

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
1000, BOUL. RENÉ-LEVESQUE EST
QUÉBEC (QUÉBEC)

LE 4 SEPTEMBRE 2018

VOLUME 129

Gabrielle Boyer, s.o.
Ann Montpetit, s.o.b.

Sténographes officielles
STENOEXPRESS
201 ch. De l'Horizon,
Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R1

COMPARUTIONS :

POUR LA COMMISSION :

Me CHRISTIAN LEBLANC

Me GENEVIÈVE RICHARD

POUR LES PARTIES PARTICIPANTES :

Me MARIE-PAULE BOUCHER, pour la
Procureure générale du Québec

Me VINCENT RIENDEAU, pour la
Procureure générale du Québec

TABLE DES MATIÈRES

Liste des pièces cotées.....4
Liste des engagements.....4

Preliminaires..... 5
Mary Coon..... 6
Jessica Volland..... 6
Cindy Blackstock..... 81
Sophie Picard..... 169
Vanda Sinha..... 169
Jessie Messier..... 199
Marie-Noëlle Caron..... 236

LISTE DES PIÈCES COTÉES

P-771 Lettre de Nicolas Bédard du 19 septembre 2016
..... 77

P-772 Bibliothèque de dépôt documentaire sur le
Principe de Jordan..... 77

P-773 Présentation PowerPoint..... 78

P-774 PowerPoint..... 170

P-776 Document de réflexion, la santé publique sur les
Premières Nations au Québec, une responsabilité
partagée pour une action concertée..... 234

LISTE DES ENGAGEMENTS

E-775 Directive ministérielle ou communiqué de la
Direction aux Affaires Autochtones, au sein du
réseau de la santé et des Services sociaux, pour
centraliser les informations concernant les
Affaires Autochtones au sein du M3S, datant de 2
à 3 ans.....230

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

OUVERTURE DE L'AUDIENCE

CÉRÉMONIE D'OUVERTURE

LA GREFFIÈRE :

La Commission reprend.

LE COMMISSAIRE :

Oui, alors bienvenue, nous sommes de retour.

Alors, Me Leblanc, vous allez nous présenter vos premiers témoins?

Me CHRISTIAN LEBLANC :

Oui, Monsieur le Commissaire. Alors je vous présente madame Mary Coon, qui est la plus près de moi, qui est une aînée originaire membre de la Nation Crie qui réside en territoire atikamekw dans la communauté de Wemotaci. Elle est accompagnée de madame Jessica Volland qui est... qui appartient à la Nation Innue, mais qui vit aussi en territoire atikamekw dans la communauté de Wemotaci. Toutes deux (2) travaillent au Centre de santé, donc de la même communauté. Madame Volland est coordonnatrice de l'équipe santé mentale, dépendance et mieux-être. Donc, et je vais... Donc peut-être, on peut procéder à l'assermentation et je les présenterai peut-être un petit plus en détail tout de suite après.

1 Jessica Vollant
2 Coordonnatrice de l'équipe santé mentale, dépendance et
3 mieux-être, Centre de santé de Wemotaci
4 Affirmation solennelle

5 -----

6 Mary Coon
7 Aînée
8 Assermentation avec la plume

9 -----

10 **LE COMMISSAIRE :**

11 Alors bienvenue, Madame Coon.

12 **Mme MARY COON :**

13 *Migwetch.*

14 **LE COMMISSAIRE :**

15 Bienvenue, Madame Vollant. Ça fait plaisir de vous
16 accueillir à la Commission.

17 **Mme JESSICA VOLLANT :**

18 *Migwetch.*

19 **LE COMMISSAIRE :**

20 Nous allons vous écouter avec beaucoup d'intérêt.

21 Me Leblanc?

22 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

23 Alors, Monsieur le Commissaire, si vous me
24 permettez, nous sommes, je dois dire, très
25 privilégiés d'avoir ces deux (2) dames avec nous ce

1 matin. Elles ont voyagé par la route de Wemotaci
2 hier pour se joindre à nous. Alors, merci beaucoup,
3 nous sommes choyés de vous avoir. Leur témoignage
4 portera sur le concept de santé chez les
5 Autochtones, chez les Premières Nations. Il sera
6 entre autres questions de guérison, on va parler de
7 l'approche holistique. Donc les quatre (4) sphères,
8 là, de la roue de la médecine traditionnelle. On va
9 nous parler également de bonne pratique et de quelle
10 manière tout ça peut s'intégrer dans le système
11 traditionnel de médecine. Alors, sans plus tarder,
12 Mesdames, je vous cède la parole.

13 **Mme MARY COON :**

14 (S'adresse en langue autochtone). Je remercie
15 d'avoir été invitée, d'être ici. Je ne sais pas
16 toutes les... Je ne suis pas là pour tout le monde,
17 tous les intervenants qui travaillent en détresse
18 sociale, mais je leur parle, mon expérience. Je
19 m'adresse dans ma langue avant pour permettre, pour
20 me dire à moi-même, moi aussi, que je suis dans mon
21 affirmation, dans l'affirmation qui était qui, qui
22 je suis maintenant. La façon de faire des choses,
23 je suis dans l'affirmation. Je remercie aussi les
24 Allochtones qui me permettent d'emprunter leur
25 langue, le français, pour parler de qu'est-ce que je

1 crois, qu'est-ce qu'eux aussi, qu'est-ce qu'ils
2 aimeraient ça avoir en affirmation.

3 (S'adresse en langue autochtone). J'aimerais
4 ça remercier le peuple huron d'avoir permis qu'on
5 *suit* ici sur leur territoire. (S'adresse en langue
6 autochtone), *migwetch*.

7 **Mme JESSICA VOLLANT :**

8 Même, moi aussi je vais prendre le temps de vous
9 remercier de nous écouter aujourd'hui. On va avoir
10 des choses intéressantes à partager avec vous. J'ai
11 vécu moi-même, moi, je dis deux (2) mondes. J'ai un
12 père... un beau-père allochtone et une mère
13 autochtone, ça fait que j'ai vécu beaucoup en ville.
14 En ville, oui. Puis je dis deux (2) mondes parce
15 que c'est un monde... Le côté allochtone, c'était
16 un monde que je trouvais très individualiste où est-
17 ce que c'était chacun pour soi. Et aujourd'hui,
18 moi, personnellement, avec ma famille j'ai décidé de
19 vivre en communauté pour montrer toute la partie
20 communautaire. J'avais entendu une expression qui
21 disait: élever un enfant dans une communauté, c'est
22 un enfant qui appartient à tout le monde. Ça fait
23 que c'était un peu ça, c'était ça que j'aimerais
24 partager avec vous. *Migwetch*.

25 **Mme MARY COON :**

1 Bon, pour permettre pourquoi qu'on est... que je
2 suis rendue avec les Atikamekw. Je me suis... J'ai
3 été élevée dans un pensionnat. Carrément, c'était
4 comme ça. Mais quand j'ai eu un père qui vivait une
5 détresse, qui a perdu ma mère, il a essayé de nous
6 élever le mieux qu'il pouvait, puis il est devenu
7 alcoolique. C'est là que ma vie est devenue en
8 danger, puis pour mes petites sœurs aussi. J'ai
9 vécu l'inceste. Puis c'est de là j'ai... je me suis
10 trouvée dans les rues de Montréal à seize (16) ans.
11 Puis ça, je connais... Puis je me suis dit tout le
12 temps: « Jamais que je vais retourner avec les
13 Autochtones. Jamais que je vais être avec un homme
14 autochtone. » Mais donc, j'ai (inaudible) a changé.
15 Puis une chance que j'étais avec un homme
16 autochtone, mais que je ne vis pas avec maintenant,
17 mais que j'ai eu des enfants avec, des beaux enfants
18 avec lui. Mais c'est de là que j'ai vraiment...
19 vraiment à Wemotaci, j'ai vraiment trouvé vraiment
20 mon... façon de faire des choses. Puis grâce à
21 cette grand-mère-là qui nous a... qui nous a élevés
22 avec mon père. On sort des fois...

23 Quand j'ai commencé à travailler à Wemotaci,
24 j'ai vu des choses que je l'avais vécu avec un
25 homme allochtone de violence, puis tout ça. Puis

1 je l'avais dit: « Jamais que je vais élever mes
2 enfants dans ça », parce que j'ai élevé deux (2)
3 enfants dans la violence. Puis je l'ai vu, toute
4 la détresse sociale. J'ai fait beaucoup
5 d'interventions que, les intervenants, ils avaient
6 peur de le faire. Puis il manquait quelque chose,
7 c'était de la formation. Quand j'ai suivi la
8 formation, la seule formation qu'il y avait dans la
9 relation d'aide, celle de toxicomanie. Mais quand
10 j'ai été dans cette... cette formation-là, tout il
11 revenait, la façon que ma grand-mère travaillait
12 avec la communauté. Parce qu'elle était une sage-
13 femme, ma grand-mère, elle était une intervenante
14 bénévole, elle était politicien, elle était tout
15 pour la communauté. Mais souvent, je levais ma
16 main, puis je leur disais: « Ah, là je comprends
17 pourquoi ma grand-mère faisait ça. Ah, je
18 comprends c'était quoi son école de pensée, à ma
19 grand-mère. » Puis ils m'ont *taire*, ils m'ont dit:
20 « Ici, il n'a pas sa place. Ici, il n'y a pas
21 l'aspect culturel, l'aspect... la manière
22 (inaudible). » C'est comme, elle me dit: « Tu es
23 dans un monde où que tu vas apprendre une façon de
24 faire une autre chose. » Puis je l'avais *taire*,
25 j'avais décidé de ne pas... Mais les Allochtones

1 qui étaient dans ma classe, ils me disaient: « Ça
2 ne se peut pas que tu ne parles plus, parce que tu
3 nous donnes l'approche humain. Il faut que tu
4 reparles. » Puis ils ont fait des pressions pour
5 que je parle, que je pose des questions. Mais je
6 l'avais décidé encore sans savoir que j'ai encore
7 *taire*, vraiment me *shutter*, comment je peux faire
8 des choses.

9 J'ai été trente (30) ans en santé mentale,
10 mais ces trente (30) ans-là, j'ai évolué, j'ai
11 changé des choses, je l'ai fait. Je me suis
12 questionnée sur des choses: comment ça se fait que
13 ça ne marche pas? Comment ça se fait dans ma
14 culture, ça ne marche pas? Comment ça se fait...
15 Il faut savoir l'histoire de chaque famille que
16 c'est différent qu'il n'y a pas eu seulement
17 l'histoire des pensionnats, il y a eu les histoires
18 de souffrance dans les communautés, avec les
19 prêtres dans les communautés, avec des bûcherons
20 dans la communauté. Il y a eu des enfants à
21 travers de ça. Il y a eu le silence pour ne pas
22 que les hommes, ils se choquent. On connaît tout.
23 Puis je me suis rendu compte que, dans l'équipe, il
24 fallait que, quelqu'un, il sache toute cette
25 histoire-là pour mieux intervenir, pour mieux aider

1 aussi des Allochtones qui viennent travailler dans
2 la communauté. Ce n'était pas facile de changer
3 notre façon de faire des choses même avec nos
4 mondes, même avec les directions de la communauté
5 ou même avec le conseil, même avec les aînés. Ils
6 voulaient tellement, ils pensaient que toutes les
7 choses, l'école de pensée des Allochtones, c'était
8 ça. Il fallait mettre à la lettre.

9 Mais où qu'on est rendus maintenant, là je ne
10 travaille plus dans la santé mentale, mais je
11 deviens un consultant pour l'équipe. Puis je donne
12 la formation. Aujourd'hui, on est permis d'avoir
13 une école de pensée à nous, école de pensée
14 d'intervenir. On est souvent demandées dans les
15 autres communautés, moi puis Jessica, on était
16 allées rien que réfléchir parce qu'il y a une
17 résistance. Il y a une résistance dès qu'ils
18 voient le cercle de la vie, il y a une résistance
19 par rapport à les aînés parce qu'ils ont eu un
20 lavage de cerveau avec le prêtre. Souvent, on a eu
21 de la médiation avec... entre des aînés, puis quand
22 tu voulais changer les changements ou doutait la
23 façon que... Le conseil doutait de la façon que tu
24 faisais ton travail parce que la détresse, comme
25 monsieur Sioui, le chef Sioui, il parlait, le

1 suicide. C'est installer la manière de voir le
2 suicide avec nos aînés. Ce n'est pas vrai que Dieu
3 est venu chercher. Non, il a pris son arme, il a
4 mis la balle, il a mis (inaudible), mais l'autre
5 bord, c'est là que Dieu est venu à être en
6 rencontre. Il fallait toujours faire attention
7 qu'est-ce qu'on laisse à nos enfants. Puis tout
8 ça, c'était comme nouveau.

9 C'est difficile. Des fois, je vais les dire
10 dans ma langue, puis après ça je vais me traduire,
11 parce que j'essaie de me centrer. (S'adresse en
12 langue autochtone). C'est dur d'expliquer à une
13 autre culture qu'est-ce qui même dans notre...
14 entre nous, tout le lavage de cerveau qu'ils ont
15 fait que les intervenants peuvent vivre. Ils
16 vivent, ils interviennent auprès de leurs proches.
17 Même auprès de la famille dans les détresses. Puis
18 tous les phénomènes qui ajoutent maintenant sur les
19 substances qui est très, très nouveaux. Toutes les
20 maladies induites par les substances, maladies
21 mentales induites par substances, c'est toutes des
22 choses nouveaux. J'en ai vu plein des intervenants
23 en *burn-out*. En *burn-out* quand j'ai travaillé. Un
24 roulement, un roulement des intervenants.

25 Il y a plein de choses qui ont changé parce

1 que tu les fais. Il y a des tables dans l'hôpital,
2 il y a des tables, des services, des corridors de
3 services, mais il faut que tu t'imposes, il faut
4 que tu dises: « Nous... nous, on ne fait pas comme
5 ça. J'aimerais ça que tu nous écoutes. » Mais
6 souvent on ne se sait pas. On ne sait pas quel
7 corridor de services aller cogner. C'est seulement
8 quand on vit des obstacles, on va y aller demander
9 de l'aide. Il y a plein de choses qui *s'est mis* en
10 place dans les communautés. Nous, comment qu'on
11 regarde la vie, la vie est médecine, des hommes
12 sont médecine, les enfants sont médecine et
13 (inaudible) nous sommes la forêt, l'eau, feu, l'air
14 et tout est médecine.

15 Qu'est-ce qui me fait mal, c'est pour les
16 services pour nos hommes. On n'a jamais vu des
17 sans-abris. Oui, ils sortaient de la communauté,
18 les gens, quand ils souffraient trop, ils n'étaient
19 pas (inaudible) gérer les détresses dans les
20 familles, puis tout. Ils sortaient de la
21 communauté, ils vivaient dans... en ville, mais là
22 ils étaient coupés de nos services. Quelqu'un à
23 l'autre ville à côté, là, il nous appelait, puis il
24 parlait seulement en atikamekw. On ne peut même
25 pas donner le service là-bas, on ne peut même pas

1 se déplacer pour y aller donner le service. Là, on
2 appelait la police, on appelait, puis on... Ils ne
3 travaillent pas comme nous autres. Nous autres, on
4 va intervenir dans les maisons. Souvent, ce n'est
5 pas les bureaux qu'on va aller intervenir, puis
6 notre place n'est pas vraiment... On est dans les
7 bureaux d'administratif des conseils de bande, puis
8 ce n'est pas sa place. Il n'y a pas assez de
9 place. Avant, on était dans le Centre de santé, où
10 qu'il était plus... on était plus accessibles à les
11 corridors de services dans les communautés en
12 santé, parce qu'on était en santé. Là, on est dans
13 le bureau... tout le monde, il le voit. Là, on a
14 défoncé une porte pour que notre client, il rentre
15 par les services sociaux, mais il ne veut pas
16 nécessairement rentrer par les services sociaux,
17 parce que les enfants sont pris en charge par les
18 services sociaux, c'est plein de choses inhumaines.
19 Avant, on ne voyait pas les sans-abris dans les
20 communautés. Là, on voit des hommes en sans-abris,
21 parce qu'on n'a pas de place pour eux. Il n'y a
22 pas une maison de détresse. Il y a une maison
23 d'hébergement pour les victimes de violence à La
24 Tuque, mais pour les hommes, il n'y a rien. Ça
25 aussi est à La Tuque. La cour, elle a dit dans son

1 libération conditionnelle, il ne peut pas venir
2 dans la communauté parce qu'il est agresseur, il a
3 battu sa femme. Mais il n'a pas de papier, de...
4 ses certificats de naissance, assurance maladie,
5 tout, il n'en a pas, parce que c'était un
6 toxicomane. On ne peut pas demander « bien-être. »
7 Là, il faut qu'il s'installe dans le bois, puis il
8 a des (inaudible) suicidaires. Nous autres, on n'a
9 pas le droit d'y aller intervenir, mais on va y
10 aller pareil. On va envoyer quelqu'un aller voir à
11 son chalet, puis aller voir. Puis c'est notre
12 membre de la communauté, là.

13 Puis quant à l'hôpital, il y a seulement que
14 cinq (5) lits. Trois (3) pour les (inaudible),
15 deux (2) des maladies mentales. Pour toute la
16 région La Tuque, Wemotaci, Parent. Puis souvent
17 qu'on applique P-38 pour quelqu'un, une évacuation.
18 Souvent, le lendemain, il est revenu parce que,
19 l'évaluation, nous autres, on a (inaudible), on
20 évalue qu'il était vraiment en danger. Puis il a
21 besoin de soins *médicals*. Là-bas, il y a à peu
22 près une heure et demie (1 h 30), hein? Si tu
23 chauffes à *les* normes, une heure et demie (1 h 30),
24 il a le temps de calmer. Il a le temps de
25 s'éloigner de son...

1 **Mme JESSICA VOLLANT :**

2 Ça prend environ trois heures (3 h), là, le fait
3 que l'ambulance doit monter à Wemotaci.

4 **Mme MARY COON :**

5 Oui, oui.

6 **Mme JESSICA VOLLANT :**

7 Et après ça, l'ambulance repart de Wemotaci à La
8 Tuque. Ça fait que le client qui était en crise, en
9 trois heures (3 h), la crise, elle a le temps de...
10 de baisser, mais le danger, il est encore là.

11 **Mme MARY COON :**

12 Puis quand qu'il revient, il est encore proche de
13 son élément déclencheur pourquoi qu'il voulait se
14 suicider. Ça, c'est vraiment aussi... On a essayé
15 d'avoir avec le client, on a fait signer un
16 formulaire comme de quoi qu'il est consentant
17 d'avoir toutes les consignes quand que... quelles
18 médications qu'il prend, mais on n'est pas, on n'est
19 pas sur les listes de médications, qu'est-ce qu'il
20 doit prendre ou... Pourtant, il avait signé. Et
21 pourtant, il avait signé avant de partir. C'est des
22 choses qu'on a été obligées de composer avec ça.
23 Puis ça amène beaucoup de stress pour nous autres,
24 pour... pour la communauté.

25 Souvent, pour amener à la passé, on a eu

1 beaucoup beaucoup de... comme la plupart des
2 communautés, beaucoup de suicides. Mais quand il y
3 a cinq (5), cinq (5) jeunes filles qui ont
4 suicidées, je ne sais pas quelle année...

5 **Mme JESSICA VOLLANT :**

6 Deux mille trois (2003), il me semble.

7 **Mme MARY COON :**

8 Deux mille trois (2003). On s'est mis, mobilisées
9 toutes les personnes ensemble, puis on s'est dit:
10 « Qu'est-ce qui se passe? Qu'est-ce que ça ne
11 marche pas? » Puis on a formé un comité
12 (inaudible), un comité de la vie avec les aînés,
13 avec les jeunes, avec les intervenants, tous les
14 intervenants de première ligne, c'est ça l'éducation
15 qu'on a, puis on a gardée. Puis on a décidé de
16 travailler sur deux (2) choses: sur l'abus sexuel,
17 puis sur les suicides. Il fallait... il fallait
18 donner une priorité, parce que la plupart des
19 personnes qui étaient là, qui avaient suicidées,
20 c'était des victimes d'abus sexuel, puis il fallait
21 réagir. Puis les intervenants qui ont passés, ils
22 ont tous une histoire d'avoir décroché ou d'avoir...
23 Puis aussi, il fallait décider comment qu'on va
24 faire quand qu'il y a un suicide. On ne laisse pas
25 quelqu'un s'accrocher jusqu'à tant que, l'enquêteur,

1 il vienne. Ce n'est pas... ça ne fait pas partie de
2 notre culture. Puis aussi ça amène une... Quand
3 qu'on mettait la couverture à terre, puis on amène la
4 personne couchée là, ça amène moins de confus social
5 dans la détresse dans une famille quand on a pris
6 soin de la personne.

7 Encore aujourd'hui, parce que là, c'est les
8 jeunes qui vient... qui vient remplacer les anciens
9 intervenants. Nous, on est... nous, je parle de
10 mon âge, les intervenants. On a une résilience, on
11 a... on a vu bien des choses. Mais qu'est-ce que
12 j'ai peur, c'est les plus jeunes qui sortent de
13 l'école qui font tout le mieux qu'ils fassent, mais
14 tu n'as pas savoir la réalité. Quand qu'ils
15 viennent travailler dans les communautés, qu'il va
16 le voir des choses, puis quand qu'il voit des
17 choses, quand il y a détresse qu'on a un appel
18 avec... Parce qu'on a une ligne aussi, on donne
19 des services vingt-quatre heures sur vingt-quatre
20 (24 h/24), quand qu'il y a un appel, l'intervenant,
21 il tombe en détresse à cause de qu'est-ce qu'il a
22 vu, qu'est-ce qu'il est en train de vivre parce que
23 la personne a un abri des fois, qu'est-ce que ça
24 famille peut vivre dans la communauté.

25 **Mme JESSICA VOLLANT:**

1 Dans le fond, un peu, c'est... Je rajouterais, ce
2 qu'on apprend à l'école en intervention n'est pas
3 nécessairement ce qu'on va mettre en pratique dans
4 la communauté. Ce qu'on a appris, dans le fond on
5 ne l'utilisera pratiquement pas parce qu'il y a des
6 méthodes d'intervention à faire qui ne sont pas
7 adaptées à la communauté, aux événements de la
8 communauté. Un exemple que je prends, c'est... que
9 je peux vous donner, c'est lors d'une intervention,
10 souvent à l'école on nous disait: « Assurez-vous que
11 le client vous regarde, assurez-vous que vous ayez
12 un bon contact visuel. » Mais ce n'est pas comme ça
13 en réalité parce que quelqu'un en crise ne te
14 regardera jamais dans les yeux. La personne en
15 crise, elle va regarder partout ailleurs, mais elle
16 ne te regardera jamais, mais elle t'écoute. La
17 personne t'écoute et la personne est très réceptive.
18 Tandis qu'à l'école, ils disent qu'ils ne t'écoutent
19 pas, t'sais, il n'est pas là ou... mais dans le
20 fond, on le sait qu'il écoute, mais c'est la
21 pratique n'est pas pareille. Ça fait que c'est
22 tout... c'est tout ça qui serait à adapter, là,
23 prendre en considération.

24 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

25 Puis si vous me permettez une petite question,

1 surtout ne pas vous interrompre, mais comme vous
2 parlez de la question du regard et comme vous vivez
3 en territoire atikamekw... On faisait un peu une
4 blague avec ça au début, mais vous êtes en
5 territoire atikamekw, vous êtes innue, vous êtes
6 crie, juste la question du regard d'une culture
7 autochtone à l'autre, et en comparaison avec la
8 culture autochtone, ça peut avoir des significations
9 très différentes, seriez-vous d'accord avec ça?
10 T'sé, le... le fait de regarder quelqu'un dans les
11 yeux, ça peut être... dans une culture, ça peut être
12 interprété d'une façon, alors que dans une autre
13 culture, ça peut être interprété complètement
14 autrement.

15 **Mme MARY COON :**

16 Avant, là, on pouvait dire telle culture est comme
17 ça, telle culture, on a... on a tellement changé,
18 nous, les Autochtones, de façon de voir des choses.
19 Puis moi, je suis une Crie, ça fait quarante (40)
20 ans je reste en communauté. Je me sens crie,
21 atikamekw, il n'y a pas de différence. Mais c'est
22 dans la façon de faire des choses, de faire la
23 lecture à l'autre. Un autre... un autre homme, tu
24 peux parler dans les yeux, parce que c'est comme ça
25 peut-être il a appris à l'école ou à l'église, mais

1 un autre quand tu fais la lecture, quand tu donnes
2 sa place, il choisit sa place, elle veut choisir la
3 porte, tu le laisses là. Tu ne l'invites pas, il a
4 choisi la porte, puis tu le laisses là. Parce qu'il
5 veut avoir le contrôle de sa situation. C'est ça
6 qu'il est en train de dire. Puis quand il te
7 regarde, puis quand tu poses les questions, puis il
8 regarde partout, bien, tu te rends compte: « Non,
9 lui, je ne peux pas le regarder dans les yeux. »
10 Mais s'il regarde à terre sur une tache sur le tapis
11 dans mon bureau, c'est sur là que je vais poser les
12 questions. Je vais lui poser les questions à lui,
13 mais dès qu'il va regarder sur... Je l'attends la
14 réponse là. Si c'est une grand-mère, tu l'assis à
15 côté: « Hey, je suis plus jeune qu'elle, elle mérite
16 le respect. » (Inaudible) dit: « Ma petite fille,
17 j'ai de la peine. » Elle ne veut pas me faire de la
18 peine, puis je dois assis. Il ne faut pas qu'il me
19 voie, il ne faut pas qu'il dit: « Ah, c'est-tu
20 correct qu'est-ce que j'ai dit? » Être concentré
21 sur sa vie à elle. Puis aussi, les fenêtres pour
22 nous autres c'est important parce que quand on parle
23 de la deuil, il va regarder là-bas. Tu vas passer
24 la perte là-bas parce qu'elle est là-bas, la perte.
25 C'est toute des choses que tu n'apprends pas

1 dans l'école, mais c'est des choses, là, on est
2 obligées de les donner, les intervenants, dans
3 des... les écoles. Pourquoi? Pourquoi ne pas
4 donner... Ce n'est pas des choses reconnues dans
5 le système de l'école. Jamais que je vais le
6 recevoir, le certificat, moi, pour toutes les
7 connaissances que j'ai *appris* sur le terrain. Mais
8 il n'est pas connu là-bas. Mais quand je suis
9 invitée dans... Comme, exemple, les soins
10 palliatifs, des soins domiciles, je vais y aller
11 parler l'approche autochtone sur les soins
12 palliatifs. Puis il y a des Allochtones, là, puis
13 ils disent: « Jamais qu'on apprend l'approche
14 humain. » L'approche humain, c'est ça qui manque
15 dans l'école. Puis c'est ça qui vient. Quand
16 qu'ils *vient* à Wemo, les médecins ou les nouveaux
17 médecins qui *sort* de... ils *vient* faire un stage,
18 on prend le temps de les rencontrer, leur montrer
19 notre approche holistique, notre école de pensée,
20 l'école de la vie, comment qu'on a appris, nous,
21 dans l'intervention dans la relation d'aide ou de
22 poser des questions. De leur dire: « T'es-tu...
23 Ça va, Madame? » Il rentre en... Le médecin, il
24 rentre, le client, il rentre. « Ça va? » Il va
25 dire: « Oui. » Puis là, il dit: « Mais pourquoi tu

1 es ici? » Mais « pourquoi », ça devient menaçant
2 parce que, dans son histoire et dans... pour
3 certaines personnes, est dans une... Les
4 Allochtones, c'est... ils sont supérieurs, c'est
5 comme ça qu'il a appris. C'est pourquoi ça devient
6 menaçant. Là, j'ai dit: « Quand tu poses la
7 question: "Comment ça va, Madame? À'matin, ça a-tu
8 bien été? Hier soir, tu as-tu bien dormi?" Y
9 aller, y aller. Jusqu'à tant que tu t'en vas sur
10 pourquoi qu'elle est là? Pourquoi qu'elle est là?
11 Y aller, parce qu'il va te répondre ici,
12 maintenant. Ici, maintenant.

13 Puis moi, j'espère un moment donné, là, qu'on
14 reconnaît nous aussi naturellement avec nos grand-
15 mères, on a appris à intervenir, mais on a oublié.
16 Moi, je me suis dit si, quand j'avais été à l'école
17 puis j'avais comme réveillé... réveil, là, qui
18 s'est fait en moi par rapport à ma grand-mère,
19 peut-être que j'aurais été plus loin si quelqu'un
20 m'*aurait* aidé, gratter la manière que ma grand-
21 mère, elle intervenait. Puis peut-être... Puis
22 qu'est-ce que c'est le *fun* aussi des psychologues
23 qui viennent nous voir, puis disent: « Tel client
24 ça ne marche pas. Ça ne marche pas. » Mais peut-
25 être... Là, je lui dis: « Dis-moi comment tu

1 interviens. » Tu répètes tout le temps la même
2 question: « Si tu peux me permettre, pour que tu
3 *comprends* mieux, je peux-tu te poser la même
4 question? » À la place, il va douter. Il va
5 douter parce que c'est ça qu'il a appris. À se
6 douter face à un autre professionnel. T'sé,
7 connaît son histoire. C'est important de savoir
8 l'histoire de chaque individu.

9 On est dans la communauté, on est avec le
10 suicide, les cinq (5) filles. On a appris à
11 travailler en communauté. On a appris à travailler
12 avec les policiers, services sociaux, santé
13 mentale, ensemble. On est dans une table de garde
14 où qu'on parle de qu'est-ce que... Parce qu'on
15 donne des services aussi vingt-quatre heures sur
16 vingt-quatre (24 h/24) avec les services sociaux,
17 puis nous autres de santé mentale, puis des
18 policiers. On s'assit, puis on distribue les cas
19 pour les suivis. Après ça, nous autres, en santé
20 mentale, on est l'équipe... on est mieux-être,
21 c'est là qu'on va distribuer les cas. Puis les cas
22 donnés à tous, il va assurer que tout est fait pour
23 les suivis. On a fini *fait* des affaires, peut-être
24 pour le bien aussi de penser que, le monde, il va
25 venir au bureau. Là, maintenant, on va dans les

1 maisons ou on amène le lieu où qu'il veut parler.
2 Des fois, souvent c'est le cimetièrre ou le pont.
3 Mais on ne se met pas en danger, là, mais on sait
4 que c'est là qu'il va vivre avec la peine.

5 T'sé, tu dis, c'est: « La culture est
6 différent de chaque. » Je pense chaque famille a
7 sa culture. Chaque famille, puis (inaudible) la
8 famille Boivin, ils ont une culture, mais il faut
9 comprendre toutes ces cultures familiales. Même
10 dans l'intervention même... C'est pour ça, très
11 important qu'il y en est un qui connaît toute
12 l'histoire. Puis ça l'aide aussi de mieux
13 intervenir, de trouver comment tu peux intervenir,
14 puis chaque... de voir, les intervenants, ils sont
15 différents aussi. Le milieu familial est
16 différent, puis souvent il faut que tu... il faut
17 que tu *vends* d'être capable. Parce que tout le
18 monde, il connaît ton histoire aussi, ton passé.
19 Puis le vendre, puis l'équipe aussi le vendent, ils
20 sont... « Il est capable, il est là pour aider la
21 communauté. » Je ne sais pas si ça répond à la
22 question. Mais je m'en vas partout, moi.

23 On parle de (s'adresse en langue autochtone).
24 C'est sûr, il y a plein de choses qu'on a... que le
25 monde aussi est venu nous voir pour nous dire les

1 obstacles qu'ils ont vécus. Peut-être que tu peux
2 en parler avec le cas qu'on a eu pour son enfant
3 qui a une maladie mentale?

4 **Mme JESSICA VOLLANT :**

5 On a un jeune de... je ne sais pas, il a quel âge,
6 quinze (15)?

7 **Mme MARY COON :**

8 Seize (16) ans.

9 **Mme JESSICA VOLLANT :**

10 Seize (16) ans.

11 **Mme MARY COON :**

12 Il doit avoir dix-sept (17) ans maintenant.

13 **Mme JESSICA VOLLANT :**

14 Mais quand que c'est arrivé, l'événement, il avait
15 à peu près quinze (15) ans. Puis c'est un jeune qui
16 avait un trouble de santé mentale, schizophrénie.
17 Qu'on a eu beaucoup de difficultés à faire entrer
18 dans les services parce qu'il fallait un spécialiste
19 en... pour enfant, c'est-à-dire un pédopsychiatre.
20 Puis c'était quasiment... On a eu beaucoup de
21 difficultés à le faire voir par des... le
22 spécialiste. En fait, ce jeune-là, qu'est-ce qui
23 est arrivé, c'est qu'il a fallu qu'on applique la
24 loi P-38. Il était en crise, on l'a forcé, on l'a
25 amené à l'hôpital. Rendu à l'hôpital, il y a eu une

1 plainte, là, au niveau des parents pour négligence
2 par la suite avec les services sociaux.

3 Quand qu'on regarde cet événement-là, ça
4 aurait pu être complètement autrement parce que,
5 les parents, ça faisait longtemps qu'ils
6 demaandaient de l'aide, mais que nous, on n'était
7 pas capable de faire entrer dans les services
8 spécialisés, là, comme avoir accès à un
9 pédopsychiatre. C'est... c'est dommage de voir
10 tout l'effet que ça a eu avec la famille, comment
11 ça a pu briser un peu la famille ou mettre en doute
12 les compétences parentales de ces parents-là ou...
13 Quand, ces parents-là, ils ont été présents pour
14 cet enfant-là tout le long, là. Puis...

15 **Mme MARY COON :**

16 Puis on a eu un cas dans notre service. Une jeune
17 femme qui avait deux (2) enfants, puis elle était
18 une toxicomane. C'est sûr qu'il y a eu une plainte,
19 et il y a eu un signalement pour les enfants, puis
20 ils ont pris en... les services sociaux, DPJ a pris
21 en charge ces enfants-là. À un moment donné, la
22 femme, elle décide, depuis deux (2) petits jusqu'à
23 je ne sais pas, à peu près huit (8) ans, que les
24 enfants étaient en placement, puis ils ont décidé...
25 La femme, elle a décidé elle va faire tout pour

1 ravoir ses enfants. Puis elle avait été voir les
2 services sociaux, puis ils lui ont demandé, il
3 fallait qu'elle ait un traitement, il fallait
4 qu'elle montre qu'elle était capable d'avoir un
5 loyer, elle restait en ville. Puis elle a tout fait
6 ça, elle a été en traitement, elle a eu un loyer,
7 puis chaque enfant, il fallait qu'il ait une
8 chambre. Une chambre à eux, individuellement. Elle
9 a tout fait, elle vivait sur le bien-être. Puis les
10 services sociaux, ils venaient voir le loyer, ils
11 venaient voir, t'sais, comment que c'était dans
12 cette... mais elle n'était jamais... Elle, dans
13 qu'est-ce qui compte, elle n'était jamais
14 satisfaite, puis ils prolongeaient le temps, ils
15 prolongeaient le temps. Puis à un moment donné,
16 elle a tellement été découragée, elle a fait une
17 rechute. À trois (3) reprises dans cette démarche-
18 là, elle a fait une rechute.

19 Puis à un moment donné, elle avait décidé: «
20 Maintenant, là, je vais tout faire. » Puis elle a
21 tout fait, elle a dit: « Ça a pris bien du temps »,
22 puis à un moment donné, ils ont emmené dans un parc
23 pour être en rencontre avec ces enfants-là,
24 préparer avec les travailleurs sociaux qui s'en
25 venaient des fois passer une fin de semaine ou...

1 Elle a été deux (2) fins de semaine, elle allait...
2 elle allait en surveillance. Il fallait qu'elle
3 rapporte, puis tout ça. Puis ils avaient... Les
4 services sociaux, ils avaient décidé de remettre
5 ses enfants. Ils ont emmené les enfants à la
6 maison, elle avait préparé le souper, puis tout ça.
7 Mais quand le travailleur *sociaux*, il partait, là,
8 les enfants, ils disaient: « Veut voir papa, maman,
9 papa, maman. » Elle dit: « Moi, j'avais de la
10 peine – elle dit – c'était mes enfants qui
11 criaient. Elle dit – Toute la nuit – elle dit
12 – ils pleuraient, ils pleuraient. Elle dit – Puis
13 je ne voulais pas l'appeler pour l'avertir que
14 j'avais des difficultés avec mes enfants. Puis là,
15 à un moment donné – elle dit – je me suis
16 choquée. » Elle a dit: « Je suis ta mère, puis tu
17 vas rester avec moi, c'est fini », puis les
18 enfants, ils voulaient retourner. Puis à un moment
19 donné, elle dit: « Je n'étais plus capable. » Puis
20 elle dit... C'est là qu'elle avait rechuté encore.
21 Ils avaient décidé qu'elle ne pouvait plus avoir
22 ces enfants-là. C'était comme ce n'était plus ses
23 enfants.

24 Puis quand... Là, quand elle m'avait conté
25 ça, je lui avais dit: « Tu sais-tu comment je le

1 vois? – Pour ne pas qu'elle se sente coupable -
2 Oui, toi, ton histoire, qu'est-ce que tu as vécu,
3 ce qui t'a amené là, puis quand tu l'avais promis
4 que tu vas prendre soin de tes enfants, tu l'avais
5 fait, tu l'avais promis, puis t'étais honnête.
6 Mais ils ont oublié, ça fait X années que tu n'as
7 pas été avec tes enfants. Il n'y a pas eu un temps
8 d'adaptation avec, qu'ils te rendent visite, que tu
9 joues avec dans le parc, il n'y a pas eu cette...
10 C'est comme, ça va être épouvantable pour un enfant te
11 faire amener à un endroit, puis peut-être ce
12 n'était pas comme sa maison... sa maison
13 d'hébergement où qu'il était. Puis le fait de dire
14 à l'enfant: "Il faut que tu m'appelles maman, il
15 faut que tu m'appelles papa." Elle dit: « Quand
16 tout ça, là, ce n'est pas ta faute. » Puis je lui
17 dis: « Quand tu as décidé maintenant, là, que tu ne
18 pouvais plus garder ces enfants-là, j'ai dit, c'est
19 comme pour moi quand une mère décide... Dans un
20 hôpital, elle est obligée de débrancher son bébé
21 pour le laisser partir, j'ai dit, c'est comme ça.
22 Pour donner une meilleure vie, c'est ça que tu
23 avais décidé. » Puis elle m'avait dit: « À partir
24 de maintenant, Mary, si j'en ai un enfant, tu vas
25 le voir, celui-là il ne vivra pas comme eux, comme

1 les autres. »

2 Elle vivait avec un homme, puis elle a eu un
3 enfant, mais toute l'histoire, elle répétait. Puis
4 elle m'avait dit: « Non, celui-là, il n'ira pas
5 dans les services sociaux, elle dit, moi je vais
6 assurer que mon chum va garder, puis ça, t'sais, je
7 le sais qu'il va garder bien, elle dit, mais dis-
8 lui... dis-lui que tu fais confiance. » Puis j'ai
9 dit... Encore là j'ai dit: « C'est encore un
10 (inaudible), tu ne veux pas donner la vie que tu
11 as. » Puis je le savais qu'il fallait respecter
12 son choix de vie, puis je lui ai dit: « Je ne veux
13 jamais que tu te sentes coupable, mais il faut que
14 tu arrêtes d'avoir des enfants. »

15 Là, avec le système autorité atikamekw, on
16 essaie de pas que l'histoire répète comme que
17 celle-là, la femme. Je l'ai vu du monde quand
18 qu'ils partaient avec le... les grand-mères avec
19 les petits-enfants l'autre bord le pont. Elles
20 bloquaient que les... ses petits-enfants, ils
21 soient traversés l'autre bord pour être placés dans
22 les familles. Mais il faut réaliser aussi qu'on
23 n'a plus de familles d'accueil. Il y a trop
24 d'enfants que les parents sont en détresses. Ils
25 sont nécessairement, ils sont obligés de placer à

1 l'extérieur de la communauté. Il y a un centre de
2 jeunesse en ville à La Tuque, quand que les enfants
3 viennent dans la communauté, ils ont-tu hâte des
4 fois de retourner à la maison de... le centre
5 jeunesse à La Tuque? Parce que ça ne va pas. Moi,
6 je suis sûre, on est capable de faire des choses
7 qui est en regard encore différemment avec la
8 communauté pour les tirer l'enfant de sa racine
9 encore. Il y a encore des belles choses qui se
10 passent dans les communautés, mais encore là, on
11 montre... Moi, je suis content que la maison
12 d'hébergement est à La Tuque parce que, tout le
13 travail qu'on aurait donné, les policiers, les
14 intervenants pour protéger ces femmes-là. C'est
15 mieux qu'ils soient à La Tuque, mais au moins, ils
16 n'ont pas... ils ne sont pas à... dénigrées des...
17 de leur communauté. De leur communauté.

18 On parle beaucoup de guérison dans les
19 communautés. Le grand-père tantôt, quand il
20 faisait la cérémonie, il parlait des sept (7)
21 générations. C'est pour la septième génération
22 qu'on fait tout. Qu'on prend tout ça. Je vais
23 faire un exemple de ma vie. Ma grand-mère, celle-
24 là qu'elle m'a élevée, elle était nomade, elle,
25 puis quand elle revenait dans la communauté, quand

1 nos parents, ils devenaient alcooliques... Parce
2 que là, ils n'avaient pas d'enfants à élever ou,
3 les grands-parents, ils n'avaient pas de petits-
4 enfants d'aimer, d'apprécier, puis ils nous
5 amenaient dans les canots aller voir les filets.
6 Il n'y avait plus. Cette grand-mère-là était
7 obligée de faire son travail autrement. De prendre
8 soin de la communauté, de sa famille, sa
9 communauté.

10 Puis ce père-là qui est devenu alcoolique, mon
11 père que ma maman était partie quand... Je suis
12 aînée de la famille, j'avais onze (11) ans quand ma
13 mère est partie. Ma grand-mère, mon père, puis
14 moi. Moi, j'étais dans un pensionnat. J'ai vécu
15 l'inceste, j'ai vécu toutes sortes d'affaires au
16 pensionnat. Là, j'ai peur d'être maman d'une
17 petite fille. Sévère, peur qu'elle aille dans...
18 sortir avec des... ses amis. Je l'étouffais cette
19 petite fille-là. J'ai fait une petite fille
20 méchante, je vais le dire. Puis mes des gars
21 aussi, j'ai fait des gars qui ont peur des femmes.
22 Il ne fallait pas qu'ils fassent mal à leur sœur
23 adoptive, parce que j'ai adopté les trois (3) gars.
24 Mais je n'étais pas capable de leur montrer,
25 t'sais, comment prendre soin d'une fille, comment

1 prendre soin d'une maman. J'avais toujours comme
2 idée d'éducation par la peur. Ça, mes gars-là, ils
3 ont peur des femmes. Ils ont... Il va avec une,
4 puis quand ça va mal, ils vont laisser, puis il va
5 y aller avec une autre. Puis je le vois les
6 séquelles que je leur ai faites.

7 Après ça, mes petits-enfants. Mais avec ma
8 fille, je l'ai dit: « Pourquoi, pourquoi qu'elle
9 est comme ça? » C'est sûr à un moment donné elle
10 m'avait dit: « Toi, tu n'as pas rien à me dire
11 parce que c'est à toi, à cause de toi que je suis
12 comme ça. J'ai peur d'être maman moi aussi. J'ai
13 peur que mes filles, elles aillent loin. Puis je
14 suis fatigué d'être maman. » (Inaudible) être
15 toutes des séquelles que je leur avais laissées.
16 Là, mes petites-filles, elles ont des enfants. Mes
17 enfants, mes petits-enfants, ils ont des enfants.
18 Le fait que, moi, j'ai changé, je le vois cette
19 génération-là, ils n'ont jamais vu une grand-mère
20 saoule. Ils ont vu leur grand-papa, leur grand-
21 maman, ma fille, puis son mari se prendre en main,
22 d'avoir un respect envers moi, à peine, mais ils
23 voient la communauté. Les autres, ils vont avoir
24 des enfants. Mes petits petits-enfants, ils vont
25 avoir des enfants. S'ils continuent à prendre la

1 vie, encore là ils ont la mémoire c'est quoi la
2 détresse. S'ils continuent, ils vont voir un peu
3 des détresses, moi je crois aussi. La communauté,
4 elle se prend en main, mais la septième génération,
5 il n'y en aura plus. Ils vont avoir une histoire,
6 mais pas de mémoire d'avoir vu ça. C'est ça qu'on
7 veut. Ça, on en a eu une, regarde beaucoup de
8 discussions dans notre équipe, c'est quoi la
9 guérison. On ne peut pas croire la guérison
10 aujourd'hui même. On peut croire à la
11 transformation. C'est ça qu'on veut. On ne verra
12 pas tout de suite tout qu'est-ce qu'on veut donner,
13 toutes les ressources qu'on met en place, tous les
14 aidants naturels qu'on met en place, on ne verra
15 pas les résultats, mais on voit déjà les résultats.

16 Ici, la Commission, j'espère qu'elle va aider
17 beaucoup par rapport qu'est-ce qu'on veut. On veut
18 notre manière de faire des choses soit reconnue.
19 On veut que les intervenants sortent de l'école
20 avec un certificat aussi qui est basé sur leur
21 culture, la façon de faire des choses. Qu'on ait
22 une fierté, qu'on *fait* partie d'une société. Puis
23 cette société, cette façon de faire des choses,
24 qu'on partage avec les autres peuples. Comme je
25 disais, je faisais la formation avec des... pour

1 les soins palliatifs où j'ai donné des conférences
2 en psychologie à l'université à Trois-Rivières,
3 puis je voyais les... les étudiants pleuraient.
4 Puis là, je leur disais: « Qu'est-ce que j'ai
5 fait? » Puis ils me disaient: « Jamais, jamais
6 qu'on apprend ça à l'école. Jamais. »

7 Moi, je crois beaucoup on a notre force dans
8 la société. Je crois beaucoup on peut les donner,
9 changer de façon de voir les choses. On fait avec
10 l'approche holistique, on va changer la
11 psychologie, on va changer la façon de voir la vie
12 par rapport à triangle de Maslow. Puis celle-là,
13 il va avoir donné plus de sens dans la relation...
14 d'être. N'importe quelle politique. Parce que
15 c'est comme ça, comme j'ai dit, nous, les
16 Autochtones, on voit la vie comme médecine.
17 Médecine partout, partout, partout qu'on voit.
18 Elle nous donne un sens, elle nous donne une
19 vision. Quand je l'avais vu, on s'en vient ici
20 pour donner l'approche holistique. Moi, décidé.
21 Je vais l'expliquer, puis moi j'ai appris, ça ma
22 pris bien du temps avant d'assimiler tout ça parce
23 qu'il fallait changer *mon* façon de voir les choses,
24 qu'est-ce que... la manière que je le vois, là.
25 Mais je pense c'est ça aussi, il faut le faire. Il

1 faut qu'il soit dans cette école, cette pensée-là,
2 l'approche holistique. Le (inaudible) est fait, je
3 m'en vais là donner des ateliers sur l'approche
4 holistique parce que, seulement en santé, on ne
5 peut pas... La santé, l'approche holistique en
6 santé, il y a deux (2) façons de le voir. *Mino-*
7 *pimatisiwin* c'est la santé, puis *pimatisiwin*, c'est
8 la vie. Ils sont ensemble, je ne peux pas séparer.
9 Ils sont... Puis même il n'y a une aucune, quand
10 tu utilises l'école de pensée comme ça, bien,
11 l'approche holistique, tu ne peux pas les séparer
12 les deux (2), ils sont ensemble. Dans notre
13 langue, on est capables de mieux expliquer, mais là
14 j'essaie de le faire voir, mais les deux (2), là,
15 c'est la santé puis *pimatisiwin*, ils sont ensemble.
16 Puis on ne peut pas n'importe quel temps les
17 séparer. Des activités traditionnelles.

18 **Mme JESSICA VOLLANT :**

19 En intervention, en situation de crise, on utilise
20 beaucoup les... bien, des rythmes des... pour ne pas
21 dire des cérémonies, mais si, disons, on intervient
22 dans une crise, là, énorme, où est-ce que ça pleure
23 ou il a vécu un moment de stress intense ou... puis
24 qu'on arrive sur les lieux, qu'on réussit à calmer
25 l'événement ou la personne, on finit souvent en

1 purification à la fin. T'sé, c'est... Des fois,
2 c'est... ça aide les gens à se calmer puis à prendre
3 le temps de reprendre ses émotions, puis que
4 l'événement, il est fini, puis là on recommence un
5 autre... un autre cercle. Ça fait que... Mais
6 c'est toute la signification que ça amène à ces
7 personnes-là. T'sé: « Oui, j'ai vécu quelque chose
8 de difficile, mais je suis capable de passer à un
9 autre... » T'sé, c'est comme... pas « fini », mais
10 je ferme le cercle, puis je commence un autre
11 cercle, là. Mais quand qu'on parle des activités
12 traditionnelles, on les inclut pas mal partout dans
13 notre vie, dans notre façon de faire à tous les
14 jours.

15 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

16 Pour...

17 **Mme MARY COON :**

18 Même le filet de sécurité, on utilise la famille
19 beaucoup ou des personnes significatives avec la
20 personne qui est en détresse.

21 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

22 Donc vous intervenez auprès de gens qui sont en
23 détresse, vous appliquez des techniques, là,
24 psychosociales, je vais (inaudible) comme ça, mais à
25 l'intérieur de votre manière de fonctionner, vous

1 intégrez des éléments holistiques. Bon, là vous
2 parlez de la purification, vous parlez de la... de
3 la façon d'établir le filet social, bien, ça va
4 inclure la communauté, la famille élargie. Donc des
5 concepts qui sont propres à la culture autochtone.

6 **Mme JESSICA VOLLANT :**

7 Un autre que je pourrais vous donner un exemple,
8 c'est jeune... une femme qui fait une fausse couche,
9 par exemple. Le fait de faire une fausse couche,
10 des fois on n'a pas conscience qu'il y avait
11 vraiment un bébé, là, dans le ventre de la mère.
12 Puis afin d'aider... Parce que cette femme-là va
13 vivre un deuil. Va vire un deuil, puis afin de
14 l'aider à vivre ce deuil-là, on va faire une... je
15 peux-tu dire une cérémonie?

16 **Mme MARY COON :**

17 Hum, hum.

18 **Mme JESSICA VOLLANT :**

19 Oui, une petite cérémonie pour donner de
20 l'importance à cet enfant-là qu'elle a perdu. T'sé,
21 au sens de la loi, ce n'est pas une personne, mais
22 pour en tant qu'une mère, elle a porté la vie. Que
23 ce soit sept (7), huit (8) semaines, la vie était là
24 dans son ventre. Mais c'est important de donner de
25 l'importance à... Là, je me répète « importance »,

1 mais c'est donner toute l'importance que ce petit
2 être de lumière qui était dans le ventre de la mère,
3 il était vivant, mais que là, il est parti. Ça fait
4 que faire cette cérémonie-là est très... ça aide les
5 gens en difficulté à passer à autre chose ou faire
6 le deuil de cet événement-là.

7 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

8 Là, vous me racontez ce que vous faites à Wemotaci,
9 pour la population de Wemotaci. Une personne qui
10 est membre de la communauté de Wemotaci ou d'une
11 autre communauté atikamekw ou d'une autre nation qui
12 vit en milieu urbain se présente à un hôpital local,
13 Joliette, La Tuque, Val-d'Or, Maniwaki, peu importe,
14 là, on... la personne n'aura pas accès à ces
15 éléments-là dont vous parlez.

16 **Mme MARY COON :**

17 Oui, il va accès avec les Centres d'amitié dans les
18 villes. Aussi, qu'est-ce qu'on fait, on donne... on
19 va donner... sensibilisation sur comment qu'il était
20 fait autrement. Puis comme qu'elle dit pour les
21 cérémonies de purification, ce n'est pas toutes les
22 maisons qu'on va faire, les maisons de purification.
23 On connaît notre monde ou on va poser des questions.
24 Ça peut être l'eau *bénie*. T'sé, on disait la
25 culture est différente, mais la culture, elle fait

1 partie de la culture, la religion, mais il faut le
2 demander aussi. T'sé, qu'est-ce que ça aiderait?
3 C'est-tu la cérémonie de purification ou l'eau
4 *bénie*? Puis on... C'est sûr, nous autres, on ne
5 fera pas, parce qu'on a une démarche. On va aller
6 le demander quelqu'un de la famille: « Il y a-tu
7 quelqu'un de la famille qui peut », parce qu'il faut
8 rendre important aussi.

9 Puis aussi, elle parlait des fausses couches.
10 Euh... Je me suis dit: Si les femmes étaient...
11 Si les hôpitaux, ils pouvaient comprendre comment
12 c'est important cette lumière-là. Cette lumière-
13 là, parce que nous autres ont dit *hawachi*, c'est un
14 petit être de lumière. Parce qu'il y a plein de
15 légendes aussi qui content, qui donnent un sens
16 sacré à notre vie. Ils disent que la lumière, le
17 créateur, quand il a vu la femme enceinte -
18 l'histoire est plus longue que ça, là, mais je vais
19 l'expliquer à cette manière-là - quand il a vu la
20 femme enceinte avec le fœtus, il a pris sa lumière
21 puis il a pris une autre lumière de quelqu'un qui
22 était parti, il les a mis ensemble. Puis c'était
23 sur le ventre de... l'enfant. Puis l'enfant, là,
24 le fœtus, il a fait un saut. La première chose
25 qu'il entendu, c'est de l'eau, puis à un moment

1 donné, il a entendu le battement du cœur de sa
2 mère. Il est vivant. Par rapport à notre
3 histoire, il est vivant, il devient un petit être
4 de lumière *de le* créateur, puis la lumière de son
5 ancêtre. C'est pour ça qu'on dit tout le temps,
6 ils nous disent: « Ah, tu me fais penser à ta
7 grand-mère », mais peut-être ils ont pris la
8 lumière de ma grand-mère, puis le créateur, il a
9 jeté cette lumière-là sur ma mère. Le moment, puis
10 là souvent, les mamans, *ils* vont venir me voir,
11 puis elles disent: « Ils ont jeté mon bébé, ils ont
12 jeté », t'sais, mais parce que notre culture, il
13 garde. Même s'il n'est pas encore en forme de
14 fœtus, il est encore une lumière. Il est encore
15 une lumière sacrée. Pourquoi on ne peut pas la
16 donner cette lumière-là, de l'enterrer. Même
17 (inaudible) une catholique, là, elle voulait
18 déterrer ce fœtus-là qu'on a enterré dans... parce
19 qu'il n'était pas baptisé. Jusqu'à tant qu'on *dit*
20 à *les chefs*: « Hey, ça n'a pas d'allure, ça n'a pas
21 d'allure qu'est-ce que, le prêtre, il nous demande
22 de faire. » Puis on a demandé qu'il soit dans les
23 négociations territoriales, tout où que les
24 placentas sont enterrés. Toutes les places sacrées
25 qu'on a *mis* sur le territoire, nous, des femmes qui

1 ont décidé: c'est comme ça. Parce que c'est les
2 femmes qui sont élevées. Toute, ça prend tout un
3 rituel, une cérémonie pour calmer l'esprit de la
4 personne en détresse pour lui dire: « C'est
5 correct, c'est correct. » Puis permettre la
6 personne de passer encore une autre étape, une
7 autre étape.

8 Nos grands-parents étaient bien religieux, ils
9 nous enseignaient bien des choses dans la religion.
10 Mais nous, on a décidé maintenant de prendre ces
11 rituels-là, de prendre ces cérémonies-là qui
12 donnent plus de sens de qui qu'on est comme peuple.
13 Puis des placentas, on a travaillé longtemps, nous,
14 les femmes pour te ramener la maison de nos bébés
15 dans notre communauté, l'enterrer. Parce que le
16 moment dans la secte, c'est ça qu'ils enseignent:
17 l'appartenance est importante. Ça aussi on donne
18 une histoire à nos enfants, l'appartenance sacrée
19 où qu'on a dit: « Ta petite maison, elle est
20 enterrée là. » Puis il y a un grand-père, une
21 roche qui était là, puis il conte une histoire.
22 Puis l'enfant, quand qu'il va grandir, il va y
23 aller là quand qu'il vit quelque chose: « Maman,
24 j'ai été voir mon placenta, ma petite maison.
25 Maman, j'ai été parler parce que je le sais que

1 j'ai une raison ici, mais je traverse quelque chose
2 de difficile. » T'sé, il repart de là, il a sa
3 raison de rester, rester en santé, rester vivant.
4 On a besoin tous ces rituels-là, toutes ces
5 affaires-là pour te ramener, à rendre plus de sens
6 à nous comme peuple que fermer mon dossier avec le
7 psychologue ou l'intervenant. Ça donne plus de
8 sens d'aller réveiller, on va parler de mettre
9 (inaudible). De réveiller l'esprit de cette
10 personne-là: « Tu es rendu là, tu es rendu là. »
11 Mais quand il manque quelque chose, elle va vivre
12 longtemps, il va vivre longtemps.

13 Tous ces rituels aussi sur le deuil qu'on est
14 là. Comme le deuil. Toute personne qui ont perte,
15 le corps est encore là, tout le monde, il a... tous
16 les membres qui vivent la perte, ils ont un
17 bracelet noir côté du cœur qui dit (s'adresse en
18 langue autochtone), on identifie par... la perte,
19 par le tissu qu'ils sont en deuil. Ça fait que,
20 tout le monde, il va s'occuper de cette personne-là
21 qui vit un deuil. Pas seulement... Le deuil n'est
22 pas une maladie, c'est un processus normal, mais
23 nous, les intervenants, on va regarder ça comme un
24 processus de... Il est en détresse, elle ne dort
25 pas, elle ne mange plus, mais c'est une étape

1 normale, normale qu'il vit. Puis le moment qu'il
2 va perdre le bracelet, elle va être en confus:
3 « Pourquoi? Qu'est-ce qui m'arrive? Qu'est-ce que
4 je dois comprendre avec ça? » Parce qu'il est en
5 train de perdre encore la personne parce qu'il
6 n'est plus là, il n'est plus dans sa main. Puis
7 là, comment on va intervenir, les aînés vont aller
8 intervenir, va brûler. Il te demande de laisser
9 partir. De toutes ces choses-là qu'on a besoin
10 d'une intervention pour l'amener. Puis nous, on ne
11 regarde pas ce processus-là comme maladie. C'est
12 un processus normal. Ce n'est pas comme ça les
13 aînés, ils ont survécu.

14 Puis l'affaire aussi, on ne peut pas enterrer
15 nos hommes sur leur territoire de chasse. Quand
16 j'étais jeune, moi, mon oncle, on arrêtait toujours
17 avant d'entrer sur son territoire, il allait
18 accueillir son grand-père, il allait... C'est lui
19 qui allait en dedans, puis nous autres, on restait
20 le camion en attendant qu'il finisse de parler avec
21 son grand-père. Puis après ça, on montait, nous
22 autres. C'était... Pour moi, ça *signifiait* que
23 je dois prendre soin, je dois... Tout qu'est-ce
24 qui est là avec ma famille, puis tout, il mérite
25 d'être respecté, il mérite d'être aimé, il mérite.

1 Puis tout ça ce qu'il vivait, ça appartenait à lui,
2 par sa mémoire on fait ça. Toute cette école de
3 pensée là, les jeunes, c'est-tu pour ça les jeunes,
4 ils ne vont plus bien bien dans le bois? Parce
5 qu'on n'a pas cette... Ils ne nous permettent pas
6 de faire des choses. Quand, les hommes, ils ont
7 coupé les arbres où qu'on a enterré les placentas,
8 là, les femmes, elles ont pleuré. Pourquoi on
9 n'est pas important, on s'est dit, parce qu'on est
10 encore dans l'ignorance, on ne sait pas comment
11 c'est sacré. On a été obligées d'éduquer nos
12 hommes parce qu'on était détachés de nos aînés. On
13 était détachés, ils ne savaient plus comment, ils
14 n'avaient pas le droit de nous enseigner tout ça.
15 Parce que c'était païen. Parce que si le prêtre dans
16 la communauté, il savait, là, il aurait été
17 après... après nous autres. Avoir médiation comme
18 souvent je l'avais affronté.

19 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

20 Si vous me permettez, Madame Coon, j'aimerais ça
21 qu'on revienne parce que vous avez parlé de deux (2)
22 situations. Une situation d'une fausse couche, puis
23 la situation d'un accouchement où madame... Si je
24 comprends bien, quand vous nous avez parlé donc s'il
25 y a une fausse couche. Bien là, il y a un mini-

1 placenta, si on veut, puis il y a un fœtus qui peut
2 être à différent niveau de développement, puis vous
3 nous avez expliqué la signification, la lumière qui
4 est dans ce fœtus-là qui vient du créateur et d'un
5 ancêtre, là, qui est déjà décédé. Alors,
6 l'importance de ramener ça à la maison, puis de
7 procéder à un rituel. Puis au niveau de
8 l'accouchement, bien, évidemment, il y a un bébé qui
9 est né, puis là il y a un placenta. Et ce placenta-
10 là est le... vous dites c'est la signification,
11 c'est que c'est la maison, la maison du bébé. Donc
12 le bébé qui éventuellement qui devient un adulte.
13 Et si je comprends bien le rituel, c'est que ça doit
14 être rapporté à la maison, enterré. Là, vous avez
15 parlé d'une roche, un grand-père et il est-tu
16 question de planter un arbre aussi?

17 **Mme MARY COON:**

18 Oui.

19 **Mme JESSICA VOLLANT :**

20 Oui.

21 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

22 O.K. Parce que vous en avez parlé, là, on coupe
23 les arbres, puis on ne tient pas compte du fait
24 qu'il y a un lien avec la terre. Et si je comprends
25 bien, ce lieu-là, ce lieu-là où pour la personne que

1 c'est le placenta, donc sa petite maison quand il
2 était bébé qui est enterrée à cet endroit-là, ça
3 devient aussi un lieu de recueillement. Quand ça ne
4 va pas bien, on va là, puis ça donne un lien avec la
5 culture aussi en même temps.

6 **Mme MARY COON :**

7 Oui, fierté, quelque chose passe de bon aussi, là.

8 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

9 O.K. Donc aussi les bons moments. Évidemment, on
10 peut imaginer que, dans un hôpital, généralement
11 allochtone, on n'est pas au courant de ça.

12 **Mme JESSICA VOLLANT :**

13 Mais je pense. Je vais... Je pense que c'est
14 la... toute la communauté qui font en sorte de
15 promouvoir toute l'importance que... Parce que
16 selon eux autres, le placenta ou les résidus d'un
17 fœtus, là, c'est un déchet médical, biomédical, oui.

18 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

19 Biomédical, oui.

20 **Mme JESSICA VOLLANT :**

21 Mais moi, personnellement, je l'ai vécu, mes deux
22 premiers enfants, je n'ai pas pu recevoir les
23 placentas à cause que les hôpitaux ne le
24 permettaient pas de sortir vu que c'était considéré
25 comme un déchet médical. À ma troisième... mon

1 troisième bébé, dans le fond, j'ai accouché à La
2 Tuque. Les deux autres, j'avais accouché à Sept-
3 îles, mon plus vieux j'ai accouché à Sept-Îles, puis
4 mon deuxième à Shawinigan, eux autres n'autorisaient
5 pas à me laisser partir avec le placenta. Mais
6 l'hôpital de La Tuque a été... a été prévenu, ont
7 été approchés par notre aînée ici. Puis le Centre
8 de santé, les dirigeants de la communauté aussi pour
9 expliquer au... à l'hôpital de La Tuque toute
10 l'importance que le placenta représentait pour la
11 communauté, puis toutes les mamans qui accouchaient,
12 dans le fond, puis le futur pour les enfants, ce que
13 ça pouvait représenter.

14 Aujourd'hui, La Tuque laisse partir le
15 placenta, mais moi, en tant que parent, je dois
16 signer un contrat et l'hôpital doit m'expliquer
17 qu'est-ce que je ne dois pas faire avec le
18 placenta. Puis il donne des règles, là, exemple:
19 enterrer à tant de profondeur ou, si je veux le
20 manger par exemple, c'est le faire bouillir tant
21 d'heures. Mais c'est ça que je trouve que, pour
22 moi, maintenant, ma décision, c'est d'accoucher à
23 La Tuque pour pouvoir repartir parce que c'est très
24 important pour moi, puis c'est important aussi pour
25 mes enfants. Parce que je n'ai pas pu le faire

1 avec mes deux... mes deux plus vieux, mes enfants,
2 parce qu'ils ne me laissaient pas partir avec, mais
3 c'est tout l'enseignement qui a été fait auprès des
4 hôpitaux, je pense qu'ils ont réussi à ouvrir une
5 porte puis dire: « O.K. Là, on comprend pourquoi
6 vous voulez partir avec, puis on comprend
7 maintenant, puis on va vous laisser, on va
8 respecter vos... votre culture, puis on va vous
9 laisser partir avec. »

10 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

11 Donc c'est un bel exemple où un hôpital, je vais
12 dire allochtone, a adapté ses pratiques parce qu'ils
13 ont été éduqués, informés de la culture, de
14 l'importance de cet aspect-là pour la culture. On
15 comprend, là, c'est un déchet, bon, c'est considéré
16 comme un déchet biomédical, donc on vous donne des
17 paramètres, mais on a adapté les pratiques pour le
18 permettre.

19 **Mme MARY COON:**

20 Mais quand il y a des complications pour
21 l'accouchement, là, ils vont l'envoyer dans une
22 autre... Il y a une autre ville comme Trois-
23 Rivières. Là, il ne pourra pas ramener. Dès que...
24 Ou à l'hôpital Sainte-Justine, il ne peut pas
25 ramener.

1 **Mme JESSICA VOLLANT :**

2 Mais ça, je l'ai vécu à ma dernière grossesse, là,
3 j'ai eu des complications au niveau de mon placenta,
4 mais je n'ai pas pu avoir accès à mon placenta. Il
5 devait être analysé, là, pour...

6 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

7 O.K. C'est... Vous avez accouché à La Tuque...

8 **Mme JESSICA VOLLANT :**

9 À La Tuque, mes deux...

10 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

11 ... mais le placenta a été envoyé ailleurs.

12 **Mme JESSICA VOLLANT :**

13 Oui.

14 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

15 Pour analyse.

16 **Mme JESSICA VOLLANT :**

17 Pour analyse.

18 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

19 Et là vous n'avez pas pu le récupérer?

20 **Mme JESSICA VOLLANT :**

21 Non. Non.

22 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

23 O.K. Alors il y a encore... On comprend qu'il y a
24 encore du travail à faire.

25 **Mme JESSICA VOLLANT :**

1 Oui, oui. Mais pour des grossesses normales...

2 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

3 (Inaudible).

4 **Mme JESSICA VOLLANT :**

5 ... où est-ce qu'il n'y a pas de complication, ce
6 n'est pas compliqué, là. Dans le fond, il faut que
7 tu le *dis*... Quand tu arrives à l'hôpital, tu dis à
8 l'infirmière qui t'accueille: « Moi, je veux garder
9 mon placenta. » Puis tu accouches, ils prennent le
10 placenta, puis ils l'amènent dans un congélateur,
11 là, tout bien scellé. Puis quand tu sors de
12 l'hôpital, ils t'amènent ton placenta, puis tu sors
13 avec ton placenta pour pouvoir faire tes... ton
14 rituel par la suite, là.

15 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

16 Là, je vous ai beaucoup justement parlé de... Je
17 vous ai amené sur ce terrain-là parce que je voulais
18 justement qu'on utilise l'exemple du placenta pour
19 d'abord que vous puissiez nous, disons, témoigner
20 sur le fait qu'il y a des choses à l'intérieur de la
21 culture qui sont très très très importantes qui ne
22 sont peut-être pas connues des services de santé et
23 que c'est possible d'adapter les manières de faire.
24 Je comprends que ça ne semble pas être le cas
25 partout au Québec encore, mais en tout cas, La Tuque

1 est un bel exemple que ça se fait tout à fait.
2 Ça... Il y a moyen d'accommoder les manières de
3 faire, mais il existe d'autres... Là, on a parlé du
4 placenta, mais il existe d'autres... d'autres
5 croyances, rituels.

6 **Mme JESSICA VOLLANT :**

7 Mais il y a aussi les soins palliatifs, là. C'est
8 sûr qu'il y a des gens qui demandent de faire leur
9 dernier jour de vie dans la communauté, mais il y en
10 a d'autres aussi qui désirent mourir à l'hôpital.
11 Mais l'hôpital est très... Parce que, dans la
12 culture, on ne laisserait jamais une personne mourir
13 toute seule. Ça fait que, quand il y a une personne
14 en fin de vie, il y a souvent toute la famille
15 immédiate qui est là, mais toute la famille élargie
16 aussi...

17 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

18 Élargie.

19 **Mme JESSICA VOLLANT :**

20 ... va être *présent*. Ça fait qu'il y a beaucoup,
21 beaucoup de monde, là, dans l'unité des soins
22 palliatifs, là. Mais je trouve que l'hôpital de...
23 bien, où est-ce qu'on est à La Tuque est très
24 ouvert, là, au niveau... très compréhensif, là, que
25 oui, il y a la famille immédiate: les enfants, le

1 conjoint, mais il y a aussi les tantes, il y a aussi
2 les cousines, les cousins, la tante de l'autre,
3 puis...

4 **Mme MARY COON :**

5 La communauté.

6 **Mme JESSICA VOLLANT :**

7 Oui, bien, la communauté. T'sé, tout le monde va
8 être présent pour supporter, oui, la personne qui va
9 quitter bientôt le monde, mais toute la famille
10 aussi.

11 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

12 Ici, on... Bien là, on parle de soins palliatifs,
13 mais si vous me permettez de vous ramener sur
14 l'approche holistique, on en... vous en avez parlé
15 quand même assez rapidement au début. J'aimerais ça
16 si vous pouviez nous décrire l'approche holistique
17 pour quelqu'un qui ne sait pas de quoi on parle.
18 Donc les quatre (4) sphères, puis l'équilibre entre
19 les sphères. La santé, c'est l'équilibre et un
20 aspect peut être débalancé et là ça... Alors, et
21 ensuite, bien, ça va m'amener peut-être à vous poser
22 la question: est-ce qu'il est possible d'adapter ou
23 d'intégrer cette approche-là, soit avec des
24 guérisseurs, soit avec... bon, d'intégrer cette
25 approche-là dans la médecine traditionnelle. Mais

1 je pense qu'il faut d'abord un peu expliquer le
2 concept, là, de qu'est-ce que les quatre (4) sphères
3 de la roue de la médecine, puis le... Si une des
4 sphères ne va pas bien, ça crée un déséquilibre,
5 puis la guérison, donc le concept de la guérison par
6 rapport à ces quatre (4) sphères-là.

7 **Mme MARY COON :**

8 Tu y vas-tu, toi?

9 **Mme JESSICA VOLLANT :**

10 En fait, si on parle l'approche holistique, on fait
11 allusion au cercle qu'on voit, t'sais, avec les
12 quatre (4) couleurs. La plupart du monde l'ont déjà
13 vu. Tu as entre autres: le jaune, le rouge, le noir
14 et le blanc. On parle, si on prend le cercle, on le
15 divise en... on fait un genre de X dans le cercle,
16 ça donne quatre... quatre (4) sphères, ce qui
17 représente les quatre (4) directions: l'est, le sud,
18 l'ouest, puis le nord. On commence toujours...
19 quand on veut lire le cercle, on commence toujours
20 par l'est. L'est, où est-ce que le soleil se lève.
21 L'est représente tout le côté physique. Le côté, ce
22 que j'ai besoin de... tous les besoins essentiels:
23 manger, respirer, boire. Tout ce que le corps à
24 besoin pour survivre. Ensuite, on descend vers le
25 bas, vers le sud. Lui, le sud, représente le cœur,

1 c'est-à-dire tout qu'est-ce qui est au niveau
2 émotionnel. L'estime, on parle aussi de l'estime de
3 soi, de la confiance en soi qu'on se fait. Après
4 ça, on va vers l'ouest. L'ouest, c'est au niveau
5 mental. Tout ce qui est les connaissances
6 personnelles, là, les... comment est-ce que je peux
7 expliquer ça? Tous les... le savoir qu'on apprend,
8 t'sais, dans notre vie.

9 **Mme MARY COON :**

10 Les talents.

11 **Mme JESSICA VOLLANT :**

12 Notre talent, nos limites, nos... Tout qu'est-ce
13 qui est mental, là, vraiment.

14 **Mme MARY COON :**

15 *Ton* perception, ton attitude face à des choses.

16 **Mme JESSICA VOLLANT :**

17 Puis ensuite, c'est le nord. Le nord qui est
18 représenté par la couleur blanche. Ça, c'est tout
19 ce qui est spirituel. La façon qu'on... qu'est-ce
20 qui est pour nous autres nos croyances, nos... Puis
21 quand qu'on regarde le cercle au niveau spirituel,
22 c'est toute la façon que comment on se perçoit en
23 tant qu'individu. T'sé, nos besoins sont-tu
24 comblés, nos côtés émotionnels, notre cœur est-ce
25 qu'il est correct, puis notre côté mental est-ce que

1 c'est correct. Ça fait qu'en gros... C'est *short*
2 *and sweet*, là, mais...

3 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

4 Ah oui?

5 **Mme JESSICA VOLLANT :**

6 Mais ça laisse vite vite expliquer, mais ça
7 ressemble à ça, là.

8 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

9 Donc je comprends que, dans l'approche autochtone,
10 quand on parle de la santé d'une personne, on parle,
11 ça ne se limite pas seulement à la santé physique,
12 c'est l'équilibre entre les quatre (4) sphères que
13 vous venez de...

14 **Mme JESSICA VOLLANT :**

15 Oui.

16 **Mme MARY COON :**

17 Oui.

18 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

19 Donc la notion d'équilibre...

20 **Mme MARY COON :**

21 Oui.

22 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

23 ... est toujours omniprésente.

24 **Mme MARY COON :**

25 Oui.

1 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

2 Dans la culture et dans la médecine.

3 **Mme JESSICA VOLLANT :**

4 Oui.

5 **Mme MARY COON :**

6 Puis ça aide à *get* ça quand tu fais des rituels ou
7 sur la vie ou quoi que ce soit, au niveau des
8 services communautaires puis tout ça. Tout est
9 comme une pensée comme ça circulaire. Dès que
10 quelqu'un il vient dans ton bureau, là, soit qu'il
11 est diabétique ou quelque chose... on va dire qu'il
12 est diabétique. Puis le médecin a été dire qu'elle
13 ne veut pas avoir de médication, elle veut faire *son*
14 façon traditionnelle avec des plantes puis tout ça.
15 Puis nous, on va le rencontrer, puis on va regarder
16 qu'est-ce qui se passe avec la personne, pourquoi
17 qu'avec les médecins, les infirmières, ils ont de
18 problème avec lui, avec cette personne-là. Puis on
19 va l'écouter, mais on va l'écouter avec le cercle.
20 (Inaudible). Alors: « Ils disent que je suis
21 diabétique. Alors, ils disent que... tu me fais
22 (inaudible). » Puis si je comprends, c'est comme:
23 « Tu ne l'acceptes pas. Il y a des choses qu'ils
24 disent que ce n'est pas vrai. Pour toi, ce n'est
25 pas vrai. Pourtant *ta-ta-ta*, tes glycémies, puis

1 tout ça. (Inaudible). » Puis là, je me rends
2 compte quand je l'écoute par le côté mental, elle ne
3 connaît pas la maladie. C'est là, il faut que je
4 dise à l'infirmière, mais explique-le c'est quoi, le
5 diabète. Ou des fois, elle dit: « Je ne sais même
6 plus, je n'ai pas le droit de manger, je n'ai
7 pas... », mais c'est peut-être il a besoin d'aller
8 voir un *nutricien*. Ou peut-être elle a besoin d'y
9 aller côté émotion, ils vivent un deuil. T'sé, ça
10 se situe avec les personnes. Puis côté spirituel,
11 c'est qui les personnes-ressources qui peuvent venir
12 en aide avec cette personne-là qui est en détresse?
13 C'est quoi ses ressources? Ses ressources, c'est
14 avec ses plantes, puis avec son médecin. Mais je
15 vais aller y dire au médecin: « Fais-le, fait un
16 pont avec ta client. Laisse-le y aller avec sa
17 plante traditionnelle, puis fourni-les ses prises de
18 sang, puis tout qu'est-ce qui est médical. Puis si
19 ça ne marche pas, dis-lui: "Tu veux-tu venir essayer
20 au moins? Tu as essayé toi au moins avec ta
21 plante... des plantes médicinales, mais au moins
22 essaie". Fais un pont. » T'sé, on est... Nous, on
23 est des experts, des expertises de notre façon de
24 voir des choses, t'sais. Puis quand on aide les
25 personnes à écouter tout ça là.

1 Puis la roue médicinale est vraiment plus
2 large que ça. La cercle de la vie avant qu'il
3 rentre... le fœtus avant qu'il rentre dans le
4 cercle de la vie, il devient la lumière de
5 l'extérieur, mais il faut aider la femme à se
6 préparer que son fœtus, il rentre dans le cercle de
7 la vie. Pour prendre soin, comment que toute la
8 communauté peut prendre soin de cet enfant-là.
9 Puis mettre des petits mocassins à la porte pour
10 lui annoncer qu'il va y avoir, (inaudible), un
11 visiteur. (Inaudible), c'est quelqu'un, un être
12 sacré qui vient rendre visite. On ne sait jamais
13 comment qu'il va partir de notre maison, soit qu'il
14 s'en va se marier ou il s'en va aux études, ou il
15 s'en va dans le monde des esprits.

16 Mais toute cette école-là, il y a un sens
17 sacré, il donne un sens comme de placenta. Que les
18 femmes, elles se parlent dans le rituel. Les
19 grand-mères, elle va remercier la mère pour avoir
20 donné *cette* sang-là... son sang à elle qui
21 continue. Puis avoir... puis les hommes, ils sont
22 à l'extérieur, puis ils vont écouter les femmes.
23 Puis les hommes, ils apprennent à prendre soin de
24 ces femmes-là qui: « Hey, dans le fond, la vie est
25 sacrée. » Les femmes... Ils n'ont pas le droit de

1 parole, mais écoutent avec les autres enfants
2 extérieurs. Puis le tambour est là, puis il va
3 chanter après. Puis toutes les femmes qui n'ont
4 pas fait le rituel avec... on va l'inviter de le
5 faire avec ce placenta. Elle ne va pas... Ça
6 donne un sens, ça donne une école de vie tous ces
7 rituels-là. On veut ramener la communauté ou un
8 individu ou sa famille ou la communauté ou la
9 nation envers un mieux-être, mais ces rituels-là,
10 c'est ça leurs rôles. Cette école de pensée là,
11 là, c'est ça leurs rôles. À place de faire de la
12 prévention, c'est ça les conséquences, c'est ça
13 l'impact, t'sais. C'est quelque chose, il faut
14 autrement. On sait les (inaudible), on voit les
15 impacts, on voit les conséquences, mais il faut
16 donner un sens à la vie. Puis ça, on n'apprend pas
17 à l'école. Il faut que les intervenants, ils
18 apprennent. Il faut que les femmes, elles
19 apprennent à travers ces rituels-là. Il faut que
20 nos enfants, ils nous voient. Tous les rites de
21 passage qu'on fait, des rites de passage sur la
22 vie, là, toutes les étapes. Dès qu'il rentre un
23 bébé dans une... quand il vient au monde le
24 placenta, le rituel, petits mocassins, t'sais,
25 c'est déjà annoncé qu'il va s'en... puis on va

1 prendre cette femme-là, prendre soin de la femme,
2 là. Les hommes, ils vont faire attention avec
3 leurs coudes pour ne pas toucher les seins à cette
4 femme-là. Il faut donner la vie, il faut la
5 spotter aussi, qu'est-ce qui se passe là-bas.
6 Parce que c'est elle la première personne qui va...
7 Quand qu'elles portent un bébé, quand qu'elles
8 voient quelque chose, un festin puis tout ça, il
9 faut qu'elle avale son salive. Puis quand qu'elles
10 voient des chiens ou du monde saoul, il faut
11 qu'elles crachent. Un monde qui... il y a un rôle
12 important avec... C'est elle *le premier* éducatrice
13 pour ce fœtus-là. C'est pour ça que tous ces
14 rituels-là, ils donnent un sens à la vie. Puis ça,
15 là, il faut ramener, ramener dans l'intervention,
16 dans l'habitation, dans tous les projets. Puis on
17 commence à peine de le faire, mais c'est tout un
18 processus longtemps. Mais il faut que cette école
19 de pensée là soit reconnue. Il faut que l'on donne
20 des certificats à des personnes qui ont cette
21 connaissance-là pour qu'ils soient reconnus dans
22 leur communauté aussi. Pas seulement avoir, oui,
23 ils disent: « Le sage, l'aîné », mais dans la vie
24 professionnelle aussi. Dans la... On a besoin des
25 certificats. Nous autres, on n'affiche plus notre

1 certificat, on veut... On attend notre certificat
2 avec cette approche-là.

3 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

4 Maintenant, comment... Parce que là, évidemment,
5 bon, vous êtes à Wemotaci, je comprends que quand
6 vous avez des médecins qui viennent à Wemotaci, vous
7 avez dû quand même bien les...

8 **Mme MARY COON :**

9 Oui.

10 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

11 Bien les éduquer là-dedans, puis je le dis d'une
12 manière très positive, les former dans cette
13 approche-là, mais comment... qu'est-ce que vous
14 pensez qui serait la solution ou des propositions,
15 des suggestions, des recommandations de ce que... de
16 comment on pourrait exporter ça, cette approche-là,
17 qu'est-ce que ça prendrait dans un... dans des
18 hôpitaux à l'extérieur des communautés pour les
19 communautés qui... des hôpitaux qui desservent des
20 communautés autochtones qui sont proches ou qui
21 desservent une communauté autochtone, des citoyens
22 autochtones qui vivent en milieu urbain? Comment on
23 pourrait à plus grande échelle importer ça à, je ne
24 sais pas, Val-d'Or...

25 **Mme MARY COON :**

1 Mais je pense...

2 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

3 ... ailleurs, Sept-Îles, Baie-Comeau?

4 **Mme MARY COON :**

5 Je pense, il faut... il y a...

6 **Mme JESSICA VOLLANT :**

7 Peut-être prendre le temps de... ces services-là,
8 prendre le temps avec les communautés qui sont près
9 de leur région de s'asseoir avec eux, puis de... Je
10 donne un exemple là, c'est sûr, on n'est pas les
11 parfaits. Mais l'hôpital avec l'équipe... l'hôpital
12 de La Tuque avec le Centre de santé, deux (2) fois
13 par année, on se réunit puis on parle de divers
14 sujets que qu'est-ce que l'hôpital de La Tuque
15 pourrait faire pour améliorer les services à Wemon,
16 puis qu'est-ce que Wemon aussi... Wemotaci peut
17 faire aussi pour aider à donner un meilleur service
18 de l'hôpital de La Tuque. Que ce soit au niveau,
19 exemple, il y a des prises de sang qui se font à
20 Wemon, puis tout ce qui est requête ou la papperasse
21 d'hôpital, mais il y a des procédures que l'hôpital
22 doive... doit faire... Comment je peux l'expliquer?
23 Il y a... L'hôpital a des choses à respecter, puis
24 le Centre de santé Wemotaci doivent répéter les
25 mêmes choses que l'hôpital à La Tuque. Ça fait que

1 tous ces choses-là sont discutées ensemble, puis ils
2 sont mis en place ensemble pour pouvoir donner le
3 meilleur service. Tu rentres à l'hôpital à La
4 Tuque, ça va être écrit bonjour, puis *kwei kwei*. Tu
5 as... tu as des consignes faites en français, mais
6 souvent ils vont... tu vas les revoir traduit en
7 atikamekw aussi. Ça fait que tout est comme adapté
8 pour la communauté atikamekw, que ce soit Obedjiwan
9 ou Manawan, là, ceux qui restent à La Tuque, mais la
10 plupart, tu vas voir, tout est traduit. À
11 l'hôpital, exemple, on a le guide alimentaire. Oui,
12 il est en français, mais on l'a aussi traduit en
13 atikamekw. Puis en fonction aussi de la... la
14 nourriture, exemple, t'sais, de la *banique*... la
15 *banique*, le pain traditionnel, mais il est inclus
16 dans le guide alimentaire. Le gibier, le poisson va
17 être inclus en fonction du... bien, des atikamekw,
18 mais...

19 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

20 Du mode de vie.

21 **Mme JESSICA VOLLANT :**

22 Oui, c'est ça.

23 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

24 Du type de nourriture qui est consommé.

25 **Mme JESSICA VOLLANT :**

1 Oui, sur le territoire. Mais tout ça, c'est fait
2 en... Bien, je pense que ça s'est fait avec des
3 discussions. T'sé, l'hôpital ne s'est pas dit: «
4 O.K. Je fais ça de même parce que ça me tente »,
5 mais c'est toutes les discussions qu'il y a eu entre
6 la communauté, les élus, les dirigeants, puis
7 l'hôpital qui se sont assis ensemble pour pouvoir
8 faire, pour améliorer, puis donner le goût que les
9 gens fréquentent cet hôpital-là.

10 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

11 Peut-être que ça prendrait un forum, puis là on a
12 une commission d'enquête pour en parler, mais peut-
13 être que ça prendrait, je ne sais pas, un forum qui
14 ferait en sorte que les gens ailleurs pourraient
15 savoir que, à La Tuque, La Tuque a été innovateur et
16 fait preuve d'ouverture pour accommoder la clientèle
17 puis à quel point ça fonctionne très bien. Une
18 façon de diffuser cette... puis de l'adapter dans
19 les autres nations en fonction des éléments
20 culturels propres à chaque nation.

21 **Mme MARY COON :**

22 Puis aussi, il faut former les personnes qui ont un
23 intérêt à avoir une approche traditionnelle ou
24 culturelle, là. Parce que souvent, dès qu'une
25 personne est reconnue pour intervenir dans

1 l'approche culturelle, les autres communautés vont
2 automatiquement inviter. Puis c'est tout le temps
3 la même... la même personne souvent qui va être
4 invitée, mais on ne peut pas tout le temps y aller,
5 nous. J'aurais aimé mieux qu'on *fait* un ensemble,
6 parce qu'ils ont des pensées eux autres qu'ils ne
7 savent pas, là, mais il y a des choses, façons de
8 leurs grand-mères, elles faisaient que nos grand-
9 mères, elles ne font pas de la même façon que nous
10 autres. Il faut qu'il y *ait* quelque chose, un
11 rassembleur qu'on peut parler des choses là, puis
12 pas toujours les mêmes personnes qui soient
13 identifiées pour y aller dans les communautés, puis
14 tout ça. Parce qu'on ne peut pas.

15 Puis aussi aider ces personnes-là pour y aller
16 dans les... des places. Moi, souvent, je me sens
17 un otage par le Centre d'amitié. « Là, il faut que
18 tu fasses sept (7) activités avant qu'on te paie »,
19 parce qu'ils ont besoin de mes services, mais ils
20 ne *peut* pas payer mon transport. J'attends *mon*
21 pension vieillesse pour y aller là, parce que je
22 crois beaucoup en qu'est-ce que je le fais. Mais
23 il faut donner aussi les moyens parce qu'on ne veut
24 pas abandonner nos gens qui vivent dans les milieux
25 autochtones. À Trois-Rivières, ils me disent:

1 « Merci d'avoir bâti notre communauté atikamekw. »
2 Hey, ils ont besoin de... J'ai dit: « Hey, mes
3 enfants, ils parlent français, je n'ai rien à
4 donner comme atikamekw. » Mais oui, tu as des
5 choses à donner. Là, il y a un réveil. T'sé, on
6 est toujours dans la pensée qu'on a tout perdu.
7 Non, on n'a pas tout perdu. On a besoin de
8 stimuler qu'est-ce qu'on est encore. Puis toutes
9 les personnes, les aidants naturels, les personnes,
10 ils jouent un rôle, ils jouent un rôle important,
11 mais il faut que quelqu'un lui dise. T'sé,
12 l'Association prévention suicide, c'est les
13 Premières Nations du Québec. Moi, j'étais une des
14 fondatrices, parce qu'on n'avait pas de place,
15 nous, comme intervenants autochtones d'échanger des
16 ressources. On savait qu'on faisait des bonnes
17 choses, mais cette partie-là aussi a besoin de
18 reconnait, a besoin d'être rassembleur de leur
19 dire: « Hey, c'est vrai que j'ai quelque chose,
20 c'est vrai que... » T'sé, puis là, des personnes
21 qui vont identifier d'autres personnes-ressources
22 qu'est-ce qu'ils ont besoin. Pas toujours les
23 mêmes personnes tout le temps. Moi, j'aurais aimé
24 ça y aller partout, mais je traîne toujours elle, à
25 cause que c'est *mon* relève. Puis je lui dis: « Ah

1 non, il faut que... » Puis quand je vais là, je
2 n'ai pas grand-chose à dire, c'est les autres qui
3 me disent des façons de faire des choses, puis
4 c'est ça que j'aime. Mais un forum rassembleur,
5 oui.

6 Puis aussi qu'il se reconnaît dans les
7 formations, ça, c'est important. Il ne faut pas
8 qu'il... C'est comme ça que tous les intervenants
9 ont tombés, ils ont fait des *burn-outs* parce qu'ils
10 n'ont pas cette école de pensée là, l'école de vie
11 de la communauté. Parce qu'il y avait une manière
12 de regarder la vie sacrée, d'intervenir aussi, de
13 voir les détresses. Quand ça fait que quand
14 quelqu'un, il... il y a un ami qui est suicidé.
15 Puis il court dans le bois, là, puis tu penses
16 qu'il est en danger. Non, il a besoin de crier.
17 Tout ce... Touche-le pas, laisse-le crier. Puis à
18 un moment donné il sort du bois. Mais à la place,
19 le policier aurait été courir après pour essayer de
20 le ramener encore, mais là on a remis en détresse.
21 C'est toutes ces choses-là pour l'aider, tout le
22 monde à penser comme ça.

23 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

24 Moi, ça... ça fait le tour.

25 **Mme MARY COON :**

1 On a eu beaucoup de choses à dire.

2 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

3 Bien oui, c'est particulièrement intéressant. Je
4 ne sais pas s'il y a d'autres choses vous pensez,
5 là, que vous n'avez pas parlé qu'il faudrait que
6 vous parliez? Moi, en tout cas avec les notes puis
7 les rencontres qu'on avait eues et la préparation du
8 dossier par ma collègue Me Ellassal, je pense, moi...
9 en ce qui me concerne, on a fait le tour de la
10 question.

11 **LE COMMISSAIRE :**

12 Alors je vais inviter Me Boucher ou Me Riendeau, si
13 vous avez des questions?

14 **Me MARIE-PAULE BOUCHER:**

15 On n'aura pas de question, merci beaucoup pour
16 votre témoignage.

17 **Mme MARY COON :**

18 (Inaudible).

19 **LE COMMISSAIRE :**

20 Alors c'est le moment qui me revient pour vous
21 remercier d'avoir accepté de partager avec nous. Je
22 me demandais si vous avez des contacts avec d'autres
23 centres? Parce qu'il y a d'autres centres dans la
24 province en territoire anishinabeg, en territoire
25 innu, en territoire cri. Est-ce qu'il y a des

1 contacts que vous avez parfois...

2 **Mme MARY COON :**

3 Oui.

4 **LE COMMISSAIRE :**

5 ... avec d'autres centres pour voir si l'approche
6 holistique...

7 **Mme MARY COON :**

8 Bien, il y a beaucoup de besoins. Ils nous
9 invitent, nous, d'aller expliquer c'est quoi pour
10 qu'ils l'adaptent dans le... Parce qu'ils savent
11 qu'on a comme une expertise un peu, là, mais on est
12 en apprentissage encore, là, mais ils appellent
13 souvent.

14 **LE COMMISSAIRE :**

15 Puis à votre connaissance, est-ce qu'il y a
16 d'autres centres hospitaliers que La Tuque qui ont
17 montré une ouverture pour... dans un sens ou un
18 autre?

19 **Mme MARY COON :**

20 Non.

21 **LE COMMISSAIRE :**

22 Non? Il n'y a rien à votre connaissance?

23 **Mme MARY COON :**

24 Non.

25 **Mme JESSICA VOLLANT :**

1 Non, pas à ma connaissance.

2 **LE COMMISSAIRE :**

3 Ah, bien j'espère qu'il y en a qui nous écoutent
4 aujourd'hui...

5 **Mme MARY COON :**

6 Oui.

7 **LE COMMISSAIRE :**

8 ... ou qui vont nous écouter pour que le message se
9 répande.

10 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

11 On peut féliciter La Tuque, en tout cas.

12 **LE COMMISSAIRE :**

13 Oui, bien oui, définitivement, l'hôpital de La
14 Tuque mérite une bonne mention, une très bonne
15 mention.

16 **Mme MARY COON :**

17 Oui.

18 **LE COMMISSAIRE :**

19 Puis vous aussi, évidemment, qui... Et je
20 comprends que vous avez des réunions deux (2) fois
21 par année pour essayer de voir, pour examiner la
22 situation, voir ce qui peut être fait, ce qui peut
23 être amélioré. Alors c'est vraiment fort louable et
24 les gens doivent se sentir beaucoup plus à l'aise
25 lorsqu'ils se présentent dans le centre hospitalier.

1 T'sé, quand je vois la mention *kwei, kwei kwei*, les
2 traductions de guide alimentaire, les autres dans la
3 langue atikamekw, et c'est un peu amusant étant
4 donné que madame Vollant est Innue d'origine et
5 madame Coon, Crie, de vous voir travailler avec les
6 Atikamekw pour développer...

7 **Mme MARY COON:**

8 Mais on se sent atikamekw maintenant.

9 **Mme JESSICA VOLLANT :**

10 Oui.

11 **LE COMMISSAIRE :**

12 Développer des bonnes pratiques dans un hôpital qui
13 est le centre où les Atikamekw vont se rendre de
14 Wemotaci. Alors, évidemment, les Atikamekw, il y a
15 d'autres centres où ils ont à se rendre ou peut-être
16 qu'en écoutant ce qui se passe à La Tuque ça
17 pourrait aider.

18 Alors je vous remercie mille fois et si vous
19 avez d'autres idées, d'autres suggestions, des
20 choses qu'on peut faire, quant à moi, je peux vous
21 dire que je retiens ce que vous nous avez raconté
22 et ça m'apparaît certainement comme une bonne
23 pratique à développer. Et je comprends que c'est
24 fastidieux pour vous, on vous demande d'aller
25 partout. Peut-être qu'un moment donné s'il y a

1 d'autres personnes qui partagent les mêmes
2 compétences qui peuvent aider d'autres centres,
3 bien ça serait excellent. Alors je souhaite que ça
4 se fasse, on l'écrira peut-être à un moment donné,
5 oui, dans un futur assez rapproché.

6 Alors merci encore et je vous souhaite un bon
7 voyage de retour à Wemotaci, les gens de cette
8 communauté sont chanceux de vous avoir. Je vous
9 remercie beaucoup beaucoup. Alors on va suspendre
10 et on reprend...

11 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

12 À treize heures (13 h).

13 **LE COMMISSAIRE :**

14 Oui. Est-ce qu'il y avait des documents à
15 produire?

16 **Me CHRISTIAN LEBLANC :**

17 Non, pas de document à produire.

18 **LE COMMISSAIRE :**

19 Non? On reprend à trois... à treize heures (13 h).

20 Merci encore.

21 **Mme JESSICA VOLLANT :**

22 Merci.

23 **Mme MARY COON :**

24 Merci.

25 SUSPENSION

1 -----

2 REPRISE

3 **LA GREFFIÈRE-AUDIENCIÈRE:**

4 La Commission reprend.

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

6 So, welcome back. Me Richard, vous allez prendre
7 le... you're going to take the...

8 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

9 The lead.

10 **LE COMMISSAIRE:**

11 ... the lead this afternoon. So, we'll present...
12 you're going to present the next witness?

13 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

14 Oui, mais avant, par exemple, je vais juste
15 procéder au dépôt de certaines pièces pour ma
16 collègue, Me Édith-Farah Ellassal.

17 **LE COMMISSAIRE:**

18 O.K.

19 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

20 Ensuite on procédera à l'assermentation du témoin.

21 Donc, madame la greffière, sous la pièce
22 P-771, c'est une lettre remise à ma collègue Édith-
23 Farah Ellassal, par monsieur Nicolas Bédard, qui est
24 directeur du centre de thérapie L'Envolée, tout
25 juste avant son témoignage du vingt-quatre (24)

1 août dernier devant la Commission d'enquête. Donc
2 cette lettre a été transmise aux parties de la
3 Commission pour qu'ils puissent en prendre
4 connaissance. Nous désirons maintenant la déposer.
5 Il s'agit plus spécifiquement - pardon - de la
6 lettre datée du dix-neuf (19) septembre deux mille
7 seize (2016), adressée à monsieur Bédard, de la
8 part de Santé Canada. Donc ça, c'était la première
9 pièce à déposer.

10 - PIÈCE COTÉE P-771 -

11 J'aimerais prendre l'opportunité également,
12 maintenant qu'on est dans le dépôt des pièces, nous
13 allons déposer... on l'a nommée « La Bibliothèque
14 de dépôt documentaire », sous la pièce P-772. Donc
15 c'est une bibliothèque qui a été donnée également
16 aux parties de la Commission d'enquête, qui est sur
17 le Principe de Jordan. Donc, cette bibliothèque,
18 on va pouvoir l'utiliser tout au long du témoignage
19 de Dr. Blackstock et de la CSSS PNQL et de
20 Professeure Sinha qui va suivre. Donc, 772, et
21 nous allons référer aux onglets tout au long du
22 témoignage, comme l'onglet 1 jusqu'à 32.

23 - PIÈCE COTÉE P-772 -

24 Une dernière chose également, sous la pièce
25 P-773, la présentation PowerPoint de Dr. Cindy

1 Blackstock que nous aimerions déposer devant vous
2 Monsieur le Commissaire.

3 **- PIÈCE COTÉE P-773 -**

4 Donc ça termine juste pour le dépôt. On
5 voulait au moins commencer par ça, commencer...

6 **LE COMMISSAIRE:**

7 Thank you.

8 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

9 ... du bon pied.

10 **LE COMMISSAIRE:**

11 And now, we are going with your next witness?

12 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

13 Yes. So...

14 **LE COMMISSAIRE:**

15 You will present her?

16 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

17 Exactly. So, I'm going to present... we have the
18 honour to have Dr. Cindy Blackstock before our
19 Commission today. So, Dr. Cindy Blackstock is the
20 Executive Director of the First Nations Child and
21 Family Caring Society of Canada, and a professor at
22 the School of Social Work at McGill University.

23 Being a member of the Gitxsan First Nations in
24 British Columbia, Dr. Blackstock cumulates twenty-
25 five (25) years of social work experience in child

1 protection, and Indigenous children's rights. An
2 author of over fifty (50) publications, and a
3 widely sought-after public speaker,
4 Dr. Blackstock's promotion of culturally-based
5 equity for First Nations children and families, and
6 engaging children in reconciliation, have been
7 recognized by notably the Nobel Women's initiative.

8 She acted as the leading figure in the legal
9 proceedings against the government of Canada since
10 two thousand and seven (2007), before the Canadian
11 Human Rights Tribunal. These proceedings have led
12 to the acknowledgment of discriminatory
13 practices - pardon me - towards First Nations
14 children, and to the definition of the Jordan's
15 Principle, which will be the main subject of her
16 presentation.

17 So, Dr. Blackstock, in order to...

18 (inaudible).

19 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

20 Thank you. It's a great honour to be here. Before
21 beginning, I'd like to acknowledge the Huron Wendat
22 Nation, and to thank you Commissioner, for the
23 invitation of being here.

24 I'd also like to acknowledge Jordan River
25 Anderson, and his family. It is their sacrifice

1 and their legacy that we share a joint
2 responsibility to totally fulfill, not only in
3 these proceedings but in proceedings before the
4 Canadian Human Rights Tribunal and indeed, as part
5 of the coming into alignment with what
6 reconciliation truly needs to mean in this country,
7 as part of the Truth and Reconciliation
8 Commission's Calls to Action.

9 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

10 We need... Dr. Blackstock, we're just going to
11 proceed to...

12 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

13 Oh.

14 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

15 ... we just forgot our part. Thank you.

16 -----

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1 Cindy Blackstock
2 Directrice Générale de la Société de soutien à l'enfance
3 et à la famille des Premières Nations du Canada et
4 professeure à l'École de travail social de l'Université
5 McGill
6 Affirmation solennelle
7 -----

8 **LA GREFFIÈRE-AUDIENCIÈRE:**

9 Thank you.

10 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

11 All right. So, I'm going to really suggest that
12 the key to improving the lives of First Nations
13 children is not lying and unanswered questions.
14 It's not going to be solved by more research in
15 many ways, although the research has its place.
16 The key is actually implementing what we already
17 know.

18 And that is a fundamental question for me: do
19 we, as people, do better for children when we know
20 better? Do we, as governments, do better when we
21 know better. And then what are the implications if
22 we chose not to do better. Because I'm going to
23 argue that it is a choice, it's a conscious choice,
24 by the State, to not do better for First Nations
25 children.

1 I'm going to begin by looking at a couple of
2 questions. One is, we hear a lot about child
3 welfare failing. But is it really failing.

4 If we look at the historical documents that
5 gave birth to child welfare in this country
6 regarding First Nations children.

7 Do governments do better when they know
8 better.

9 What about child welfare systems? Do they do
10 better when they know better? Even though they're
11 charged fundamentally with the paramount
12 consideration of safety and well-being of children,
13 are they responsive to that tenant or are there
14 other influences that tend to really water that
15 down, and instead lead to a circumstance where
16 there's a repetition of flawed decision making.

17 What level of racial discrimination, as fiscal
18 policy, should be accepted by any provincial or
19 national government in this country, towards First
20 Nations children. I am going to argue, of course,
21 that that's none. But in practice, I think there
22 has been a... acceptance of incremental equality
23 that has had toxic consequences for First Nations
24 children since Confederation, and indeed before.

25 And if reconciliation is upon us, why do so

1 many good recommendations forwarded by First
2 Nations here in Quebec, by National Commissions, by
3 commissions such as the one that you're going to be
4 tabling, why did those go unimplemented? Because
5 reconciliation to me, is about not saying "sorry"
6 twice. It's about fundamentally raising a
7 generation of First Nations children that don't
8 have to recover from their childhood, because we,
9 as adults, be as employed as members of the public
10 or members of the State, have failed to do better
11 by them, when we could have... we knew how to do
12 better, and we had the resources to do better. So
13 those are some of the questions I'm going to cover.

14 I'm going to turn to this document, which is
15 the... really what I consider to be the founding
16 document of child welfare in Canada. It's not
17 really taught in many schools of social work,
18 mostly because people don't know it exists. It is
19 a document dated eighteen ninety-five (1895), and I
20 can certainly provide the original document to the
21 Commission if you choose.

22 It is a request from the acting... deputy
23 superintendent general of Indian Affairs to the
24 department of Justice, for a warrant to allow for
25 the removal of Indian children and their placement

1 in residential schools. It's dated eighteen
2 ninety-five (1895).

3 It includes this passage in the actual
4 warrant. What you see before you is a cover letter
5 and, of course, the acting deputy superintendent
6 general at that day was none other than Duncan
7 Campbell Scott. He was in that post. And it has
8 this interesting paragraph that says:

9 "Whereas the undersigned, Indian Agent,
10 being satisfied ____,...

11 - and then there's actually a blank there, and one
12 can imagine the names of all the children that may
13 be written in there over time -

14 ... and Indian child between the age of
15 six (6) and sixteen (16) years of age, to
16 wit or of about the age of ____...

17 - and then there's another blank -

18 ... years has not been properly cared for
19 or educated, or cared for and educated.

20 It is been shown to the satisfaction of
21 the undersigned that adequate provision
22 is not being made and will not be made
23 for the care of the child. And these are
24 therefore to command and authorize you,
25 in her Majesty's name, forthwith to

1 search for and apprehend the child.”

2 This definition, and its associated
3 regulations, closely map on to contemporary
4 definitions of neglect, for which First Nations
5 children are far more likely to be substantiated
6 and removed from their family homes for that type
7 of definition of maltreatment.

8 The problem in the eighteen ninety-five (1895)
9 warrant echoes in the contemporary application of
10 the neglect definition today, and that is that it
11 assumes that parents have within their control the
12 resources and the information to be able to address
13 the risk that is resulting in the child not being
14 properly cared for. Or not having the potential to
15 be properly cared for.

16 In effect, it codifies structural
17 discrimination as a parental deficit, holding
18 responsible the parent for things often that are
19 not within their purview to change.

20 This, of course, was an assimilation document,
21 the aims of residential schools were clear. It was
22 really to strip children away from their Indigenous
23 identities and really assimilate them in the
24 Canadian society. While those same purposes do not
25 lie in contemporary definitions of child welfare,

1 the affect is largely the same. In the removal of
2 Indigenous children from their families, we find
3 in, for example, the most recent litigation of
4 sixties (60s) Scoop survivors, the same types of
5 claims that we heard during the residential
6 schools: the loss of culture, the loss of language,
7 the loss of family connection. And indeed, that
8 was the predominant theme through the Canadian
9 Human Rights Tribunal decisions as well.

10 So, this really speaks to me that there's not
11 been any really conscious reflection within child
12 welfare, about what child welfare was actually
13 designed to do. And why are contemporary
14 definitions of neglect are so highly problematic
15 today, in that we do not ask social workers to
16 differentiate between the matters that parents have
17 control over, and those for which the State itself
18 should be accountable in ensuring the safety of
19 children.

20 Now, what happens if we don't learn in child
21 welfare.

22 There's been a whole stack of reports, that I
23 could have presented to this Commission, on child
24 welfare through the decades, that have recommended
25 that there'd be more specific measures pointed

1 towards family preservation, that the inequities
2 that are pervasive for First Nations children must
3 be addressed as a meaningful way of improving the
4 family circumstances, so that families can care for
5 their children as they wish to do.

6 We all have heard of overrepresentation of
7 First Nations kids. I don't like to use that word
8 simply because it's too easy to say. It strips
9 away the human dimension of what we're really
10 talking about.

11 One of the documents that you'll be referred to
12 later was a document that was prepared by the
13 government of Canada. It counts the number of
14 sleeps that First Nations children have spent away
15 from their family homes between nineteen eighty-
16 nine (1989) and two thousand and twelve (2012). It
17 excludes Ontario data for two thousand and eleven
18 (2011). So if anything, on a national count, it's
19 an undercount of those numbers.

20 And keep in mind that this is on reserve only.
21 Registered Indian children only. And if we add
22 those numbers up, we find that if we add on the
23 data for two thousand seventeen (2017), it's been
24 over seventy-eight million (78 M) nights of
25 childhood, that First Nations kids on reserves have

1 spent away from the family homes, between nineteen
2 eighty-nine (1989) and two thousand seventeen
3 (2017), according to the government of Canada.

4 And for Quebec, it is five million seven
5 hundred and seventy-four thousand, four hundred and
6 nine (5,774,409).

7 Every day that we fail to implement the good
8 recommendations that have already been put before
9 us, to improve the lot of First Nations children
10 and their families in this country adds to that
11 number.

12 Those are the human consequences of us
13 continuing to advance procedural matters like
14 meeting with people or having committees, instead
15 of acting on the recommendations that could
16 meaningfully put... children ahead.

17 This is the earliest record, really, of Canada
18 at a federal level, knowing about racial
19 discrimination and its inequitable provision of
20 services.

21 This is Dr. Peter Henderson Bryce. He was the
22 first chief medical health officer in the province
23 of Ontario, president of the American Public Health
24 Association, founder of the Canadian Public Health
25 Association and an expert in infectious disease.

1 He wrote Canada's first health code, that was
2 widely modeled by other provincial and territorial
3 governments and, indeed, by several States in the
4 United States.

5 At the age of fifty-one (51), he's appointed as
6 the Chief Medical Officer for the department of
7 Indian Affairs. That would have been around
8 nineteen o four (1904). He is then deployed almost
9 immediately by Duncan Campbell Scott and others, to
10 research the health of children in residential
11 schools.

12 He comes back, in nineteen o seven (1907), with
13 some startling findings. He finds that the
14 children are dying at a rate of about twenty-five
15 per cent (25 %) per year. And if you follow the
16 children over three (3) years, forty-eight per cent
17 (48 %) have died. And in one school, File Hills
18 residential school, for every three (3) children
19 that walked in that school, only one (1) would walk
20 out alive.

21 Dr. Bryce found that this, as he said, "medical
22 science knows just what to do." He noticed that
23 the federal government was spending three (3) times
24 the amount of health care on non-Indigenous
25 children and in terms of the prevention of the

1 tuberculosis, which was the leading cause of death
2 for these kids, he said even though that funding
3 Canada had implemented a series of practical
4 reforms, like stop putting sick children in... with
5 healthy children in these schools, and improve
6 sanitation and ventilation conditions, and you
7 could save many of these children's lives.

8 The cost of Dr. Bryce's reforms were about ten
9 (10) to fifteen thousand dollars (\$15,000), which
10 is a paltry sum even in those days when the federal
11 treasury was running at about a hundred million
12 dollars (\$100 M) a year, but the government of
13 Canada said no.

14 They didn't just ignore Dr. Bryce's report,
15 that would be an incorrect stating of the facts.
16 They knew that Dr. Bryce's report was there, and
17 they... deliberated, they thought about it, and
18 then they chose not to do it, allowing these
19 children to perish.

20 Dr. Bryce was not satisfied with Canada's
21 answer. He was a man of medicine, who had taken
22 the Hippocratic oath, and thought his duty to
23 children and public health was something that he
24 couldn't waiver on.

25 So his findings were released to The Evening

1 Citizen newspaper - now the Ottawa Citizen
2 newspaper - and carried out newspapers across the
3 country. And I think what this shows us is that,
4 the editors of these papers knew that what was
5 happening wasn't right. It's incorrect to say
6 people of that period thought the death of these
7 children were somehow okay 'cause they were Indian
8 children. We know that one of the people reading
9 this report was Samuel Hume Blake, the cofounder of
10 Blakes law firm, which continues to operate today,
11 who upon reading this in the paper, said that in
12 that Canada fails to obviate the preventable causes
13 of death, it brings itself onto unpleasant nearness
14 with manslaughter.

15 So people, as of nineteen o eight (1908), knew
16 that Canada's conduct was immoral, if not illegal.
17 And yet, that was not enough to convince the
18 Canadian government to take action. The only
19 action Canada took was retribution against
20 Dr. Bryce. They launched a retaliatory measure to
21 try and silence him and eventually pushed him out
22 of the public service altogether, failing to
23 implement his reforms and save the lives of the
24 children.

25 This is another report that comes to us. And

1 this is from nineteen sixty-seven (1967). It is...
2 as you can see, it was the Centennial year, and
3 Canada was actually commissioning a number of
4 reports on Indian children on that year. This one
5 isn't unique, but it centers on children and child
6 welfare.

7 And you can see there that, Caldwell found that
8 over... about eighty per cent (80 %) of the
9 children in residential schools in Saskatchewan
10 were placed there under that not-properly-cared-for
11 provision, the child welfare provision.

12 As residential schools continued to operate
13 they were increasingly child welfare institutions.
14 That's really what they became as a function,
15 versus education or institutions.

16 And, on page 149, there's a report... a
17 recommendation that I actually read at minister
18 Philpott's emergency meeting in January, and it
19 says:

20 "The recommendation is that the agency
21 will need to direct more resources and
22 energy into services for children in
23 their own homes and where alternative
24 care is required. Homes in the Indian
25 community should be helped to provide the

1 same service."

2 This is exactly the same recommendation that
3 we argued for at the tribunal. It finds currency
4 in many of the recommendations that are coming out
5 now; including those by the Truth and
6 Reconciliation Commission.

7 This was... recommendation was made when I was
8 three years old. And I'm clearly not three years
9 old anymore. But you can imagine the number of
10 children that would have benefitted had Dr. Bryce
11 been listened to or had Dr. George Caldwell's
12 report been implemented.

13 This is the Royal Commission on Aboriginal
14 peoples and, as we all know, Justice Dussault, from
15 Quebec, was one of the Co-Commissioners on this
16 particular report. And it included a surveillance
17 of the issues of First Nations child welfare,
18 because by this point, starting in the early
19 seventies (70s), First Nations appealed to the
20 federal government to take over management of child
21 welfare agencies. And the federal government said,
22 "yes but"... there's a hook. One is: "you have to
23 use our provincial legislation", even though it
24 repeated this codification of the structural issues
25 we talked about earlier.

1 And second of all: "the federal government
2 will fund you."

3 And as we now know through the Canadian Human
4 Rights Tribunal, they provided substantially less
5 funding than others.

6 But the Royal Commission on Aboriginal Peoples
7 hit on exactly this, in nineteen ninety-six (1996),
8 by saying:

9 "Aboriginal agencies have inherited many
10 of the problems of the agencies they
11 replaced. They struggle with ill-fitting
12 rules made outside of their communities
13 with levels of family distress and need
14 beyond their limited resources..."

15 Immediate action: rehabilitation
16 services, prevention services, and
17 continuing reform of existing services."

18 And as an over-arching recommendation, Royal
19 Commission on Aboriginal Peoples clearly was
20 affirming the right of Indigenous Peoples to make
21 decisions about themselves, including about their
22 children.

23 So, even if they would have changed their
24 minds and reformed the systems regarding First
25 Nations kids as of nineteen ninety-six (1996), we

1 would have not seen the tragedies that have
2 unfolded since. There is a clear echoing of the
3 continuance of the same recommendations.

4 I started being a child protection worker in
5 the mid-nineteen eighties (1980s) in the province
6 of British Columbia. And as I was servicing First
7 Nations kids, it became really quite apparent, in
8 the provincial system, that they were treated
9 differently. There would be sections of forms that
10 would say "if the child is First Nations on
11 reserve", they were not eligible for the service.

12 And as a social worker, I would challenge
13 that; sometimes successfully and sometimes not
14 successfully. Arguing that these are children, and
15 the child welfare statute does not allow for a
16 differential application of child welfare benefit
17 because of their status or because they are First
18 Nations.

19 And yet, that was my early glimpse into what
20 would become Jordan's Principle about twenty (20)
21 years later.

22 These two (2) reports are ones that I
23 personally participated in.

24 The first on the left-hand side is known to us
25 as the NPR - the Joint National Policy Review. It

1 was co-chaired by the government of Canada and the
2 Assembly of First Nations, and there was a number
3 of us who were working in First Nations child
4 welfare, that were experts I guess - for lack of a
5 better word - as committee members.

6 By this point, I had left the provincial
7 system, I was working for a First Nations child
8 welfare agency called "Ayas Men Men", which is
9 operated by the Squamish Nation in Vancouver.

10 We prepared this report. Canada agreed with
11 the report. It found that, as of two thousand
12 (2000), First Nations kids were getting seventy-
13 eight cents (¢78) on the dollar, despite the fact
14 that they had higher needs in child welfare.

15 There were strong recommendations echoing
16 those we see from Bryce, from Caldwell and from
17 RCAP: Provide equitable funding that's
18 substantively equitable, that takes full account of
19 the cultural needs and the contextual needs of the
20 community. Affirm First Nations right to be able
21 to care for their own kids.

22 And, in one of the recommendations at the very
23 top - I think it's recommendation 1 b): we set out
24 the issue... the need to resolve jurisdictional
25 disputes, in ways that ensure that First Nations

1 children receive the services they need when they
2 need them.

3 This report was received by the government of
4 Canada. I have a letter from the minister of that
5 day saying what a good report it was, and they then
6 ignored it.

7 They then convened a committee to say we
8 should... explore more discussions on these
9 recommendations. And the committee, the end result
10 of that is: there needs to be another more detailed
11 report.

12 That... by this time I was now working at the
13 First Nations Child and Family Caring Society
14 nationally in Canada. We were approached by this
15 committee, to do the [Wand], a series of reports.
16 It's a series of three (3) reports with over twenty
17 (20) leading experts in them, across a whole
18 dimension of fields; people like Dr. John Luxley
19 (sic), who's one of the leading econometricians in
20 the country. Dr. Nico Trocmé, from McGill
21 University then the University of Toronto, on the
22 Canadian Incidence Study. The principle
23 investigator and developer of that study. Dr. Fred
24 Wien, who is Professor Emeritus out at Dalhousie.

25 And we also had First Nations experts in

1 substance misuse, like Dr. [Kathryn] Irvine.

2 All of these people collaborated and we did
3 this very detailed study with Canada. We found
4 that by then, things had gotten worse. First
5 Nations kids were now only getting about seventy
6 cents (70 ¢) on the dollar, particularly when it
7 came to preventative services, despite their
8 dramatic overrepresentation. And we'd also, by
9 this time, I had heard the story of Jordan River
10 Anderson. I was actually in one of the meetings
11 preparing for this.

12 When a woman from the Assembly of Manitoba
13 Chiefs, Trudy Lavallée, tells me the story of this
14 little boy who is then still with us, who is stuck
15 in this hospital, because the government of Canada
16 and the government of Manitoba would argue over who
17 should pay.

18 He had been born to Ernest and Virginia
19 Anderson. He was born in a hospital, had to stay
20 there for two (2) years, for medical reasons. But
21 the plan that was set out, there was a medically
22 trained foster home, which was located right next
23 to the hospital, and would be staffed by a nurse,
24 so that she could make sure that Jordan was
25 medically stable.

1 And then when he medically stabilized in the
2 family home, then he was going to go home to his
3 family in Norway House. It just made sense.

4 What is absolutely clear and uncontested both
5 by Manitoba and Canada is that, if he was not a
6 First Nations child he would have gone home. And
7 that would have been the discharge plan.

8 But because he was First Nations, they decided
9 they didn't want to set this precedent, either
10 government, of picking up the tab for a First
11 Nations child, and... where the other government
12 might be responsible.

13 And so they literally itemized everything
14 regarding Jordan's at home care, and would sit and
15 argue over each item, at these case conferences
16 that they would hold.

17 And as Trudy Lavallée said, you know, these
18 went on for years. They would argue over things
19 like a shower head, the cost of a shower head,
20 while this little boy was staying in the hospital,
21 seeing other little boys coming not feeling good,
22 but going home when they felt better. And he was
23 trapped there.

24 That's why we named that jurisdictional piece
25 "Jordan's Principle".

1 And we had hoped that in that moment, that it
2 would be a living legacy. But Jordan passed away
3 at the age of five (5). As his sister [Geraldine]
4 Anderson said: "he died of a broken heart", in her
5 view. And then he slips into a coma just before
6 the age of five (5), and dies in that hospital,
7 never having seen a family home.

8 I attended Jordan's Memorial, and I remember
9 flying up to Norway House and looking at the lakes
10 below and realizing that little boy never saw those
11 lakes. The only way he ever came home was in a
12 casket.

13 And during the... Wendat reports, we surveyed
14 how many other children are being affected by these
15 things, and we found in just twelve (12) First
16 Nations agencies of which, at the time, there were
17 over one hundred and five (105), so just in a sub-
18 sample of twelve (12), there were three hundred and
19 ninety-three (393) kids being denied services
20 because of these types or arguing... within
21 governments and between governments.

22 Now, we have normalized this in Canada, this
23 differential treatment. But like in many other
24 things around the world, sometimes the
25 international community can see more clearly our

1 own rights violations that we have normalized. And
2 I think that this is particularly poignant,
3 because, this is the United States Ambassador,
4 Eileen Donahue, at the Universal Periodic Review
5 for Canada. Each State, during the Universal
6 Periodic Review before the Human Rights Council,
7 really has about two (2) minutes, and can make
8 about two (2) recommendations to the State. So, of
9 the plethora of human rights issues that the United
10 States could... our largest trading partner at the
11 time, could have chosen, they chose the issues of
12 inequitable treatment of First Nations kids to
13 point out.

14 And I think that, when the United States of
15 America knows that we're giving our kids less,
16 clearly every province and territory, including the
17 province of Quebec, should have known that we are
18 treating kids less.

19 And yet, during the Tribunal, I cannot recall
20 one strong letter. In fact, I cannot recall a
21 letter, from the province of Quebec, raising
22 protest to this inequitable treatment, even while
23 the world sang out in protest, not just in this
24 particular review, but also, I could give you a
25 laundry list of other international reviews,

1 particularly by the Committee on the Rights of the
2 Child that points to this inequitable treatment,
3 both in the two thousand and five (2005) and the
4 two thousand and twelve (2012) Periodic Reviews of
5 Canada.

6 So, what does that mean, if you're a First
7 Nations kid, and you're caring this backpack of
8 inequality.

9 I want to make clear to the Commission that
10 First Nations children aren't just treated
11 unequally in one part of their childhood. It's...
12 one in six (1/6) will go... be in a community where
13 there is no water to turn on to have a clean glass
14 of water in the morning. Some won't have any
15 electrical power. There's still communities
16 without sanitation systems.

17 And then, when they go to early childhood
18 programs, those often don't even exist. If their
19 mother had some midwifery and child in maternal
20 house programs, then good, but often, those are not
21 culturally appropriate. Then they go to schools
22 that the parliamentary budget officer has found to
23 be often in very poor condition.

24 In education systems that the parliamentary
25 budget officer, as of two thousand sixteen (2016),

1 found to be substantially inequitably funded.

2 And as a non-Indigenous child once said to me,
3 "discrimination is when the government doesn't
4 think you're worth the money." And so the question
5 is: what would it feel like if you weren't worth
6 the money. Or perhaps, even more specifically:
7 what would it feel like if your kids weren't worth
8 the money.

9 Because that's really what's happening in
10 First Nations communities across this country.
11 Is... these kids often don't know they're being
12 underfunded. They just know that life's a lot
13 easier for other kids. They seem to be able to
14 succeed better, more than graduate from high
15 school, less of them end up in jail, less of them
16 end up in child welfare care.

17 What I see is that the young people start to
18 codify that inequity as a personal issue, as a
19 personal or cultural shortcoming, that: I'm not
20 good enough. I'm, somehow, not worthy enough. And
21 so, it's no surprise to me that we see the high
22 suicide rates in our communities. These kids are
23 getting set up for a hardship of childhood, and
24 then when they're at that difficult moment, where
25 they're really feeling hopelessness, that those

1 same inequalities manifest in a lack of support
2 services that are culturally appropriate to be able
3 to assist them out of that crisis situation.

4 This is a report by the World Health
5 Organization. I currently sit on the Pan-American
6 Health Organization Commission on health equity and
7 inequity, and I want to make clear that there is
8 excellent evidence around the world, that says that
9 equity is one of the cornerstones of ensuring a
10 life-long trajectory of well-being for all peoples
11 in the world.

12 And Margaret Chan, in two thousand and eight
13 (2008), when this report was released by the World
14 Health Organization, says: "really social injustice
15 is killing on a grand scale."

16 It's clear that, just as Bryce knew in
17 nineteen eleven (1911), that when you treat people
18 unequally, it is going to result in a whole series
19 of social hardships, that are going to contribute
20 to not just physical illnesses but mental
21 illnesses, emotional hardship, all the rest of it.
22 And indeed, in depth.

23 And so, I think it's important that we not
24 treat this inequality thing as something without
25 consequences.

1 There's a study on terms of child welfare that
2 I'm not going to cover in any detail here, but I
3 provide the citation. It's from the United States.
4 And it really showed that if you provided a hundred
5 dollars (\$100) per year, per family, in the United
6 States, that you could decrease the substantiated
7 child welfare rate by about ten per cent (10 %).
8 That's a large sample of families. So it's a
9 pretty good... solid finding. It probably needs
10 more research. But it shows that when you target
11 those structural factors, instead of always
12 focusing on sending people to parental skills, and
13 I don't mean to diminish the importance of parental
14 skills, but if you have a house without water, it'd
15 probably be more helpful as a parent to get the
16 water running than it would be to go to parental
17 skills, at least in that order.

18 So, we... there's emerging evidence that,
19 getting at those structural issues is really
20 important. And I would even go further than say
21 "emergency" and saying a "convergence of evidence".

22 Certainly, we will make available to this
23 Commission our report that we have in the Pan-
24 American Health Commission that provides special
25 emphasis on Indigenous peoples in the Americas.

1 That will be released next Monday, so I'll be able
2 to provide you a copy of it then.

3 So, what about the arguments that governments
4 are doing the best they can for kids?

5 There's something called "The Kids Rights
6 Index". It's an international ranking of how
7 countries are doing for children, proportionate to
8 their wealth. This is released every year. It's
9 based out of the Netherlands, run by the Kids
10 Rights Foundation and that should... might be known
11 to you, it's the organization that gives out the
12 International Children's Peace Prize, which is done
13 in partnership with the Nobel laureates. Malala
14 won that report, that award, several years ago.

15 This year's ranking put Canada fifty-second
16 (52nd) in the world over all. But when you look at
17 the sub-index, which is really called the "Child
18 Rights Environment", that homes in on government
19 activity being legislation and government budgets,
20 Canada ranked one hundred and thirtieth (138th) in
21 the world.

22 There are a hundred and thirty-seven (137)
23 more countries that are putting more effort in
24 terms of respecting children rights into their
25 legislation and their budgets, than the Canadian

1 government is. That's clearly room for
2 improvement, particularly given that we are one of
3 the richest countries in the world.

4 So arguments that we can't afford to address
5 these inequalities, just aren't substantiated by
6 the evidence.

7 And I have been asked, challenged by
8 governments who have said to me, "well, we can't
9 meet all of our obligations, we can't do everything
10 for everyone." And clearly that's the case, I
11 understand that.

12 But if Canada or Quebec are so broke that the
13 only way they can keep their head above water is by
14 racially discriminating against First Nations
15 children, then what are the kids losing to. What's
16 more important to them. What's more important than
17 them.

18 No other child has to be racially
19 discriminated against in order to buoy up the
20 provincial or national economy. It's nothing that
21 we should accept. It's absolutely intolerable.

22 And nor should we be thankful or be expected
23 to be grateful, in the cases First Nations, for
24 something that is another drop in the bucket, from
25 a provincial or federal budget allotment, that

1 improves the closing of the gap, but does not end
2 the gap.

3 Substantive equity requires a full end of
4 discrimination, not partial discrimination,
5 particularly one that lingers on in this country
6 for now one hundred and fifty-two (152) years.
7 Clearly, there's not an endpoint to when this is
8 going to stop.

9 And the... that's why the Truth and
10 Reconciliation Commission, I think, really echoed
11 this in its report: Child welfare's the number 1
12 Call to Action. Jordan's Principle's number 3, and
13 education equity is 6 to 12.

14 When you listen to the Commissioners and
15 indeed to the survivors who courageously provided
16 their stories to the Commission, one thing is
17 clear: reconciliation to them, means that this
18 generation of children and the ones that follow,
19 aren't treated in the same discriminatory fashion
20 that the children in residential schools and ones
21 after have been.

22 This brings me to the case. I will just say
23 that, when we did the Wendat reports, we received
24 another letter from the federal government
25 commending our work, and then doing nothing. That

1 left us in a situation of "what do we do"? Do we
2 do another report? Do we try to convince them? Do
3 we wait for a change in government?

4 Well, looking at the historical pattern, it
5 was clear that that was not going to be enough.

6 So, on authority of all the Chiefs at
7 assembly, in February of two thousand and seven
8 (2007), the Assembly of First Nations and the
9 Caring Society filed a human rights complaint
10 against Canada, alleging that their improper
11 implementation of Jordan's Principle, and their
12 failure to provide equitable and culturally-based
13 child welfare was racially discriminatory.

14 Honestly, at the time, I thought this will be
15 enough to get them to kind of see the light, and
16 they'll do the right thing. But that was clearly a
17 naïve point of view, and this case lingered on for
18 another... nine (9) years, until we got to the
19 judgment, that substantiated the matter, and it is
20 still under the jurisdiction of the tribunal.

21 During all of that time, of those delays,
22 Canada was repeatedly putting its jurisdictional
23 and procedural interests ahead of the best
24 interests of children. It brought no fewer than
25 eight (8) motions to get it dismissed on

1 jurisdictional grounds. Jurisdictional grounds
2 that would, of course, left the federal government
3 immune to their accountabilities arising from its
4 discriminatory treatment of First Nations kids.

5 At no stage did Canada ever advance the
6 argument that, what it was doing was in the best
7 interests of children. It's simply said it was
8 unfair for the government of Canada to be held
9 accountable for such treatment.

10 So the Tribunal renders its decision, and I
11 think there's a couple of things here that I think
12 are worth saying. One is: the Tribunal saw a lot
13 of similarities in the way that Canada was
14 responding to children during residential schools,
15 during the Sixties (60s) Scoop, and during the
16 evidence that was put before it on this generation
17 of kids.

18 It says the fate and future of many First
19 Nations children is still being determined by the
20 government, whether it's through the application of
21 restrictive and inadequate formulas, or through
22 bilateral agreements with the provinces.

23 And overall, when the Tribunal appraised
24 Canada's evidence, it found... and see, that would
25 the Aboriginal Affairs and Northern Development

1 Canada's position unreasonable, unconvincing and
2 not supported by the preponderance of evidence.

3 This landmark ruling was released on January
4 twenty-sixth (26th), two thousand sixteen (2016).
5 Ministers Bennett and Raybould-Wilson both went on
6 to a news conference and welcomed the decision.
7 But they didn't implement it.

8 There have been four (4) non-compliance orders
9 issued by the Tribunal since that original
10 decision. The one that is particularly relevant
11 for Jordan's Principle is two thousand seventeen
12 (2017), CHRT 14. And just to give a brief overview
13 of why that is important is that Canada took no
14 action on Jordan's Principle until July of two
15 thousand sixteen (2016), when it announced, without
16 consultation with anyone, the Jordan's Principle
17 Child First Initiative; which is going to come into
18 evidence, I think, with your... the colleagues that
19 will be testifying subsequent to me.

20 Now, this was developed on a basis of another
21 discriminatory definition of Jordan's Principle.
22 So what they said is: during... when... during the
23 course of the Tribunal, Canada held that Jordan's
24 Principle only applies to children with multiple
25 disabilities and multiple service providers. The

1 officials position of the government of Canada is
2 there was no Jordan's Principle cases, even though
3 in evidence we saw records of cases, the most
4 egregious cases where little children, pre-
5 schoolers, were being denied medical equipment so
6 they wouldn't suffocate at home; literally
7 suffocate... not suffocate at home. And Canada
8 would say "no" to those requests. Leaving either
9 families or professionals to try and scramble
10 around and find another way of being able to
11 provide that. But even with the face of that in
12 their own records, Canada's position was: there is
13 no Jordan's Principle cases.

14 When the Tribunal ruling came down, they said:
15 "okay, well, maybe there are Jordan's Principle
16 cases." But then they constructed an equally
17 narrow definition. Jordan's Principle now applies
18 to children with disabilities and children with
19 critical short-term illnesses. That was the
20 official definition when the C... the Child First
21 Initiative was developed. That very narrow
22 conception of Jordan's Principle.

23 And so, they announced three hundred and
24 eighty-two million (382 M) to go with that, but
25 that's based on that narrow conception. We

1 challenged that. We said: "no, Jordan's Principle
2 is about all public services, it has to take into
3 account the needs of children and be offered in the
4 best interests of children."

5 The Tribunal agrees with that, in two thousand
6 seventeen (2017) CHRT 14. So you're going to see a
7 real uptech(ph) in the cases as of that date. And
8 one of the things that Canada said, just shortly
9 after it was ordered to do it, and it wasn't making
10 much progress in terms of getting the word out to
11 communities about the proper approach, is it's
12 actually... was on the record saying that "we're
13 having problems finding families that actually meet
14 Jordan's Principle criteria." Which I found
15 astounding, 'cause whenever I went out to a
16 community and I asked if there is a child here,
17 that needed a public service that was unmet,
18 there... hands would go up everywhere. I said,
19 "have you been out to these communities? Have you
20 talked to the people in the communities? Supported
21 the communities and be able to identify these
22 families?" Once they started to do that, the
23 number of cases just accelerated all over the
24 country.

25 And I should say that, Quebec's position has

1 been that, Jordan's Principle was unnecessary in
2 the province of Quebec. In fact, during the entire
3 CHRT process, we saw very... I can't recall one
4 statement by the government of Quebec, again that
5 countered Canada's position on Jordan's Principle.
6 And in fact, we'll take you later to some Canadian
7 pediatric reports that deal with that.

8 The spin, from Canada, and I use the word
9 "spin" because I think it's part of that old
10 mindset, continued after the Tribunal. They did
11 issue, in March, a budget for child welfare. We
12 calculated the immediate relief, just to take the
13 sting off the discrimination, not to deal with the
14 depth of it, to be at least two hundred million
15 (200 M), and that's based off their own documents.

16 In two thousand and twelve (2012), the
17 government itself did a PowerPoint - this is while
18 they're litigating against us - and said the short
19 fall was at least one hundred and eight million
20 (108 M).

21 What they announced, in budget two thousand
22 sixteen (2016), was seventy-one million (71 M).
23 But they took over ten million (10 M) of that for
24 themselves. So the only money that got out to kids
25 was sixty million (60 M).

1 So you can see that this is not sufficient to
2 be able to address the depths of the
3 discrimination.

4 And that resulted in the most recent order, in
5 February first (1st), two thousand and eighteen
6 (2018), where the federal government has been
7 ordered to pay prevention services at costs, pay
8 for building repairs at actual costs and the other
9 number... issues enumerated there. And the
10 Tribunal is holding jurisdiction until March of two
11 thousand nineteen (2019).

12 Canada announced a one point four billion
13 (1.4 B) in child welfare, and although that sounds
14 closer to the number that we were looking for,
15 they've not released any of this money. So none of
16 this money has been provided to children. So
17 announcing it doesn't relieve the children
18 discrimination at the level to kids.

19 Another problem that I just want to draw your
20 attention to is this tendency, in the federal
21 government, to shift deck chairs on the Titanic.

22 When they had a statutory base for a program
23 like child welfare, which is mandatory, or
24 education, which is mandatory, and they had
25 underbudgeted so significantly in that program that

1 there were short balls, that even they couldn't
2 ignore, what they would do is they would transfer
3 money from the infrastructure budget, which is
4 allocated for housing, which is allocated for
5 building schools, water systems, all things that
6 really children need, they would take money from
7 that and then they would try to plug the hole in
8 the underfunding of these other programs.

9 The average amount was ninety-eight million
10 (98 M) a year, which is a substantial amount. Now
11 we presented this to the Tribunal - this is
12 actually Canada's own PowerPoint about the
13 reallocations - and we said: "this is not helpful,
14 because one of the key drivers, to these children
15 going into care, is the inadequate housing, is the
16 fact they don't have clean water. This isn't
17 advancing it."

18 And Canada was saying to the Tribunal, even
19 after the two thousand sixteen (2016) decision,
20 that the reallocation thing should... is not within
21 the purview of the Tribunal. That really, Canada
22 was up to its own devices to make these decisions
23 about how to allocate its budgets. But the
24 Tribunal disagreed, in that February first (1st)
25 decision. It said:

1 “Within the Tribunal’s mandate is also
2 the ability to prevent the recurrence of
3 discrimination.”

4 And so they have ordered Canada to not
5 unnecessarily reallocate funds from infrastructure
6 in the other budgets that children need, in order
7 to try and plug out the short balls that they
8 consciously know are in place on Jordan’s Principle
9 or the child welfare budget.

10 So, here’s some of the key elements of
11 Jordan’s Principle, that Canada’s definitions were
12 way too narrow. The Tribunal says it's based on
13 the needs of the child, taking full account of
14 their historical context or cultural context and
15 substantive equality.

16 The Tribunal also linked Canada’s non-
17 compliance with the deaths of two (2) children, two
18 (2) children who were in need of mental health care
19 and who were denied that mental health care. And
20 the Tribunal, in its two thousand seventeen (2017)
21 decision, suggests that really, Canada could have
22 undertaken efforts to prevent those girls’ deaths,
23 and failed to do so. Again, to say that non-
24 compliance of Jordan’s Principle really is a life
25 or death matter, that’s not an overstatement.

1 It applies to all First Nations children on
2 and off reserve, and the off-reserve portion is
3 particularly important here for Quebec, although I
4 would say the on reserve portion is too, because I
5 feel that province of Quebec owes a duty to all of
6 these children, to ensure they're getting equitable
7 treatment. And if the feds aren't picking up their
8 share, then Quebec should step in there, and then
9 do what we did: take the federal government to
10 account.

11 But, the short... the fall-back position
12 cannot be to allow the on-going discrimination of
13 children. That cannot be the fall-back position
14 that's accepted by any moral person or institution
15 in this country. We've got to be better than that,
16 because we know better than that.

17 There're time frames for response. So, in
18 urgent cases, Canada has to respond in twelve (12)
19 hours, in forty-eight (48) hours in regular
20 individual cases, little longer for group cases.
21 And the procedural case conferencing or shifting of
22 bureaucratic papers, cannot interfere with the
23 provision of services. So this was a very strong
24 order by the Tribunal.

25 The Tribunal still has jurisdiction as I say.

1 We are actually going to cross-examine Canada's
2 witness on Jordan's Principle on October thirtieth
3 (30th) and thirty-first (31st) of this year;
4 that'll be open to the public. They have made some
5 progress, I want to recognize that, they're now
6 using the proper definition. They at least have a
7 framework for substantive equity, but we do not
8 feel at this point that they're in full compliance.
9 The threshold for applying substantive equity seems
10 extraordinarily high to us, and we continue to get
11 calls from families, who are not having their
12 claims dealt within in the time and way, including
13 in urgent situations.

14 So, the Tribunal has... is still on the case
15 with Jordan's Principle, it's looking at medium and
16 long-term reform. There's also the issue of
17 compensation for the victims of the discrimination.
18 The Tribunal has with... under the Canadian Human
19 Rights Act, the ability to provide twenty thousand
20 dollars (\$20,000) per child, plus an additional
21 twenty thousand (20,000) if they find Canada acted
22 with wilful and reckless manner; which I argued
23 they did, because they knew about the
24 discrimination and failed to do... or deal with it
25 repeatedly.

1 And there's also a matter of obstruction,
2 where Canada was found, during the Tribunal
3 process, to have withheld over ninety thousand
4 (90,000) documents it should have disclosed. So
5 those were all the matters before the Tribunal.

6 Very quick note to say that, even if we remedy
7 the direct public funding issue, another area where
8 public funds are vacuous in First Nations, is in
9 the voluntary sector. Off reserve, voluntary
10 sector funds, organizations provide a lot of social
11 and economic relief to families. About sixty per
12 cent (60 %) of the funding from the voluntary
13 sector comes from provincial and federal
14 governments.

15 But if you go to First Nations communities, as
16 I know you have, you're going to find very few of
17 these organizations on reserve. Nor is the money
18 that the First Nations are not getting from
19 voluntary sector services, added into that whole
20 combination of funding envelope, so that they can
21 develop their own voluntary sector services.

22 We have a plan to end this old mindset, as the
23 Tribunal referenced fourteen (14) times in the non-
24 compliance hearing. They said: "look, this old
25 mindset is getting in the way of Canada doing the

1 right thing", the thing that it says it wants to
2 do, which is to come into full compliance with the
3 orders.

4 One of the extraordinary things is that,
5 despite Canada's role in residential schools, the
6 Sixties (60s) Scoop, the Tribunal, and a whole of
7 array of other colonial hardships that have
8 affected First Nations children and their families,
9 the department has never had an independent
10 evaluation, a three hundred and sixty degree (360°)
11 evaluation, to identify the colonial thinking that
12 allows the perpetration of ongoing rights
13 violations against First Nations, Métis or Inuit
14 peoples.

15 We argue, as part of the Spirit Bear Plan,
16 that's essential. Governments have to reform
17 themselves, before... so that in ways that they are
18 therefore attuned to actually acting on what they
19 already know. That they no longer rationalize or
20 excuse discriminatory behaviour or repeated rights
21 violations.

22 The other element of the Spirit Bear Plan is
23 to ask for a full costing out of all these
24 inequalities. What does it look like if we took
25 the shortfalls in child or maternal health, and

1 youth mental health, and child welfare, and
2 juvenile justice, the whole package of programs, if
3 we added that all those shortfalls up, of how much
4 are we talking? It's never been done in Canada.
5 Instead, the Canadian government costs out one
6 program at a time and often deals with it one drop
7 at a time.

8 And we want something like the Marshall Plan
9 after the Second World War. Cost out the full
10 deal, and then develop a plan with First Nations to
11 rectify all of these inequalities, in a timeframe
12 that is sensitive to children's development and
13 based on their best interests. That would finally
14 have a chance to be able to eliminate the
15 inequalities. And we would argue that, such a plan
16 should also be entertained by the province of
17 Quebec.

18 This is where I'm going to just sum up. I
19 want to talk to you on the issue of the Hand to
20 Hold policy. I was working... really honoured to
21 work with Dr Shahin Hussein - who I know you've had
22 before at your Commission - on the Hand to Hold
23 policy. And we are relieved to find out that the
24 provincial government was saying: "okay, we're no
25 longer going to medevac these children without

1 someone to be there for them."

2 But the implementation has not been as robust
3 as we would like, and only about half of the
4 children are arriving accompanied. We're not sure
5 why. We've heard that, Quebec has an informal
6 policy that the person accompanying the child also
7 has to be accompanied; which doesn't make any sense
8 to me, because I don't know of any other
9 jurisdiction in Canada where that's required. Why
10 would...

11 If they weren't going to allow a child to be
12 accompanied, if they thought it was okay for a
13 child to be unaccompanied, then why would they
14 think it's somehow mandatory that an adult,
15 accompanying that child, be accompanied. It just
16 doesn't make any sense to me. But no matter what
17 the reasons, I think that there's a real need to
18 drill down on this, to ensure that every child
19 comes with someone who loves... someone cares about
20 them and knows their medical conditions.

21 It should also be noted that, as far as I'm
22 aware, there's not been any problem, at the
23 hospital, with the parents who have accompanied
24 their children. There hasn't been any of these
25 worrying situations, it's been a real asset to

1 medical practitioners in meeting kids, when they
2 have someone there that knows the child.

3 So, I just want to reiterate the Dr. Shahin
4 Hussein's recommendations that Quebec be publicly
5 required to publish statistics on the number of
6 children who arrive accompanied and unaccompanied,
7 and that they establish a pediatric transport
8 expert committee, to guide the implementation of
9 all the accompanying policy, without compromising
10 the clinical care.

11 I just think it's absolutely outrageous that
12 this continues to happen. I can't see any rational
13 why this could happen.

14 In the next few pages, I have really summed up
15 what I've already said, and I think in the interest
16 of time, I'm just going to leave those for you to
17 read. I do want to say that, one of the
18 recommendations is very important is that... Quebec
19 itself adopts Jordan's Principle. It's not enough
20 for Quebec to hope the federal government does and
21 the problem goes away. Jordan's Principle always
22 anticipated that all provinces, territories and the
23 federal government would adopt it fully, and
24 implement it fully.

25 The reason for this is that, if a parent goes

1 into a provincial service, it really should be the
2 province of Quebec who provides that service with
3 dispatch to the child. And then they take up the
4 jurisdictional dispute later.

5 Waiting for that family or indeed, putting a
6 burden on that family to file a Jordan's Principle
7 complaint, when the province of Quebec was in a
8 position to provide that same service, makes no
9 sense to me. And indeed, that is exactly the
10 position the government of Manitoba had in Jordan's
11 situation, and we know how tragically that ended.

12 So I'd really call on the government of
13 Quebec, especially given its long history of being
14 progressive in social policies, to really show some
15 leadership in this particular area.

16 And with that, I will conclude and I thank you
17 for the opportunity, and I'm happy to answer any
18 questions.

19 **LE COMMISSAIRE:**

20 Do you have questions? Me Richard?

21 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

22 Yes, I will have a few questions.

23 **LE COMMISSAIRE:**

24 O.K.

25 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

1 We're going to go over some documents.

2 Well, first of all, thank you very much. On
3 the Quebec's adoption of the Jordan's Principle, in
4 which way would it be preferable for the government
5 of Quebec to adopt it? In a law? In a motion? In
6 agreement?

7 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

8 A law.

9 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

10 In a law.

11 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

12 In law. And to do so, with proper consultations
13 with the First Nations of Quebec. We have seen...
14 Jordan's Principle was actually supported by
15 anonymous motion in the House of Commons in two
16 thousand and seven (2007).

17 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

18 Um-hum.

19 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

20 And yet, they never implemented it. It seems to me
21 that motions should be enough, but they haven't
22 been enough. And so I think a statutory obligation
23 is really required here.

24 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

25 Um-hum. Um-hum. Talking on the House of Commons

1 motion, we have copies of the motions here in the
2 binder. We have the two thousand seven (2007), and
3 also the two thousand and sixteen (2016)...

4 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

5 Yes.

6 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

7 ... motion, and there's always an unanimously
8 adopting it, the Jordan's Principle. So, okay.

9 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

10 And in both cases, those motions have not been
11 implemented.

12 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

13 Exactly. You talked earlier about the number of
14 nights spent outside their families by the...

15 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

16 Yeah.

17 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

18 ... Indigenous kids. If you go to the tab 22 of
19 the binder, you can refer to that document with the
20 numbers of Quebec.

21 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

22 Yes.

23 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

24 If you wish.

25 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

1 This document, as I said, was an exhibit at the
2 Canadian Human Rights Tribunal, and once it was
3 filed it became a public document. And if you see,
4 the Quebec statistics are the second grow in. And,
5 if you look at the first pieces, "Total care days",
6 that means nights in care, if you like, the number
7 of days that the kids spend away from their home.

8 The second is the number of children in care,
9 as of the end of the fiscal year date. And you'll
10 notice that, for the first number of years, they
11 didn't count that in Quebec. Then they have a
12 third column which is the average number of
13 children in care, in Quebec. Those numbers go
14 right down and when you get down to the green, at
15 the bottom, is the total care days, which is kind
16 of the aggregate.

17 So, out of scope for two thousand and ten
18 (2010) to two thousand eleven (2011) in Quebec, the
19 number of care days, then, was two hundred and
20 eighty-nine thousand six hundred and seventeen
21 (289,617). So that's a number that First Nations
22 kids, on reserve only, spent away from their
23 families in foster care in just that one year
24 alone.

25 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

1 Um-hum.

2 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

3 And it also brings into sharp perspective the cost
4 of not implementing the recommendations from this
5 Commission or from other sources, or indeed, the
6 Tribunal, is that... it really is these children
7 who are enduring the hardship...

8 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

9 Um-hum.

10 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

11 ... of our inaction.

12 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

13 Um-hum. We have here two (2) letters from the
14 minister of Health and social services. One letter
15 dated two thousand and seven (2007) and the...

16 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

17 Yeah.

18 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

19 ... other dated two thousand nine (2009). So at
20 tab 25 and 28, if you want to refer.

21 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

22 Yeah. To give these letters context, if you look
23 at the one from July, the response from the
24 government in July, this is shortly after the
25 motion and shortly after the public human rights

1 complaints, we sent the letters to all the
2 provincial governments, imploring them to adopt
3 Jordan's Principle. And this is the response that
4 we received from the province of Quebec. And, as
5 you can see, they felt that there really wasn't a
6 need to adopt Jordan's Principle for Quebec. We
7 disagreed with that, of course. But that was the
8 official position of the government at that time.

9 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

10 Um-hum.

11 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

12 And then that echoes over, again to another plea
13 that we did in two thousand and nine (2009). In
14 June of two thousand and nine (2009), we were
15 very... I remember feeling very nervous that we
16 already had two (2) years passed in this case
17 without some help for these kids. And it was
18 becoming more evident then, that the government was
19 very resistant to change, so maybe the provinces
20 would. So we had one of our colleagues write to
21 the provinces again, and, that's where we got the
22 second response that really reiterates the position
23 of the province of Quebec that it stated in that
24 first letter.

25 **LE COMMISSAIRE:**

1 Ah? Alors, we'll take a break. There's a
2 technical problem.

3 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

4 Okay.

5 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

6 Okay. We'll take a small break and we'll
7 continue...

8 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

9 All right.

10 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

11 ... after. Thank you.

12 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

13 That sounds good.

14 SUSPENSION

15 -----

16 REPRISE

17 **LA GREFFIÈRE-AUDIENCIÈRE:**

18 La Commission reprend.

19 **LE COMMISSAIRE:**

20 So, welcome back. Technical problems are solved,
21 and we took this time for a small break. Now, we
22 can proceed with other questions?

23 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

24 Yes. So at this point, we could review two (2)
25 letters from the minister of Health and Social

1 services, one from two thousand and seven (2007),
2 and the other one from two thousand and nine
3 (2009). So it's at tab 25 and 26 in our binder.

4 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

5 Yes.

6 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

7 So, in which context were those letters sent to the
8 minister?

9 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

10 The first one, under tab 25, was sent as a result
11 of the Caring Society wanting to really build on
12 the motion that was passed in the House of Commons
13 in... on December... leading up to December twelve
14 (12), in two thousand and seven (2007). And also,
15 this was after we had filed the tribunal case.

16 And we thought... we really wanted to secure
17 the adoption of Jordan's Principle in all the
18 provinces and territories, so we wrote to each of
19 them. And we received responses from each of them,
20 and this is the response from the province of
21 Quebec. And as you can see, they felt there wasn't
22 a need for Jordan's Principle. So we were quite
23 disappointed in that, in that we had heard, from
24 First Nations in Quebec, that indeed there is a
25 need for Jordan's Principle. I think you'll get to

1 it later, but there's actually a resolution from
2 the Chiefs of Quebec. And the Chiefs of Quebec
3 unanimously support the filing of the human rights
4 complaint, as part of the delegation at the
5 Assembly of First Nations...

6 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

7 Um-hum.

8 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

9 ... that includes Jordan's Principle. So... but
10 that's the context of the first letter.

11 The second letter is that we were... in two
12 thousand nine (2009), becoming concerned about how
13 long this hearing was actually taking, to try and
14 get to it on the merits. This is when Canada
15 really started its procedural motions.

16 So we thought: "well, we'll focus on the
17 provinces and try to get good will provinces to
18 sign on to Jordan's Principle, and, then at least,
19 the children have some protection." And that led
20 us to sending out a second set of letters to all
21 the provinces, and this is the response from
22 Quebec, which really just reiterates its position
23 from two thousand and...

24 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

25 Um-hum.

1 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

2 ... seven (2007).

3 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

4 I could maybe read the position in French? So
5 everybody could understand.

6 Donc, dans la lettre de... du seize (16) juin
7 deux mille seize (2016), à l'onglet 26. Donc, le
8 gouvernement du Québec et le ministère de la Santé
9 Services sociaux dit, et je cite:

10 « Donc d'entrée de jeu, permettez-moi de
11 souligner que bien que le gouvernement du
12 Québec n'adopte pas le Principe de Jordan
13 en soi, sachez qu'il [en] applique les
14 fondements. Par conséquent, et ce, en
15 toutes circonstances, toute personne, y
16 compris un membre d'une communauté d'une
17 Première Nation se présentant dans un
18 établissement québécois, recevra les
19 soins ou les services dont il a besoin,
20 et ce, préalablement à toute question
21 relative au financement de ceux-ci. »

22 So, we can see here that, government of Quebec
23 really says that they don't adopt the Jordan's
24 Principle...

25 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

1 Um-hum.

2 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

3 ... (inaudible). You talked about the Assembly of
4 First Nations motion. We could right now refer to
5 it, it's at tab 15. So, it's a resolution in two
6 thousand and fifteen (2015).

7 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

8 Yes, I was making reference to the Assembly of
9 First Nations fund. This is the one from the
10 AFNQL, I think.

11 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

12 Yes.

13 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

14 This one.

15 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

16 Exactly. And maybe we could refer to the last
17 paragraph of that resolution? So they're talking,
18 and I'll read it in French, I'll read a quote:

19 « L'Assemblée des Chefs communique aux
20 gouvernements fédéral et provinciaux la
21 nécessité de reconnaître le Principe de
22 Jordan et d'adopter une déclaration
23 commune stipulant qu'il s'engage à
24 résoudre tout conflit de compétences ou
25 litige financier susceptible de

1 compromettre la santé d'un citoyen des
2 Premières Nations, sans discrimination
3 fondée sur l'emplacement géographique, la
4 langue, la gravité des besoins
5 concurrents ou d'autres facteurs. »

6 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

7 Um-hum.

8 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

9 Would you have any opinion on this matter?

10 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

11 Well, I think one of the things that is a live
12 debate, and an important question, is why the
13 Jordan's Principle end at eighteen (18). Why does
14 not a person who's nineteen (19) or twenty-five
15 (25) or forty-five (45) or sixty-five (65). Why is
16 there no resolution about the same issues that gave
17 rise to the discrimination against children under
18 Jordan's Principle remain unresolved for others.

19 And so, I think what they're encouraging us
20 to do here is to think about the principle and
21 applying it across all the age groups, and I would
22 support that.

23 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

24 Um-hum. Um-hum. And would it be the same thing
25 for the Inuit, if there's a discrimination for the

1 First Nations?

2 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

3 Yes. In fact, we have been contacted by Inuit
4 families since the decision came down, who are
5 wanting desperately services for their children and
6 don't know where else to call, so they call us.
7 And we, then, have been working with the Inuit
8 Tapiriit Kanatami, to try and ensure that children,
9 and keeping in mind that it's called "The First
10 Nations and Inuit Health Branch", in the government
11 of Canada, that Inuk child, an Inuk child, is not
12 subject to the same discriminatory policies that
13 Canada was feathering up for First Nations kids.
14 It can't be okay to provide those same things to
15 Inuit children. There needs to be movement by the
16 federal government to relieve the discriminatory
17 policies and their impacts on Inuit children as
18 well. And, of course, Inuit Tapiriit Kanatami has
19 publicly called for the implementation of Jordan's
20 Principle and in individual cases, we've had some
21 luckless success in ensuring those children get
22 help.

23 The federal government's original position was,
24 "no, it just applies the First Nations", but now
25 there's been some recent movement where they're at

1 least willing to work with ITK, to develop
2 something for Inuit children. But I don't know
3 what that's going to look like.

4 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

5 Um-hum. We have here, in the binder at tab 29, a
6 newspaper article called "Ottawa says it will
7 create an Inuit equivalent to Jordan's Principle."
8 Do you know anything more about it?

9 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

10 No, I don't. I mean, I would like to know what
11 really what are the non-negotiables in it. I'm
12 hoping non-negotiable would be...

13 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

14 Um-hum.

15 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

16 ... is that Inuit children are entitled to the
17 public services they need when they need them, in
18 ways to take full account of their cultures, the
19 context and of their communities self-determining
20 needs. So I'm hoping that's what comes at the end
21 of this. In the interim, we continue to receive
22 calls from Inuit families; we had one less than a
23 week and a half ago, where a child was approved for
24 a service, then denied for that same service when
25 they moved across territorial bounds. But we were

1 eventually able to get that child the services.

2 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

3 Um-hum. And when we're talking about "all
4 services", which services do you refer to? Because
5 normally, government of Canada refers to health,
6 social services and education.

7 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

8 Right.

9 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

10 Do you see any other services that could be
11 included in the Jordan's Principle?

12 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

13 Yes, my view it's all public services. Why would
14 it make any sense, to say, "okay, we're going to
15 apply the principle of substantive equity in
16 education, health and social, but fail to do so in
17 juvenile justice, in child and maternal health, in
18 a whole... in recreation, culture, language... ",
19 it doesn't...

20 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

21 Police.

22 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

23 ... make any sense. Policing. This isn't over
24 arch and feature. And in fact, my own view was,
25 the Jordan's Principle is nothing more than a

1 reflection of what the Charter of rights and
2 freedoms already provide: equal treatment under the
3 law.

4 It was necessary because Canada was not
5 implementing that measure, and the provinces were
6 not implementing, what they are obliged to
7 implement under the Charter already. That really
8 is what Jordan's Principle's about.

9 So, in my view, it should apply in every
10 publicly provided service.

11 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

12 Um-hum. Um-hum. When we're referring to
13 "substantive equality" or...

14 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

15 Um-hum.

16 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

17 ... "substantive equity", how does the government
18 of Canada implement that equity? Because we're
19 talking about more than a conflict of
20 jurisdiction,...

21 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

22 Yes.

23 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

24 ... we're talking about equity.

25 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

1 Yes.

2 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

3 How can they implement that?

4 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

5 Well the Tribunal makes clear in its orders, it's
6 supposed to be based on the needs of the child and
7 the best interests of the child. Now, Canada did
8 invite us, to be part of a group to develop nine
9 (9) criteria on substantive equality - I think
10 they're in your binder.

11 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

12 Um-hum.

13 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

14 Where we still have concerns is the threshold of
15 that implementation and how they're implementing
16 it. It appears to us the burden is on the family
17 to prove substantive equality, where we feel the
18 burden should be on Canada to prove the substantive
19 equality does not apply. And I think the threshold
20 should be high for Canada to say it does not apply,
21 given the significant research already on the
22 record about how in... if we just limit it to
23 Canada's conduct in residential schools, Sixties
24 (60s) Scoop, etc., has introduced hardships to
25 First Nations children that are not experienced by

1 other children.

2 What we're seeing though, is... it's very
3 unclear to us about how they're applying it. They
4 seem to be applying it with a very high threshold
5 for the child to be able to prove substantive
6 equality and rejecting claims on that point.
7 That's something we want to still discuss with them
8 and something we want to explore in cross-
9 examination.

10 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

11 Um-hum.

12 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

13 The other pieces that Canada does not currently
14 have in explicit tests for best interests of the
15 child, which although is linked to the question of
16 substantive equality, is actually a separate
17 overlay question, that is equally as important and
18 should be considered. And that's another area
19 where we feel that Canada needs to pay more
20 attention to.

21 And the other thing, I think, for us, is the
22 time frames for their response, and particularly
23 for how it classifies an urgent case. So,
24 there's... it appeared to us to be a very
25 underreporting of urgent cases. Just recently, I

1 can say within the last two weeks, we have, at the
2 Caring Society, received a number of what were
3 really urgent cases that Canada did not... even
4 classified as urgent, let alone process within the
5 time frames. Sometimes it took months for them to
6 process, and then they chose to deny the service,
7 even though it was clearly a life or death
8 situation, clearly a situation with irrevocable
9 harm, and that there was evidence provided by
10 professionals about what was required to remediate
11 that harm. So there's more work to do on those
12 cases as well.

13 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

14 Um-hum. You just referred to the nine (9) criteria
15 from the government of Canada on substantive
16 equity. It's on tab 3.6 of the binder. The
17 government of Canada... of Quebec, minister of
18 Health and Social services, gave us that document
19 in response to one of our questions that we had for
20 them, and there's like nine (9) interesting
21 questions.

22 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

23 Yes.

24 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

25 But how can a local Jordan's Principle officer can

1 understand these questions and implement them for
2 the children in his or her community?

3 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

4 Well, I really feel that again, the burden should
5 be on Canada. It has a lot of data about the
6 community conditions as a universal standard. It
7 knows what communities has water, which ones don't.
8 It knows which communities don't have sanitation
9 systems. There's some of the stuff that Canada
10 already knows, that should be applied by them into
11 this template.

12 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

13 Um-hum.

14 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

15 Wherever there needs to be some... additional
16 information, that Canada needs to provide the
17 support to the community in a sustainable fashion,
18 in an adequate fashion, so they can work with
19 families to be able to document these additional
20 criteria.

21 But as I say, I think the threshold for...
22 claiming there is no substantive equality should be
23 high and what we've noticed, in Canada's denial
24 letters is that, they will say there's no
25 substantive equality, but they will not enumerate

1 which of these nine (9) points has not been
2 satisfied adequately in terms of the threshold or
3 addressed at all. So that if you're a parent who
4 has received one of these denial letters, and you
5 chose to take it up on judicial review, you really
6 don't know, well, how they came to this particular
7 conclusion that substantive equality doesn't apply.

8 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

9 We could now go through the documents of the
10 Canadian Pediatric Society, at tabs 17, 18, 19, and
11 20. And we could maybe start by tab 17.

12 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

13 Yes.

14 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

15 That is the one from two thousand and sixteen
16 (2016). Would you have any comments on those
17 documents.

18 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

19 Yes. So, the Canadian Pediatric Society was
20 actually one of the earlier supporters in Jordan's
21 Principle, because their practitioners are really
22 out in the frontlines, where this whole tragedy was
23 playing out, at least in the health care field
24 where pediatricians who were clinically...
25 recommending a course treatment for a child, and

1 these jurisdictional disputes would get in the way
2 of that, right?

3 And so, they began publishing annual reports
4 on major public policy issues, and then ranking the
5 implementation as a progressive public policy
6 relating to children's health, in terms of every
7 province, and indeed the federal government. And
8 one of those issues that they took on very quickly
9 is in their report cards, is Jordan's Principle.
10 So they have been reporting on Jordan's Principle
11 in their annual reports, which are titled, "Are we
12 doing enough?" - we'll see that title in all the
13 subsequent reports too. And included in there is a
14 ranking of Quebec and a ranking of Canada's
15 implementation of Jordan's Principle.

16 In the two thousand sixteen (2016) report,
17 Quebec did not respond to the Canadian Pediatric
18 Society's request for information on the status of
19 implementation. So, it is, you know, it's
20 difficult for them to continue the ranking, but in
21 every other report, the ranking for Quebec was
22 poor.

23 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

24 Um-hum.

25 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

1 It's the lowest ranking possible under their
2 system.

3 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

4 Um-hum.

5 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

6 And for Canada, of course, you know, they... there
7 was inadequate results there as well.

8 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

9 So the poor ranking refers to what exactly, to the
10 lack of implementation? The lack of agreements?
11 To what exactly?

12 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

13 Well, we can see here on... maybe I'll turn to tab
14 18, where we got it. And look at page 29, and you
15 see it enumerated at the bottom of the chart.
16 Oops! Where you've got the "Excellent"... - I'm on
17 page 29.

18 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

19 Um-hum.

20 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

21 The "Excellent", "Good", and "Fair", and "Poor".
22 So the "poor" classification, which is what Quebec
23 received, relates: "the province or territory has
24 not adopted a Child-First Principle." And we saw
25 that reflected in... it's consistent with the

1 letters from the province of Quebec. So there was
2 no movement to adopt Jordan's Principle, let alone
3 implement it.

4 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

5 Um-hum. So, through all the years, two thousand
6 sixteen (2016)...

7 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

8 Yes. Two thousand sixteen (2016), they didn't have
9 a response...

10 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

11 No response.

12 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

13 ... to this one, so it would be two thousand and
14 twelve (2012). If we turn the tab to 19, we'll
15 have the two thousand and nine (2009) report. It
16 has the same result. Going back to two thousand
17 and seven (2007) - which is the year that Jordan's
18 Principle was passed in the House of Commons, but
19 not the year it was founded, it was named "Jordan's
20 Principle" on early two thousand five (2005) -
21 again a "poor" rating.

22 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

23 Okay. If you can refer to tab 28, it refers to a
24 PDF from the department of the Indigenous services
25 Canada two thousand eighteen (2018) that you gave

1 us.

2 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

3 Yes.

4 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

5 You could maybe go through that?

6 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

7 Sure. So, part of the Tribunal's order was to
8 order Canada to consult the parties of the
9 proceedings and on a variety of matters, and give
10 us information. And this is one of the documents
11 we received; the date of it is February thirteenth
12 (13th), two thousand eighteen (2018).

13 And if we look at this, this is the... number
14 of individual and group requests, by province, that
15 the government has received for Jordan's Principle,
16 the government, that being the federal government.

17 And if we go down the second line on table 1,
18 you're going to see there, that, they're reporting
19 that there are fifty-three (53) unique children.
20 These children may have multiple service requests,
21 so there may be more than three (3) services per
22 child, but there's fifty-three (53) individual
23 children, and then, when we look at... it's from
24 April first (1st) to June thirtieth (30th). And
25 then, when you look at Quebec again, from July

1 first (1st) to January thirty-first (31st), there's
2 two hundred and seventy-eight (278) for an
3 aggregate value of three forty-one (341).

4 What this really says to me is that, any claim
5 that there's no need for Jordan's Principle in
6 Quebec is completely unfounded, because clearly
7 there is a need for Jordan's Principle in Quebec,
8 because families are coming forward and making use
9 of that service.

10 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

11 Um-hum. We could continue with numbers with tab
12 30?

13 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

14 Right.

15 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

16 Which refers to the number of Jordan's Principle
17 calls.

18 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

19 Right. One of the things that we felt was really
20 important is Canada, for the first few years...
21 after the order, had... was only taking Jordan's
22 Principle calls during business hours. But
23 children's lives don't go into crisis just during
24 business hours. So we called on the government to
25 implement a twenty-four (24) hour call line, where

1 persons could report these cases, either French or
2 in English, twenty-four (24) hours around the
3 clock. And that's the call data that you're seeing
4 there.

5 And, again, it presents it from region, and
6 this is for... really for the year of two thousand
7 eighteen (2018), starting in February. And if we
8 scan across, there you'll see calls from Quebec
9 region, and the aggregate, between February to
10 August twelve (12), was one hundred and thirty-
11 three (133) calls. So, there is a need for people
12 in Quebec, both professionals and individuals, who
13 are receiving services, to be able to call
14 somewhere and say, "hey, I need help", outside the
15 business hours.

16 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

17 Um-hum.

18 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

19 Again, just reaffirming the fact that Jordan's
20 Principle is needed here in Quebec.

21 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

22 Um-hum. When we asked the government of Quebec for
23 the implementation of the Jordan's Principle in
24 Quebec, they referred us to a committee...

25 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

1 Um-hum.

2 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

3 ... and they call it the... - wait a second... So
4 they call it the... « le Comité régional des
5 coordonnateurs du Québec pour la mise en oeuvre du
6 Principe de Jordan. » So I'm referring to tab 2.1.
7 So, in this Comité régional, let's call it
8 "committee",...

9 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

10 Yes.

11 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

12 ... they're saying that their committee ends in
13 March thirty-first (31st), two thousand nineteen
14 (2019). I'll read it in French, because it's in
15 French, and I can translate after.

16 « Le Comité est en place jusqu'au trente
17 et un (31) mars deux mille dix-neuf
18 (2019), soit jusqu'à la fin de la mise en
19 oeuvre du Principe de Jordan. »

20 So they're saying that, the Committee ends in
21 two thousand nineteen (2019). What's your opinion
22 on that?

23 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

24 Well, I think that this is a call back to that
25 Child-First Initiative, where they have treasury

1 board authorities to two thousand nineteen (2019),
2 or... but this is absolutely incorrect.

3 Jordan's Principle is a legal order. It...
4 the Tribunal made clear that it overlays or
5 supersedes any administrative processes. The fact
6 that the government only got funding approval for
7 Jordan's Principle for three (3) years doesn't end
8 its legal obligation to implement Jordan's
9 Principle.

10 And what's problematic here is two things: one
11 is that they seem to be ending the Committee, based
12 on their bureaucratic needs, but second of all, and
13 I think more equally important, it has only signed
14 funding agreements for First Nations communities to
15 support families requesting Jordan's Principle
16 cases until that date.

17 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

18 Um-hum.

19 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

20 And we have heard across the country, where
21 communities are saying to us, "do we lay off our
22 staff, like, what are we going to do to support
23 these families, we've..."... Canada is not, at
24 this point, providing any meaningful assurances
25 that it's going to fund these community-based

1 positions that have been so successful in
2 identifying and supporting Jordan's Principle
3 cases, past April first (1st). That is a matter
4 that we want to survey at the Tribunal. Because we
5 feel that amounts to an administrative procedure
6 that is being used in a way... in a manner, at
7 least to the effect that is going to erode Canada's
8 compliance with the order. So, that's very
9 problematic.

10 The other is that there's an assumption here,
11 that full implementation will be completed by March
12 thirty-first (31st). The Tribunal is the only
13 party, really, with the jurisdiction to determine
14 when that compliance has happened. Canada has
15 repeatedly publicly, and before the Tribunal, made
16 claims that it was in full compliance with Jordan's
17 Principle, and was found to not be the case.

18 So that also is problematic, and I think that
19 we'd... much rather see is a longer view, about not
20 only how in Quebec this table can be key to
21 ensuring action, to implement Jordan's Principle,
22 but... in a sustainable way, but to take action, as
23 we talked about with the Spirit Bear Plan, to
24 ensure that discrimination doesn't recur.

25 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

1 Um-hum.

2 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

3 And that would include hopefully Quebec passing a
4 law...

5 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

6 Um-hum.

7 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

8 ... for Jordan's Principle.

9 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

10 Um-hum. Since you actively participated in the
11 Canadian Human Rights Tribunal legal proceedings,
12 how could you explain the attitude of the
13 government of Canada in those legal proceedings?

14 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

15 I wish I could explain the attitude of the
16 government of Canada. I don't understand it. I
17 don't understand why anyone, in government, in
18 their personal life, would know that they're
19 discriminating as they did in evidence before the
20 Tribunal; we have documents where they are clearly
21 saying that they are providing less money. They
22 know it. They are... they know it, and they know
23 that it's linked to the result... bad results for
24 kids.

25 They... in one document, I think it's as early

1 as two thousand and six (2006), they say they are
2 creating circumstances that are dire. And they're
3 underfunding to such a level that First Nations
4 children are being placed at risk, and
5 unnecessarily being removed from their families.
6 And in fact, they had that language even up in
7 their Web site, prior to us filing the complaint in
8 two thousand six (2006), two thousand seven (2007).
9 And yet, to argue on procedural grounds, in ways
10 that did not acknowledge the humanity of these
11 children and their families, is something that I
12 will never understand. Because to me, in a country
13 that values human rights... not only values but has
14 laws that says that you respect human rights, why
15 was the humanity of these kids so rarely reflected
16 in the government's documents and actions. Why
17 didn't Canada say, "hold on a minute, instead of
18 defending ourselves against this complaint, let's
19 say... let's reflect and say, 'what if they're
20 right?' We know they're right. So why don't we
21 fix the problem?"

22 And then, even after the decision, like, why
23 did we have to go to the Tribunal and get
24 subsequent decisions? Why does it take Tribunal
25 orders to move things along? And I don't mean to

1 claim, and I would never claim that there aren't
2 good people in the federal government. There are,
3 there have been in the past, there are now. The
4 problem is, is that those people move along, and
5 the system is one that dehumanizes. The system is
6 one that engrains the savage and the civilized
7 dichotomy that is at the root of colonialism, and
8 the system is the one that is normalized this
9 discrimination and mistreatment of children. And
10 that's why the system so desperately needs to
11 reform itself. And it desperately needs the help
12 of an independent eye, to identify the colonial way
13 of thinking it already... it still has. It's not
14 enough to leave the provincial or federal
15 governments to themselves to determine that they
16 are now in a new day and ready to receive
17 recommendations.

18 We have seen far too much evidence where
19 claims of that same nature have been made, but they
20 have not been realized in the lives of the kids.
21 That's been a far different reality, and so they
22 need to adopt that, and implement the Spirit Bear
23 Plan. They need to lay bare their own
24 responsibility.

25 And in fact, just after the Tribunal ruled, I

1 met a deputy minister from Indian Affairs, and I
2 said, "your department has been found to
3 racially... to be discriminating against a hundred
4 and sixty-five thousand (165,000) kids. How does
5 that change the way the department thinks, the way
6 the department acts and the way the department has
7 policies?" And the response I got was, "that's an
8 interesting question."

9 I asked that same question recently, and they
10 still don't have a real solid response. They need
11 to be able to understand that, in order to make
12 sure it doesn't happen again and to make sure that
13 they don't make excuses for continuing this
14 discriminatory treatment.

15 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

16 Um-hum. There have been legal proceedings against
17 the government of Canada in front of the Canadian
18 Human Rights Tribunal. Do you think there could be
19 some legal grounds to go against the government of
20 Canada, because of the discriminatory practices
21 against the Aboriginal children?

22 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

23 Do you mean against the government of Quebec?

24 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

25 Yes. Uh, of Quebec, yes. Sorry.

1 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

2 I do. Because when I... as part of our work at a
3 national level, we survey the different provincial
4 statutes regarding children, so statutes on
5 education, child welfare, the whole array of
6 services help.

7 All of those... although there's provincial
8 differences, they're united in this. The
9 paramountcy of the safety and well-being of
10 children is key to the legislation, particularly in
11 child protection. And there is no specific
12 provisions that allow for the adverse
13 differentiation or denial of services to First
14 Nations children because they're First Nations.

15 In the statute, a child is designed... uh,
16 defined as someone usually under the age of
17 eighteen (18). The only provisions that we
18 actually see are positive provisions, where
19 provinces have embraced their responsibility to
20 have a special duty towards Indigenous children, to
21 recognize their cultural rights and their
22 community, in terms of being involved in the
23 planning of cases. So those special protections
24 are engrained in this... the act. But there is
25 nothing that allows for adverse differentiation or

1 denial of services. So I feel that there probably
2 could be very successfully brought human rights
3 litigation against the province for any
4 differential... adverse differential treatment or
5 denial of service, either under the Human Rights
6 Act or indeed, under section 7 or in 15 of the
7 Charter itself.

8 And I think that also, it remains to be seen if
9 the Canadian government doesn't fully comply in all
10 these inequalities for First Nations kids, it may
11 take a case, a Charter case under section 7 and 15,
12 to bring that to an end too. I hope not. I never
13 want... I'm getting too old to litigate any more.
14 But number two, I just don't want to see the kids
15 wait anymore. Like, I mean, we have to do better
16 than this. We know better than this.

17 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

18 Um-hum. I would have a last question. You could
19 maybe refer to tab number 6. Or it's 6 to 14.
20 It's on the last page of the binder. So it refers
21 to the Canadian Human Rights Tribunal orders.

22 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

23 Yes.

24 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

25 And I'm going to refer to the last one, the one in

1 February first (1st), two thousand and eighteen
2 (2018). So, at paragraph 453,...

3 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

4 Um-hum.

5 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

6 ... I could maybe quote it in English. You have
7 it...

8 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

9 Yeah.

10 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

11 ... in French, but I'll quote in English, and I
12 would like to have your opinion on this. So, the
13 Canadian Human Rights Tribunal, 453:

14 "The building of a Nation to Nation
15 relationship cannot be more significant
16 than by stopping the unnecessary removal
17 of Indigenous children from their
18 respective Nations. Reforming the
19 practice of removing children to shift it
20 to a practice of keeping children in
21 their homes and Nation will create a
22 channel of reconciliation. This is the
23 true spirit of reconciliation. This is
24 the goal. This is hope. This is love in
25 action, this is justice."

1 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

2 Yeah.

3 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

4 So what's your opinion on... on this matter?

5 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

6 You know, as I read the subsequent orders from the
7 Tribunal, it reminded me kind of how I imagine
8 Bryce must have felt; and indeed, how I felt at
9 times; which is you're screaming into silence,
10 you're screaming into that old mindset, trying to
11 pierce it, so that someone on the other side thinks
12 of this not as a policy or a procedure, but in
13 their own good humanity, understand this is about
14 little kids, and about our responsibility
15 regardless of what profession you hold, to stand up
16 and to do the right thing for little kids.

17 And that I applaud the Tribunal for this
18 language, for actually using the word "love" in a
19 [legal] order. Because although love was present
20 during the hearings - often because children
21 themselves attended the hearings, which I think
22 shows how important children think this case is -
23 it also calls on us to use love, use human
24 compassion, use respect as a way of breaking
25 through those barriers that were placed between us

1 in colonialism. That is the pathway through that.
2 And that's what the Tribunal is calling for. And I
3 feel its voice, it's screaming into that silence,
4 gets stronger every time, as it calls to the moral
5 decency of the government, and indeed of all of us.

6 I just hope it doesn't have to shriek, until
7 people listen. The government is starting to make
8 progress. But I'm not comforted by anything other
9 than full compliance. I think these kids are worth
10 the money, they're worth the effort, they're worth
11 the sacrifice, and we should never be satisfied
12 with anything else than a safe and proper
13 childhood, not for a minute.

14 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

15 So it's over for my questions. Thank you.

16 **LE COMMISSAIRE:**

17 Me Riendeau, do you have questions?

18 **Me VINCENT RIENDEAU:**

19 Merci Monsieur le Commissaire, je n'aurai pas de
20 questions.

21 **LE COMMISSAIRE:**

22 No questions?

23 **VOIX MASCULINE NON IDENTIFIÉE :**

24 Thank you for your presentation.

25 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

1 Thank you.

2 **LE COMMISSAIRE:**

3 So, it will be time for me now to thank you very
4 much for having accepted our invitation to share
5 with us, concerning Jordan's Principle especially.

6 I noticed that, at the beginning of your
7 PowerPoint, it's written, "Do better for First
8 Nations children, because we know better."

9 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

10 Yeah.

11 **LE COMMISSAIRE:**

12 I understand, by your presentation, that we really
13 know better or we should know better, and that the
14 implementation of Jordan's Principle should be
15 considered very seriously, by both governments,...

16 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

17 Yes.

18 **LE COMMISSAIRE:**

19 ... Canada and Quebec and elsewhere in Canada.

20 But, for our mandate, it's related to Quebec.

21 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

22 Um-hum.

23 **LE COMMISSAIRE:**

24 So, we heard you, and I hope other people heard
25 you, concerning (the) implementation of Jordan's

1 Principle, concerning the... I will say "obligation
2 to comply" with this principle, to serve adequately
3 First Nations children in our province. I hope,
4 finally, I hope to be able to say or write, in the
5 final report, that something has been done in
6 Quebec to comply with this principle, instead of
7 just suggesting...

8 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

9 Yes.

10 **LE COMMISSAIRE:**

11 ... that something be done. It will be better to
12 specify that, it has already be done.

13 So thank you very very much for sharing with
14 us, hoping that somebody else than people in the
15 room heard you about that. Thank you very much and
16 I wish you the best in...

17 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

18 Thank you.

19 **LE COMMISSAIRE:**

20 ... your fight to implement this principle. Very
21 important for children of First Nations. And not
22 only in health matter but, I understand, other
23 matters also. So thank you very very much for
24 sharing with us.

25 I thank also Me Richard for relevant questions

1 concerning these matters. So thank you very much,
2 Dr. Blackstock.

3 **MME CINDY BLACKSTOCK:**

4 Thank you. It's a privilege.

5 **LE COMMISSAIRE:**

6 We'll now suspend a few minutes before going with
7 your next witnesses?

8 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

9 Yes, exactly. So we can maybe suspend for five
10 minutes or so.

11 **LE COMMISSAIRE:**

12 Okay.

13 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

14 Thank you very much.

15 SUSPENSION

16 -----

17 REPRISE

18 **LA GREFFIÈRE-AUDIENCIÈRE:**

19 La Commission reprend.

20 **LE COMMISSAIRE:**

21 Oui, alors bonjour. Bienvenue de nouveau.

22 Me Richard, vous allez nous présenter vos prochains
23 témoins?

24 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

25 Oui, effectivement. Donc, nous avons un panel de

1 trois témoins cet après-midi, pour nous parler
2 encore de... du Principe de Jordan. Nous avons
3 tout d'abord professeure Vandna Sinha, qui va
4 témoigner en anglais. On a ensuite madame Sophie
5 Picard, de la CSSS PNQL - bonjour - et madame
6 Jessie Messier également.

7 Donc je peux peut-être commencer par une
8 courte présentation de chaque témoin, ensuite on
9 procédera à l'assermentation, et on va commencer
10 par le témoignage.

11 So, in English now. Dr. Vandna Sinha is an
12 assistant professor at the School of Social Work at
13 McGill University. Her research focuses on the
14 impacts of social policies on children's access to
15 services and on the abilities of marginalized
16 families and communities to care for children.

17 Many of her current projects focus on
18 understanding service disparities and the barriers
19 to provision of appropriate services for First
20 Nations children in Canada.

21 Dr. Sinha participated, among others, in the
22 development of the Jordan's Principle Working
23 Groups report in two thousand fifteen (2015), which
24 she will address throughout her presentation.

25 En français maintenant.

1 Madame Sophie Picard, de la CSSS PNQL, est une
2 gestionnaire des services de la santé depuis
3 environ treize (13) à quatorze (14) ans. Elle a
4 notamment été récipiendaire du First Nations Health
5 Manager Association Presidents Award en deux mille
6 quinze (2015), soulignant son leadership à
7 l'échelle régionale et nationale, ainsi que pour
8 son engagement dans le développement et la
9 certification des directeurs de la santé d'un bout
10 à l'autre du Canada.

11 Madame Picard siège également sur un comité
12 national sur l'application du Principe de Jordan.

13 Et finalement, madame Jessie Messier est agente
14 de programmes pour les Services de santé non
15 assurés SSNA, à la CSSS PNQL également. Elle
16 travaille à la CSSS depuis plus de dix (10) ans.
17 Elle a une connaissance fine de l'application du
18 Principe de Jordan par le gouvernement du Québec,
19 par son poste au Comité régional des coordonnateurs
20 du Québec pour la mise en oeuvre du Principe de
21 Jordan.

22 Donc on peut commencer par l'assermentation des
23 témoins.

24 -----

25

1 Jessie Messier
2 Agente de programme - SSNA, Commission de la santé et
3 des services sociaux des Premières Nation du Québec et
4 du Labrador
5 Affirmation solennelle

6 -----
7 Sophie Picard
8 Gestionnaire des services de santé, Commission de la
9 santé et des services sociaux des premières Nations du
10 Québec et du Labrador
11 Affirmation solennelle

12 -----
13 Vandna Sinha
14 Professeure associée, McGill
15 Affirmation solennelle

16 -----

17 **LA GREFFIÈRE-AUDIENCIÈRE:**

18 Thank you.

19 **LE COMMISSAIRE:**

20 Alors bienvenue à vous trois. Welcome. I'm very
21 happy to receive you this afternoon. Très heureux
22 de vous avoir avec nous, concernant un sujet qui
23 est d'importance. Et je laisse maintenant
24 Me Richard continuer la présentation et les
25 questions.

1 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

2 Oui. Merci Monsieur le Commissaire. Donc, en
3 débutant, on va déposer la présentation PowerPoint
4 de Professeure Sinha sous la pièce P-774.

5 **- PIÈCE COTÉE P-774 -**

6 Nous allons également peut-être référer à la
7 pièce P-772 que nous avons cotée un peu plus tôt
8 qui est le... la bibliothèque des dépôts
9 documentaires. Donc ça, ça va peut-être être pour
10 plus tard.

11 Donc, Professor Sinha, the floor is yours.

12 **MME VANDNA SINHA :**

13 Thank you. I'd like to start by acknowledging the
14 traditional caretakers of this land, and
15 Dr Blackstock's excellent presentation and
16 leadership. Also the hard work of many First
17 Nations peoples and organizations across the
18 country striving for equitable service and to
19 honouring the principle that was named after Jordan
20 River Anderson.

21 My presentation today is going to be focused
22 on the implementation of Jordan's Principle in the
23 short term, and I'm going to be drawing on
24 observations from three research projects. So...

25 I'm going to be drawing on observations

1 principally from three research projects, the
2 Jordan's Principle Working Group which brought
3 together the Assembly of First Nations, the
4 Canadian Pediatric Society, the Canadian
5 Association of Pediatric Health Centers and a
6 research team including myself, Josée Lavoie from
7 the University of Manitoba, and Nico Trocmé and
8 Lucy Lach, my colleagues from McGill, and a number
9 of students and other people over the years.

10 We got together in two thousand twelve (2012),
11 with what we thought was an easy question, which
12 was we wanted to understand how the government of
13 Canada could repeatedly say that it knew of no
14 Jordan's Principle cases, when, as you heard
15 Dr Blackstock say and as we had all heard in our
16 own work, there seemed to be many cases that should
17 qualify.

18 To answer this question took us several years,
19 and the result was the Jordan's Principle Working
20 Group report, which was released in two thousand
21 fifteen (2015). I'll be drawing from that
22 experience.

23 After that I worked in partnership with my
24 colleague [Buena Vives] is at the Université de
25 Montréal, and Pinaymootang First Nations, and

1 the... First Nations Health and Social services,
2 secretary of Manitoba, to do a project in
3 Pinaymootang First Nations, where we looked at the
4 community caregiver and child experiences for
5 children who were trying... families who were
6 trying to access, who needed services for their
7 children with special health care needs.

8 We worked closely with a round table of
9 community service providers and did interviews with
10 them with policy specialists and with children with
11 special health care needs, to understand really how
12 that struggle manifested, the barriers to accessing
13 services, and to support the development of
14 recommendations for ways forward.

15 I'm currently working on a project with my
16 colleague [Buena Vives], and my colleague Alison
17 Gerlach of the University of Victoria, in
18 partnership with the First Nations Health
19 Consortium which... in Alberta, which has received
20 short-term Jordan's Principle funding to do service
21 coordination across the province.

22 And we're working closely with them to
23 document the development of that service
24 coordination module in that context and to
25 understand both the successes that they are having

1 and the barriers that they're encountering as they
2 work to ensure access to equitable services for
3 First Nations in that context.

4 So I'm drawing on the work that's based
5 outside of Quebec, and then my co-presentors will
6 bring a Quebec perspective and I think you'll see
7 that there's quite a lot of overlap between the
8 presentations that we've just had from
9 Dr Blackstock, the observations that I'm going to
10 make and the observations from inside Quebec.

11 We continue to be in contact with all of these
12 groups that we've work with, so, as we go along I'm
13 also going to be drawing on more informal
14 observations and conversations that we have, as we
15 monitor the way that the Jordan's Principle
16 initiatives are being rolled out in different
17 provinces.

18 As I said,... I'm really going to be focusing
19 on the short-term response to Jordan's Principle
20 and, as Dr Blackstock mentioned, that was announced
21 in July two thousand sixteen (2016), the federal
22 government made a commitment of up to three hundred
23 and eighty-three million dollars (\$383 M) over
24 three years. The three-year period is actually a
25 bit of an extension. It was announced in July,

1 that period ends in March thirty... on March
2 thirty-first (31st) of two thousand nineteen
3 (2019). So we're rapidly approaching that day.

4 And just to give you a brief portrait of some
5 of the kinds of initiatives that are taking place
6 under the short-term implementation, I pulled some
7 examples from different places. It's quite
8 difficult to offer a comprehensive portrait, as
9 I'll discuss later. There is a real lack of
10 transparency both within and across jurisdictions,
11 about what's being founded and being implemented at
12 the moment, but I've drawn from different examples
13 to compile some of the kinds of things that we've
14 seen.

15 So, under the short-term initiative, required
16 services that are unavailable or unfunded are
17 covered through what's been labelled "the Service
18 Access Resolution Fund"; and the funding that was
19 announced in July two thousand sixteen (2016) is
20 largely dedicated to that fund.

21 Children and families access this fund...
22 these funds through government focal points, which
23 are nested in each region and are the kind of
24 entrance way to the process for accessing funding.

25 As Dr Blackstock mentioned, there is a strict

1 timeline that the CHRT has ordered for the work of
2 those focal points, which is that they have up to
3 forty-eight (48) hours from the point that they
4 have all needed paperwork and information in hand
5 to give a decision to those families. And we'll
6 return to those timelines, we move forward as well.

7 The focal points, then, can, through this
8 Service Access Resolution Fund, make available
9 funds for services for individual children. They
10 can also release funds for what they call "Group
11 requests". So these are service provision
12 initiatives that might be requested by a community
13 to establish a program, or might be requested to
14 address the specific needs of a group of children
15 who've already been identified.

16 In addition to that, in several jurisdictions
17 there has been funding of a service coordination
18 initiative. And service coordinators are really
19 playing support and a navigation role for families.
20 They serve as a point of first contact for many
21 families who are looking for services and their
22 role differs a bit depending on where they are, but
23 typically they might do a combination of helping
24 families to access services that are available to
25 them, of doing the work of compiling the

1 information that's needed and transferring the case
2 to a focal point. And, in many cases, doing quite
3 a bit of ongoing case monitoring and social support
4 of keeping in touch with the families and really
5 doing case management.

6 In addition, though the details are not clear
7 to me, we also have heard of some funding and
8 agreements being reached between the federal
9 government and provincial social services to extend
10 some services on reserve. And that's another kind
11 of initiative that is taking place, depending on
12 where you are.

13 As I talk about this short-term response, I'm
14 really drawing on a body of literature that span
15 three decades now, that highlights the importance
16 of implementation in achieving policy goals, and
17 shows that implementation challenges, in many
18 cases, determine whether policy goals are realized
19 or not, shows that implementation challenges can be
20 exacerbated when there are short timelines, and
21 really gives us a number of lessons that are
22 repeated across context of ways to think about and
23 address implementation issues.

24 In the context of Jordan's Principle, when you
25 think about implementation, it is important to note

1 the short-term timelines which are, you know,
2 rapidly coming to an end. And I would just note
3 that these short timelines have been driven by the
4 Canadian Human Rights Tribunal in a very direct
5 way, but they've been necessitated by the actions
6 of federal and provincial governments who have
7 failed - over a period of at least a decade if you
8 take the short view, and over almost a century if
9 you take the long view - have failed to realise the
10 human and constitutional rights of First Nations
11 children, have failed to realise their treaty
12 rights and have failed to ensure that they have
13 access to equitable services.

14 In the following slides I'm going to highlight
15 a number of key findings, from our observations,
16 the short-term implementation of Jordan's
17 Principle, and speak to some of the issues that may
18 need to be addressed in order to ensure proper
19 implementation or full implementation moving
20 forward.

21 And the first observation has to do with the
22 fact that, in the short term, Jordan's Principle
23 has been implemented in a way that's very demand-
24 driven. It relies on families to come forward and
25 advocate for their children to reach out to a

1 service coordinator or a focal point and to say,
2 "we have needs that aren't been met." It relies on
3 those families and the communities and the
4 organizations that are supporting them to make a
5 case that those needs should be met under standard
6 or substantive equality and other... on other
7 standards.

8 It relies on communities to come forward and
9 make a group request, which depends on an existing
10 capacity to do that. And it places burden on
11 parents in communities.

12 It also potentially amplifies existing
13 disparities between communities, particularly in a
14 context of short timelines. So, one of the things
15 that we see, when policies are rolled out in a
16 large scale and a short passion, is that there's
17 the potential, if it's not addressed properly and
18 if people aren't supported in an adequate way,
19 there's a potential for those communities and
20 organizations that already have capacity, to be
21 able to take advantage of what's being offered for
22 them while other communities and organizations,
23 families, do not have the capacity to make the
24 demands that are needed to take advantage. And so,
25 that's a danger that lurks in the background of a

1 demand-driven process.

2 The final thing to know about a demand-driven
3 process is that there's insufficient means for
4 realising human rights. There's a tension between
5 processes which rely on individuals and to come
6 forward and stake a claim to something, and the
7 task of realising human rights and equitable
8 services in a way that doesn't place burden.

9 I would draw your attention to a Call to
10 Action issued by the Jordan's Principle Group...
11 Working Group in two thousand fifteen (2015).
12 These were consensus recommendations from the
13 organizations that were involved, including both
14 Assembly of First Nations, UNICEF Canada... - I'm
15 sorry, I think I left them out in my initial
16 discussion - the Assembly of First Nations UNICEF
17 Canada and the Canadian Pediatric Society, who
18 called for implementation of Jordan's Principle in
19 a way that, systematically... they call on people
20 to systematically identify and address the
21 jurisdictional ambiguities and underfunding that
22 give rise to each Jordan's Principle case.

23 And the idea here was that, as each case came
24 forward, there should be an assessment to
25 understand why those needs weren't being met, and

1 that the systemic response would be to alter the
2 policies and the programs that were in place, that
3 were resulting in those needs going unmet.

4 So Dr Blackstock has talked about the Spirit
5 Bear Plan. That is a systemic approach to
6 resolving inequities in funding, but there also are
7 other types of legislative and regulatory barriers
8 that need to be addressed.

9 So, for instance, NIHB rules, "Non-Insured
10 Health Benefits" rules around what will be funded
11 or what won't be funded. The availability of...
12 for instance, occupational therapy, physical
13 therapy. These are areas in which we know that
14 there are deep deficits in many areas.

15 And systemic response to Jordan's Principle
16 requires that, when you see that there are cases
17 coming forward again and again and again, where
18 people are missing access to the same services, you
19 stop and say, "well, what is it that's being
20 provided, what is not being provided, what are the
21 barriers and how can we put in place something
22 that's not an individual-level response, but a
23 systemic change to support that."

24 In order to achieve this, we need adequate
25 documentation and data analysis, what's happening

1 in those cases that are coming forward, we need an
2 infrastructure for quickly proposing and
3 implementing changes in existing policy, and we may
4 need a shift in the outcomes being reported. It's
5 wonderful to see the reporting on cases that
6 Dr Blackstock was able to draw, and it's essential
7 that we keep doing that, but there is a bit of a
8 perverse incentive if the primary data that we're
9 monitoring is the number of Jordan's Principle
10 cases. And the incentive there is to demonstrate
11 how we're addressing a lot of issues through
12 Jordan's Principle. I think that, in addition to
13 that, we should be monitoring, well, what were the
14 systemic changes that were made in response to
15 those Jordan's Principle cases that were address.

16 A second theme that we see in the monitoring
17 and the research we're doing is a need for more
18 communication and for transparency. And, we see
19 that First Nations organizations and communities
20 are often working without adequate information.
21 There's a lack of clarity about long-term policy
22 processes at the national level. There are many
23 many potentially exciting, very hopeful things
24 going on right now, but, for a community level or a
25 regional level to understand what those processes

1 are and how they fit together and how you make
2 yourself, your way through that path in a good way,
3 is challenging.

4 There's limited or delayed information about
5 short-term policy changes. So, for instance, the
6 substantive equity questions that Dr Blackstock
7 referred to, were not necessarily translated to
8 people who are doing Jordan's Principle service
9 coordination. They appeared on a Web site one day.
10 The service coordinators and families were then, in
11 many cases, expected to make a case based on those
12 questions, [put] that infrastructure to make sure
13 that the people who are doing the work of advancing
14 those cases understand what the criteria are, have
15 the support and the training to be able to do that
16 well. It's not necessarily there in all cases.

17 There's an absence of infrastructure and
18 opportunities to share information across regions.
19 There is a summit that's planned for Winnipeg, I
20 think next week, as far as I know, that will be one
21 of the first opportunities for groups to share the
22 work that they're doing, the successes that they're
23 having, the challenges that they're facing.

24 There also have been pretty serious failures
25 to make public basic information about services

1 being funded within regions. So, I'm not talking
2 necessarily about numbers, or about details of
3 agreements, but, just to know what services have
4 been approved and funded under Jordan's Principle
5 is quite important to a group that's trying to do
6 service coordination, because part of their task is
7 to help families connect with those services. And
8 if there's no place where they can access a list of
9 what those new initiatives are, that's a barrier to
10 their work.

11 I know that Dr Sheppard was here earlier this
12 year and spoke to you probably about the idea of
13 "inclusive equality". And I really like her
14 discussion of that, and one of the things that I
15 really like about it is her attention to the need
16 for procedural equity across levels. May I pull
17 this quotation from one of her articles where she
18 says:

19 "Participatory decision-making processes,
20 community autonomy and equitable
21 political power structures within
22 organizations, communities and
23 countries."

24 And so that goal, of achieving inclusive
25 equality, really requires stronger linkages across

1 levels and clear communication channels and
2 communication on an ongoing basis, between
3 national, regional and community levels.

4 The next set of observations that I want to
5 make, pick up on some of the things that
6 Dr Blackstock mentioned in discussion after her
7 presentation and they have to do with the focal
8 point process. So, focal points again are the
9 government representatives who are the gateway to
10 accessing Service Access Resolution Funds and
11 releasing service funds under Jordan's Principle.
12 And what we see is a number of tensions linked to
13 the administrative discretion that focal points
14 have, linked to both the administrative discretion
15 and the structure that focal points are working
16 with.

17 So, Dr Blackstock pointed to the growth in
18 Jordan's Principle cases over time and she walked
19 through some of those statistics. It may vary,
20 depending on jurisdiction, I'm not sure, but in the
21 regions that we've been looking at, there's been
22 limited growth in focal points staff. So there's
23 an increasing number of cases, not a parallel
24 growth in the number of people who are mandated to
25 deal with those cases.

1 We also hear of increasing national oversight
2 of decisions and particularly in the last few
3 months, of a whole categories of cases, for which
4 the decision can't be made at the regional level
5 but needs to go to a national... infrastructure in
6 Ottawa, and those include, for instance, any case
7 involving a... an unregistered child, even if it's
8 clear that they are eligible for status
9 registration. Any case involving dental or
10 orthodontics requests, and there are a number of
11 other categories of cases that have been identified
12 for us.

13 The final point that I want to highlight about
14 the context is that, there are minimal policy
15 guidelines for focal points. And that means that
16 they have a high level of discretion in
17 facilitating procedures. Now, that's been framed
18 to me in my discussions with government
19 representatives as being to the benefit of First
20 Nations families and children, and that makes sense
21 to me, that they've been given a few guidelines so
22 that they really have the flexibility to go the
23 extra mile, to meet families where they are at, to
24 ensure that they can receive services.

25 But the ability to achieve this really depends

1 on who's doing the work. Right? There are
2 variations in practices and standards across focal
3 points that we've seen. There are reports, you
4 know, of some focal points, in particular...
5 imposing increasing and shifting requirements
6 around information and documentation, and really
7 stretching out the period of engagement with the
8 family before that forty-eight (48) hours timeline
9 that's been Court ordered sets in, right?

10 Well, we also need this, and you provided this
11 kind of letter before, but we need something else
12 now. And again, that's... you know, that's the
13 kind of thing that's well documented in processes
14 where there's a high level of administrative
15 discretion.

16 We also have some reports of failures in
17 communication around individual cases.

18 I put on this slide, a quote from Justice
19 Mandamin, that is actually on a federal government
20 Web site, next to those questions about substantive
21 equity, and it says... it's about the Aboriginal
22 perspective:

23 "Picture yourself in the community and
24 see if... uh, see it [the request] from
25 that perspective."

1 I think this is a really important thing for
2 us to take seriously, and to ask... not just about
3 focal points but about all of the officials that
4 are involved in ensuring access to services for
5 First Nations children. Well do they have the
6 background and the support and the ongoing
7 meaningful engagement with First Nations
8 communities to be able to do that.

9 Where does that ability to picture themselves
10 in a community come from. And to really ensure,
11 any time we're dealing with a position in which
12 there's administrative discretion, that the person
13 in that position has demonstrated that they are
14 going to work in partnership, that they are coming
15 from a position which they understand the concerns
16 that are being brought forward.

17 And the final thing is that they... we also
18 hear some complaints from focal points themselves,
19 in different regions, about the tensions that they
20 feel and the way that they're being monitored, and
21 their work is shaped by shifting policies from the
22 national level, and so, we also have to ensure that
23 national policies are informed by, and responsive
24 to their experiences.

25 The next theme that I want to draw out is one

1 of sustainability. And as I mentioned, when we
2 look at a short-term Jordan's Principle Initiative,
3 we're talking about these short timelines. With
4 the current funding set to end in... on March
5 thirty-first (31st) of two thousand nineteen
6 (2019).

7 This poses really serious problems for First
8 Nations organizations and communities that are
9 doing the work associated with Jordan's Principle.
10 There are challenges in hiring and in program
11 development. Imagine, trying to recruit qualified
12 staff to do hard work and to say to them, "well, we
13 have money in hand until March, would you leave the
14 job that you're at and come and work for us?"

15 There also are reports of limitations on
16 services in individual cases. So, cases in which
17 children who have long-term needs are being
18 approved to receive services until March thirty-
19 first (31st), but being told, "well we can't
20 approve anything beyond that."

21 In some cases, we've also heard about
22 decisions being made around the types of services
23 or equipment that could be provided, that reflect
24 that short-term timeline.

25 For First Nations, this creates a burden,

1 uncertainty and risk. It really puts them in a
2 position of mediating without a voice as we've
3 talked about in some of our prior research, in
4 position of having to engage with families, engage
5 with communities and simultaneously say, "trust us,
6 work with us, we'll support you, we'll help you,
7 but - but - we are only sure we can do that until
8 March." And this is not the way to move towards
9 equity and fulfillment of human rights.

10 Again, it also means that nations and
11 organizations with the greatest existing capacity
12 are our best position to benefit.

13 So, long-term funding is essential. Work is
14 needed to reconcile new initiatives that are
15 emerging under Jordan's Principle with existing
16 programs, services and mandates. How do these
17 things come together. What policy reforms are
18 needed.

19 And there's also a great need for a capacity
20 building. And that means a short-time capacity
21 building. For example, additional training on
22 speech and language basics, for case workers who
23 are already in the communities, but it also means
24 long-term capacity buildings.

25 And, in this regard, my own institution,

1 McGill, along with other universities in Quebec,
2 need to do more than we're doing, to be able to
3 provide training and access to education in a way
4 that is accessible to, that is tailored for,
5 Indigenous communities.

6 The final thing that I want to highlight is
7 the engagement of the province, and I think that's
8 a question... it's a particular concern to this
9 Commission. And you heard Dr Blackstock talk quite
10 a bit about the failure of Quebec in particular,
11 about provinces in general, to engage. And what we
12 see in our work is that there's a struggle across
13 areas to engage provinces in a meaningful way.
14 That that position of the CHRT has ordered the
15 federal government to take action is one that's
16 quite prevalent.

17 And that there's little guidance or support
18 for communities and organizations in thinking about
19 how do we engage the province in a meaningful way.
20 And that there... you know, there's little
21 precedent for them doing that as well.

22 And that engagement, yes, could take the form
23 of provincial legislation, around Jordan's
24 Principle which would be wonderful and which would
25 set a precedent for a substantive equity

1 (inaudible) as well, but it also... has to mean
2 opening up access to provincial service
3 infrastructure and economies of scale to on-reserve
4 communities.

5 This is the infrastructure that exists to
6 provide services across geography, across
7 communities, across a broad range of needs. And in
8 the short-term, there's no more efficient option
9 than that that's already been established by the
10 provinces.

11 So, that's a place where the province has to
12 come to the table and it has to come to a table
13 that is lead by, and driven by First Nations,
14 right? Because the other piece of this, is that a
15 focus on cultural safety is also essential.

16 And I've referenced to a report by my
17 colleague Alison Gerlach, which I think does a
18 really nice job of walking through some
19 practical... questions to ask in achieving cultural
20 safety. But cultural safety means that you're
21 responding to and privileging communities rights to
22 self-determination. You're learning from community
23 experiences, you're focusing on strengths and well-
24 being rather than weaknesses and deficits. You're
25 investing in relationships, in meaningful

1 relationships that extend over time, in flexible
2 ways to support change now, that you're making
3 space for Indigenous knowledges and languages, that
4 you're using assessment cautiously, right? That
5 the establishment of a relationship with a family
6 in a community is the priority, and the labelling
7 of their need is this important but secondary to
8 that, and is done in a way that's sensitive to the
9 context, to the culture and to the priorities of
10 First Nations families and communities themselves.

11 It also means making extra efforts to reach
12 [worlds] in Northern communities, where we know
13 those disparities are most pronounced.

14 I am going to hand over to my colleagues, but
15 I just want to say thank you again, for the
16 opportunity to present.

17 **MME SOPHIE PICARD:**

18 I'll speak French, since it's my first language,
19 and I believe it's going to be easier for everyone
20 to understand me. But first of all, I just want to
21 wish and highlight and honour Dr Blackstock that is
22 a true leader on that file and she's so humble,
23 she's always saying, you know, "it's not just me,
24 there are a bunch of us and, you know, it's a huge
25 team", but, you know, I just want to highlight the

1 hard work of her, the (inaudible), and the rest of
2 the team for sure that work so hard for First
3 Nations children.

4 Being next to those two women and my colleague
5 here is a privilege, and I want to ensure that I
6 will try to be as convicted as you are, or
7 convinced as you are. So thank you very much.

8 Je vais m'exprimer en français, ce sera
9 certainement plus simple, mais je voulais juste
10 souligner l'importance et les travaux qu'ont
11 réalisés les collègues ici, qui ont présenté
12 aujourd'hui. Je veux aussi en profiter pour
13 souligner tout le travail des gens sur le terrain,
14 dans... les gens dans les communautés.

15 Dr. Blackstock soulignait aussi, au niveau des
16 gouvernements, il y a des gens, tant au niveau
17 fédéral qu'au niveau provincial, qui travaillent
18 avec acharnement pour défendre les droits, offrir
19 des services aux enfants et aux adultes aussi, des
20 Premières Nations. Alors je voulais souligner le
21 travail des gens des communautés, mais aussi des
22 gens, des gouvernements qui... plusieurs d'entre
23 eux travaillent avec conviction dans leur fonction.

24 Alors je vais vous présenter, de façon
25 globale, la structure de la Santé et des Services

1 sociaux des communautés non conventionnées. Je
2 vais aussi définir qu'est-ce que j'entends par là.
3 Et ensuite on va vous présenter quelques données,
4 qui permettent de camper le reste de la
5 présentation sur les enjeux, et on vous présentera
6 trois (3) enjeux principaux, complémentaires à ce
7 qui a été présenté par les collègues. Et ce sera
8 suivi là, de solutions concrètes, que le Québec
9 pourra implanter.

10 Alors de façon rapide et très sommaire, le
11 gouvernement du Québec a signé une entente avec les
12 communautés cries, inuites et naskapiés, afin de
13 leur permettre de... d'acquérir des services de
14 santé à l'intérieur du réseau québécois de la
15 santé, ils ont aussi leur leadership politique et
16 ils sont... ces... les... ces Nations-là sont très
17 impliquées dans l'offre de santé, dans les
18 processus décisionnels, mais ils ont signé une
19 entente, avec le gouvernement du Québec, par
20 rapport aux services de santé et services sociaux.
21 Et dans la perspective de notre présentation, on va
22 se concentrer davantage sur les communautés qui
23 n'ont pas signé ces ententes-là, donc dites "non
24 conventionnées", donc qui n'ont pas signé de telles
25 ententes, et qui opèrent des services de santé

1 qu'on pourrait appeler "en parallèle" aux services
2 québécois de la Santé.

3 Alors dans chacune des communautés, il y a un
4 centre de santé ou un poste de soins qui... c'est
5 en fonction là, du... de la distance d'un centre
6 hospitalier là - je vous fais grâce des détails par
7 rapport à ça - mais ces centres de santé-là offrent
8 des services directs à la population. Ils sont
9 structurés sous le Conseil de bande, donc c'est un
10 morceau, si on veut, d'une offre de services
11 beaucoup plus globale.

12 À la fin des années quatre-vingt ('80), le
13 gouvernement fédéral qui opérait ces centres de
14 santé-là a proposé aux communautés des Premières
15 Nations du Québec de transférer le financement et
16 les ressources en santé parce que, anciennement,
17 les... - bien, "anciennement"... - avant les... la
18 fin des années quatre-vingt ('80), les employés du
19 Conseil de bande, en matière de santé, étaient les
20 employés de Santé Canada. Donc ce n'était pas les
21 employés du Conseil de bande, c'étaient les
22 infirmières des... de Santé Canada qui venaient
23 offrir des services aux Premières Nations sur
24 communautés.

25 Alors les communautés du Québec, je dirais,

1 contrairement à la majorité des autres provinces,
2 les communautés du Québec ont accepté cette
3 proposition-là que leur faisait le gouvernement
4 fédéral et ont donc adhéré à un processus de
5 transfert: transfert de responsabilité, transfert
6 de financement, transfert de pouvoir. Mais
7 finalement, lorsqu'on regarde ça après plusieurs
8 années d'opération, on... c'est... l'idée c'était
9 justement de... d'avoir plus de pouvoir sur les
10 décisions, la définition du... des programmes de
11 santé sur l'identification des priorités, mais
12 finalement, on a transféré seulement qu'une partie
13 des responsabilités, on a transféré des
14 financements, des ressources, des responsabilités,
15 mais tout en leur exigeant, si on veut, d'offrir
16 des programmes dont les paramètres étaient définis
17 par le gouvernement fédéral.

18 Alors je vous fais grâce des détails parce que
19 je vois le temps filer, puis on a quand même
20 plusieurs éléments à partager avec vous
21 aujourd'hui. Mais de fil en aiguille, le... les
22 Premières Nations ont manifesté le désir d'avoir
23 des ententes de financement flexibles, et elles ont
24 clairement développé leur capacité tant au niveau
25 de la planification en santé qu'à prendre des

1 décisions en fonction des besoins communautaires.

2 Les ressources dans les communautés non
3 conventionnées, ce sont majoritairement des gens de
4 la communauté, sinon des gens très très investis,
5 engagés par rapport à l'offre de services
6 communautaires, donc, très au courant des besoins
7 du terrain, puisque c'est des travailleurs qui
8 sont... qui travaillent dans ces communautés-là
9 depuis plusieurs années.

10 Et le gouvernement fédéral a tranquillement,
11 et jusqu'à tout récemment, offert de plus en plus
12 de flexibilité dans la... l'offre de services, donc
13 les communautés devaient suivre certains... doivent
14 encore suivre certains paramètres, mais la
15 reddition de compte s'est allégée, on a réalisé que
16 les communautés avaient maintenant une bonne
17 capacité à administrer, alors on leur a fait de
18 plus en plus... - "on" étant le gouvernement
19 fédéral, bien évidemment - fait de plus en plus
20 confiance, et pour s'assurer de mieux répondre aux
21 besoins de la clientèle, bien évidemment.

22 La Commission de la santé et services sociaux
23 des Premières Nations du Québec-Labrador a vu le
24 jour en mille neuf cent quatre-vingt-quatorze
25 (1994), suite à un désir des leaders politiques

1 de... d'avoir une organisation qui venait les
2 appuyer en matière d'offres de services en santé.

3 Alors on a un volet qui est principalement de
4 défense d'intérêts, mais aussi d'appuyer les
5 communautés, de les accompagner en fonction de
6 leurs besoins.

7 Je vais conclure en vous disant, et on vous
8 présentera là, les enjeux spécifiques à Jordan,
9 alors je vais conclure en vous disant que les
10 relations avec les gouvernements, tant fédéral que
11 provincial, demeurent un enjeu. On tente d'établir
12 de bons partenariats. Il y a différentes
13 stratégies qui sont mises de l'avant, entre autres
14 le gouvernement fédéral a annoncé publiquement il y
15 a maintenant presque deux ans, ou une année et
16 demie, un processus de transformation, hein, on a
17 appelé ça "la transition vers des services
18 intégrés", ou du moins qu'on tente d'intégrer en
19 matière de santé. Alors les communautés font face
20 à une situation politique, à une situation au
21 niveau des structures qui viennent en appui aux
22 Premières Nations, qui est en évolution. Il y a eu
23 une restructuration aussi au niveau du Québec. Et,
24 je voudrais pas dire qu'elles sont victimes de ça,
25 mais elles sont... ces changements-là dans leur

1 environnement, viennent certainement avoir un
2 impact; on va vous en faire une petite
3 démonstration qui, comme je le mentionnais, est
4 très complémentaire aux enjeux soulevés par nos
5 collègues. Sur ce, Jessie...?

6 **Me JESSIE MESSIER:**

7 Oui. Avant de vous présenter un petit peu plus
8 concrètement les enjeux qui concernent le Principe
9 de Jordan, on trouvait important de vous illustrer
10 un petit peu quels sont les besoins, certains des
11 besoins des enfants de Premières Nations au Québec.

12 En deux mille huit (2008), la Commission de la
13 santé et des services sociaux - qu'on pourrait
14 peut-être appeler "la Commission de la santé", pour
15 se sauver le nom tout au courant, mais pour pas
16 trop se mêler avec la Commission d'enquête non
17 plus - donc la Commission de la santé a réalisé un
18 portrait régional de la situation en matière de
19 besoins spéciaux pour la clientèle de zéro-six (0-
20 6) ans, des enfants dans les communautés de
21 Premières Nations au Québec.

22 Cinquante-neuf (59) répondants ont participé à
23 cette étude-là. Par "répondant", c'étaient des
24 intervenants qui oeuvraient auprès de cette
25 clientèle-là, à l'intérieur des communautés

1 Premières Nations.

2 De ce portrait-là, il en est ressorti que
3 quatre-vingt-trois pour cent (83 %) des répondants
4 affirmaient que leurs services aux programmes
5 comptaient des enfants avec des besoins spéciaux.

6 Soixante-cinq pour cent (65 %) d'entre eux,
7 des enfants qui présentent des besoins spéciaux,
8 n'avait jamais obtenu de diagnostics. Donc on
9 sait, puis on peut présumer que, sans diagnostic,
10 il est beaucoup plus difficile d'accéder à des
11 services ou aux mesures de soutien qui sont
12 nécessaires pour optimiser le développement de ces
13 enfants-là, tant au niveau des ressources humains
14 que des... au niveau des ressources matérielles et
15 même technologiques.

16 La majorité des enjeux concernaient des
17 troubles de langage, troubles d'apprentissage,
18 retards de développement, c'étaient les éléments
19 qui ressortaient davantage dans cette étude-là,
20 c'étaient des besoins qui étaient le plus
21 rencontrés.

22 Et c'est conforme avec les statistiques qui
23 sont présentement colligées par le gouvernement
24 fédéral dans le cadre de la mise en oeuvre du
25 Principe de Jordan.

1 Services Autochtones Canada offre
2 présentement, principalement pour les communautés
3 au Québec, un peu les Premières Nations au Québec,
4 parce que les gens hors communauté ont aussi accès
5 aux services, davantage de services en termes
6 d'évaluation spécialisée.

7 En termes de professionnels divers, on parle
8 d'orthophonistes, d'ergothérapeutes, de
9 psychologues, de psychoéducateurs. C'est le type
10 de services qui sont les plus fréquemment demandés
11 pour répondre aux besoins des enfants Premières
12 Nations.

13 Ces données-là nous apparaissent très
14 préoccupantes et nous laissent aussi présager
15 qu'elles ont des impacts à long terme sur le
16 cheminement des enfants de Premières Nations.

17 Les données de l'enquête régionale sur la
18 santé, c'est une enquête qui est coordonnée par la
19 Commission de la santé, par l'équipe de la
20 recherche de la Commission de la santé des
21 Premières Nations, mentionne des données de deux
22 mille quinze (2015), stipule que le tiers des
23 adultes n'ont pas complété leur secondaire. Et ces
24 données-là, ce chiffre-là s'escalade à soixante
25 pour cent (60 %) pour la tranche d'âge dix-huit

1 (18) à vingt-quatre (24) ans.

2 Donc je vous fais grâce des détails moi aussi,
3 mais on peut présumer qu'au niveau socio-
4 économique, ces données-là, cette situation-là
5 perpétue la discrimination puis la vulnérabilité
6 des Premières Nations dans la province.

7 La mise en oeuvre du Principe de Jordan au
8 Québec, ça s'est fait... s'est faite au cours des
9 deux dernières années et demie (2½) à peu près.
10 Vous avez mentionné le Comité régional de
11 coordination du Principe de Jordan. Le mandat de
12 ce comité-là, c'est beaucoup de partager les
13 besoins spécifiques des Premières Nations, qui sont
14 identifiés par les communautés ou les organisations
15 qui soutiennent les communautés, ou par le
16 gouvernement provincial ou fédéral. Ce comité-là
17 vise aussi à proposer des approches globales, parce
18 que le Principe de Jordan, non, ne prendra pas fin
19 en deux mille dix-neuf (2019).

20 Toutefois, il faut identifier des façons
21 durables de... qu'il soit maintenu et que les
22 services soient offerts dans un *continuum* de soins
23 qui est pertinent, puis qui fait du sens aussi,
24 pour les enfants de Premières Nations.

25 Donc ce comité-là vise aussi à transmettre de

1 l'information. Il y a beaucoup d'information qui
2 doit circuler afin que les communautés soient en
3 mesure de bien soutenir leur population, les
4 familles puis les enfants Premières Nations de leur
5 communauté.

6 Favoriser l'apprentissage et l'échange de
7 connaissances aussi, entre les partenaires. Par
8 "partenaires", je pourrai vous nommer la
9 composition. Il s'agit de: Services Autochtones
10 Canada, tant le volet santé - qui était
11 anciennement Santé Canada - que le volet social,
12 qui était occupé par Affaires Autochtones, la
13 Commission de la santé des services sociaux des
14 Premières Nations Québec-Labrador - je siége sur ce
15 comité-là - le ministre de la Santé et des services
16 sociaux du Québec, le Service... Secrétariat aux
17 Affaires Autochtones du Québec aussi, siége, le
18 ministre de l'Éducation et de l'enseignement
19 supérieur siége également, ainsi que le
20 Regroupement des Centres d'Amitié Autochtones du
21 Québec.

22 Le Conseil en éducation des Premières Nations
23 et l'Institut Tshakapesh, qui est organisation
24 régionale l'Institut Tshakapesh, en éducation, qui
25 offre du soutien principalement aux communautés

1 Innues.

2 Donc ce comité-là, depuis sa création, a
3 beaucoup servi à faire des mises à jour sur
4 l'avancement de la mise en oeuvre du Principe de
5 Jordan. Je peux pas affirmer à ce moment-ci qu'il
6 y a vraiment des solutions qui ont... concrètes qui
7 ont émané ou qui ont été mises en oeuvre là, de...
8 suite à la création de ce comité-là. Pour
9 l'instant, on est encore dans le déploiement du
10 Principe de Jordan, les communautés sont encore
11 dans l'identification des situations, donc, le
12 comité a beaucoup servi à faire des mises à jour
13 sur la mise en oeuvre.

14 Plusieurs acteurs, plusieurs partenaires sont
15 concernés par la mise en oeuvre du Principe de
16 Jordan, notamment le gouvernement fédéral, qui a un
17 rôle d'application des recommandations du jugement
18 du Tribunal canadien des droits de la personne,
19 notamment dans l'approbation et le paiement des
20 services qui sont offerts aux enfants Premières
21 Nations qui ont des besoins spécifiques.

22 Le gouvernement québécois, présentement, joue
23 un rôle de recevoir les Premières Nations dans le
24 réseau; ç'a d'ailleurs été mentionné dans une des
25 pièces que vous avez mentionnées précédemment.

1 Donc oui, reçoit les Premières Nations dans le
2 réseau, et siège sur le Comité de coordination.

3 Si on regarde à l'onglet, si on se réfère à
4 l'onglet 3.1 de votre... de la pièce 700... P-772,
5 à la lumière des documents qui sont... qui ont été
6 déposés à la Commission d'enquête par le
7 gouvernement du Québec, en matière de Principe de
8 Jordan, le gouvernement du Québec semble se
9 percevoir un rôle davantage passif, voire
10 d'observateur; puis si je me trompe pas, ils ont
11 même utilisé ce terme-là.

12 Le Principe de Jordan doit être vu comme une
13 opportunité, pour chacun des acteurs impliqués, de
14 jouer un rôle actif, pour mettre en place des
15 filets de sécurité autour des enfants Premières
16 Nations qui se trouvent déjà dans une situation de
17 vulnérabilité. Donc, ça serait l'occasion de
18 mettre en place des solutions qui seraient
19 intégrées, justement pour favoriser un meilleur
20 *continuum* de soins, dans l'objectif que les
21 enfants, que chacun des enfants puisse développer
22 son plein potentiel.

23 La Commission de la santé des services
24 sociaux, comme mentionné par ma collègue, joue
25 beaucoup un rôle de conseil et d'assistance aux

1 communautés. Dans tout ce qui est mise en oeuvre
2 du Principe de Jordan, on assure aussi un rôle de
3 liaison, de facilitation quand c'est nécessaire,
4 que ce soit, tant à l'intérieur de la communauté,
5 entre les secteurs, pour bien expliquer ce en quoi
6 consiste le Principe de Jordan, que envers les
7 partenaires extérieurs; soit des écoles
8 provinciales, des CISSS, des CIUSSS, des
9 établissements. Donc quand il y a des besoins de
10 clarification, on peut venir soutenir la
11 communauté, à faciliter, en fait, ce dialogue-là.

12 Le tout en respect de la résolution qui a été
13 adoptée par les Chefs en deux mille quinze (2015),
14 concernant le Principe de Jordan. Les Chefs vont
15 beaucoup plus loin que la façon dont le Principe de
16 Jordan est adopté présentement. C'est-à-dire
17 qu'ils apposent, dans cette résolution-là, une
18 vision élargie du Principe de Jordan, ne la
19 limitent pas uniquement à la situation des enfants.

20 Tel que ç'a été mentionné par Dr Blackstock,
21 des enjeux de juridiction, on en entend à tous les
22 jours. À vingt-deux (22) ans, il y en a encore. À
23 quarante (40), encore. Pour les Aînés, ils sont
24 aussi victimes d'enjeux de juridiction. Donc les
25 Chefs, leur position c'est qu'aucune Première

1 Nation ne devrait voir son accès aux services
2 limité par une question de juridiction.

3 Nous siégeons, Sophie, ma collègue, siége,
4 comme vous l'avez mentionné aussi, sur un comité
5 national qui vise à mettre en place ou à proposer
6 des solutions pour la mise en oeuvre à long terme
7 du Principe de Jordan.

8 Je voulais vous parler un peu du rôle des
9 communautés, parce que les communautés Premières
10 Nations - on parle toujours des communautés non
11 conventionnées principalement - ont un rôle central
12 dans la mise en oeuvre du Principe de Jordan. Les
13 communautés ont eu l'opportunité de mettre en place
14 un poste de coordonnateur du Principe de Jordan.
15 Donc c'est souvent une personne qui provient de la
16 communauté. Dans la majorité des cas, ce sont des
17 personnes qui proviennent de la communauté, et la
18 majorité des communautés, soit-dit en passant, se
19 sont dotées d'une telle personne, et le rôle de...
20 que cette personne-là peut jouer, et c'est beaucoup
21 un rôle de liaison, un rôle de soutien aux
22 familles, un rôle de soutien aux intervenants qui
23 oeuvrent aussi à l'intérieur des structures locales
24 de la communauté. Donc, ces personnes-là ont
25 vraiment un rôle crucial et central dans la mise en

1 oeuvre locale du Principe de Jordan.

2 Le déploiement de ces positions-là, ça s'est
3 fait de façon très rapide et sans outil. Donc, pas
4 de description de tâches précises, pas de...
5 d'outils très précis non plus, sur comment
6 effectuer leur travail au quotidien. Ç'a été fait
7 un peu dans le vent de la mise en oeuvre et des
8 ordonnances du jugement, à un moment donné, il a
9 fallu que les services soient rendus.

10 Donc, pour certaines communautés, ça s'est mis
11 en place dès le début. Pour certaines autres, ça
12 vient de se doter. Donc le rythme de mise en
13 oeuvre locale est très variable, en fonction des
14 communautés. En conséquence, le profil et le
15 mandat de ces personnes-là aussi est très variable;
16 certaines communautés se sont dotées d'un
17 travailleur social, d'une infirmière, d'autres
18 d'un... principalement d'un facilitateur. Donc
19 c'est très variable d'une communauté à l'autre.

20 L'existence de cette position-là est perçue et
21 décrite par les communautés comme étant une bonne
22 pratique. En fait, ce que cela signifie c'est que,
23 enfin, à l'intérieur même des communautés, il y
24 avait une personne, dont le mandat principal était
25 de faciliter l'accès aux services pour les enfants

1 Premières Nations. Faciliter le réseautage aussi,
2 avec les établissements extérieurs, afin de
3 s'assurer que ces enfants-là reçoivent les services
4 dont ils ont droit et dont ils ont besoin.
5 Auxquels ils ont droit.

6 Ce que ça signifiait aussi c'est que les
7 autres professionnels de la communauté qui
8 occupaient des fois ces tâches-là, comme autres
9 tâches connexes, que ce soit l'infirmière, que ce
10 soit l'intervenant social de la communauté,
11 pouvaient maintenant se dédier, peuvent maintenant
12 être dédiés à leurs tâches, leurs vraies tâches, et
13 non plus à essayer de démêler des situations qui
14 sont engendrées par des politiques provinciales ou
15 fédérales en matière d'accès aux services.

16 Je vais vous présenter principalement trois
17 enjeux et des... une piste de solution, qui
18 pourrait être mise en oeuvre pour chacun de ces
19 enjeux-là: le premier étant l'insuffisance de
20 professionnels spécialisés sur les... dans les
21 communautés de Premières Nations, le deuxième enjeu
22 étant les services à faire à l'intérieur même des
23 établissements du réseau, que ce soit tant au
24 niveau scolaire qu'au niveau des établissements en
25 santé. Et le troisième étant la collaboration avec

1 le ministre de la Santé et des services sociaux,
2 notamment avec la Direction des Affaires
3 Autochtones, du ministère.

4 Au niveau de l'insuffisance de professionnels
5 spécialisés dans les communautés, il faut
6 considérer que la majorité des services offerts,
7 dans le cadre du Principe de Jordan, le sont dans
8 les communautés. Soixante-deux pour cent (62 %)
9 des services qui ont été offerts... qui ont été
10 financés au Québec, à travers le Principe de
11 Jordan, étaient pour des enfants qui résidaient
12 dans les communautés Premières Nations.

13 C'est important que les services, que certains
14 services - des fois ça ne s'y prête pas, mais quand
15 ça s'y prête - c'est important que les services
16 soient offerts dans la communauté, pour que ces
17 services-là puissent tenir compte de la culture et
18 du contexte familial et social dans lequel évolue
19 l'enfant. Donc, pour que ces services-là fassent
20 du sens, dans plusieurs situations, ils doivent
21 être offerts à l'intérieur même des organisations,
22 des organismes et des instances de la communauté.

23 Toutefois, il y en a pas de ressources
24 humaines dans les communautés. C'est flagrant.
25 Les communautés ne disposent pas non plus des

1 ressources financières pour répondre aux besoins,
2 et ça, tant en santé qu'en service social ou qu'en
3 éducation.

4 Et même s'ils avaient les ressources
5 financières pour embaucher des personnes, il y a
6 des enjeux importants au niveau du logement de ces
7 professionnels-là, pour plusieurs communautés, et
8 également de dotation et de rétention du personnel.
9 Et à ce moment-ci, je vous parle pas non plus de
10 trouver des professionnels en langue anglaise,
11 parce que plusieurs communautés parlent soit leur
12 langue Autochtone ou la langue anglaise. Donc de
13 trouver des professionnels accrédités, formés qui
14 sont *fluents* en anglais, ça peut être un enjeu
15 aussi pour ces communautés-là.

16 Un autre enjeu, bien en fait le même enjeu, se
17 situe au fait... au niveau du fait que la... le
18 réseau provincial refuse de se déplacer à
19 l'intérieur des communautés et d'offrir des
20 services à l'exception des services médicaux, donc
21 offerts par des médecins. Et il y a pas de
22 financement non plus, du fédéral, pour compenser
23 cet état de fait-là.

24 La ministre Laflamme vous l'a bien spécifié
25 dans... à l'onglet 26 là, de votre document. La

1 ministre Laflamme vous... - le sous-ministre
2 Laflamme? Le sous-ministre Laflamme mentionnait
3 que, oui, effectivement, ils allaient offrir des
4 services aux Premières Nations lorsque ceux-ci
5 fréquentent les établissements *provinciaux*, mais
6 comme on vient de le mentionner, dans plusieurs
7 situations, pour faire du sens, les services
8 doivent être offerts à l'intérieur de la
9 communauté.

10 Cette situation peut générer des trous de
11 services importants. Donc la province ne se
12 déplace pas, le fédéral ne finance pas. Si je peux
13 illustrer ça par un exemple concret, étant survenu
14 avant le jugement du Tribunal canadien des droits
15 de la personne, je vous présenterais la situation
16 d'un bébé de sept (7) jours. Suite à sa naissance,
17 cet enfant-là a dû demeurer à l'hôpital en raison
18 d'importants problèmes respiratoires. Les
19 médecins, au bout de sept (7) jours, ont accepté de
20 le libérer, de lui permettre de retourner à la...
21 en communauté, dans son domicile, à une condition:
22 un inhalothérapeute devait aller lui offrir des
23 services à l'intérieur de son domicile.

24 Les parents, un peu désemparés, se sont
25 tournés vers la communauté, qui dit, "on n'a pas de

1 programmes pour ça, on ne reçoit pas de financement
2 pour ce type de service-là." Donc, la communauté
3 et le fédéral, il y a pas de programmes non plus,
4 même à la pièce, de façon aléatoire, qu'il aurait
5 pu faire une demande, ça n'existe pas du
6 financement d'inhalothérapeute en communauté, par
7 le gouvernement fédéral.

8 Donc lorsque la communauté s'est virée vers
9 le CISSS de sa région, c'est une communauté qui
10 était urbaine, donc quand ils se sont virés vers
11 le CISSS de la région, la réponse du gouvernement
12 provincial a été, "bien, on peut pas offrir de
13 services à l'intérieur de la communauté, à moins
14 que vous en assumiez les coûts." Ce que la
15 communauté a finalement fait. À même des fonds
16 qu'elle ne possédait pas. Parce qu'il était
17 inacceptable que l'enfant demeure à l'hôpital alors
18 que tous les autres enfants de sept (7) jours
19 auraient pu réintégrer leur maison familiale. Ça
20 s'est passé il y a quelques années.

21 Aujourd'hui, si cette situation survenait,
22 probablement que, ils se vireraient vers le
23 Principe de Jordan et le fédéral paierait un
24 inhalothérapeute, voire privé, pour que ces
25 services-là puissent être offerts à cet enfant-là

1 sans délai. C'est une situation qui s'est passée
2 au Québec.

3 Une des solutions qui pourrait être envisagée
4 serait la télé-santé. Ça pourrait être une avenue
5 qui pourrait être intéressante.

6 Toutefois, il y a des rapports importants au
7 niveau du développement de la télé-santé au Québec,
8 notamment et particulièrement dans les communautés
9 de Premières Nations et inuites. Il y a des
10 problèmes de connectivité qui demeurent un obstacle
11 important. Donc, de régler cette problématique-là
12 pourrait peut-être faciliter et accélérer l'accès
13 aux services et aux spécialistes.

14 Donc, une des solutions qui pourrait être
15 envisagée pour s'assurer qu'il y ait pas de bris
16 dans le *continuum* de soins tel qu'on peut le voir
17 présentement, serait d'éliminer les barrières
18 administratives et juridictionnelles à l'accès aux
19 services. Donc, que le Québec assume sa
20 responsabilité populationnelle, sans égard au lieu
21 de résidence, lorsque les services sont requis, tel
22 que recommandé dans la mise en oeuvre du Principe
23 de Jordan.

24 Il faut pas oublier que le Principe de Jordan,
25 son fondement principal à la base, c'est que le

1 premier palier de gouvernement interpellé offre le
2 service, et s'il a à obtenir un remboursement ou
3 aller se chicaner avec un autre gouvernement, pour
4 se faire rembourser les services qu'il aurait, à
5 tort, offert, qu'il le fasse, mais au moins que le
6 service... qu'on s'assure que l'enfant ait accès
7 aux services.

8 Un deuxième enjeu concerne les services
9 offerts à l'intérieur des établissements du réseau.

10 Ce ne sont pas toutes les communautés qui
11 disposent d'une école secondaire. Donc, plusieurs
12 enfants, adolescents Premières Nations, doivent
13 aller fréquenter les établissements du réseau
14 québécois, voire même dans une province voisine
15 pour certaines communautés limitrophes.

16 C'est la même chose en santé. Donc les
17 Premières Nations doivent fréquenter les services
18 qui sont offerts par le réseau de la santé
19 provincial.

20 Toutefois, les professionnels du réseau ne
21 connaissent pas le Principe de Jordan. La majorité
22 d'entre eux ne le maîtrisent pas, n'en maîtrisent
23 pas toutes les modalités, ni ne sont au courant de
24 l'ensemble des services qui peuvent être
25 disponibles pour les enfants Premières Nations via

1 le Principe de Jordan.

2 Ils ne connaissent souvent pas non plus
3 l'organisation des services locaux à l'intérieur
4 des communautés. Donc l'existence des centres de
5 santé, de professionnels qui peuvent prendre le
6 relais auprès de la clientèle lorsque celle-ci
7 retourne en communauté. Donc, cette
8 méconnaissance-là peut avoir un... des enjeux
9 importants, en termes de *continuum* de soins, pour
10 les gens, les enfants notamment, qui doivent
11 fréquenter les organisations provinciales.

12 Dans le réseau provincial, il nous a été
13 rapporté à plusieurs reprises que les enfants
14 devaient absolument avoir un diagnostic pour
15 pouvoir obtenir des services d'aide, des services
16 de soutien pour besoins spéciaux. Toutefois, ce
17 qui nous est rapporté également c'est que les
18 listes d'attente, pour obtenir les évaluations
19 nécessaires aux diagnostics, dans certaines
20 régions, peuvent dépasser les deux ans; ce qui est
21 inacceptable et qui peut laisser des traces
22 importantes au niveau du développement des enfants.

23 On voit aussi, au niveau des établissements du
24 réseau, des enjeux d'accès dans la langue Premières
25 Nations, mais aussi en langue anglaise. Donc

1 plusieurs communautés anglophones ne sont pas
2 nécessairement situées à proximité d'un
3 établissement qu'on dit "désigné", donc qui offre
4 des services en langue anglaise. Donc ça peut
5 constituer un enjeu important pour plusieurs
6 Premières Nations.

7 Et, tel que magistralement présenté par
8 Dr Blackstock, les Premières Nations représentent
9 statistiquement davantage de besoins spéciaux.

10 Les établissements provinciaux sont financés
11 par populations, donc ne tiennent pas compte de
12 cette réalité-là qui est exposée à l'intérieur des
13 communautés. Donc le financement est octroyé en
14 fonction de la population, et ne tient pas compte
15 de la quantité et de la complexité des besoins que
16 l'on peut voir à l'intérieur des communautés.

17 Un exemple que je pourrais citer c'est un
18 directeur d'école d'une école provinciale, qui nous
19 mentionnait, lors d'une rencontre, que, son école,
20 la population de son école était formée à peu près
21 à cinquante pour cent (50 %) d'enfants Premières
22 Nations.

23 Toutefois, lorsqu'on regardait les classes
24 d'éducation spéciale ou les... services de besoins
25 spéciaux, c'est quatre-vingts pour cent (80 %) des

1 enfants qui nécessitaient des besoins spéciaux qui
2 étaient des Premières Nations. Il recevait pas le
3 financement pour répondre aux besoins de ces
4 quatre-vingts pour cent (80 %) d'élèves-là.

5 Donc, une solution à cette situation-là
6 pourrait être une analyse réaliste des besoins
7 populationnels des Premières Nations, et une
8 allocation dans les établissements provinciaux, les
9 CISSS, les CIUSSS ou les écoles. Donc, en fonction
10 des... de ces besoins-là, d'offrir les ressources,
11 au réseau provincial, pour qu'il puisse tenir
12 compte de cette réalité-là, qui est spécifique aux
13 communautés Premières Nations.

14 Les statistiques d'ailleurs, qui sont
15 colligées par le Principe de Jordan par le Bureau
16 régional de Santé Canada, pourraient soutenir les
17 travaux en ce sens-là.

18 Le dernier enjeu concerne la collaboration
19 avec le ministère de la Santé des services sociaux,
20 notamment avec la Direction des Affaires
21 Autochtones, qui centralise, en fait, l'ensemble
22 des communications entre les Premières Nations et
23 les autres établissements du réseau, ainsi qu'avec
24 les directions... les autres directions du
25 ministère de la Santé et des Services sociaux.

1 On reconnaît l'importance du rôle de
2 facilitateur. On reconnaît la pertinence d'avoir
3 un facilitateur, quelqu'un qui est au courant de la
4 réalité Autochtone au sein du ministère de la
5 Santé, justement pour servir un peu de transmetteur
6 d'information, de sensibilisateur, de facilitateur
7 auprès des autres directions.

8 Toutefois, à partir du moment que
9 l'information est centralisée à la DAA - la
10 Direction des Affaires Autochtones - ils deviennent
11 l'interlocuteur principal des échanges entre les
12 Premières Nations et les autres directions, ce qui
13 peut générer un enjeu. Les Premières Nations, à
14 partir de ce moment-là, ne sont plus en mesure de
15 valider la compréhension et de s'assurer que la
16 demande initiale est vraiment conforme avec la
17 demande qui parvient, en fait, à la direction qui
18 est visée.

19 Donc, présentement, tous les contacts, entre
20 notre organisation, entre les communautés et les
21 ministères, doivent passer par la DAA et sont
22 filtrés aussi par la DAA.

23 Dans certaines situations, et je dis bien
24 "dans certaines", parce que dans certaines
25 situations, dans d'autres, effectivement, ce rôle a

1 été joué de... ce rôle de facilitateur-là a été
2 joué. Par contre, dans certaines situations, le
3 fait de devoir centraliser a pu représenter un
4 obstacle important au processus et parfois même à
5 l'accès aux services, voire un ralentissement de
6 l'avancée de solutions avec les directions et les
7 autres ministères concernés.

8 Nous pourrions, je pourrais vous donner des
9 exemples concrets de cet état de fait-là si vous en
10 souhaitiez. Par contre, j'aimerais vous dire ceci.
11 Et je pense c'est un des messages avec lequel
12 j'aimerais vous laisser, c'est que la juridiction
13 ne doit plus être l'enjeu principal lorsqu'un
14 enfant Premières Nations ou lorsqu'une Première
15 Nation, peu importe son âge, a besoin de services
16 de santé.

17 Si on reprend le cas des enfants, les enfants
18 doivent être mis au centre des préoccupations. Et
19 quand il y a une Première Nation qui a besoin de
20 services de santé, tous les acteurs doivent se
21 sentir concernés par cette situation-là. Et chacun
22 de ces acteurs-là - je parle de la province, je
23 parle du fédéral, je parle des organisations
24 Premières Nations aussi là - tous ces acteurs-là
25 doivent tout mettre en oeuvre, se mobiliser et tout

1 mettre en oeuvre pour s'assurer que les services
2 sont donnés, que les services parviennent à la
3 Première Nation, peu importe son lieu de résidence.

4 Tout le monde doit tout mettre en oeuvre
5 justement, pour que, les enfants Premières Nations
6 aient accès... aient la même chance que tous les
7 autres enfants de développer leur plein potentiel.
8 En fait, ce qu'on doit retenir c'est que les
9 enfants Premières Nations comptent. La juridiction
10 ne doit plus filtrer les services qui sont offerts
11 aux enfants Premières Nations.

12 Une des solutions qui pourrait être mise de
13 l'avant concernant la collaboration avec le
14 ministère de la Santé serait entre autres la
15 décentralisation des relations entre les
16 différentes directions du ministère de la Santé et
17 les établissements des Premières Nations, ainsi que
18 la révision du mandat de la DAA, et ce, en
19 consultation avec les Premières Nations.

20 Ça conclurait les enjeux que nous souhaitons
21 vous présenter aujourd'hui.

22 **LE COMMISSAIRE:**

23 Merci. Est-ce que vous avez des questions

24 Me Richard?

25 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

1 Oui. Je vais tenter d'être brève, parce que je
2 vois le temps avance.

3 **LE COMMISSAIRE:**

4 Ah, vous avez la gestion du temps.

5 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

6 Parfait. Merci. Merci beaucoup pour votre
7 présentation. En fait, laissez-moi rebondir sur le
8 dernier thème que vous avez abordé, le troisième
9 enjeu de la communication qui est plutôt difficile
10 avec la DAA, la Direction des Affaires Autochtones,
11 du M3S. Depuis quand cette situation-là survient-
12 elle, et pourquoi est-ce qu'elle survient? Est-ce
13 qu'il y a eu... Cette centralisation, est-ce
14 qu'elle vient d'une résolution de la DAA? Est-ce
15 qu'elle vient d'une lettre envoyée au réseau? De
16 quelle façon est-ce que cette centralisation-là est
17 menée?

18 **MME SOPHIE PICARD:**

19 Si tu me permets. On a... bien premièrement, vous
20 dire que, au tout début, lorsque cette direction-là
21 a été créée,... - à mon avis, puis j'aimerais mieux
22 que eux répondent à cette question-là s'ils étaient
23 dans la salle, bien évidemment, mais - lorsqu'ils
24 ont été créés, que cette direction-là a été créée,
25 c'était dans une perspective de facilitation, du

1 moins c'est le rôle que nous constatons lorsque,
2 entre autres, H1N1, la situation d'H1N1, ils ont
3 joué un rôle de facilitateur, transmetteur
4 d'information, etc.

5 Les problématiques... t'sé, je ne pense pas
6 nécessairement que ce soit, du moins j'espère que
7 ce n'est pas une mauvaise volonté des acteurs, mais
8 bien une directive ministérielle à l'effet que tout
9 doit être centralisé; je pense qu'il y a même eu
10 des communiqués à cet effet-là qui ont été transmis
11 à l'intérieur des établissements, à l'intérieur des
12 directions, pour qu'ils puissent veiller et
13 défendre l'intérêt du ministère.

14 Personnellement, je ne les vois pas
15 nécessairement de grands facilitateurs. Dans
16 certains dossiers, je dois reconnaître qu'ils l'ont
17 été. Toutefois, dans une majorité de dossiers qui
18 concernent la santé, ce n'est pas toujours le cas.
19 C'est des grosses machines, alors c'est comme si on
20 intégrait un joueur, un autre joueur, dans nos
21 discussions. Et j'ai même vu des... et on avait
22 des exemples, si vous souhaitez en entendre
23 davantage, où certains projets ont été freinés, où
24 certaines initiatives, sur le plan local, entre les
25 communautés et les acteurs de leur réseau ont été

1 bloqués en leur disant, "vous devriez pas faire ça,
2 c'est le gouvernement fédéral qui doit payer de
3 telles fournitures aux X-Y-Z de tels services,
4 alors c'est pas dans vos paramètres, etc." Donc
5 les communautés se sont retrouvées à pas avoir
6 accès à ces services-là, parce que ça se passait
7 là, pendant les heures que, où les services étaient
8 non offerts par le gouvernement fédéral, ou du
9 moins, ils pouvaient pas avoir les acceptations
10 nécessaires.

11 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

12 Um-hum.

13 **MME SOPHIE PICARD:**

14 Donc, je pense que, il y a pas nécessairement une
15 date, et c'est pas de la faute, j'imagine, d'un
16 individu, mais c'est multifactoriel comme
17 problématique. Mais, à mon avis, ça doit être
18 résolu et on doit tenter de... d'avoir de
19 meilleures collaborations, sur une base régulière,
20 puis je pense que c'est certainement une ouverture
21 de leur part, et certainement de la nôtre aussi.
22 On a... lorsque il y a eu les... la restructuration
23 au ministère de la Santé, on a rencontré le
24 ministre de la Santé, et on avait dit à Dr Barrette
25 qu'on soutenait ces directions-là et qu'il y a, si

1 on veut, des parallèles ou des homologues dans les
2 différents CIUSSS et CISSS. Alors, ils ont... il y
3 a des agents, qui sont responsables des relations
4 avec les Premières Nations dans ces organisations-
5 là, mais encore là, notre lien avec eux doit passer
6 par la DAA. Alors c'est pas toujours facilitant,
7 il y a un enjeu à ce niveau-là, puis je pense que
8 c'est... ça pourrait être quelque chose de résolu
9 quand même assez facilement.

10 Puis par rapport au rôle, si on veut, que
11 Jessie a qualifié de passif, du... de cette
12 direction-là, parce que c'est eux qui siègent sur
13 le comité de coordination, il y a des choses qui
14 pourraient être mises en place. On comprend que...
15 qu'il y a des limites par rapport à l'accès aux
16 services professionnels, on comprend mais on
17 n'approuve pas nécessairement du tout, qu'il y ait
18 des limites, qu'on empêche, finalement, tout
19 professionnel à entrer sur communauté pour le
20 réseau québécois de la santé. Mais qu'en est-il
21 des mécanismes de communication, des mécanismes
22 concernant le *continuum* de soins.

23 Il y a des efforts du gouvernement provincial
24 qui peuvent être mis en place, qui vont faciliter
25 ces... mécanismes-là, et garantir un service

1 adéquat, sécuritaire, de qualité, pour les enfants
2 et les adultes, et pour tout individu des Premières
3 Nations.

4 Alors il y a des actions comme ça, lors de nos
5 discussions, vous nous aviez demandé de... d'être
6 très concrets et d'apporter des solutions
7 concrètes, réalisables. C'est ce qu'on tente...
8 c'est comme ça qu'on a orienté notre présentation.

9 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

10 Très intéressant. Vous dites que vous savez pas
11 nécessairement la date de cette directive
12 ministérielle ou de ce comité... ce communiqué,
13 pardon, mais avez-vous un certain... une
14 certaine... un an, un an et demi (1½), deux ans,
15 trois ans, dix (10) ans, quinze (15) ans? Est-ce
16 qu'il y a une certaine période que vous pourriez
17 cibler?

18 **MME SOPHIE PICARD:**

19 Moi je dirais entre deux et trois ans, il y a peut-
20 être deux (2) ans là, où on a émis une telle
21 directive. C'est une directive qui venait du sous-
22 ministre ou sous-ministre adjoint, à cet effet-là.
23 On avait même eu vent clair de cette directive-là,
24 qui avait été émis, et qui est venu freiner des...

25 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

1 Um-hum.

2 **MME SOPHIE PICARD:**

3 ... des ententes ou des relations entre les
4 communautés et leurs centres de santé...

5 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

6 Um-hum.

7 **MME SOPHIE PICARD:**

8 ... là, leurs homologues du réseau québécois.
9 Alors, ç'a eu des conséquences, ça s'est fait
10 sentir là, très très...

11 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

12 Um-hum.

13 **MME SOPHIE PICARD:**

14 ... rapidement. Mais je peux pas vous dire
15 exactement lorsque... Mais lorsque cette
16 directive-là n'était pas émise de façon officielle
17 par voie de communiqué à l'interne, elle était
18 émise de façon claire aux différentes directions
19 de... du département. Alors ça fait plusieurs
20 années, je vous dirais peut-être cinq-six (5-6)
21 ans, où il semble y avoir une direction claire par
22 rapport à toute entente ou tout dialogue entrepris
23 avec les Premières Nations où la DAA doit jouer un
24 rôle...

25 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

1 Um-hum.

2 **MME SOPHIE PICARD:**

3 ... là présent.

4 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

5 Um-hum. Monsieur le Commissaire, si vous me le
6 permettez, je sais pas si ce serait possible que
7 mon confrère, Me Riendeau, du Procureur général du
8 Québec, prenne un engagement à nous fournir cette
9 directive ministérielle ou cette lettre ou ce
10 communiqué à l'intérieur du réseau de la Santé
11 Services sociaux? Donc il y a de... entre deux et
12 trois ans. Donc, clairement dans notre mandat.

13 **Me VINCENT RIENDEAU:**

14 Je vais faire les vérifications qui s'imposent.

15 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

16 Excellent.

17 **Me VINCENT RIENDEAU:**

18 Merci.

19 **LE COMMISSAIRE:**

20 Je comprends que vous allez donner suite à
21 Me Richard dès que vous avez une nouvelle à ce
22 sujet-là?

23 **Me VINCENT RIENDEAU:**

24 Absolument.

25 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

1 Merci.

2 **LE COMMISSAIRE:**

3 J'apprécie. Merci beaucoup.

4 **LA GREFFIÈRE-AUDIENCIÈRE:**

5 Est-ce que c'est un engagement officiel ou...?

6 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

7 Oui, on pourrait le prendre comme engagement
8 officiel.

9 **LE COMMISSAIRE:**

10 Oui oui.

11 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

12 Si vous êtes en accord avec ça?

13 **Me VINCENT RIENDEAU:**

14 Oui. Parfait.

15 **LE COMMISSAIRE:**

16 Et s'il y a une directive, donc vous la transmettez
17 à Me Richard qui la produira.

18 **Me VINCENT RIENDEAU:**

19 Excellent.

20 **LE COMMISSAIRE:**

21 Ça va?

22 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

23 Disons dans les cinq (5) prochains jours, puis on
24 pourra peut-être discuter. Donc, engagement
25 formel.

1 **Me VINCENT RIENDEAU:**

2 Parfait.

3 **LA GREFFIÈRE-AUDIENCIÈRE:**

4 Donc, avec la cote E-775.

5 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

6 E-775?

7 **LA GREFFIÈRE-AUDIENCIÈRE:**

8 Oui.

9 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

10 Engagement du Procureur général du Québec. Merci.

11 **- PIÈCE COTÉE E-775 -**

12 Je pense qu'on pourrait continuer encore
13 pendant cinq heures sur l'application du Principe
14 de Jordan, mais je pense que ça va conclure. Vous
15 avez été très claire dans vos propos. On vous a
16 bien entendues, et de toute façon, on peut référer
17 au dépôt de la bibliothèque documentaire, presque
18 tous les propos dont vous nous avez mentionné et
19 fait part aujourd'hui sont inclus dans cette
20 bibliothèque, les statistiques, des lettres de
21 référence et tout. Donc je voudrais vraiment vous
22 remercier pour vos témoignages. Ce fut très très
23 intéressant. Merci.

24 **LE COMMISSAIRE:**

25 Oui. Est-ce que vous avez des questions

1 Me Riendeau?

2 **Me VINCENT RIENDEAU:**

3 Non je n'ai pas de questions. Merci.

4 **LE COMMISSAIRE:**

5 Bon. Alors merci beaucoup. Je pense que, avec la
6 présentation de Dr Blackstock, ça nous donne une
7 bonne idée. J'espère qu'on vous a entendues. Je
8 comprends que... il y a comme un cri du cœur,
9 faisons quelque chose, et je pense en matière de
10 délais, c'est quand même étrange de dire, on arrive
11 à une échéance en décembre deux mille dix-neuf
12 (2019) et on engage des gens, on s'implique dans
13 des processus, on veut avoir des gens compétents,
14 des gens qui peuvent aider, et pour combien de
15 temps... C'est... en somme, c'est un programme
16 avec une date d'échéance rapide, alors qu'on parle
17 de choses essentielles.

18 Ça m'amène à penser aux services de police,
19 quand le Chef Mapachee disait, "on me considère
20 comme un programme alors que je suis un service
21 essentiel", c'est un peu... on pourrait appliquer
22 la même chose avec ce que vous nous présentez
23 aujourd'hui.

24 Alors je vous félicite d'avoir le courage
25 de... d'aller de l'avant, hein? On sait qu'il y a

1 des petits enfants qui en ont besoin. On pense à
2 eux, hein? Et je comprends que vous pensez à eux
3 surtout. Et nous aussi. Alors je vous encourage à
4 continuer et soyez assurées qu'on retient ce que
5 vous nous avez dit. Et je répéterai pas ce que je
6 disais à Dr Blackstock: j'espère que je pourrai
7 entendre des bonnes nouvelles avant de présenter
8 mon rapport. Merci beaucoup.

9 Alors on suspend quelques minutes? Ou...

10 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

11 Oui, tout à fait.

12 **LE COMMISSAIRE:**

13 ... si vous passez immédiatement avec...?

14 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

15 Non, je pense qu'on va suspendre...

16 **LE COMMISSAIRE:**

17 Oui.

18 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

19 ... cinq (5) minutes juste pour permettre aux
20 autres...

21 **LE COMMISSAIRE:**

22 Oui.

23 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

24 ... de venir s'installer.

25 **LE COMMISSAIRE:**

1 Puis ça va vous donner une place. Très bien.

2 Alors on prend quelques minutes.

3 SUSPENSION

4 -----

5 REPRISE

6 **LA GREFFIÈRE-AUDIENCIÈRE:**

7 La Commission reprend.

8 **LE COMMISSAIRE:**

9 Alors bienvenue. Heureux de vous retrouver. Et je
10 comprends, Me Richard, que vous avez un nouveau
11 témoin qui vient se joindre à une de nos témoins de
12 la dernière étape?

13 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

14 Oui. Effectivement. Je peux peut-être commencer
15 par une courte présentation?

16 **LE COMMISSAIRE:**

17 Oui.

18 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

19 Donc, madame Marie-Noëlle Caron, qui est médecin et
20 conseillère en santé publique à la CSSS PNQL. Elle
21 a par ailleurs participé à la rédaction du
22 document, que nous allons déposer en pièce, qui
23 s'intitule « Document de réflexion, la santé
24 publique chez les Premières Nations au Québec, une
25 responsabilité partagée pour une action

1 concertée », que nous allons coter, Madame la
2 greffière, sous la cote P-776. Donc, voilà pour
3 moi.

4 - PIÈCE COTÉE P-776 -

5 **LE COMMISSAIRE:**

6 Alors on... nous allons assermenter Dr. Caron,
7 votre nouveau témoin?

8 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

9 Oui.

10 **LE COMMISSAIRE:**

11 Quant à madame Picard, elle témoignera sous le même
12 serment.

13 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

14 Oui.

15 **LE COMMISSAIRE:**

16 Ça va?

17 -----

18

19

20

21

22

23

24

25

1 Marie-Noëlle Caron
2 Conseillère en santé public, Commission de la santé et
3 des services sociaux des Premières Nations du Québec et
4 du Labrador
5 Affirmation solennelle

6 -----

7 **LA GREFFIÈRE-AUDIENCIÈRE:**

8 Merci.

9 **LE COMMISSAIRE:**

10 Alors bienvenue. Mais, avant que vous commenciez,
11 je voudrais simplement corriger une petite lacune.
12 Tout à l'heure, quand on référerait au financement
13 qui terminait en décembre, j'ai dit "décembre deux
14 mille dix-neuf (2019)", vous avez bien dit "mars
15 deux mille dix-neuf (2019)", hein?

16 **MME SOPHIE PICARD:**

17 Tout à fait.

18 **LE COMMISSAIRE:**

19 Quand je parlais de... du programme là, qui avait
20 une vie très courte.

21 **MME SOPHIE PICARD:**

22 Oui. Exactement.

23 **LE COMMISSAIRE:**

24 Bon. Alors c'est bien mars deux mille dix-neuf
25 (2019).

1 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

2 Et avant que madame Caron débute son témoignage,
3 pardon, je vais... on va simplement reformuler
4 l'engagement E-775 qui a été pris juste avant.
5 Donc, l'engagement E-775 va s'appeler « Directive
6 ministérielle ou communiqué de la Direction aux
7 Affaires Autochtones, au sein du réseau de la santé
8 et des Services sociaux, pour centraliser les
9 informations concernant les Affaires Autochtones au
10 sein du M3S. » Donc, une directive ou un
11 communiqué de... datant de deux à trois ans.
12 (Inaudible).

13 **LE COMMISSAIRE:**

14 Alors?

15 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

16 Donc, vous pouvez commencer le témoignage. Donc,
17 on va... les deux membres de la CSSS PNQL vont nous
18 parler de la santé publique pour les Premières
19 Nations. Merci d'être là.

20 **MME MARIE-NOËLLE CARON:**

21 Bien, bien heureuse d'être parmi vous. Donc je
22 vais commencer, je vais prendre la parole. Sophie
23 aura peut-être des petites choses à ajouter en
24 cours de route.

25 Donc là, on change un peu de monde, de...

1 d'univers pour entrer dans le domaine de la santé
2 publique. D'ailleurs, je vais commencer avec ça,
3 en faisant un bref portrait du champ d'action de la
4 santé publique, et ensuite en vous décrivant un peu
5 l'organisation des services de santé publique
6 autant au Québec que chez les Premières Nations,
7 juste pour faire un portrait global.

8 Et ensuite, évidemment, comme mes collègues
9 l'ont fait tantôt, je vais vous présenter trois
10 enjeux qu'on a identifiés, ainsi que les pistes
11 d'action qu'on suggère.

12 Donc, avant de décrire ce qui est la santé
13 publique, je voulais ajouter quelques données pour
14 faire un petit topo santé du... chez les Premières
15 Nations au Québec, donc des données qui nous
16 viennent de notre enquête régionale deux mille
17 quinze (2015), où on voit vraiment des proportions
18 plus élevées de différents troubles de santé, de
19 différents déterminants de la santé défavorables,
20 qui sont présents chez les Premières Nations, que
21 ce soit en termes d'insécurité alimentaire, de...
22 bon, d'emplois, on l'a vu tantôt, d'éducation qui
23 est moindre, de logements surpeuplés. On parle
24 aussi de diabète, qui est très très présent,
25 d'obésité, que ce soit chez les adultes mais aussi

1 chez les enfants. L'obésité et le diabète
2 apparaissent de plus en plus jeunes, donc, les
3 problèmes de santé sont très présents, et souvent
4 surreprésentés chez les Premières Nations. Et
5 c'est un peu pour ça qu'on voulait parler de santé
6 publique, parce que justement, les... l'approche de
7 santé publique, ça a comme objectif de regarder la
8 population en général, le patient dans ce type de
9 médecine-là, si on veut, c'est la population, et
10 non un individu en particulier.

11 Et c'est une approche qui est communautaire,
12 puis très cohérente avec la vision des Premières
13 Nations. Et, évidemment, étant communautaire, puis
14 visant des déterminants de la santé très souvent,
15 donc, la santé publique a un pouvoir de réduire les
16 inégalités de santé. Donc je disais tantôt que, il
17 y a beaucoup de problèmes de santé qui sont
18 surnuméraires, si on veut, chez les Premières
19 Nations, c'est en comparaison avec le reste de la
20 population, donc on voit qu'il y a des inégalités,
21 puis on pense que la santé publique pourrait aider
22 à réduire ces inégalités-là.

23 Donc, pour donner, grosso modo, l'organisation,
24 en fait, comment ça fonctionne la santé publique au
25 Québec, j'imagine vous le savez, fait que je veux

1 pas trop en dire non plus. Donc, au Québec, on a
2 la Loi sur la santé publique, qui date de deux
3 mille un (2001), qui définit, dans le fond, les
4 obligations, les pouvoirs des autorités de santé
5 publique, et ce, aux différents paliers, soit
6 provincial, régional et local.

7 La Loi définit aussi les fonctions de santé
8 publique, surveillance de l'état de santé, donc,
9 savoir ce qui se passe, tant en temps réel que
10 d'une façon un peu moins sur le vif, mais bref,
11 savoir ce qui se passe en matière de santé, et de
12 l'état des déterminants de la santé. La promotion
13 de la santé, favoriser la... le maintien d'une
14 bonne santé dans la population. La prévention des
15 maladies, que ce soit par le dépistage, le
16 counseling ou la vaccination par exemple. Et la
17 protection de la santé, quand il y a une menace, un
18 risque qui se présente, bien, la santé publique a
19 une responsabilité de réagir pour venir répondre à
20 cette menace-là.

21 Donc, la santé publique a pour objet la
22 protection de la santé de la population, et la mise
23 en place de conditions favorables au maintien et à
24 l'amélioration de l'état de santé et de bien-être
25 de la population en général. Donc de toute la

1 population. On n'exclut pas personne, les
2 Premières Nations sont... font partie de cette
3 population en général.

4 Et, encore une fois, l'outil ou le... oui,
5 l'outil de santé publique, c'est le Programme
6 national de santé publique. Là, il y en a un qui
7 vient de sortir en deux mille quinze (2015), donc
8 un programme deux mille quinze, deux mille vingt-
9 cinq (2015-2025), qui encadre les activités de
10 santé publique et définit l'offre de services selon
11 cinq (5) axes.

12 Ce programme-là, il est fait au niveau
13 provincial et, dans chaque région, chaque direction
14 de santé publique développera son propre plan
15 régional, son plan d'action régional de santé
16 publique, selon un peu le même modèle que le
17 Programme national au niveau provincial.

18 Donc ça, comment ça se passe au Québec.

19 Dans les communautés des Premières Nations non
20 conventionnées, on l'a vu tantôt avec mes
21 collègues, bien, c'est un système un peu en
22 parallèle là, si on veut.

23 Donc, quand je suis rentrée en poste, v'là
24 quand même neuf (9) ans, bon, on a commencé à se
25 questionner, on se demandait, "bon, c'est quoi

1 réellement le portrait de l'offre de services de
2 santé publique dans les communautés."

3 Il y avait pas vraiment de portrait. Donc on a
4 créé un comité d'experts, qui a amorcé une
5 réflexion pour définir cette offre de services-là,
6 et qui... on a abouti à différents constats,
7 différents enjeux, et des pistes de solutions, et
8 c'est ce qui est résumé dans le document qu'on a
9 déposé.

10 Et en faisant toute cette réflexion-là, on a
11 réalisé que, l'organisation des services de santé
12 publique dans les communautés est très complexe.
13 Pourquoi? Bien c'est parce que les acteurs, qui
14 participent soit au financement, à la planification
15 ou à la prestation des services de santé publique,
16 ils relèvent de différents ordres de gouvernement;
17 c'est rien de nouveau, c'est l'histoire pour ce qui
18 est des communautés. Donc on a des... le fédéral,
19 le provincial, au niveau local, donc, ces ordres de
20 gouvernement-là ils... oeuvrent dans des cadres
21 législatifs qui sont distincts; souvent ne se
22 parlent pas, ne se connaissent pas.

23 Par exemple, dans les communautés, le
24 financement pour les services de santé
25 communautaire vient, descend via les programmes

1 fédéraux qui sont définis par le gouvernement
2 fédéral. Et puis il peut y avoir une infime partie
3 qui vient de mesures provinciales. Par exemple, on
4 parlait tantôt du plan d'action gouvernemental sur
5 le développement social et culturel, les Premières
6 Nations inuites, il y a des mesures, il y a des...
7 du financement qui vient de la province, qui permet
8 le développement d'activités de santé publique dans
9 les communautés.

10 Outre le financement, la planification, la
11 création de plans et la prestation des services se
12 fait vraiment dans la communauté.

13 Les communautés, comme disaient mes collègues
14 tantôt, sont habituées de faire des plans depuis
15 plusieurs années, depuis qu'il y a eu le transfert
16 de pouvoir du fédéral. Et, évidemment, les
17 intervenants dans les communautés, c'est vraiment
18 des employés du Conseil de bande qui offrent les
19 services. Le Québec n'offre, *grosso modo*, aucun
20 service là, de type santé publique, dans les
21 communautés.

22 Donc évidemment, ce portrait-là, où on a des
23 rôles, les responsabilités fédérales, provinciales,
24 locales, ça crée des enjeux d'interprétation de ces
25 rôles-là et plusieurs flous en découlent. Donc,

1 mes collègues encore une fois en parlaient tantôt.
2 Ce qui se passe du côté clinique se passe aussi du
3 côté santé publique. Donc, des flous même dans les
4 documents qui tentent de... d'interpréter la loi.
5 Puis même quand on regarde juste les lois, c'est
6 pas toujours facile là, de voir ce qui s'applique
7 ou non aux Premières Nations en matière de santé
8 publique.

9 Donc, ces enjeux d'interprétation des rôles,
10 maintenant je vais nommer trois (3) enjeux qu'on a
11 fait ressortir, trois (3) enjeux qui sont rattachés
12 à différentes fonctions de santé publique
13 justement.

14 Le premier, qui concerne la connaissance de
15 l'état de santé des Premières Nations. Le
16 deuxième, la protection de la santé, et le
17 troisième, la promotion de la santé puis la
18 prévention des maladies.

19 Donc, comme je disais tantôt, la Loi de santé
20 publique donne les grands axes d'action du
21 gouvernement du Québec en matière de santé
22 publique, et ça inclut la surveillance de la santé
23 et des déterminants de la santé.

24 Donc, le Québec dispose de plusieurs sources de
25 données pour créer un portrait de santé, tant au

1 niveau provincial que dans chacune des régions. En
2 fait, chaque direction de santé publique a le
3 mandat de... d'analyser les données des fichiers
4 administratifs, des enquêtes populationnelles, donc
5 de différentes sources de données pour créer ces
6 portraits. Par contre, il y a très rarement
7 d'analyses qui sont faites sur l'état de santé des
8 Premières Nations.

9 Premières Nations, donc, qui sont présentes
10 dans les régions de chaque direction de santé
11 publique; il y a dix-huit (18) régions socio-
12 sanitaires ou peut-être dix-neuf (19), mon Dieu...
13 peu importe. Donc... donc très peu d'analyses des
14 données spécifiques aux Premières Nations faites
15 par les différentes directions de santé publique.

16 Actuellement, du côté des Premières Nations, on
17 n'a pas accès aux données qui sont comptées dans
18 les fichiers provinciaux: fichiers des décès,
19 fichiers des tumeurs, données de naissance,
20 mortinaissance, les données de périnatalité et tout
21 ça, les hospitalisations.

22 La seule source de données qu'on a c'est
23 l'enquête régionale sur la santé, puis encore là,
24 c'est une enquête populationnelle, les gens qui
25 répondent à des questions. Et c'est un échantillon

1 de communautés, c'est pas l'ensemble des trente-
2 deux (32) communautés qui ont répondu, c'est vingt-
3 trois (23) communautés sur trente-deux (32).

4 Donc, il y a aussi d'autres sources au niveau
5 communautaire, mais qui sont plus ou moins fiables,
6 des données maison. Donc, la source qu'on a c'est
7 majoritairement l'enquête, puis si la Commission,
8 dans son mandat, doit soutenir les communautés dans
9 l'élaboration de programmes, dans la mise en oeuvre
10 d'interventions pour améliorer la santé, bien on se
11 demande comment on peut faire. On a des données,
12 oui, mais, très peu sur des outcome... - mon Dieu -
13 des outcome.

14 En termes de mortalité, d'espérance de vie, on
15 n'a aucune idée de ce qu'est l'espérance de vie
16 chez les Premières Nations.

17 Les mortinaissances... les indicateurs de santé
18 ultrasensibles, on ne les connaît pas. Donc on a
19 essayé, depuis huit (8) ans, de faire des démarches
20 auprès du gouvernement du Québec, pour tenter
21 d'avoir accès à ces fameuses données-là, mais il y
22 a toujours un obstacle qui apparaît; donc
23 justement, il y aura une pièce là, qui pourra être
24 déposée, qui décrit, depuis deux mille douze
25 (2012), l'ensemble des démarches qui ont été

1 réalisées avec, bon, les obstacles ou les embûches
2 qui se sont présentées en cours de route.

3 Donc, personne connaît la situation au regard
4 d'indicateurs essentiels. En même temps, la
5 Commission désire soutenir les communautés dans le
6 développement de programmes puis d'interventions,
7 pour améliorer la santé. On n'est pas capable
8 d'évaluer la pertinence de ces actions-là parce
9 qu'on peut pas savoir on est parti d'où puis on est
10 allé où. Comment on fait pour améliorer,
11 réorienter les actions conséquemment à cette
12 évaluation-là, si on n'a pas les données qui nous
13 permettent de faire nos comparaisons ou de voir les
14 tendances dans le temps?

15 Bref, seulement sur le point de vue de la
16 connaissance de l'état de santé, on a déjà une
17 iniquité. Les Premières Nations ne peuvent pas
18 savoir, actuellement, où ils en sont.

19 Et donc, ce qu'on propose comme solution c'est,
20 que le Québec doit rapidement identifier une
21 solution, permettant aux Premières Nations
22 d'accéder aux indicateurs de santé qui leur seront
23 utiles.

24 Donc pour le deuxième enjeu, qui touche la
25 protection de la santé, va être en fait une

1 illustration de l'effet parallèle dont on a déjà
2 parlé dans la présentation de mes collègues, et
3 avec pour exemple le contexte des mesures
4 d'urgence.

5 Donc, il faut savoir que, pour les Premières
6 Nations au Québec, il y a des mécanismes qui sont
7 en place pour assurer la préparation et la gestion
8 des urgences, si elles doivent survenir. Donc, on
9 a encore une fois les différents partenaires
10 fédéraux, provinciaux, locaux, qui, grâce à ces
11 mécanismes-là, ont, en théorie, les moyens d'agir
12 d'une façon coordonnée, que ce soit au niveau des
13 communications, de la distribution de matériel, de
14 documents.

15 Il y a des ententes qui existent, il y a des
16 descriptions de rôles, de responsabilités, mais qui
17 sont toutes faits à la pièce. Donc, le fédéral a
18 ses descriptions, la province, les Premières
19 Nations. Donc c'est toujours un peu difficile,
20 encore une fois, de mettre tout ça ensemble et de
21 faire en sorte que chacun sache ce qui se passe
22 dans le camp de l'autre. Donc c'est pour ça, on
23 peut se poser la question: oui, il y a des
24 mécanismes, mais, est-ce qu'ils sont connus, est-ce
25 qu'ils sont appliqués par le bon interlocuteur, au

1 bon moment? Est-ce que... qui sont ces
2 interlocuteurs-là, tant au niveau fédéral,
3 provincial, régional, local? Puis surtout, est-ce
4 qu'ils se connaissent? Est-ce qu'ils peuvent
5 mettre un nom à leurs vis-à-vis dans une autre
6 juridiction?

7 Par exemple, en matière de communications en
8 contexte d'urgence, on a des exemples de
9 manquements au niveau de la transmission de
10 l'information. Quelles informations devraient être
11 transmises? À qui? Est-ce que le ministère, comme
12 il transmet son information aux CISSS ou aux
13 CIUSSS, est-ce qu'il doit le transmettre aux
14 communautés directement? Est-ce qu'on considère le
15 centre de santé de la communauté comme un CLSC?
16 Comme un CISSS? Est-ce qu'il y a des... c'est quoi
17 les enjeux au niveau administratif. Qui a le droit
18 d'envoyer quelles informations à qui?

19 Donc il y a... c'est beaucoup de questions.
20 Puis la question de la traduction aussi, est
21 toujours un enjeu. C'est écrit dans certains
22 documents, "les informations devront être traduites
23 si besoin est" - là je fais pas la bonne citation
24 mais - "si besoin est." Bon. Ça sera à
25 déterminer.

1 Puis enfin, comment on fait pour s'assurer de
2 la cohérence des informations puis des
3 recommandations qui nous viennent à la fois du
4 fédéral et du provincial? Un exemple: dans
5 l'épisode de la grippe H1N1, à la fin des années...
6 bien, deux mille neuf (2009), il y avait toute une
7 théorie sur quel masque était celui qu'on devait
8 utiliser. Mais il y avait une recommandation
9 fédérale, une recommandation provinciale, les deux
10 recommandations se sont parfois rendues dans les
11 communautés qui devaient gérer ça, en plus du
12 contexte où on leur demandait tout plein de...
13 d'actions, de répertorier, de vacciner. Donc deux
14 commandes différentes, avec un manque flagrant là,
15 de communications.

16 Même chose pour certains documents
17 d'information qui parvenaient via un... une
18 instance ou l'autre, qui transmettait pas les mêmes
19 informations. Donc ça a pour impact d'avoir...
20 l'impact de cet effet parallèle-là que... qu'on
21 appelle, bien, c'est des actions mal coordonnées,
22 des communautés qui sont peu informées ou mal
23 informées. Et, bien, un potentiel d'une réaction
24 inadéquate, une réponse inadéquate à la situation
25 d'urgence; puis on peut imaginer les risques à la

1 santé qui peuvent s'ensuivre.

2 Donc, comme solution qu'on propose c'est
3 d'identifier les zones de collaboration
4 incontournables entre les différentes instances, et
5 la mise en oeuvre de mécanismes officiels pour
6 garantir l'efficacité des actions en protection de
7 la santé.

8 Donc, le dernier enjeu qui touche la promotion
9 de la santé et la prévention des maladies, est un
10 peu d'un autre ordre, mais bon, on revient aussi
11 rejoindre l'idée des rôles et responsabilités
12 partagés, mais peut-être mal compris de part et
13 d'autre.

14 Quand on regarde le Programme national de
15 santé publique, et puis... au Québec, et qu'on
16 regarde les programmes définis par le gouvernement
17 fédéral, quand même... les grands axes sont assez
18 semblables; on pourrait penser que, un équivaut à
19 l'autre. Cependant, quand on analyse un peu plus
20 en profondeur, on voit que, il y a des lacunes, au
21 niveau de ce qui peut se retrouver en terme de
22 programmes dans les communautés des Premières
23 Nations, donc des services qui, oui, sont offerts
24 du côté de la province ne sont... ne le sont pas,
25 parce que non couverts par les programmes fédéraux

1 dans les communautés des Premières Nations, ce qui
2 fait qu'ils ont un accès limité à certains
3 services. Par exemple, l'approche "École en
4 santé", on parlait d'enfants, on parlait de
5 développement de l'enfant. La province offre ce
6 soutien-là aux écoles, pour développer un milieu de
7 vie qui est sécuritaire, qui favorise les saines
8 habitudes de vie, en collaboration avec le milieu,
9 les intervenants en éducation, en santé, la
10 communauté, mais ça c'est pas... il y a rien, au
11 niveau fédéral, qui englobe ce type d'approche-là,
12 qui contient ce type d'approche. Et, bien, la
13 province ne l'offre pas spontanément. Donc c'est
14 un trou qu'on peut noter, en terme d'offres de
15 services.

16 Un autre exemple serait... Ça c'est des
17 services qui sont décrits dans le Programme
18 national de santé publique. Un autre exemple,
19 c'est la promotion des pratiques cliniques
20 préventives.

21 C'est une approche, encore une fois, qui est
22 soutenue par les directions de santé publique, où
23 on tente de sensibiliser puis de former les
24 intervenants de première ligne - médecins,
25 infirmières - pour qu'ils puissent profiter d'un

1 contact avec un patient, mais qui vient pour une
2 raison de consultation X, en profiter pour, oui,
3 parler de cette situation, cette raison-là, mais
4 aussi faire le tour, voir de quoi il aurait besoin
5 de plus selon son âge ou différentes
6 caractéristiques, est-ce qu'on devrait lui offrir
7 un test de dépistage? Une certaine vaccination
8 selon ses facteurs de risques? Est-ce qu'on a des
9 conseils à lui prodiguer?

10 Donc c'est une démarche qui permet de faire de
11 la prévention en milieu clinique, encore une fois
12 qui est pas dans les programmes fédéraux, donc qui
13 est une approche assez difficile aussi, à mettre
14 sur pied, donc il faut un soutien.
15 Malheureusement, le soutien n'est pas disponible
16 pour les communautés des Premières Nations.

17 Et enfin, simplement pour mentionner que, bon,
18 oui, on remarque qu'il y a des lacunes, des trous
19 encore une fois, de services, mais que, malgré
20 tout, dans le Programme national de santé publique,
21 il est noté que, les besoins des communautés
22 autochtones doivent être pris en compte dans le
23 développement des plans d'action régionaux. Donc,
24 les régions où se situent des communautés, ils
25 doivent tenir compte des besoins de ces

1 communautés-là dans l'élaboration de leur plan.

2 Malheureusement, on voit très peu de mentions
3 des besoins des Premières Nations dans plusieurs de
4 ces plans régionaux-là. Puis il faut savoir que,
5 sur dix-huit (18) régions, il y a quand même dix
6 (10) régions où il y a des Premières Nations.
7 Donc, il devrait y avoir dix (10) plans, avec des
8 mentions de besoins spécifiques aux Premières
9 Nations.

10 **MME SOPHIE PICARD:**

11 Euh, juste, si vous me permettez. Faire un léger
12 ajout par rapport à ce que Marie-Noëlle présentait
13 en termes d'enjeux. Le gouvernement... euh,
14 provincial, je m'excuse, a adopté une politique de
15 prévention, dans laquelle il nous a interpellé pour
16 identifier, il souhaitait identifier une mesure qui
17 était dirigée là, par rapport aux Premières
18 Nations, et de cette mesure-là devait découler
19 différentes actions.

20 Donc, la mesure, qui s'appelle 3.6 je pense,
21 s'appelle « L'amélioration de la condition de vie
22 des populations Autochtones », alors c'est la
23 mesure qui a été adoptée. On nous a demandé notre
24 opinion par rapport à des thématiques pour
25 l'identification de... des mesures. Nous avons

1 soulevé deux enjeux qui étaient... en matière de
2 prévention, qui pourraient être intéressants. On a
3 consulté notre réseau, puis on est revenu avec des
4 éléments qui étaient souhaités. Et le gouvernement
5 du Québec, j'oserais dire, a encore mieux fait que
6 nos attentes, et a adopté une politique qui est
7 encore plus large que ce qu'on s'attendait, donc
8 dans l'amélioration des conditions de vie.

9 Par contre, lorsque vient le temps de formuler
10 des actions, cette étape-là, bien là, le
11 gouvernement offre des financements à des
12 programmes ou à des organisations en fonction de
13 leur vision et des besoins qu'ils ont identifiés,
14 plutôt que des besoins des communautés. Alors, ce
15 qui... les retombées de cette mesure-là, je veux
16 pas dire qu'ils sont... qu'elles sont absentes dans
17 les communautés, parce que ça serait faux de dire
18 ça, il y a quand même des investissements, je
19 dirais, indirects qui touchent les communautés,
20 mais les actions qui ont été priorisées, puis c'est
21 quand même des sommes d'argent importantes, bien,
22 ça s'est fait sans consultation.

23 Alors, on nous a consultés pour ce qui est de
24 la formulation de la mesure, mais en matière
25 d'investissement d'actions, de priorisation, bien

1 là, à ce moment-là, on a tenu compte quand même des
2 thématiques qu'on avait proposées, mais on nous a
3 pas consultés dans l'identification de
4 formulations, alors... par rapport aux actions. Je
5 voulais juste soulever ça, qui vient un peu en
6 complément de ce que disait Marie-Noëlle.

7 **MME MARIE-NOËLLE CARON:**

8 Um-hum. Donc, tout ça fait en sorte que, malgré
9 des programmes qui nous semblent quand même pas si
10 mal, il y a des trous de services, et il y a des
11 approches qui sont reconnues efficaces, qui sont
12 pas mises en oeuvre dans les communautés; je
13 parlais d'école en santé, de la promotion des... de
14 la prévention clinique... Il y en a d'autres aussi
15 là. Donc on est encore en train de perpétuer des
16 inégalités, des iniquités.

17 Donc on propose, comme troisième et dernière
18 solution, de désigner des montants, afin que les
19 communautés et les organisations des Premières
20 Nations développent leur propre plan d'actions en
21 santé publique, tant au niveau régional que local
22 de manière complémentaire à ceux du Québec.

23 Ces investissements pourraient aussi
24 contribuer à la mise en oeuvre d'actions
25 prioritaires en lien avec leur planification

1 communautaires et régionale en santé et mieux-être.

2 Et puis peut-être sur... pour terminer sur des
3 recommandations plus globales, on a beaucoup parlé
4 là, de communication, que ce soit dans les
5 interventions de mes collègues précédemment, mais
6 aussi en matière de santé publique, on considère
7 que d'être intégré à certains... certaines tables
8 de concertation, à certains comités, qu'ils soient
9 provinciaux ou régionaux, pourrait être une façon
10 intéressante, premièrement de savoir ce qui se
11 passe, ce qui se trame, dans le réseau québécois,
12 pour être prêt quand les... quand on est consultés
13 ou pour se préparer d'avance et pas juste être en
14 réaction. Pour savoir ce qui se passe, et aussi
15 pouvoir donner notre opinion dans le cadre de ces
16 tables ou de ces comités-là.

17 Donc, il y a un paquet de tables de
18 concertation nationale en santé publique, que ce
19 soit en maladies infectieuses, en santé
20 environnementale, en prévention promotion, en santé
21 au travail, en surveillance aussi, qui pourrait
22 être intéressant de... d'intégrer.

23 Et, évidemment, bien, on parle d'écart, on
24 parle d'inégalités. Il faut arrêter de creuser ces
25 écarts-là. S'il y a des fonds, puis il y a souvent

1 des fonds que le gouvernement du Québec alloue aux
2 CISSS, aux CIUSSS, pour développer des activités,
3 des interventions de santé publique pour l'ensemble
4 de la population québécoise, bien il faudrait
5 s'assurer que ces fonds-là, ou en tout cas, qu'il y
6 ait quelque chose d'équivalent qui existe pour les
7 Premières Nations. Si on investit en activité
8 physique, pour la population québécoise, mais que
9 le... un investissement équivalent n'est pas fait
10 côté Premières Nations - on sait qu'il y en a déjà
11 moins - on vient encore de... d'amplifier l'écart,
12 puis c'est l'inverse qu'il faut viser. Donc,
13 voilà.

14 **LE COMMISSAIRE:**

15 Est-ce que ça fait le tour? Avez-vous des
16 questions Me Richard?

17 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

18 Oui, j'en aurais quelques courtes questions pour
19 nos témoins.

20 En fait, quel est le rôle des directeurs de la
21 santé publique, par rapport aux communautés
22 Autochtones non conventionnées? Comment est-ce que
23 eux, en tant que directeurs de la santé publique,
24 décrivent ou voient leur rôle ou comprennent leur
25 rôle? Je sais pas si vous avez quelque chose à

1 dire sur ça?

2 **MME SOPHIE PICARD:**

3 C'est une bien grande question. Marie-Noëlle,
4 j'imagine que toi aussi... Moi j'ai mon idée, mais
5 je vas te laisser peut-être...

6 **MME MARIE-NOËLLE CARON:**

7 Non, vas-y.

8 **MME SOPHIE PICARD:**

9 Bien, cette question-là a été soulevée entre autres
10 dans le cadre des journées nationales de santé
11 publique. Devant deux cents personnes, je me
12 souviendrai toujours qu'il y a un directeur de la
13 santé publique qui a posé la question de façon très
14 ouverte, et j'oserai pas dire naïve mais, il
15 souhaitait que cette question-là du moins, soit
16 abordée. Et il y a aucune réponse claire qui lui a
17 été formulée.

18 On a eu des échanges avec le directeur de
19 santé publique, Dr. Arruda, qui... - que vous
20 recevrez ici la semaine prochaine. Je voudrais pas
21 être son porte-parole, je vais le laisser lui-même
22 venir décrire sa perception par rapport à la
23 responsabilité du Québec, mais ma compréhension
24 de... des propos qu'il a tenus à plusieurs
25 reprises, c'est qu'il perçoit que le Québec a quand

1 même une responsabilité populationnelle et je n'ai
2 pas l'impression qu'il exclut, à cette
3 responsabilité-là, les Premières Nations et ce qui
4 se passe sur les territoires, en terme des
5 responsabilités de santé publique. Mais cette
6 question-là pourra certainement leur être posée.

7 Les... leur façon de voir, dans les directions
8 de santé publique, bien, à ce moment-là, c'est une
9 question très complexe, et je pense que
10 dépendamment de chacune... dans chacune des
11 organisations, je pense que les liens avec les
12 Premières Nations diffèrent d'une place à l'autre,
13 et le type de services, de support,
14 d'accompagnement qui est offert, diffère aussi
15 d'une place à l'autre. Mais Marie-Noëlle, peut-
16 être que t'as quelque chose de complémentaire à
17 ajouter ou...?

18 **MME MARIE-NOËLLE CARON:**

19 C'est pas mal ce que j'aurais dit. En fait, une
20 certaine variabilité, un désir dans le discours de
21 servir l'ensemble de la population, mais avec des
22 "mais". Il y a eu des grosses coupures en terme...
23 dans le domaine de la santé publique dans les
24 dernières années. Il y a eu des mises à pied, il y
25 a trente pour cent (30 %) de la main-d'oeuvre qui a

1 été mise à pied, fait que... bon. C'est un
2 ingrédient là, qui est toujours présent puis qui
3 peut faire en sorte qu'on est moins ouvert à aller
4 vers les Premières Nations - hypothèse. Mais, non,
5 je pense que Sophie, t'as fait le... un bon tour.

6 **MME SOPHIE PICARD:**

7 Um-hum.

8 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

9 J'aurais peut-être une dernière question,...

10 **LE COMMISSAIRE:**

11 Oui.

12 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

13 ... si vous me le permettez.

14 Vous avez votre document de réflexion santé
15 publique chez les Premières Nations sous les yeux?
16 Si vous allez à la page 64, j'aimerais bien avoir
17 votre avis, c'est justement par rapport à cette
18 responsabilité populationnelle, parce que je trouve
19 ça très intéressant qu'on puisse avoir la vision de
20 la CSSS PNQL et ensuite du Directeur de la santé
21 publique, Horacio Arruda, sur la question.

22 Dans les extraits que vous mentionnez à la
23 page 64, c'est... la source vient du ministère de
24 la Santé et Services sociaux de deux mille sept
25 (2007). Dans le troisième extrait, et je cite:

1 « Les établissements du réseau québécois
2 ne peuvent assumer une responsabilité
3 populationnelle à l'égard des communautés
4 autochtones non conventionnées. En
5 effet, le Québec reconnaît à ces
6 dernières l'autonomie et la
7 responsabilité de mettre en place leurs
8 propres services. »

9 Est-ce que je peux avoir votre opinion sur la
10 question? Parce que c'est directement en lien avec
11 la responsabilité populationnelle.

12 **MME MARIE-NOËLLE CARON:**

13 En effet. Bien en fait, la réponse correspond aux
14 questions qu'on a soulevées dans le même tableau.
15 Ce document-là, « Prestations et financement »,
16 d'ailleurs, a été... pas remplacé mais a une
17 nouvelle version...

18 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

19 Élaguée peut-être?

20 **MME SOPHIE PICARD:**

21 Oui.

22 **MME MARIE-NOËLLE CARON:**

23 ... élaguée, oui, ça pourrait être une... oui, une
24 façon de le voir. Et ça constitue une
25 interprétation qui a été faite, bon, en deux mille

1 dix-sept (2017), de... majoritairement de la Loi
2 sur la santé publique.

3 **MME SOPHIE PICARD:**

4 En deux mille sept (2007).

5 **MME MARIE-NOËLLE CARON:**

6 Qu'est-ce que j'ai dit?

7 **MME SOPHIE PICARD:**

8 Deux mille dix-sept (2017).

9 **MME MARIE-NOËLLE CARON:**

10 Sept (7). Deux mille sept (2007). Donc, est-ce
11 que ce désir, est-ce que ce libellé-là reflète un
12 désir du gouvernement du Québec de respecter
13 l'autonomie des Premières Nations et les
14 responsabilités fédérales, ou si c'est un refus de
15 prendre ses responsabilités à l'égard des
16 communautés des Premières Nations? Ou est-ce que
17 c'est un constat que le réseau québécois peut pas
18 assumer seul ces responsabilités-là?

19 Malheureusement, on peut pas répondre, nous, à
20 cette question-là.

21 **MME SOPHIE PICARD:**

22 Um-hum.

23 **MME MARIE-NOËLLE CARON:**

24 Mais ça nous fait... c'est ça. Ce libellé-là nous
25 amène des questions.

1 **MME SOPHIE PICARD:**

2 Mais, pour assumer une telle responsabilité, vous
3 savez, qui est prescrite par la loi, dans le sens
4 que les... la responsabilité populationnelle là,
5 des directions de santé publique, il y a la loi qui
6 vient encadrer ça pour assumer des responsabilités,
7 pleinement une responsabilité de santé publique,
8 puis je vais oser prendre un exemple d'une
9 communauté qui est tout près d'ici, à Wendake.

10 Wendake fait des choses comme toutes les
11 autres communautés, extraordinaires en matière de
12 santé, avec peu de ressources, mais des gens très
13 très engagés, mais il en demeure pas moins qu'ils
14 ont pas plus accès à leurs données; quand on vous
15 parlait tout à l'heure de... des connaissances par
16 rapport à l'état de santé, ils ont certaines
17 données, je veux pas dire qu'ils ont pas du tout
18 accès à aucune donnée, mais les données qui ont été
19 ciblées par Marie-Noëlle, qui sont des éléments
20 essentiels pour faire une bonne analyse de l'état
21 de santé, ils ont pas plus accès, elles, la
22 communauté de Wendake et les autres communautés, à
23 ces données-là.

24 L'expertise en matière de santé publique.
25 Marie-Noëlle a fait, j'imagine, neuf (9) ans de

1 médecine pour en arriver avec un tel certificat.
2 Donc, les ressources financières, humaines, pour
3 pouvoir assumer une telle responsabilité, je serais
4 curieuse de connaître la réponse du directeur de
5 santé de Wendake par exemple, ou d'une autre
6 communauté, si on lui disait, "tu vas assumer
7 pleinement demain la responsabilité de santé
8 publique." Ça veut dire: les enquêtes par rapport
9 aux ITSS, ça veut dire la protection en cas de
10 pandémie par exemple, et etc. Est-ce que les
11 communautés ont les ressources nécessaires
12 lorsqu'ils ont des travailleurs qui sont qualifiés,
13 mais dans certains champs d'expertise? Dans une
14 communauté qui a mille (1 000) résidents, est-ce
15 que on peut dire, bien, la communauté a... doit
16 donc assurer toutes les fonctions de santé
17 publique, puisque elle est autonome puis on lui
18 reconnaît une grande expertise, une grande
19 autonomie pour le faire? Bien, peut-être que la
20 réponse est oui. Mais ça prend les ressources qui
21 vont être associées et les données pour arriver à
22 assumer une telle fonction qui... je sais pas s'il
23 arrivait une incidence... un incident majeur, dans
24 une communauté, si le Québec serait pas pointé du
25 doigt pour ne pas avoir assumé cette

1 responsabilité-là.

2 Il y a des questions légales, il y a des
3 questions d'interprétation, Marie-Noëlle l'a
4 soulevé, mais je pense que votre question amène un
5 questionnement par rapport à l'interprétation puis
6 le rôle que peut jouer une communauté par rapport à
7 une telle responsabilité, qui est même encadré par
8 la loi.

9 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

10 Um-hum.

11 **MME SOPHIE PICARD:**

12 Alors je me questionne, puis j'imagine que pour un
13 directeur de santé publique - pour revenir à votre
14 première question - pour un directeur de santé
15 publique, il y a certainement... ou pour la
16 direction, les autres professionnels qui y
17 travaillent, il y a certainement une zone grise.

18 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

19 Um-hum. Bon bien, merci. C'est très éclairant
20 pour nous, ça va pouvoir également faire mousser
21 notre réflexion par rapport au témoignage d'Horacio
22 Arruda qui s'en vient.

23 **LE COMMISSAIRE:**

24 Um-hum. Me Riendeau, avez-vous des questions?

25 **Me VINCENT RIENDEAU:**

1 Non, je vous remercie Monsieur le Commissaire.

2 **LE COMMISSAIRE:**

3 Non?

4 **Me VINCENT RIENDEAU:**

5 Pas de questions.

6 **LE COMMISSAIRE:**

7 Alors je vais vous remercier encore une fois. Je
8 note que vous abordez encore plusieurs questions.
9 Les indicateurs de santé. Ça on a remarqué, les
10 indicateurs, il y a d'autres sujets aussi.
11 Difficile d'avoir des indicateurs en ce qui
12 concerne la situation dans les communautés
13 autochtones, chez les Autochtones, puis il faut
14 penser qu'il y en a plus de cinquante pour cent
15 (50 %) en milieu urbain, hein? Il y a pas
16 seulement les communautés là. Ce sont des
17 Autochtones aussi là, les gens des Premières
18 Nations qui se retrouvent en milieu urbain, avec
19 leur culture, avec leurs acquis, puis la situation
20 dans laquelle ils se trouvent. Alors les
21 indicateurs c'est important. Et je vous cacherai
22 pas que je me pose la question moi, une fois le
23 rapport produit, comment serons-nous en mesure
24 d'évaluer le progrès ou la régression. Il faudra
25 peut-être avoir des indicateurs auxquels se

1 référer, que ce soit en matière de santé ou
2 d'autres. C'est une préoccupation que j'ai.

3 Vous parlez de prévention. Vous dites si
4 jamais il arrivait une situation catastrophique,
5 qui s'occupe de quoi? Qu'est-ce qu'on fait?

6 J'ai compris que, il y avait des choses qui se
7 faisaient peut-être en silo; on sait pas avec
8 qui... qui est le pendant de l'autre côté, fédéral,
9 provincial ou ailleurs, avec qui on communique,
10 quelles sont les mesures. C'est des choses que
11 vous abordez, des questions que vous vous posez.

12 Puis, évidemment, vous arrivez avec des
13 questions de financement, c'est toujours la même
14 chose. On a souvent ce problème-là. Puis, mettre
15 des sommes à la disposition. On sait qu'il y a
16 plusieurs Nations - il y en a onze (11), il y a dix
17 (10) Premières Nations, plus les Inuits. Que dans
18 ces Nations, il y a des communautés. Les Nations
19 elles-mêmes sont différentes, les communautés sont
20 très souvent différentes à l'intérieur des Nations.
21 Le mur à mur, c'est pas réaliste là, on se rend
22 vite compte de ça quand on écoute les gens des
23 communautés, les leaders des Nations, les leaders
24 des diverses communautés. Peut-être qu'une mesure
25 mur à mur peut être un peu trop pour une

1 communauté, mais beaucoup inférieure aux véritables
2 besoins pour une autre. Pourquoi pas s'asseoir
3 avec les gens puis examiner leurs besoins, et
4 trouver une solution commune, faire ensemble. Pas
5 faire pour. Faire avec, faire ensemble. Peut-être
6 que, on pourrait avoir des bons résultats. En tout
7 cas, je me permets de penser tout haut.

8 Alors je vous remercie beaucoup beaucoup
9 beaucoup, encore une fois, de votre présentation.
10 Je vous souhaite de persévérer, hein? De pas
11 abandonner. Il y a toujours de l'espoir. Alors
12 merci. Et je comprends que, on va suspendre
13 maintenant?

14 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

15 Oui.

16 **LE COMMISSAIRE:**

17 Jusqu'à demain matin? À quelle heure?

18 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

19 Neuf heures (9 h) demain matin.

20 **LE COMMISSAIRE:**

21 Neuf heures (9 h)? Très bien. Alors bonne fin de
22 journée à tout le monde et bonne soirée. À demain.

23 **Me GENEVIÈVE RICHARD:**

24 Merci beaucoup.

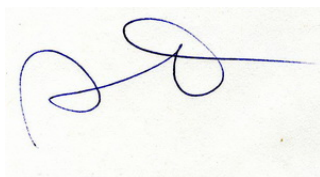
25 -----

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

Et nous avons signé :



Gabrielle Boyer, s.o.



Ann Monpetit, s.o.b.