



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

POINT DE RUPTURE : LA CRISE DE SUICIDES DANS LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

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

**La présidente
L'hon. MaryAnn Mihychuk**

JUIN 2017

42^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

**POINT DE RUPTURE : LA CRISE DE SUICIDES
DANS LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES**

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

**La présidente
L'hon. MaryAnn Mihychuk**

JUIN 2017

42^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

COMITÉ PERMANENT DES AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD

PRÉSIDENTE

L'hon. MaryAnn Mihychuk

VICE-PRÉSIDENTS

Romeo Saganash

David Yurdiga

MEMBRES

Gary Anandasangaree

Michael V. McLeod

Mike Bossio

Don Rusnak

Rémi Massé

Arnold Viersen

Cathy McLeod

AUTRES DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ

Ziad Aboultaif

Kamal Khera

Harold Albrecht

Jenny Kwan

Charlie Angus

Joël Lightbound

Niki Ashton

Alaina Lockhart

Rachel Blaney

Elizabeth May

Bob Bratina

Alistair MacGregor

Sukh Dhaliwal

Jennifer O'Connell

Matt DeCoursey

Jean-Claude Poissant

Neil R. Ellis

Dan Ruimy

Andy Fillmore

Mark Strahl

L'hon. Hedy Fry

Shannon Stubbs

Georgina Jolibois

L'hon. Hunter Tootoo

Yvonne Jones

Yves Robillard

GREFFIERS DU COMITÉ

Michelle Legault
Grant McLaughlin

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Service d'information et de recherche parlementaires

Sara Fryer, analyste
Norah Kielland, analyste

LE COMITÉ PERMANENT DES AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD

a l'honneur de présenter son

NEUVIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement et à la motion adoptée par le Comité le mardi 12 avril 2016, le Comité a étudié le suicide au sein des peuples et des communautés autochtones et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ix
POINT DE RUPTURE : LA CRISE DE SUICIDES DANS LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES.....	1
RÉSUMÉ	1
MANDAT ET FAÇON DE PROCÉDER DU COMITÉ	2
LA SANTÉ MENTALE DANS LES COLLECTIVITÉS AUTOCHTONES : APERÇU DE LA SITUATION	3
A. Prévalence du suicide chez les membres des Premières Nations, les Inuit et les Métis	3
I. CE QUE LE COMITÉ A ENTENDU.....	7
TRAUMATISMES HISTORIQUES ET INTERGÉNÉRATIONNELS.....	7
AUTODÉTERMINATION, PRIORITÉS FIXÉES PAR LES COLLECTIVITÉS ELLES-MÊMES ET FINANCEMENT DURABLE ET À LONG TERME.....	11
A. Autodétermination	11
B. Priorités fixées par les collectivités elles-mêmes.....	14
C. Financement stable, prévisible, modulable et à long terme.....	17
DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ	19
A. Logement.....	20
B. Éducation.....	23
C. Emploi et développement économique	26
D. Infrastructures	27
E. Adversité dans l'enfance	28
SANTÉ MENTALE ET USAGE DE SUBSTANCES.....	31
PRÉVENTION DU SUICIDE : CONTINUITÉ CULTURELLE	33
A. Continuité culturelle	33
B. Langues.....	34
C. Femmes	34
D. Renouveau culturel et développement identitaire	35
E. Installations pour le ressourcement, les sports, les loisirs et l'éducation.....	37
SERVICES DE SANTÉ MENTALE DANS LES COLLECTIVITÉS AUTOCHTONES	39
A. Coordination	39

B. Stratégies autochtones de prévention du suicide.....	41
C. Services en santé mentale pour les Premières Nations et les Inuits.....	42
D. Résultats de la consultation : qualité et disponibilité des services de santé mentale.....	49
E. Milieu urbain	51
F. Peuples métis.....	53
G. Les professionnels de la santé	54
H. Infrastructure à large bande et médias sociaux	57
II. CONSTATATIONS, CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ.....	61
CONCLUSIONS.....	61
A. Autodétermination et réconciliation.....	61
B. Déterminants sociaux de la santé.....	62
C. Services de santé mentale.....	67
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	77
ANNEXE A : RÉSUMÉ DE L'ENQUÊTE SUR LA DISPONIBILITÉ ET QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DANS LES COLLECTIVITÉS AUTOCHTONES.....	85
ANNEXE B : LISTE DES TÉMOINS.....	97
ANNEXE C : LISTE DES MÉMOIRES	103
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	105

REMERCIEMENTS

Le Comité permanent des affaires autochtones et du Nord (le Comité) tient à saluer le courage de tous ceux qui sont venus parler devant le Comité de la douleur et de la perte laissées par le suicide de proches. Il leur rend hommage pour la force de leur témoignage et leur importante contribution à la présente étude.

Le Comité tient aussi à exprimer sa gratitude à tous ceux qui ont comparu devant lui dans le cadre de son étude sur le suicide au sein des peuples et des collectivités autochtones. Le Comité est profondément reconnaissant aux membres, dirigeants et représentants des jeunes des collectivités autochtones de lui avoir livré leurs expériences personnelles et permis de mieux comprendre la problématique du suicide et des services de santé mentale dans ces collectivités.

Le Comité remercie aussi vivement les personnes et les organisations des collectivités des Premières Nations, inuites et métisses pour leur grande hospitalité et leur accueil chaleureux lors des tables rondes avec les jeunes et des visites sur le terrain.

Enfin, la présidente du Comité tient à saluer le grand dévouement et l'application dont ont fait preuve ses collègues et le personnel du Comité dans l'examen de ces questions importantes.

POINT DE RUPTURE : LA CRISE DE SUICIDES DANS LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

RÉSUMÉ

En 2016, le Comité permanent des affaires autochtones et du Nord de la Chambre des communes a adopté une motion lui donnant pour mandat de réaliser une étude sur le suicide au sein des peuples et des collectivités autochtones et d'en faire rapport. Tout au long de son étude, le Comité a entendu plus de 50 représentants des jeunes autochtones, des dirigeants de collectivités des Premières Nations, inuites et métisses, des universitaires autochtones de renom et des représentants d'organisations professionnelles de la santé, des soignants, notamment des travailleurs sociaux, des administrateurs du secteur de la santé et des éducateurs, ainsi que des porte-paroles d'organismes de sensibilisation à la santé mentale. Les témoins entendus, dont de nombreux jeunes autochtones, ont relaté leur expérience difficile du suicide, mais ont aussi exprimé l'espoir que l'on puisse, grâce au leadership et à la détermination des collectivités, combattre le suicide et la détresse psychologique.

Le présent rapport conclut, comme les précédents, qu'il n'existe pas de solution unique pour empêcher le suicide chez les peuples autochtones. En effet, pour prévenir efficacement le suicide, il faudra que les différents secteurs, gouvernements et organismes autochtones déploient des efforts concertés et collectifs afin de remédier ensemble aux conditions qui créent de la détresse psychologique.

Les témoignages recueillis ont permis aux membres du Comité de comprendre de manière plus approfondie comment le suicide et la détresse psychologique, de même que les déterminants sociaux de la santé, comme le logement, le niveau d'instruction, la pauvreté et le chômage, affectent les peuples autochtones. Selon les témoins, pour améliorer la vie quotidienne des gens dans les collectivités, il est essentiel de se pencher sur les déterminants sociaux de la santé. En outre, le Comité s'est fait dire, en particulier par de jeunes autochtones, qu'il était essentiel de s'attaquer aux causes profondes de la détresse psychologique dans les collectivités autochtones, y compris aux questions liées à la discrimination et à l'accès aux services de santé, en appliquant des solutions émanant des collectivités elles-mêmes. D'après ce qu'a appris le Comité, la participation des collectivités à la prestation des services, jumelée à un contrôle accru des collectivités quant aux services locaux (ce qu'on appelle la continuité culturelle), est fondamentale pour la prévention du suicide. Globalement, les taux de suicide sont plus bas dans les collectivités des Premières Nations qui exercent un plus grand contrôle sur leurs services économiques et sociaux ainsi que sur leurs services de santé, de police et d'éducation, qui continuent de parler leur langue et qui ont conservé les infrastructures culturelles connexes.

Qui plus est, la présente étude soulève des aspects importants des politiques fédérales, comme l'illustrent les recommandations concernant notamment : les améliorations au chapitre du logement et des infrastructures communautaires; le

relèvement du niveau de scolarité au sein des peuples autochtones; l'importance qu'occupent les langues et les cultures autochtones dans le bien-être des collectivités; la nécessité de combattre les abus et la détresse psychologique; et l'accompagnement des peuples et des collectivités autochtones dans la réalisation des changements qu'ils veulent voir.

Des organismes autochtones d'un peu partout au pays ont fait état devant le Comité de pratiques prometteuses dans l'exécution, par les collectivités, de programmes concernant les jeunes et la santé. Ces initiatives devraient servir de modèles ailleurs; du reste, les collectivités ont fait remarquer qu'elles auraient grand avantage à apprendre les unes des autres. Le rapport fait donc état de quelques-unes des pratiques prometteuses mises de l'avant par les témoins lors des audiences publiques et des visites sur le terrain. Les initiatives exposées illustrent la manière dont les collectivités progressent dans le développement de modèles de prestation de soins de santé novateurs et susceptibles d'améliorer également d'autres aspects de la vie des peuples autochtones.

Comme l'a déclaré Will Landon, représentant du Conseil national des jeunes de l'Assemblée des Premières Nations : « [I]l faut qu'ils disent que nous nous sommes réunis — la Couronne, nos dirigeants, nos jeunes et nos aînés —, que nous avons mis en place une solide base de guérison et de bien-être pour les générations futures, et que nous l'avons fait ensemble¹. »

MANDAT ET FAÇON DE PROCÉDER DU COMITÉ

Le 12 avril 2016, le Comité permanent des affaires autochtones et du Nord de la Chambre des communes a convenu d'entreprendre une étude sur le suicide au sein des peuples et des collectivités autochtones, en adoptant la motion suivante :

Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité entreprenne une étude de la crise de suicide qui secoue les Premières Nations, les Inuits et les Métis vivant dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci; que l'étude du Comité inclue une enquête sur la place qu'occupe le Canada sur l'indice Kids Rights; que le Comité envisage de se rendre dans certaines communautés touchées par la crise; que la liste des témoins inclue notamment des leaders communautaires, des spécialistes de la santé, des organismes de défense de la jeunesse, des fonctionnaires, la ministre de la Santé, ainsi que des membres des communautés des Premières Nations, inuites et métisses; et que le Comité fasse rapport de ses conclusions à la Chambre des communes.

Tout au long de son étude, le Comité a tenu 20 audiences publiques au cours desquelles il a entendu environ 100 témoins : représentants de gouvernements, d'organisations inuites, métisses et des Premières Nations, de collectivités nationales et régionales inuites, métisses et des Premières Nations, universitaires, fournisseurs de services et représentants de leurs organismes professionnels. Pour s'assurer de recueillir les témoignages des peuples autochtones, les membres du Comité se sont rendus dans des collectivités urbaines et éloignées où, en plus d'aller voir les administrations et des

1 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 19 octobre 2016, 1635 (Will Landon, National Youth Council Representative, Ontario, Assembly of First Nations).

organisations locales, ils ont rencontré plus de 50 jeunes autochtones. Le Comité a organisé une série de tables rondes à Kuujuaq, au Nunavik; à Sioux Lookout, en Ontario; à Vancouver, en Colombie-Britannique; et à Iqaluit, au Nunavut.

En plus des audiences publiques, des réunions et des visites sur le terrain, le Comité a souhaité obtenir le point de vue d'organismes qui, autrement, n'auraient pas eu la possibilité de s'exprimer. Il a donc lancé une consultation électronique (la « consultation ») auprès des fournisseurs de services de santé mentale de première ligne dans les collectivités autochtones. Si le but de la consultation est de dresser un portrait d'ensemble des difficultés liées aux soins de santé mentale qui y sont offerts, elle ne porte pas sur un échantillon représentatif de toutes les collectivités autochtones et ne couvre pas l'ensemble des difficultés touchant la prestation des services de santé mentale. Le Comité a reçu 163 réponses d'intervenants de première ligne dans des collectivités autochtones. Les principales constatations sont résumées dans le corps du rapport et les réponses à la consultation sont résumées dans des tableaux présentés en annexe.

Le présent rapport se divise en quatre parties. La première décrit les traumatismes historiques et intergénérationnels qui affectent la santé mentale des peuples autochtones. La deuxième partie trace les grandes lignes des déterminants sociaux de la santé que sont le logement, l'éducation, l'emploi, les infrastructures et l'adversité dans l'enfance. La troisième partie traite des conditions favorisant la prévention du suicide, comme la continuité culturelle, la transmission de la langue et de la culture et les espaces de guérison et de loisirs pour les jeunes. La quatrième partie du rapport porte sur la disponibilité des services de santé mentale destinés aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis. Pour terminer, le Comité fait une série de recommandations, en se fondant sur le travail colossal de plusieurs personnes dévouées et déterminées à prévenir le suicide au sein des peuples autochtones. Voici maintenant les conclusions du Comité.

LA SANTÉ MENTALE DANS LES COLLECTIVITÉS AUTOCHTONES : APERÇU DE LA SITUATION

A. Prévalence du suicide chez les membres des Premières Nations, les Inuit et les Métis

Au Canada, les taux de suicide et l'idéation suicidaire sont anormalement plus élevés au sein des peuples autochtones que dans la population non autochtone. C'est ce qu'a révélé l'important rapport spécial de la Commission royale sur les peuples autochtones, qui faisait état d'une augmentation considérable des taux de suicide chez les peuples autochtones. À l'époque où le rapport a été écrit, en 1995, la Commission estimait que le taux de suicide national chez les peuples autochtones était trois fois plus élevé que dans le reste de la population, ou que chez les Canadiens non autochtones, et qu'il était de cinq à six fois plus important chez les jeunes autochtones que chez les jeunes non autochtones². Malheureusement, la recherche montre que ces chiffres n'ont pas changé

2 Commission royale sur les peuples autochtones, [*Choisir la vie : Un rapport spécial sur le suicide chez les autochtones*](#), 1995.

depuis 30 ans³. Les fournisseurs de services de santé ayant répondu à la consultation ont indiqué que le risque de suicide continue d'être élevé chez les jeunes autochtones⁴.

Certes, les vies perdues ne se résument pas à des statistiques, mais alors que depuis 2002 le taux de suicide a globalement diminué au Canada, il demeure élevé chez les peuples autochtones⁵. Par exemple, le Rapport d'enquête 2016 du Bureau du coroner du Québec au sujet des décès par suicide de cinq personnes autochtones dit : « De 2000 à 2011, 152 suicides d'autochtones résidant dans leur communauté ont été constatés. Uashat Mak Mani-Utenam compte environ 3 400 habitants. Les Naskapis de Kawawachikamach sont environ 650. [...] De mai 1994 à novembre 2015, 44 suicides ont été répertoriés dans la communauté d'Uashat Mak Mani-Utenam⁶. »

Inuit

- Le taux de suicide dans les quatre régions inuites est de 5 à 25 fois supérieur au taux national⁷. Plus précisément, il était de 60 pour 100 000 habitants dans la Région désignée des Inuvialuit; de 275 pour 100 000 habitants au Nunatsiavut; de 113 pour 100 000 habitants au Nunavik; et de 116 pour 100 000 habitants au Nunavut⁸.
- Les jeunes hommes forment le groupe représentant le risque de suicide le plus élevé. En effet, le taux de suicide chez les hommes âgés de 15 à 29 ans est 40 fois supérieur au taux national⁹.
- Entre 2004 et 2008, les enfants et les adolescents de l'Inuit Nunangat¹⁰ étaient 30 fois plus susceptibles de se suicider que ceux du reste du Canada¹¹.

3 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 17 octobre 2016, 1615 (Ed Connors, directeur, Association canadienne pour la prévention du suicide).

4 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, *Consultation électronique sur la disponibilité et qualité des services de santé mentale dans les collectivités autochtones*.

5 Statistique Canada, [Décès et taux de mortalité, selon certains groupes de causes, le groupe d'âge et le sexe, Canada](#), CANSIM, tableau 102-0551.

6 [Rapport d'enquête du Bureau du coroner du Québec concernant les décès de M. Charles Junior Grégoire-Vollant, M^{me} Marie-Marthe Grégoire, M^{me} Alicia Grace Sandy, M^{me} Céline Michel-Rock et M^{me} Nadeige Guanish](#), 2016.

7 Inuit Tapiriit Kanatami, [Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits](#), 2016 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

8 *Ibid.*

9 *Ibid.*

10 Terme en inuktitut désignant les quatre régions inuites du Canada : l'Inuvialuit, le Nunavut, le Nunavik et le Nunatsiavut.

11 Statistique Canada, *Taux de mortalité chez les enfants et les adolescents vivant dans l'Inuit Nunangat, 1994 à 2008*, n^o de catalogue : 82-003-X, Ottawa, 2012.

Premières Nations

- Dans les réserves des Premières Nations, le taux de suicide des garçons âgés de 1 an à 19 ans était de 30 pour 100 000. Pour les filles du même groupe d'âge, il était de 26 pour 100 000, ce qui est nettement supérieur au taux national de 11 pour 100 000¹².
- En 2012, parmi les membres des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves, 17 %¹³ de ceux âgés entre 18 et 25 ans et 24 %¹⁴ de ceux âgés de 26 à 59 ans ont signalé avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie.
- Parmi les membres des Premières Nations, 12 % ont déclaré avoir été endeuillés par le suicide d'un ami proche ou d'un parent¹⁵.

Métis

- Respectivement 16 %¹⁶ et 19,6 %¹⁷ des Métis âgés de 18 à 25 ans et de 26 à 59 ans ont rapporté avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie.

Fait notable, chez les peuples autochtones, les taux de suicide présentent des variations importantes entre les groupes, les collectivités, les régions et les tranches d'âge; il n'y a donc pas d'uniformité. Par exemple, en Colombie-Britannique, il y a peu ou pas de suicides dans la majorité des Premières Nations, mais un petit nombre de Premières Nations accusent des taux de suicide très élevés¹⁸. Il existe un manque criant de données pour certaines collectivités et régions, ainsi que pour certains groupes, notamment dans la population métisse.

12 Santé Canada, [Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones \(SNPSJA\)](#), 2013.

13 Statistique Canada, [Enquête auprès des peuples autochtones de 2012 : Pensées suicidaires au cours de l'année précédente parmi les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 18 à 25 ans : prévalence et caractéristiques connexes](#), n° de catalogue : 89-653-X, 2016.

14 Statistique Canada, [Enquête auprès des peuples autochtones de 2012 : Pensées suicidaires au cours de la vie parmi les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 26 à 59 ans : prévalence et caractéristiques connexes](#), n° de catalogue : 89-653-X, 2016.

15 Centre de gouvernance de l'information des Premières nations, [L'enquête régionale sur la santé des Premières Nations \(ERS\) 2008/10 : Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations](#), Ottawa, 2012.

16 Statistique Canada, [Enquête auprès des peuples autochtones de 2012 : Pensées suicidaires au cours de l'année précédente parmi les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 18 à 25 ans : prévalence et caractéristiques connexes](#), n° de catalogue : 89-653-X, 2016.

17 Statistique Canada, [Enquête auprès des peuples autochtones de 2012 : Pensées suicidaires au cours de la vie parmi les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 26 à 59 ans : prévalence et caractéristiques connexes](#), n° de catalogue : 89-653-X, 2016.

18 Michael J. Chandler et Christopher Lalonde, « Transferring Whose Knowledge? Exchanging Whose Best Practices?: On Knowing About Indigenous Knowledge and Aboriginal Suicide », *Aboriginal Policy Research, Volume 2: Setting the Agenda for Change*, Thompson Educational Publishing, Inc., 2013 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]. Santé Canada, [Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones \(SNPSJA\)](#), 2013.

Les taux de suicide pourraient être en deçà des chiffres réels en raison de différences dans les pratiques de déclaration; par exemple, lorsque les décès sont classés comme des accidents plutôt que des suicides, en raison d'un ensemble de facteurs, dont la honte ou les préjugés à l'égard du suicide, ou lorsque l'origine ethnique n'est pas indiquée sur le certificat de décès¹⁹. Enfin, les statistiques relatives au suicide sont recueillies dans le cadre d'enquêtes périodiques visant certaines collectivités et tranches d'âge et utilisant des méthodologies différentes. On ne peut donc pas comparer leurs résultats, de sorte qu'il peut s'avérer difficile de dégager des tendances statistiques précises pour l'ensemble des collectivités autochtones²⁰.

19 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 1550 (Jack Hicks, professeur auxiliaire, Santé communautaire et épidémiologie, Université de la Saskatchewan, à titre personnel).

20 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 1615 (Tom Wong, directeur exécutif, Bureau de santé de la population et santé publique, ministère de la Santé); Santé Canada, [Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones \(SNPSJA\)](#), 2013.

I. CE QUE LE COMITÉ A ENTENDU

Pour bien comprendre ce que signifie le taux élevé de suicide dans les collectivités autochtones, il faut l'analyser en fonction du contexte historique. Des centaines d'années de colonisation ont perturbé de multiples générations de familles et laissé des traces profondes dans les collectivités. Des lois comme la *Loi sur les Indiens* ainsi que d'autres politiques fédérales d'assimilation ont présidé à la création des pensionnats et du système de réserves et entraîné la réinstallation forcée de divers groupes de personnes. Cela s'est soldé par le retrait forcé des enfants de leurs familles, l'interdiction et donc l'érosion des langues, des cultures et des cérémonies autochtones, ainsi que la dépossession à grande échelle des peuples autochtones de leurs territoires traditionnels. Ces lois ont causé un traumatisme collectif chez les peuples autochtones, et de nombreux témoins ont expliqué au Comité que pareilles origines destructrices exposent ces peuples à un risque de détresse psychologique et de suicide supérieur à celui de la population non autochtone.

Comme de nombreux témoins l'ont précisé, les causes profondes du suicide et les mesures de prévention ont été amplement analysées dans un grand nombre de rapports, y compris des commissions nationales, des enquêtes de coroner, des rapports régionaux et des tribunes pour la jeunesse. Il ne faudrait pas se surprendre que les témoins autochtones entendus pendant l'étude aient exprimé sans détour leurs craintes quant à leur avenir et à celui de leurs enfants. Le témoignage des jeunes évoque des collectivités en état de crise permanent, privées des ressources, des infrastructures et des partenariats nécessaires pour mettre un frein au suicide chez les peuples autochtones.

Bien qu'il n'existe pas de cause unique reliée au suicide chez les peuples autochtones, des témoins ont laissé entendre qu'il faudrait s'efforcer de comprendre les conditions à l'origine de la détresse psychologique et du suicide pour savoir comment les prévenir. Selon les témoins, les traumatismes historiques et intergénérationnels, les déterminants sociaux de la santé et la maladie mentale font partie des facteurs de risque de suicide.

TRAUMATISMES HISTORIQUES ET INTERGÉNÉRATIONNELS

Ne nous en voulez pas parce que nos familles ont été envoyées dans les pensionnats ou parce qu'il y a eu la rafle des années 1960, ou bien la cause du passé et de toutes les choses qui ont créé cette situation, comme la Loi sur les Indiens. Elles ont toutes été créées pour assimiler les Indiens et pour éradiquer le problème qu'ils présentaient, et ce sont des choses réelles²¹.

Pamela Glode Desrochers

Les témoins ont informé le Comité que les traumatismes collectifs et les séquelles de la colonisation ont donné lieu à des risques spécifiques aux peuples autochtones.

21 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 28 septembre 2016, 1640 (Pamela Glode Desrochers, directrice exécutive, Mi'kmaw Native Friendship Society).

Bernard Richard, représentant de Children and Youth, en Colombie-Britannique, a expliqué que les traumatismes vécus par certains groupes de personnes peuvent être transmis à la génération suivante, ce qu'on appelle les traumatismes intergénérationnels²². Des témoins tels qu'Amy Bombay, de l'Université Dalhousie, et Carol Hopkins, de la Thunderbird Partnership Foundation, ont expliqué que les traumatismes du passé ont contribué aux mauvaises conditions de santé, à la pauvreté, à la piètre estime de soi et à la détresse psychologique de multiples générations de peuples autochtones²³.

La vaste majorité des témoins ont décrit en quoi les activités coloniales du passé avaient causé des traumatismes et d'autres problèmes complexes de santé mentale exposant les peuples autochtones à un risque de suicide accru²⁴. Par exemple, des témoins inuits ont mentionné que la vie en pensionnat, la réinstallation forcée et l'abattage des chiens de traîneaux étaient des sources de traumatisme qui exposaient les Inuits à un risque de suicide accru. Comme le Comité a pu l'entendre, les chiens de traîneaux représentaient un aspect important de la vie des Inuits avant qu'ils ne soient déplacés vers de nouveaux établissements, et que ces chiens étaient une nécessité pour chasser, pêcher et donc nourrir les familles. Durant les années 1950 et 1960, le gouvernement fédéral a réinstallé, de gré ou de force, des Inuits dans de nouvelles collectivités sur le territoire de l'Inuit Nunangat. La population de chiens de traîneaux a commencé à décliner quand les Inuits ont été déplacés, mais des chiens ont aussi été abattus par la GRC et d'autres autorités dans les nouveaux établissements²⁵. Ces mesures ont restreint la mobilité des Inuits et ont nui à leur capacité d'exercer leurs activités traditionnelles sur le territoire, de gagner un revenu et d'éviter l'insécurité alimentaire²⁶.

Bien que ce soit chez les Inuits que l'on observe aujourd'hui les taux de suicide parmi les plus élevés au pays, Jack Hicks, de l'Université de la Saskatchewan, a indiqué que le suicide était rare chez les Inuits avant les années de réinstallation, et que l'incidence du suicide a commencé à augmenter dans les années 1960 et 1970, au sein de la première génération d'enfants ayant grandi dans les nouveaux établissements²⁷. M. Hicks a expliqué que les taux étaient plus élevés à cause des conditions de vie radicalement différentes dans les nouveaux établissements, où la perte de pouvoir et d'autonomie qui a suivi a affecté les enfants inuits²⁸.

22 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 février 2017, 0950 (Bernard Richard, représentant de Children and Youth, Colombie-Britannique).

23 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 24 octobre 2016, 1530 (Amy Bombay, professeure adjointe, Département de psychiatrie, Université Dalhousie, à titre personnel); et Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 février 2017, 1015 (Carol Hopkins, directrice exécutive, Thunderbird Partnership Foundation).

24 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1340 (Louisa Yeates, vice-présidente, Qarjuit Youth Council).

25 James Igloliorte, « [Qikiqtani Truth Commission Final Report: Achieving Saimaqatiqingniq](#) », Qikiqtani Inuit Association, 2013 [DISPONIBLE EN INUKTITUT ET EN ANGLAIS SEULEMENT].

26 *Ibid.*

27 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 juin 2016, 1555 (Jack Hicks).

28 *Ibid.*

Par ailleurs, comme l'ont fait remarquer les témoins, les pensionnats indiens, qui sont restés ouverts au Canada pendant plus de 150 ans, faisaient partie de l'ancienne politique fédérale d'assimilation des peuples autochtones. Pendant toutes ces années, les enfants inuits, métis et des Premières Nations étaient retirés de leur famille et placés dans ces pensionnats, souvent loin de leur communauté²⁹. Michael DeGagné, de l'Université Nipissing, a déclaré « qu'un grand nombre des suicides que nous devons déplorer aujourd'hui tirent leur origine de ces pensionnats qui existaient il y a plusieurs dizaines d'années³⁰ ».

De nombreux anciens élèves ont rapporté avoir subi de mauvais traitements dans les pensionnats et subi d'autres pertes culturelles communes qui se sont répercutées sur de multiples générations, comme l'a relaté Mavis Benson, membre de la Cheslatta Carrier Nation :

À cause des pensionnats indiens, nous avons perdu l'essentiel de notre langue, de notre culture et de notre identité. Notre communauté est fracturée, la violence latérale est la norme. L'alcool a fait partie de mon enfance, la violence et les abus sexuels l'ont accompagné³¹.

Comme l'a fait remarquer Lisa Bourque Bearskin, de la Canadian Indigenous Nurses Association, à propos des conséquences à long terme des pensionnats : « la santé des jeunes autochtones est étroitement liée à l'histoire de la colonisation et des pensionnats, au retrait d'enfants de leur foyer et de leur culture³². » Les traumatismes non résolus qu'ont vécus les anciens élèves peuvent avoir des effets sur leurs descendants d'aujourd'hui, ce qu'on appelle les « traumatismes intergénérationnels³³ ».

Les jeunes inuits et membres des Premières Nations ayant participé aux tables rondes avec les membres du Comité ont dit que les pensionnats indiens et les réinstallations forcées avaient créé des problèmes de stress aigu chez leurs parents. Comme l'a fait remarquer une jeune fille d'une Première Nation : « C'est comme si les parents étaient les enfants et que les enfants devaient prendre soin de leurs parents. Je viens d'un triste milieu³⁴. » Ces jeunes ont expliqué que par conséquent, leurs parents avaient de piètres compétences parentales et qu'ils laissaient beaucoup d'enfants livrés à eux-mêmes, leur confiant aussi la charge de s'occuper de leurs jeunes frères et sœurs.

29 Affaires autochtones et du Nord Canada, [Résolution des pensionnats indiens](#), 2016.

30 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 5 octobre 2016, 1605 (Michael DeGagné, président et vice-chancelier, Université Nipissing, à titre personnel).

31 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 novembre 2016, 0815 (Mavis Benson, membre, Cheslatta Carrier Nation).

32 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 17 octobre 2016, 1540 (Lisa Bourque Bearskin, présidente, Canadian Indigenous Nurses Association).

33 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 5 octobre 2016, 1615 (Michael DeGagné).

34 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion des visites à Kuujuaq, au Québec, à Iqaluit, au Nunavut, à Vancouver, en Colombie-Britannique et à Sioux Lookout, en Ontario, en septembre et novembre 2016 [TRADUCTION].

D'autres enfants ont parlé du problème de la violence domestique. Une jeune a même raconté : « Je me souviens encore de ma mère qui essayait de se poignarder lorsqu'elle était saoule. Enfant, tout ce que je pouvais faire, c'est me sauver en pleurant³⁵. » Quand on leur demandait ce qu'il faudrait pour que les taux de suicide diminuent, les jeunes du Nunavik répondaient à leurs travailleurs sociaux et à leurs enseignants : « Soignez mes parents³⁶. »

Les politiques coloniales ont parfois ébranlé les structures familiales traditionnelles au Nunavik, et ont affecté différemment les hommes et les femmes. Comme l'ont rapporté des conseillers inuits, le risque de suicide est plus élevé chez les hommes inuits, car ceux-ci ont perdu le rôle de principal pourvoyeur de la famille, ont vu leurs meutes de chiens se faire abattre et ont été forcés de s'installer dans de nouveaux établissements. Des témoins ont recommandé que les programmes destinés à faire revivre et à perpétuer les traditions culturelles ciblent les femmes et les hommes³⁷.

Un jeune homme, qui a raconté avoir grandi sans père, a dit que son séjour dans un camp inuit avait été très utile, car il lui avait permis d'acquérir les habiletés traditionnelles inuites, en apprenant à chasser et à pêcher, par exemple. Il a souligné l'importance de ces camps, qui mettent l'accent sur de grandes valeurs inuites, comme le partage. Il a dit : « Cela m'a aidé à devenir un homme et un bon chasseur, et je ne vends pas la viande, mais je la donne aux membres de ma communauté³⁸. »

Selon ce qu'a entendu le Comité, pour veiller à ce que le soutien offert soit exempt de racisme et soit pertinent sur le plan culturel, il est essentiel de bien comprendre les effets de la colonisation et les traumatismes intergénérationnels vécus par les jeunes autochtones. En particulier, lors des tables rondes, les jeunes inuits et des Premières Nations ont décrit le racisme et la discrimination qu'ils ont subis de la part des fournisseurs de soins de santé, des enseignants et des travailleurs sociaux. Ils ont déploré le fait que bon nombre de ces professionnels ne comprennent pas le contexte des traumatismes historiques et intergénérationnels ni les effets de la colonisation sur les jeunes autochtones d'aujourd'hui. Les jeunes qui subissent de la discrimination auront moins tendance à demander de l'aide en cas de besoin. C'est pourquoi les jeunes inuits ont recommandé que tous les fournisseurs de services et les fonctionnaires, dans les secteurs de l'éducation, de la justice, de la santé et des services sociaux suivent une formation obligatoire sur les valeurs, la culture et l'histoire des Inuit comme moyen de réduire le racisme et la discrimination.

Pour remédier à ces séquelles de la colonisation, de nombreux témoins ayant comparu devant le Comité ont évoqué le travail de la Commission de vérité et de

35 *Ibid.*

36 *Ibid.*

37 Définition d'abattage des chiens de traîneaux. Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion des visites à Kuujjuaq, au Québec.

38 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion des visites à Kuujjuaq, au Québec [TRADUCTION].

réconciliation du Canada³⁹ et souligné l'importance de donner suite à ses appels à l'action en tant que solutions à long terme. La Commission a été établie à la suite de la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens dans le but d'inscrire l'expérience des pensionnaires dans l'histoire et d'informer les Canadiens de ce qui s'y était passé⁴⁰. La Commission a publié son rapport définitif sur les pensionnats indiens en 2015 et contient 94 appels à l'action visant à remédier aux séquelles des pensionnats. Parmi ces appels à l'action, on cite la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (« la Déclaration ») comme cadre de travail pour la réconciliation⁴¹. Comme l'a dit Isadore Day, de l'Assemblée des Premières Nations :

Si l'on prend les 94 appels à l'action et la feuille de route qui est présentée dans le rapport de la Commission de vérité et de réconciliation, on se rend compte que, dans ces deux choses combinées, il y a une panoplie d'options, de solutions de rechange et de modèles concernant une solution à long terme. C'est une question très importante, mais nous avons maintenant devant nous les plans d'action, la feuille de route, et je crois que nous devons simplement agir⁴².

AUTODÉTERMINATION, PRIORITÉS FIXÉES PAR LES COLLECTIVITÉS ELLES-MÊMES ET FINANCEMENT DURABLE ET À LONG TERME

A. Autodétermination

[J]e suis convaincu que l'expression de l'autodétermination est le plus sûr moyen de favoriser la santé individuelle, familiale et collective. Et je le dis parce que je l'ai vu à l'œuvre⁴³.

Derek Nepinak

Au fil des ans, divers rapports d'enquête, de coroners et de commissions ont formulé des recommandations pour prévenir les suicides et tenter d'en dégager les causes profondes. De nombreux témoins ont cité ces rapports, notamment le *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones* (1996), l'*Enquête du coroner sur les suicides au Nunavut* (2015) et le *Rapport d'examen des décès par suicide chez les jeunes de la Première nation de Pikangikum* (2011)⁴⁴. Tout au long de l'étude, les témoins ont fait valoir que ces rapports contenaient d'importantes recommandations visant à réduire le taux de suicide au sein des peuples autochtones.

Pendant l'étude, la province du Québec a publié un autre rapport important, soit le *Rapport d'enquête du Bureau du coroner de 2016* faisant suite au suicide de cinq

39 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 juin 2016, 1635 (chef régional de l'Ontario Isadore Day, Assemblée des Premières Nations).

40 Affaires autochtones et du Nord Canada, [Résolution des pensionnats indiens](#), 2016.

41 Commission de vérité et de réconciliation du Canada, *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : Rapport final*, 2015.

42 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 juin 2016, 1635 (chef régional Isadore Day).

43 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 février 2017, 0930 (grand chef Derek Nepinak, Assemblée des chefs du Manitoba).

44 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Sioux Lookout, Ontario.

personnes autochtones dans les communautés d'Uashat Mak Mani-Utenam et de Kawawachikamach, au Québec⁴⁵. Le Comité reproduit ici quelques-unes des principales conclusions du coroner à l'égard des décès pour permettre de mieux comprendre les problèmes systémiques qui ont une influence sur le suicide chez les peuples autochtones.

La question autochtone est complexe. Le soussigné a pu le constater lors de la lecture des nombreux documents et à la lumière des témoignages entendus. Pour améliorer la situation du suicide dans les communautés autochtones, il faut améliorer les conditions de vie dans ces communautés, ce qui comprend les conditions économiques, culturelles, sociales et communautaires.

Malgré tout l'argent et les efforts investis au cours des dernières décennies, malgré les traités et les ententes signés et les nombreuses discussions et négociations, peu de choses changent.

Dans les communautés autochtones, il y a toujours autant de problèmes sociaux, autant de personnes aux prises avec des problèmes de consommation et de dépendance, autant d'enfants en besoin de protection, autant de personnes incarcérées, autant de personnes sans emploi, et ce, dans des ratios ou proportions qui dépassent ceux des communautés non autochtones.

Le soussigné croit et constate que le problème majeur de base réside dans le régime d'« apartheid » dans lequel les Autochtones sont plongés depuis 150 ans sinon plus.

La *Loi sur les Indiens* qui est une loi archaïque et désuète établit deux sortes de citoyens, les Autochtones et les non-Autochtones. L'Autochtone est pupille de l'État, une personne considérée incapable et inapte.

Ces citoyens qui sont sous un régime à part ont été campés dans des réserves dans lesquelles ils ne peuvent pas se développer ni s'émanciper. Le message qui est continuellement envoyé aux Autochtones est : « vous êtes différents et incapables [...] Il serait temps de mettre fin à ce régime d'apartheid et que toutes les autorités concernées se mettent à la tâche à cet égard⁴⁶ ».

Selon de nombreux témoins, promouvoir l'autodétermination communautaire peut contribuer à atténuer les effets de la colonisation, tels que les traumatismes historiques et intergénérationnels ainsi que l'érosion des pratiques, des langues et des cultures traditionnelles⁴⁷. La Déclaration, dont a fait mention Maatalii Okalik, du National Inuit Youth Council, prévoit un cadre de travail et des normes pour l'autodétermination⁴⁸.

45 [Rapport d'enquête du Bureau du coroner du Québec concernant les décès de M. Charles Junior Grégoire-Vollant, M^{me} Marie-Marthe Grégoire, M^{me} Alicia Grace Sandy, M^{me} Céline Michel-Rock et M^{me} Nadeige Guanish](#), 2016.

46 [Rapport d'enquête du Bureau du coroner du Québec concernant les décès de M. Charles Junior Grégoire-Vollant, M^{me} Marie-Marthe Grégoire, M^{me} Alicia Grace Sandy, M^{me} Céline Michel-Rock et M^{me} Nadeige Guanish](#), 2016.

47 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 24 octobre 2016, 1530 (Amy Bombay); et Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 février 2017, 0930 (grand chef Derek Nepinak).

48 Nations Unies, [Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones](#), 2007, et Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1205 (Maatalii Okalik, présidente, National Inuit Youth Council).

La Déclaration établit que les peuples autochtones ont le droit à l'autodétermination sur leurs affaires internes, dont les services de santé⁴⁹. En outre, Susan Bobbi Herrera, de la Confédération des Premières Nations du Traité n° 6, a expliqué que l'Instance permanente sur les questions autochtones des Nations Unies avait fait un lien entre les taux de suicide élevés chez les peuples autochtones et le manque relatif d'autodétermination. Voici ce qu'elle en a dit : « [C]es problèmes sont liés au manque de consécration et de respect du droit des peuples autochtones à l'autodétermination⁵⁰ ». Même si de nombreux témoins ont qualifié l'autodétermination de facteur important de la prévention du suicide chez les Premières Nations, Natan Obed, de l'Inuit Tapiriit Kanatami, a précisé que pour les Inuit, il n'y a pas de corrélation claire entre l'autodétermination et le taux de suicide. Il a fait valoir qu'il fallait poursuivre les recherches pour établir un lien causal, puisque dans certains pays, comme le Groenland, les Inuit ont accédé à l'autonomie gouvernementale, mais les taux de suicide n'ont pas diminué pour autant⁵¹.

Selon ce qu'a entendu le Comité, certains traités et ententes modernes sur les revendications territoriales établissent également des cadres pour l'autodétermination et prévoient des dispositions particulières concernant la compétence des Premières Nations en matière de soins de santé. Par exemple, Susan Bobbi Herrera a fait référence au Traité no 6, qui garantit « le droit à des services de santé complets, comme promis à la clause relative aux médicaments⁵² ».

Quelques témoins ont fait valoir que les revendications territoriales globales accordent aux peuples autochtones le contrôle sur les soins de santé, les langues, l'éducation et l'emploi. Toutefois, d'autres témoins ont fait remarquer qu'il n'était pas facile de mettre en œuvre ces accords. Si l'Accord définitif du Nunavut renferme bien des dispositions prévoyant explicitement que la fonction publique du Nunavut doit être représentative de sa population, Peter Williamson a fait observer que ces dispositions « n'ont pas été respectées. Il nous faut commencer à nous assurer qu'elles sont mises en œuvre⁵³ ». James Arreak, de Nunavut Tunngavik Inc., a expliqué qu'il n'y avait pas de politique fédérale poussant le gouvernement du Canada « à s'engager à mettre en œuvre les obligations fédérales⁵⁴ ».

Greta Visitor, du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, a déclaré que l'autonomie gouvernementale consentie dans le cadre d'accords de

49 *Ibid.*

50 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 février 2016, 0940 (Susan Bobbi Herrera, directrice générale, Confédération des Premières Nations du Traité n° 6).

51 *Ibid.*

52 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 février 2017, 0940 (Susan Bobbi Herrera).

53 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1600 (Peter Williamson).

54 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1050 (James Arreak, président-directeur général, services exécutifs, Nunavut Tunngavik Inc.).

revendications territoriales globales donne aux collectivités plus de latitude pour se concentrer sur leurs propres priorités, comme les programmes axés sur le territoire. Elle a dit qu'en vertu de la Convention de la Baie James et du Nord québécois, le Grand Conseil des Cris se trouve en meilleure posture, en raison des revendications territoriales, que les collectivités du Nord de l'Ontario régies par la *Loi sur les Indiens*⁵⁵.

B. Priorités fixées par les collectivités elles-mêmes

*L'autonomie que nous avons avant l'arrivée des colons, c'est elle qui a été brisée. Et c'est une tâche à laquelle nous devons travailler. Comment nous y prendre, c'est à nous de le dire, c'est à nous de vous dire de quoi nous avons besoin, ce que nous voulons. Et nous ferons participer les aînés, nous inviterons des gens de toutes les sphères d'activité*⁵⁶.

Leo Ashamock

De nombreux témoins⁵⁷ ont insisté sur le fait que les services de santé dirigés par les collectivités sont les plus efficaces qui soient pour prévenir les suicides et favoriser une bonne santé mentale. L'honorable George Hickes, ministre de la Santé, ministre responsable de la Prévention du suicide, gouvernement du Nunavut, a fait remarquer que le « temps où nous n'avons pas d'autres options est révolu », et que les peuples autochtones doivent participer pleinement à la conception et à l'exécution des programmes et avoir le soutien et le temps nécessaires pour développer leur capacité à offrir de tels services⁵⁸. Là où les collectivités des Premières Nations ont un contrôle accru sur l'exécution des programmes, les services sont mieux adaptés aux besoins locaux.

Par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), Santé Canada offre certains services et programmes de santé aux Indiens inscrits⁵⁹ et aux Inuits vivant sur leurs territoires ancestraux. Ces services sont fournis soit directement par Santé Canada, soit par les collectivités des Premières Nations auxquelles cette responsabilité a été transférée. Lorsqu'il existe des ententes sur les revendications territoriales globales avec des collectivités autochtones, les soins de santé sont dispensés conformément aux dispositions de ces ententes. Les témoins ont insisté particulièrement sur la nécessité de soutenir les capacités des collectivités et les

55 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 26 octobre 2016, 1550 (Greta Visitor, directrice générale adjointe, Services régionaux Miyupimaatsiuiun, Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James).

56 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 26 octobre 2016, 1620 (Leo Ashamock, président, Weeneebayko Area Health Authority).

57 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016 (Alicia Aragutak, présidente, Qarjuit Youth Council); Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 0840 (George Hickes); et Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 février 2017, 0905 (Candice Paul, chef de la Première Nation St. Mary's, et vice-présidente du Secrétariat du Congrès des chefs des Premières Nations de l'Atlantique).

58 Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 0850 (L'hon. George Hickes, ministre de la Santé, ministre responsable de la Prévention du suicide, Gouvernement du Nunavut).

59 Le terme « Indien inscrit » désigne toute personne inscrite comme Indien aux termes de la *Loi sur les Indiens*. Affaires autochtones et du Nord Canada, [Terminologie](#).

partenariats pour que ces modèles communautaires donnent de bons résultats. Comme l'a déclaré Louise Bradley, de la Commission de la santé mentale du Canada :

Il est possible d'aider les peuples autochtones à mettre en place leurs propres solutions à la crise à laquelle ils sont confrontés [...] l'entité externe qu'est la Commission [...] aimerait être invitée à collaborer avec les organisations autochtones, comme nous avons eu le privilège de le faire [...] avec l'Inuit Tapiriit Kanatami, ou ITK, au sujet de la stratégie de prévention du suicide chez les Inuits [...] Nous ne sommes pas sans savoir qu'il faut des années pour jeter les fondements d'une relation de confiance [...] ⁶⁰.

Le Comité a entendu que la DGSPNI de Santé Canada explore différents modèles de prestation de soins de santé dans le but d'améliorer l'intégration des services de santé dans les collectivités des Premières Nations. Isadore Day a fait remarquer que de nombreuses organisations régionales ou autorités sanitaires des Premières Nations étaient prêtes à offrir ou offraient déjà des services de santé, comme l'autorité sanitaire des Premières Nations de Sioux Lookout, qui sert 33 collectivités éloignées ou isolées ⁶¹.

Comme autre exemple, le partenariat pour la santé des Premières Nations de la région de l'Atlantique représente un modèle de partage des décisions entre les Premières Nations de l'Atlantique et Santé Canada. Grâce à ce partenariat, les Premières Nations peuvent élaborer des plans d'action dans des domaines cibles, comme la santé mentale, et axer le financement sur des priorités fixées localement ⁶². Candice Paul, du Secrétariat du Congrès des chefs des Premières Nations de l'Atlantique, explique : « Ces plans nous aident à concentrer le financement limité sur les priorités, mais encore là, il y a beaucoup de communautés et jamais suffisamment de ressources pour répondre à tous les besoins, une réalité pour toutes les communautés d'un bout à l'autre du pays ⁶³. »

Sheila North Wilson, de Manitoba Keewatinowi Okimakanak Inc., a informé le Comité que son organisation exerce un meilleur contrôle sur les services de santé mentale de la région. Parmi les priorités établies localement, il y a la formation et le développement des compétences, la planification des interventions en cas de crise pour toute la province, et la détermination des pratiques exemplaires locales avec les 64 Premières Nations de la région ⁶⁴. Susan Bobbi Herrera a expliqué qu'un comité de cogestion avait été créé entre les chefs de l'Alberta et Santé Canada :

En Alberta [...] Nous avons une table de cogestion en place, dans le cadre de laquelle le Canada et les représentants des Traités 6, 7 et 8 des Premières Nations siègent et

60 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 19 octobre 2016, 1530 (Louise Bradley, présidente-directrice générale, Commission de la santé mentale du Canada).

61 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 juin 2016, 1655 (chef régional Isadore Day).

62 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 février 2017, 0905 (chef Candice Paul).

63 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 février 2017, 0905 (Candice Paul, chef de la Première Nation St. Mary's, et vice-présidente du Secrétariat du Congrès des chefs des Premières Nations de l'Atlantique).

64 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 février 2017, 0850 (grande chef Sheila North Wilson, Manitoba Keewatinowi Okimakanak Inc.).

examen des programmes et des services destinés aux peuples autochtones. Ce ne sont pas toutes les Premières Nations qui sont représentées à la table de cogestion. Certaines se sont retirées. D'autres s'y sont joints. C'est encore un travail en cours qui fait l'objet d'un examen⁶⁵.

Il y a aussi la Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique, bâtie selon un autre modèle, qui s'est vu confier la responsabilité de la prestation des services de santé aux membres des Premières Nations vivant dans les réserves de cette province⁶⁶. La Régie a permis d'adapter les services de counseling et de santé mentale modernes offerts dans les réserves en fonction des pratiques culturelles et des thérapies autochtones, et elle travaille à l'amélioration de la coordination avec le système de santé de la province dans le but de créer un continuum de services de santé mentale tenant compte des pratiques culturelles autochtones⁶⁷.

Les connaissances traditionnelles et les approches autochtones en matière de guérison contribuent à forger des identités autochtones saines, et peuvent être appliquées de plus en plus dans les collectivités qui ont la capacité d'offrir leurs propres services de santé. Comme l'a fait remarquer Michael DeGagné, « la preuve est que les collectivités abandonnées à elles-mêmes pour concevoir leurs propres programmes empruntent souvent cette voie, à savoir l'idée du retour à la terre et aux traditions⁶⁸ ». Soulignant l'importance des pratiques traditionnelles de guérison, les répondants à la consultation ont indiqué qu'il est essentiel d'avoir accès à des programmes axés sur le territoire ou à des cercles de guérison autochtones. Pourtant, il semble que ces services soient limités, puisque les répondants ont indiqué que d'autres pratiques traditionnelles, comme le counseling ou les cercles traditionnels, ne sont disponibles que 39 % du temps⁶⁹.

Les pratiques de guérison traditionnelles offertes dans le cadre des services de santé modernes permettent d'adopter des approches holistiques axées sur le traitement de la santé mentale, physique, spirituelle et émotionnelle des personnes. Il y a une forte demande pour l'accès aux pratiques de guérison traditionnelles autochtones. Cornelia Wieman, psychiatre consultante, a indiqué que « la vaste majorité des Premières Nations du pays souhaite que la médecine traditionnelle soit intégrée aux soins de santé qui leur sont offerts, y compris en santé mentale⁷⁰ ».

65 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 février 2017, 0940 (Susan Bobbi Herrera, directrice générale, Confederacy of Treaty 6 First Nations).

66 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 17 octobre 2016, 1545 (Lisa Bourque Bearskin).

67 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 novembre 2016, 1235 (D^r Shannon McDonald, médecin-chef adjointe, Autorité de la santé des Premières Nations).

68 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 5 octobre 2016, 1615 (Michael DeGagné).

69 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, Consultation électronique sur la disponibilité et qualité des services de santé mentale dans les collectivités autochtones.

70 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 14 juin 2016, 1620 (D^r Cornelia Wieman, psychiatre consultante, à titre personnel).

C. Financement stable, prévisible, modulable et à long terme

Selon de nombreux témoins, le financement stable, prévisible modulable et à long terme des services de santé est essentiel à la planification, au recrutement de professionnels de la santé et à la prestation des principaux services. Comme l'ont souligné Natan Obed et Isadore Day, des investissements « des divers ministères fédéraux » seront nécessaires dans l'ensemble des secteurs⁷¹.

Le programme des Services de santé non assurés (SSNA), l'un des plus vastes programmes de Santé Canada, offre aux membres des Premières Nations et aux collectivités inuites des services de santé mentale d'appoint qui ne sont pas couverts par les régimes de soins de santé provinciaux. Louise Bradley a souligné que le sous-financement chronique « a défavorisé les peuples autochtones et a nui à la réputation et à la santé globale du Canada⁷² ».

Lors de sa comparution devant le Comité, la ministre de la Santé, l'honorable Jane Philpott, a reconnu qu'il n'y avait pas suffisamment de ressources en santé mentale dans les collectivités autochtones : « Je ne nierai pas que de nombreux programmes dans des communautés autochtones sont sous-financés⁷³. » D'autres témoins ont informé le Comité que seul un faible pourcentage du financement accordé au SSNA est réservé aux services de santé mentale. Cornelia Wieman a indiqué qu'en 2013-2014, les services de soins de santé mentale assurés par Santé Canada dans le cadre du SSNA représentaient « seulement 1,4 % de ce budget, soit environ 14,2 millions de dollars », ce qui comprend « les services de counseling et d'intervention d'urgence en santé mentale⁷⁴ ». Selon une estimation de l'Assemblée des Premières Nations faite en 2016-2017, le manque à gagner en matière de services de santé mentale s'élevait à 136 millions de dollars⁷⁵.

Outre qu'on déplore des investissements insuffisants en services de santé mentale, le Comité s'est fait dire que le transfert de fonds basé sur des accords de contribution annuels représentait un défi pour l'exécution des programmes dirigés par les collectivités.

Des témoins ont en effet indiqué que le mécanisme fédéral actuel de financement des initiatives de prévention du suicide chez les jeunes, la *Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones* de Santé Canada, soutenait des programmes communautaires importants, mais avait une portée étroite⁷⁶. Des jeunes ont

71 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 juin 2016, 1600 (Natan Obed).

72 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 19 octobre 2016, 1530 (Louise Bradley, présidente-directrice générale, Commission de la santé mentale du Canada).

73 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 16 novembre 2016, 1550 (l'hon. Jane Philpott, ministre de la Santé).

74 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 14 juin 2016, 1540 (D^{re} Cornelia Wieman).

75 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 juin 2016, 1655 (chef régional Isadore Day).

76 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 juin 2016, 1705 (chef régional Isadore Day).

souligné qu'un grand nombre de collectivités inuites n'ont pas accès à ces fonds. De plus, les fonds sont acheminés en retard aux collectivités. Des jeunes inuits s'inquiétaient du fait que les petites organisations n'ont pas nécessairement les ressources pour préparer et présenter des propositions chaque année⁷⁷.

Par exemple, la *Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones* est financée au moyen d'accords de contribution annuels. Or, il est difficile pour les petits organismes communautaires de préparer chaque année des propositions. En l'absence de fonds opérationnels, les employés sont mis à pied à chaque cycle, puis embauchés à nouveau lorsque des fonds sont obtenus⁷⁸. Quelques témoins inuits ont signalé que les organismes reçoivent souvent les fonds fédéraux pour leurs programmes communautaires seulement au milieu de l'année; ils ont alors seulement 20 semaines pour administrer un programme d'un an⁷⁹.

Le Comité a aussi entendu que le Ministère déduit des frais administratifs dans le cadre des accords de contribution et que cette pratique nuit à la capacité de la collectivité d'offrir des services et de mettre en place les infrastructures nécessaires pour gérer les fonds, produire des rapports et assurer la responsabilité. Selon les estimations d'Alika Lafontaine, de l'Indigenous Health Alliance, 6 % du montant accordé par Santé Canada pour un programme donné est prélevé sous la forme de frais administratifs, et de 15 à 20 % servent à payer des coûts internes : dotation, gestion, production de rapports et évaluation. Or, on ne semble réaliser aucun investissement semblable en vue d'accroître la capacité des collectivités de fournir des soins⁸⁰.

Sarah MacLaren, de la Leave Out Violence Nova Scotia Society, a fait remarquer que les paramètres des accords de contribution étaient trop restrictifs et que son organisation ne s'inscrivait pas aux programmes fédéraux pour cette raison. Elle a aussi indiqué qu'un financement plus flexible permettrait aux groupes de répondre à d'importants besoins de la communauté : « Vous devez vous organiser pour que l'argent se rende à l'Aîné qui nourrit cinq enfants parce qu'ils ont faim. Vous devez vous organiser pour qu'il se rende à l'homme qui exploite la suerie afin qu'il puisse acheter du bois pour exploiter sa suerie. Vous devez vous organiser pour que l'argent pénètre dans la communauté, et cela exige une approche créative quant à votre mode de financement⁸¹. »

Selon des témoins, pour que les collectivités soient en mesure de déterminer les besoins locaux et de bien planifier et coordonner leurs activités entre les administrations, il faut que le financement fédéral soit stable, prévisible, modulable et à long terme. Des dirigeants inuits ont insisté sur la nécessité d'un « financement stable assorti d'une

77 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite, à Iqaluit, au Nunavut, en septembre 2016.

78 *Ibid.*

79 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Iqaluit, au Nunavut, en septembre 2016; Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 28 septembre 2016, 1615 (Sarah MacLaren, Leave Out Violence Nova Scotia Society).

80 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 16 février 2017, 1020 (D^r Alika Lafontaine, chef d'équipe, Indigenous Health Alliance).

81 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 28 septembre 2016, 1535 (Sarah MacLaren).

certaine souplesse [...] [N]ous avons besoin d'une certaine fluidité à l'intérieur des paramètres des programmes pour pouvoir reconnaître ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas⁸² ».

Le Comité a entendu à maintes reprises que pour apporter des solutions durables, il faut entre autres en arriver à des ententes de financement prévisible et à long terme qui favorisent la mise en œuvre de cycles de planification communautaire. Cela aidera les collectivités autochtones à ne plus simplement gérer les crises, mais à se concentrer davantage sur les déterminants sociaux de la santé, comme les conditions économiques, politiques et sociales qui influencent la santé des personnes et des communautés de différentes manières⁸³.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Ce qu'il faut, c'est un investissement réel et important dans les déterminants sociaux de la santé, y compris une infrastructure adéquate et sécuritaire, une éducation pertinente sur le plan culturel, un système de protection de la jeunesse réformé et des débouchés économiques, entre autres choses.

Isadore Day⁸⁴

Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions économiques, politiques et sociales qui influent sur la santé des personnes et les communautés de différentes façons⁸⁵. La plupart des témoins ayant comparu devant le Comité ont souligné l'importance de s'intéresser aux conditions économiques et sociales qui exercent une influence sur la vie des populations autochtones pour être en mesure de prévenir le suicide chez ces gens. Même si certaines collectivités autochtones bénéficient de conditions favorables – comme l'autonomie gouvernementale, le contrôle sur leurs terres et leurs ressources, l'accès à l'éducation et des perspectives d'emploi, des traditions, une langue et une culture bien ancrées –, beaucoup d'autres font face à des difficultés majeures. En effet, dans un trop grand nombre de collectivités autochtones, on observe des taux de pauvreté élevés, de faibles niveaux d'instruction, des occasions d'emploi limitées, des conditions de logement inadéquates et un manque d'accès aux services de santé. Les membres des peuples autochtones ayant des conditions de vie difficiles sont plus susceptibles d'être en proie au découragement ou au désespoir, ce qui peut les faire sombrer dans la maladie mentale ou les conduire au suicide.

Des travaux de recherche montrent que des déterminants sociaux comme l'emploi, le logement, un développement sain durant l'enfance, le niveau de revenu, le niveau

82 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 0905 (George Hickes).

83 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 17 octobre 2016, 1620 (Calvin Morrisseau, membre du conseil d'administration et représentant de l'Ontario, Association des gestionnaires de santé des Premières Nations).

84 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 juin 2016, 1635 (chef régional Isadore Day, Assemblée des Premières Nations).

85 Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, [Glossaire français](#).

d'instruction, le sexe et la culture peuvent influencer davantage sur la santé mentale que les soins de santé ou le mode de vie⁸⁶. On ne peut pas mesurer la santé sans avoir une compréhension d'ensemble des forces économiques et sociales qui agissent sur elle. Les déterminants sociaux sont interreliés; par exemple, la réussite scolaire durant l'enfance peut avoir une incidence sur l'emploi et les niveaux de revenu à l'âge adulte. Beaucoup de témoins ayant comparu devant le Comité ont insisté sur la nécessité de comprendre comment certains déterminants affectent la santé mentale et mènent au suicide. Certains déterminants sociaux de la santé, comme le logement, l'adversité dans l'enfance, l'éducation, la langue, l'emploi, le coût de la vie élevé et les infrastructures sont expliqués ci-après.

A. Logement

Ensuite, il y a le logement. Il s'agit de mon aspect personnel; auparavant, nous logions trois générations dans une maison. Chez moi, nous étions environ 17 personnes dans une maison à deux chambres avec un sous-sol. C'était quand j'avais environ 12 ans, alors à peu près l'époque où j'étais prête à mettre fin à mes jours⁸⁷.

Shurenda Michael

Le Comité a appris qu'il y a une pénurie chronique de logements dans beaucoup de collectivités inuites et des Premières Nations⁸⁸. George Hickes, estime qu'il manque « plus de 3 000 logements dans l'ensemble du territoire⁸⁹ ». Pour ce qui est du Nunavik, le Comité a entendu qu'il n'y a que 3 000 logements sociaux pour une population dépassant les 13 000 habitants⁹⁰. La pénurie de logements ne se limite pas aux collectivités autochtones, puisqu'on manque aussi de logements à Vancouver. En effet, d'après le Metro Vancouver Aboriginal Executive Council, « la liste d'attente pour un logement social est de trois à quatre ans, à la Lu'ma Native Housing Society⁹¹ ». Devant le peu d'options dont elle

86 Juha Mikkonen et Dennis Raphael, [Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes](#), École de gestion et de politique de la santé de l'Université York, Toronto, 2010.

87 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 28 septembre 2016, 1540 (Shurenda Michael, jeune leader, Leave Out Violence Nova Scotia Society).

88 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 28 septembre 2016, 1540 (Shurenda Michael, jeune leader, Leave Out Violence Nova Scotia Society); Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1250 (Alicia Aragutak, présidente, Qarjuit Youth Council); Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 novembre 2016, 0810 (Scott Clark, directeur exécutif, Aboriginal Life in Vancouver Enhancement Society); Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 16 février 2017, 0955 (D^r James Irvine, médecin hygiéniste, Mamawetan Churchill River Health Region).

89 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 0850 (George Hickes).

90 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1255 (Louisa Yeates).

91 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion des visites à Vancouver, Colombie-Britannique, en septembre et novembre 2016 [TRADUCTION].

dispose pour répondre aux besoins de ses clients, la Société en est réduite à négocier des espaces auprès d'autres organismes d'habitation, avec un succès souvent mitigé.

En outre, cette pénurie cause un problème de taille : le surpeuplement des logements dans les collectivités inuites et des Premières Nations. Le Comité a été informé de situations, dans le Nord de la Saskatchewan, où jusqu'à 19 personnes vivaient sous un même toit. Heather Bear, de la Federation of Sovereign Indigenous Nations, a expliqué la dure réalité de la vie dans des logements surpeuplés en disant que « les conditions de logement sont déplorables. Prenons par exemple une famille de 19 personnes qui vit dans une maison [...] Imaginez seulement la réalité des enfants qui font la file pour aller à la salle de bain le matin⁹² ». Dans son mémoire, l'Autorité de la santé de la région de Weeneebayko a fait état d'une situation semblable : « Je crois aussi que ces jeunes pourraient mieux réussir s'ils avaient un endroit où aller pour étudier. La plupart des logements là-bas sont surpeuplés. Le jeune revient à la maison et il y a 13 personnes qui vivent dans une maison à trois chambres à coucher⁹³. »

La pénurie de logements et les habitations surpeuplées causent de « l'itinérance invisible⁹⁴ », puisque certaines personnes en sont réduites à se chercher un nouvel endroit où dormir tous les soirs et à dépendre de l'hospitalité des autres membres de la communauté. Sylvia Johnson, de la Métis Nation of Alberta, a informé le Comité des effets de cette itinérance invisible chez les femmes et les jeunes métisses :

Il y a des jeunes filles enceintes, elles sont sans abri ou elles passent d'un sofa à un autre. Elles n'ont nulle part où vivre et elles dorment sur des divans, chez ceux qui les acceptent dans leur demeure. Bien sûr, elles doivent dire oui à ceux qui les laissent entrer chez eux.

Il fait moins 40 aujourd'hui, et je suis très inquiète au sujet du sort de ces jeunes filles dans la rue. Elles vont donner naissance, et elles n'ont pas les vêtements appropriés et elles n'ont nulle part où aller⁹⁵.

Il y a parfois, parmi les sans-abri invisibles, de jeunes familles dont les parents risquent d'être incapables de subvenir aux besoins des enfants⁹⁶.

La pénurie de logements et les habitations surpeuplées touchent particulièrement les jeunes, qui représentent une grande partie de la population dans beaucoup de collectivités autochtones. Au Nunavik, le Comité a entendu que la pénurie de logements a poussé des jeunes à modifier leur style de vie pour obtenir un logement. Par exemple, il

92 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 février 2017, 0945 (vice-chef Heather Bear, Federation of Sovereign Indigenous Nations) [TRADUCTION].

93 [Mémoire](#) présenté par l'Autorité de la santé de la région de Weeneebayko, 26 octobre 2016.

94 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Vancouver, Colombie-Britannique, en novembre 2016 [TRADUCTION].

95 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 février 2016, 0920 (Sylvia Johnson, ministre adjointe de la Santé, de l'Enfance et de la Jeunesse, Métis Nation of Alberta).

96 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Vancouver, Colombie-Britannique, en novembre 2016.

arrive que des jeunes abandonnent prématurément les études, car comme l'a fait remarquer un jeune : « Plus vous avez de problèmes sociaux, plus le système vous donne des points, ce qui a pour résultat que vous obtenez une maison plus rapidement⁹⁷ ». Des jeunes ont aussi dit qu'ils peuvent endurer un conjoint violent, parce qu'il y a très peu d'endroits où vivre et « nulle part d'autre où aller⁹⁸ ». Par ailleurs, au Nunavik, le système d'attribution des logements n'incite pas les gens à se chercher un emploi, car l'aide sociale offre une sécurité que l'emploi ne donne pas. Qui plus est, lorsqu'une personne touche un revenu plus élevé, mais que les aides au logement diminuent et que les frais de location augmentent, elle se retrouve avec un niveau de revenu global moindre⁹⁹.

Le manque de logements ou leur piètre qualité ont aussi une incidence sur la santé mentale et le bien-être des gens, car, comme l'a fait remarquer George Hickes, « [L]es chances d'être exposé à de la violence conjugale dans un logement surpeuplé sont d'au moins 50 %. Par conséquent, en remédiant au problème du logement, on réduirait une grande part de nos problèmes sociaux¹⁰⁰ ». Selon un travailleur social de Kuujuaq, « de 50 à 60 % des problèmes de santé mentale seraient réglés si les gens avaient accès à des logements salubres et adéquats¹⁰¹ ». De jeunes Inuits ont aussi fait un lien entre la pénurie de logements et les suicides : « Les logements inadéquats au Nunavik sont également un important facteur qui aggrave les problèmes de notre région relativement aux facteurs de risque et aux taux élevés de suicide¹⁰² ».

Un des déterminants majeurs de la santé des membres des Premières Nations et des populations inuites et métisses vivant dans les zones urbaines et les régions rurales ou éloignées est l'accès à des logements de qualité abordables. Des témoins ont expliqué combien le logement peut être vital pour les familles vulnérables. En effet, comme l'a déclaré Scott Clark : « Un logement sécuritaire, adapté et abordable qui répond aux divers besoins des enfants et des familles vulnérables est essentiel¹⁰³. » Louise Bradley, a déclaré que selon une étude récente « une approche axée sur le logement d'abord, soit le logement assorti d'un panier de services » avait permis d'obtenir de bons résultats en réduisant l'itinérance et en favorisant une bonne santé mentale¹⁰⁴.

97 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1355 (Louisa Yeates).

98 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Kuujuaq, au Québec, en septembre 2016 [TRADUCTION].

99 *Ibid.*

100 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 0850 (George Hickes).

101 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Kuujuaq, au Québec, en septembre 2016 [TRADUCTION].

102 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1355 (Louisa Yeates).

103 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 novembre 2016, 0845 (Scott Clark, directeur exécutif, Aboriginal Life in Vancouver Enhancement Society).

104 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 19 octobre 2016, 1555 (Louise Bradley).

Le Comité a appris que dans les zones urbaines, les centres d'amitié offrent des services de soutien et jouent un rôle essentiel pour faire la transition de la vie dans de petites collectivités à la vie urbaine. Comme l'a déclaré Chris Sheppard, de l'Association nationale des centres d'amitié : « La pauvreté fait partie de la réalité des Autochtones en milieu urbain. Nous en sommes témoins chaque jour. C'est la raison pour laquelle les centres d'amitié ont des banques alimentaires. C'est pour cela également que nous offrons des vêtements. C'est aussi la raison d'être des refuges pour sans-abri¹⁰⁵. »

B. Éducation

Des témoins inuits et membres des Premières Nations ont dit au Comité que l'éducation est un déterminant clé de la santé, car c'est un bon moyen d'améliorer le statut socioéconomique des gens et leur santé de manière générale¹⁰⁶. Le Comité a entendu qu'il y a une énorme différence entre les niveaux de scolarité des populations autochtones et non autochtones au Canada, encore plus grande, pour les populations inuites et les membres des Premières Nations, dans les collectivités rurales et éloignées.

Par exemple, Maatalii Okalik a fait remarquer que sur l'ensemble des quatre régions inuites, ou de l'Inuit Nunangat, soit le Nunavut, le Nunavik, l'Inuvialuit, et le Nunatsiavut, « 29 % [des adultes inuits] qui ont entre 25 et 64 ans ont un diplôme d'études secondaires, contre 85 % pour l'ensemble des Canadiens¹⁰⁷ ». Louise Yeates, représentante du Qarjuut Youth Council, estime qu'au Nunavik, le « taux d'abandon des études secondaires est de pratiquement 95 %. Nous devons redonner un second souffle à notre région, sensibiliser les gens et modifier leur perception de l'éducation¹⁰⁸ ».

De jeunes témoins inuits ont expliqué qu'ils trouvaient que l'enseignement du primaire au secondaire est de piètre qualité. On estime que la mauvaise qualité de l'enseignement tient au manque d'engagement des populations inuites dans le système éducatif et au choix de cours limité, ce qui est un frein à la poursuite d'études postsecondaires¹⁰⁹. Cela explique pourquoi certains sont insatisfaits et abandonnent leurs études rapidement.

Le Comité a entendu le témoignage d'élèves des Premières Nations qui quittent leur communauté éloignées du Nord de l'Ontario pour fréquenter des écoles secondaires dirigées par les Premières Nations à Sioux Lookout ou à Thunder Bay. Même si tous les étudiants ont dit trouver difficile de devoir s'éloigner de leur communauté, la plupart d'entre eux croient que les perspectives d'éducation dans les écoles des Premières Nations situées à Sioux Lookout ou à Thunder Bay sont de meilleure qualité que celles offertes

105 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 juin 2016, 1650 (Christopher Sheppard, vice-président, Association nationale des centres d'amitié).

106 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 juin 2016, 1635 (chef régional Isadore Day).

107 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1240 (Maatalii Okalik).

108 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1255 (Louisa Yeates).

109 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Kuujuaq, au Québec, en septembre 2016.

dans les collectivités des Premières Nations du Nord de l'Ontario accessibles seulement par avion¹¹⁰. Pour fréquenter l'école secondaire des Premières Nations Pelican Falls ou l'école secondaire Dennis Franklin Cromarty, les jeunes doivent avoir atteint le niveau académique requis et quitter leur communauté pour aller vivre dans des résidences ou des familles d'accueil de la Première Nation de Lac Seul, à Sioux Lookout ou à Thunder Bay.

Les jeunes ont indiqué qu'en plus de leur offrir un plus grand choix de cours, les écoles des Premières Nations leur donnaient la possibilité de s'adonner à des passe-temps, de faire du sport, de suivre des cours différents et de tisser des liens avec le personnel. Une jeune personne a dit que c'était « bien de pouvoir rencontrer le personnel et de faire des choses jusque-là inconnues, et de se rendre compte qu'on peut développer des passions¹¹¹ ».

À l'occasion de la table ronde réunissant des professeurs et des travailleurs sociaux, à l'école primaire Jaanimmarik de Kuujuaq, le Comité a entendu que le manque criant d'enseignants inuits entraîne une érosion de l'inuktitut et limite l'enseignement de contenu propre aux populations inuites dans les écoles, quand il existe. Les participants à la table ronde ont fait remarquer qu'il y a peu d'enseignants inuits pouvant enseigner en inuktitut et peu de parents qui s'impliquent dans les écoles, parce qu'ils se méfient du système scolaire à cause de leur expérience dans les pensionnats indiens, et tout cela nuit à la qualité de l'enseignement que reçoivent les élèves.

Des éducateurs ont insisté sur les difficultés systémiques qui empêchent le recrutement d'enseignants inuits à la Commission scolaire Kativik, laquelle est incapable d'offrir aux enseignants inuits des conditions comparables à celles dont profitent les enseignants non inuits, comme l'accès à un logement. Ils ont souligné le fait que les écarts en matière d'emploi créent un fossé entre les populations inuites et non inuites, de sorte que ces derniers envisagent difficilement l'enseignement comme un choix de carrière viable¹¹².

La piètre qualité de l'éducation dans le Nord a été illustrée par l'offre limitée de cours obligatoires ou la difficulté à atteindre les exigences d'admission à des programmes d'études spécifiques dans des établissements d'enseignement postsecondaire. Le choix restreint de cours empêche ou décourage les jeunes inuits de poursuivre des études collégiales ou universitaires. Tout en reconnaissant que le système s'améliore, Natan Obed a déclaré que dans « beaucoup de collectivités, le programme d'études ne permet pas aux élèves d'entrer directement dans le programme d'études postsecondaires de leur choix en raison du manque d'infrastructure et de l'incapacité de diverses écoles d'enseigner certaines des matières de base qui sont des exigences préalables à certains cours universitaires¹¹³ ». Des jeunes de Kuujuaq ont aussi fait remarquer qu'une fois qu'ils ont terminé leurs études secondaires à Kuujuaq, ils sont souvent envoyés dans des

110 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Sioux Lookout, en Ontario, en novembre 2016.

111 *Ibid.* [TRADUCTION].

112 *Ibid.*

113 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 juin 2016, 1625 (Natan Obed).

écoles du Sud pour suivre des cours de rattrapage, ce qui a pour effet de retarder leur entrée au collège et dans la vie professionnelle.

Des jeunes inuits ont fait observer que le Canada est le seul pays circumpolaire sans université dans l'Arctique¹¹⁴, et que ce serait bien s'il y avait des établissements d'enseignement postsecondaire au Nunavut et au Nunavik. Comme les possibilités de suivre une formation à distance en ligne sont très peu nombreuses dans la plupart des collectivités du Nunavut, du Nunavik et des Premières Nations du Nord – à cause de la faible largeur de la bande passante –, il a été proposé d'ouvrir sur ces territoires des établissements dont pourraient profiter les jeunes pour des générations¹¹⁵.

Malgré ces défis importants, des témoins ont fait état de quelques pratiques prometteuses. Par exemple, à Kuujuaq, on a mis sur pied un nouveau programme dans le cadre duquel des membres du personnel de soutien inuits agissent comme mentors auprès de travailleurs sociaux non inuits pour offrir aux familles inuites des rencontres prénatales et des programmes axés sur le développement des enfants. Cette initiative a permis une augmentation de la participation au programme et de son appropriation par les populations inuites.

Le gouvernement fédéral administre le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves ainsi que le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques. Ces initiatives permettent de financer des organismes autochtones qui offrent des programmes de développement et d'éducation de la petite enfance aux jeunes inuits, métis et des Premières Nations vivant dans les réserves et à l'extérieur, dans des collectivités rurales, éloignées ou urbaines.

Ces services sont destinés aux enfants autochtones âgés de trois à cinq ans et se concentrent sur : la culture et les langues autochtones, l'éducation et la préparation à l'école, la promotion de la santé, la nutrition, les soutiens sociaux et l'aide aux parents. Jack Hicks a fait remarquer qu'étant donné le succès relatif de ces programmes, il faudrait songer à les étendre à l'ensemble des collectivités du Nunavut.¹¹⁶

Le Comité a appris que le Northern Nishnawbe Education Council avait établi des semaines traditionnelles en réponse à une série de recommandations issues de la récente enquête du coroner sur la mort d'élèves des Premières Nations qui vivaient en pensionnat à Thunder Bay pour fréquenter l'école secondaire Dennis Franklin Cromarty.

Des semaines de congé ont été mises en place pendant les périodes occupées au cours desquelles les élèves sont stressés, déprimés ou angoissés parce qu'ils sont loin de la maison. Cette initiative permet aux élèves de passer du temps avec leur famille. Les jeunes ont dit qu'ils en profitaient pour aller à la chasse ou à la pêche, aider leurs parents ou rendre visite à d'autres membres de leur famille.

114 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Iqaluit, au Nunavut.

115 *Ibid.*

116 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 juin 2016, 1550 (D^r Jack Hicks).

C. Emploi et développement économique

Le Comité a entendu que les taux de chômage élevés dans certaines collectivités inuites et des Premières Nations ont un lien avec les taux de suicide. Des témoins ont déclaré qu'à cause du manque d'emplois, il est difficile d'améliorer sa situation socioéconomique et de subvenir aux besoins de sa famille. Jack Hicks a fait remarquer qu'il y a une corrélation « entre, d'une part, la perte d'emploi, le chômage, le désespoir social et, d'autre part, le suicide¹¹⁷ ». Sheila North Wilson a évoqué la perte récente d'un cousin, qui s'est suicidé, et a expliqué qu'il avait eu du mal à trouver un emploi quand il était revenu dans sa communauté. Elle a dit : « Que doit penser un jeune homme, un jeune père et un jeune mari quand il n'a pas de travail pour subvenir aux besoins de sa famille¹¹⁸? » Elle a ajouté que la création d'emplois et des logements de meilleure qualité permettront, à long terme, d'améliorer le bilan en matière de santé ainsi que les services de santé au sein des collectivités des Premières Nations.

Le Comité a entendu également qu'il y a une corrélation claire entre chômage et désespoir¹¹⁹. Par exemple, quand l'Autorité de la santé de la région de Weeneebayko a demandé à une jeune femme autochtone pourquoi il y avait tant de suicides dans sa réserve, elle lui a répondu : « C'est simple. Il n'y a pas d'emplois, pas d'avenir, pas d'espoir¹²⁰. » Will Landon a expliqué que « bon nombre de suicides peuvent être reliés au manque de débouchés économiques. Ils ont l'impression qu'il n'y a pas grand-chose qui les attend, de ce côté. Ils ne sont pas intéressés à demeurer des assistés sociaux; on finit par déprimer¹²¹ ».

En plus d'être une source de revenus pour subvenir aux besoins de la famille, le travail est un moyen important de développer l'estime de soi et de gagner en assurance. À ce propos, Joachim Bonnetrouge, de la Première Nation Deh Gah Got'ie, a expliqué qu'environ la moitié des gens de sa communauté sont au chômage, actuellement, et que s'il y avait plus de débouchés, ce serait beaucoup mieux pour la communauté; il a dit : « Pour une famille, et un père, qui pourrait obtenir un emploi, mon Dieu, cela ferait toute une différence dans leur vie¹²². » Isadore Day a insisté sur l'importance des approches axées sur les « programmes de développement communautaire, qui réduisent le risque de suicide, comprennent des activités de perfectionnement des compétences et de renforcement des capacités d'adaptation, de préparation à l'emploi et de loisirs qui diminuent l'isolement et augmentent le soutien par les pairs chez nos jeunes¹²³ ».

117 *Ibid.*

118 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 février 2017, 0850 (grande chef Sheila North Wilson).

119 [Mémoire](#) présenté par l'Autorité de la santé de la région de Weeneebayko, 26 octobre 2016.

120 *Ibid.*

121 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 19 octobre 2016, 1635 (Will Landon).

122 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 novembre 2016, 1420 (chef Joachim Bonnetrouge, Première Nation De Gah Got'ie).

123 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 juin 2016, 1640 (chef régional Isadore Day).

La pénurie d'emplois est exacerbée par le coût élevé de la vie dans les régions isolées du Nord. Beaucoup de collectivités qui ne bénéficient pas d'un accès routier doivent dépendre du transport aérien pour se faire ravitailler en produits et fournitures, de sorte que la vie y est beaucoup plus chère qu'ailleurs au Canada. Des jeunes du Nunavik ont expliqué que lorsqu'ils décrochent un emploi, les salaires qu'ils reçoivent ne tiennent pas compte du coût élevé, dans leur région, des biens de première nécessité comme le logement, la nourriture, l'énergie et le matériel pour la chasse.

Les zones urbaines comme Vancouver présentent également des difficultés pour les jeunes autochtones. Bien souvent, les jeunes déménagent en ville pour avoir accès à de meilleures perspectives d'éducation et d'emploi. Un jeune homme nous a dit qu'il vivait dans l'itinérance depuis trois ans et qu'il volait de l'argent pour acheter de la nourriture pour lui et son jeune frère. En raison du coût de la vie élevé à Vancouver, il craint encore de ne pouvoir offrir le meilleur soutien à son frère; il a dit : « Mon frère souffre d'un trouble d'apprentissage. Je dois faire deux fois plus d'efforts pour l'aider. Nous ne pouvons plus continuer à vivre de l'aide sociale¹²⁴. »

D. Infrastructures

Certains témoins ont déclaré que les collectivités nordiques et isolées du Nunavut, du Nord de l'Ontario et du Nunavik, par exemple, ont de grands retards à combler en matière d'infrastructures. Comme l'a précisé Will Landon : « Pour ce qui est de la création d'emplois, nous allons aussi devoir investir dans les infrastructures, car il est difficile de ne serait-ce que commencer à penser à créer des emplois dans bon nombre d'endroits du Nord isolés et loin de tout, comme Attawapiskat¹²⁵. » Quelques jeunes membres des Premières Nations du Nord de l'Ontario ont expliqué que la médiocrité des infrastructures dans les réserves ajoutait à leur stress et à leur anxiété; l'une d'eux a même dit n'avoir jamais eu accès à de l'eau potable de toute sa vie, et elle avait 16 ans. Un autre jeune a ajouté qu'il y avait régulièrement des pannes de courant dans sa communauté et qu'ils devaient se rabattre sur des génératrices, ce qui était compliqué pour faire fonctionner des appareils aussi essentiels que les machines à dialyse¹²⁶.

D'autres ont dit aussi qu'il était primordial de pouvoir compter sur des infrastructures adaptées pour assurer la coordination entre les familles et les fournisseurs de services en situation d'urgence, comme en cas de suicide. Jennifer Ward, de l'Association canadienne pour la prévention du suicide, qui était conseillère à Attawapiskat lors de la crise de suicides de 2016, a expliqué qu'il « n'y a pas de noms de rue, ni d'adresses ou de numéros sur aucune maison. C'est donc dire que lorsqu'on leur rapporte

124 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion des visites à Kuujuaq, au Québec, à Iqaluit, au Nunavut, à Vancouver, en Colombie-Britannique et à Sioux Lookout, en Ontario, en septembre et novembre 2016 [TRADUCTION].

125 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 19 octobre 2016, 1635 (Will Landon).

126 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Sioux Lookout, en Ontario, en novembre 2016.

que quelqu'un est en train de se suicider ou risque de le faire, et qu'ils tentent de réagir, ils ne peuvent pas localiser l'endroit où cela se passe¹²⁷ ».

E. Adversité dans l'enfance

Des témoins ont relaté que l'adversité dans l'enfance, comme les sévices sexuels et la violence, l'interaction avec les systèmes de justice pénale ou d'aide à l'enfance de même que l'insécurité alimentaire contribuent à la détresse psychologique et au suicide. Del Graff, défenseur de l'enfance et de la jeunesse de l'Alberta, a fait remarquer que les personnes ayant subi des traumatismes ou des agressions peuvent avoir des tendances suicidaires, à cause de ce qu'elles ont vécu¹²⁸. Louisa Yeates, du Qarjuit Youth Council, a dit que « lorsqu'ils sont maltraités à la maison et qu'ils n'ont pas d'autres endroits où aller, les jeunes jettent souvent leur dévolu sur n'importe quoi pour les aider à tenir le coup, et ce sont souvent des échappatoires malsaines¹²⁹ ».

En ce qui concerne l'abus sexuel, Yvonne Rigsby-Jones a déclaré au Comité que « très souvent, l'une des causes du suicide est l'abus sexuel¹³⁰ ». De plus, lors des tables rondes avec les jeunes, certains participants ont dit que l'usage de substances, les comportements autodestructeurs ou les tentatives de suicide étaient des moyens utilisés pour supporter les abus sexuels, les agressions ou la violence ou pour y échapper. Une jeune femme a relaté :

J'étais dans une relation abusive avec mon copain. L'intimidation que je subissais quand je revenais à la maison dans ma réserve était terrible. J'ai fait une surdose de somnifères parce que j'étais bouleversée. Je n'étais pas capable de m'endormir. Je m'automutilais aussi. J'ai rompu avec mon copain et [...] je voulais être la seule fille autochtone parmi toutes celles que j'ai connues dans ma vie à ne pas se faire battre¹³¹.

Une autre jeune personne membre d'une Première Nation a raconté avoir « été violée à l'âge de 7 ans et pensé que c'était normal d'être insensible¹³² ». Elle a expliqué qu'à une époque, elle buvait pour oublier, mais qu'elle était sobre depuis six mois. Elle a dit : « Je jouais au basketball et je suis entrée dans les cadets pour me tenir occupée les fins de semaine¹³³. » Ces jeunes femmes ont reçu des services de soutien de la part d'associations qui offrent aux jeunes autochtones vivant dans les villes des services de counseling, ainsi que la possibilité de prendre part à des groupes de soutien par les pairs,

127 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 19 octobre 2016, 1540 (Jennifer Ward, directrice et présidente des survivants, Association canadienne pour la prévention du suicide).

128 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 16 février 2017, 0845 (Del Graff, défenseur de l'enfance et de la jeunesse, Office of the Child and Youth Advocate, Alberta).

129 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1255 (Louisa Yeates).

130 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 novembre 2016, 1500 (Yvonne Rigsby-Jones, à titre personnel).

131 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion d'une visite sur le terrain [TRADUCTION].

132 *Ibid.*

133 *Ibid.*

de recevoir des aides à l'éducation et d'avoir accès à des soins de santé et à une gamme d'activités récréatives. Yvonne Rigsby-Jones a insisté sur le fait que le soutien destiné aux victimes d'abus sexuels aussi bien qu'aux contrevenants était essentiel pour mettre fin au cycle d'abus. Comme elle l'a précisé, « les Premières Nations ne disposent pas de moyens sûrs ou d'instance pour recevoir de l'aide. Le nombre de victimes d'abus sexuel continuera d'augmenter si nous ne trouvons pas le moyen d'aider les délinquants sexuels¹³⁴ ».

Le Comité s'est fait dire par quelques témoins qu'il y avait un lien entre le manque de ressources pour les services et les évaluations en santé mentale et l'interaction avec le système de justice pénale. Cassidy Caron, de Métis Youth British Columbia, a donné l'exemple d'un jeune métis qui s'était déclaré suicidaire et qui n'avait pu accéder à des services de santé mentale et de toxicomanie avant que le système de justice pénale pour adolescents lui ordonne de prendre part à un programme. Comme elle l'a précisé, « Malheureusement, même cette aide n'est pas arrivée suffisamment tôt pour Nick qui, moins d'une semaine après le début de sa participation au programme, a été trouvé pendu dans le placard d'une chambre du foyer de soins où il séjournait pendant son traitement¹³⁵ ».

Des témoins ont fait observer que l'interaction avec le système de protection de la jeunesse contribuait à une enfance difficile. Des défenseurs de l'enfance et de la jeunesse des provinces ont expliqué que les enfants autochtones étaient surreprésentés dans le système d'aide à l'enfance; en Alberta, les enfants des Premières Nations sont 30 fois plus susceptibles d'être placés que les enfants non autochtones¹³⁶. En Alberta, sept enfants sont morts entre 2013 et 2014 pendant qu'ils étaient sous la tutelle du gouvernement. Parmi les causes systémiques d'une enfance difficile se trouvent « l'éclatement des familles et l'héritage laissé par les pensionnats indiens; les traumatismes subis durant l'enfance à cause de l'exposition à la violence, à la négligence ou aux traitements abusifs; et la toxicomanie ou les problèmes de santé mentale des parents ou des dispensateurs de soins. [D'autres] ont vécu le suicide d'un membre de leur famille¹³⁷. »

Le Comité a entendu que pour combler les lacunes du système d'aide à l'enfance, il conviendrait d'augmenter les ressources et de mobiliser le milieu. Bernard Richard a déploré le fait que les services à l'enfance et à la famille avaient « tendance à enlever les enfants plutôt qu'à travailler avec les familles et à les soutenir¹³⁸ ». Faire participer les aînés au travail des agences de services à l'enfance et à la famille serait une approche

134 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 novembre 2016, 1500 (Yvonne Rigsby-Jones, à titre personnel).

135 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 novembre 2016, 0845 (Cassidy Caron, Métis Youth British Columbia, présidente de Provincial Youth, Métis Nation British Columbia).

136 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 16 février 2017, 0845 (Del Graff).

137 *Ibid.*

138 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 février 2017, 0950 (Bernard Richard).

préventive importante¹³⁹, tout comme le fait de remédier au sous-financement chronique des services de santé mentale pour les enfants des Premières Nations. Cindy Blackstock, de la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada a recommandé au gouvernement de « financer immédiatement l'ensemble des services gouvernementaux en fonction des coûts réels, de façon à ce que les enfants des Premières Nations ne se voient pas refuser des services qui sont offerts à tout autre enfant canadien. Cela peut être fait très rapidement¹⁴⁰. »

Derek Nepinak, de l'Assemblée des chefs du Manitoba, a décrit devant le Comité une initiative dirigée par les Premières Nations, lancée par l'Assemblée des chefs du Manitoba et appelée « Bringing our Children Home ». Cette initiative vise à aider les familles des Premières Nations à s'y retrouver dans les services d'aide à l'enfance et à la famille du Manitoba. Voici ce qu'en a dit M. Nepinak : « L'espoir d'une solution et d'une réunification des familles est, je crois, pour beaucoup de gens une raison de vivre. J'en ai été moi-même le témoin à l'époque où j'assumais le leadership. J'ai vu des gens renoncer à tout lorsqu'on les privait de leurs enfants¹⁴¹ ».

De nombreux témoins des régions urbaines, rurales et éloignées ont parlé de l'insécurité alimentaire. Ils ont dit qu'elle était plus aiguë dans les collectivités inuites et des Premières Nations situées dans le Nord et en région éloignée. Comme l'a expliqué James Morris, de l'autorité sanitaire des Premières Nations de Sioux Lookout, dans les collectivités éloignées, la pauvreté est répandue parmi les familles des Premières Nations, « qui manquent souvent de nourriture, mais sont trop fières pour demander de l'aide¹⁴². »

Le coût de la vie est également trop élevé pour permettre l'achat d'articles de maison et de nourriture. Étant donné que, dans les collectivités inuites et des Premières Nations, les biens et les services doivent être acheminés par la voie des airs, le coût des aliments y est exorbitant. À Kuujuaq, un représentant des jeunes a dit : « Tout est cher, nous sommes deux à travailler à temps plein, mais nous ne pouvons rien nous permettre. Et c'est pire encore dans les collectivités isolées¹⁴³. » Certains jeunes de Kuujuaq ont dit qu'ils aimeraient ramasser des moules, chasser et pêcher pour se nourrir, mais beaucoup n'ont pas les moyens de se payer le matériel nécessaire pour « profiter du territoire », comme l'essence, les bateaux et les véhicules tout terrain¹⁴⁴.

139 *Ibid.*

140 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 16 février 2017, 0850 (Cindy Blackstock, directrice générale, Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada).

141 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 février 2017, 0930 (grand chef Derek Nepinak, Assemblée des chefs du Manitoba).

142 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Sioux Lookout, en Ontario, en septembre [TRADUCTION].

143 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Kuujuaq, au Québec, et à Iqaluit, au Nunavut, en septembre [TRADUCTION].

144 *Ibid.*

SANTÉ MENTALE ET USAGE DE SUBSTANCES

Le Comité a entendu que globalement, les adultes des Premières Nations vivant dans les réserves ont des niveaux de détresse psychologique supérieurs (40 %) à ceux que l'on retrouve dans l'ensemble de la population canadienne (33 %). Fait particulier : les adultes des Premières Nations qui ont fréquenté les pensionnats indiens sont plus susceptibles d'avoir des niveaux de détresse psychologique modérés ou élevés (55 %)¹⁴⁵.

Les membres des collectivités inuites rapportent également une prévalence plus élevée que dans le reste de la population de la dépression et des idées suicidaires. Parmi les répondants à l'Enquête nationale sur la santé des Inuits menée au Nunavut, 43 % disaient n'être déprimés qu'à l'occasion ou rarement, tandis que 9 % disaient l'être la plupart du temps. De plus, 48 % des répondants ont déclaré avoir déjà sérieusement pensé au suicide, et 29 % ont tenté de mettre fin à leurs jours¹⁴⁶.

Étant donné l'ampleur de la tragédie causée par les suicides dans le Nord, les membres des collectivités inuites sont presque constamment exposés à ce phénomène, ce qui peut contribuer au problème¹⁴⁷. Natan Obed a même dit que dans les quatre régions inuites, le suicide était devenu quelque chose de « normal¹⁴⁸ ». Certains membres des Premières Nations ont indiqué que le fait d'être très exposé au suicide peut mener à la dépression, au désespoir et, éventuellement, à des tentatives de suicide. Rod McCormick a expliqué que dans certaines collectivités des Premières Nations le suicide fait partie du quotidien et que « [d]ans la plupart des collectivités, les funérailles sont devenues la principale occasion de rassemblement¹⁴⁹ ».

Des témoins ont présenté les troubles liés à l'usage de substances et les troubles mentaux comme étant des facteurs qui contribuent aux problèmes de santé mentale et de suicide, et qui affectent les jeunes et leurs parents. Certains ont dit que la consommation de drogues ou d'alcool était un moyen de composer avec les traumatismes non résolus laissés par les pensionnats indiens, les mauvais traitements ou la violence, ou encore d'oublier les conditions de vie difficiles, comme les piètres conditions de logement ou la faim.

145 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 24 octobre 2016, 1530 (Amy Bombay).

146 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 5 octobre 2016, 1640 (Gwen Healey, directrice exécutive et scientifique, Qaujigiartiit Health Research Centre).

147 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1455 (Sheila Levy, directrice exécutive, Nunavut Kamatsiaqtut Help Line); Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1455 (Nina Ford, représentante de la jeunesse, Division de la jeunesse).

148 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 juin 2016, 1600 (Natan Obed).

149 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 5 octobre 2016, 1550 (Rod McCormick, professeur et chaire de recherche, Université Thompson Rivers, à titre personnel).

Comme indiqué dans la section précédente, certains jeunes ont dit consommer des drogues ou de l'alcool pour affronter quelques-uns des traumatismes qu'ils ont subis, tandis que d'autres ont dit que c'était pour combler le vide laissé par le manque d'activités récréatives offertes dans leur école ou leur communauté. Un jeune témoin des Premières Nations a dit ceci : « Je ne jouais pas au basketball et n'avais aucun loisir; ma vie tournait autour de l'alcool, et il n'y avait rien d'autre à faire; je me droguais et je buvais¹⁵⁰. »

James Morris, de l'autorité sanitaire des Premières Nations de Sioux Lookout, a indiqué que certains jeunes avaient commencé à utiliser des solvants pour tromper la faim, parce qu'ils n'avaient pas assez à manger. Un jeune des Premières Nations vivant à Vancouver a déclaré qu'il avait remarqué que le fentanyl avait fait plus de ravages que l'année précédente; il a dit : « J'ai vu des amis aller au centre-ville, essayer du fentanyl puis mourir¹⁵¹. »

Des jeunes d'Iqaluit ont dit aussi que l'usage de substances avait une incidence sur la santé des Inuits. Parmi les jeunes que le Comité a rencontrés, beaucoup ont affirmé avoir perdu quelqu'un de leur entourage à cause du suicide, et d'autres jeunes autochtones ont confié en avoir perdu un grand nombre. Un jeune témoin a même déclaré que la majorité des personnes qu'il connaissait qui se sont suicidées étaient en état d'ébriété ou sous l'emprise de stupéfiants au moment de commettre l'irréparable¹⁵². Il a déclaré qu'il y avait un lien entre l'usage de substances et les hauts taux de suicide chez les Inuits, à cause des séquelles laissées par les pensionnats indiens, la réinstallation imposée à ses parents et grands-parents et leurs conséquences sur les jeunes d'aujourd'hui. Il a dit : « C'est comme arracher un arbre, lui couper les racines et le transplanter ailleurs puis ériger un mur autour de lui et l'arroser avec de l'alcool tous les jours. C'est ce qu'on nous fait; nous n'y survivrons pas; nous allons nous étioiler puis mourir¹⁵³. » Greta Visitor, dont de proches parents se sont suicidés, a dit : « J'ai parlé de mon beau-frère, de ma sœur, de ma nièce. Ils luttèrent tous contre des problèmes d'accoutumance. Et moi aussi, lorsque j'ai songé au suicide¹⁵⁴. »

Deux administrations de la santé du Nord de l'Ontario ont expliqué que l'augmentation des taux de dépendance aux opioïdes dans les collectivités des Premières Nations éloignées est en partie responsable des décès dus aux médicaments et des tentatives de suicide depuis quelques années¹⁵⁵. Elles estiment que dans certaines collectivités des Premières Nations, de 50 à 70 % de la population adulte a des problèmes de toxicomanie, et elles ont décrit les répercussions de la consommation d'opioïdes sur la santé des individus et de leur famille. Elles ont expliqué également qu'étant donné le coût

150 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion d'une visite sur le terrain [TRADUCTION].

151 *Ibid.*

152 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Iqaluit, au Nunavut, en septembre 2016.

153 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Iqaluit, au Nunavut, en septembre 2016 [TRADUCTION].

154 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 26 octobre 2016, 1550 (Greta Visitor).

155 [Mémoire](#) présenté par l'Autorité de la santé de la région de Weeneebayko, 26 octobre 2016 et notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Sioux Lookout, en Ontario, en novembre 2016.

élevé d'une dose, et que certains toxicomanes en prennent jusqu'à huit par jour – alors qu'ils vivent dans une relative pauvreté –, cela peut avoir de graves conséquences sur les enfants, qui peuvent souffrir de la faim, cesser d'aller à l'école ou, ultimement, être pris en charge par les services de protection de la jeunesse¹⁵⁶.

PRÉVENTION DU SUICIDE : CONTINUITÉ CULTURELLE

Les facteurs de protection sont des caractéristiques individuelles, familiales, communautaires ou sociétales qui, lorsqu'elles sont présentes, permettent de prévenir ou de réduire le risque de suicide. Beaucoup des facteurs de protection décrits par les témoins servent à acquérir l'estime de soi, de la confiance, une identité positive et des aptitudes permettant de composer avec le stress et l'adversité ainsi que de surmonter les difficultés dans la vie. La section suivante porte sur les facteurs de protection propres aux peuples autochtones, tels que décrits par les témoins; il y est notamment question de continuité culturelle et d'autodétermination, de services de santé communautaires, d'identité et d'éducation culturelle, de soins de santé mentale adaptés à la culture et d'espaces communautaires consacrés au ressourcement, à la culture et aux loisirs.

A. Continuité culturelle

Lorsqu'ils ont comparu devant le Comité, Michael Chandler, de l'Université de la Colombie-Britannique, et Christopher Lalonde, de l'Université de Victoria, ont expliqué que leurs travaux de recherche les avaient amenés à la conclusion que les collectivités des Premières Nations de la Colombie-Britannique qui exercent un important contrôle sur leurs affaires connaissent des taux de suicide beaucoup plus bas que les autres. M. Chandler a précisé qu'en Colombie-Britannique, les « collectivités qui avaient réalisé un certain degré d'autodétermination et d'autonomie gouvernementale avaient peu ou pas de suicides par rapport aux collectivités qui ne l'avaient pas fait¹⁵⁷ ». MM. Chandler et Lalonde ont relevé six facteurs de protection, regroupés sous la notion de « continuité culturelle », dont la présence contribue à la santé des collectivités des Premières Nations. Il s'agit du contrôle des collectivités sur les revendications territoriales; de l'autonomie gouvernementale; des services d'éducation, des services de police et d'incendie, des services de santé dispensés par les collectivités; et des installations culturelles¹⁵⁸. La continuité culturelle favorise le bien-être des communautés et aide à prévenir les suicides, car elle permet aux collectivités d'exercer un contrôle sur le présent et l'avenir. Ces conclusions de recherche ont été citées et corroborées par de nombreux témoins ayant comparu devant le Comité¹⁵⁹.

156 *Ibid.*

157 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 26 septembre 2016, 1545 (Michael Chandler, professeur émérite, Université de la Colombie-Britannique, département de psychologie, à titre personnel).

158 *Ibid.*

159 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 juin 2016, 1635 (chef régional Isadore Day); Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 5 octobre 2016, 1705 (Margo Greenwood, leader académique, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone); Chambre des

Un autre aspect important du travail de MM. Chandler et Lalonde porte sur les mesures additionnelles de la continuité culturelle, que l'on retrouve dans les communautés où il y a peu ou pas de suicides, et qui ont à voir avec la gouvernance et la culture. Certains de ces facteurs, dont l'importance des langues autochtones, le rôle des femmes dans le pouvoir et l'autodétermination, sont examinés en détail ci-après.

B. Langues

Les langues autochtones sont considérées comme un autre marqueur essentiel de la continuité culturelle, comme l'a fait remarquer Maatalii Okalik en disant : « Nos langues et notre culture sont la clé¹⁶⁰ ». La pratique et la perpétuation des langues autochtones sont un important marqueur de la continuité culturelle servant à mesurer la vitalité et la résilience d'une culture ainsi que le bien-être d'une communauté. Les Inuits et les membres des Premières Nations qui ont témoigné devant le Comité considèrent l'enseignement, la perpétuation et la pratique des langues autochtones comme faisant partie intégrante de leur culture et de leur identité.

Le Comité a entendu que la perte des langues affecte les collectivités inuites et des Premières Nations. James Arreak a fait observer que la perte de la langue, au Nunavut, est « l'une des menaces les plus graves qui pèsent sur le peuple inuit. Le facteur le plus important qui agit sur l'érosion de la langue et de la culture des Inuits est le système scolaire à prédominance non inuite¹⁶¹ ».

Au Nunavik, l'inuktitut est la langue d'instruction à la garderie et de la maternelle jusqu'à la troisième année. Ensuite, le seul choix, c'est l'anglais ou le français. Les conséquences d'une telle politique sont profondes, car les enfants pratiquent peu l'inuktitut, de sorte qu'ils ont de la difficulté à communiquer avec leurs propres parents.

C. Femmes

Un autre aspect important de la continuité culturelle concerne l'élection de femmes aux conseils de bande et le rôle de leadership qu'elles peuvent assumer dans les collectivités des Premières Nations. Christopher Lalonde a expliqué que lorsque les femmes s'occupent des questions de gouvernance et qu'elles sont majoritaires au sein des conseils de bande, « les taux de suicide [sont] inférieurs à ceux des collectivités où les femmes [sont] absentes ou en minorité¹⁶² ». Lorsque les chercheurs parlaient à ces femmes de leurs rôles respectifs dans la communauté, celles-ci disaient fréquemment qu'elles s'occupaient d'élever les enfants et travaillaient avec les jeunes de la prochaine

communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 5 octobre 2016, 1635 (Michael DeGagné).

160 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1245 (Maatalii Okalik).

161 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1005 (James Arreak).

162 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 26 septembre 2016, 1545 (Christopher Lalonde).

génération afin de « les équiper de ce qu'il [faut] pour faire leur chemin dans deux mondes, celui des Autochtones et celui des non-Autochtones¹⁶³ ».

D. Renouveau culturel et développement identitaire

[[I] faut aussi utiliser la culture pour renforcer la communauté de l'intérieur. Elle trouve ses propres solutions et les résultats sont étonnants.

Carol Hopkins¹⁶⁴

Le Comité a entendu que la construction d'une saine identité est un volet essentiel du développement de l'enfant. Rétablir le lien entre les jeunes et leur histoire, leurs valeurs et leur culture autochtones est un aspect important de la prévention du suicide et de la promotion de la santé mentale. Lynne Groulx, de l'Association des femmes autochtones du Canada, a dit à ce propos : « La recherche montre qu'une bonne estime de soi, des liens familiaux solides, des réseaux sociaux forts et l'éducation peuvent aider à prévenir le suicide dans nos collectivités¹⁶⁵. » Les effets néfastes de la colonisation ont rendu difficile le développement d'une identité positive.

À propos du suicide, des jeunes autochtones ont dit au Comité que certains d'entre eux ont honte de leurs origines et éprouvent de la confusion à l'égard de leur identité. Les jeunes ont évoqué l'importance de passer du temps ensemble à faire des activités constructives pour modeler leur identité. Des jeunes inuits ont demandé la création d'un réseau d'organisations de la jeunesse, partout au pays, ainsi que du financement fédéral pluriannuel¹⁶⁶.

Le développement du soutien entre pairs permet aux jeunes de se créer un réseau social qui les aide à renforcer leur capacité de résilience et d'adaptation pour faire face aux difficultés en brisant l'isolement; il peut aussi aider les enfants et les jeunes à en apprendre davantage sur leur histoire et leur identité culturelle. Les jeunes des Premières Nations d'un peu partout au Canada ont donc demandé de l'aide pour prendre part à des rencontres régionales sur la prévention du suicide et assister à des séances de formation afin de devenir des pairs agissant comme mentors¹⁶⁷. Les centres d'amitié offrent des services importants aux membres des collectivités autochtones, particulièrement à ceux qui sont allés s'installer dans une zone urbaine et ne se sont pas encore créé de réseaux de soutien. Comme l'a déclaré Eric Klapatiuk :

163 *Ibid.*

164 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 février 2017, 1015 (Carol Hopkins).

165 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 16 novembre 2016, 1720 (Lynne Groulx, directrice exécutive, Association des femmes autochtones du Canada).

166 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1245 (Maatalii Okalik).

167 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 19 octobre 2016, 1635 (Will Landon, représentant du Conseil national des jeunes, Ontario, Assemblée des Premières Nations).

Les centres d'amitié de toute la province et de tout le Canada défendent notamment les intérêts de la population autochtone vivant en milieu urbain. Cela veut dire pratiquement tous les Autochtones qui demandent de l'aide, mais principalement nos frères et sœurs des Premières Nations, Inuits et Métis qui quittent leur propre communauté pour aller s'installer en ville, que ce soit pour y travailler ou pour faire des études. Lorsque nous parlons des Autochtones vivant en milieu urbain, ce sont les personnes dont nous parlons, celles qui quittent la communauté pour les grandes villes où il n'est pas facile d'obtenir de l'aide. Leurs cercles sociaux ne sont pas les mêmes; ils diminuent¹⁶⁸.

De manière générale, les témoins étaient d'accord pour dire qu'un plus grand éveil culturel a des effets bénéfiques sur le sentiment d'appartenance et l'identité des peuples autochtones et entraîne donc une diminution des suicides. Des témoins ont expliqué que les programmes culturels sont un pivot de la promotion de la santé et du mieux-être, et ils sont de plus en plus demandés là où ils sont offerts. Par exemple, Rod McCormick, de l'Université Thompson Rivers, a dit au Comité que « la guérison passe notamment par le rétablissement des liens avec ces sources de sens que sont la famille, la communauté, la culture, la nature, la terre et la spiritualité¹⁶⁹ ». Dans le même ordre d'idées, Ed Connors, de l'Association canadienne pour la prévention du suicide, a fait remarquer que la réaffirmation des cultures autochtones, par la langue, les traditions, la spiritualité, les cérémonies et les pratiques de guérison ancestrales, permet de prémunir les peuples autochtones contre les effets négatifs du colonialisme¹⁷⁰.

Le Comité a entendu qu'un élément fondamental de la prévention du suicide passe par l'apprentissage de la culture, des traditions, des cérémonies et de la langue¹⁷¹, particulièrement chez les jeunes. En apprendre davantage sur sa propre identité culturelle favorise la construction d'une identité positive chez les jeunes, en augmentant l'estime de soi et en réduisant le sentiment d'impuissance, le découragement et la détresse. Cornelia Wieman a fait observer que le fait de raconter des histoires de réussite permet aux jeunes de « voir des possibilités pour eux-mêmes dans l'avenir, afin qu'ils puissent se réaliser¹⁷² ».

À ce propos, le Comité a été informé de l'existence d'un certain nombre de pratiques prometteuses, adoptées un peu partout au pays, qui favorisent le développement d'une identité positive. Parmi ces pratiques, il y a le soutien par les pairs

168 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 novembre 2016, 1035 (Eric Klapatiuk, président provincial, Aboriginal Youth Council, British Columbia Association of Aboriginal Friendship Centres).

169 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 5 octobre 2016, 1550 (Rod McCormick).

170 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 19 octobre 2016, 1550 (Ed Connors).

171 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 16 novembre 2016, 1735 (Amy Nahwegahbow, gestionnaire principale, Partenaire pour l'engagement et l'échange des connaissances, Association des femmes autochtones du Canada); Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1005 (James Arreak).

172 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 14 juin 2016, 1630 (Cornelia Wieman).

assuré par des cercles de jeunes, les programmes axés sur le territoire, les programmes d'apprentissage des langues autochtones et le soutien des aînés¹⁷³.

Natan Obed a toutefois averti le Comité que les programmes axés sur la culture ne doivent pas occulter les grands problèmes ayant une incidence sur la santé des populations, comme les traumatismes historiques et intergénérationnels, les conditions socioéconomiques et le manque d'investissement dans les initiatives de santé publique axées sur la prévention :

[Lorsqu'on demande] à l'organisation nationale des Inuits ou à des personnes inuites ce qu'il faut faire, bien des fois la réponse qu'ils attendent n'a rien à voir avec l'équité sociale, les services de santé mentale ou tout ce qui va au-delà d'un traumatisme historique ou intergénérationnel. Ce qu'ils cherchent, dans bien des cas, c'est une composante particulière de la prévention du suicide qui est uniquement autochtone, qui ressemble à quelque chose comme des camps sur nos terres ou la transmission culturelle, ce qui est plutôt bon marché et qui n'a rien à voir avec la relation entre les services gouvernementaux et les populations en général et leur santé en particulier¹⁷⁴.

E. Installations pour le ressourcement, les sports, les loisirs et l'éducation

De jeunes membres des Premières Nations du Nord de l'Ontario ont expliqué qu'il y a peu d'espaces communautaires ou de centres pour les jeunes dans beaucoup de leurs collectivités. Quand des installations existent, elles sont vides, sans équipement, personnel, jeux ou moyens permettant de faire du ressourcement, de s'adonner à des passe-temps, de se retrouver entre pairs ou en famille ou encore d'en apprendre sur sa propre culture¹⁷⁵. Les jeunes des Premières Nations de la région tribale de Fort Frances ont demandé à avoir accès à des refuges en cas d'urgence, des endroits où les jeunes seraient accueillis et pris en charge, où ils pourraient manger, faire de l'artisanat, s'adonner à des activités constructives et se rassembler autour d'événements¹⁷⁶.

Les éducateurs et les fournisseurs de services que le Comité a rencontrés au Nunavik ont insisté sur la nécessité d'avoir de toute urgence un centre de secours en cas de crise où les enfants pourraient aller se réfugier après les heures d'ouverture des services ou les fins de semaine, à cause de la pénurie de logements et du surpeuplement des habitations sur le territoire. Pour illustrer comment un centre communautaire peut améliorer la santé des personnes et des familles, Lawrence Kirmayer, de l'Université McGill et de l'Hôpital général juif, a raconté ceci au Comité :

Les jeunes pouvaient bénéficier d'un soutien sur place et parler aux membres de leur famille, dans le but d'atténuer la crise en quelque sorte. Il est ainsi possible de combattre

173 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 19 octobre 2016, 1635 (Will Landon); Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 26 septembre 2016, 1650 (Jakob Gearheard, directeur exécutif, société Ilisaqsvik).

174 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 juin 2016, 1600 (Natan Obed).

175 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Sioux Lookout, en Ontario, en novembre 2016.

176 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 16 novembre 2016, 1755 (Amy Nahwegahbow).

plus efficacement le problème et, qui plus est, d'intervenir positivement de manière à créer un effet direct ou d'entraînement dans la communauté, plutôt que de simplement retirer l'enfant de la communauté¹⁷⁷.

Dans toutes les tables rondes de jeunes auxquelles ont pris part les membres du Comité, les jeunes ont reconnu le rôle bénéfique des espaces réservés aux activités de ressourcement et aux loisirs dans le développement de l'estime de soi, la détermination d'objectifs, la confiance et la fierté d'être autochtone. Il est important que les petites collectivités disposent d'infrastructures et de programmes appropriés, particulièrement pour certains jeunes dont les conditions de vie à la maison peuvent être difficiles, voire dangereuses.

Une jeune femme a cité en exemple l'importance d'avoir des passe-temps, de se fixer des objectifs, d'avoir le soutien de pairs et de se projeter dans l'avenir. Elle a raconté que plus jeune, elle s'était concentrée sur son intérêt pour les arts, ce qui l'avait aidée à se donner des buts et à supporter les difficultés qu'elle vivait à la maison; elle a dit : « Je ne peux pas m'imaginer ce qu'aurait été ma vie sans ces objectifs¹⁷⁸. » Le programme dispensé par l'Urban Native Youth Association de Vancouver lui a permis d'avoir du soutien et de poursuivre aujourd'hui ses études en arts à l'université¹⁷⁹. Cette jeune femme a insisté sur le fait que le manque d'activités récréatives constructives peut avoir des répercussions sur la vie des jeunes dans les réserves.

Selon des jeunes autochtones, l'Urban Native Youth Association située au centre-ville de Vancouver et les programmes qu'elle offre ce centre aux jeunes ont donné beaucoup de bons résultats. Par exemple, les jeunes ont enfin un endroit où se réunir avec leurs pairs, se faire aiguiller vers des services de santé, obtenir des services de counseling, apprendre la musique, terminer leur scolarité et recevoir de l'aide pour rédiger leurs CV ou postuler des emplois; ces jeunes ont recommandé que tous les jeunes autochtones puissent avoir accès à ce genre d'endroit.

Les centres d'amitié sont pour leur part un espace de rassemblement essentiel pour les jeunes autochtones vivant dans les zones urbaines ou rurales ainsi que dans les régions nordiques. Christopher Sheppard a dit au Comité que les « loisirs, l'accès à un lieu sécuritaire et un endroit où aller sont des éléments qui transforment la vie des jeunes. La plupart des centres d'amitié ont des programmes pour les jeunes, des programmes parascolaires qui peuvent les accueillir¹⁸⁰ ». M. Sheppard a recommandé que soient rouverts les Centres urbains polyvalents pour jeunes autochtones, financés auparavant par Patrimoine Canada, afin que les jeunes autochtones vivant en zone urbaine puissent

177 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 24 octobre 2016, 1710 (Laurence Kirmaier, professeur et directeur, Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill, et directeur, Unité de recherche en culture et santé mentale, Institut de psychiatrie communautaire et familiale, Hôpital général juif, à titre personnel).

178 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Vancouver, en Colombie-Britannique, en novembre 2016 [TRADUCTION].

179 *Ibid.*

180 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 juin 2016, 1550 (Christopher Sheppard).

recevoir des services adaptés. Ces centres offraient des services aux jeunes autochtones résidant dans des villes de plus de 1 000 habitants, notamment des programmes communautaires adaptés à la culture, ainsi que des services de santé mentale et de la formation pour l'acquisition de compétences et l'emploi¹⁸¹.

SERVICES DE SANTÉ MENTALE DANS LES COLLECTIVITÉS AUTOCHTONES

A. Coordination

Le Comité a entendu que les multiples autorités s'occupant de la prestation des services de santé compliquent la coordination entre les gouvernements territoriaux, provinciaux et fédéral. Puisque les services spécialisés en santé mentale sont limités dans les collectivités, les autorités de santé doivent assurer la coordination avec les hôpitaux et les centres de santé mentale des provinces et négocier avec ceux-ci pour avoir accès aux services. Leo Ashamock, de l'autorité de la santé de la région de Weeneebayko, a donné un exemple des conséquences du manque de coordination entre les systèmes de santé provincial et fédéral pour une patiente :

[...] ma petite-fille qui avait besoin de soins en santé mentale. Il y a eu beaucoup de confusion. Où pouvait-on l'envoyer. L'endroit principal est l'hôpital de Timmins et du district, où il y a une unité de santé mentale, et c'est là où travaille le médecin de ma petite-fille [...] Elle s'est fait dire qu'il n'y avait pas de lit en santé mentale à Timmins. Nous nous sommes adressés à North Bay et à Sudbury. C'était fermé. On nous a dit qu'il fallait l'amener à Moose Factory [...] Où ma petite-fille s'est-elle retrouvée? Dans une cellule de prison [...] Ce n'est pas l'idéal. Le moins qu'on puisse faire dans ce genre de situation, c'est offrir aux patients une chambre sûre à Fort Albany même [...] Dans ce genre de situation, il doit y avoir une meilleure coordination pour ces jeunes qui ont des problèmes de santé mentale¹⁸².

Des régies de santé desservant des collectivités des Premières Nations éloignées ont noté que le nombre de personnes admises à l'urgence dans les hôpitaux pour des soins en santé mentale avait augmenté considérablement au cours des cinq dernières années, et ce en raison du manque de ressources en santé mentale dans les collectivités des Premières Nations. Il semblerait toutefois que des membres des Premières Nations soient renvoyés d'un hôpital, sans avoir eu accès à des soins ou services de soutien¹⁸³. Alika Lafontaine a fait valoir que personne ne devrait se faire refuser des soins, car les gouvernements ne s'entendent pas sur le paiement des services, puisque les provinces reçoivent du gouvernement fédéral un certain montant par habitant pour les patients autochtones¹⁸⁴.

Comme les personnes autochtones peuvent souvent changer d'adresse, une meilleure coordination entre les systèmes permettrait de fournir à celles-ci des services de

181 *Ibid.*

182 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 26 octobre 2016, 1610 (Leo Ashamock).

183 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion des visites à Vancouver, en Colombie-Britannique, et à Sioux Lookout, en Ontario, en novembre 2016.

184 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 16 février 2017, 1020 (D^r Alika Lafontaine).

suivi après une tentative de suicide, de poursuivre leur plan de traitement et de s'assurer qu'elles consultent des professionnels de la santé dans leur collectivité après leur sortie d'un établissement de soins¹⁸⁵.

La régie des services de santé des Premières Nations de Sioux Lookout voudrait mettre en place un modèle de soins centrés sur le patient dans la région, en s'inspirant du modèle [Nuka System of Care](#). Ce « système de soins de santé complets » adopté par les peuples autochtones d'Alaska est axé sur les besoins des patients. Des administrations, des bailleurs de fonds et des fournisseurs de services travaillent ensemble pour offrir des services souples aux patients, lesquels peuvent se tourner vers un guichet unique pour accéder à des soins cliniques, à des pratiques traditionnelles, à des ressources en santé mentale et à d'autres services¹⁸⁶.

La Chambre des communes a adopté le principe de Jordan¹⁸⁷ en 2007, et le gouvernement a adhéré à une définition élargie du concept en 2016 pour s'assurer que les enfants aient accès à des services sociaux et de santé comparables à ceux offerts aux autres enfants. Ce principe aide à garantir à tous les enfants des Premières Nations un accès à des services, peu importe l'ordre de gouvernement responsable des coûts¹⁸⁸. Selon ce principe, le gouvernement ayant servi de premier point de contact doit payer pour le service. Le but est de régler les problèmes de coordination entre les différentes administrations responsables de la prestation des services¹⁸⁹. Selon Cindy Blackstock, la pleine mise en œuvre de ce principe est un exemple de « solution très simple¹⁹⁰ » au problème de coordination entre les différents ordres de gouvernement pour ce qui est de l'accès aux services pour les enfants autochtones.

Le Cadre de continuum du mieux-être mental des Premières Nations et la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuit proposent tous les deux des solutions pour améliorer la coordination des services de santé. Ces deux documents insistent sur l'importance de passer d'un modèle centré sur les fournisseurs à un modèle axé sur le patient, la famille ou la communauté. Or, pour qu'un tel modèle fonctionne, il faut une coordination efficace entre les administrations, surtout dans des situations d'urgence, lorsque les patients habitant dans des régions éloignées ont besoin de soins spécialisés ou de soins offerts par des centres de soins en santé mentale.

185 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Vancouver, en Colombie-Britannique en novembre 2016.

186 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Sioux Lookout, en Ontario, en novembre 2016.

187 Affaires autochtones et du Nord Canada, [À propos du Principe de Jordan](#). Jordan River Anderson, un enfant d'une Première Nation, est décédé à l'hôpital avant que les gouvernements provincial et fédéral puissent déterminer qui payerait pour les soins à domicile qu'il aurait pu recevoir dans son foyer d'accueil. Affaires autochtones et du Nord Canada, [À propos du Principe de Jordan](#), Programme des services à l'enfance et à la famille des Premières Nations, 2016.

188 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 16 février 2017, 0855 (Cindy Blackstock).

189 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Sioux Lookout, en Ontario, en novembre 2016.

190 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 16 février 2017, 0910 (Cindy Blackstock).

B. Stratégies autochtones de prévention du suicide

*L'avenir exige [...] la mise en œuvre intégrale du Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, qui présente des possibilités de tabler sur les forces communautaires et le contrôle des ressources pour améliorer les programmes existants de bien-être mental dans les collectivités des Premières Nations*¹⁹¹.

Will Landon

*Une stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits est, selon moi, un pas dans la bonne direction non seulement pour accroître la sensibilisation, mais aussi pour redonner espoir aux gens. J'ai bien hâte de voir cette stratégie à l'œuvre pour le bien du Nunatsiavut et de l'Inuit Nunangat*¹⁹².

Johannes Lampe

Le Comité a entendu que des responsables inuits et des Premières Nations ont mis au point des stratégies adaptées dans le but d'amener tous les ordres de gouvernement et les intervenants à participer à la prévention du suicide. Les stratégies ne se limitent pas aux interventions en santé, mais proposent des solutions aux problèmes systémiques et sociaux qui ont une incidence sur la santé mentale, tels que la pauvreté, les traumatismes historiques, la détresse mentale, la perte et le deuil. Un grand nombre de témoins ont recommandé qu'un financement soit accordé pour que ces stratégies soient mises en œuvre. Le Cadre de continuum du mieux-être mental des Premières Nations et la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits proposent une série d'interventions, y compris des réformes des systèmes de santé, pour répondre à la demande en services de santé mentale dans leurs collectivités respectives.

Afin d'intégrer la culture et de s'assurer qu'elle est un aspect essentiel du mieux-être, Santé Canada, l'Assemblée des Premières Nations et des spécialistes de la santé mentale ont établi le Cadre de continuum du mieux-être mental des Premières Nations¹⁹³. On reconnaît, dans ce cadre, que les services de santé mentale ne seront pas tous disponibles partout. Mais on propose que toutes les administrations travaillent ensemble pour assurer la coordination et la planification afin de recenser les principaux services requis et de déterminer les services qui seront offerts dans une collectivité située à proximité et ceux qui le seront par l'entremise des systèmes de santé provinciaux. Marion Crowe, de l'Association des gestionnaires de santé des Premières Nations, a dit : « L'intégration des services de santé au sein des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux est essentielle à sa réussite¹⁹⁴. »

191 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 19 octobre 2016, 1630 (Will Landon).

192 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1020 (Johannes Lampe, présidente, Gouvernement du Nunatsiavut.).

193 Assemblée des Premières Nations et Santé Canada, Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, 2015.

194 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 17 octobre 2016, 1530 (Marion Crowe, directrice exécutive, Association des gestionnaires de santé des Premières Nations).

Des témoins inuits ont fait part au Comité de l'importance de mettre en œuvre, dans les quatre régions inuites, la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits de l'organisation inuite Tapiriit Kanatami. Cette stratégie privilégie une approche globale et prévoit l'établissement de partenariats à long terme, l'octroi d'un financement durable et la coordination entre les secteurs de la santé, de la justice et des services sociaux et tous les ordres de gouvernement pour prévenir de manière concrète le suicide. Comme l'a indiqué Natan Obed : « Nous devons faire plus pour nous donner des systèmes d'éducation appropriés, des systèmes de santé mentale adéquats et des systèmes de justice qui traduisent nos besoins; il faut s'occuper de la violence et des agressions sexuelles dans nos collectivités; nous devons mettre un terme à la pauvreté¹⁹⁵ ».

C. Services en santé mentale pour les Premières Nations et les Inuits

Il nous faut comprendre que le phénomène du suicide est une spirale. Il y a la prévention, la postvention et l'intervention, et elles s'imbriquent toutes l'une dans l'autre.

Jennifer Ward¹⁹⁶

Le Comité a entendu que des mesures interreliées sont nécessaires pour prévenir le suicide : continuité culturelle, éducation de qualité, amélioration du logement et des infrastructures, revitalisation des langues autochtones, développement économique et création d'emplois, guérison des victimes des pensionnats et création d'espaces pour la guérison, la culture et les loisirs¹⁹⁷. De nombreux témoins ont décrit certains des services de santé essentiels en matière de prévention du suicide, de soutien en cas de crise et de suivi, ce que l'on appelle communément le continuum des services en santé mentale. Les prochains paragraphes décrivent ces services.

Prévention

Par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières Nations, Santé Canada offre le programme des Services de santé non assurés (SSNA) afin que les membres des Premières Nations et des collectivités inuites admissibles aient accès à certains services médicaux qui ne sont pas couverts par les régimes de soins de santé provinciaux. Ce programme permet des interventions à court terme, sous la forme de

195 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 juin 2016, 1640 (Natan Obed).

196 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 19 octobre 2016, 1610 (Jennifer Ward).

197 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 juin 2016, 1600 (Jack Hicks); Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 9 juin 2016, 1630 (chef régional Isadore Day); Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1240 (Maatalii Okalik); Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 17 octobre 2016 (Lindsay Jones, étudiante-infirmière autochtone, Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada).

services de counseling en santé mentale¹⁹⁸ dispensés par des thérapeutes en santé mentale autorisés à intervenir en cas de crise ou de situation à risque, lorsqu'aucun autre service n'est disponible¹⁹⁹.

Ceux qui ne sont pas admissibles aux services de santé offerts par l'entremise de la DGSPNI, comme les Indiens non inscrits²⁰⁰ et les personnes métisses, peuvent obtenir des soins par l'entremise des systèmes de santé provinciaux et territoriaux.

Le Comité s'est fait dire qu'un système de soins de santé primaires stable est essentiel à la prestation de services de santé mentale axés sur la prévention²⁰¹ aux Premières Nations et aux Inuit. Or, John Haggarty, de l'École de médecine du Nord-Ontario et du groupe St. Joseph Health Care, a déclaré que les soins de santé primaires offerts sur les réserves aux Premières Nations²⁰² étaient précaires et déficients, ce qui nuit à la mise en place de services supplémentaires, notamment en matière de santé mentale²⁰³.

Quelques autres témoins, dont Alika Lafontaine et Isadore Day, ont reconnu que leurs « communautés sont en crise perpétuelle et la crise s'aggrave²⁰⁴ ». Isadore Day a observé qu'« un certain nombre de crises [...] sont apparues dans plusieurs communautés des Premières Nations de tout le Canada et soulignent la nécessité d'investir dans des programmes spécifiques de mieux-être mental²⁰⁵ ». Dr James Irvine, qui travaille dans le Nord de la Saskatchewan, a signalé que le problème du suicide à l'intérieur et à l'extérieur des réserves et dans les collectivités métisses dure depuis des décennies et « se poursuivra à moins qu'un soutien et des stratégies à très long terme soient améliorés et maintenus²⁰⁶ ».

Alika Lafontaine a insisté sur le fait que, pour intervenir efficacement en cas d'urgences dans les collectivités, le système de santé doit changer fondamentalement la

198 Le programme des SSNA couvre les frais d'évaluation initiale et jusqu'à 15 séances de counseling d'une heure étalées sur 20 semaines.

199 Santé Canada, [Services de counseling en santé mentale](#).

200 Le terme « Indien non inscrit » désigne toute personne qui n'est pas inscrite comme Indien aux termes de la *Loi sur les Indiens*. Affaires autochtones et du Nord Canada, [Terminologie](#).

201 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 24 octobre 2016, 1545 (D^r John Haggarty, professeur et chef des services de psychiatrie, École de médecine du Nord-Ontario, et membre du groupe St-Joseph's Care).

202 *Ibid.*

203 *Ibid.*

204 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 16 février 2017, 1005 (D^r Alika Lafontaine, chef d'équipe, Indigenous Health Alliance).

205 Assemblée des Premières Nations, *Investissements supplémentaires : La crise de la santé mentale chez les Premières Nations : Des ressources très nécessaires*, Document présenté au Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, 9 juin 2016.

206 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 16 février 2017, 1000 (D^r James Irvine, médecin hygiéniste, Mamawetan Churchill River Health Region).

façon dont les soins sont offerts dans les réserves²⁰⁷. Il a suggéré que le système de soins de santé primaires dans les provinces canadiennes présente un exemple de systèmes de prestation fonctionnelle des services. Cela est attribuable à l'existence de processus et d'institutions pour assurer le transfert des fonds, de formes de soutien pour la coordination des patients entre les administrations ainsi que de mesures et d'institutions permettant d'assurer les fonds et la qualité des soins des patients. Il a fait remarquer que le système de prestation de soins de la DGSPNI dans les réserves a établi peu de ces mécanismes, ce qui contribue à son piètre rendement²⁰⁸.

Le Comité a entendu de Shannon McDonald, de la First Nations Health Authority, que, pour être efficace, la prévention du suicide doit reposer notamment sur l'accès à du soutien local en santé mentale avant que des situations d'urgence, comme un suicide, ne surviennent²⁰⁹. Le Comité a entendu que lorsque des services de soins de santé mentale sont offerts à l'échelle locale, ils sont la plupart du temps de nature réactive plutôt que préventive²¹⁰. Il n'est pas facile pour les adultes ou les jeunes vivant dans des réserves ou des collectivités inuites éloignées d'obtenir des services en santé mentale. Souvent ces services ne sont pas disponibles après les heures normales ou la fin de semaine, ou encore ne tiennent pas compte de la culture²¹¹. À Iqaluit, Toby Otak a déclaré : « Je voudrais qu'il y ait davantage de travailleurs en santé mentale dans les petites communautés. Je voudrais qu'il y en ait plus d'un pour nous aider parce que j'ai remarqué que, durant l'année scolaire, il y a toujours des urgences²¹². »

Quelques témoins ont mentionné que les Inuits et membres des Premières Nations ont des besoins complexes en matière de santé mentale, d'usage de substances et de traitement de la toxicomanie. Par exemple, James Morris, directeur général de l'autorité sanitaire des Premières Nations de Sioux Lookout, a fait valoir qu'un grand nombre de membres des collectivités des Premières Nations « ont besoin en permanence de services de counseling », car ils ont été exposés « à des sources multiples de traumatisme²¹³ ». Il a ajouté que, malheureusement, il n'y avait pas suffisamment de travailleurs de la santé mentale ayant reçu une formation sur les traumatismes pour répondre à la demande²¹⁴.

207 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 16 février 2017, 1005 (D^{re} Alike Lafontaine).

208 *Ibid.*

209 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 novembre 2016, 1235 (D^{re} Shannon McDonald).

210 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 17 octobre 2016, 1620 (Calvin Morrisseau, membre du conseil d'administration et représentant de l'Ontario, Association des gestionnaires de santé des Premières Nations).

211 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 février 2017, 0850 (vice-chef Heather Bear).

212 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1555 (Toby Otak, à titre personnel).

213 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Sioux Lookout, en Ontario, en novembre 2016. [TRADUCTION]

214 *Ibid.*

On a relevé une pratique prometteuse touchant l'élaboration d'un plan communautaire de prévention du suicide. Ainsi, les Ojibways d'Onigaming ont consulté les jeunes au moment d'élaborer leur stratégie de prévention du suicide. Les jeunes ont identifié sept secteurs d'intervention importants : les loisirs, la musique et les arts; l'emploi; un meilleur accès à l'éducation; l'accès à des services de guérison et de soutien; les infrastructures communautaires; et l'attachement à la culture. Une équipe, composée d'un conseiller scolaire, d'un conseiller en soins traditionnels et d'un coordonnateur de crise, intervient auprès des jeunes. Cette équipe, les familles et les dirigeants locaux se partagent la gestion des cas. On offre aux jeunes du counseling direct, des programmes parascolaires et des activités culturelles²¹⁵.

Services en cas de crise

Les témoins ont indiqué que les services en cas de crise étaient plutôt rares ou précaires dans les collectivités des Premières Nations du Nord de l'Ontario et dans les collectivités inuites du Nunavik et du Nunavut. À Iqaluit, des jeunes ont signalé que lorsqu'une personne est suicidaire, il n'y a pas d'autre choix que de se présenter aux services d'urgence de l'hôpital. Même une fois sur place, les jeunes n'obtiennent pas nécessairement des services de counseling, et aucun suivi n'est planifié lorsque le patient obtient son congé²¹⁶.

Des jeunes inuits ont raconté qu'en l'absence de centre d'intervention à Kuujjuaq, les jeunes en détresse « étaient attachés à un lit et mis sous surveillance²¹⁷ » à l'hôpital local pour la nuit. Le Comité a appris qu'il y a très peu de centres d'intervention en cas de crises pour les jeunes des Premières Nations du Nord de l'Ontario. Il a été informé de deux situations où des jeunes autochtones suicidaires ou en détresse ont été placés sous surveillance dans une cellule de prison pendant 24 heures, en attendant leur transport vers un établissement de soins psychiatriques au sud du Canada²¹⁸.

Autre pratique prometteuse : la régie des services sociaux et de santé du Nunavut a mis sur pied le groupe des valeurs et pratiques inuites, qui est composé de conseillers et de travailleurs sociaux et qui forme des équipes mobiles d'intervention d'urgence dans le Nunavik.

Lorsque des crises de suicide surviennent dans de petites collectivités, ces équipes fournissent des services à la collectivité pour de longues périodes en animant des séances de guérison et en assurant un suivi dans un cadre d'un continuum de soins adapté à la culture inuite.

215 Source : *Vision 2020 Youth Engagement Report*, Ojibways d'Onigaming.

216 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion des visites à Kuujjuaq, au Québec, et à Iqaluit, au Nunavut, en septembre 2016.

217 *Ibid.* [TRADUCTION]

218 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion des visites à Kuujjuaq, au Québec, et à Iqaluit, au Nunavut, en septembre 2016; Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 26 octobre 2016, 1620 (Leo Ashamock).

Les équipes d'intervention d'urgence sont en grande demande, car elles peuvent fournir des services en inuktitut et comprennent les besoins et l'histoire des peuples inuits. Or, le territoire desservi ne peut être élargi, car les ressources financières et humaines sont limitées²¹⁹.

Les équipes de mieux-être mental du SSNA sont des équipes multidisciplinaires communautaires qui peuvent venir en aide aux collectivités des Premières Nations en cas de crise, en offrant des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie adaptés à la culture²²⁰. Au printemps 2016, Santé Canada a annoncé un financement additionnel qui permettrait de porter le nombre d'équipes à 43 au cours des trois prochaines années²²¹. Lors de sa comparution devant le Comité, Isadore Day a indiqué que pour bien servir toutes les collectivités des Premières Nations, il faudrait 90 équipes, chacune servant environ sept collectivités²²².

S'il n'y a pas de services locaux de soutien en santé mentale lorsque survient une crise de suicide, ce sont souvent des professionnels non autochtones d'ailleurs qui sont choisis pour fournir des services. Le Comité s'est fait dire que lorsque survient une telle crise, seule une très petite part des fonds accordés pour gérer la crise est investie dans la collectivité afin d'accroître sa capacité de faire face à des situations d'urgence. Alika Lafontaine a expliqué que la majorité du financement annoncé pour une collectivité en particulier est généralement versé à des organismes externes chargés par le gouvernement fédéral d'agir comme « groupes de travail afin de lutter expressément contre le suicide²²³ ». À ce propos, Rod McCormick a commenté que Santé Canada envoie peut-être par avion des travailleurs en santé mentale pour gérer les crises à court terme, mais que le ministère ne veille pas à ce que les services de soutien en santé mentale soient adaptés aux particularités culturelles ou fournis de manière locale²²⁴.

Les personnes inuites se butent aussi à des difficultés lorsqu'elles cherchent à obtenir des services de counseling adéquats en santé mentale, comme l'a fait remarquer Jakob Gearheard, de l'Ilisaqsvik Society :

Dans la plupart des cas, les services en santé mentale sont offerts aux Inuits par des conseillers et des travailleurs sociaux qui viennent du sud du pays et qui arrivent par avion et qui ont peu de connaissances et d'expériences liées à la culture inuite — ou qui n'en ont

219 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion des visites à Kuujuaq, au Québec, et à Iqaluit, au Nunavut, en septembre 2016.

220 Assemblée des Premières Nations, *Investissements supplémentaires : La crise de la santé mentale chez les Premières Nations : Des ressources très nécessaires*, Document présenté au Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, 9 juin 2016.

221 Gouvernement du Canada, « [Le gouvernement du Canada fournira un soutien immédiat destiné au bien-être mental des Autochtones](#) », 2016.

222 Assemblée des Premières Nations, *Investissements supplémentaires : La crise de la santé mentale chez les Premières Nations : Des ressources très nécessaires*, Document présenté au Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, 9 juin 2016.

223 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 16 février 2017, 1005 (D^r Alika Lafontaine).

224 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 5 octobre 2016, 1610 (Rod McCormick).

aucune —, qui ne parlent pas inuktitut et qui ne comprennent pas le contexte historique et culturel de l'endroit où ils travaillent²²⁵.

Le Comité a été informé d'une pratique exemplaire permettant de fournir un soutien en cas de crise suicidaire. La Nunavut Kamatsiaqtut Help Line est une ligne d'écoute qui offre des services de soutien en inuktitut. Dirigé par des bénévoles qui recueillent des fonds pour continuer à assurer les services, l'organisme dessert une région englobant le Nunavut, le Nunavik et d'autres parties de l'Arctique de l'Ouest²²⁶.

Soins spécialisés

Les services de santé qui ne sont pas disponibles dans les collectivités, comme les soins spécialisés, par exemple la psychiatrie, peuvent être obtenus grâce aux systèmes de santé provinciaux et territoriaux, mais cela force les patients à quitter leur communauté pour se faire soigner²²⁷.

Lorsqu'il n'y a pas de services de santé mentale disponibles dans la collectivité, la DGSPNI peut couvrir les frais de déplacement jusqu'au centre médical le plus proche en vertu de la politique sur le transport pour raison médicale²²⁸. Santé Canada détermine également si une personne peut accompagner un mineur en vertu de cette politique. Or, Leo Ashamocka fait remarquer que les personnes accompagnant les jeunes en situation de crise n'obtiennent pas toujours cette autorisation²²⁹ : « Il y a même un problème en ce qui concerne les accompagnateurs des enfants. Les parents ne sont même pas invités à aller avec eux. Il faut pourtant qu'ils participent au plan de traitement. C'est très important²³⁰. »

Les témoins ont indiqué qu'il est difficile pour les résidents du Nunavut et du Nunavik d'accéder à des soins psychiatriques ou à des services de traitement des troubles liés à l'usage de substances offerts en établissement. Des jeunes ont raconté qu'ils avaient dû quitter le Nunavik pour se rendre dans des centres de soins de santé mentale dans le sud du pays et qu'ils s'étaient retrouvés, parfois seuls, loin de chez eux, pendant des semaines²³¹. Des jeunes inuits ont également expliqué aux membres du Comité que les besoins en matière de traitement de la toxicomanie augmentent, mais qu'il y a peu de lits disponibles au Nunavik. Le centre à Kuujuaq – qui dessert pourtant une population de 14 000 habitants – « compte seulement neuf lits et peut traiter environ

225 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 5 octobre 2016, 1655 (Jakob Gearheard).

226 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1455 (Sheila Levy).

227 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, [Le cadre politique et juridique sur la santé autochtone au Canada](#), 2011.

228 *Ibid.*; et Santé Canada, Programme des services de santé non assurés, [Renseignements sur le transport pour raison médicale](#).

229 [Mémoire](#) présenté par l'Autorité de santé de la région de Weeneebayko, 26 octobre 2016.

230 *Ibid.*

231 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Kuujuaq, au Québec, en septembre 2016.

45 personnes par année²³² ». Un jeune témoin ayant perdu deux sœurs, qui avaient des problèmes de consommation d'alcool et se sont suicidées, a recommandé l'ouverture d'un autre centre de traitement à Inukjuak, sur la côte ouest du Nunavik.

De même, il n'y a pas suffisamment d'infrastructures de santé au Nunavut. Kimberley Masson, de l'Embrace Life Council, a indiqué que les membres des collectivités réclament « des infrastructures — centres communautaires et de traitement de la toxicomanie, des refuges — ainsi qu'un financement de base ou pluriannuel pour ladite infrastructure²³³ ».

Services de suivi

Pour ce qui est de l'intervention postérieure auprès de ceux ayant subi un traumatisme, à peu près rien n'a été fait pour les Inuits traumatisés par un suicide ou ayant tenté de se suicider. Ces personnes n'ont bénéficié d'aucune espèce de soutien²³⁴.

Natan Obed

Les témoins s'accordaient largement sur le fait que les services de suivi peuvent aider à prévenir le suicide. Comme l'a expliqué Jennifer Ward, en l'absence de suivi à la suite d'un traitement ou d'une tentative de suicide, les risques de récurrence augmentent. Plus précisément, « nous échouons souvent à reconnaître ou à aborder le deuil lié au suicide, qui peut avoir été la raison même qui a amené quelqu'un à avoir des pensées ou des tendances suicidaires au départ²³⁵ ».

Il semblerait qu'un grand nombre de collectivités autochtones n'y ont pas accès²³⁶. L'absence de programmes de suivi présente une grave faille, vu la « normalisation » du suicide dans certaines collectivités inuites et des Premières Nations. Il est également primordial d'offrir des services de suivi en milieu urbain. Shawn Matthew Glode, qui a parlé de la perte dévastatrice de son fils, emporté par le suicide, a indiqué que sa fille avait eu besoin de services de soutien, mais qu'elle n'avait pas réussi à obtenir un rendez-vous²³⁷.

Le Comité a entendu que des collectivités mettent en place des approches souples pour répondre aux besoins de leurs clients. La chef Kathy Kishiqueb des Ojibways d'Onigamin a indiqué que sa communauté avait adopté une approche proactive et créative : services « après les heures normales de bureau », « politique de type portes

232 *Ibid.* [TRADUCTION]

233 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1435 (Kimberley Masson).

234 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 juin 2016, 1600 (Natan Obed).

235 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 19 octobre 2016, 1540 (Jennifer Ward).

236 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 juin 2016, 1600 (Natan Obed).

237 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 28 septembre 2016, 1700 (Shawn Matthew Glode, à titre personnel).

ouvertes en évitant de nous limiter aux rendez-vous²³⁸ » et visites à domicile. Des services de suivi sont également offerts, grâce à un système partagé de gestion des cas, le but étant d'assurer des rendez-vous de suivi, des visites à domicile et d'autres services au client à la suite d'une crise, par exemple une tentative de suicide²³⁹.

La mise en application d'un plan de traitement après qu'un patient reçoit son congé d'un centre de soins provincial à la suite d'une tentative de suicide ou d'un traitement en établissement pour trouble lié à l'usage de substances fait aussi partie des services de suivi. Certains témoins ont toutefois noté qu'il y a très peu de suivi après un tel congé en raison des problèmes de coordination entre les systèmes de soins de santé provinciaux et fédéral. Il arrive même parfois que le fournisseur de soins de santé local ou la famille ne soient pas informés du congé et retour à la maison du patient ou encore du plan de traitement à long terme du patient²⁴⁰.

Le Comité a entendu que le suivi peut prendre diverses formes : thérapie courante en matière de soins de santé mentale, thérapie traditionnelle autochtone, counseling religieux ou encore rencontres avec des aînés ou des membres de la famille. Shawn Matthew Glode a confié que la participation à des pratiques traditionnelles autochtones avait été un aspect important de son deuil :

Après le décès de Cody, un jeune membre du conseil est venu chez moi. Il avait apporté un bol de purification et une plume d'aigle, et il nous a tendu la main en nous disant que les membres du conseil allaient tenir une suerie ce soir-là pour la famille [...] Une autre personne est venue chez nous [...] Il est entré et s'est assis avec mes enfants. Les jeunes de la communauté étaient là, et il a joué du tambour avec eux. Il est resté là pendant 18 heures par jour pour jouer du tambour et prier avec les jeunes²⁴¹.

D. Résultats de la consultation : qualité et disponibilité des services de santé mentale

Le Comité voulait mieux comprendre l'importance, la disponibilité et la qualité des services de santé mentale du point de vue des fournisseurs de services de première ligne dans les collectivités autochtones. Tous les fournisseurs de services travaillant dans des collectivités autochtones pouvaient participer à la consultation, et les questions ont été distribuées tout particulièrement aux témoins qui ont comparu devant le Comité. La consultation avait pour but de dresser un portrait d'ensemble des problèmes de soins de santé mentale dans les collectivités autochtones; elle n'offre toutefois pas un échantillon représentatif de toutes les collectivités autochtones ou de toutes les questions liées à la prestation de services de santé mentale. Les répondants vivaient en Ontario (28 %), au Québec (18 %), en Saskatchewan (12 %) et en Colombie-Britannique (11 %). La plupart habitaient dans des collectivités rurales (28 %), éloignées (27 %) ou

238 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 14 février 2017, 0855 (chef Kathy Kishiqueb, Nation Ojibways d'Onigaming).

239 *Ibid.*

240 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion de la visite à Sioux Lookout, en Ontario, en novembre 2016.

241 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 28 septembre 2016, 1705 (Shawn Matthew Glode).

accessibles seulement par avion (29 %), tandis que 26 % vivaient dans des régions urbaines. Le but était d'évaluer l'accessibilité des principaux services de santé mentale dans un continuum de soins en santé mentale : prévention et intervention précoce, services en cas de crise, suivi et soins par des spécialistes²⁴².

Quelques témoins ont fait valoir que les services d'intervention précoce contribuent de manière importante à prévenir le suicide, car ce genre de programmes aide les familles à élever des enfants en santé. Les répondants ont convenu que les services d'intervention précoce suivants étaient importants ou essentiels à la prévention du suicide : soins prénataux; Programme d'aide préscolaire aux Autochtones²⁴³; soins spécialisés en cas de double diagnostic; programmes de prévention dans les écoles; activités parascolaires; programmes de renforcement des familles; évaluations en santé mentale; et services de soutien mental adaptés aux personnes autochtones²⁴⁴.

Pour ce qui est de l'accessibilité aux services de prévention précoces, le Comité a appris que des soins prénataux étaient offerts dans 69 % des collectivités; le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, dans 56 % des collectivités; des ateliers de sensibilisation à la prévention du suicide pour les jeunes d'âge scolaire, dans 40 % des collectivités; et des activités parascolaires, dans 70 % des collectivités. De plus, des programmes de renforcement des familles étaient en place dans 40 % des collectivités; des services d'évaluation et des programmes à l'intention d'enfants nécessitant des services spécialisés (p. ex., dépistage de l'autisme) ou de personnes souffrant de blessures cérébrales étaient offerts dans 24 % des collectivités et des services pour les personnes ayant un double diagnostic, par exemple un trouble de santé mentale et un problème de toxicomanie, étaient accessibles, de manière limitée, dans seulement 27 % des collectivités²⁴⁵.

D'après la consultation, bien que des services de counseling soient offerts (70 %), les patients doivent souvent attendre pour y avoir accès (73 %) et doivent parfois s'en passer. Dans l'ensemble, les répondants jugeaient la qualité des services de santé mentale comme étant faible ou inférieure à la moyenne (61 %) et ont observé qu'il n'y avait pas assez de personnel au service des collectivités autochtones. La majorité des répondants (73 %) ont indiqué qu'il était arrivé, au cours de la dernière année, qu'un patient nécessitant des services de santé mentale n'en reçoive pas²⁴⁶.

En ce qui concerne l'accès aux thérapies et aux pratiques autochtones traditionnelles, les répondants ont indiqué que des services de counseling ou cercles

242 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, *Consultation électronique sur la disponibilité et qualité des services de santé mentale dans les collectivités autochtones*.

243 *Ibid.*

244 *Ibid.*

245 *Ibid.*

246 *Ibid.*

traditionnels étaient offerts dans 40 % des collectivités, et des approches culturelles autochtones (p. ex., cérémonies ou spiritualité), dans 45 % des collectivités²⁴⁷.

Selon la consultation, 68 % des intervenants de première ligne avaient travaillé au cours des 12 derniers mois avec un patient qui avait sérieusement envisagé de se suicider. En outre, 58 % des répondants ont indiqué que des services d'intervention en cas de crise étaient disponibles, mais seulement 23 % d'entre eux ont noté qu'un plan ou programme de prévention du suicide était en place dans la communauté et 40 % ne savaient pas si un tel plan ou programme existait. Environ la moitié des répondants ont indiqué que les clients dans leur collectivité avaient accès à une ligne d'écoute téléphonique 24 heures²⁴⁸.

La plupart du temps, il était possible pour les patients d'obtenir des services de psychiatrie, de psychologie ou de traitement de la toxicomanie à l'extérieur de la collectivité. Près de la moitié des répondants ont indiqué que des services de suivi, que ce soit après une tentative de suicide ou l'obtention d'un congé d'un centre de soins de santé mentale, étaient offerts dans la collectivité, mais que l'accès aux spécialistes, par exemple à un psychiatre (26 %) ou à un psychologue (37 %), était limité. Il était possible pour un patient toxicomane d'accéder à des services de traitement ou d'être aiguillé vers ces services dans 34 % des collectivités²⁴⁹.

E. Milieu urbain

[N]ous avons besoin de travailleurs de première ligne en santé mentale dans les collectivités. C'est un fait [...] Nous avons besoin que ces gens soient là afin que [...] lorsque survient une crise comme celle de Cody, à 1 heure du matin, nous disposions d'une équipe de crise mobile ou de quelqu'un qui peut réagir. Nous n'en avons pas. Nous n'avons rien.

Shawn Matthew Glode²⁵⁰

L'accès à des services de santé mentale adaptés à la culture est particulièrement difficile en milieu urbain. Selon Christopher Sheppard, les centres d'amitié ont constaté « que le besoin d'aide en santé mentale va croissant²⁵¹ », mais que les ressources nécessaires pour offrir des programmes en santé mentale n'ont pas augmenté en fonction de la demande. Des jeunes vivant dans des centres urbains, comme Vancouver, ont insisté sur l'importance d'assurer un accès à des services de soutien en santé mentale

247 *Ibid.*

248 *Ibid.*

249 *Ibid.*

250 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 28 septembre 2016, 1700 (Shawn Matthew Glode).

251 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 juin 2016, 1530 (Christopher Sheppard).

adaptés à la culture après les heures de bureau et durant les jours fériés, car c'est habituellement à ce moment que les crises se produisent²⁵².

Des témoins ont insisté sur le fait que le réseau des centres d'amitié constitue un élément important de l'infrastructure offrant des services essentiels aux personnes autochtones. Un de ces centres d'amitié a réussi à obtenir un peu de fonds pour fournir des services de santé mentale, mais il lui était difficile d'offrir des services à long terme puisqu'il s'agissait seulement d'un financement à court terme²⁵³.

Dans les grands centres urbains, les personnes autochtones, et plus particulièrement les jeunes, font face à des obstacles additionnels lorsqu'elles cherchent à obtenir des services de santé culturellement adaptés. Par exemple, à Vancouver, les appels à l'aide passent souvent inaperçus, surtout pour les nouveaux arrivés. Les jeunes autochtones à Vancouver ont difficilement accès à des services de santé mentale en situation d'urgence ou à des centres de traitement de la toxicomanie. Par exemple, un intervenant auprès des jeunes à Vancouver a informé le Comité qu'il n'y a pas de services « complets », désignant ainsi l'ensemble des services offerts avant, pendant et après une tentative de suicide. Les salles d'urgence des hôpitaux sont les seuls points de service, et elles sont mal équipées pour prendre en charge des jeunes autochtones en situation de crise. Un intervenant a expliqué que les hôpitaux se contentent de placer les jeunes « sous surveillance » pour qu'ils ne se fassent pas de mal. Les jeunes sont gardés pour une période d'au plus sept heures, jusqu'à ce qu'ils ne soient plus suicidaires. Selon l'intervenant, le fait d'aller à l'hôpital en période de crise peut renforcer les idées suicidaires, car le jeune est à nouveau bouleversé par la piètre qualité des soins reçus²⁵⁴.

Les membres du Comité ont entendu du Metro Vancouver Aboriginal Executive Council qu'il n'y a pas de mécanisme en place pour coordonner les services dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci, et entre les centres urbains et les régions rurales et éloignées. Par exemple, si une personne se suicide à Vancouver, les proches qui vivent le deuil dans la collectivité d'origine de la victime sont plus susceptibles d'avoir des pensées suicidaires. Il est donc nécessaire de fournir des services de soutien en santé mentale dans la communauté d'origine, qu'il s'agisse d'une réserve ou non, plutôt qu'à Vancouver, où le suicide s'est produit.

Par ailleurs, il est difficile d'obtenir des soins spécialisés, en psychiatrie ou en psychologie, même dans les villes. Shawn Matthew Glode a parlé du décès tragique de

252 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 28 septembre 2016 (Richard Taylor, chef des opérations, Leave Out Violence Nova Scotia Society); Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 28 septembre 2016, 1650 (Pamela Glode Desrochers, directrice exécutive, Mi'kmaq Native Friendship Society).

253 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 28 septembre 2016, 1655 (Pamela Glode Desrochers, directrice exécutive, Mi'kmaq Native Friendship Society).

254 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion d'une visite à Vancouver, en Colombie-Britannique, en novembre 2016.

son fils, qui s'est suicidé avant qu'il n'ait pu recevoir un traitement, alors qu'il était sur une liste d'attente pour consulter un psychologue²⁵⁵.

F. Peuples métis

Des témoins métis ont informé le Comité que le nombre de suicides, de tentatives de suicide et de personnes souffrant de détresse psychologique est également plus élevé chez les populations métisses que dans la population générale. Contrairement aux bandes des Premières Nations et aux collectivités inuites, les communautés métisses n'ont pas droit aux services de santé offerts par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada et n'ont pas accès à des services adaptés à leurs réalités culturelles²⁵⁶. Par exemple, un témoin métis a expliqué que la nouvelle ligne d'aide lancée par Affaires autochtones et du Nord Canada vise à faciliter l'accès au programme des SSNA pour les clients, mais que les services d'aiguillage sont offerts seulement aux membres des Premières Nations et aux populations inuites²⁵⁷. Selon Sylvia Johnson, une ligne d'écoute permettrait aux personnes métisses de l'Alberta de discuter des problèmes de santé mentale et contribuerait à prévenir le suicide²⁵⁸.

166. Cassidy Caron a signalé que les collectivités métisses en Colombie-Britannique aimeraient travailler avec leurs membres pour déterminer leurs besoins en matière de santé et de santé mentale, afin de s'assurer que les jeunes et leur famille aient accès à des soins en cas de besoin. Elle a relaté le cas d'un jeune métis en Colombie-Britannique qui s'est suicidé alors qu'il était sous garde, et ce après que sa famille se soit butée à des obstacles pour lui trouver un traitement culturellement approprié pour toxicomanes²⁵⁹. Sylvia Johnson a fait remarquer que les enfants métis vivent également dans des collectivités éloignées et isolées où ils ont peu accès à des services de soutien en santé mentale et que les bureaux des spécialistes en santé mentale sont loin de ces collectivités. Le Comité a entendu qu'il manque de données et de statistiques sur la santé mentale des populations métisses.

Selon M^{me} Johnson, il faut renforcer l'estime de soi des jeunes métis en leur offrant des programmes pour jeunes adaptés à la culture. Elle a également demandé « des mesures de soutien et des services équitables et appropriés en matière de santé mentale adaptés aux besoins précis des Métis de l'Alberta²⁶⁰ ».

255 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 28 septembre 2016, 1635 (Shawn Matthew Glode).

256 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 février 2017, 0935 (Sylvia Johnson).

257 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 novembre 2016, 1055 (Tanya Davoren, directrice de la santé, Métis Nation British Columbia).

258 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 février 2017, 0935 (Sylvia Johnson).

259 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 novembre 2016, 1040 (Cassidy Caron).

260 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 février 2017, 0935 (Sylvia Johnson).

G. Les professionnels de la santé

[N]ous avons besoin de toute urgence, au sein de nos communautés, des travailleurs en santé mentale qui parlent l'inuktitut et qui comprennent notre culture. Nous devons former des Inuits disposés à remplir ces rôles²⁶¹.

James Arreak

Les collectivités autochtones ont besoin d'un nombre adéquat de fournisseurs de services de santé compétents pour desservir leurs membres. Le Comité a entendu de nombreux témoignages concernant le nombre insuffisant de professionnels de la santé travaillant dans les collectivités autochtones. En raison des conditions dans certaines collectivités, les fournisseurs de services ne sont pas en mesure d'apporter une aide adéquate à leurs clients. On parle ici de suicides multiples sur une courte période, des besoins élevés des clients et d'épuisement professionnel. Citant le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones de 1996, Michael DeGagné a rappelé qu'à l'époque où le rapport a été publié, il y avait un « besoin urgent de former 10 000 nouveaux intervenants en santé communautaire²⁶² ». D'après ce qu'a appris le Comité, beaucoup de postes sont demeurés vacants ou n'ont été pourvus que temporairement²⁶³.

Des témoins ont indiqué que le manque de professionnels de la santé est particulièrement criant au Nunavut. Adam Akpik a fait observer quant à lui qu'en 2006, le Nunavut avait « le ratio le plus faible de médecins, le ratio le plus faible d'infirmières agréées et le ratio le plus faible de psychologues²⁶⁴ ».

Kathy Kishiqueb a déclaré que le roulement constant de personnel nuit à la continuité des soins de santé et pose des difficultés pour les Premières Nations : « Les clients qui ont vécu des traumatismes finissent par se fatiguer de devoir sans cesse raconter leur histoire à de nouveaux intervenants²⁶⁵. » Le manque de personnel a une incidence sur le taux d'épuisement, et des jeunes de Kuujuaq et d'Iqaluit ont ajouté que les travailleurs sociaux et les intervenants en santé mentale restent rarement en poste plus de trois mois²⁶⁶. Comme l'a expliqué Jakob Gearheard :

261 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1000 (James Arreak).

262 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 5 octobre 2016, 1620 (Michael DeGagné).

263 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion des visites à Kuujuaq, au Québec, et à Iqaluit, au Nunavut, en septembre 2016. Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 17 octobre 2016, 1540 (Lisa Bourque Bearskin); Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 31 mai 2016, 1645 (Tom Wong); et [Mémoire](#) soumis par l'Autorité de santé de la région de Weeneebayko, 26 octobre 2016.

264 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1620 (Adam Akpik, à titre personnel).

265 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 14 février 2017, 0855 (Kathy Kishiqueb).

266 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion des visites à Kuujuaq, au Québec, et à Iqaluit, au Nunavut, en septembre 2016.

Ils arrivent par avion, sont traumatisés et partent. Si vous êtes un client [...], les gens se présenteront à votre bureau et se plaindront du professionnel de la santé mentale qui vient d'arriver. Ils diront notamment : « Je suis allé là-bas et j'ai dû passer les 30 premières minutes à lui expliquer l'histoire inuite [...] »²⁶⁷.

Des témoins ont décrit l'importance des services de soutien en santé mentale adaptés aux membres des populations autochtones, fournis par des personnes qui peuvent parler la langue et connaissent l'histoire et la culture de la collectivité. Toutefois, il y a très peu de spécialistes autochtones en santé mentale. D^{re} Cornelia Wieman, une psychiatre membre d'une Première Nation, a expliqué qu'étant donné le petit nombre de psychiatres autochtones – selon elle, il y en aurait six en tout au pays –, « la quasi-totalité des soins psychiatriques offerts aux Autochtones au pays est fournie par des psychiatres non autochtones²⁶⁸ ».

Le Comité a été informé des problèmes de recrutement et de maintien en poste des professionnels de la santé dans les collectivités autochtones; à cause de cela, on manque souvent de personnel, ce qui affecte la prestation de services de santé mentale. Lisa Bourque Bearskin a indiqué qu'il est difficile d'empêcher les professionnels de la santé de partir, car les pénuries de personnel ajoutent à l'épuisement professionnel du personnel infirmier de première ligne : « Une infirmière est restée dans sa communauté pendant trois semaines d'affilée à prodiguer des soins 24 heures sur 24. Il est évident que nous ne pourrions rien faire pour la garder en poste. L'épuisement professionnel la guette. Il y a un grand manque de soutien communautaire²⁶⁹ ».

D'après les témoins, les membres des collectivités autochtones doivent être amenés à participer davantage à la prestation des services de santé; il s'agit là d'une bonne solution à long terme à la pénurie de professionnels de la santé. Il faut appuyer les collectivités locales en les formant pour renforcer leur capacité interne à résoudre les problèmes de maintien en poste des travailleurs de la santé. Comme l'a fait remarquer Lisa Bourque Bearskin, « les infirmières autochtones formées sont plus nombreuses à rester dans les collectivités. Nos infirmières autochtones restent dans leurs collectivités et y travaillent²⁷⁰ ».

Calvin Morrisseau, de l'Association des gestionnaires de santé des Premières Nations, a expliqué que les gestionnaires en santé ont un rôle important à jouer dans la supervision des services de santé dispensés dans les collectivités²⁷¹. Ces gestionnaires présentent une solution aux problèmes de recrutement et de rétention de personnel, étant

267 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 5 octobre 2016, 1720 (Jakob Gearheard).

268 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 14 juin 2016, 1545 (Cornelia Wieman).

269 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 17 octobre 2016, 1635 (Lisa Bourque Bearskin).

270 *Ibid.*

271 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 17 octobre 2016, 1620 (Calvin Morrisseau).

donné qu'ils gèrent des professionnels de la santé et dirigent la préparation de plans et de rapports ainsi que les activités de recrutement cyclique de ces professionnels²⁷².

Les travailleurs communautaires dans les collectivités autochtones fournissent également des services de santé mentale, notamment des services d'aiguillage et de coordination des urgences. Les fournisseurs de services de première ligne ayant répondu à la consultation ont fait observer que ces travailleurs ont également besoin de formation et de soutien. Au Nunavik, des efforts sont déployés actuellement pour donner aux membres de la collectivité et aux paraprofessionnels qui interviennent souvent lors d'une crise de suicide les outils qui leur permettront de reconnaître les signes et les symptômes de détresse grâce à une formation telle que la formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide. Jack Hicks et Christopher Sheppard ont reconnu l'importance de la formation au rôle d'intervenant, ou de sentinelle, qui peut contribuer à la diffusion d'information importante « sur la façon de garder une personne en vie assez longtemps pour qu'elle puisse être confiée à quelqu'un qui sera vraiment en mesure de changer les conditions de son existence²⁷³. »

Beaucoup de témoins, y compris des jeunes autochtones, ont informé le Comité qu'un grand nombre de professionnels de la santé non autochtones offrant des soins dans des collectivités inuites ou des Premières Nations avaient besoin d'une formation sur les valeurs, la culture et le savoir autochtones²⁷⁴. Ce genre de formation leur permettrait d'offrir des soins adaptés à la culture, ce qui contribuerait à améliorer la qualité des services de santé mentale et à réduire le racisme ainsi que la discrimination dans le cadre de la prestation des soins, comme en font état des jeunes²⁷⁵. Des organisations autochtones, comme l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, ont produit des documents de formation adaptés à la culture qui pourraient faciliter l'accès à des services de santé adaptés à la culture : « La formation [de l'Association] peut aider à réduire le racisme et la discrimination, qui ont des répercussions importantes sur la santé des gens. Dans le cadre d'une étude [...], [n]ous avons appris que les gens qui habitent dans ces régions sont marginalisés encore davantage par des soins empreints de partialité²⁷⁶. »

Les professionnels de la santé amélioreraient et élargiraient leurs compétences cliniques en se familiarisant avec la culture et l'histoire des peuples autochtones.

272 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 17 octobre 2016, 1600 (Marion Crowe, directrice exécutive, Association des gestionnaires de santé des Premières Nations).

273 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 juin 2016 (Christopher Sheppard).

274 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion des visites à Kuujuaq, au Québec, et à Iqaluit, au Nunavut, en septembre 2016 et à Sioux Lookout, en Ontario, en novembre 2016. Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 17 octobre 2016, 1545 (Lisa Bourque Bearskin); Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1455 (Sheila Levy).

275 Tiré des notes de l'analyste du Comité à l'occasion des visites à Kuujuaq, au Québec, et à Iqaluit, au Nunavut, en septembre 2016 et à Sioux Lookout, en Ontario, en novembre 2016.

276 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 17 octobre 2016, 1545 (Lisa Bourque Bearskin).

Comme l'a indiqué Dr John Haggarty : « Nous devons apprendre cela. Je pense aux médecins résidents, aux étudiants en médecine et aux stagiaires en travail social. C'est important²⁷⁷. »

Selon les résultats de la consultation, les besoins de formation chez les fournisseurs de soins de santé sont élevés. Cinquante-cinq pour cent (55 %) des répondants ont indiqué qu'ils n'avaient reçu aucune formation sur la collectivité leur permettant de fournir des services de santé mentale adaptés à la culture. Par contre, 40 % des répondants ont indiqué qu'ils avaient suivi diverses formations adaptées, notamment : traitement de personnes vivant une perte, un deuil ou un traumatisme ou souffrant d'un trouble de stress post-traumatique; traumatismes historiques et intergénérationnels et colonisation; enseignements par des aînés (par exemple, roue de la médecine); thérapie pour les jeunes et les enfants; compétences culturelles²⁷⁸.

Le Comité a appris que l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone de Santé Canada contribuait de manière importante à répondre aux besoins en formation des paraprofessionnels qui fournissent des services dans les collectivités autochtones. Assortie d'un financement total de 4,5 millions de dollars, cette initiative comprend deux volets de financement, soit 3 millions de dollars en bourses d'études aux étudiants autochtones qui veulent faire carrière dans le domaine de la santé; « le reste, un montant de 1,5 million, est partagé entre les bureaux régionaux de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada. Ce montant est insuffisant pour répondre aux besoins actuels de notre communauté en matière de perfectionnement professionnel et de certification²⁷⁹ ».

H. Infrastructure à large bande et médias sociaux

Améliorer l'accès aux soins de santé et à l'éducation

Le Comité s'est fait dire que les infirmiers et infirmières qui travaillent dans des collectivités inuites ou des Premières Nations éloignées sont souvent coupés des autres réseaux de professionnels de la santé. Dans le cadre de leur travail, ces fournisseurs de services de première ligne peuvent être appelés à consulter d'autres professionnels de la santé, comme des médecins et des psychiatres, afin d'obtenir des conseils lorsqu'ils doivent composer avec des problèmes complexes de santé mentale. Or, la collaboration avec d'autres professionnels est difficile en raison de l'éloignement des collectivités, qui sont souvent accessibles seulement par avion ou route de glace. Parfois, les infirmiers et

277 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 24 octobre 2016, 1620 (D^r John Haggarty).

278 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, *Consultation électronique sur la disponibilité et qualité des services de santé mentale dans les collectivités autochtones*.

279 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 17 octobre 2016, 1600 (Marion Crowe).

infirmières n'ont pas la formation nécessaire pour soigner des personnes ayant subi des traumatismes ou ayant des besoins spéciaux, comme les jeunes²⁸⁰.

Le Comité a appris que plusieurs modèles à l'étude sont susceptibles d'améliorer les services de soins primaires et de santé mentale dans les réserves. Par exemple, Dr John Haggarty a décrit le modèle Rapid Access to Consultative Expertise, qui crée des réseaux de soutien pour le personnel infirmier et les paraprofessionnels travaillant dans des collectivités. Grâce à ce modèle, un infirmier ou une infirmière peut consulter à distance un autre professionnel de la santé, par exemple un médecin, un psychologue ou un psychiatre, en utilisant la télémédecine²⁸¹.

Dans son mémoire au Comité, le Centre de toxicomanie et de santé mentale a décrit un autre modèle, le projet ECHO, qui permet aux membres du personnel infirmier de demander une aide à distance par télé ou vidéoconférence dans le cas de patients « atteints de troubles de santé mentale courants comme la dépression ou l'anxiété »²⁸². Le modèle ECHO mis en place en Ontario permet à 28 équipes de fournisseurs de soins de santé en poste dans des collectivités autochtones de collaborer à distance avec une équipe interdisciplinaire qui se trouve au Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto. Un autre nouveau modèle de partenariat permet à des psychiatres de Toronto de prêter main-forte à des fournisseurs de soins primaires qui travaillent dans des collectivités rurales ou éloignées du Nord; Ontario Telemedicine Network leur permet de se rencontrer régulièrement pour soutenir les personnes qui soignent des patients souffrant de problèmes complexes de santé mentale ou de toxicomanie²⁸³.

Or, pour faciliter la mise en œuvre de ces nouveaux modèles de soins, il serait important d'élargir et d'améliorer les services Internet à large bande dans les collectivités rurales et éloignées²⁸⁴. Des témoins ont parlé des modèles de soins qui peuvent servir à corriger certaines lacunes en matière de services de santé mentale dans les réserves, les collectivités inuites et les régions situées entre les centres urbains, dans lesquels sont situés les hôpitaux et les services spécialisés en santé mentale. Différentes régions proposent de recourir aux services de télésanté, de télépsychiatrie et de soutien en santé mentale à distance par messagerie texte ou par l'entremise des médias sociaux, et elles ont déterminé qu'elles pourraient le faire si des fonds suffisants étaient investis dans l'infrastructure à large bande et les services cellulaires.

Les services en ligne et les médias sociaux peuvent contribuer à améliorer la prestation de soins de santé, surtout pour les jeunes qui utilisent ce mode de communication. Le Comité a entendu que les jeunes utilisent couramment les médias sociaux et les textos. Comme l'a indiqué Laurence Kirmayer, « tout porte à croire que le

280 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 24 octobre 2016, 1545 (D^r John Haggarty).

281 *Ibid.*

282 [Mémoire](#) présenté par le Centre de toxicomanie et de santé mentale, 4 octobre 2016.

283 *Ibid.*

284 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 16 février 2017, 0915 (Cindy Blackstock).

réseau Internet et les télécommunications permettraient de prendre un engagement réel envers les personnes, de leur offrir un soutien, d'offrir des séances de psychothérapie [...] Ceci étant dit, rien ne peut remplacer la présence physique »²⁸⁵. Dans le même ordre d'idées, Cassidy Caron a déclaré : « Oui, nous utilisons les médias sociaux pour rejoindre les jeunes. Ce n'est toutefois pas comme s'ils étaient ensemble²⁸⁶ ». Par contre, Heather Bear a fait remarquer que l'interaction sur les médias sociaux peut être négative, puisque « la cyberintimidation est un problème »²⁸⁷. Susan Bobbi Herrera, quant à elle, a signalé que les « médias sociaux sont un bon outil pour rester connectés²⁸⁸ ». Pour sa part, James Irvine, de la Mamawetan Churchill River Health Region, a décrit la récente crise des suicides chez les jeunes filles de moins de 15 ans dans le nord de la Saskatchewan au cours des dernières années, commentant que ces « vagues de suicides se sont répandues sur le territoire, et on pense que cela pourrait être partiellement attribuable aux médias sociaux²⁸⁹. »

Ed Connors a donné au Comité l'exemple d'un jeune membre d'une Première Nation en détresse durant la crise de suicide à Attawapiskat. Grâce à l'Internet, ce jeune a pu être mis en contact avec des art-thérapeutes d'un centre de guérison traditionnel du Sud de l'Ontario²⁹⁰. Sheila Levy, de la Nunavut Kamatsiaqtut Help Line, a indiqué que son organisme – qui offre de l'aide par téléphone en inuktitut en cas de crise – voudrait étendre ses services en offrant une aide par messagerie texte et sur les médias sociaux, mais qu'il était limité par le manque de fonds et de réseaux de communication à bande large dans le Nord²⁹¹.

De jeunes inuits à Kuujuaq ont fait remarquer que, si les services d'Internet étaient de meilleure qualité dans la région, ils pourraient profiter des possibilités d'apprentissage à distance, ce qui permettrait de remédier à la piètre qualité de l'éducation dans la région.

285 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 24 octobre 2016, 1710 (D^r Laurence Kirmayer).

286 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 2 novembre 2016, 1040 (Cassidy Caron).

287 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 février 2017, 0945 (Heather Bear).

288 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 7 février 2017, 0925 (Susan Bobbi Herrera).

289 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 16 février 2017, 0955 (D^r James Irvine, médecin hygiéniste, Mamawetan Churchill River Health Region).

290 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 19 octobre 2016 (D^r Ed Connors).

291 Chambre des communes, Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 23 septembre 2016, 1455 (Sheila Levy).

II. CONSTATATIONS, CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

CONCLUSIONS

Tout au long de l'étude, le Comité a pris connaissance de grands moyens de s'attaquer au problème et a entendu des recommandations concrètes, qui lui ont été présentées par de nombreux témoins, y compris des jeunes autochtones. Bon nombre des jeunes et des leaders autochtones ont dressé un portrait des collectivités qui sont en perpétuel état de crise, car elles ne disposent pas des ressources, de l'infrastructure et des partenariats adéquats pour s'attaquer au suicide. Conscient de ces préoccupations, le Comité croit que les approches efficaces en matière de prévention du suicide doivent être complètes, faire participer tous les secteurs et être dictées par les priorités des collectivités autochtones. Toute solution doit en outre tenir compte des facteurs sociaux, économiques et culturels qui influent sur la santé et le bien-être des peuples autochtones.

A. Autodétermination et réconciliation

Le Comité reconnaît que de plus vastes changements s'imposent pour renouveler la relation entre les peuples autochtones et non autochtones. Le Comité tient compte des témoignages concernant la Commission de vérité et réconciliation du Canada et ses appels à l'action, qui établissent un cadre pour faire la paix avec l'héritage des pensionnats indiens et reconnaître et éliminer la discrimination systémique à l'endroit des peuples inuits, métis et des Premières Nations. Les appels à l'action invitent tous les ordres de gouvernement ainsi que des institutions publiques et privées à participer à des initiatives concrètes pour remédier aux séquelles laissées par les pensionnats indiens.

Les témoins ont clairement dit que les peuples autochtones sont victimes de racisme et de discrimination systémiques. Des jeunes et des adultes autochtones ont expliqué au Comité que les expériences de discrimination ont une incidence sur leur santé lorsqu'ils ont besoin de services gouvernementaux et qu'elles sont une source de traumatisme.

Bon nombre des appels à l'action de la Commission mentionnent des initiatives destinées à accroître la sensibilisation à l'égard des séquelles laissées par les pensionnats indiens par l'éducation. Nous faisons plus précisément référence aux appels à l'action 62 et 63, qui demandent qu'on élabore du matériel éducatif à l'intention des élèves et des enseignants et qu'on fasse en sorte que du contenu et des méthodes autochtones soient utilisés dans les écoles. Selon le Comité, l'éducation est essentielle pour faire comprendre les effets des traumatismes intergénérationnels dans la vie contemporaine des peuples autochtones.

Un instrument international fondamental, la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, a été établi par la Commission comme cadre de réconciliation. Ces deux documents-cadres énoncent l'importance de protéger les droits

de tous les peuples autochtones. La Déclaration reconnaît que les peuples autochtones ont un droit inhérent à l'autodétermination. Le Comité a entendu que les revendications territoriales sont une expression du droit à l'autodétermination. Certains témoins ont expliqué qu'une plus grande latitude pour ce qui est de la prestation des services a contribué à améliorer les résultats en santé et donne aux collectivités les moyens de fournir des services adaptés à la culture de façon à répondre à leurs propres besoins. Des témoins ont souligné le fait que des solutions dirigées par les collectivités sont essentielles, et le Comité estime que la promotion de l'autonomie gouvernementale dans ce domaine est une mesure importante pour trouver des solutions au suicide à long terme.

Par conséquent, le Comité juge que des efforts s'imposent pour s'attaquer aux causes systémiques du racisme et de la discrimination et pour renouveler la relation avec les peuples autochtones. Il recommande donc :

Recommandation 1

Que le gouvernement du Canada travaille en partenariat avec les collectivités autochtones pour les aider à atteindre l'objectif d'autodétermination et veille à ce qu'elles aient les ressources nécessaires pour exercer leur droit.

Recommandation 2

Que le gouvernement du Canada considère les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada et la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones comme des cadres fondamentaux permettant aux peuples autochtones d'accéder à l'autodétermination.

Recommandation 3

Qu'Affaires autochtones et du Nord Canada revoie sa politique sur les revendications territoriales, étant donné que l'autodétermination et la continuité culturelle, lorsqu'elles sont pratiquées par les collectivités autochtones, sont efficaces pour prévenir le suicide.

B. Déterminants sociaux de la santé

Logement avant tout

Le Comité reconnaît que le problème du logement est l'un des problèmes les plus importants, les plus difficiles et les plus urgents auxquels le gouvernement du Canada doit remédier. Tout au long de l'étude, les jeunes inuits, métis et des Premières Nations, de même que d'autres témoins, ont fait remarquer que le manque de parcs de logements avait des conséquences négatives globales sur la santé des membres des collectivités autochtones, nuisait aux études et rendait les jeunes plus vulnérables. Le Comité reconnaît les contributions importantes des récents rapports produits par le Comité sénatorial permanent des peuples autochtones, intitulés *Le logement dans l'Inuit*

Nunangat : Nous pouvons faire mieux! (2016) et Le logement et l'infrastructure dans les réserves : Recommandations de changements (2015).

Le Comité a entendu à quel point les logements de qualité étaient un déterminant de la santé des plus importants pour les peuples des Premières Nations, inuit et métis vivant dans des régions urbaines, éloignées et rurales. Le Comité a constaté que des logements sûrs, adéquats et abordables répondant aux divers besoins des enfants et des familles vulnérables sont essentiels. Il s'est avéré qu'une approche misant d'abord sur le logement et un éventail de services a donné lieu à des résultats positifs, en réduisant l'itinérance et en faisant la promotion d'une bonne santé mentale.

La création de logements abordables et de qualité dans les collectivités rurales et éloignées, dans les réserves et hors de celles-ci ainsi que dans les régions urbaines, contribuerait à améliorer grandement la qualité de vie des familles autochtones. Le Comité reconnaît que le gouvernement du Canada élabore actuellement une stratégie nationale du logement qui comprendra des logements pour les collectivités autochtones.

Recommandation 4

Que le gouvernement du Canada augmente les investissements dans le cadre d'un financement à long terme qui est fondé sur les besoins pour améliorer les logements des peuples autochtones, en s'employant notamment à réduire l'itinérance et à offrir des logements abordables et de transition, et que les investissements accrus soient effectués en partenariat avec les peuples et les gouvernements autochtones.

Développement optimal de l'enfant et éducation

Le Comité a appris que l'apprentissage préscolaire est important pour acquérir les compétences qui assureront la réussite scolaire et, ultérieurement, la réussite professionnelle. Les enfants autochtones qui grandissent dans la pauvreté vivent des difficultés qui les empêchent d'apprendre, notamment l'insécurité alimentaire, un logement inadéquat et le manque d'accès aux services essentiels.

Le Comité tient compte de l'information obtenue des témoins et des répondants à la consultation qui ont souligné l'importance des programmes d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves et aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques. Compte tenu du succès relatif de ces programmes, le Comité recommande :

Recommandation 5

Que le gouvernement du Canada augmente l'appui aux programmes d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves et aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques.

Les membres des peuples inuits, métis et des Premières Nations ont souligné que la force et la résilience des peuples autochtones sont ancrées dans leurs langues et leurs

cultures. Ils ont dit que la culture, la langue, les valeurs et les pratiques sont des éléments importants qui aident les gens à bâtir une identité autochtone saine et, par conséquent, à prévenir le suicide. Un certain nombre de témoins ont associé la continuité culturelle à des taux faibles ou nuls de suicide dans certaines collectivités des Premières nations. Parmi les exemples de continuité culturelle, citons la gestion des services par les collectivités, l'infrastructure culturelle, la présence de femmes dans des postes de direction et la connaissance des langues autochtones.

Par ailleurs, le Comité reconnaît la nécessité de revitaliser les langues autochtones, pour en assurer la pérennité et la transmission de génération en génération. Les locuteurs de langues autochtones font partie intégrante de ces efforts, et le Comité insiste sur le fait qu'il faut les embaucher pour enseigner ces langues.

Le gouvernement du Canada s'est engagé à mettre en œuvre les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, qui comprennent des recommandations concernant les langues autochtones. Le Comité reconnaît qu'il est important d'appuyer les langues et les cultures autochtones et l'élaboration d'une stratégie à long terme pour préserver les langues autochtones. Nous recommandons par conséquent :

Recommandation 6

Que le gouvernement du Canada élabore la stratégie à venir sur les langues autochtones, en partenariat avec les organisations et les collectivités autochtones.

La piètre qualité de l'éducation dans les collectivités inuites et des Premières Nations rurales et éloignées contribue à créer un écart dans le rendement scolaire entre les enfants autochtones et non autochtones. De jeunes témoins autochtones ont fait remarquer qu'ils trouvaient que l'éducation offerte dans les réserves et dans les petites collectivités inuites était de qualité beaucoup moindre que celle offerte dans les centres urbains. De plus, ils ont souligné que le manque d'enseignants, de contenu et de langues autochtones au sein du système scolaire crée un environnement d'apprentissage peu accueillant. Le Comité craint que les enfants se heurtent à des obstacles pour poursuivre leurs études postsecondaires puisqu'ils pourraient quitter l'école plus tôt en raison de contraintes systémiques. Nous recommandons donc :

Recommandation 7

Que le gouvernement du Canada, en partenariat avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et autochtones, veille à ce que les élèves autochtones puissent obtenir d'aussi bons résultats que les élèves non autochtones, et renforce plus particulièrement leur capacité de poursuivre des études postsecondaires ou une formation professionnelle.

Le Comité comprend qu'il existe une forte corrélation entre un niveau d'instruction supérieur, l'emploi et de meilleurs débouchés plus tard dans la vie. Les témoins ont insisté

sur l'importance d'aider les enfants et les jeunes autochtones à recevoir un enseignement de qualité, pour qu'ils puissent poursuivre des études postsecondaires. Aider les écoles qui sont établies dans des collectivités autochtones rurales et éloignées afin qu'elles offrent des cours préalables importants de sorte que les jeunes soient prêts lorsqu'ils entrent au collège ou à l'université est un aspect essentiel des systèmes d'éducation. L'amélioration de l'infrastructure à large bande pour permettre aux écoles d'offrir des possibilités d'apprentissage à distance était une autre observation soulevée par les jeunes.

Comblent l'écart entre les taux d'achèvement des études secondaires des jeunes autochtones et non autochtones pourrait vraisemblablement améliorer les perspectives d'emploi et d'études postsecondaires plus tard dans la vie. De plus, de jeunes inuits ont indiqué qu'ils préféreraient rester dans leurs territoires pour y poursuivre leurs études tout en apportant une contribution positive à leur collectivité. Le Canada étant le seul pays circumpolaire à ne pas avoir une université dans l'Arctique, les étudiants seraient considérablement mieux servis s'ils pouvaient fréquenter une université dans le Nord.

Recommandation 8

Que le gouvernement du Canada modernise les programmes canadiens de prêts aux étudiants, d'épargne-études et de bon d'études et qu'il assouplisse le processus de demande pour tenir compte des besoins particuliers des étudiants autochtones et qu'il travaille en collaboration avec les collectivités des Premières Nations concernées pour accroître la souplesse du Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire et en augmenter le financement afin de prêter assistance à un plus grand nombre d'étudiants.

Recommandation 9

Que le gouvernement du Canada, en partenariat avec des organismes autochtones et les gouvernements territoriaux et régionaux, établisse une université dans le Nord.

Recommandation 10

Que le gouvernement du Canada, en partenariat avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et autochtones, reconnaisse le rôle fondamental du développement économique et de la création d'emplois dans l'avancement des stratégies de prévention du suicide chez les jeunes autochtones.

Recommandation 11

Que le gouvernement du Canada mette en place des services complets en matière d'emploi pour les membres des collectivités autochtones, incluant des services de transport, de logement temporaire et d'encadrement professionnel.

Traumatismes vécus durant l'enfance

Le Comité est d'avis que les traumatismes vécus durant l'enfance, comme les abus sexuels ou la violence, les démêlés avec le système de justice ou la prise en charge par le système de protection de la jeunesse, contribuent à la détresse mentale et au suicide. Les témoins, dont de jeunes autochtones, ont livré des témoignages bouleversants et difficiles dans lesquels ils ont évoqué leur consommation de substances, leurs comportements autodestructeurs et leurs tentatives de suicide comme moyens de composer avec ces traumatismes.

Le Comité est conscient que les enfants autochtones sont surreprésentés dans le système de protection de la jeunesse. Il croit que différentes approches s'imposent pour s'attaquer aux problèmes systémiques sous-jacents au retrait des enfants de leur foyer et de leur collectivité. Pour résoudre les problèmes au sein du système de protection de la jeunesse, il faut des investissements supplémentaires et une mobilisation accrue des collectivités en plus de mettre davantage l'accent sur la prévention des traumatismes durant l'enfance et le soutien aux parents et aux enfants afin de bâtir des familles saines. Le Comité recommande par conséquent :

Recommandation 12

Que le gouvernement du Canada veuille à ce que les services de santé mentale dans les collectivités autochtones tiennent compte des traumatismes, offrent des espaces sûrs aux jeunes pour parler de ce qu'ils ont vécu et offrent des services de suivi adaptés à la culture.

Recommandation 13

Que le gouvernement du Canada revoie complètement les services à l'enfance et à la famille pour les collectivités des Premières Nations afin d'accroître les services de prévention offerts aux enfants et à leur famille, de réduire le nombre d'enfants qui se retrouvent en famille d'accueil et de les aider à se former une identité culturelle affirmée. Par ailleurs, que le gouvernement du Canada travaille de toute urgence en partenariat avec les Premières Nations, et d'autres partenaires en vue d'effectuer une réforme complète de la protection de l'enfance dans les réserves qui élève le bien-être des enfants autochtones au rang de priorité.

Centres d'amitié

De jeunes témoins autochtones et des fournisseurs de services en milieu urbain ont expliqué au Comité que les centres pour jeunes et les centres d'amitié jouent un rôle essentiel en facilitant la transition des personnes autochtones qui viennent s'installer en milieu urbain. Les centres d'amitié constituent un élément important de l'infrastructure urbaine partout au Canada. Ils offrent des programmes et services essentiels aux personnes autochtones en les aidant à terminer leurs études, à se créer des réseaux

sociaux, à améliorer leurs compétences et leur formation dans la poursuite d'un emploi, en les faisant participer à des pratiques culturelles et en les aidant à trouver un logement et d'autres services.

Le Comité sait qu'Affaires autochtones et du Nord Canada est en train de revoir sa Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain, stratégie qui sert à financer les centres d'amitié, afin de mieux répondre aux besoins des clients. Afin de pouvoir mieux répondre aux besoins des personnes autochtones vivant en milieu urbain, nous recommandons :

Recommandation 14

Que le gouvernement du Canada veille à ce que les centres d'amitié obtiennent un financement adéquat et pluriannuel pour qu'ils puissent continuer d'offrir des programmes, des services et des investissements en infrastructure pour appuyer les personnes autochtones.

Centres communautaires pour faciliter la guérison et le renouveau culturel

Les jeunes inuits et des Premières Nations qui ont témoigné devant le Comité ont dit qu'ils avaient besoin d'infrastructures communautaires, comme des centres et des organisations de la jeunesse, où ils peuvent recevoir des services de soutien en santé mentale, étudier après l'école, s'adonner à des passe-temps, faire du sport et, le plus important, se familiariser avec leur culture.

Le Comité est convaincu que les espaces réservés à l'apprentissage, aux loisirs et à la culture peuvent contribuer à aider les jeunes à renforcer leur estime de soi et à se créer des identités saines, en plus de rapprocher les communautés. Les jeunes autochtones ont expliqué au Comité qu'ils veulent tisser des liens les uns avec les autres, échanger des pratiques exemplaires et apprendre. Par conséquent, nous recommandons :

Recommandation 15

Qu'Affaires autochtones et du Nord Canada augmente le financement offert aux collectivités autochtones pour les centres jeunesse et communautaires et travaille avec les collectivités pour offrir des programmes durables et adaptés aux cultures autochtones.

C. Services de santé mentale

Cadres et stratégies autochtones en matière de santé mentale

Le Comité estime qu'un continuum de services de santé mentale ancrés dans la culture et les traditions autochtones contribuera à améliorer la santé et le bien-être des populations autochtones. Le Comité reconnaît la nécessité de mettre en place des interventions ciblées pour prévenir le suicide, et que ces interventions doivent être dirigées par les peuples inuits, métis et des Premières Nations, lesquels comprennent le mieux leurs besoins et priorités.

Comme l'ont fait valoir un grand nombre de témoins, nous croyons que les cadres visant à s'attaquer aux facteurs sociaux qui influent sur la santé auront pour effet de renforcer les approches en matière de prévention du suicide. Le Comité est d'avis que les taux de suicide ne diminueront pas de manière significative si l'on met l'accent uniquement sur la prévention du suicide, sans tenir compte des autres problèmes économiques et sociaux que vivent les peuples autochtones.

Le Cadre de continuum du mieux-être mental des Premières Nations et la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits, élaborés par les peuples autochtones et pour les peuples autochtones, sont des pratiques exemplaires. Les deux mettent l'accent sur la culture comme moyen de bâtir des collectivités saines, tout en reconnaissant l'importance d'améliorer la qualité de vie des personnes autochtones. Le Comité prend note des engagements récents du gouvernement fédéral à l'égard de la mise en œuvre des deux approches, mais croit que les progrès doivent être surveillés pour que les cadres soient adéquatement financés. Le peuple métis a également besoin d'un soutien adéquat.

Nous recommandons donc :

Recommandation 16

Que le gouvernement du Canada, en partenariat avec les collectivités inuites, métisses et des Premières Nations, appuie les cadres et stratégies en matière de santé mentale adaptés aux populations autochtones et veille à leur accorder un financement adéquat et à long terme; et qu'il mette en place des mesures pour suivre la mise en œuvre de ces stratégies et rende compte des progrès réalisés.

Les collectivités autochtones ont fait observer qu'elles ont besoin de ressources, de partenariats et d'investissements suffisants pour s'attaquer adéquatement au suicide et offrir un continuum de soins en santé mentale adapté à la culture. À cet égard, le Comité juge que Santé Canada pourrait faciliter et financer la création de relations et de partenariats entre les collectivités autochtones ainsi que les organismes régionaux et nationaux ayant une expertise en santé mentale, tels que la Commission canadienne de la santé mentale, afin qu'ils apprennent l'un de l'autre. Nous recommandons donc :

Recommandation 17

Que Santé Canada facilite et appuie les discussions, les partenariats et l'échange d'outils entre les collectivités autochtones et les organismes régionaux ou nationaux ayant une expertise en matière de prévention du suicide et de santé mentale.

Financement stable, prévisible, modulable et à long terme

Les collectivités inuites et des Premières Nations doivent composer avec des allocations fixes pour la prestation de services de santé physique et mentale. Le Comité a entendu que les services de santé en régions rurales et éloignées sont coûteux en raison de l'absence de soins spécialisés, ce qui occasionne des coûts élevés pour le transport

des patients et des professionnels de la santé. Les collectivités se porteraient mieux s'il y avait un financement stable, prévisible, modulable et à long terme de même que des ententes de financement stables et pluriannuelles leur permettant d'établir des plans à long terme.

Le Comité a été encouragé d'apprendre que des investissements avaient été réalisés récemment dans les ressources de mieux-être mental, mais il demeure que la formule de financement pour l'exécution des programmes de santé mentale dans les collectivités autochtones nuit à la qualité des soins. C'est pourquoi le Comité recommande :

Recommandation 18

Que le gouvernement du Canada mette en place une formule de financement afin d'accorder un financement stable, prévisible et à long terme à l'appui de la prestation de services de santé mentale aux personnes autochtones et que la nouvelle formule tienne compte de la croissance de la population, de l'inflation et de l'éloignement des collectivités.

Améliorer la coordination entre les administrations

Les témoins ont décrit quelques-uns des problèmes de coordination entre les systèmes de soins de santé fédéraux sur les réserves et les établissements provinciaux et territoriaux qui peuvent avoir pour effet de retarder ou d'empêcher les soins. Le principe de Jordan a été proposé comme solution. Selon ce principe, les enfants des Premières Nations doivent avoir un accès aux services sociaux et de santé comparable à celui des autres enfants, peu importe où ils habitent et quel que soit le gouvernement (fédéral ou provincial) responsable de la couverture.

Le Comité note que le gouvernement du Canada a étendu le principe de Jordan en 2016 à tous les enfants des Premières Nations et reconnaît les engagements pris pour mettre en œuvre ce principe et améliorer le Programme des services à l'enfance et à la famille des Premières Nations. Le Comité reconnaît par ailleurs que, en 2016, le gouvernement a investi 382,5 millions de dollars pour appuyer les enfants dans le cadre du principe étendu de Jordan.

Le Comité croit que beaucoup d'efforts doivent être déployés pour que les enfants autochtones aient un accès comparable aux services sociaux et de santé à celui dont jouissent les enfants non autochtones. Nous recommandons donc :

Recommandation 19

Que le gouvernement du Canada mette en œuvre immédiatement et pleinement le principe de Jordan et qu'il collabore avec des collectivités et des partenaires des Premières Nations afin d'en arriver à un modèle de financement équitable permettant aux enfants autochtones d'accéder à des services sociaux et de santé.

Le Comité comprend qu'il existe des ententes en place, y compris celles relatives aux traités et aux revendications modernes, contenant des dispositions sur la responsabilité en matière de prestation de services. Il continue toutefois d'y avoir des problèmes de compétence, et le Comité a entendu que les patients inuits et des Premières Nations se butent à ce genre de difficultés lorsqu'ils cherchent à obtenir des services de santé. Par conséquent, nous recommandons :

Recommandation 20

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les collectivités et les organismes autochtones, définisse plus clairement les obligations des collectivités, des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral en matière de prestation de soins de santé.

Priorités dictées par les collectivités

Pour améliorer à court terme les services, les programmes fédéraux doivent être harmonisés et intégrés au Cadre de continuum du mieux-être mental des Premières Nations et à la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits. Le Comité a entendu beaucoup de témoignages indiquant que les collectivités qui disposent d'une plus grande marge de manœuvre pour gérer et fournir leurs propres programmes sont en mesure d'adapter les approches aux besoins de la population locale. Les facteurs favorisant la continuité culturelle, comme les services dirigés par la collectivité, la présence d'un centre culturel et l'autonomie gouvernementale, contribuent à réduire l'incidence du suicide.

Le Comité reconnaît qu'un nombre grandissant de collectivités inuites et des Premières Nations gèrent leurs propres services de santé communautaires et que ces modèles contribuent à une amélioration des résultats en santé. Le Comité estime que Santé Canada doit absolument continuer d'accorder des pouvoirs aux organisations régionales, comme les régies de santé des Premières Nations, en matière de prestation de services de santé mentale. Par conséquent, nous recommandons :

Recommandation 21

Que Santé Canada donne aux peuples autochtones plus de contrôle en matière de prestation de services en formant des partenariats avec les régions, les autorités de santé et des organisations autochtones.

Services de santé mentale et services pour troubles liés à l'usage de substances

Le financement réservé à des programmes précis, comme la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes autochtones de Santé Canada, est parfois imprévisible, ce qui nuit aux efforts de planification des collectivités. Les témoins ont expliqué au Comité que l'attachement à la terre, à la culture et à la langue autochtone est essentiel à l'établissement d'identités autochtones saines et contribue à rapprocher les

familles et les communautés. L'attachement à la terre contribue au développement sain des enfants, à l'apprentissage et à la conservation de la langue, à la guérison des traumatismes passés et à l'établissement de liens solides pour l'avenir.

Nous savons que Santé Canada verse un financement annuel pour permettre aux collectivités de mettre au point leurs propres approches en matière de prévention du suicide chez les jeunes autochtones dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones. Malgré les problèmes qui ont été signalés au sujet de cette stratégie, comme le renouvellement du financement chaque année, l'affectation de fonds fondés sur des propositions et le fait que les collectivités inuites et des Premières Nations ne sont pas toutes desservies, le Comité est convaincu que les approches de guérison fondées sur la culture sont un moyen efficace de prévenir le suicide. Le Comité croit que toutes les collectivités autochtones devraient avoir accès à des stratégies de prévention du suicide. C'est pourquoi il recommande :

Recommandation 22

Que le gouvernement du Canada, en partenariat avec les organismes et collectivités inuits, métis et des Premières Nations concernés, élabore des stratégies de prévention du suicide visant les jeunes autochtones et veille à y accorder un financement stable, prévisible, modulable et à long terme.

Examen de la politique fédérale en matière d'accès aux services de santé

Lorsque des services de counseling, des soins psychiatriques, des traitements de la toxicomanie et des services de suivi après une tentative de suicide ne sont pas disponibles dans une collectivité inuite ou des Premières Nations isolée, le patient est transféré dans un établissement de soins provincial. Souvent, le transfert du système fédéral vers le système provincial se fait mal, et c'est le patient qui en souffre.

Souvent, ces approbations reposent sur des politiques fédérales, comme le Cadre de travail sur le transport pour raison médicale. De l'avis du Comité, les politiques fédérales facilitant l'accès aux systèmes provinciaux devraient prendre en considération les conseils éclairés des professionnels de la santé locaux et des données médicales, de manière à appuyer les professionnels qui transfèrent leurs patients en détresse vers des centres de traitement. Le Comité recommande donc :

Recommandation 23

Que le gouvernement du Canada veille à ce que les services de transport pour raisons médicales soient accessibles à tous les résidents admissibles des collectivités autochtones éloignées, et que les personnes qui ont besoin d'aide en raison de problèmes de santé mentale puissent être accompagnées.

Améliorer les services de santé mentale

Le Comité a constaté que la coordination des services de santé entre les administrations était complexe et pouvait entraîner des lacunes dans les services de santé et des inégalités en matière d'accès. Un « cercle » de services doit être créé : les services de prévention, de gestion des crises et de suivi doivent être mis en commun et offerts aux personnes touchées directement ou indirectement par un suicide, et une attention spéciale doit être accordée aux besoins des jeunes. Le traitement des troubles liés à l'usage de substances doit également s'inscrire dans ce continuum.

Le Comité estime que les organismes locaux de soutien en santé mentale sont efficaces, offrant des services d'intervention précoces et identifiant les personnes susceptibles d'éprouver de la détresse ou de se suicider. Le Comité a entendu que les approches souples en matière de prestation de services à l'échelle locale, comme les rendez-vous après les heures de bureau ou les visites à domicile, sont un moyen efficace d'apporter des soins aux patients. Les intervenants qui travaillent dans des collectivités autochtones fournissent également des services en santé mentale, par exemple en aiguillant les patients et en assurant la coordination en cas d'urgence. Au Nunavik, des efforts sont déployés afin d'aider les membres de la communauté et les paraprofessionnels qui sont souvent aux premières lignes en cas de crise de suicide à reconnaître les signes de détresse, et ce, en leur offrant une formation comme la Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide.

Le Comité reconnaît également l'apport important d'un certain nombre de rapports, dont le rapport d'enquête produit en 2016 par le bureau du coroner du Québec sur les cinq suicides dans les collectivités d'Uashat Mak Mani-Utenam et de Kawawachikamach au Québec²⁹². Ce rapport souligne que plusieurs interventions en santé sont nécessaires dans un continuum de soins. Par conséquent, nous recommandons :

Recommandation 24

- **Que le gouvernement du Canada soutienne les collectivités autochtones dans l'élaboration de plans visant à identifier les ressources spécialisées et les protocoles d'intervention dans les secteurs de l'éducation, des services sociaux, de la justice et de la santé, en s'assurant que ces personnes puissent fournir des services dans la langue locale.**
- **Que le gouvernement du Canada, suivant l'exemple du Nunavik et du Nunavut, appuie la formation au rôle de sentinelle des aidants informels, des intervenants communautaires ou des jeunes afin qu'ils soient en mesure de parler de la détresse psychologique et d'intervenir en cas de crise de suicide.**

292 [Rapport d'enquête du bureau du coroner du Québec concernant les décès de M. Charles Junior Grégoire-Vollant, M^{me} Marie-Marthe Grégoire, M^{me} Alicia Grace Sandy, M^{me} Céline Michel-Rock et M^{me} Nadeige Guanish, 2016.](#)

- Que le gouvernement du Canada appuie l'utilisation des médias sociaux pour repérer les jeunes qui risquent de se suicider et élaborer des programmes de prévention plus efficaces.
- Que le gouvernement du Canada appuie les collectivités autochtones pour faire en sorte que des ressources soient disponibles après les heures de bureau et la fin de semaine, lorsque surviennent habituellement les urgences, en accordant une attention toute particulière aux jeunes touchés directement ou indirectement par un suicide.
- Que le gouvernement du Canada aide les collectivités à mettre en place des infrastructures pour que les intervenants d'urgence puissent localiser les personnes en détresse et se rendre auprès d'elles.
- Que le gouvernement du Canada mette des espaces sûrs à la disposition des jeunes et de leur famille en cas de crise pour que les jeunes puissent se rétablir en cas de détresse ou de tentative de suicide.
- Que le gouvernement du Canada travaille en collaboration avec les collectivités autochtones et leurs membres afin d'améliorer les services de santé mentale dans toutes les collectivités, en fonction des besoins.

Soins de suivi

- Sous réserve des lois sur la protection de la vie privée et de la volonté du patient, que le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux concernés, s'efforce d'améliorer la planification, entre les administrations, des congés des patients, afin que les familles ou les amis dans les réserves ou les collectivités inuites soient informés que leur proche a obtenu son congé d'un établissement psychiatrique, d'un centre de traitement résidentiel ou d'un hôpital.
- Qu'à la suite de leur congé de ces établissements, les patients obtiennent à leur retour des rendez-vous de suivi dans leur propre collectivité auprès des organismes locaux de services sociaux et de soins de santé.

Usage de substances

Le Comité est conscient que la consommation de substances constitue un problème dans les collectivités rurales et éloignées, dans les réserves et hors de celles-ci et dans les centres urbains et qu'elle contribue aux taux élevés de suicide. Les membres des collectivités autochtones ont un accès limité aux services de traitement, et le Comité demeure préoccupé par le fait que les gens ne peuvent pas obtenir volontairement des services de traitement. Pour répondre à ces préoccupations, le Comité recommande :

Recommandation 25

Que le gouvernement du Canada s'attaque aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie en augmentant les investissements dans l'infrastructure et les programmes adaptés à la culture.

Améliorer l'infrastructure à bande large pour élargir l'accès aux services de santé

Le Comité a pris connaissance de modèles de prestation de services de santé qui sont prometteurs et qui pourraient, grâce à la technologie, améliorer l'accès aux spécialistes et aux soins adaptés à la culture. Selon certains témoins, les médias sociaux, la télésanté et la télémédecine et les services de messagerie texte sont sous-utilisés en raison d'une connectivité Internet lente ou absente. Les données recueillies dans le cadre de la consultation auprès des fournisseurs de services de première ligne révèlent que seulement la moitié des collectivités font appel à la télémédecine. Certaines organisations, dont Facebook, utilisent les réseaux sociaux pour surveiller et identifier les personnes qui envisagent de se suicider afin de les mettre en contact avec des fournisseurs de service par l'entremise d'une plateforme de clavardage en temps réel.

L'amélioration des services à large bande est importante pour faciliter l'accès à des conseillers en santé mentale, à des spécialistes et aux réseaux de consultation, tant pour les patients que les professionnels de la santé. Pour les collectivités autochtones éloignées et isolées, l'amélioration des services à large bande peut également permettre le recours à l'éducation à distance, les services de télésanté ainsi que les communications électroniques, notamment par les médias sociaux. Nous recommandons donc :

Recommandation 26

Que le gouvernement du Canada veuille à ce que les collectivités inuites et des Premières Nations aient accès à un service de communication à large bande adéquat qui leur permet de recourir aux services de télésanté et de télémédecine; que ces collectivités obtiennent des fonds pour explorer la possibilité d'utiliser les médias sociaux pour accroître l'accès aux services de santé mentale et que les collectivités autochtones obtiennent un appui qui renforcera leur capacité d'exploiter et d'utiliser ces services.

Services de santé adaptés à la culture

Les traumatismes non traités causés par le colonialisme continuent d'avoir une incidence sur les peuples autochtones. Les approches en matière de services de santé mentale adaptées à la culture reposent sur la connaissance des traumatismes historiques et intergénérationnels, les pratiques de guérison autochtones et les nouvelles pratiques en matière de soins de santé mentale. Les témoins ont fait remarquer que, souvent, les professionnels de la santé ne connaissent pas tous ces aspects, ce qui peut nuire aux services de santé mentale et à l'atteinte des résultats recherchés. Le Comité est particulièrement préoccupé par la discrimination qui peut être exercée à l'endroit des jeunes autochtones par les fournisseurs de services et autres dans leur collectivité.

Plus de la moitié des fournisseurs de services de première ligne ayant répondu à la consultation ont indiqué qu'ils n'avaient pas suivi de formation spécialisée sur la prestation de services de santé mentale adaptés à la culture. Des organisations professionnelles autochtones, comme l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada et l'Association des gestionnaires de santé des Premières Nations, possèdent cette expertise et sont en mesure de former et d'appuyer les professionnels de la santé pour qu'ils puissent offrir des soins de santé culturellement adaptés aux clients autochtones.

Étant donné que le gouvernement du Canada s'est engagé à mettre en œuvre les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada et les recommandations touchant plus particulièrement la reconnaissance des pratiques de guérison autochtones ainsi que la formation sur l'histoire, la langue et les valeurs autochtones des professionnels de la santé nouveaux et déjà en poste (appels à l'action 22, 23 et 24), nous croyons que la formation sur les cultures et l'histoire autochtones sera avantageuse tant pour les professionnels de la santé que les patients. C'est pourquoi nous recommandons :

Recommandation 27

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les organisations concernées, cherche à mettre au point des lignes directrices et des pratiques exemplaires adaptées à la culture pour faire connaître aux professionnels de la santé et aux fonctionnaires les valeurs, les cultures et l'histoire des peuples autochtones, dans le but d'améliorer la prestation de services adaptés à la culture à la clientèle autochtone.

Professionnels de la santé autochtones

Le Comité a constaté que les fournisseurs de services de première ligne, comme ceux qui travaillent dans les collectivités des Premières Nations éloignées dans le Nord-Ouest de l'Ontario ou au Nunavik, n'ont pas accès à des réseaux de soutien professionnels. Le Comité croit sincèrement que le manque de soutien constitue un obstacle important au maintien en poste de personnel qualifié dans les collectivités inuites et des Premières Nations.

Les réseaux de soutien établis au moyen d'investissements dans les associations de professionnels de la santé autochtones peuvent aider les communautés à apprendre les unes des autres et contribuer au maintien en poste des travailleurs.

Le Comité est d'avis qu'une plus grande participation des membres des collectivités inuites, métisses et des Premières Nations dans la prestation de soins de santé contribuera au fil du temps à renforcer la capacité des collectivités de répondre à leurs besoins en santé. Puisque les personnes autochtones locales sont plus susceptibles de continuer à travailler sur place à long terme, il est important d'appuyer les initiatives visant à accroître le nombre de travailleurs autochtones dans le secteur de la santé.

Le Comité a entendu que l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone de Santé Canada favorise le renforcement des capacités, en aidant les travailleurs communautaires, comme les gestionnaires de la santé des Premières Nations, à suivre des formations et à obtenir une accréditation. Dans le cadre de cette initiative, des bourses d'études et autres sont aussi accordées aux personnes autochtones qui veulent faire carrière dans le milieu de la santé. Le Comité comprend que cette initiative vise à accroître la capacité des effectifs actuels et à augmenter, dans les années à venir, le nombre de travailleurs autochtones œuvrant dans le domaine de la santé.

Nous croyons qu'il s'agit là d'une initiative importante et qu'il faudrait en élargir la portée pour répondre aux besoins à court terme en matière de formation et aux besoins à long terme en matière d'accroissement du nombre de travailleurs autochtones dans le secteur de la santé, et plus particulièrement dans le domaine de la santé mentale. Par conséquent, nous recommandons :

Recommandation 28

Que Santé Canada et Emploi et Développement social Canada, en partenariat avec des organisations autochtones concernées, élabore des stratégies dans le but de recruter et de former des travailleurs autochtones dans le domaine de la santé, y compris la santé mentale, et d'assurer leur maintien en poste.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Que le gouvernement du Canada travaille en partenariat avec les collectivités autochtones pour les aider à atteindre l'objectif d'autodétermination et veille à ce qu'elles aient les ressources nécessaires pour exercer leur droit..... 62

Recommandation 2

Que le gouvernement du Canada considère les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada et la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones comme des cadres fondamentaux permettant aux peuples autochtones d'accéder à l'autodétermination..... 62

Recommandation 3

Qu'Affaires autochtones et du Nord Canada revoie sa politique sur les revendications territoriales, étant donné que l'autodétermination et la continuité culturelle, lorsqu'elles sont pratiquées par les collectivités autochtones, sont efficaces pour prévenir le suicide..... 62

Recommandation 4

Que le gouvernement du Canada augmente les investissements dans le cadre d'un financement à long terme qui est fondé sur les besoins pour améliorer les logements des peuples autochtones, en s'employant notamment à réduire l'itinérance et à offrir des logements abordables et de transition, et que les investissements accrus soient effectués en partenariat avec les peuples et les gouvernements autochtones..... 63

Recommandation 5

Que le gouvernement du Canada augmente l'appui aux programmes d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves et aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques..... 63

Recommandation 6

Que le gouvernement du Canada élabore la stratégie à venir sur les langues autochtones, en partenariat avec les organisations et les collectivités autochtones..... 64

Recommandation 7

Que le gouvernement du Canada, en partenariat avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et autochtones, veille à ce que les élèves autochtones puissent obtenir d'aussi bons résultats que les élèves non autochtones, et renforce plus particulièrement leur capacité de poursuivre des études postsecondaires ou une formation professionnelle..... 64

Recommandation 8

Que le gouvernement du Canada modernise les programmes canadiens de prêts aux étudiants, d'épargne-études et de bon d'études et qu'il assouplisse le processus de demande pour tenir compte des besoins particuliers des étudiants autochtones et qu'il travaille en collaboration avec les collectivités des Premières Nations concernées pour accroître la souplesse du Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire et en augmenter le financement afin de prêter assistance à un plus grand nombre d'étudiants. 65

Recommandation 9

Que le gouvernement du Canada, en partenariat avec des organismes autochtones et les gouvernements territoriaux et régionaux, établisse une université dans le Nord. 65

Recommandation 10

Que le gouvernement du Canada, en partenariat avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et autochtones, reconnaisse le rôle fondamental du développement économique et de la création d'emplois dans l'avancement des stratégies de prévention du suicide chez les jeunes autochtones. 65

Recommandation 11

Que le gouvernement du Canada mette en place des services complets en matière d'emploi pour les membres des collectivités autochtones, incluant des services de transport, de logement temporaire et d'encadrement professionnel. 65

Recommandation 12

Que le gouvernement du Canada veille à ce que les services de santé mentale dans les collectivités autochtones tiennent compte des traumatismes, offrent des espaces sûrs aux jeunes pour parler de ce qu'ils ont vécu et offrent des services de suivi adaptés à la culture. 66

Recommandation 13

Que le gouvernement du Canada revoie complètement les services à l'enfance et à la famille pour les collectivités des Premières Nations afin d'accroître les services de prévention offerts aux enfants et à leur famille, de réduire le nombre d'enfants qui se retrouvent en famille d'accueil et de les aider à se former une identité culturelle affirmée. Par ailleurs, que le gouvernement du Canada travaille de toute urgence en partenariat avec les Premières Nations, et d'autres partenaires en vue d'effectuer une réforme complète de la protection de l'enfance dans les réserves qui élève le bien-être des enfants autochtones au rang de priorité..... 66

Recommandation 14

Que le gouvernement du Canada veille à ce que les centres d'amitié obtiennent un financement adéquat et pluriannuel pour qu'ils puissent continuer d'offrir des programmes, des services et des investissements en infrastructure pour appuyer les personnes autochtones. 67

Recommandation 15

Qu'Affaires autochtones et du Nord Canada augmente le financement offert aux collectivités autochtones pour les centres jeunesse et communautaires et travaille avec les collectivités pour offrir des programmes durables et adaptés aux cultures autochtones. 67

Recommandation 16

Que le gouvernement du Canada, en partenariat avec les collectivités inuites, métisses et des Premières Nations, appuie les cadres et stratégies en matière de santé mentale adaptés aux populations autochtones et veille à leur accorder un financement adéquat et à long terme; et qu'il mette en place des mesures pour suivre la mise en œuvre de ces stratégies et rende compte des progrès réalisés. 68

Recommandation 17

Que Santé Canada facilite et appuie les discussions, les partenariats et l'échange d'outils entre les collectivités autochtones et les organismes régionaux ou nationaux ayant une expertise en matière de prévention du suicide et de santé mentale. 68

Recommandation 18

Que le gouvernement du Canada mette en place une formule de financement afin d'accorder un financement stable, prévisible et à long terme à l'appui de la prestation de services de santé mentale aux personnes autochtones et que la nouvelle formule tienne compte de la croissance de la population, de l'inflation et de l'éloignement des collectivités..... 69

Recommandation 19

Que le gouvernement du Canada mette en œuvre immédiatement et pleinement le principe de Jordan et qu'il collabore avec des collectivités et des partenaires des Premières Nations afin d'en arriver à un modèle de financement équitable permettant aux enfants autochtones d'accéder à des services sociaux et de santé. 69

Recommandation 20

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les collectivités et les organismes autochtones, définisse plus clairement les obligations des collectivités, des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral en matière de prestation de soins de santé..... 70

Recommandation 21

Que Santé Canada donne aux peuples autochtones plus de contrôle en matière de prestation de services en formant des partenariats avec les régions, les autorités de santé et des organisations autochtones. 70

Recommandation 22

Que le gouvernement du Canada, en partenariat avec les organismes et collectivités inuits, métis et des Premières Nations concernés, élabore des stratégies de prévention du suicide visant les jeunes autochtones et veille à y accorder un financement stable, prévisible, modulable et à long terme. 71

Recommandation 23

Que le gouvernement du Canada veille à ce que les services de transport pour raisons médicales soient accessibles à tous les résidents admissibles des collectivités autochtones éloignées, et que les personnes qui ont besoin d'aide en raison de problèmes de santé mentale puissent être accompagnées..... 71

Recommandation 24

- **Que le gouvernement du Canada soutienne les collectivités autochtones dans l'élaboration de plans visant à identifier les ressources spécialisées et les protocoles d'intervention dans les secteurs de l'éducation, des services sociaux, de la justice et de la santé, en s'assurant que ces personnes puissent fournir des services dans la langue locale.**
- **Que le gouvernement du Canada, suivant l'exemple du Nunavik et du Nunavut, appuie la formation au rôle de sentinelle des aidants informels, des intervenants communautaires ou des jeunes afin qu'ils soient en mesure de parler de la détresse psychologique et d'intervenir en cas de crise de suicide.**
- **Que le gouvernement du Canada appuie l'utilisation des médias sociaux pour repérer les jeunes qui risquent de se suicider et élaborer des programmes de prévention plus efficaces.**
- **Que le gouvernement du Canada appuie les collectivités autochtones pour faire en sorte que des ressources soient disponibles après les heures de bureau et la fin de semaine, lorsque surviennent habituellement les urgences, en accordant une attention toute particulière aux jeunes touchés directement ou indirectement par un suicide.**
- **Que le gouvernement du Canada aide les collectivités à mettre en place des infrastructures pour que les intervenants d'urgence puissent localiser les personnes en détresse et se rendre auprès d'elles.**
- **Que le gouvernement du Canada mette des espaces sûrs à la disposition des jeunes et de leur famille en cas de crise pour que les jeunes puissent se rétablir en cas de détresse ou de tentative de suicide.**
- **Que le gouvernement du Canada travaille en collaboration avec les collectivités autochtones et leurs membres afin d'améliorer les services de santé mentale dans toutes les collectivités, en fonction des besoins.**

Soins de suivi

- **Sous réserve des lois sur la protection de la vie privée et de la volonté du patient, que le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux concernés, s’efforce d’améliorer la planification, entre les administrations, des congés des patients, afin que les familles ou les amis dans les réserves ou les collectivités inuites soient informés que leur proche a obtenu son congé d’un établissement psychiatrique, d’un centre de traitement résidentiel ou d’un hôpital.**
- **Qu’à la suite de leur congé de ces établissements, les patients obtiennent à leur retour des rendez-vous de suivi dans leur propre collectivité auprès des organismes locaux de services sociaux et de soins de santé. 72**

Recommandation 25

Que le gouvernement du Canada s’attaque aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie en augmentant les investissements dans l’infrastructure et les programmes adaptés à la culture. 74

Recommandation 26

Que le gouvernement du Canada veille à ce que les collectivités inuites et des Premières Nations aient accès à un service de communication à large bande adéquat qui leur permet de recourir aux services de télésanté et de télémédecine; que ces collectivités obtiennent des fonds pour explorer la possibilité d’utiliser les médias sociaux pour accroître l’accès aux services de santé mentale et que les collectivités autochtones obtiennent un appui qui renforcera leur capacité d’exploiter et d’utiliser ces services..... 74

Recommandation 27

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les organisations concernées, cherche à mettre au point des lignes directrices et des pratiques exemplaires adaptées à la culture pour faire connaître aux professionnels de la santé et aux fonctionnaires les valeurs, les cultures et l’histoire des peuples autochtones, dans le but d’améliorer la prestation de services adaptés à la culture à la clientèle autochtone..... 75

Recommandation 28

Que Santé Canada et Emploi et Développement social Canada, en partenariat avec des organisations autochtones concernées, élabore des stratégies dans le but de recruter et de former des travailleurs autochtones dans le domaine de la santé, y compris la santé mentale, et d'assurer leur maintien en poste..... 76

ANNEXE A

RÉSUMÉ DE L'ENQUÊTE SUR LA DISPONIBILITÉ ET QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DANS LES COLLECTIVITÉS AUTOCHTONES

TABLEAU 1

Quelle est votre profession?

Réponse	Nombre	Pourcentage réponse
Médecin généraliste	19	11,7 %
Infirmière / infirmier en santé communautaire	4	2,5 %
Infirmière praticienne / infirmier praticien	2	1,2 %
Infirmière / infirmier psychiatrique	4	2,5 %
Thérapeute	12	7,4 %
Travailleuse sociale / travailleur social	26	16,0 %
Administratrice / administrateur de programme	18	11,0 %
Intervenante / intervenant en santé communautaire	11	6,7 %
Autre	67	41,1 %
Pas de réponse	0	0 %

TABLEAU 2

Vous identifiez-vous comme une personne autochtone?

Réponse	Nombre	Pourcentage réponse
Oui	92	56,4 %
Non	68	41,7 %
Je ne sais pas	1	0,6 %
Je préfère ne pas répondre	2	1,2 %
Pas de réponse	0	0 %

TABLEAU 3

Êtes-vous :

Réponse	Nombre	Pourcentage réponse
Membre d'une Première Nation	56	34,4 %
Inuit	16	9,8 %
Métis	18	11,0 %
Je préfère ne pas répondre	2	1,2 %
Pas de réponse	71	43,6 %

TABLEAU 4

Dans quelle province ou quel territoire travaillez-vous?

Réponse	Nombre	Pourcentage réponse
Alberta	14	8,6 %
Colombie-Britannique	18	11,0 %
Manitoba	8	4,9 %
Nouvelle-Écosse	1	0,6 %
Nouveau Brunswick	0	0 %
Terre-Neuve-et-Labrador	10	6,1 %
Ontario	46	28,2 %
Île-du-Prince-Édouard	0	0 %
Québec	29	17,8 %
Saskatchewan	20	12,3 %
Territoires-du-Nord-Ouest	9	5,5 %
Nunavut	8	4,9 %
Yukon	0	0 %
Pas de réponse	0	0 %

TABLEAU 5

Comment qualifieriez-vous la collectivité dans laquelle vous travaillez?

Réponse	Nombre	Pourcentage réponse
Rurale	45	27,6 %
Éloignée	29	17,8 %
Éloignée, uniquement accessible par avion	47	28,8 %
Urbaine	42	25,8 %
Pas de réponse	0	0 %

TABLEAU 6

La collectivité dans laquelle vous travaillez est-elle :

Réponse	Nombre	Pourcentage réponse
une collectivité inuite	37	22,7 %
un établissement métis	1	0,6 %
une réserve	69	42,3 %
à l'extérieur d'une réserve	56	34,4 %
Pas de réponse	0	0 %

TABLEAU 7

Dans quel type d'établissement travaillez-vous principalement :

Réponse	Nombre	Pourcentage réponse
Hôpital	22	13,5 %
Centre de soins de longue durée	1	0,6 %
Centre de santé communautaire	42	25,8 %
Poste de soins infirmiers	13	8,0 %
Centre de traitement	5	3,1 %
Autre	80	49,1 %
Pas de réponse	0	0 %

TABLEAU 8

Votre clientèle se compose principalement de :

Réponse	Nombre	Pourcentage réponse
Membres d'une Première Nation	114	69,9 %
Inuits	40	24,5 %
Métis	9	5,5 %
Pas de réponse	0	0 %

TABLEAU 9

Avez-vous accès à des formations continues de perfectionnement professionnel dans votre profession ou domaine de spécialité?

Réponse	Nombre	Pourcentage réponse
Oui	116	71,2 %
Non	30	18,4 %
Je ne sais pas	14	8,6 %
Je préfère ne pas répondre	3	1,8 %
Pas de réponse	0	0 %

TABLEAU 10

La formation professionnelle continue est-elle suffisante pour répondre aux normes exigées pour votre titre professionnel?

Réponse	Nombre	Pourcentage réponse
Oui	73	44,8 %
Non	28	17,2 %
Je ne sais pas	11	6,7 %
Je préfère ne pas répondre	4	2,5 %
Pas de réponse	47	28,8 %

TABLEAU 11

Avez-vous suivi une formation spécialisée sur la prestation de services de santé mentale aux populations autochtones adaptés sur le plan culturel et axés sur la population, la collectivité ou la nation avec laquelle vous travaillez?

Réponse	Nombre	Pourcentage réponse
Oui	66	40,5 %
Non	90	55,2 %
Je ne sais pas	2	1,2 %
Je préfère ne pas répondre	5	3,1 %
Pas de réponse	0	0 %

TABLEAU 12

Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous absenté du travail pendant plus d'une demi-journée pour cause de stress en milieu de travail?

Réponse	Nombre	Pourcentage réponse
Oui	63	38,7 %
Non	95	58,3 %
Je ne sais pas	3	1,8 %
Je préfère ne pas répondre	2	1,2 %
Pas de réponse	0	0 %

TABLEAU 13

Globalement, comment décririez-vous la qualité des soins en santé mentale offerts dans la collectivité où vous travaillez?

Réponse	Nombre	Pourcentage réponse
Je préfère ne pas répondre	0	0 %
Je ne sais pas	5	3,1 %
Très mauvaise	51	31,3 %
Inférieure à la moyenne	50	30,7 %
Moyenne	35	21,5 %
Supérieure à la moyenne	19	11,7 %
Excellente	3	1,8 %
Pas de réponse	0	0 %

TABLEAU 14

Pour quelles raisons la qualité des soins en santé mentale offerts est-elle très mauvaise ou inférieure à la moyenne?

Réponse	Nombre	Pourcentage réponse
Manque de personnel	84	51,5 %
Trop de patients, de résidants ou de clients	64	39,3 %
Mauvaise communication	48	29,4 %
Manque de fournitures	24	14,7 %
Équipement non disponible ou défectueux	19	11,7 %
Formation inadéquate	71	43,6 %
Je ne sais pas	2	1,2 %
Je préfère ne pas répondre	1	0,6 %
Autre	16	9,8 %
Pas de réponse	62	38,0 %

TABLEAU 15

Comment évalueriez-vous la disponibilité des services suivants destinés à réduire la vulnérabilité au suicide?

Réponse	Pas de réponse	Disponible	Uniquement disponible en dehors de la collectivité	Non disponible	Je ne sais pas
Soins prénataux	2 (1,2 %)	112 (68,7 %)	9 (5,5 %)	10 (6,1 %)	30 (18,4 %)
Interventions auprès des jeunes enfants, p. ex., Programme d'aide préscolaire aux Autochtones	4 (2,5 %)	92 (56,4 %)	17 (10,4 %)	18 (11,0 %)	32 (19,6 %)
Évaluation et programmes pour les enfants qui ont besoin de services spécialisés, p. ex., dépistage de l'autisme, lésions au cerveau, l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale	3 (1,8 %)	39 (23,9 %)	65 (39,9 %)	32 (19,6 %)	24 (14,7 %)
Éducation et sensibilisation pour les enfants et les jeunes d'âge scolaire	5 (3,1 %)	65 (39,9 %)	14 (8,6 %)	37 (22,7 %)	42 (25,8 %)
Activités parascolaires, p. ex., sports, culture, arts ou autres	1 (0,6 %)	114 (69,9 %)	7 (4,3 %)	21 (12,9 %)	20 (12,3 %)
Programmes de renforcement des familles, p. ex., liens intergénérationnels, compétences de vie	2 (1,2 %)	65 (39,9 %)	10 (6,1 %)	50 (30,7 %)	36 (22,1 %)
Programme pour cultiver la résilience et les facultés d'adaptation. p. ex., éducation culturelle, développement social et affectif	1 (0,6 %)	64 (39,3 %)	16 (9,8 %)	52 (31,9 %)	30 (18,4 %)

Réponse	Pas de réponse	Disponible	Uniquement disponible en dehors de la collectivité	Non disponible	Je ne sais pas
Évaluations de la santé mentale	1 (0,6 %)	80 (49,1 %)	47 (28,8 %)	16 (9,8 %)	19 (11,7 %)
Services et soutien en santé mentale s'adressant spécifiquement aux populations autochtones	4 (2,5 %)	54 (33,1 %)	21 (12,9 %)	57 (35,0 %)	27 (16,6 %)
Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide pour le personnel ou les membres de la collectivité	2 (1,2 %)	80 (49,1 %)	27 (16,6 %)	27 (16,6 %)	27 (16,6 %)
Atelier safeTALK pour le personnel ou les membres de la collectivité	2 (1,2 %)	44 (27,0 %)	20 (12,3 %)	50 (30,7 %)	47 (28,8 %)
Premiers soins en santé mentale destinés aux Premières Nations pour le personnel ou les membres de la collectivité	1 (0,6 %)	43 (26,4 %)	25 (15,3 %)	48 (29,4 %)	46 (28,2 %)
Traitement de dépendances, en établissement ou capacité d'aiguiller vers un tel établissement	2 (1,2 %)	76 (46,6 %)	58 (35,6 %)	16 (9,8 %)	11 (6,7 %)
Services pour ceux qui ont un double diagnostic, p. ex., une maladie mentale et des dépendances	5 (3,1 %)	45 (27,6 %)	58 (35,6 %)	33 (20,2 %)	22 (13,5 %)

TABLEAU 16

Comment évalueriez-vous la disponibilité des services de mieux-être mental suivants pour vos patients?

Réponse	Pas de réponse	Disponible	Non disponible	Uniquement disponible en dehors de la collectivité	Je ne sais pas
Approches thérapeutiques autochtones, p. ex., counseling traditionnel, cercles	1 (0,6 %)	64 (39,3 %)	56 (34,4 %)	21 (12,9 %)	21 (12,9 %)
Approches culturelles autochtones, p. ex., éducation, cérémonie	3 (1,8 %)	74 (45,4 %)	44 (27,0 %)	16 (9,8 %)	26 (16,0 %)
Thérapie de groupe ou counseling individuel	2 (1,2 %)	114 (69,9 %)	10 (6,1 %)	18 (11,0 %)	19 (11,7 %)
Télémédecine	1 (0,6 %)	80 (49,1 %)	23 (14,1 %)	9 (5,5 %)	50 (30,7 %)
Ligne d'écoute téléphonique 24 heures	1 (0,6 %)	90 (55,2 %)	25 (15,3 %)	33 (20,2 %)	14 (8,6 %)
Intervention en situation de crise	2 (1,2 %)	95 (58,3 %)	24 (14,7 %)	19 (11,7 %)	23 (14,1 %)
Soutien communautaire en santé mentale et suivi	2 (1,2 %)	85 (52,1 %)	31 (19,0 %)	18 (11,0 %)	27 (16,6 %)
Services psychiatriques	1 (0,6 %)	50 (30,7 %)	29 (17,8 %)	72 (44,2 %)	11 (6,7 %)
Services psychologiques	4 (2,5 %)	60 (36,8 %)	22 (13,5 %)	65 (39,9 %)	12 (7,4 %)
Traitement de dépendances, en établissement ou capacité d'aiguiller vers un tel établissement	3 (1,8 %)	66 (40,5 %)	12 (7,4 %)	73 (44,8 %)	9 (5,5 %)
Services pour ceux qui ont un double diagnostic, p. ex., une maladie mentale et des dépendances	3 (1,8 %)	48 (29,4 %)	28 (17,2 %)	63 (38,7 %)	21 (12,9 %)

TABLEAU 17¹

À votre avis, dans quelle mesure est-il important que le gouvernement du Canada veuille à améliorer chacun des éléments suivants?

Réponse	Pas de réponse	Sans importance	Important	Très important	Je ne sais pas
Augmenter les services de santé mentale dans la collectivité	0 (0 %)	5 (3,1 %)	19 (11,7 %)	137 (84,0 %)	2 (1,2 %)
Améliorer l'accès aux professionnels en santé mentale (y compris les psychiatres, les travailleurs sociaux, etc.)	0 (0 %)	4 (2,5 %)	27 (16,6 %)	131 (80,4 %)	1 (0,6 %)
Aménager davantage de logements abordables et sécuritaires pour les personnes atteintes de maladies mentales	0 (0 %)	5 (3,1 %)	28 (17,2 %)	128 (78,5 %)	2 (1,2 %)
Former davantage de travailleurs en santé mentale	1 (0,6 %)	4 (2,5 %)	35 (21,5 %)	121 (74,2 %)	1 (1,2 %)
Accroître le financement des services de santé mentale régionaux	0 (0 %)	7 (4,3 %)	23 (14,1 %)	131 (80,4 %)	2 (1,2 %)
Accroître le financement pour la coordination de la recherche en santé mentale	2 (1,2 %)	6 (3,7 %)	55 (33,7 %)	93 (57,1 %)	7 (4,3 %)
Offrir du soutien aux familles qui prennent soin d'une personne atteinte d'une maladie mentale	1 (0,6 %)	4 (2,5 %)	26 (16,0 %)	128 (78,5 %)	4 (2,5 %)
Faire en sorte que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent à un plan coordonné en santé mentale	2 (1,2 %)	8 (4,9 %)	26 (16,0 %)	122 (74,8 %)	5 (3,1 %)

Réponse	Pas de réponse	Sans importance	Important	Très important	Je ne sais pas
Investir dans un financement réservé à la santé mentale pour les collectivités autochtones et leurs habitants	1 (0,6 %)	5 (3,1 %)	14 (8,6 %)	141 (86,5 %)	2 (1,2 %)

[†] Les Répondants avaient l'option de sélectionner plusieurs réponses.

TABLEAU 18

Si un patient demande des soins immédiats en santé mentale, quelle est généralement la durée du délai d'attente avant d'avoir un rendez-vous avec un thérapeute, un travailleur social ou un autre professionnel de la santé?

Réponse	Nombre	Pourcentage réponse
Le jour même	30	18,4 %
Le lendemain	6	3,7 %
De 2 à 3 jours	19	11,7 %
De 4 à 6 jours	9	5,5 %
De 1 à 2 semaines	15	9,2 %
De 2 semaines à un mois	24	14,7 %
Un mois ou plus	29	17,8 %
Je ne sais pas	31	19,0 %
Pas de réponse	0	0 %

TABLEAU 19

Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir l'impression que votre patient aurait eu besoin de soins en santé mentale, mais qu'il n'en a pas reçu?

Réponse	Nombre	Pourcentage réponse
Oui	119	73,0 %
Non	15	9,2 %
Je préfère ne pas répondre	3	1,8 %
Je ne sais pas	7	4,3 %
Pas objet	19	11,7 %
Pas de réponse	0	0 %

TABLEAU 20

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous travaillé avec un patient ayant sérieusement envisagé le suicide?

Réponse	Nombre	Pourcentage réponse
Oui	111	68,1 %
Non	28	17,2 %
Je ne sais pas	13	8,0 %
Je préfère ne pas répondre	11	6,7 %
Pas objet	0	0 %

TABLEAU 21

Votre collectivité a-t-elle un programme ou un plan de prévention du suicide?

Réponse	Nombre	Pourcentage réponse
Oui	37	22,7 %
Non	53	32,5 %
Je ne sais pas	65	39,9 %
Je préfère ne pas répondre	8	4,9 %
Pas objet	0	0 %

ANNEXE B LISTE DES TÉMOINS

Organismes et individus	Date	Réunion
Instituts de recherche en santé du Canada Dr Alain Beaudet, président	2016/05/31	16
Ministère de la Santé Keith Conn, sous-ministre adjoint Opérations régionales Dr Tom Wong, directeur exécutif Bureau de santé de la population et santé publique		
Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien Paula Isaak, sous-ministre adjointe Secteur des programmes et des partenariats en matière d'éducation et de développement social Daniel Leclair, directeur général Infrastructures communautaires, Opérations régionales		
Association nationale des centres d'amitié Yancy Craig, directeur Développement stratégique Christopher Sheppard, vice-président	2016/06/02	17
À titre personnel Jack Hicks, professeur auxiliaire Santé communautaire et épidémiologie, University of Saskatchewan	2016/06/07	18
Inuit Tapiriit Kanatami Natan Obed, président		
Chiefs of Ontario Isadore Day, chef régional de l'Ontario	2016/06/09	19
Manitoba Regional Chief Assembly of First Nations Kenneth Young, ancien chef régional		
À titre personnel Dre Cornelia Wieman, psychiatre consultante	2016/06/14	20
À titre personnel Adam Akpik Caroline Anawak Jack I. Anawak David Joanasié	2016/09/23	23

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>À titre personnel</p> <p>L'hon. Paul Okalik, membre de l'assemblée législative circonscription Iqaluit-Sinaa</p> <p>Toby Otak</p> <p>Emiliano Qirngnuq</p> <p>Brian Tagalik</p> <p>Peter Williamson</p> <p>Louisa Willoughby</p>	2016/09/23	23
<p>Gouvernement du Nunatsiavut</p> <p>Nina Ford, représentante de la jeunesse Division de la jeunesse</p> <p>Johannes Lampe, président</p>		
<p>Gouvernement du Nunavut</p> <p>L'hon. George Hickes, ministre de la Santé ministre responsable de la Prévention du suicide</p> <p>Karen Kabloona, sous-ministre déléguée, Quality of life Ministère de la santé</p> <p>Shuvinaï Mike, directrice de l'Inuit Qaujimagatuqangit ministère de la Culture et du Patrimoine</p>		
<p>National Inuit Youth Council</p> <p>Maatalii Okalik, présidente</p>		
<p>Nunavut Kamatsiaqtut Help Line</p> <p>Sheila Levy, directrice exécutive</p>		
<p>Nunavut Tunngavik Inc.</p> <p>James T. Arreak, président-directeur général Services exécutifs</p> <p>Jeannie Arreak-Kullualik, directrice Département social et culturel</p>		
<p>Qarjuut Youth Council</p> <p>Alicia Aragutak, présidente</p> <p>Louisa Yeates, vice-présidente</p>		
<p>Saisis la vie</p> <p>David Lawson, président</p> <p>Kimberly Masson, directrice exécutive</p>		

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>À titre personnel</p> <p>Michael Chandler, professeur émérite University of British Columbia, département de psychologie</p> <p>Christopher Lalonde, professeur University of Victoria, département de psychologie</p>	2016/09/26	24
<p>À titre personnel</p> <p>Shawn Matthew Glode</p> <p>Leave Out Violence Nova Scotia Society</p> <p>Sarah MacLaren, directrice exécutive</p> <p>Shurenda Michael, jeunes leader</p> <p>Richard Taylor, chef des opérations</p> <p>Mi'kmaw Native Friendship Society</p> <p>Pamela Glode Desrochers, directrice exécutive</p>	2016/09/28	25
<p>À titre personnel</p> <p>Michael DeGagné, président et vice-chancelier Nipissing University</p> <p>Rod McCormick, professeur et chaire de recherche Thompson Rivers University</p> <p>Centre de collaboration nationale de la santé autochtone</p> <p>Margo Greenwood, leader académique</p> <p>Qaujigiartiit Health Research Centre</p> <p>Gwen K. Healey, exécutive et directrice scientifique</p> <p>Société Ilisaqsivik</p> <p>Jakob Gearheard, directeur exécutif</p>	2016/10/05	27
<p>Association des gestionnaires de santé des Premières Nations</p> <p>Marion Crowe, directrice exécutive</p> <p>Calvin Morrisseau, conseil d'administration, exécutif et représentant de l'Ontario</p> <p>Canadian Indigenous Nurses Association</p> <p>Lisa Bourque Bearskin, présidente</p> <p>Lindsay Jones, étudiante-infirmière autochtone</p>	2016/10/17	28
<p>Assemblée des Premières Nations</p> <p>Will Landon, représentant du conseil national des jeunes Ontario</p>	2016/10/19	29

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>Association canadienne pour la prévention du suicide</p> <p>Ed Connors, directeur</p> <p>Jennifer Ward, directrice présidente des survivants</p>	2016/10/19	29
<p>Commission de la santé mentale du Canada</p> <p>Louise Bradley, présidente-directrice générale</p> <p>Ed Mantler, vice-président Programmes et priorités</p>		
<p>À titre personnel</p> <p>Amy Bombay, professeure adjointe Département de psychiatrie</p> <p>John Haggarty, professeur / chef de psychiatrie Northern Ontario School Medicine / St. Joseph's Care group</p> <p>Laurence J. Kirmayer, professeur et directeur, Division de psychiatrie sociale et transculturelle, McGill University directeur, Culture and Mental Health Research Unit, Institut de psychiatrie communautaire et familiale, Hôpital général juif</p>	2016/10/24	30
<p>Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James</p> <p>Greta Visitor, directrice générale adjointe Services régionaux Miyupimaatisiium</p> <p>Weeneebayko Area Health Authority</p> <p>Leo Ashamock (Loone), président</p> <p>Deborah Hill, vice-présidente des services cliniques et chef de direction, soins infirmiers</p>	2016/10/26	31
<p>À titre personnel</p> <p>Sam George</p> <p>Cody Kenny</p> <p>Gertrude Pierre</p> <p>Yvonne Rigsby-Jones</p> <p>Ray Thunderchild</p> <p>Aboriginal Life in Vancouver Enhancement Society</p> <p>Scott Clark, directeur exécutif</p> <p>British Columbia Association of Aboriginal Friendship Centres</p> <p>Eric Klapatiuk, président provincial Aboriginal Youth Council</p> <p>Cheslatta Carrier Nation</p> <p>Mavis Benson, membre</p>	2016/11/02	32

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>Deh Gah Got'ie First Nations Joachim Bonnetrouge, chef</p> <p>First Nations Health Authority Shannon McDonald, médecin-chef adjointe Patricia Vickers, directrice Santé mentale</p> <p>Métis Nation British Columbia Cassidy Caron, ministre, Métis Youth British Columbia présidente de Provincial Youth Tanya Davoren, directrice de la santé</p> <p>Provincial Health Services Authority Cassandra Blanchard, assistante de programme Santé des Autochtones Gabriella Emery, gestionnaire de projet Santé des Autochtones</p>	2016/11/02	32
<p>Association des femmes autochtones du Canada Lynne Groulx, directrice exécutive Amy Nahwegahbow, gestionnaire principale Partenaire pour l'engagement et l'échange des connaissances</p> <p>Ministère de la Santé Simon Kennedy, sous-ministre Sony Perron, sous-ministre adjoint principal Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits L'hon. Jane Philpott, ministre de la Santé</p>	2016/11/16	34
<p>Confederacy of Treaty 6 First Nations Susan Bobbi Herrera, directrice générale</p> <p>Federation of Sovereign Indigenous Nations Heather Bear, quatrième vice-chef</p> <p>Métis Nation of Alberta Sylvia Johnson, ministre adjointe de la Santé, de l'Enfance et de la Jeunesse</p>	2017/02/07	42
<p>Assemblée des chefs du Manitoba Derek Joseph Nepinak, grand chef</p>	2017/02/09	43

Organismes et individus	Date	Réunion
Atlantic Policy Congress of First Nations Chiefs Secretariat Candice Paul, chef, St. Mary's First Nation, et coprésidente, Atlantic Policy Congress of First Nations Chiefs Secretariat	2017/02/09	43
Manitoba Keewatinowi Okimakanak Inc. Sheila North Wilson, grande chef		
Representative for Children and Youth Bernard Richard, représentant, Colombie-Britannique		
Thunderbird Partnership Foundation Carol Hopkins, directrice exécutive		
Ojibways of Onigaming Kathy Kishiqueb, chef	2017/02/14	44
Pimicikamak Okimawin Catherine Merrick, chef Kendall Robinson, conseiller pour les jeunes		
Indigenous Health Alliance Dr Alika Lafontaine, chef d'équipe	2017/02/16	45
Mamawetan Churchill River Health Region Dr James Irvine, médecin hygiéniste Denise Legebokoff, directrice Toxicomanie et santé mentale David Watts, directeur général Services intégrés de santé		
Office of the Child and Youth Advocate Alberta Del Graff, défenseur de l'enfance et de la jeunesse		
Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada Cindy Blackstock, directrice générale		

ANNEXE B LISTE DES MÉMOIRES

Organismes et individus

Association canadienne de counseling et de psychothérapie

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

Centre de toxicomanie et de santé mentale

Conseil tribal de Nuu-chah-nulth

Healey, Gwen K.

Helin, Linda

Jong, Michael

Métis Nation British Columbia

Mulay, Shree

Nunavut Tunngavik Inc.

Pollock, Nathaniel J.

Provincial Health Services Authority

Weeneebayko Area Health Authority

Young, T. Kue

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

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

Un exemplaire des *procès-verbaux* pertinents ([réunions n^{os} 16–20, 23–25, 27–32, 34, 42–46, 54, 59, 63 et 64](#)) est déposé.

Respectueusement soumis,

La présidente,

L'hon. MaryAnn Mihychuk

