-Sébastien Tremblay, qui
11 est un excellent pédiatre-intensiviste à
12 Sherbrooke, que j'ai eu, qui m'a contacté par
13 courriel pour me demander si je souhaiterais
14 participer au comité « Transport pédiatrique
15 provincial ». J'ai dit ça va me faire plaisir.

16 Et je me suis rendu compte en discutant qu'il
17 y avait des aspects qu'il connaissait moins bien,
18 de la mission d'ÉVAC. Il me disait - là, je
19 comprends mieux... parce qu'on a discuté l'espace,
20 je lui ai expliqué, j'ai dit vous savez, la santé,
21 c'est les soins, mais la valeur fondamentale de
22 l'aéronautique est la sécurité. C'est la sécurité.

23 Comme monsieur Lizotte l'a mentionné, c'est
24 pas un patient. Des fois, c'est...

25 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

1 Qu'est-ce que vous pensez de la sécurité de
2 l'enfant? Je voudrais vous entendre sur le sujet,
3 parce que je vous parlais de soins cliniques, vous
4 parlez de... du Code de déontologie. Donc, on
5 parle de soins cliniques à un enfant? Sécurité de
6 l'enfant?

7 **M. RICHARD BERNIER**

8 Oui. La sécurité de l'enfant, je peux vous... sa
9 priorité que les normes et les standards sont
10 respectés pour la sécurité à prodiguer des soins.
11 Les soins qu'on offre à bord de l'avion sont
12 hautement qualifiés. J'ai une base sur la... nos
13 médecins. On a des intensivistes, des
14 anesthésistes, des gens qui ont une pratique, comme
15 madame Côté l'a mentionné, dans les communautés,
16 mais partout en province et à Montréal, et je...
17 [tape trois (3) fois sur la table], sur mon
18 honneur, je peux vous dire que je n'ai pas honte,
19 parce que l'équipe médicale d'ÉVAC est une des
20 équipes les mieux certifiées au Québec, qui a une
21 certification qu'on exige au niveau de
22 l'obstétrique, qu'on appelle « ALSO », « Advanced
23 Life Treatment Obstetric Pause » pour « Réanimation
24 pédiatrique, ACLS ». « ATLS » pour la traumatologie,
25 pratiquant pour les... parce que vous savez, dans

1 un avion, on peut pas se servir d'un stéthoscope,
2 parce qu'on va entendre plus les réacteurs que le
3 coeur. Donc, il faut qu'on soit praticien
4 dépendant et la barre est augmentée à chaque année,
5 parce que moi, c'est moi qui présente, avec le chef
6 de service, au comité d'éthique, et on doit
7 respecter, que ce soit l'enseignement, le profil,
8 et il y a des exigences, et c'est... ils sont...
9 puis il y a même des entrevues avec des mises en
10 situation. Et les mises en situation...

11 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

12 Si vous me permettez...

13 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

14 Sur (inaudible)... de... excusez-moi, je vais...
15 Sur la sécurité de l'enfant, je remets pas en
16 question la... le travail qui est fait à bord de
17 l'avion-ambulance par les médecins qui sont dans
18 l'avion, mais maintenant, dans l'établissement qui
19 reçoit un enfant seul, non accompagné, jeune.
20 Souvent, des enfants Inuits, des enfants Cris qui
21 ne parlent pas la langue, qui viennent seuls, on a
22 entendu en audience que c'est difficile d'avoir
23 accès à un interprète sur place à l'hôpital
24 rapidement pour répondre à des situations
25 d'urgence, des situations qui arrivent par l'avion-

1 ambulance.

2 Alors, ma question dans ce contexte-là, c'est:

3 La sécurité de l'enfant, puis quand vous êtes le

4 médecin receveur et que vous devez dispenser des

5 soins cliniques, que vous devez obtenir un

6 consentement parental pour pouvoir prodiguer des

7 soins? On en a eu, des témoignages ici, à l'effet

8 que c'est difficile pour le médecin sur place de

9 faire son travail de médecin et que parfois,

10 certaines décisions médicales vont être reportées

11 jusqu'à tant que les discussions aient eu lieu

12 effectivement avec les parents?

13 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

14 Si...

15 **M. RICHARD BERNIER**

16 Euh...

17 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

18 Si vous me permettez un élément de contexte...

19 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

20 Okay. Je... j'aimerais, monsieur...

21 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

22 Oui?

23 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

24 Docteur...

25 **Me MARIE-PAULE BOUCHER:**

1 Oui?

2 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

3 Docteur Bernier, vous entendre?

4 **M. RICHARD BERNIER**

5 Je peux vous dire, ça s'adresse à... ça arrive dans
6 toutes les centres hospitaliers de la province.

7 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

8 Um-hum.

9 **M. RICHARD BERNIER**

10 Un enfant de deux ans qui va... qui parle pas, puis
11 qui... la famille parle le français, puis ça arrive
12 fréquemment. Toutefois, le médecin, dans le Code
13 de déontologie, la première chose, c'est de...
14 justement, la sécurité et de diminuer les
15 souffrances, et d'intervenir. Si le parent n'est
16 pas, là, ou la mère est décédée dans l'accident, il
17 doit, le Code spécifie qu'il doit, il peut même
18 intervenir pour le bien-être de l'enfant et pour sa
19 protection malgré l'absence d'un consentement.

20 Toutefois, il est bien spécifié qu'il doit le
21 consigner au dossier pour écrire et décrire la
22 raison pour laquelle il est intervenu. Et on
23 entend par, là, une intervention, il y a un niveau
24 d'intervention, mais la première chose que l'on
25 doit faire, c'est s'il y a une urgence et il n'y a

1 pas le consentement, oui, il peut intervenir.
2 Toutefois, il doit le consigner au dossier la
3 raison pour laquelle il a... il est intervenu, et
4 par la suite, là, il y a toujours une équipe qui va
5 s'assurer de... on va essayer de rentrer en contact
6 ou avec un des membres de la famille, mais la... le
7 noyau demeure l'utilisateur, le patient ou le client,
8 peu importe le libellé que vous... mais... en
9 médecine, c'est comme ça.

10 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

11 Okay.

12 **M. RICHARD BERNIER**

13 Parce que commencer à... des... comme je vous
14 disais tantôt, la chronodépendance, c'est pas
15 beaucoup dire - ah bien, on va attendre. Vous
16 savez, un enfant, là, quand sa condition médicale
17 se déprécie, c'est le début de la fin, il est peut-
18 être déjà tantôt.

19 Donc, est-ce qu'on... peut se permettre
20 d'attendre? Je pense qu'il y a pas de guide où la
21 ligne directrice qui vont remplacer. Il y a
22 toujours, ce sera toujours le bon jugement clinique,
23 de dire, s'il décide d'intervenir, il va mentionner:
24 « Voilà ma raison. »

25 **LE COMMISSAIRE:**

1 Um-hum. Ça, Docteur Bernier, je suis d'accord avec
2 vous. J'espère qu'un médecin qui voit...

3 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

4 Um-hum.

5 **LE COMMISSAIRE:**

6 ... une urgence, attendra pas un consentement pour
7 intervenir, ah! Je pense qu'on s'entend là-dessus
8 là, c'est le gros bon sens, là.

9 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

10 Si je peux juste ramener l'année passée quand on a
11 visité les gens de Nunavik, on a été sensibilisés
12 beaucoup par eux, puis ils nous ont expliqué les
13 enjeux qu'il y avait, d'être capables de faire
14 suivre le parent rapidement, parce que t'sé, la...
15 une pratique se fait tant que tu poses pas la
16 question - est-ce que c'est la bonne pratique? Il
17 faut-tu qu'on change quelque chose?

18 **LE COMMISSAIRE:**

19 Um-hum.

20 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

21 Puis quand on les a rencontrés, qu'il nous ont dit
22 vous savez, des fois, les parents, ça peut prendre
23 vingt-quatre heures (24 h) ou quarante-huit heures
24 (48 h) avant qu'ils arrivent. Pour nous,
25 c'était... mais on a dit il faut qu'on fasse

1 quelque chose... puis on a déjà, comme... on a
2 compris les enjeux, puis on a compris l'importance.

3 Puis comme on disait tantôt, avec notre
4 personnel, on a été capables d'amener le
5 changement. On est revenus de, là, fin octobre.
6 En novembre, on a consulté à l'extérieur pour voir
7 qu'est-ce qui se faisait actuellement dans les
8 autres province, s'il y avait des choses qui
9 étaient concrètes, s'il y avait eu des
10 problématiques.

11 On a eu une sortie médiatique qui nous a pas
12 aidés. On a... eu aussi une sortie ministérielle
13 qui a annoncé: dans deux, trois semaines, ça va
14 avoir lieu... Où ce que nos équipes ont appris que
15 ça s'en venait, mais que c'était plus rapide que ce
16 qu'ils pensaient, puis qu'on les avait pas
17 consultés. Fait qu'on a pris le temps de faire une
18 évaluation qu'on appelle de « dangerosité de
19 risque » pour éteindre toutes ces choses-là.

20 T'sé, quand on voit - pour la confidentialité
21 des patients. Est-ce qu'on peut embarquer un
22 parent avec un autre patient? Est-ce qu'on
23 peut...? Bien là, on a consulté au niveau de
24 l'éthique, au niveau du juridique, au niveau du CHU
25 de Québec, puis ils nous ont dit qu'il y avait pas

1 de problématique, c'était comme dans une salle
2 d'urgence.

3 On a consulté avec les gens au niveau de
4 l'aviation, au niveau de Transport Canada, les
5 pilotes. On a mis une politique en place au début,
6 mais accompagné à la politique, on a mis des règles
7 d'utilisation qui sécurisaient, dans les premiers
8 mois, tout le monde.

9 C'est pour ça que cet été, on avait un agent
10 de bord, une infirmière qui accompagnaient le
11 parent pour être capables de démontrer que
12 finalement, l'accompagnement, ça pouvait se faire
13 par l'équipe qui était à bord, mais c'est sûr que
14 ç'a été plus restrictif dans certains avions où
15 j'ai moins de sièges de disponibles, mais quand on
16 s'est revus deux mois après l'utilisation du
17 service, bien là, les gens ont dit - mais ça va
18 super bien avec les parents. Les gens ont adopté
19 le changement.

20 Quand on arrive avec un changement dans un
21 organisme, c'est toujours difficile, puis depuis la
22 mi-septembre, on n'a plus à ce moment-là de...
23 d'agents de bord ni d'infirmières. On peut ajouter
24 quelqu'un au besoin. Les équipes de pilotes sont
25 confortables avec ça, les équipes médicales aussi.

1 Les gens veulent plus(+) qu'un parent puisse se
2 mettre à côté d'un enfant et lui parler, le
3 reconforter.

4 Des fois, on a le contraire. Un enfant qui
5 pleure plus parce que il veut que son papa soit à
6 côté de lui, puis pour le décollage, l'atterrissage,
7 il est plus sur un siège. Mais t'sé, je pense qu'on
8 a évolué, puis on en vient à un accompagnement qu'on
9 peut garantir à quatre-vingt-dix-huit pour cent
10 (98 %) présentement, là, depuis...

11 **LE COMMISSAIRE:**

12 Um-hum.

13 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

14 Un mois, là, de mi-septembre à mi-octobre, on a
15 juste un refus, puis le refus qu'on a eu, c'était
16 un patient de la Gaspésie, c'était pas un patient
17 du Nunavut, puis c'était parce que c'était le père
18 qui accompagnait un bébé en néonatalogie, puis dans
19 l'avion qu'on a pris, il y avait quatre sièges pour
20 asseoir, mais dans ce temps-là, nous, on a essaie
21 de récupérer le père après avec une navette pour
22 être capable de le ramener, là, au Centre.

23 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

24 Puis il est important de savoir que même malgré
25 l'offre de... d'accompagnement, il y a un certain

1 nombre de parents qui refusent...

2 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

3 Ils veulent pas.

4 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

5 ... cette capacité là...

6 **M. RICHARD BERNIER**

7 Oui.

8 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

9 La majorité des services l'évalue à peu près à
10 trente pour cent (30 %). On le vit sur la navette
11 où, pour toutes sortes de bonnes et de mauvaises
12 raisons, le parent est monoparental, a d'autres
13 enfants à la maison, il préfère utiliser un mode de
14 transport pour avoir plus... et ça amène cette
15 réalité-là que les enfants peuvent arriver seuls.

16 Outre le service aéromédical du programme du
17 gouvernement du Québec, il y a d'autres entreprises
18 privées qui offrent ce... ce service-là. Les
19 établissements peuvent nolisier, certains
20 établissements ont d'autres service à contrat. Ça
21 veut dire qu'au niveau des centres receveurs, ce
22 n'est pas uniquement le programme d'évacuation
23 aéromédicale qui apporte des enfants, qui peuvent
24 être ou non accompagnés.

25 **LE COMMISSAIRE:**

1 Mais c'est intéressant, ça, puis tant mieux si ça
2 s'améliore.

3 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

4 Um-hum.

5 **LE COMMISSAIRE:**

6 Mais si je vais dans le sens de ce que Me Elassal
7 demandait, au niveau, ce qu'on a entendu, c'est,
8 pour un médecin qui va traiter l'enfant, qui arrive
9 dans son centre à Montréal, un enfant qui parle
10 l'Inuktitut uniquement, bien, peut-être que des
11 fois, le médecin aimerait avoir un parent qui va
12 pouvoir traduire les réactions de l'enfant, qui va
13 pouvoir expliquer dans quelles circonstances est
14 arrivé un événement qui nécessite un traitement.
15 Ça peut aider. C'est des choses qu'on a entendues
16 là.

17 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

18 Parce que à ma connaissance, il me semble qu'il y a
19 la Maison Univik(?) qui existe à Montréal et il y a
20 une entente entre le Centre hospitalier
21 universitaire de McGill et la Maison Univik, là,
22 pour la présence, là, d'infirmières, agents de
23 liaison et de... d'interprètes.

24 **LE COMMISSAIRE:**

25 Um-hum. Mais si vous êtes le parent, vous qui avez

1 vécu...

2 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

3 Oui oui oui, j'ai...

4 **LE COMMISSAIRE:**

5 ... (inaudible)...

6 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

7 Je le sais, des situations idéales.

8 **LE COMMISSAIRE:**

9 C'est dans l'événement des journées, puis d'être
10 capable de décrire au médecin ce qui s'est passé...

11 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

12 Oui.

13 **LE COMMISSAIRE:**

14 Comment l'enfant s'est comporté, et cetera. Je
15 sais pas, moi, je suis pas médecin, mais j'ai cru
16 comprendre que pour certains médecins, ça pouvait
17 être aidant?

18 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

19 Oui oui oui, je... j'en doute pas et je pense...

20 **LE COMMISSAIRE:**

21 Um-hum.

22 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

23 Que c'est... la politique qui est en place est...
24 on favorise l'accompagnement parental.

25 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

1 Um-hum.

2 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

3 Dans les situations où...

4 **M. RICHARD BERNIER**

5 Um-hum.

6 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

7 C'est pas par la suite, il faut trouver des
8 alternatives qui vont toujours être moins... qui
9 vont être pour pallier le mieux, c'est quand le
10 parent peut être, là, et c'est ce qu'on s'est
11 efforcé de mettre en place. Et actuellement, je
12 pense qu'on réussit à répondre à cet élément-là.

13 Bon, peut-être que notre cheminement a été
14 long, mais actuellement, on a réussi à mettre en
15 place, pour les missions d'avions-hôpital,
16 l'accompagnement parental. Les équipes sont
17 solidaires, ça fonctionne et on espère qu'on pourra,
18 sur d'autres aspects, s'améliorer.

19 **LE COMMISSAIRE:**

20 Puis on est conscients que la perfection étant pas
21 de ce monde, l'amélioration, par exemple, fait
22 partie...

23 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

24 Um-hum.

25 **LE COMMISSAIRE:**

1 ... de notre monde et on voit que... qu'il y a eu
2 de l'amélioration, disons.

3 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

4 Um-hum.

5 **LE COMMISSAIRE:**

6 Je vous laisse aller, Me Elassal, là...

7 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

8 Oui. Bien, je...

9 **LE COMMISSAIRE:**

10 J'ai... j'ai fait de la digression.

11 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

12 ... ah-ah!... je pense que... Non non non,
13 (inaudible). Bien, peut-être qu'à ce stade-ci, je
14 demanderais à madame Leduc de diffuser à l'écran un
15 extrait de l'onglet 96.1. C'est la réponse, en
16 fait, de l'ÉVAC à une demande de renseignements de
17 la Commission à la page 11. On va parler de
18 statistiques. Le Centre...

19 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

20 Um-hum.

21 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

22 Bon, une petite mise en contexte en attendant qu'on
23 arrive à la page. En fait, on vous a demandé des
24 informations sur les accompagnements,
25 effectivement, qui ont lieu...

1 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

2 Um-hum.

3 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

4 Du trente (30) juin au premier (1er) octobre...

5 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

6 Au premier (1er) octobre...

7 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

8 D'ailleurs madame...

9 **LE COMMISSAIRE:**

10 On parle de... on parle de deux mille dix-huit

11 (2018) là?

12 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

13 Oui, exactement, depuis...

14 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

15 Oui. C'est tout chaud. (rires)

16 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

17 Puis madame Côté, je tiens à vous remercier pour...

18 je devine que vous avez fait un gros travail sur

19 ça, donc, je tiens à vous remercier pour les

20 informations que vous avez transmises à la

21 Commission.

22 On voit le portrait des évacuations par

23 avions-hôpital du 30 juin au premier (1er) octobre

24 dernier. Ces deux dernières colonnes, « Kuujjuaq,

25 Puvirnituaq au Nunavik »...

1 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

2 Um-hum.

3 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

4 Et ici, on dresse une ligne. On voit les autres
5 régions qu'on pourrait appeler « le reste du
6 Québec ». En... tout en bas, la dernière ligne, on
7 voit les accompagnements qui ont été refusés par
8 région, notamment au Nunavik auquel je fais
9 référence. Si on monte de trois colonnes, là, on
10 voit « Demandes d'accompagnement », troisième ligne
11 à partir du bas, 79...

12 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

13 Um-hum. Oui?

14 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

15 Si on fait un examen, on regarde ce qui s'est fait
16 au Nunavik, puis on additionne quatre (4) plus
17 treize (13), il y a eu dix-sept (17) demandes
18 d'accompagnement au Nunavik pendant cette période-
19 là et les accompagnements refusés, un (1) plus huit
20 (8), neuf (9).

21 **M. RICHARD BERNIER**

22 Um-hum.

23 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

24 Oui.

25 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

1 Donc, au Nunavik, neuf (9) accompagnements refusés
2 sur treize (13) demandes d'accompagnement, ce qui
3 fait environ cinquante-trois pour cent (53 %)[sic].

4 Si on fait le même exercice pour le restant du
5 Québec, ça nous fait un total de vingt-deux (22)
6 refus d'accompagnement sur soixante-deux (62)
7 demandes, trente-cinq pour cent (35 %).

8 Quand on regarde ces statistiques-là par
9 régions...

10 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

11 Oui?

12 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

13 Je comprends que vous avez pas de données sur les
14 Autochtones spécifiquement, les transits par... qui
15 sont évacués par avions?

16 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

17 Bien, je peux juste, si je regarde les demandes,
18 deviner avec les noms, mais sinon, c'est pas...

19 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

20 Vous pouvez pas nous la donner non plus?

21 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

22 ... (inaudible). Non.

23 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

24 Okay, c'est correct. Donc, on peut quand même
25 voir, avec les deux dernières colonnes, qu'au

1 Nunavik, on peut...

2 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

3 Oui.

4 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

5 ... s'attendre à ce qu'il y ait plus de...

6 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

7 (Inaudible). Dans... Au moment où ce que... parce
8 que... oui?

9 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

10 Si vous me permettez? On peut s'attendre à ce que
11 il y ait plus... vous me devancez avant ma
12 question.

13 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

14 Oui. (rires).

15 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

16 En fait, tout ce que je veux faire avec ce tableau-
17 là, en fait, c'est de vous montrer qu'on voit qu'au
18 Nunavik, les enfants Inuits sont davantage impactés
19 encore aujourd'hui...

20 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

21 Euh...

22 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

23 Malgré l'adoption d'une politique et qu'ils sont
24 plus susceptibles?

25 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

1 C'était... les statistiques vont jusqu'au premier
2 (1er) octobre là-dedans, mais à partir du quatorze
3 (14)... du dix-huit (18) septembre, j'en ai plus de
4 refus, là. C'est parce que ce qui occasionnait le
5 refus avant le quatorze (14) septembre, c'était que
6 je devais avoir la présence d'un agent de bord,
7 puis des infirmières dédiées pour le parent.

8 Souvent je suis déjà en vol quand on a des
9 demandes pour l'extérieur comme ça au Nunavut,
10 arrive fréquemment que je suis à Montréal, puis à
11 ce moment-là, bien, je repartais directement de là,
12 pour pouvoir aller chercher le patient, parce qu'on
13 a aussi toutes les contraintes de *due to time* de
14 pilotes, ce qui fait que si je reviens vers Québec,
15 puis que je change d'avion, à ce moment-là je tombe
16 comme dans un changement. Je peux pas partir avec
17 les pilotes qui finissent de jour parce qu'il leur
18 reste pas assez de temps, puis je dois attendre
19 encore des fois deux, trois heures mes pilotes de
20 soir. Fait que souvent, on part directement pour
21 être capables de faire la mission.

22 Ça arrive même, quand les patients sont
23 urgents, que mon équipe médicale, quand ils
24 escortent à Montréal, l'équipe de pilotes, ils
25 restent là puis je les rapatrie après autrement à

1 Québec, parce que le *due to time*, il est vraiment,
2 là, à la limite.

3 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

4 Et c'est en vol autorisé, là, pour les pilotes.

5 **M. RICHARD BERNIER**

6 Oui.

7 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

8 L'autre élément qui est fixe...

9 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

10 Là... là, j'ai plus besoin d'avoir un agent de bord
11 ni une infirmière. Ça veut dire que quand on a
12 regardé *toutes* les refus, parce qu'au ministère des
13 Transports, eux aussi, ils suivent ça de près. À
14 chaque fois qu'on a un refus, on analyse pourquoi
15 le refus est arrivé, puis en grande partie, les
16 refus arrivaient parce que j'avais le personnel
17 dédié, là, à bord de l'avion.

18 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

19 Parce qu'il faut savoir que le Nunavik est
20 principalement desservi en Challenger.

21 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

22 Fait que... Um-hum.

23 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

24 Et pour les missions qui y sont effectuées, compte
25 tenu de la distance et de la rapidité qu'on veut

1 faire, alors que pour les autres régions, on peut
2 les desservir en Dash-8 même pour des vols urgents
3 d'avions-hôpital. Et ce qui fait qu'on n'a pas
4 cette contrainte d'espace disponible-là, fait que
5 ça vient créer... surtaxer le...

6 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

7 Um-hum.

8 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

9 Le Nunavik pas pour des raisons de population, mais
10 des raisons du choix de l'appareil qu'on a pour
11 desservir cette population-là avec la mise en
12 oeuvre de la nouvelle façon de faire où on n'a pas
13 besoin de personnel additionnel, bien, on n'a plus
14 cette contrainte-là et les statistiques récentes
15 jusqu'au vingt (20) octobre qu'on n'a plus ce
16 phénomène-là de refus qui vient taxer le...

17 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

18 (Inaudible).

19 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

20 Le Nunavik.

21 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

22 Est-ce que les deux Challengers ont été
23 reconfigurés ou il y en a juste un des deux qui a
24 été reconfiguré de la...?

25 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

1 Celui qui... où on avait un espace disponible, puis
2 c'est CGURG, il y a pas eu de changements, il
3 permettait l'accompagnement. Dans l'appareil de
4 relève qui se nomme « CGQBQ », lui, il a eu une
5 modification. Il a même... il est même plus
6 spacieux pour l'accompagnement. Celui dans lequel
7 on pouvait pas initialement, avec l'aménagement
8 qu'on a pu faire, nous donne plus d'espace et
9 permet l'accompagnement parental, fait que... et
10 ça, sans que ça ait coûté des millions là. Ah!

11 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

12 Est-ce que la...

13 **LE COMMISSAIRE:**

14 C'est, là, qu'on parle d'améliorations.

15 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

16 Oui.

17 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

18 Um-hum.

19 **LE COMMISSAIRE:**

20 Ah. Et je comprends que...

21 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

22 Oui.

23 **LE COMMISSAIRE:**

24 Si on avait le même tableau dans quelques mois, on
25 verrait un pourcentage...

1 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

2 Oui.

3 **LE COMMISSAIRE:**

4 ... qui est très différent?

5 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

6 Oui.

7 **LE COMMISSAIRE:**

8 Pour le Nunavik, là?

9 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

10 Bien, si je refais juste les statistiques du dix-
11 huit (18) de septembre à... au vingt (20) octobre,
12 c'est ce que j'avais, bien, j'en ai pas de refus,
13 là, dans le Nunavik. J'ai eu des demandes, j'ai pas
14 eu de refus. Um-hum.

15 **LE COMMISSAIRE:**

16 Je suis heureux d'entendre ça.

17 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

18 Oui. Ah-ah! Surtout, c'est parce que là-dedans
19 aussi, on a travaillé fort, parce qu'au même moment
20 l'année dernière, le vingt-quatre (24) octobre, on
21 était au Nunavik, on a appris comment c'était
22 important, l'accompagnement parental, les enjeux
23 que les gens vivaient. On a toute mis en branle
24 pour être capables de mettre cette politique-là,
25 puis on voulait pas mettre ça rapidement, puis

1 qu'il arrive un... s'il y aurait arrivé un incident
2 dans l'avion, ça aurait fini du côté de
3 l'avionique. Transport Canada nous aurait
4 probablement défendu de faire une pratique où on a
5 un passager dans un avion où il y a pas... Il
6 fallait vraiment sécuriser tout ça, il fallait
7 faire de l'enseignement avec les régions, parce
8 qu'il faut que les régions évaluent les patients
9 comme il faut aussi.

10 T'sé, quand les patients, quand on demande
11 d'évaluer les parents, parce que des fois, on se
12 dit « le parent », mais des fois, c'est un oncle,
13 une tante... C'est une personne significative pour
14 l'enfant et qui est dédiée pour le transport. J'ai
15 eu des grands-parents, j'ai eu des grands-mamans,
16 t'sé, c'est pas toujours...

17 Fait que toute ça devient... devait aussi être
18 fait, puis on... quand on disait au niveau de la
19 sécurité aux gens de l'aérien: inquiétez-vous pas,
20 on va faire faire les évaluations comme il faut.
21 Il y aura pas d'imprévus, les gens vont arriver,
22 ils vont savoir comment ça se passe. Il y a un
23 petit pamphlet qui leur est remis. Les gens, quand
24 ils embarquent dans l'avion, ils savent à quoi
25 s'attendre, puis à ce moment-là, bien, ça va super

1 bien, là.

2 J'ai reparlé encore hier, avant de partir,
3 avec le Service aérien, avec le Directeur des
4 opérations, puis il dit ah, t'sé depuis les
5 nouvelles procédures, là, wow, tout le monde est
6 content, puis ça va bien. Mais les gens étaient
7 pas prêts à cette procédure-là quand on l'a mis en
8 place au mois de juin. Il fallait qu'il y ait un
9 peu de vécu, un peu de... vécu avec cette façon de
10 faire pour être capables après de comprendre les
11 enjeux puis de voir le lien.

12 On n'a plus besoin de vendre le positif de
13 l'accompagnement parental à nos équipes. On avait
14 la sécurité à garder, puis là je pense qu'avec
15 qu'est-ce qu'on a mis en place, tout le monde
16 réalise que ce qu'on fait est sécuritaire.

17 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

18 Um-hum. Si on va dans votre politique
19 d'accompagnement qui était à l'onglet 36.3.1, à
20 deux endroits dans la politique, on fait référence
21 à la consommation d'alcool et de drogues en tant...

22 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

23 Um-hum.

24 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

25 En tant que motif pour justifier l'absence

1 d'accompagnement. À l'onglet suivant, il y a
2 également le guide de l'accompagnateur qui est
3 destiné aux parents, qui fait également référence à
4 l'interdiction de posséder ou de consommer en vol
5 alcool et drogues.

6 Il me semble qu'il va de soi qu'une personne
7 intoxiquée pourra pas embarquer dans un avion...

8 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

9 Um-hum. Oui.

10 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

11 Alors, je me demandais pourquoi vous aviez décidé
12 d'utiliser ces mots qui sont quand même assez
13 stigmatisants, là...

14 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

15 Deux... Bien, il y a deux raisons. Premièrement,
16 quand on a parlé avec le comité de la gestion de
17 risques au niveau des agents de bord, c'est une
18 spécification dans leur cahier. Donc, quand il y
19 a... quand ils font la formation d'agents de bord,
20 quand ils appliquent la règle dans l'avion, bien,
21 ils doivent toujours vérifier ces choses-là, puis
22 comme nous, on n'a pas d'agents de bord
23 présentement dans l'avion, bien, il fallait que mon
24 personnel à moi, médical, s'assure qu'il y ait pas
25 présence d'alcool ou de drogues, là, chez la

1 personne qui embarquait dans l'avion, puis ça,
2 c'est une réglementation qui est dans toutes les
3 compagnies aériennes.

4 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

5 Est-ce que c'est nécessaire de l'indiquer dans la
6 politique?

7 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

8 Deuxièmement, bien nous on s'est basés sur...
9 Parce que quand on a voulu mettre ça en place,
10 autant on a beaucoup de littérature pour
11 l'accompagnement parental au niveau terrestre dans
12 les hôpitaux, mais au niveau aérien on n'avait pas
13 grand-chose, on n'avait pas... Il y en a qui en
14 font, mais ils ont pas de politique d'écrite... il
15 y a pas de statistiques de tenues non plus
16 beaucoup.

17 On a un médecin qui a pris les devants, qui a
18 appelé les compagnies qui en faisaient en
19 Angleterre, en Nouvelle-Zélande, en Australie pour
20 voir eux, qui en font beaucoup, comment ça se
21 passe? Et puis les gens ont vécu les mêmes... la
22 même vague au début, d'incertitude, puis après ça,
23 de gestion de qu'est-ce qui peut être dangereux à
24 bord d'un avion.

25 Et puis les gens ont noté, en tout cas,

1 dans... qu'est-ce qui... qu'est-ce qu'on devait
2 évaluer chez le patient, chez le parent avant de
3 l'embarquer dans l'avion, puis nous, bien on s'est
4 référé à ce qu'ils nous disaient dans une revue qui
5 est « Air Medical Journal », où ce qu'ils parlent
6 de comment implanter une politique d'accompagnement
7 familial dans les vols avec des patients, puis les
8 grilles sont textuelles, elles sont en anglais,
9 puis nous, bien, on les a traduites en français.
10 On s'est pas questionnés plus que ça. On a traduit
11 ce qui était déjà là, dans l'article qui était
12 suggéré.

13 J'ai envoyé le premier cadre de référence en
14 documents de travail aux gens qu'on avait
15 rencontrés au Nunavik pour leur demander s'ils
16 avaient des commentaires particuliers et est-ce que
17 c'était faisable pour eux aussi d'évaluer le
18 parent? Parce que des fois, dans les villages, si
19 quelqu'un peut l'évaluer avant qu'il arrive ou...
20 puis ils m'ont dit qu'il y avait pas de
21 problématiques, là, avec l'application, puis ils
22 m'ont pas amené de correctifs non plus, là...

23 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

24 Um-hum.

25 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

1 ... à la politique.

2 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

3 Parce que c'est en...

4 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

5 Dans...

6 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

7 C'est en lien avec la documentation, le manuel de
8 formation des agents de bord.

9 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

10 Oui.

11 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

12 On a... des documents fédéraux utilisent ce type
13 de... cette référence spécifique à l'alcool et aux
14 drogues dans les... pour l'évaluation...

15 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

16 Um-hum.

17 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

18 ... comportementale et l'exécution, fait que c'est
19 aussi de cette façon-là que ç'a été repris par le
20 Comité de risques et de dangerosité...

21 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

22 Um-hum.

23 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

24 Et ça faisait du sens aux gens du Service aérien
25 gouvernemental, pour les pilotes, qu'on ait la même

1 nomenclature qui faire référence, fait qu'il y ait
2 pas de... et ça, c'est un cadre qui s'applique à
3 l'ensemble de la population du Québec, là, c'est
4 pas...

5 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

6 Oui.

7 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

8 C'est pas pour une région spécifique là, c'est pour
9 tous.

10 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

11 Oui. Juste...

12 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

13 Um-hum.

14 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

15 Pour rappel, votre politique est sortie le trente
16 (30) juin. Le vingt et un (21) juin, lors de la
17 Journée Nationale des Autochtones, le ministre de
18 la Santé de l'époque a fait... a tenu des propos
19 sur l'intoxication...

20 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

21 Oui.

22 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

23 Drogues et alcool qui ont été critiqués par
24 plusieurs, cités par un témoin qu'on a entendu ici,
25 par Cindy Blackstock aussi qu'on a entendue. Je

1 nomme des gens, mais il y a plusieurs personnes.
2 Ghislain Piard, Femmes Autochtones du Québec
3 également qui a dénoncé ça...

4 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

5 Um-hum.

6 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

7 C'est... pour certains, ça perpétue les schèmes
8 de... des préjugés de... dans une politique comme
9 celle-là, c'est possible, je crois, d'arriver à la
10 même fin, mais en utilisant des termes qui sont
11 plus neutres et moins stigmatisants dans le
12 contexte qu'on connaît, lié à l'adoption de votre
13 politique. Donc, c'est en ce sens-là que je...

14 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

15 Um-hum.

16 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

17 Je me demandais, vous, est-ce que, avec du recul,
18 vous vous dites - ah bien finalement, peut-être que
19 les choses auraient pu être faites différemment?
20 Et peut-être que les choses peuvent être faits
21 différemment, considérant les critiques qui...

22 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

23 Bien moi, je...

24 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

25 Qui ont été soulevées sur ce point?

1 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

2 Je prendrais peut-être vos mots tout à l'heure en
3 disant qu'on peut s'améliorer que s'il y a des
4 pistes d'amélioration, mais que finalement, au
5 niveau de la sécurité, les... bonnes questions sont
6 quand même évaluées? Il faut vraiment prendre le
7 temps d'évaluer comme il faut.

8 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

9 Um-hum.

10 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

11 Bien là, à ce moment-là, je veux dire, s'il y a des
12 choses qui...

13 **LE COMMISSAIRE:**

14 Um-hum.

15 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

16 Qui peuvent être améliorées là? T'sé, on est quand
17 même ouverts, mais il faut comprendre que quand on
18 l'a écrit là-dedans, il y avait... c'est moi qui l'a
19 écrit, qui l'a traduit. J'ai aucune arrière-pensée
20 de rien, puis je dirigeais pas ça du tout sur aucune
21 personne. J'étais encore... j'ai écrit ça comme ça,
22 mais c'était pour toutes les... c'était pour tout le
23 monde, pour toute le Québec, puis c'était en
24 traduction de ce qui existait déjà.

25 **LE COMMISSAIRE:**

1 Mais si je peux me permettre de penser tout haut
2 là?

3 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

4 Oui?

5 **LE COMMISSAIRE:**

6 Il peut y avoir une nette différence entre une
7 politique qui est adoptée, qui s'applique à tous
8 indépendamment des origines, de la culture, puis
9 les commentaires que certains peuvent en faire.

10 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

11 Um-hum.

12 **LE COMMISSAIRE:**

13 Alors, peut-être qu'une politique intelligente peut
14 être commentée d'une manière moins intelligente?

15 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

16 Um-hum.

17 **LE COMMISSAIRE:**

18 Donc, si ça peut vous résumer le fond de ma pensée?

19 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

20 Um-hum.

21 **LE COMMISSAIRE:**

22 Vous pouvez continuer.

23 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

24 Est-ce que, si on parle un peu de sécurisation
25 culturelle, c'est un thème qui revient souvent à la

1 Commission.

2 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

3 Um-hum.

4 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

5 Au niveau de votre équipe, est-ce que les gens du
6 personnel, médecins, infirmières à bord de l'ÉVAC,
7 sont... ont reçu des formations sur les réalités,
8 puis...?

9 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

10 Suite à notre rencontre qu'on a eue avec les gens
11 du Nunavik, on a fait venir un médecin qui
12 travaille là-bas à Kuujjuaq. On a toujours une
13 journée de formation professionnelle, nous, qui
14 s'est tenue en juin, puis elle est venue donner
15 vraiment une belle conférence pour expliquer toute
16 le contexte là, qu'elle travaillait le contexte des
17 patients.

18 On a aussi parlé de l'accompagnement à ce
19 moment-là, là, qui s'en venait, fait que ç'a été
20 vraiment bien là, puis comme on disait, on a des
21 médecins de plus en plus qui travaillent aussi dans
22 le Nord, fait que les médecins nous ramènent des
23 choses, là, t'sé? Ça nous donne un milieu de
24 travail qui devient riche et c'est enrichissant,
25 là, de côtoyer, là, les gens qui ont travaillé là-

1 bas, puis qui nous donnent des trucs. Ils nous
2 donnent des façons de faire aussi, ils nous
3 expliquent des fois des façons de faire que... puis
4 on peut pas voir si on y a pas été là, si on n'a
5 pas vécu un peu là-bas.

6 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

7 Um-hum. Est-ce que votre politique est disponible
8 en langue Autochtone ou même en anglais
9 actuellement?

10 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

11 Elle est traduite en anglais.

12 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

13 Um-hum.

14 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

15 Pour ce qui est de l'Autochtone, on en avait parlé
16 avec les gens... ils ont traduit en Autochtone les
17 consentements qu'ils expliquent aux parents...

18 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

19 Okay.

20 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

21 Le petit guide, mais la politique comme telle, elle
22 est pas en Autochtone.

23 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

24 Okay. C'est-tu quelque chose que vous voyez pour
25 le futur comme un bon oeil ou...?

1 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

2 J'aimerais. Moi, j'aimerais ça.

3 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

4 Entre autres dans les centres de santé...

5 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

6 Um-hum.

7 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

8 ... (inaudible).

9 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

10 Ça, c'est la raison pour laquelle le guide de
11 l'accompagnateur est sorti à sa publication en
12 langue... aussi en langue anglaise, là.

13 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

14 Um-hum.

15 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

16 Il était pas au stade de la...

17 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

18 Um-hum.

19 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

20 De la langue Autochtone, là, mais... ou des langues
21 Autochtones, mais au moins pour qu'il puisse
22 être... parce qu'on sait que notamment au Nunavik
23 là, il y a un certain pourcentage de population
24 qui...

25 **M. RICHARD BERNIER**

1 Um-hum.

2 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

3 Qui est aussi anglophone, puis pour des facilités de
4 traduction. Bien, on s'est assurés qu'au moment de
5 la publication, qu'il était au moins disponible dans
6 ces deux langues, le français et l'anglais.

7 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

8 Um-hum. Puis vous avez fait référence, je pense un
9 peu plus tôt, au fait que vous avez consulté les
10 partenaires au Nunavik...

11 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

12 Um-hum.

13 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

14 Pour... dans le processus d'élaboration?

15 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

16 Oui, que le...

17 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

18 C'est ça.

19 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

20 Quand on écrit la prémisse de la politique, on l'a
21 envoyée, parce que vu qu'on avait eu des contacts
22 avec eux, bien, on... leur... ils nous avaient même
23 dit, eux, que c'était important d'évaluer les
24 parents, qui nous disaient qu'ils évalueraient les
25 parents avant de les envoyer en référence, fait

1 qu'on a envoyé les grilles à savoir si, bien, en
2 fait, si c'était applicable qu'est-ce qu'on avait
3 mis là-dedans.

4 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

5 Est-ce que vous faites... est-ce que vous parlez de
6 la Régie régionale de la santé? Ou est-ce que
7 c'était votre...?

8 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

9 Oui. Oui.

10 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

11 Donc, c'est des personnes qui ont été consultées
12 lors de l'élaboration, là?

13 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

14 Ah, j'ai envoyé ce qu'on avait fait.

15 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

16 Okay.

17 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

18 Ah, je l'ai élaboré, parce que c'est une
19 traduction, celle-là, que j'ai fait. On leur a
20 envoyé, puis on a... on leur a demandé de commenter
21 ou de changer des choses s'il y en avait à changer.

22 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

23 Et est-ce qu'il y a d'autres partenaires ou
24 organismes Autochtones que vous avez sollicité?

25 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

1 Non.

2 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

3 Okay.

4 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

5 Dans le temps imparti, on a...

6 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

7 Ah...!

8 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

9 On a...

10 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

11 Vous avez (inaudible).

12 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

13 Um. Um, um, um, um.

14 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

15 Et aussi, c'est... il faut rappeler, là, c'est une
16 politique, ça vise à l'ensemble de la population du
17 Québec là, c'est pas... oubliez pas que le...

18 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

19 Um-hum.

20 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

21 Les communautés.

22 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

23 Est-ce que la Direction des Affaires Autochtones du
24 ministère de la Santé a été mise dans le coup ou
25 sollicitée dans le contexte de cette politique-là?

1 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

2 On a eu des échanges de façon formelle.
3 Normalement, habituellement, lorsque dans des
4 questions qui sont de nature Autochtone ou pour des
5 problématiques qui sont spécifiques, que ce soit un
6 secteur, là, on va utiliser... on va travailler en
7 collaboration avec la Direction des affaires
8 Autochtones, là.

9 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

10 Okay.

11 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

12 Je me souviens pas si, de façon spécifique, là,
13 comme je vous dis, cette politique-là visait
14 l'accompagnement en général pour la... l'ensemble
15 de la population, n'avait pas une portée pour les
16 communautés Autochtones de façon spécifique. C'est
17 sûr qu'on savait que avec la région du Nunavik, il
18 y a une forte représentativité du fait de la
19 population qui y habite, mais c'était pas en... de
20 façon spécifique dans une perspective Autochtone.
21 C'est une perspective de l'accompagnement parental
22 dans sa globalité pour l'ensemble des régions du
23 Québec.

24 C'est certain que le Service d'évacuation, il
25 s'adresse aux gens qui sont à... aux extrémités.

1 Le transport aérien c'est un vecteur d'accès qui
2 permet d'assurer l'accessibilité, l'universalité
3 des services. Et même la problématique initiale,
4 là, à laquelle vous faisiez référence en deux mille
5 (2005), là, étaient des gens des Îles-de-la-
6 Madeleine. Fait que c'est pas... et c'est dans ce
7 sens-là que il y a peut-être pas eu de démarches,
8 parce que c'est pas... ça se voulait pas une...

9 Je pense qu'il y a une sensibilité aux
10 clientèles auxquelles on dessert, mais ça avait pas
11 une portée...

12 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

13 Um-hum.

14 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

15 Pour l'économie Autochtone, puis c'est... la
16 problématique de l'accompagnement parental, elle
17 était vécue par l'ensemble des populations qui
18 étaient desservies par le Service d'évacuation
19 aéromédicale avec l'avion-hôpital et c'est dans
20 cette optique-là qu'on a voulu y répondre. Il y a
21 des éléments d'adaptation pour une meilleure
22 compréhension, comme le Guide de l'accompagnement.
23 Si on peut le faire en langue Autochtone pour que
24 ce soit plus facilement, qu'il y ait une meilleure
25 compréhension, puis adresser des problèmes

1 spécifiques d'une région ou d'une autre, il y a
2 d'autres problématiques qui peuvent être vécues de
3 coordination, je pense, en Basse-Côte-Nord qui
4 adressent pas nécessairement des... une réalité
5 uniquement Autochtone, là.

6 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

7 Dans la politique, il y a... à la page 9, on fait
8 référence à un motif de refus pour une raison, une
9 barrière linguistique. Donc, autrement dit, un
10 refus d'accompagnement, parce que l'accompagnateur
11 ne parle pas la langue, je présume, anglais,
12 français?

13 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

14 Um-hum.

15 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

16 J'aimerais vous entendre un peu plus sur le...

17 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

18 Euh... le refus...

19 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

20 Si on va à la page 9, c'est l'Annexe 3, en fait, du
21 document. À l'onglet 36.3.1. De... du cadre de
22 référence du trente (30) juin dernier.

23 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

24 Je me souviens plus de quelle façon qu'elle est
25 libellée...

1 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

2 En fait, c'est... l'Annexe 3, c'est un document qui
3 s'intitule « Rapport d'amélioration de la
4 performance et de la politique d'accompagnement ».
5 C'est quelque chose qui est rempli, de ce que je
6 comprends, là, par le personnel qui est...

7 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

8 (Inaudible).

9 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

10 À bord de l'avion?

11 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

12 Um-hum.

13 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

14 La dernière question, question 5:

15 « S'il n'y a pas eu d'accompagnement
16 pendant le transport, quelle en était la
17 raison? 1) Refus des parents ou du
18 tuteur. 2) Poids et équilibre de
19 l'aéronef. 3) Disponibilité des places.
20 4) Incapacité de porter la ceinture de
21 sécurité. 5) Interdiction...
22 interactions interpersonnelles ou
23 concernant un comportement liés à la
24 drogue ou à l'alcool. »

25 Ce dont je faisais référence un peu plus tôt.

1 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

2 Um-hum.

3 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

4 « Refus du pilote. Raisons médicales.
5 Barrières de communication. »

6 Est-ce que vous pouvez nous renseigner un peu
7 plus sur ce refus, ce motif de refus?

8 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

9 Ça doit être en lien avec la capacité de comprendre
10 les consignes de sécurité. Il y a pas d'exigences
11 à la langue, mais il faut être en mesure de
12 comprendre les... qu'il faut... les consignes de
13 sécurité, là, du pilote là. Si on doit évacuer de
14 façon urgente l'appareil, c'est les mêmes... ça
15 demeure un vol aérien avec les... le contexte d'un
16 vol aérien là. Donc, la barrière...

17 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

18 En matière de...

19 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

20 De communication.

21 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

22 C'est ça, de restrictions comme celle-là dans un
23 vol commercial de parler la langue...?

24 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

25 Mais c'est pas... c'est une barrière de

1 communication. La personne est pas capable de
2 comprendre les consignes simples où il y a... je...
3 Euh...

4 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

5 Ils ont fait une carte avec juste des dessins, fait
6 que c'est pas des mots, pour être capable
7 d'expliquer, t'sé, comment qu'on doit être attaché,
8 c'est quoi la sécurité, de respecter les lumières,
9 mais... parce que là, j'ai pas d'agent de bord de
10 dédié aux patients. Le patient, il se retrouve
11 tout seul, il faut qu'il soit capable de gérer sa
12 propre sécurité. C'est sûr que nous, on va lui
13 donner des consignes, puis on va être proches, mais
14 il faut qu'il puisse les comprendre.

15 Puis il y a aussi, bien, étant donné qu'on
16 amène quelqu'un qui, rendu à Montréal, va devoir
17 s'exprimer ou exprimer pour le patient les plaintes
18 que l'enfant a ou les douleurs qu'il a, bien, ça
19 prend quelqu'un qui est capable de... d'exprimer
20 soit en français ou en anglais probablement qu'est-
21 ce qui va se passer aussi là-bas.

22 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

23 Est-ce qu'il y a pas des mesures...?

24 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

25 Même quand j'en avais parlé et quand on avait

1 rencontré les gens de Puvi l'année dernière, pour
2 eux autres, c'était aussi important d'envoyer
3 quelqu'un qui était capable de faire le lien entre
4 les deux du côté de la langue pour être capable
5 d'expliquer là-bas qu'est-ce que l'enfant vivait
6 aussi, puis pour nous, bien, ça nous a été ramené,
7 ça, avec le côté avionique de la sécurité à bord de
8 la cabine qu'on serait capables, au moins,
9 d'exprimer, par pictos ou par dessins ou de voir
10 que la personne elle comprend. Si on voit que la
11 personne elle est pas capable de comprendre qu'est-
12 ce qu'on veut lui expliquer, bien, à ce moment-là,
13 ça peut mettre en péril la sécurité durant le vol.

14 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

15 T'sé, on a des mesures un peu alternatives comme,
16 par exemple, la possibilité d'avoir un contact par
17 un interprète qui est au sol à partir de... d'une
18 fréquence quelconque. Est-ce qu'il y a pas... je
19 vous pose la question...

20 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

21 Oui?

22 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

23 Est-ce que vous voyez pas des mesures qui
24 permettaient, par exemple, à quelqu'un qui
25 serait...

1 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

2 Bien, on...

3 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

4 ... (inaudible)?

5 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

6 Bien, on parle de... on est tout de suite dans la
7 langue, là. La barrière de communication, là...

8 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

9 Oui.

10 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

11 Si le parent est non-voyant, dans le cadre de ce
12 vol-là, on va pas se permettre de l'avoir...

13 **M. RICHARD BERNIER**

14 Um-hum.

15 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

16 Comme accompagnateur, compte tenu... (inaudible) de
17 la langue.

18 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

19 Oui.

20 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

21 De... des...

22 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

23 C'est pas...

24 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

25 Des éléments pour lequel... fait que... t'sé, la

1 barrière de communication, elle est pas juste du
2 fait que...

3 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

4 Um-hum.

5 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

6 Il s'exprime uniquement en... dans une langue autre
7 que le français ou l'anglais.

8 **M. RICHARD BERNIER**

9 J'aimerais juste revenir sur un élément que vous
10 avez mentionné au niveau des vols commerciaux.
11 Dans le manuel de gestion de l'agent de bord, puis
12 je pense que pour ceux qui ont pris des gros-
13 porteurs là, lorsque les passagers sont situés
14 proches d'une sortie de secours, l'agent de bord
15 est obligé d'aller les rencontrer et de leur
16 demander - est-ce que vous parlez anglais ou
17 français? Et va leur expliquer comment la sortie,
18 de les référer à un manuel, mais comment dire,
19 « Comprenez-vous s'il y a un appel? » Ça, c'est
20 canné au niveau de Transport Canada, c'est validé.
21 Ç'a été même écrit pour la gestion de risques.

22 En ce qui concerne l'avion, le Challenger,
23 bien, comme j'ai pu partager les... des photos de
24 l'agencement, l'aménagement de l'avion, on s'est
25 quand même épurés et la sortie de secours est

1 centrale et proche des sièges. Donc, au moment si
2 il y a une consigne qui dit - on va avoir un
3 atterrissage d'urgence... il faut déjà dire -
4 bien, en atterrissant, on va prendre... Donc, il
5 faut être capable de comprendre les consignes. Ils
6 utilisent aussi le qualificatif « handicap » au
7 niveau de la communication. Toujours des gens qui
8 non-voyants ou autres, mais il faut s'assurer qu'il
9 comprendra les consignes en cas de... d'évacuation.

10 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

11 Et si...

12 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

13 Um-hum.

14 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

15 Si je vous réfère à l'Annexe 1 du cadre de
16 référence, la façon dont... je pense c'est la
17 troisième ligne, là, dans le formulaire pour la
18 qualification de l'accompagnateur:

19 « Elle doit être autonome et pouvoir
20 comprendre et suivre des consignes de
21 sécurité. »

22 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

23 Um-hum.

24 **M. ANDRÉ LIZOTTE:**

25 Il y a pas une exigence, là, elle doit s'exprimer

1 en français ou en anglais, là. L'idée c'est
2 l'autonomie, puis la capacité de comprendre les
3 consignes de sécurité. La barrière de
4 communication est en lien avec cet aspect-là de la
5 qualification.

6 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

7 Oui. J'aurais peut-être une dernière question pour
8 terminer. La semaine passée, on a eu un témoignage
9 de citoyens, peut-être que vous avez eu l'occasion
10 de l'écouter?

11 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

12 Um-hum.

13 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

14 Qu'ils ont vécu, là, récemment, là, un
15 accompagnement... leur enfant, en fait, a été
16 évacué sans accompagnement. Ils nous ont dit,
17 pendant leurs témoignages, que... la mère plus
18 particulièrement qu'ils n'avaient pas été avisés de
19 la raison pour laquelle elle ne pouvait pas
20 embarquer avec son enfant à bord de l'avion. Est-
21 ce que... c'est le cas de Pelle Junior qui est
22 sorti dans les médias...

23 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

24 Oui.

25 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

1 Et tout ça, c'est un dossier qui est public.

2 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

3 Oui.

4 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

5 Est-ce que vous pouvez nous dire, dans ce dossier-
6 là précis, pour quelle raison ...

7 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

8 On était... bien, quand on a eu la demande pour
9 aller chercher l'enfant à Chibougamau, on était
10 déjà à Montréal avec une équipe Néonat à bord, fait
11 qu'on était quatre personnes, on avait l'avion qui
12 nous permet de loger, d'asseoir quatre personnes.
13 On n'avait pas l'agent de bord, puis à ce moment-
14 là, bien, ça exigeait d'avoir un agent de bord,
15 fait que l'infirmière à la centrale a parlé au
16 médecin à Chibougamau en disant - écoute, si on
17 veut faire l'accompagnement parental, il faut que
18 je repasse par Québec. Je vais chercher un agent
19 de bord, je vais débarquer mon équipe de Néonat à
20 bord, puis à ce moment-là on va pouvoir aller
21 chercher l'enfant, puis le médecin a dit - non,
22 j'aime autant qu'il s'en aille tout de suite, parce
23 qu'il va pas bien.

24 Puis il aurait même répondu à l'infirmière à
25 la centrale - les parents aiment mieux que l'enfant

1 s'en aille tout de suite à Montréal. Ça, c'est...
2 c'était vraiment comme la santé avant tout, puis on
3 va suivre après.

4 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

5 Um-hum.

6 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

7 T'sé, c'est vraiment juste dans l'ancien contexte
8 où je devais être, pour les raisons sécuritaires,
9 avoir un agent de bord à bord que j'avais pas, puis
10 à ce moment-là, bien...

11 C'est sûr qu'on peut demander au pilote si on
12 est capables de faire le vol avec ou sans agent de
13 bord dans des raisons particulières, puis à ce
14 moment-là le pilote a refusé d'y aller, là, sans
15 agent de bord, fait que...

16 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

17 Um-hum.

18 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

19 C'est... on n'a pas pu embarquer, là, la maman. Si
20 on serait revenus à Québec là on aurait été
21 corrects.

22 **LE COMMISSAIRE:**

23 Je comprends que ça arriverait pas aujourd'hui?

24 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

25 Ça devrait pas arriver aujourd'hui. Um-hum, um-

1 hum.

2 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

3 Mais à qui revient la responsabilité d'informer le
4 parent qu'il peut pas accompagner son enfant?

5 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

6 Bien là, à ce moment-là, le parent, nous on n'a pas
7 de contact avec. C'est au centre hospitalier là-
8 bas qui qualifie le parent ou qui lui explique
9 pourquoi il peut pas embarquer, donc c'est le
10 médecin ou l'infirmière, là, qui était avec le
11 parent.

12 Nous, le médecin a essayé de recontacter, là,
13 le parent à deux reprises en arrivant à Montréal
14 pour lui dire que ça l'avait bien été, mais la
15 maman elle a bien expliqué que elle était déjà
16 partie dans un vol ou sur la route...

17 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

18 Oui.

19 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

20 Puis qu'elle avait pas de contact cellulaire, là, à
21 ce moment-là.

22 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

23 Dans ce cas-là, la mère nous avait dit que elle a
24 pu embarquer dans l'avion, puis elle avait constaté
25 qu'il y avait d'autres patients dans l'avion.

1 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

2 Oui.

3 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

4 Donc, je présume vous dites que l'avion est parti
5 directement de Montréal mais il a été obligé
6 d'arrêter probablement à d'autres endroits?

7 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

8 On avait déjà... on s'en allait vers Montréal, puis
9 on avait déjà des patients, c'est pour ça qu'on
10 n'est pas arrêtés à Montréal comme tel, on avait
11 déjà des patients dans l'avion.

12 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

13 Okay.

14 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

15 Effectivement. Um-hum.

16 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

17 Okay. Parfait. Merci beaucoup.

18 **LE COMMISSAIRE:**

19 Bon. Me Miller, est-ce que vous avez des questions?

20 **Me RAINBOW MILLER:**

21 Je n'ai aucune question, Me Elassal a posé toutes
22 les questions sur les sujets qui m'interpellaient.
23 Merci.

24 **LE COMMISSAIRE:**

25 Très bien. Me Robillard?

1 **Me DENISE ROBILLARD :**

2 Aucune question, merci.

3 **LE COMMISSAIRE :**

4 Non? Alors écoutez, je vais vous remercier
5 beaucoup d'avoir accepté de venir partager avec
6 nous. Je comprends qu'il y a de l'amélioration au
7 fil des années.

8 **MME SYLVIE CÔTÉ :**

9 Um-hum.

10 **LE COMMISSAIRE :**

11 Évidemment, il y a eu une époque où il y en avait
12 pas de services comme ça, là, ça se faisait un peu
13 n'importe comment, on pourrait dire, et à partir
14 d'un certain moment donné, bien, le service a
15 commencé, puis il s'est amélioré. Il y a eu des
16 étapes et je comprends que ça s'est amélioré encore
17 récemment, là, si on parle d'accompagnement, parce
18 qu'il y a pas seulement l'accompagnement...

19 **MME SYLVIE CÔTÉ :**

20 Um-hum.

21 **LE COMMISSAIRE :**

22 Il y a le service lui-même, là, qui s'est
23 développé, puis faire en sorte que les patients
24 puissent avoir une chance de survivre dans des
25 circonstances qui sont pas faciles là, parce que

1 c'est évident qu'on parle ici de... d'évacuations
2 pas pour le plaisir là...

3 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

4 Um-hum.

5 **LE COMMISSAIRE:**

6 C'est pas pour un vol de...

7 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

8 Oui.

9 **LE COMMISSAIRE:**

10 Pour un vol de vacances là, c'est un vol nécessaire
11 pour la santé et la sécurité des patients...

12 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

13 Um-hum.

14 **LE COMMISSAIRE:**

15 Et incluant les enfants, puis je pense que
16 l'évolution a fait que tout le monde est conscient
17 et vous nous le dites que l'accompagnement de
18 parents qui peuvent aider, qui peuvent...

19 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

20 Um-hum.

21 **LE COMMISSAIRE:**

22 Aidants... sécuriser l'enfant, puis aider peut-être
23 le médecin ou les médecins ou l'équipe médicale qui
24 traitera l'enfant à l'arrivée pour... continuera le
25 traitement, parce que j'ai compris que sur l'avion,

1 on regarde pas un film, là, on s'occupait des...

2 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

3 Non.

4 **LE COMMISSAIRE:**

5 Des patients. Ah...! Je...

6 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

7 Um-hum.

8 **LE COMMISSAIRE:**

9 Et ça peut être aidant pour les médecins rendus là-
10 bas. Ça, je pense que... qu'on s'entend tous là-
11 dessus?

12 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

13 Um-hum.

14 **LE COMMISSAIRE:**

15 Bon. Il y a certaines contraintes. On a parlé
16 de... d'intoxication et d'alcool. Bon.
17 Évidemment, il y a une politique là-dessus qui
18 paraît bien raisonnable, là, qui s'applique...

19 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

20 Um-hum.

21 **LE COMMISSAIRE:**

22 ... à tout le monde, indépendamment des origines.
23 Il y a eu malheureusement, le vingt et un (21)
24 juin, qui était la Journée Nationale des
25 Autochtones, des commentaires qui ont été faits,

1 qui...

2 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

3 Um-hum.

4 **LE COMMISSAIRE:**

5 Que je pense ont été qualifiés d'inappropriés, puis
6 inacceptables par beaucoup de leaders Autochtones
7 et c'est pas moi qui va blâmer ces leaders-là
8 d'avoir fait les commentaires. Je pense que tout à
9 l'heure je vous ai dit qu'une politique peut être
10 brillante, mais la façon de l'expliquer devrait
11 l'être autant. C'est important de bien comprendre
12 ce qu'on fait.

13 Alors, ça minimise pas le travail et les
14 efforts que vous faites à l'équipe. Moi, je vais
15 vous encourager de continuer à améliorer et à
16 continuer à rendre des services. Je pense que
17 c'est une nécessité ces services-là, puis surtout
18 pour justement les gens qui sont les plus loin.
19 Vous parliez de... d'utiliser un appareil qui est
20 beaucoup plus rapide, puis là, on parle de quand
21 même aller chercher quelqu'un à Puvi, bien, entre
22 huit heures (8 h) et quatre heures (4 h) aller-
23 retour...

24 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

25 Um-hum.

1 **LE COMMISSAIRE :**

2 On va privilégier de faire ça, deux heures (2 h)
3 aller, deux heures (2 h) revenir, pas quatre
4 heures... Et quatre heures (4 h) pour revenir.
5 Bon, ça... on a des contraintes.

6 Alors, vous avez fait de l'amélioration. Moi,
7 je vous remercie beaucoup, puis je vous encourage à
8 continuer, puis je pense que les gens devraient
9 être fiers de... du travail que votre service
10 d'évacuation fait. Ça...

11 **MME SYLVIE CÔTÉ :**

12 Um-hum.

13 **LE COMMISSAIRE :**

14 J'ai entendu des nombres de personnes transportées,
15 ça... c'est quand même considérable, puis ça
16 demande de la logistique, puis c'est sans doute pas
17 toujours facile, puis ça doit demander des bons
18 nerfs pour... ça prend des gens qui ont une bonne
19 capacité, de bonnes connaissances. D'ailleurs, on
20 m'a décrit que la certification, bien, des médecins
21 et...

22 **MME SYLVIE CÔTÉ :**

23 Um-hum.

24 **LE COMMISSAIRE :**

25 Et du personnel infirmier à bord, bien, on prenait

1 pas n'importe qui n'importe comment. Alors, je
2 pense que c'est important, parce que ça doit être
3 très demandant, là. Il y a pas beaucoup d'aide
4 possible quand on est en haut, là, un médecin ou
5 une infirmière, puis...

6 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

7 Um-hum.

8 **LE COMMISSAIRE:**

9 Un patient qui est en difficulté, là, ça demande
10 des bons nerfs, des bonnes connaissances, puis du
11 courage, je pense.

12 Alors, je vous félicite du travail que vous
13 faites. Continuez, puis oubliez pas nos gens du
14 Nunavik qui sont souvent oubliés malheureusement,
15 qui sont loin, pas de routes, des distances
16 considérables, des qualités de vie qui sont...
17 écoutez, je vais dire « épouvantables ». C'est
18 triste...

19 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

20 Um-hum.

21 **LE COMMISSAIRE:**

22 Puis on voit des conséquences, là.
23 Malheureusement, presque à toutes les semaines,
24 on... je mentionnerai pas le mot, mais on apprend
25 des événements qui devraient pas se produire.

1 Alors, quelqu'un me disait hier, lors d'une
2 discussion, puis je me suis dit je mentionnerai
3 peut-être ça en allant au Nunavik. Est-ce que le
4 Québec peut se permettre le Nunavik?

5 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

6 Um-hum.

7 **LE COMMISSAIRE:**

8 C'est peut-être une question qu'on peut se poser.
9 Puis je vois que vous faites votre part pour
10 essayer d'améliorer les choses. Alors, merci
11 beaucoup, puis continuez.

12 **MME SYLVIE CÔTÉ:**

13 Merci.

14 **LE COMMISSAIRE:**

15 Alors, on va suspendre quelques minutes, puis on
16 reprend avec votre collègue?

17 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

18 Me Bourget va prendre la relève.

19 **LE COMMISSAIRE:**

20 Me Bourget va prendre la relève? Alors, merci.

21 **Me EDITH-FARAH ELASSAL:**

22 Merci.

23 SUSPENSION

24 -----

25 REPRISE

1 **LA GREFFIÈRE-AUDIENCIÈRE :**

2 La Commission reprend.

3 **LE COMMISSAIRE :**

4 Oui. So, welcome back. Me Bourget, I understand
5 you're taking the place now?

6 **Me DONALD BOURGET ,**

7 **PROCUREUR POUR LA COMMISSION VIENS :**

8 I'm taking over my colleague, Me Elassal.

9 **LE COMMISSAIRE :**

10 Before the Commission?

11 **Me DONALD BOURGET :**

12 Yes.

13 **LE COMMISSAIRE :**

14 So, you will present your next witness?

15 **Me DONALD BOURGET :**

16 Yes. Good morning, Mr. Commissioner. So, next
17 will be Margaret Nossel, formerly a social worker
18 for the Batshaw Family and Youth Centre, who was
19 part a specialized Indigenous unit, and she will
20 talk about her experience about her tasks on the
21 service providing with Indigenous needs for
22 education, formation.

23 And she's now currently working on the Youth
24 Mental Health Project across Canada. Donc... with
25 youth, (inaudible), and... including Indigenous

1 youth. So, she will talk about her experience on
2 that level too.

3 **LE COMMISSAIRE:**

4 So, welcome to you. Thank you for accepting to
5 share with us. I will ask the clerk to proceed
6 with the oath, and then, Me Bourget will go on with
7 you for your testimony.

8 -----

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

1 Margaret Nossal
2 Témoin citoyen
3 Affirmation solennelle

4 -----

5 **LA GREFFIÈRE-AUDIENCIÈRE :**

6 Thank you.

7 **Me DONALD BOURGET :**

8 So, Mrs Nossal, as a matter of fact, you worked for
9 the Batshaw Family and Youth Centre a while ago.

10 Can you talk about your experience?

11 **MRS MARGARET NOSSAL :**

12 Sure. I was a social worker in the "Application
13 des mesures" department of... at Batshaw Youth and
14 Family Centres which provide services to families
15 and youth on the island of Montreal, specifically
16 anglophone youth and some allophone youth as well.

17 I worked there from two thousand eleven (2011)
18 until two thousand fifteen (2015), and starting in
19 twenty thirteen (2013), so two years after I
20 started, I joined a specialized Indigenous unit or
21 a specialized Aboriginal unit in the "Application
22 des mesures" department.

23 The goal of that unit or that specialized team
24 was to provide more appropriate care to the
25 youth... children, youth, and families who were

1 receiving services from Batshaw Youth and Family
2 Centres at the time.

3 And so this unit had been created coming out
4 of a history of many young people who are from
5 Indigenous families being provided a service.
6 Various service providers from around Montreal had
7 gotten together along with Batshaw Youth and Family
8 Centres to realise that there might be a better way
9 of providing services.

10 So, the goal was to create a team that had a
11 specific training - formation - who created
12 connections with community members, with service
13 providers in the community, sort of "allies", if
14 you will, and works specifically with Indigenous
15 families to provide a more appropriate care.
16 That's the goal.

17 **Me DONALD BOURGET:**

18 So, how long... how many years you were working for
19 that...?

20 **MRS MARGARET NOSSAL:**

21 Right, so I started in twenty thirteen (2013), and
22 then I left my position in twenty fifteen (2015).
23 And I do believe that around the time that I left
24 my position, there was also a restructure and a lot
25 of health and social services in Quebec under

1 Gaétan Barrette, and that reorganization that led
2 to the creation of CIUSSSs. And at that time the
3 specialized Indigenous unit, the team was absorbed
4 into other "Application des mesures" teams, from
5 what I understand.

6 And so the specialisation, that had been built
7 over the two years, was dispersed amongst other
8 "Application des mesures" teams, and I can't speak
9 from personal experience because at that time I
10 transitioned to another position, the one that...
11 was discussed.

12 **Me DONALD BOURGET:**

13 And what is the importance of the... being
14 specialized, specially formed with Indigenous
15 families in youth protection matter?

16 **MRS MARGARET NOSSAL:**

17 The purpose of the special trainings was that in
18 general, many health and social services workers,
19 and specifically social workers are White Québécois
20 English-speaking non-Indigenous people, and as a
21 result, there's less of an ability for those people
22 to bring a culturally safe or a culturally
23 appropriate service to the family who is receiving
24 services.

25 And I guess there's a lot of different ways

1 that that's important. For example, when a family
2 is being provided a service either... (inaudible)
3 youth protection, one would hope that the person
4 was able to speak their language to... it's a very
5 trying time in your life and to not be able to
6 speak the language that you know is difficult and
7 you can't really communicate properly if you can't
8 speak your mother tongue.

9 And a lot of urban Indigenous folks, maybe
10 English is their second language, maybe French is
11 their third language. And so there's language,
12 that's one thing.

13 Another thing, though, is more the cultural
14 approach to providing services. There's a long
15 history of young people, Indigenous children and
16 youth being taken away from their families, brought
17 to residential schools. And then in the sixties
18 ('60s), a very... starting in the sixties ('60s),
19 not just the sixties ('60s). A long history of
20 Indigenous youth being adopted out of their
21 families, and ties being cut.

22 In fact, that was the purpose of... the
23 (inaudible) school system was to cut those ties, it
24 was to break connections with the families, with
25 their culture.

1 And so when we fastforward to now, and we
2 think how is youth protection continuing... what
3 was happening there, a child who, for example, is
4 placed in foster care because their parents got
5 into a physical altercation and also have current
6 mental health or addiction problems.

7 That young person, for sure was at risk, and
8 some sort of action needs to be taken in order to
9 make sure that that child is not at risk. The
10 question, though, is how you, in Cree collaboration
11 with the family, so that that break, that tie, the
12 tie between the child, and their family or their
13 culture isn't a replication of what we've done with
14 (inaudible) residential schools with the Sixties
15 ('60s) Scoop, with, you know, taking children out
16 of their milieu and putting them into a very
17 foreign milieu and concurrently not allowing that
18 child to have connection with their family, their
19 culture, their language.

20 **Me DONALD BOURGET:**

21 How important it is to know about the past, the
22 past of the family, the past of the Nation somehow
23 into the intervention?

24 **MRS MARGARET NOSSAL:**

25 Of the utmost importance, I believe. I think that

1 in order for a social worker, an intervener, a
2 human service person to provide an appropriate
3 service, at the very least, you need to know where
4 that person was coming from. And I think that in
5 general, there's a desire to know this. I think a
6 lot of social workers, a lot of workers in general
7 are very well intentioned, that they would truly
8 like to know what's going on with that family, with
9 that situation. I think that a number of factors
10 lead to that not actually happening in practice.
11 Because it's overworked. Workers being overworked,
12 having too much work to do, having, you know, this
13 situation to deal with, and then, forty other
14 situations to deal with before the end of the week.

15 It could be also that workers haven't received
16 a specific formation or training to better know not
17 just what's going on with this family. Sure,
18 they've been trained to learn what's going on, ABCs
19 in the last three months, but more to know the
20 stand of history of how has causation affected this
21 family. How has this family's past weighed through
22 what's being going on in the past hundred years
23 affected what's going on right now today.

24 So, there's a training that... I'm not saying
25 that this training could happen in one day or two

1 days, but definitely, the idea that this is an
2 important thing to look at when we intervene with
3 families.

4 But then also, there's the idea that that
5 can't just happen in a training, that it happens
6 over the course of time and I think one of the...
7 I'm not sure if we're at suggestions yet, but one
8 of the things I think is lacking isn't just
9 training for workers in a cegep or in a university,
10 but it's in secondary and elementary schooling. A
11 sort of a general knowledge of the history of
12 Indigenous people in Canada and in Quebec, to know
13 better how we are, where we are today. Not to make
14 excuses for what happened in that very... that
15 situation, but to have it better underlying
16 understanding of what's going on en masse.

17 **Me DONALD BOURGET:**

18 Did you have colleagues, Indigenous colleagues that
19 specialized in this unit?

20 **MRS MARGARET NOSSAL:**

21 Yes. Yes.

22 **Me DONALD BOURGET:**

23 And where were they coming from?

24 **MRS MARGARET NOSSAL:**

25 Those colleagues had... (inaudible) received

1 trainings. They had come from other parts of
2 Batshaw. One of them had come from a different
3 team, another was new to Batshaw. They'd come from
4 different backgrounds of training, and I think,
5 when we think about, you know, why is training
6 important, why is it important to have Indigenous
7 people in those positions, it's because I'm a White
8 Canadian, I walk through this world with White
9 privilege, I don't have the lived experience of
10 somebody who's been raised in an Indigenous
11 community with the... with everything that comes
12 with that.

13 And I think that what's very important is for
14 families, children and youth who are receiving
15 services, to see themselves reflected in the
16 workers that are providing you with the service,
17 not only because they can do a better job, you
18 know, in a lot of ways, they can... somebody who
19 has with the experience with the community, who is
20 from the community, is better able to understand
21 what it's like to provide a service. They're
22 better able, not just the language bit, but the
23 cultural bit, of providing a service that is by, in
24 very essence, a White service. It's a European
25 structure that we have, youth protection,

1 education, health and social services in general.

2 But in order to provide that service in a way
3 that makes a person feel like the service provider
4 truly understands what's going on and might have a
5 knowledge of history.

6 And for... in the case of Indigenous workers,
7 it's not just knowledge, intellectual knowledge,
8 it's lived experienced knowledge, and so...

9 But I think, when we talk about education and
10 formation and the need for more workers, I think
11 another thing that could be very useful is the idea
12 of a community health worker or a lay health
13 worker. The idea that you don't necessarily have
14 to have some letters after your name to provide a
15 very excellent service to families and youth.

16 For instance, social work. You know, in order
17 to have a *prise en charge*, in order to be a member
18 of the Order of social workers, you need to have a
19 certain training, you have to have gone to
20 university, things like that.

21 But for that... for the work that's being done
22 to happen, does that necessarily need to be done by
23 somebody who has a university training. Because
24 there has... I'm sure that you've learned at this
25 Commission, and I'm sure it will be discussed at

1 length, is sort of lack of access to resources and
2 societal structures and the impact of poverty and
3 intergenerational trauma on accessing university
4 education, for example.

5 But if, for example, a social worker holds the
6 *prise en charge* for a young person who is under the
7 care of the Youth Protection system, they also have
8 access to a community health worker or somebody who
9 speaks the language, is from the community, knows
10 the culture, is able to not only translate the
11 words of what's going on, the feeling and the
12 reason and the rationale, because I think that in
13 order to be able to provide a good service, you
14 need to be able to have a way of communicating what
15 the service is providing. Provision is what it
16 means really.

17 And so when we speak to education and the need
18 for more people from communities to be in those
19 positions, we also have to look at the structural
20 barriers in place and other ways that we could get
21 around those barriers. For example, by not
22 requiring a person to have a university degree to
23 hold a *prise en charge* in the Youth Protection
24 system.

25 Or if the *prise en charge* is held by one

1 person, to have the work being done in concert, in
2 collaboration with other people.

3 **Me DONALD BOURGET:**

4 Probably you had to work with other public services
5 like medical or women shelter or... do you have
6 any talk about service providers who were there?

7 **MRS MARGARET NOSSAL:**

8 Yeah. And I think, going back to what I said
9 earlier, I truly think that nobody is trying...
10 everybody is trying to do a good job. I think that
11 very few people go to work in the morning and say
12 "I'm going to be racist today."

13 I think, however, that the way that some work
14 is done can definitely be interpreted as such, and
15 the implications of that on this... the person
16 receiving the service can be incredibly detrimental
17 as I'm sure that you've heard from folks who have
18 come here to give their own testimony.

19 And again, I cannot speak for anybody who is
20 receiving a service. I'm... in this context, not a
21 service recipient and I can't... I don't want to
22 take the room of this, I don't want to take space
23 of the people who are the recipients of service.

24 But I can say, as a person, for example a
25 social worker accompanying a mother to a medical

1 appointment, or the social worker of a person in
2 the *Mère-enfant* program at Portage in Montreal, who
3 collaborates with the team there, I did witness
4 some less than ideal work and oftentimes, and I
5 think this is important, it's not that over racism
6 would be imposed upon the people.

7 For example, I intervened with a woman, an
8 Innu woman who was staying at the *Mère-enfant*
9 program. I was actually not her regular worker,
10 somebody was on leave and I was covering. So,
11 this... it wasn't even a woman that I had a
12 therapeutic relationship with. And for one reason
13 or another, for reasons that are... regardless of
14 the reason why I was intervening, that Portage team
15 made a few comments to me about how this - we knew
16 that it wasn't going to work because she was Inuit.
17 So, we knew that this wasn't going to be a long-
18 term solution. We're glad that you're here to
19 intervene, and... Yeah, yeah...

20 I think that the purpose of this story isn't
21 that this woman herself witnessed what was said.
22 The very fact that it was said, however, between a
23 group of White Québécoises women and me, who, I
24 guess they presumed I was their chum and they said
25 something pretty pejorative, and I said - you know,

1 I don't really think that that's an appropriate
2 thing to say... and then, I left.

3 But I think that the... as a White social
4 worker in this city, there's a lot of that that
5 happens and I experienced that on a few different
6 occasions, And my concern is that if that's being
7 said to me collegially, being said, you know, this
8 is... you know, we work together, so we'll say
9 this. I worry about how that mindset or the
10 thought process that leads to that being said, I
11 worry how that impacts on the client.

12 Specifically the client, but also on every
13 other potential client who that person might work
14 with and the flavour of micro-racism that runs
15 amidst the provision of services.

16 Again, I don't believe that anybody intends to
17 be this way, but I do believe that it is that way,
18 and so regardless of intention, it is racist. And
19 I think that there needs to be more structures in
20 place to call that out, a)... but also to educate
21 from a place of, you know, to understand why that's
22 not acceptable, but also understand what the
23 implications are on the service that you provide
24 when that kind of thing happens.

25 **Me DONALD BOURGET:**

1 As far as you know, are there other special units
2 in the medical field or...

3 **MRS MARGARET NOSSAL:**

4 Yeah.

5 **Me DONALD BOURGET:**

6 Out there?

7 **MRS MARGARET NOSSAL:**

8 I believe that... I mean, I'm speaking specifically
9 from Montreal. The Montreal Children's Hospital
10 has a... on the social work department, has a...
11 they call it "The Native Team", and I'm using their
12 quotes here. And they provide their regular social
13 work service, but to youth and families, children,
14 youth and families who are coming from Indigenous
15 communities. And I mean, I believe that while well
16 intentioned, I think that there's ways to make that
17 a little bit more, a), inclusive by involving the
18 translators in that team, to not reduce the
19 experience of a young Inuk man who's had a
20 snowmobile accident to a Cree baby who requires
21 heart surgery. To me, those are two very different
22 situations and the fact that there is one team that
23 deals with it all...

24 I think also, again, not to say that those
25 people are bad-intentioned, by no means are they.

1 I think the idea, though, is that how many are
2 providing an excellent service to Indigenous people
3 in an urban environment? So, and the same exists
4 at the Douglas Hospital, for example, which is a
5 mental health institution in Montreal, and they
6 have sort of a liaison, an Indigenous liaison
7 person who helps liaise with the communities.

8 In and of itself, I think that that's a good
9 idea, but I think for those positions to be held by
10 Indigenous people would be better or, at the very
11 least, for those positions, to be liaising quite
12 closely with Indigenous people to make sure that
13 what is done is done in an appropriate manner.

14 And since I don't work on those units I can't
15 say that that's not happening, but I think that
16 there should be checking down just to make sure
17 that that's happening. I think it's what I'm
18 saying.

19 **Me DONALD BOURGET:**

20 The Youth Protection Act is... let's say,
21 "Europeanwise" conception, and that brings up
22 motions like attachment and beyond others. Does it
23 fit with the Indigenous values, as far as you know?

24 **MRS MARGARET NOSSAL:**

25 Um... no. (laughter) No. What I'll say is...

1 I'll speak for some of the people that I have
2 worked with who told me about what they believe
3 about some aspects of these Protection Acts. In
4 particular when you raise the idea of attachment
5 theory, in the Youth Protection Act, there's the
6 maximum duration of placement and if the young
7 person, a baby or child is placed in out of home
8 care, that there's a certain amount of time that a
9 young person can be placed in care before a
10 permanent plan is made.

11 And these time periods, you know, for a baby,
12 it's twelve (12) months. For a older toddler, it's
13 eighteen (18) months. For a child, I don't want to
14 say it wrong, but I think it's up to twenty-four
15 (24) months for a child, a six-year old for
16 example.

17 The idea behind this is that a child has the
18 right to attach to a primary figure, a primary
19 caregiver, and there's, you know, the attachment
20 theory causes that psychologically a child has a
21 need to create strong attachments, strong positive
22 attachments with a primary caregiver.

23 And I'm not here to say that attachment theory
24 is wrong, by any means, but I have been told by
25 some of my Indigenous partners that it's a bit of a

1 fallacy, because in Indigenous communities,
2 oftentimes a baby would be born, perhaps something
3 happened, the mother had to go out or something
4 like that, the baby would be passed up to an aunt,
5 a grandmother, the baby would be cared for very
6 well. The mother would come back, the baby would
7 go back to the mother, that it truly took a village
8 to raise a child and that children, not to say that
9 they didn't form attachments to their primary
10 caregivers, but they also had very positive
11 attachments to other adults in their communities.

12 And I would argue also that our nuclear family
13 structure that we have in North American society or
14 Western society, is relatively new in humanity in
15 general. That millennia had gone by where humans
16 lived in groups and children were raised by parents
17 and by significant adults and by grandparents and
18 by community members.

19 And so, the base... the split, I don't want to
20 say "destruction", but in a way, destruction of a
21 family structure on a law that came out of that
22 idea that a child needs one positive family...
23 caregiver, is a little bit problematic. And I say
24 "a little bit problematic", but for a family whose
25 child has been adopted to another family, that's

1 the most problematic thing that could happen to
2 that family.

3 And so I think, if we're looking at Indigenous
4 children in foster care, we need to think about
5 what were the alternative structures in place for
6 that child and we do know that the Youth Protection
7 Act favours a child being placed with their parents
8 first and then it would favour extended family and
9 then it would favour a community member, and then
10 outside of that, it would favour any person. And
11 that's how the Youth Protection Act looks at out of
12 home placement.

13 But when you look at the intergenerational
14 effects of residential schools, of the trauma and
15 poverty that's being inflicted, then when you're
16 looking at those concentric circles of care,
17 there's fewer people in those circles. And so it's
18 sort of issue upon issue of attachment theory, of
19 favouring one way or one conception of raising a
20 child.

21 And even if we're trying to look at extending
22 that circle of care, who is in that circle of care?
23 And so I think that one thing to look at would be
24 to look at how this Protection Act is being applied
25 to everybody, but also to Indigenous families. And

1 to say that, you know, breaking... I'm not saying
2 that you should change the... maybe we should
3 change these Protection Acts?

4 But I think that one thing to look at would be
5 to say - how is it that applying this law this one
6 way to all families is in favour of a child who is
7 being placed out of home care? And then I think a
8 lot... actually, about the long-term psychological
9 impacts of home placement, which I think is also
10 important in this context, that a child who is, for
11 whatever reason placed out of home and also out of
12 their community and is being raised in a community
13 that's not theirs, it's really important for that
14 child to have access to their family, to their
15 community, to their language, not only because it's
16 important for that child, but it's important for
17 that child today, tomorrow and decades into the
18 future, and for that child's children too. Because
19 I think what we've seen, where we are now is many
20 many decades, if not a century, of children not
21 growing up with connections to their culture and to
22 their language. And then, not being able to have
23 that... you can't re-establish a connection that
24 you don't have.

25 For example, if I look around this room, and I

1 say - think of something that happened to you when
2 you're six years old; chances are everybody is able
3 to think of something that happened to them while
4 they were six years old. But if you ask a person
5 to think about a memory when they're six years old,
6 that's related to your culture and learning your
7 culture, and if you had no opportunity to do that
8 when you're six years old, then there's no way that
9 you're going to be able to pass that on. And
10 the... long-term psychological impacts of taking a
11 kid away from his family, his community, and his
12 language is irreparable, really.

13 **Me DONALD BOURGET:**

14 You worked in Montreal. What about Indigenous
15 families in a urban context?

16 **MRS MARGARET NOSSAL:**

17 Right. So...

18 **Me DONALD BOURGET:**

19 How many Indigenous people, just for...

20 **MRS MARGARET NOSSAL:**

21 I mean, in... on the island of Montreal, there's
22 over thirty thousand (30,000) Indigenous people,
23 and that means that there's, you know, some
24 families have been living on the island of Montreal
25 for generations, some are newcomers, some might

1 come and live in Montreal for a few years and then
2 leave again.

3 I think that when we provide services to
4 Indigenous people in Montreal specifically, because
5 that's the only context that I've worked in as a...
6 protection social worker, we need to think of the
7 fact that some of those kids were born in Montreal,
8 were raised in Montreal. Other children are coming
9 from families who are new to Montreal, and if...
10 going back to what we were talking about, the
11 circle of care, you know... a child has maybe a
12 parent, maybe an extended family. If that family
13 is new to Montreal and doesn't have those
14 structures in place, or maybe the structures that
15 they have in place are reluctant to engage with
16 Youth Protection because of their own Youth
17 Protection history, then the circle of care is that
18 much smaller, and there's very few services for
19 families in the shelter system.

20 So, for example, there's a Native Women
21 shelter which can accommodate women and their
22 children. There's currently, from what I
23 understand, no family shelters that can accommodate
24 men and women and children. And that greatly
25 impacts the over-representation of children in

1 foster care in Montreal, because if somebody has
2 unstable housing and they are in Montreal, chances
3 are that child might end up in foster care as
4 opposed to being in a limited resources, because
5 there are limited resources for families in
6 Montreal.

7 **Me DONALD BOURGET:**

8 What about foster family, and the connection with
9 the culture, the language, the families?

10 **MRS MARGARET NOSSAL:**

11 Yeah. So, written into a plan of care for a child
12 that... and I speak specifically to Batshaw Youth
13 and Family Centres, because that's the context that
14 I work in, there is to be a cultural plan in place
15 so children who are Indigenous and placed in non-
16 culturally specific or culturally appropriate
17 homes, the social workers working with them come up
18 with a cultural plan of care and that means writing
19 down on a piece of paper how are you going to make
20 sure that this child has the appropriate
21 connections to their culture, to their community,
22 to their language?

23 And I think that in practice and in theory
24 obviously, this is a good idea. It makes sense to
25 put in place structures to ensure that people are

1 making sure that these kids have connections. And
2 obviously, this is also a last case scenario. The
3 first priority would be to put that kid in a
4 culturally appropriate home to begin with.

5 I think, when it... where it fails in practice
6 is that many foster parents might intellectually
7 know the importance of connecting a child to their
8 culture and to their language, but might not, for
9 whatever reason, be able to put that into place.
10 Maybe they're very busy with their other children,
11 maybe they feel a little bit uncomfortable bringing
12 a child to the Friendship Centre on Wednesday
13 evenings for the drum circle. They don't actually
14 agree with the idea that this child really should
15 be learning their Indigenous language.

16 So, I think that, I mean, when we look at what
17 does a cultural plan of care look like in practice,
18 we need to make sure that it's not just words on a
19 piece of paper, that it needs to be lived and
20 believed, Because I think that if you put it on
21 paper, and you say - yeah, I'll bring the kid to a
22 pow-wow every summer... that's good. I mean,
23 that's a really excellent event for the child, but
24 if that's it, it's not enough. And I think that
25 oftentimes, there's not enough knowledge or

1 education for the people working around the child
2 to know how very much important it is to...

3 For example, if an Inuit child is in foster
4 care, finding an elder in the community, there are
5 many, play cards with them once Sunday afternoon a
6 month, you know? And just that one connection
7 would have him connected to his culture, maybe
8 they'd exchange a story or two. It would be better
9 than, you know, taking a soapstone carving kit
10 home, because that's, like, it is not... it's not
11 the active doing, it's the active being together,
12 and I think that that connection can happen and I
13 think that's important to underline that there's
14 many foster care workers, social workers in foster
15 cares that I've encountered who do that quite well.
16 But I think that in order for that to be done
17 across the board, there needs to be more education,
18 more training into why that's... not just
19 important, but crucial, and essential. So...

20 **Me DONALD BOURGET:**

21 And what about the contact, the connection with the
22 family members, parents or grandparents? Even
23 though it's not on a regular basis, how important
24 it is?

25 **MRS MARGARET NOSSAL:**

1 Right. I think that that's another piece that is
2 often conflictual when it comes to providing
3 services to families. For example, a child who is
4 in foster care in Montreal, maybe their biological
5 parent is living up North and might come to
6 Montreal once a year for a medical appointment.
7 And perhaps the plan of care for this child is the
8 same foster care or an alternate care in the city,
9 and that's sort of settled.

10 The idea, though, that you don't want, quote
11 and quote, "confuse" a child, because their mother
12 is in town for a... an appointment at the hospital,
13 and so one might argue - okay, bring that child to
14 see the mother and then he has contact with his
15 mother, even if only for an afternoon a year.

16 Oftentimes it's argued that, you know, you
17 don't want to upset the child, it might be
18 confusing. I think the other side of that is what
19 are the long-term benefits of just having minimal
20 contact? And I think oftentimes there's debates
21 between the two and the plan of care is ultimately
22 up to the social workers, and so if there could be
23 more understanding or training about what are the
24 real long-term positive implications of having that
25 connection versus the very real short-term negative

1 implications, and how do we weigh those two?

2 For example, a three-year-old might have a
3 tantrum, and he might have a really rough time
4 seeing his mother, his biological mother who he
5 hasn't seen in a year, but if we fast forward
6 fifteen (15) years to who is that eighteen-year-old
7 boy who has literally no idea who his mother is
8 versus who is that eighteen-year-old man who has
9 had contact, even if sporadic, with his biological
10 mother? He doesn't have those lasting questions of
11 who was she, why did she not raise me, what are...?
12 All these things that would come to an eighteen-
13 year-old's mind.

14 I think to look only at the three-year-old
15 right now, and yes, I agree that dealing with a
16 three-year-old who's had a tantrum is very
17 difficult, and you know, three-years-old who have
18 tantrums for any number of reasons, if they're
19 surrounded by caring people, can be supported
20 through that. So, I think it's the long-term
21 positive versus short-term negative that could be
22 looked that.

23 I also think that what needs to be done more
24 in processing is sort of looking at what are the
25 real fears that you have as a social worker, as a

1 foster care worker, as a foster care. What is the
2 fear? Why don't you want to have this contact?
3 Because what I've heard from a lot of folks that
4 I've worked with in the Youth Protection system are
5 fears that if you expand on them, and if you draw
6 out the details of those fears... are often unbased
7 or don't have a basis.

8 For example, I'm worried that there will be
9 aggression. She has a history of drinking and so,
10 you know, we don't want to touch that with a... we
11 don't want to get close to that. And so if you
12 spell that, oh, you say - okay, so she has a
13 history of drinking and that's the reason that you
14 don't want to have her to have contact with her
15 four-year-old child who's in foster care. But if
16 that day, we have a phone call beforehand and we
17 hear her voice - okay, she hasn't been drinking
18 today. You have a physical, a facial recognition.
19 - okay, she seems okay... How is her past history
20 of alcoholism at all relevant to her having a
21 positive encounter at a park or at McDonald's play
22 place with her four-year-old son?

23 I think that there needs to be a lot of
24 challenges to the fears that are brought up. Not
25 to say that the fears aren't legitimate, the fears

1 are indeed, you know, they're there and if somebody
2 has an apprehension about the care that they're
3 providing to a person in foster care, we need to
4 hear that, but we also need to question it and
5 wonder - how do we get past that for the better
6 interest of not just this four-year-old, but the
7 eighteen-year-old, the twenty-five-year-old, that
8 forty-four-year-old who will be a father to his own
9 children? And how is he going to provide care in
10 an appropriate way? xxx

11 And he will if he has access to how do you be
12 a father? And he might not only be able to get
13 that from one person, he could get that from many
14 different men or adults in his life.

15 **Me DONALD BOURGET:**

16 You're talking about training for the social
17 workers, and service providers. What does it mean,
18 "training"? The intensity or the form of the
19 training that you have in mind?

20 **MRS MARGARET NOSSAL:**

21 I mean, I would love to create a training program
22 in collaboration with...

23 **Me DONALD BOURGET:**

24 You're still young, you have time.

25 **MRS MARGARET NOSSAL:**

1 Yes, watch me. You must be joking.

2 **Me DONALD BOURGET:**

3 (Rires)

4 **MRS MARGARET NOSSAL:**

5 In collaboration with community partners, I think
6 it would be amazing to create training, and in fact
7 that training has already been created. The need
8 of women shelters and their partners in Montreal
9 created a training for the SPVM, the Société de
10 police de Montréal. The unit that I was on was in
11 collaboration with a group of people, a réseau of
12 people in Montreal who had thought very clearly,
13 and very long and hard about what would it mean to
14 provide social workers, social, human service
15 providers with a better training.

16 So, I mean, this training exists or is very
17 well in the... it's just behind us, like it's right
18 there. The question is - how do you implement that
19 training? How do you ensure that service providers
20 receive that training? And that's where I think we
21 have to pick up.

22 The police in Montreal had received the
23 training and that did not work, and the police, the
24 department decided, of their own accord, to hire an
25 external consultant to provide further trainings,

1 much to the... well...

2 The training that had been prepared was
3 prepared with, by... and with Indigenous community
4 partners in Montreal. For example, in social work
5 contexts, what would be, I think ideal, is modular
6 training, because of the turnover that happens in
7 social services.

8 So if you had, you know, ten (10), twenty (20)
9 modules over the course of a year, you know, one
10 afternoon a month or something like that, frequent
11 enough that it wasn't... that it wouldn't get lost
12 with all of the turnover that happens, with all of
13 the emergencies that take people out of trainings,
14 but I think the importance of the training is such
15 that...

16 So when I was thinking of this, it was less
17 that people need the training and more that it's
18 absolutely essential to what they do, that in order
19 to better provide a service to Indigenous people in
20 Quebec and in Canada, you can't not know about, you
21 must know about the history of Indigenous people in
22 Canada and currently that's not taught in our
23 elementary or secondary curriculum. It's very
24 lacking in the university training that I received.

25 And so I think if we look at... we're

1 revolutionizing, changing the curriculum in
2 elementary schools, in secondary schools, in cegep,
3 in university, that would get people up to the age
4 of about twenty-two (22) right now. So, what do we
5 do for everybody else who's already working in the
6 work force? And that's where I think modular
7 training would be not only useful, but almost
8 necessary to make sure that folks who are doing the
9 work, and not to say that they're not doing good
10 work, but they could do better work.

11 Could learn in a modular way, one by one,
12 section by section, about different components of
13 what it means to be Indigenous in Canada today, for
14 example, and you could have an Elder come and you
15 have a couple of hours with a group of workers.
16 And just that one contact might change a little bit
17 how that worker intervenes with the family next,
18 but if you multiply that one contact times a bunch
19 of times, times every single worker across Quebec,
20 across Canada, then you might start to have a
21 better response and a better understanding, because
22 I think that by and large, your average adult
23 Canadian, and I felt (inaudible) to all of Canada,
24 because it's not just Quebec, who knows
25 intellectually a little bit about how Indigenous

1 history has led us to where we are today, but I
2 think very few people have a great understanding of
3 the injustice that has been played out and
4 continues to be played out because of the
5 intergenerational nature of what happened.

6 And I think that, you know, it's actually one
7 of the most important and pressing educational
8 pieces of our time that, you know, before anything
9 else, this should be preeminently important to
10 everybody, not just in social services, not just in
11 Quebec, but we can start where we are.

12 **Me DONALD BOURGET:**

13 But do you feel that it's the dispense of the
14 training being essential (it) has to come from the
15 top, because with the reform, the youth... the
16 special unit disappears. With the SPVM, the
17 special training program went down the drain?

18 **MRS MARGARET NOSSAL:**

19 Yes.

20 **Me DONALD BOURGET:**

21 How come these things can happen?

22 **MRS MARGARET NOSSAL:**

23 I agree with you that the desire to change needs to
24 come from the top and the change needs to come from
25 both ways. So I don't know how to make the

1 Commissioner of policing in Montreal... in Quebec
2 change the way that policing is done in Quebec. I
3 don't know how, I mean, I believe that many
4 Directors of Youth Protection around Quebec would
5 agree that they need more training. I think the
6 question would be - how do we do that? We have
7 overworked workers, we have... you know, as you
8 mentioned, in two thousand fifteen (2015), when the
9 reform turned into CIUSS and Youth Centres were
10 amalgamated into larger centres, we also saw
11 sometimes social workers double their caseload and
12 have half this much supervision.

13 So, if we're thinking about how do we train
14 these people? They're going to... I mean, and I
15 would say too, where are we going to find time to
16 attend these lovely modular trainings that
17 Mrs. Nossal is talking about? There's not... it
18 can't just happen like that, it does need to have
19 structural... there needs to be structural change
20 in order for this to be possible.

21 So yes, I do believe, I agree with you the
22 desire needs to come from not just the people who
23 wanted to change things, but from the structures in
24 place that govern how that change would play out.

25 **Me DONALD BOURGET:**

1 And then the application of the Youth Protection
2 Act. We heard a parent, especially parents,
3 Indigenous parents talking about the fact that the
4 social workers were really fast on the trigger for
5 the placement...

6 **MRS MARGARET NOSSAL:**

7 Um-hum.

8 **Me DONALD BOURGET:**

9 Of the Indigenous children. Now, maybe taking into
10 account all aspects of the situation, personal and
11 historical, and the fact that they... those...
12 certain social workers were... have the tendency to
13 place other children coming from... the parents
14 that they... who they saw there, the first...

15 **MRS MARGARET NOSSAL:**

16 (Inaudible).

17 **Me DONALD BOURGET:**

18 ... child placed. Do you have any thought about
19 this event?

20 **MRS MARGARET NOSSAL:**

21 Yes, I think that... I mean, I agree that I've seen
22 some children who were placed, who I wonder if they
23 weren't Indigenous, whether that placement would
24 have happened so quickly. But again I can't speak
25 on a case by case basis, because I wasn't involved

1 in the decision process that got made to lead to
2 that placement, But anecdotally, yes, I've seen
3 several circumstances where subsequent children
4 were placed in foster care because of historical...
5 because of other children who would have already
6 been placed in foster care.

7 And I think that when we look at how decisions
8 are made in the Youth Protection system, there's...
9 and special placement is an often, almost always, a
10 Court report that would get produced and a Court
11 report is a psychosocial account of historical
12 factors that have led to the current situation.

13 In the criminal justice system, we have Gladue
14 reports that can be requested of... a judge can
15 request a Gladue report before sentencing, that
16 would outline how this person's Indigenous...
17 Indigenuity has affected them to the situation
18 today, and the idea being... behind the Gladue
19 report is that you have a fuller understanding of
20 this person's life and how their life has been
21 affected by certain circumstances, social,
22 political, cultural faces, practices, and what not.

23 And I think in youth Court reports, there is
24 no Gladue portion of these Court reports, and when
25 I brought this up to a youth Court lawyer...

1 **Me DONALD BOURGET:**

2 Um-hum.

3 **MRS MARGARET NOSSAL:**

4 ... and I asked - you know, how come there is not a
5 specific section? His answer was - in general,
6 it's because the entire Court is meant to be a
7 historical description of what has happened with
8 his family.

9 But I think in practice what happens, and I've
10 seen this in a Court report, it said - "Mom is
11 Native..." three words. And I thought, I mean,
12 first of all, that's not the word that we use,
13 second of all it tells nothing about this woman
14 other than those three words. Other than it tells
15 me that the EO worker might not have had a very
16 elaborate conversation with this woman about where
17 she's from, who her parents where, what language
18 she spoke as a child, what community she's from?
19 Any number of these questions that I would assume
20 had come or would come out through the preparation
21 and drafting of a Court report.

22 But for me, in the "Application des mesures",
23 a side of things to read an evaluation, orientation
24 of Court that says "Mom is Native", to me is very
25 reductive of that woman's experience. And I think

1 that it sorts of brings out what the question was,
2 you know, if we're fast on the trigger of thinking
3 - okay, historically, this person has had other
4 children placed into care and because of that we're
5 going to place this child in care. Because of that
6 and because of other situations that I'm sure they
7 evaluate, I'm not doubting the competency of my
8 colleagues by any means, but I think that we could
9 be a little bit more attentive to how we spell out
10 a person's situation.

11 And so, that... if that "Mom is Native", had
12 instead said - the mother was adopted as a three-
13 year-old from her family, and ex-community, and was
14 raised by so-and-so and at the age of seventeen
15 (17), reconnected with her father who is from a
16 White community... That, to me, would have told me
17 a lot more, and it also would have told me that
18 that worker had done a bit more of understanding of
19 that person's life pathway, which could have led to
20 a better understanding of what's going on now, and
21 I mean, the child who is then placed in a foster
22 care subsequently reintegrates in the care of the
23 mother, and like, things were very good, hmm !

24 And this is a situation where I think the
25 child probably shouldn't have been in foster care

1 at all to begin with. And so sometimes I wonder if
2 there were a way, in a Court report, that we
3 obligated a person to elaborate on a person's
4 Indigenuity, much as we do in the Gladue reports in
5 the criminal justice system, that we might have a
6 bit more success in enforcing, a), to workers that
7 this is an important thing to talk of beyond "Mom
8 is Native", and two, that we could better orient
9 children's situations and surround the parents with
10 the supporting aid.

11 So essentially, that's what this Protection
12 Act is meant to do, it's meant, in theory to
13 surround to a parent with the supporting aid to
14 provide better care for their child, but in
15 practice that's not always how it plays out, it
16 becomes very much... it ostracizes them.

17 But I mean, in theory, what would be nice is
18 if that parent were surrounded with the care that,
19 you know, whether that care is familial or
20 community, and with the knowledge that, you know,
21 the thing that happened, the situation that came to
22 our attention is not okay. It's not okay for a
23 six-month-old to wake up to parents who are passed
24 out. It's not okay for a three-year-old to witness
25 a knife fight. Those things are not okay and I

1 think that all parents would agree with that.

2 The question then is - given that's not okay,
3 how do we surround you with the support that you
4 need so this doesn't happen again. And I think
5 that.

6 **Me DONALD BOURGET:**

7 What about the perception of the capacity from the
8 parents, Indigenous parents to overcome their
9 difficulties?

10 **MRS MARGARET NOSSAL:**

11 Hum... you mean, the perception of other workers?

12 **Me DONALD BOURGET:**

13 Yes.

14 **MRS MARGARET NOSSAL:**

15 I think that it's sort of plays into the "fast on
16 the trigger" thing that if a worker doesn't have
17 the capacity to see beyond this specific situation
18 and see the capacity of the parent as quite good,
19 then you might have more placements. I think
20 basically what we're saying is that workers need to
21 have the ability to see beyond the immediate
22 circumstances. And recognizing, yes, the
23 problematic situations that put children in danger
24 shouldn't happen, but the question then is - how do
25 you make sure that that doesn't happen while

1 prioritizing that kid being close... being kept
2 close or with their parents to avoid everything
3 else that we talked about?

4 **Me DONALD BOURGET:**

5 You were talking about Gladue reports before the
6 Court. What about the Court house, and how do
7 Indigenous people fit in or...

8 **MRS MARGARET NOSSAL:**

9 Yes.

10 **Me DONALD BOURGET:**

11 Don't fit in the system...

12 **MRS MARGARET NOSSAL:**

13 I mean, yeah... I was talking to a... an Inuk woman
14 who... she provided accompaniment to families to
15 Court, and she was an Inuk woman who grew up in the
16 South, and grew up with... speaking English and
17 French, and Inuktitut. She had surface facility
18 between cultures and as result she was an excellent
19 accompanying person, because she was able to, you
20 know, speak to people who were probably having one
21 of the most stressful days of their lives, being in
22 a structure that is completely foreign to them.
23 Being in front of a judge and lawyers and, you
24 know, somebody writing about what they're saying
25 behind them.

1 To them, to somebody who... this structure is
2 foreign, it's very intimidating and I can only
3 imagine that it would be very scary. And so to
4 have this accompanying person, you know, that was
5 good for those people, But this person who provided
6 accompaniment told me that, you know, it is one of
7 the most difficult things, because in her culture,
8 in her Inuit culture, it wasn't part of her culture
9 to speak back. It wasn't part of her culture to
10 contradict people, interrupt, whereas in my
11 culture, and you know, I'm Southern Canadian, I
12 grew up in a situation where I was constantly
13 encouraged to question things and I was constantly
14 encouraged to argue my point with words, which is
15 why I'm able to do that, but if you're growing...
16 growing up in a situation where that's not
17 encouraged or even part of the culture, then it's
18 like putting a person, on the most stressful of
19 their life, in a completely foreign place with no
20 accompaniment mostly, you know?

21 And I'll liken it to a couple of weeks ago, I
22 was working up North in Nunavik, and one of my
23 colleagues, an Inuk man, changed a rudder(?) in
24 Hudson Bay, of his... of the motorboat. He's
25 completely silent, he didn't exchange any words,

1 people just gave him the right tools and we're off
2 again and the motorboat was fixed. I have no idea
3 how to do that, but those are the competencies that
4 he was brought up with and he's very good at that,
5 he can, you know, he can hunt, he can... there are
6 so many things that he's good at, and those are
7 things that I cannot do. And I think that when we
8 think about the Court structure and imposing this
9 structure, I mean, this isn't a Court, but it's
10 similar. To impose that structure on families who
11 are experiencing so much trauma from having their
12 child being taken away from them, it's difficult...
13 hugh... to say the least, I mean, that's probably
14 the biggest understatement ever, but it's also
15 not... they're key structures that don't really go
16 well together, and I can't imagine that it would be
17 easy for a family when it's so foreign.

18 **Me DONALD BOURGET:**

19 You travelled up North, I understand?

20 **MRS MARGARET NOSSAL:**

21 For my current...

22 **Me DONALD BOURGET:**

23 (Overlapping)?

24 **MRS MARGARET NOSSAL:**

25 Yeah, for my current position. I'm working with...

1 it's a pan-Canadian research project looking at the
2 transformation of youth mental health services
3 currently in fourteen (14) communities across
4 Canada. Six of those communities are Indigenous
5 communities and two of them are in Quebec. So, one
6 is in the Cree region, and one is in Nunavik. And
7 the other in the rest of Canada. Three are in
8 Montreal, three of the communities.

9 **Me DONALD BOURGET:**

10 And what kind of problem you do observe, let's say,
11 up North with the youth?

12 **MRS MARGARET NOSSAL:**

13 I think that... I mean, and just to clarify, I'm
14 not providing a frontline service, I'm supporting
15 service teams in collecting data about mental
16 health provision to youths aged eleven (11) to
17 twenty-five (25). So, I'm not working with youths
18 to provide the services, but I'm working with the
19 teams there.

20 And these teams are people from the
21 communities who are providing either mental health
22 services or support mental wellness support to
23 young people in their communities.

24 And one of the most interesting and maybe one
25 of the reasons that mental health is a problem...

1 problems is that in general, mental health services
2 are provided by Southerners who are generally White
3 francophone women and in general, young people in
4 communities in the North, for example, their
5 facility with French might be not great. And so
6 both worker and youth are speaking to each other in
7 their second language, so there's a language
8 barrier sometimes that can be encountered when
9 providing services or when receiving services.

10 More so than the language problem, though, or
11 the language issue barrier, is the idea of reaching
12 out for mental health services... is very different
13 in... In Nunavik, for example, it's very...
14 it's... mental health is still a very stigmatized
15 topic and it's very infrequent that a young Inuit
16 would reach out to somebody at the Health Centre
17 because of thoughts of suicide, for example, and
18 this is... has been explained to me by my
19 colleagues, not because the young person doesn't
20 know that they have those thoughts, it's just that
21 those thoughts aren't something that they talk
22 about, especially with other people.

23 And the idea behind the project that I'm
24 working on right now is a transformation of youth,
25 and mental health services to sort of get the

1 communities to provide... Basically, it's the
2 communities who are coming up with the solutions to
3 how to solve mental health and one of the solutions
4 that has been raised, and not just the communities
5 in Quebec, but across Canada, is how do you connect
6 youth with things that make you feel good?

7 And so yes, indeed mental health or mental
8 illness or severe mental health problems can be
9 fixed by connecting a young person with an activity
10 that makes them feel good. However, connecting a
11 young person with an activity that connects them
12 for their culture, that makes them feel like
13 they're part of a group, could possibly connect
14 them with a service that has connections to
15 psychologists, psychiatrists if needed.

16 And so rather than have that psychologist or
17 psychiatrist only be accessible if the young person
18 is in need, instead you have, for example, in Nova
19 Scotia there's a Mi'kmaq community, they have a
20 fishing program with one of... with a couple of
21 their youth mental health mentors, and so rather
22 than going into a centre and talking about your
23 mental health one on one with a counsellor, they
24 have a group board that says - hey! come out
25 fishing. A bunch of young men take the youth out

1 fishing and maybe, you know, mental health...
2 anything comes up perhaps, but if one of those
3 young people, down the road, starts experiencing
4 the (inaudible) of suicidality or depression or
5 they just want somebody to talk to, they'll have
6 that connection pre-established and those youth
7 mental health mentors are also connected with other
8 services.

9 So that's, I mean, I'm being very reductive of
10 this project...

11 **Me DONALD BOURGET:**

12 Um-hum.

13 **MRS MARGARET NOSSAL:**

14 ... that I work for, that... there's so much more
15 that happens in this project than just fishing.
16 It's a pan-Canadian federally-funded project, but
17 that's an example of how connecting young people
18 with something that is meaningful to them and to
19 their culture, can... comme "rapprocher", like, it
20 can bring them closer to the help that might be
21 needed in the future.

22 **Me DONALD BOURGET:**

23 And do you have any ideas why the young Indigenous
24 - we're talking about Inuits - are so reluctant to
25 get services from the health system in this case?

1 **MRS MARGARET NOSSAL:**

2 I can't speak for them, but one of my partners in
3 Nunavik did tell me about the translation of mental
4 health into Inuktitut. I don't know if this is...
5 I don't speak Inuktitut, so I don't want to say
6 exactly, but there are two vague translations. One
7 is "crazy, deranged person", the other is "brain is
8 too small for his head".

9 And so the idea being that, you know, if
10 ingrained in the words "mental health" are those
11 two ideas, I don't want to be thought of as "crazy,
12 and deranged", and I definitely don't want to be
13 thought of as stupid, and...

14 If those words, even a young Inuk who speaks
15 English and French and knows that intellectually,
16 these things, you know, mental health is a thing
17 that we speak about. If ingrained in the language
18 that you've learned as a child, these are the ideas
19 that come up. That's only one iota of why the
20 stigma still exists in communities.

21 So I can't speak for why a young person
22 wouldn't go into the Health Center, but would
23 rather go with, you know, a hunting accident or
24 something, but you know, because this is a thing
25 that I see, and it can be fixed. You know, if his

1 arm is broken or something, but when it's inside
2 your head, it... you know, the question is - well,
3 what's wrong with him... and you fix.

4 Also, there's a lot of... so there's a lot of
5 stigma, but there's also not a lot of services that
6 are culturally appropriate. So that young person
7 maybe overcomes the stigma, walks into the Health
8 Center, and tries to explain what's going on, but
9 the person that they're explaining it to might not
10 really understand, because they don't have the
11 context behind it. So... I mean, but I can't speak
12 for why it's so stigmatized.

13 **Me DONALD BOURGET:**

14 And besides the health system as it is, what about
15 the (inaudible) of healing? Well, you're talking
16 about fishing plan and things like that?

17 **MRS MARGARET NOSSAL:**

18 Um-hum.

19 **Me DONALD BOURGET:**

20 Do you have any thoughts about the... those being
21 complementary to the health system?

22 **MRS MARGARET NOSSAL:**

23 Yeah, I think there is a Mi'kmaq Elder who wrote, I
24 forget his name, he wrote a thing about what...
25 it's called "Two-eyed scene", the idea being that

1 there is a way of seeing a situation from two
2 traditions. With one eye, you might see it from
3 the Western approach, with that, you know, having a
4 psychologist or a psychiatrist attend to your
5 problem. And from the other eye, you might see a
6 traditional approach of, you know, connection to
7 the land, and maybe traditional healing practices
8 or whatever it might be.

9 And the idea being that you don't need to do
10 one or the other. That, you know, I see. I
11 personally see with both my eyes and I close one
12 and I look at the other, I can see both. And so
13 that idea that how you integrate what we know could
14 be useful from a Western approach and what do we
15 know or what is known from traditional knowledge is
16 successful in attending to wellness in a young
17 person.

18 And so, and I think... and this is this one
19 community that I'm working with in Nova Scotia that
20 has sort of integrated that into the way that they
21 provide care. And I mean, it makes sense, right?
22 Like that, there is something to be said about
23 what's good about both sides and that they don't
24 have to work. Sorry. They don't have to work only
25 one or only the other.

1 **Me DONALD BOURGET:**

2 What about different approach, you know, with...?

3 We heard about family circle around (inaudible)

4 table, and...

5 **MRS MARGARET NOSSAL:**

6 Um-hum.

7 **Me DONALD BOURGET:**

8 ... everything, that's something we can learn from?

9 **MRS MARGARET NOSSAL:**

10 Most definitely, and I think that there's other
11 places in Canada that has integrated those
12 approaches into the provision of child welfare
13 services. In Ontario, for example, a colleague of
14 mine, a former colleague of mine is a part of just
15 what you're talking about, is integrating DYP work
16 into family counselling or family circle work and
17 you know, having a circle of care around the child
18 who has come onto the... under the guise of these
19 protections, but bringing in also the community
20 members.

21 And this approach was adopted at Batshaw Youth
22 and Family Centres not just for Indigenous youths,
23 but for all youths in care and I think it was a
24 really great initiative. I don't know whether it's
25 gone forward or whether it's still there, but the

1 idea basically being a circle of care. A group of
2 people who are all interested in the well-being of
3 this child. Maybe it's the principle, maybe it's
4 the teacher, a coach, a Reverend, you know?
5 Uncles, things like that.

6 And I think that that approach can work, does
7 work, because it's not just looking at the problem.
8 The child, and... not... the child is rarely the
9 problem. If they're not really looking at the
10 problem coming out of whatever kind of parenting
11 was happening, but they're looking at the solution
12 where do we put this child at the centre of a
13 caring circle and the parents are a part of that
14 circle and so are a lot of other people. Nobody
15 can do this alone.

16 Most parents, regardless of whether they're
17 under DYP, regardless of whether they're Indigenous
18 parent alone, they parent with other people. Their
19 neighbours, their sisters, their... people help
20 them. The problem is that when you're... when you
21 have many layers of systemic oppression on you,
22 that circle becomes more sparsely populated and I
23 think that's one of the basic issues here.

24 **Me DONALD BOURGET:**

25 Do you have any observations about what happened to

1 children cut out from their family, their culture
2 at the age of eighteen (18)?

3 **MRS MARGARET NOSSAL:**

4 Right.

5 **Me DONALD BOURGET:**

6 (Inaudible).

7 **MRS MARGARET NOSSAL:**

8 I mean, children in care, often the age of eighteen
9 (18) is a scary time, because for a lot of children
10 in care it's the end of services and too many
11 children in foster care and group homes don't have
12 a place to go when they're nineteen (19) or the day
13 that they turn eighteen (18).

14 And specifically for young Indigenous folks
15 who are turning eighteen (18), and they've been cut
16 off from their traditional practices, they might
17 not speak their traditional language, they might
18 not know their family. They turn eighteen (18),
19 and they don't have that connection, so they might,
20 you know, return to their community of origin to
21 find that this is not what they thought it was,
22 because they had no contact with that community of
23 origin.

24 Or they might not have meaningful
25 relationships with their family members, their

1 extended family members, and maybe they've grown up
2 in a situation where their foster parents might be
3 really excellent people and they might have an
4 entire extended foster family, but there's always a
5 question, everybody in the world, there's a human
6 condition to want to know where you're from or
7 what, you know - why does my nose look like this...
8 you know? Oh, my grandfather, that's what he looks
9 like.

10 So I think that's just a very human thing and
11 I think, for kids who grow up in a foster care
12 system or in a group home system and they turn
13 eighteen (18), and they don't have that connection,
14 it can be a very difficult time, and it can lead
15 to... we have overrepresentation of young people
16 who are in care, who are homeless between the ages
17 of eighteen (18), and twenty-five (25) across
18 Canada.

19 And so, when we have, you know, up to, in some
20 surveys, up to forty per... forty (40) or sixty
21 (60)... I don't know, it's many people who are
22 homeless between the ages of eighteen (18), and
23 twenty-five (25), that had experience with the
24 Youth Protection system, And I think that, in and
25 of itself, makes us wonder - well, what's happening

1 to young people? To help them prepare... and part
2 of helping them prepare, not just waiting until
3 they're sixteen (16) and then teaching them how to
4 do a budget but making sure that they're connected
5 with something meaningful.

6 And I mean we all can use, in English, we use
7 the word "age out of care", and... when we talk
8 about children who are adolescents, who are leaving
9 the foster care system.

10 And a former, a person who is now an adult,
11 who is a former foster care, he told me - it's one
12 of the most cruel things that she hears, 'age out',
13 because, she said, everybody else got to grow up,
14 and I had to age out. So it's almost robbing them
15 of the, like, problems, so just being a kid.

16 And I think that when we look at Indigenous
17 kids in care, it's that plus more that, you know,
18 just to be a kid and just to grow up and turn
19 eighteen (18) like everybody else, but also to turn
20 eighteen (18) and now realize - I don't have the
21 support system that was in place.

22 Maybe their foster family is that support
23 system, and that's good. That's not necessary,
24 though, it's not necessarily there and it's not
25 necessarily what's going to help them grow into an

1 Indigenous adult who can then teach their children
2 what it means to be Indigenous, if that foster
3 situation didn't have that as a component.

4 **Me DONALD BOURGET:**

5 I would have thought that White - I'll say that in
6 those term - White services are adapted or not for
7 problems like addiction. You're talking about
8 health (inaudible), and... do you feel that
9 something should be done?

10 **MRS MARGARET NOSSAL:**

11 Hum... yes. I believe that there are definitely
12 efforts to adapt the European Southern White
13 services to Indigenous realities, but I think that
14 that's definitely something that we should all be
15 looking, that because it's definitely... there's
16 not a one solution to this. That very basically,
17 health and social services, education, the criminal
18 justice system, Youth Protection are all in
19 positions of a certain sort of society on a group
20 of people who have concurrently experienced more
21 systemic oppression than White Canadians.

22 And so given this imposition, how do you adapt
23 services or make them adaptable to the reality of a
24 young person or a young person family who has
25 experienced that?

1 And I think, I mean, there are... that that's
2 a lot of different systems and we don't have time
3 to go into the details of how do... how would you
4 change all of the systems? But I think a),
5 acknowledging that there needs to be some sort of
6 adaptation or at least, acknowledgement of
7 difference that every single service provider,
8 elementary school teacher, emergency room
9 receptionist, you know, Court clerk, every single
10 person who works in the public system must be
11 cognizant, should be cognizant, must be made
12 cognizant of how these systems are
13 disproportionately disadvantaging people who've
14 experienced oppression.

15 And I think, until we have very basic
16 acknowledgment of that we're not going to be able
17 to move further and adapt the systems. And so, I
18 think, I mean acknowledgement of that, even having
19 like a land acknowledgment at the public, at the
20 entrance of all public buildings saying, you know -
21 this land was traditionally... is tradition... is
22 the traditional land of the... you know, of the...
23 In Montreal, it's of Kahnawake, of the Mohawk.

24 And so, even just to have acknowledgments like
25 that or to have training, you know, that comes from

1 elementary and secondary school education. Like,
2 for example, in the tenth (10th) grade, the
3 Secondaire...

4 **Me DONALD BOURGET:**

5 5?

6 **MRS MARGARET NOSSAL:**

7 ... 4. Um-hum.

8 **Me DONALD BOURGET:**

9 Oui?

10 **MRS MARGARET NOSSAL:**

11 To a history book, chapter one is "First Nations".
12 And it's chapter one about, you know, making
13 canoes, and historical trade agreements. Chapter
14 two, "Samuel de Champlain, and everything". And
15 then, chapter two, three, four, for the rest of it,
16 there's no mention of Indigenous history.

17 And so when you ask a group of tenth (10th)
18 grade students in Waswanipi what is missing here?
19 A friend of mine was teaching tenth (10th) grade,
20 and she said what's missing here? And I said - us.
21 You know, we're not here, we're not represented in
22 the very basic history curriculum that's given to
23 all Québécois youth.

24 So, until we have acknowledgment of this, I
25 don't think we'll have change. But I think that, I

1 mean there's a Commission. We have some
2 acknowledgment and I think that there's possibility
3 and that there's hopeful anticipation of more
4 acknowledgment.

5 **Me DONALD BOURGET:**

6 Talking about schooling, there's some... quite a
7 big challenge in some communities or... those we
8 can think about up North. How can we foresee
9 education for a young Inuit, let's say, or...

10 **MRS MARGARET NOSSAL:**

11 Right. Yes, for example, currently, some
12 communities don't have teachers for certain grades,
13 so, you know, a certain community in Nunavik
14 doesn't have a fourth (4th) grade teacher right
15 now. And so how could we expect, you know,
16 graduation rates to go up if systematically, we
17 have nine-year-olds who don't have a teacher? If
18 in Montreal my nine-year-old didn't have a teacher,
19 I... there would be sort of... there would be a far
20 different course of action that would be taken than
21 folks who live in Nunavik whose nine-year-old
22 doesn't have a fourth (4th) grade teacher, and it's
23 a structural problem. They know that they could
24 complain all they want, but that's not going to
25 magically create a fourth (4th) grade teacher who

1 will come and replace the fourth (4th) grade
2 teacher who left.

3 So I think if we think about how do you make
4 sure that, you know, we have... if we go back to
5 the very first thing, how we make sure that we have
6 more representation of Indigenous people in
7 positions of, you know, social workers, doctors,
8 nurses?

9 That starts with education, and you can't have
10 Indigenous doctors if they didn't have a second
11 grade teacher, a fourth grade teacher, a seventh
12 grade teacher, a Secondaire 5, you know, like,
13 there's structural problems all the way to them
14 becoming a doctor.

15 And so perhaps we need to revolutionize how we
16 think about education. You know, we have the
17 technology to provide this education. Somebody in
18 Newfoundland can get a degree from Simon Fraser
19 University in British Columbia. That's a thing
20 that already exists. So, the question is - how do
21 we have the fourth graders in Nunavik who are in
22 school right now, because they don't have a fourth
23 grade teacher, how do we put in place structures
24 being creative? Technology? I don't know, I mean,
25 maybe you don't have a teacher. Maybe you have a

1 community member who is in a classroom, and
2 switches on teleconferencing that has at least two
3 hours (2 h) a day of some sort of instruction for
4 these young people so there's less gaps in their...

5 And that could translate to a cegep education
6 that oftentimes, you know, one of the barriers to
7 higher education is leaving your community and
8 feeling not being able to... it's a feeling of loss
9 when you grow up in a small community in the North,
10 and then you move to Montreal to go to a cegep,
11 like it's very difficult. Maybe there's ways of
12 supporting young people to do that in a different
13 way, you know? Modular education, technology, a
14 sort of distance education. Maybe accompaniment,
15 maybe... and I know that there already exists a
16 number of cegep programs that are doing those
17 things and I would have thought those programs, and
18 I think that if there's a way to extend that to
19 have more accessibility, then that would be
20 something.

21 So, not to say that these people have not
22 already thought of these, they've... they're doing
23 the works, but I think that we very basically don't
24 have basic education. It's very hard to achieve
25 higher education.

1 **Me DONALD BOURGET:**

2 And what about the future? The hope for the
3 future?

4 **MRS MARGARET NOSSAL:**

5 I think, I mean, based on what I've been talking
6 with today, I think the hope for the future is
7 bright because there is constant opportunity for
8 new education, for new people to learn more. And I
9 think that if what we do now is set in place, a
10 path for people to get more access to learning
11 more, so for example, you know, can White non-
12 Indigenous workers to have a better access to what
13 it means to be Indigenous, to... for the people who
14 are in charge of social structures to acknowledge
15 the importance of this change, and also to make in
16 place the ways that we can get to that change.

17 I think the future is very bright if we make
18 change. If we continue the way things are going, I
19 worry that there will be another enquête in twenty
20 years that says - hey! you had that enquête in two
21 thousand seventeen, eighteen (2017-18), what did
22 you change? What's different? Because now, we
23 have more of the same.

24 So, I think that there's great possibility
25 here, and... not just here at this Commission, but

1 here in Quebec, here in Canada if that... and I
2 think, I also underscore that there's a lot of
3 really excellent change in work already happening,
4 and that if that kind of work can be underlined,
5 and brought forward, that there's already really
6 great evidence of how this change can be for the
7 positive.

8 I mean, unfortunately, in health and social
9 services, often you see the worse of things. You
10 see all the problems. And I think that for a group
11 of people who only sees its problems. To see what
12 is working it would be also very important and
13 that's sort of what this modular education could
14 look like too.

15 Okay, every day you see problems, but look,
16 this is working and if we integrate its strength-
17 based approach into what we're doing with all of
18 these problems, then there could be, you know, a
19 possibility of change.

20 **Me DONALD BOURGET:**

21 And what about the perspective of Indigenous taking
22 care of the services, institutional Indigenous in
23 schooling, and else providing services and things
24 like that? Is that something you can foresee?

25 **MRS MARGARET NOSSAL:**

1 Yes. Yeah, I mean it's already happening in a lot
2 of regions, and I think if you... it looks today
3 compared to fifty years ago, it looks very
4 different today than it did fifty years ago. And
5 so, if we project fifty years in the future,
6 there's, I think, a great possibility for...

7 And I think that the solution is, you know, so
8 ownership... self-governance, because the history
9 of what's happened hasn't worked and we know that,
10 we have ample evidence that that hasn't worked and
11 I think to expect everything to work immediately is
12 an unrealistic expectation, but I think that if
13 given the proper time and support and the attitude
14 behind it, then yeah, I can't see why that wouldn't
15 work and I think that that's... I don't want to say
16 "the only solution", but it is the solution and I
17 think that history has shown us that so far, so...

18 But I'm young and impressionable, so, I don't
19 want to make, like, pronouncements at all, because
20 what do I know?

21 **Me DONALD BOURGET:**

22 Thank you to be what you are and young as you are.

23 **MRS MARGARET NOSSAL:**

24 Um-hum.

25 **Me DONALD BOURGET:**

1 No further question...

2 **LE COMMISSAIRE:**

3 No?

4 **Me DONALD BOURGET:**

5 Mr. Commissioner.

6 **LE COMMISSAIRE:**

7 Me Miller, do you have questions?

8 **Me RAINBOW MILLER:**

9 Yes, I do have a question.

10 **LE COMMISSAIRE:**

11 No? Me Robillard?

12 **Me RAINBOW MILLER:**

13 Uh.

14 **LE COMMISSAIRE:**

15 Oh, yes, we have something? Okay, I'm sorry...

16 (Laughter)

17 **Me RAINBOW MILLER:**

18 (Inaudible).

19 **LE COMMISSAIRE:**

20 (Laughter)

21 **Me RAINBOW MILLER:**

22 Good day, Mrs. Nossal. I represent the Quebec
23 Native Women Association. I would like to ask you
24 two questions. In your testimony you said you know
25 about the social workers, that you don't doubt, you

1 know that they want to do good, but you also talked
2 about micro-racism, and you talked about, you know,
3 the importance of the training. Do you consider
4 that in a training for social workers, there should
5 be a reflection on... - paternalism... -
6 paternalism?

7 **MRS MARGARET NOSSAL:**

8 Yes.

9 **Me RAINBOW MILLER:**

10 And would you... could you elaborate on that a
11 little bit? Because we're talking about people who
12 represent, like, a White institution and who have a
13 lot of power and be coming to communities. You
14 know that there's other studies, and you know, the
15 way they think, you know, a family should be led?

16 **MRS MARGARET NOSSAL:**

17 Um-hum.

18 **Me RAINBOW MILLER:**

19 If you could talk a little bit about that?

20 **MRS MARGARET NOSSAL:**

21 I think that that's on the nose one hundred per
22 cent; that part of this education isn't just facts
23 it's also looking inwards, and saying, you know,
24 what kind of... And part of that is looking at
25 power structures.

1 **Me RAINBOW MILLER:**

2 Um-hum.

3 **MRS MARGARET NOSSAL:**

4 And so if a social worker comes he might think - oh,
5 I'm just a social worker. But no, you're a social
6 worker with all the history of social work across
7 time and you hold the power in... from a parent's
8 perspective, specifically an Indigenous parent's
9 perspective, you have... you hold the power to take
10 my child away...

11 **Me RAINBOW MILLER:**

12 Um-hum.

13 **MRS MARGARET NOSSAL:**

14 And you hold the power to make a recommendation to
15 a judge to have my child away from me for a long
16 period of time. So, the inference of... especially
17 a White social worker, and not an Indigenous person
18 to be able to reflect on that power is of the
19 utmost importance.

20 And I think also, you mentioned "paternalism",
21 sort of the idea that the State knows best.

22 **Me RAINBOW MILLER:**

23 Um-hum.

24 **MRS MARGARET NOSSAL:**

25 And I think that one of the revolutions of the...

1 "revolutions", wrong word. One of the important
2 perspectives of the team that I worked on was
3 highlighting the fact that parents know best.
4 Parents and communities know best. It just so
5 happens that something has happened, and a
6 situation has happened that the State had to get
7 involved, because there is a situation where your
8 child's safety or security was compromised.

9 That doesn't mean that you don't know what's
10 best for your child. It doesn't mean that your
11 community doesn't know what's best for your child,
12 it means that right now, there's State involvement
13 in figuring out what's best for your child, but you
14 are the person who's going to come up with that.

15 And I think that creating that, more of a
16 circular idea of how do you come to a solution...
17 rather than - I am the State representative, this is
18 the solution. We will impose the solution.

19 **Me RAINBOW MILLER:**

20 Um-hum.

21 **MRS MARGARET NOSSAL:**

22 But that's hugely revolutionary for Youth
23 Protection workers and I think it's a bit of a long
24 shot to expect that to happen. So I think that
25 what you're saying is a really great idea,

1 introducing the idea of what does that mean to be a
2 State operator. You are basically an enforcer of
3 the law and with that comes all the paternalism of
4 being White or non-Indigenous.

5 Or even if you are Indigenous, you're still the
6 person, like an Indigenous worker is still the
7 person enforcing a White law.

8 **Me RAINBOW MILLER:**

9 Um-hum.

10 **MRS MARGARET NOSSAL:**

11 So, to have reflection on that would, I think, not
12 only be important, but it would also lead those
13 workers to do better work, which is why I think it'd
14 be best for community organizations such as... it's
15 the Native Women Organization of what? Sorry.

16 **Me RAINBOW MILLER:**

17 The Quebec Native Women Association.

18 **MRS MARGARET NOSSAL:**

19 Yes, for them to be at the table to create
20 whatever...

21 **Me RAINBOW MILLER:**

22 Um-hum.

23 **MRS MARGARET NOSSAL:**

24 ... formation comes...

25 **Me RAINBOW MILLER:**

1 Um-hum.

2 **MRS MARGARET NOSSAL:**

3 Because those are the ideas that are of the utmost
4 importance for the workers to be able to reflect on.

5 **Me RAINBOW MILLER:**

6 My second question is... well, thank you for your
7 answer. My second question is when you talk about,
8 for example, in the community, there is an issue of
9 negligence, you know, that has been spotted, for
10 example in the family, and the best practice would
11 be that you said the parents would be surrounded
12 with care that they need.

13 In your experience we know that the laws have
14 to be done. We've talked the different directives
15 of DPJ. They said it was being done, but in
16 reality is it really done?

17 **MRS MARGARET NOSSAL:**

18 Is what being done?

19 **Me RAINBOW MILLER:**

20 Like, giving the services to the parents. You said
21 that they're surrounded with the care they need,
22 you know?

23 **MRS MARGARET NOSSAL:**

24 Right.

25 **Me RAINBOW MILLER:**

1 For the child to come back to the family if there
2 is an issue?

3 **MRS MARGARET NOSSAL:**

4 Right.

5 **Me RAINBOW MILLER:**

6 Is it really done in reality?

7 **MRS MARGARET NOSSAL:**

8 I think, and my two-part question will... my two-
9 part answer will address the fact that it's a very
10 different situation in a urban setting than...

11 **Me RAINBOW MILLER:**

12 Um-hum.

13 **MRS MARGARET NOSSAL:**

14 In a rural or like a remote setting. In an urban
15 setting you have a little bit more facility with
16 receiving services, because the services are more
17 readily available just because they're in the city.

18 **Me RAINBOW MILLER:**

19 Um-hum.

20 **MRS MARGARET NOSSAL:**

21 That being said, are those services culturally
22 appropriate, question mark? Are they able to
23 receive those services very quickly or rapidly
24 enough to have the child reintegrated into their
25 parents' care? No. I mean... and the problem also

1 is that it's not always the case that those
2 services, oftentimes those services are in a
3 different system, and so there's waiting lists and
4 so I think that's where having collaborative, like,
5 en France with other services to say - hey! in
6 order for this baby to be re-integrated to their
7 parents' care, the parents need housing. How are
8 we going to find these parents housing when there's
9 a twenty-two (22) month waiting list for public
10 housing in the city?

11 Maybe there's, you know, other ways of jumping
12 to the front of the list, or maybe there's
13 alternate services available - perhaps. But I
14 think indeed, the circle of care is hired to build
15 up when there's sort of a paucity of services
16 everywhere, and waiting lists, and such.

17 In a urban or... sorry, in a rural or remote
18 setting, it's that much more difficult because
19 services are often less frequently accessible or
20 don't exist or maybe the services existed in urban
21 locations, but the family and the child are in a
22 rural or a remote setting.

23 So, I think, I mean, again I'll say "good
24 intentions", but I don't know how to reorganize
25 services to make it happen like that and I think in

1 practice it does not happen very quickly.

2 I don't know if that answers your question?

3 **Me RAINBOW MILLER:**

4 Yeah, and for example, did you see what other
5 workers, at the time that you were working at as
6 social worker, if they receive, those services are
7 not available, but then you have a very short time
8 for the parent, you know, to, you know, change the
9 situation, but the services are not available.

10 Would you see that the social workers sometimes
11 would be... would apply the rules strictly? Or
12 they would give it a little bit of loose to take
13 into consideration, you know...

14 **MRS MARGARET NOSSAL:**

15 Yes.

16 **Me RAINBOW MILLER:**

17 Issues that are out of the parents'... out of their
18 responsibility...

19 **MRS MARGARET NOSSAL:**

20 Right.

21 **Me RAINBOW MILLER:**

22 You know?

23 **MRS MARGARET NOSSAL:**

24 I think, I mean, I had the privilege of working with
25 a lot of like-minded workers who often would want to

1 try to find solutions to these problems. And also,
2 I think working in collaboration with the parents'
3 lawyers is also important, because then you can say
4 - hey! like, the judge asked for this, but it wasn't
5 even available.

6 **Me RAINBOW MILLER:**

7 Ah...!

8 **MRS MARGARET NOSSAL:**

9 How can we, in good faith, enforce or ask for a
10 certain thing when a service wasn't even available?
11 So, I think... I can't really speak to... I can
12 only speak to the people I work with and often,
13 there's a lot of trying to work around the
14 constraints that were put in place by a judgment.

15 And I think I also saw, and I'll give credit
16 to a lot of the Youth Court judges in Montreal
17 who... that I work with or worked under, who very
18 much wanted to favour a young baby person and their
19 family. They wanted to favour togetherness.
20 That's what I saw in my experience.

21 That being said, I know for a fact that that's
22 not the experience of many families across Quebec,
23 so...

24 **Me RAINBOW MILLER:**

25 Um-hum.

1 **MRS MARGARET NOSSAL:**

2 And I definitely think that there is basis to what
3 you're saying. It's difficult to enforce a judgment
4 or a ruling if we can't even... if you can't even
5 have access to the services.

6 **Me RAINBOW MILLER:**

7 Thank you so much.

8 **LE COMMISSAIRE:**

9 Me Robillard, do you have questions?

10 **Me DENISE ROBILLARD:**

11 Merci, aucune question.

12 **Me DONALD BOURGET:**

13 A very last question if...

14 **LE COMMISSAIRE:**

15 Yes, you have... um-hum.

16 **Me DONALD BOURGET:**

17 You give me the permission?

18 **LE COMMISSAIRE:**

19 Oh, yes.

20 **Me DONALD BOURGET:**

21 Just one.

22 **LE COMMISSAIRE:**

23 Okay.

24 **Me DONALD BOURGET:**

25 Just one.

1 What about the Indigenous peoples having their own
2 Youth Protection Act?

3 **MRS MARGARET NOSSAL:**

4 What about it?

5 **Me DONALD BOURGET:**

6 Yes, their own law...

7 **MRS MARGARET NOSSAL:**

8 Oh.

9 **Me DONALD BOURGET:**

10 ... (inaudible) from the White Youth Protection
11 Act?

12 **MRS MARGARET NOSSAL:**

13 I believe that that might be something that's in the
14 works, you know? There's a... if so, I think it
15 would be a good idea. I think that in honesty,
16 that... whatever gets brought up there could be
17 better than what we have now. I believe such a
18 thing, if... it doesn't exist in Quebec, but I
19 believe that there's a subsection of the Youth
20 Protection Act, 34... I...

21 **Me DONALD BOURGET:**

22 Oh, the sections of the...

23 **MRS MARGARET NOSSAL:**

24 Right.

25 **Me DONALD BOURGET:**

1 I'm asking about their own lot?...

2 **MRS MARGARET NOSSAL:**

3 The entire act...

4 **Me DONALD BOURGET:**

5 (Inaudible).

6 **MRS MARGARET NOSSAL:**

7 I don't think it's a bad idea. And I believe that
8 there could be a lot learned from whatever we come
9 up there.

10 **Me DONALD BOURGET:**

11 Thank you.

12 **LE COMMISSAIRE:**

13 So now it's time for me to thank you for having
14 accepted to share with us. You told us you're
15 still young, but I have the firm belief that you
16 have a lot of experience, even young, and it was
17 really interesting to hear from you from what you
18 lived, what you had to realise while working at
19 Batshaw, and still now, going all around, all
20 across Canada.

21 I understand that education is really
22 important to help people in the province, starting
23 even young to learn a lot more about Indigenous
24 people, because I agree, I think you'll agree with
25 me that people in the general population don't know

1 much about Indigenous people in the province. It
2 will help to have people know much better First
3 Nations, and Inuit in this province.

4 And also, it will be important to improve the
5 opportunity for Indigenous people to get access to
6 basic education. Then it will be easier to get
7 higher education and then be able to come back in
8 their communities and even in urban situation, to
9 help their people working as lawyers or doctors,
10 professors, to be able to have access to this
11 higher education that may help themselves, to
12 improve their quality of life and also to be able
13 to help the people of their Nation.

14 I think it's important. I think we realise
15 that many people come(?) away from urban centres do
16 not have such an access to education. It's
17 important to improve. It will be important to
18 improve quality of life also because many problems
19 will come from the poor quality of life we left to
20 many people in this province.

21 I see that you have hope, that you realise
22 that many things were done in the last fifteen (15)
23 years, and you have hope that some more will be
24 done in the next, in the future. So, I realise
25 that it is hope, that you believe that something

1 can be done.

2 And speaking specially about social services,
3 I have the impression that social services,
4 especially Youth Protection, should be not rendered
5 for Indigenous people, but with Indigenous people.
6 It will be more appropriate, and the results may be
7 different.

8 You spoke about the fact that history may...
9 that it's not easy for social workers to enter a
10 community doing the Youth Protection, because it
11 remembers what happened with residential schools,
12 the Sixties ('60s) Scoop, and it's difficult to...

13 So it's important that social workers be
14 conscious of that and to behave in a way that it
15 may be... their work in these communities may be
16 see in another way. It's not easy, it will not be
17 easy, but it has to be done.

18 So, I thank you very much and I understand
19 that it won't be done immediately. You don't have
20 a magic stick and I don't have either a magic
21 stick, but if we start now to... that... to do our
22 best to improve the relations between Indigenous
23 people and public services, something can be done,
24 and the hope you have may be seen by youngsters
25 like you in the future.

1 So I wish you the best, I thank you for
2 sharing with us. I wish you'll continue and that
3 you'll be able to spread around you your good ideas
4 to improve the situations. This is what everybody
5 needs, especially Indigenous people. I think they
6 deserve that everybody behave differently, to see
7 them with another pair of glasses and it will help.

8 Thank you again...

9 **MRS MARGARET NOSSAL:**

10 Thank you.

11 **LE COMMISSAIRE:**

12 And I wish you they have best.

13 So, we'll adjourn until tomorrow morning, nine (9)?

14 **Me DONALD BOURGET:**

15 Nine (9).

16 **LE COMMISSAIRE:**

17 Nine o'clock (9 h)?

18 **Me DONALD BOURGET:**

19 Exactly.

20 -----

21

22

23

24

25

I, the undersigned, Monique J. LeClerc, (89490-4) Official Bilingual Court Reporter, hereby certify under my Oath of Office that the preceding pages are a faithful transcript of the recordings submitted, done out of my control, in accordance with the quality of said recordings. The whole in accordance with the Law.

AND I HAVE SIGNED:



MONIQUE J. LE CLERC, o.c.r.
Bilingual Official Court Reporter