



ARCHIVED - Archiving Content

Archived Content

Information identified as archived is provided for reference, research or recordkeeping purposes. It is not subject to the Government of Canada Web Standards and has not been altered or updated since it was archived. Please contact us to request a format other than those available.

ARCHIVÉE - Contenu archivé

Contenu archivé

L'information dont il est indiqué qu'elle est archivée est fournie à des fins de référence, de recherche ou de tenue de documents. Elle n'est pas assujettie aux normes Web du gouvernement du Canada et elle n'a pas été modifiée ou mise à jour depuis son archivage. Pour obtenir cette information dans un autre format, veuillez communiquer avec nous.

This document is archival in nature and is intended for those who wish to consult archival documents made available from the collection of Public Safety Canada.

Some of these documents are available in only one official language. Translation, to be provided by Public Safety Canada, is available upon request.

Le présent document a une valeur archivistique et fait partie des documents d'archives rendus disponibles par Sécurité publique Canada à ceux qui souhaitent consulter ces documents issus de sa collection.

Certains de ces documents ne sont disponibles que dans une langue officielle. Sécurité publique Canada fournira une traduction sur demande.



Bureau du coroner en chef

Rapport d'examen des décès par suicide chez les jeunes de la Première nation de Pikangikum de 2006 à 2008



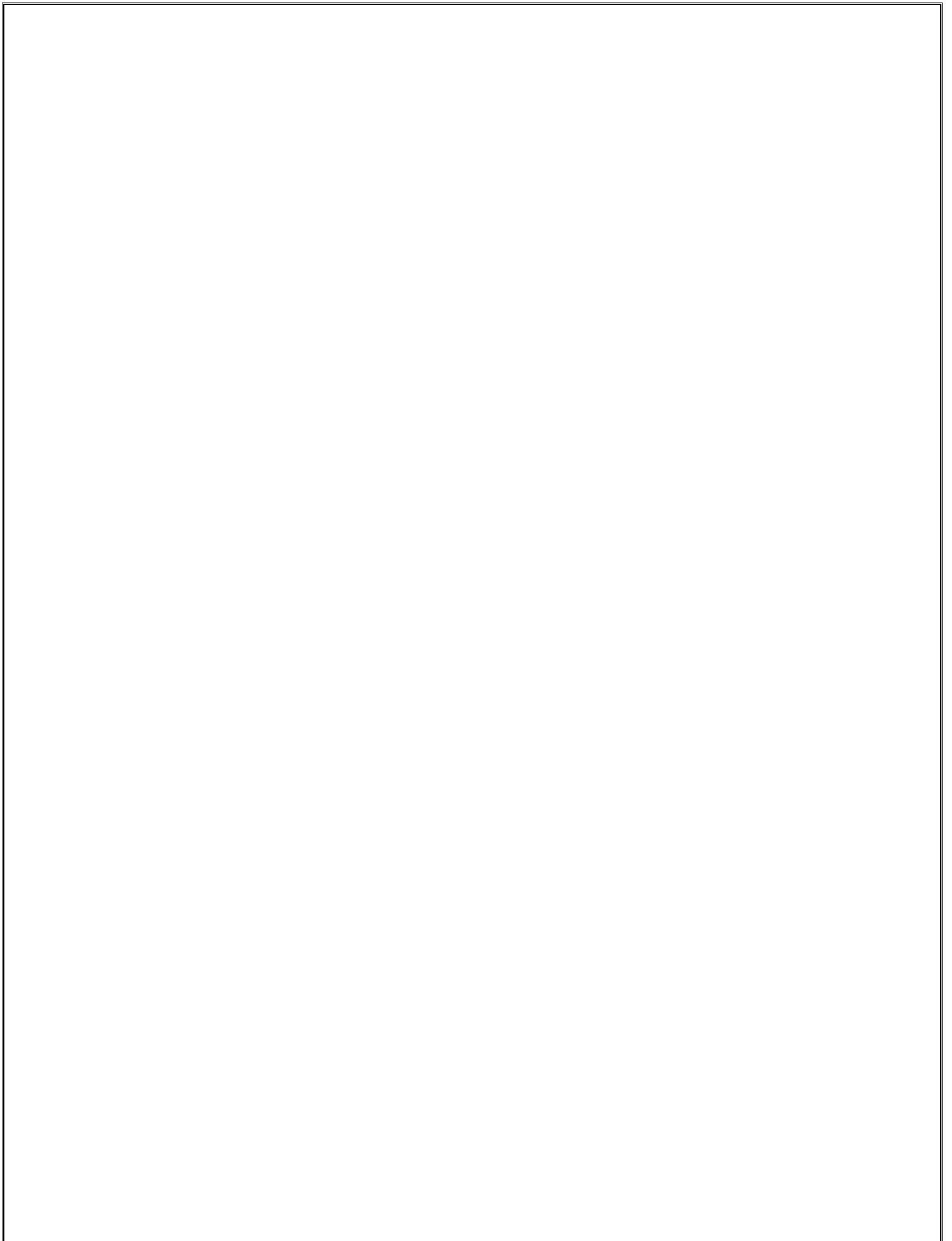


Table des matières

Bureau du coroner en chef.....	1
Rapport d'examen des décès par suicide chez les jeunes de la Première nation de Pikangikum.....	1
de 2006 à 2008	1
Table des matières.....	3
LETTRE AU CORONER EN CHEF.....	5
OBJECTIF DU RAPPORT.....	7
PROCESSUS D'EXAMEN.....	9
REMERCIEMENTS.....	11
SOMMAIRE.....	13
Première nation de Pikangikum : Défis sociaux	13
Première nation de Pikangikum : Examen des décès des enfants.....	15
Première nation de Pikangikum : Soins de santé.....	15
Première nation de Pikangikum : Éducation	16
Première nation de Pikangikum : Services policiers.....	17
Première nation de Pikangikum : Services de bien-être de l'enfance	17
Première nation de Pikangikum : Déterminants sociaux de la santé	18
Rapport de l'intervenant en faveur des enfants et des jeunes : Résumé	19
Principales recommandations du rapport	20
Résumé.....	22
PARTIE A. LE DÉCÈS DES JEUNES PAR SUICIDE	23
A1. Introduction.....	23
A2. Processus d'examen.....	23
A3. Décès	24
A4. Thèmes émergeant de l'examen individuel des cas	29
A5. Rapport cumulatif et tendances dégagées	30
A6. Discussion	32
A7. Observations finales	36
PARTIE B. LE SUICIDE	37
B1. Définition du suicide.....	37
B2. Historique des suicides à Pikangikum.....	37
B3. Suicide des adolescents au Canada	37
B4. Taux de suicide au Canada	39
B5. Suicide chez les Autochtones.....	39
B6. Taux de suicide chez les jeunes des Premières nations.....	40
B7. Suicides en Ontario et à Pikangikum de 2006 à 2008.....	40
B8. Observations finales	42
PARTIE C. LA SANTÉ À PIKANGIKUM	43
C1. Introduction	43
C2. Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Ouest.....	43
C3. Sioux Lookout First Nation Health Authority (SLFNHA).....	44
C4. Sioux Lookout Regional Physicians' Services Inc.	45
C5. Sioux Lookout Meno-Ya-Win Health Centre (SLMHC)	46
C6. Pikangikum Health Authority (PHA)	47
C7. Défis	49
C8. Récentes réussites	49
C9. Programme communautaire de lutte contre l'abus de solvants	49
C10. Poste de soins infirmiers.....	51
C11. Relation avec le gouvernement fédéral	53
C12. Observations finales	72
PARTIE D. L'ÉDUCATION	73
D1. Introduction	73
D2. Gouvernance de l'éducation : Pikangikum Education Authority	73
D3. École buissonnière.....	76
D4. Surpeuplement et installations physiques inadéquates	81
D5. Participation des gouvernements fédéral et provincial à la prestation des services d'éducation	83
D6. Observations finales	87
PARTIE E. LES SERVICES POLICIERS DE PIKANGIKUM	89
E1. Introduction.....	89
E2. Première nation de Pikangikum	89

E3. Attentes de la collectivité envers les services policiers	91
E4. Structures de gouvernance.....	92
E5. Statistiques relatives aux services policiers de Pikangikum	92
E6. Observations finales	94
PARTIE F. LA PRESTATION DES SERVICES DE BIEN-ÊTRE DE L'ENFANCE DANS LE NORD ET À PIKANGIKUM	95
F1. Les Tikinagan Child and Family Services.....	95
F2. Pikangikum: une collectivité en crise.....	100
F3. Mise sur pied des services de bien-être de l'enfance en Ontario	100
F4. Tensions culturelles.....	101
F5. Fonctions d'une société d'aide à l'enfance	102
F6. Enfants pris en charge.....	103
F7. Financement.....	105
F8. Observations finales.....	109
PARTIE G. LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ.....	111
G1. Introduction	111
G2. Définition	113
G3. La santé des Premières nations	114
G4. La colonisation, la structure sociale, les pensionnats et la santé des Premières nations	118
G5. Les déterminants sociaux de la santé et Pikangikum	120
G6. Les déterminants proximaux de la santé.....	120
G7. Déterminants intermédiaires de la santé.....	129
G8. Déterminants distaux de la santé	131
G9. Observations finales	132
PARTIE H. LE RAPPORT EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES JEUNES	135
H1. Introduction	135
H2. Ressources et possibilités	137
H3. Écoles et éducation.....	137
H4. Loisirs.....	139
H5. Culture et langue.....	139
H6. Famille, collectivité et leadership	140
H7. Observations finales	140
H8. Bibliographie	141
PARTIE I. CONSOLIDATION DES RECOMMANDATIONS	143
BIBLIOGRAPHIE.....	159
GLOSSAIRE	163
ANNEXE 1. Charte de projet.....	167
ANNEXE 2. Formulaire de vérification	173
ANNEXE 3. Membres du Comité d'examen des décès en matière de psychiatrie et de bien-être de l'enfance et auteurs collaborateurs	177
ANNEXE 4. Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003 et Incidence de la santé des adultes et des jeunes des Premières nations	185
ANNEXE 5. Réaction de Pikangikum au Rapport d'examen des décès par suicide chez les jeunes (le « Rapport ») produit par le Bureau du coroner en chef	191

LETTRE AU CORONER EN CHEF

1^{er} juin 2011

Dr McCallum,

Je vous sou mets ce rapport d'examen des décès par suicide chez les jeunes de la Première nation de Pikangikum, dans la province de l'Ontario, qui ont eu lieu du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2008.

Le comité d'examen a étudié chacun des 16 cas de décès par suicide et le rapport présente cinq de ces cas à titre d'exemples représentatifs. Ce rapport formule 100 recommandations portant sur les soins de santé, la prévention du suicide, l'éducation, les services policiers, les services de bien-être de l'enfance et les déterminants sociaux de la santé.

Veuillez agréer mes salutations distinguées.



Bert Lauwers, M.D., CCMF, FCFP
Chef de projet, Suicide chez les jeunes de Pikangikum
Coroner en chef adjoint, investigations
Président, Comité d'examen des décès d'enfants
Bureau du coroner en chef de l'Ontario

OBJECTIF DU RAPPORT

Le présent rapport a pour objet l'examen des suicides de 16 enfants et jeunes âgés de 10 à 19 ans survenus de 2006 à 2008 dans la Première nation de Pikangikum.

L'objectif de cet examen était :

1. d'étudier les circonstances entourant le décès de chacun des enfants et des jeunes;
2. de recueillir et d'analyser les renseignements concernant les décès afin de prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires;
3. de formuler des recommandations permettant d'éviter d'autres décès dans des circonstances similaires ou concernant toute autre question découlant de cette analyse.

Le Bureau du coroner en chef a remarqué, de plus en plus alarmé par la situation, l'augmentation des décès chez les adolescents vivant sur le territoire des réserves des Premières nations du Nord de l'Ontario. Ainsi, l'examen de neuf décès de jeunes de Pikangikum avait été complété en 2009 et présenté dans le rapport annuel du Comité d'examen des décès d'enfants et du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans. Une des recommandations formulées dans le cadre de ce rapport était de tenir une enquête communautaire pour examiner les éléments suivants :

- La compréhension et la réaction du Chef et du Conseil aux conditions qui règnent dans la collectivité, lesquelles ont mené au taux élevé de suicides.
- Le rôle que pourraient jouer l'éducation, les services de santé et d'autres services communautaires dans la prévention du désespoir et, en définitive, du suicide de ces jeunes.
- Les contributions des membres de la collectivité et des leaders naturels à l'élaboration de stratégies de prévention du suicide chez les jeunes.
- Les stratégies de prévention du suicide à l'échelle de la collectivité.
- Les progrès ou les résultats obtenus depuis l'enquête réalisée sur le suicide de la jeune Autochtone Selena Sakanee en 1999.
-

Cet examen a tenu compte des éléments proposés et les a étudiés.

Bert Lauwers, M.D., CCMF, FCFP
Coroner en chef adjoint, investigations
Président, Comité d'examen des décès d'enfants
Chef de projet, Suicide chez les jeunes de Pikangikum

PROCESSUS D'EXAMEN

Le Bureau du coroner en chef (BCC) a participé à la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique en Ontario présidée par le juge Goudge, dont le rapport a été déposé en octobre 2008. Durant la Commission d'enquête Goudge, notre bureau a écouté avec beaucoup d'intérêt les inquiétudes des Premières nations, représentées par l'alliance formée par les organismes Nishnawbe Aski Nation et Aboriginal Legal Services of Toronto. Un des messages clairement communiqués était que notre bureau ne se penchait pas autant sur les décès survenus sur le territoire des Premières nations que sur ceux survenus ailleurs dans la province, malgré les conditions sociales et relatives à la santé difficiles qui prévalent dans ces collectivités éloignées accessibles par voie des airs. Ce rapport répond à ce message. Le BCC est très préoccupé par l'augmentation des décès par suicide chez les enfants et les jeunes des collectivités des Premières nations du Nord-Ouest de l'Ontario et, plus récemment, du Nord-Est de l'Ontario.

Au moment de décider de la portée de cet examen, nous avons consulté le chef de la Première nation de Pikangikum et la Nishnawbe Aski Nation. On nous a demandé de mener cette étude non pas comme une enquête, mais en favorisant un autre format. Nous avons choisi d'effectuer un examen des décès, et en établissant la portée de l'examen, il nous est apparu évident qu'un simple examen des décès serait insuffisant, en raison de la grande quantité d'éléments à considérer quand vient le temps d'analyser la question du suicide chez les jeunes des Premières nations. Ainsi, cet examen a été axé sur la collectivité comme telle, incluant les infrastructures, les services policiers, la santé, l'éducation, les services de bien-être de l'enfance et les déterminants sociaux de la santé chez les Premières nations.

Cet examen était constitué de cinq parties distinctes. On invite le lecteur à consulter l'Annexe 1 : Charte de projet pour tous les détails. En mars et en octobre 2010 ont eu lieu des visites à Sioux Lookout et Pikangikum. M. Jason Beardy, de la Nishnawbe Aski Nation, Mme Thelma Morris, directrice adjointe des Tikinagan Child and Family Services, Mme Linda Nothing-Chaplin, autrefois de North-South Partnership, le Sgt Chris Amell, du détachement de Red Lake de la Police provinciale de l'Ontario et Mme Susan Abell accompagnaient le Bureau du coroner en chef lors du voyage effectué en mars.

La première partie de l'examen consistait en une rencontre du BCC avec le Chef et le Conseil et des entrevues avec des membres des services de la police, des services de soins de santé, de l'éducation et des services de bien-être de l'enfance.

La deuxième partie a été menée par M. Irwin Elman et Mme Laura Arndt, du Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes, dont l'expertise a été mise à contribution pour représenter les points de vue et les inquiétudes des enfants et des jeunes des Premières nations. Leurs observations sont prises en compte dans la section portant sur le rapport de l'intervenant en faveur des enfants et des jeunes.

La troisième partie consistait en un groupe d'experts sur la psychiatrie, le bien-être de l'enfance et l'examen des décès du coroner menant un examen systémique approfondi des 16 cas de suicides. On invite le lecteur à consulter l'Annexe 2 : Formulaire de vérification pour savoir quels éléments concernant les décès ont été examinés. Le groupe d'experts était constitué d'un coroner, des spécialistes en bien-être de l'enfance Mme Karen Bridgman-Acker et Mme Susan Abell, et de trois psychiatres, soit le Dr Richard Meen, psychiatre pédiatrique ayant déjà fourni des soins à Pikangikum, le Dr Paul Links, titulaire de la chaire d'études sur le suicide Arthur Sommer Rotenberg de l'hôpital St. Michael's de Toronto, et le Dr Cornelia Wieman, première femme autochtone psychiatre au Canada. Le groupe comprenait aussi le Dr Peter Menzies, membre des Premières nations et chef des soins cliniques, Services aux Autochtones au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), ainsi que Mme Sabrina Squire, infirmière de descendance métisse et actuellement étudiante en médecine à l'Université d'Ottawa, qui a fourni des soins de santé primaires dans 18 collectivités autochtones éloignées du Nord de l'Ontario. Les conclusions de ce groupe d'experts sont présentées dans les sections intitulées « Les décès des jeunes par suicide » et « Première nation de Pikangikum : Soins de santé ».

Pour la quatrième partie de l'examen, le Dr Judy Finlay, de la Faculté d'éducation des jeunes enfants de l'Université Ryerson, et Mme Anna Nagy, chargée de cours à la Faculté de psychologie de l'Université de

Toronto à Mississauga, ont rédigé un rapport sur les déterminants sociaux de la santé. Les concepts issus de ce rapport sont présentés dans la section portant sur les déterminants sociaux de la santé.

Pour la cinquième partie, le Dr Don Auger, avocat autochtone et directeur administratif de la société d'aide à l'enfance Dilico Anishinabek Family Care, a remis un document de travail portant sur les défis que représente la prestation de services de bien-être de l'enfance dans les régions du Nord. Des sections de ce document ainsi que les observations de Mme Bridgman-Acker forment la majeure partie du chapitre du présent rapport portant sur la prestation de services de bien-être de l'enfance dans la Première nation de Pikangikum.

Les recommandations découlant de ces cinq parties sont présentées tout au long du présent rapport et dans la section portant sur les recommandations. Ces recommandations sont tant de nature systémique que de nature communautaire. Le BCC est persuadé que les recommandations communautaires destinées à freiner la montée du nombre de cas de suicides chez les jeunes, si elles sont suivies, porteront fruit à Pikangikum. Par ailleurs, ces mêmes recommandations pourraient être reprises par toute Première nation en Ontario pour stopper l'augmentation du taux de suicide dans sa collectivité. Des stratégies de prévention, d'intervention et de postvention sont proposées pour les personnes, les familles, les collectivités et les régions. Les recommandations globales de nature systémique concernent le besoin d'intégration des systèmes et de soins coordonnés uniformes offerts dans les réserves des Premières nations afin de restaurer un bien-être mental, physique, émotionnel et spirituel. L'abus de solvants par les jeunes et l'alcoolisme des parents sont des éléments contribuant largement au suicide chez les jeunes, comme les histoires de ces derniers l'illustrent si bien. Ces éléments sont également abordés dans les recommandations.

Le BCC désire témoigner toute sa gratitude envers les nombreux collaborateurs renseignés et talentueux nommés ci-dessus qui ont consacré volontiers, et avec un intérêt marqué, leur temps, leurs idées et leur sagesse au succès de ce projet.

REMERCIEMENTS

Nous nous devons de commencer ces remerciements en saluant les enfants et les jeunes de la Première nation de Pikangikum. Ils sont un exemple de résistance, d'endurance et de coriacité et leur avenir s'annonce très prometteur. La balle est dans le camp de ceux qui ont le pouvoir d'améliorer leur situation. À eux d'agir. Cette constatation est clairement établie dans le rapport final de la Commission royale sur les peuples autochtones (1996) :

« Les jeunes Autochtones veulent être la solution, et non le problème. Le pouvoir des jeunes de demain passe par la guérison des jeunes d'aujourd'hui. Ils auront alors l'énergie mentale, physique, émotive et spirituelle nécessaire pour aider ceux qui les entourent : les autres jeunes, leurs parents et leurs collectivités. Le cercle du bien-être ira en s'élargissant. »¹

Les enquêteurs, Dr Bert Lauwers, Mme Susan Abell, Mme Karen Bridgman-Acker et M^{me} Doris Hildebrandt, désirent remercier les personnes suivantes pour leur précieuse collaboration à cet examen des décès :

- Le grand chef Stan Beardy de la Nishnawbe Aski Nation, pour ses conseils et la patience dont il a fait preuve en nous expliquant les réalités des Premières nations.
- Le chef Jonah Strang, le sous-chef Lyle Keeper et les membres du conseil de Première nation de Pikangikum ainsi que leur conseiller juridique, M. Doug Keshen, pour ses conseils et son soutien à cette initiative.
- La Pikangikum Health Authority, et plus précisément messieurs Billy Joe Strang et Brian Keeper, pour leur collaboration et leur aide.
- M. Jimmy Keeper, de la Pikangikum Education Authority, pour sa collaboration et son aide. L'ancien directeur M. Phil Starnes, la directrice actuelle Mme Joanne Donnelly, et les enseignants M. Kurtis MacRea et Mme Colleen Estes pour la franchise de leurs propos lors de nos échanges concernant les défis relatifs à l'éducation et à la collectivité.
- L'ancien commissaire de la Police provinciale de l'Ontario, M. Julian Fantino, le surintendant Brad Blair et le Sgt Chris Amell pour leur dévouement au succès de cet examen, notamment en fournissant un soutien logistique et leur expertise en communication, et pour leur précieux document portant sur la prestation des services policiers à Pikangikum, exposé dans le chapitre portant sur les services policiers à Pikangikum.
- Mme Jeanette Lewis, ancienne directrice administrative de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance (AOSAE) et autrefois membre du Comité d'examen des décès d'enfants, pour sa persévérance et ses appuis dans la promotion d'un examen des cas de suicide chez les jeunes des Premières nations par le Bureau du coroner en chef. Aussi, M^{me} Mary Ballantyne, actuelle directrice administrative, pour ses conseils et le partage de son expertise et de ses connaissances afin de veiller au succès de cet examen.
- M. Micheal Hardy, directeur administratif des Tikinagan Child and Family Services, les employés de Tikinagan et la conseillère juridique de l'organisme, Mme Catherine Beamish, de Beamish McKinnon Aboriginal Law Firm, pour leurs présentations réfléchies faites au Bureau du coroner en chef à propos des services de bien-être de l'enfance au sein des Premières nations.
- M. James Morris, directeur administratif de la Sioux Lookout First Nations Health Authority, et M. Kevin Berube, de Nodin Child and Family Intervention Services, qui nous ont expliqué le fonctionnement des services en santé mentale dans le Nord.
- Les représentants du Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre, dont M^{me} Barb Linkewich, vice-présidente des services de santé, Mme Helen Cromarty, conseillère spéciale en services de santé pour les Premières nations, le Dr Bob Minty, médecin membre du personnel et le Dr Terry O'Driscoll, médecin-chef, pour nous avoir expliqué la complexité de la prestation des soins de santé primaires, secondaires et tertiaires aux Premières nations dans la zone de Sioux Lookout.
- Le Dr Peter Braunberger, qui nous a expliqué les défis relatifs à la prestation des services de psychiatrie pédiatrique dans le Nord.

¹ Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (1996), Volume 4 - Perspectives et réalités, Chapitre 4, La quête d'appartenance des jeunes. <http://www.ainc-inac.gc.ca>.

- Le Dr Mark Lachmann, psychiatre résident et autrefois médecin auprès des Premières nations dans le Nord, pour avoir partagé ses opinions et ses expériences relativement au suicide chez les jeunes Autochtones.
- AMDOCS, incluant les médecins de premier recours Dr Anton Meyer et Dr Ekow Barnes, et les infirmières du poste de soins infirmiers de Pikangikum, dont l'infirmière-chef Melanie Turpin et ses collègues, qui nous ont expliqué les rouages de la prestation des soins de santé dans la collectivité de Pikangikum et les défis y étant associés.
- M. Lachie Macfadden, qui nous a expliqué l'importance de l'abus de solvants à Pikangikum et les défis y étant reliés.
- Mme Susan Pilatzke, du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Ouest, qui nous a fait part de la vision évolutive du RLISS en matière de prestation de soins de santé.
- Le ministère de l'Éducation, le ministère de la Formation et des Collèges et Universités et la Division de l'éducation en langue française, de l'éducation autochtone et de la recherche, qui nous ont fourni des renseignements sur les stratégies provinciales en matière d'éducation autochtone, les ressources et les défis.
- Le ministère des Affaires autochtones pour son soutien et le partage de renseignements.
- Remerciements particuliers à Mme Deborah Richardson, qui a révisé les versions préliminaires de ce rapport et formulé de précieux commentaires.
- Le Dr Donald Auger, pour nous avoir gracieusement fourni de la documentation qui nous a grandement aidés à orienter ce projet.
- Mme Rowena Cruz, pour son expertise en administration et en formatage.
- Mesdames Dorothy Zwolakowski et Kathy Kerr, du Bureau du coroner en chef, pour avoir révisé le document et formulé des suggestions quant à son contenu.
- Le chef de projet désire remercier Mme Doris Hildebrandt pour ses précieuses modifications au document.

Les enquêteurs voudraient également remercier le Dr Andrew McCallum, coroner en chef de l'Ontario, pour ses conseils et sa conviction qu'un système d'examen des décès mené par des médecins et des coroners peut et doit se pencher sur les questions de justice sociale afin d'améliorer la santé, la sécurité et le bien-être des citoyens de l'Ontario, *de tous les citoyens*, autochtones ou non.

SOMMAIRE

De 2006 à 2008, 16 jeunes de la Première nation de Pikangikum âgés de 10 à 19 ans se sont suicidés par pendaison. Le Bureau du coroner en chef a entrepris l'examen de ces tragiques décès.

Première nation de Pikangikum : Défis sociaux

La Première nation de Pikangikum est une collectivité éloignée qui se trouve à environ 100 kilomètres au Nord de Red Lake. On peut seulement s'y rendre en empruntant des routes d'hiver sur le lac Pikangikum, ou en avion, comme il s'agit d'une collectivité accessible par voie des airs. On y compte environ 2 400 résidents, et le taux de natalité y est élevé. Les grossesses chez les adolescentes y sont fréquentes, et de 70 à 90 bébés y naissent chaque année.



Illustration 1. Carte de la province de l'Ontario.

Il y a environ 450 maisons à Pikangikum. De ce nombre, 340 n'ont ni plomberie ni eau courante. L'école, les édifices du gouvernement et 43 maisons sont raccordés à un étang de stabilisation. Il y a également un système de traitement de l'eau, construit il y a 16 ans. Ce système achemine de l'eau par des canalisations souterraines à des postes d'approvisionnement, où les résidents peuvent puiser de l'eau potable. Le 15 avril 2011, la Première nation a dû décréter l'état d'urgence en raison d'une pénurie d'eau

potable et courante. Cette crise a mis à rude épreuve les ressources financières de la collectivité, posé un risque pour la santé et nécessité une réaction coordonnée et efficace.

La collectivité n'est pas raccordée au réseau électrique. L'électricité disponible est produite par une génératrice au diesel peu fiable et utilisée à pleine capacité. Des efforts sont déployés pour raccorder la collectivité au réseau électrique.² En 2008, il y avait 170 emplois dans la collectivité, dont 50 étaient occupés par des gens de l'extérieur, comme des professeurs et des infirmières. Les 170 emplois sont répartis dans l'enseignement (50), au bureau du conseil de bande (40), aux services de santé (30), à l'entretien des bâtiments et à la rénovation (20), au commerce, aux routes, à l'électricité et aux technologies de l'information (20) et au projet Whitefeather Forest (10). En tout, 542 chefs de famille y vivent de l'aide sociale. « Presque toutes les ressources financières de la bande proviennent du gouvernement fédéral³ ». [traduction]

Pikangikum est une collectivité des Premières nations pauvre et isolée, où les biens de première nécessité sont absents. En effet, la plupart des résidents n'ont pas l'eau courante ni de plomberie. La pauvreté, les logements de qualité inférieure surpeuplés, les emplois rémunérés, la sécurité alimentaire et l'approvisionnement en eau sont des défis quotidiens. L'absence d'un système intégré de soins de santé, la piètre qualité de l'éducation par rapport aux normes provinciales et la quasi-inexistence d'infrastructures, s'ajoutent à la toile de fond de colonialisme, de racisme, de manque d'autodétermination et d'exclusion sociale découlant de l'état critique dans lequel se trouvent les Premières nations depuis longtemps, notamment en raison des effets des pensionnats. Tous ces éléments alimentent la perturbation des jeunes, qui semblent exister dans un état dysphorique, pris au piège entre les traditions et la culture des Premières nations leur venant de leurs ancêtres, et la société contemporaine, pour laquelle ils sont mal outillés.

« De nombreux jeunes de la Nishnawbe Aski Nation ont du mal à savoir qui ils sont et à se sentir à leur place. Ils sont témoins de modes de vie fastueux dans les médias, dans les écoles secondaires urbaines qu'ils fréquentent et dans les grands centres qu'ils visitent, mais la réalité des conditions de vie des familles et des collectivités n'est que pauvreté extrême. On les appelle " Indiens", mais ils savent qu'ils ne sont pas " Indiens." Ils sont conscients du rôle essentiel que la terre et ses ressources devraient jouer dans leur vie, mais rien dans le système d'éducation ou les médias ne les aide en ce sens. Ils se demandent qui ils sont ou pourquoi ils existent. Il ne faut pas non plus oublier la violence physique, psychologique et sexuelle devenue intergénérationnelle en raison du triste legs des pensionnats et de la perte d'identité. Il n'est donc pas étonnant que certains jeunes décident qu'il est plus facile de quitter ce monde que d'y vivre. Le suicide devient une solution viable lorsqu'il ne semble plus y avoir d'espoir de trouver de l'aide ou de sortir d'un cycle sans fin de pauvreté et d'abus sur le plan social, racial, physique et sexuel.⁴ » [traduction]

Une analyse de l'environnement de la Première nation est bien décrite par le rapport du North-South Partnership for Children. On y explique que ce qui suit : « La collectivité souffre de lacunes importantes sur le plan social, de la santé, des infrastructures, de l'économie, de la capacité et de la gouvernance. Ces lacunes ne sont pas négligeables. Elles sont étroitement liées et s'additionnent, et il n'y a pas de solution miracle.⁵ » [traduction]

² North South Partnership for Children and the Pikangikum Community Members Participatory Assessment of Pikangikum, février 2008, p. 12.

³ Ibid., p. 14.

⁴ Horizons of Hope: An Empowering Journey. Youth Forum, Final Report, Nishnawbe-Aski Nation Youth Forum on Suicide, 1996, p. viii-ix.

⁵ Ibid., p. 14.

Première nation de Pikangikum : Examen des décès des enfants

Des caractéristiques et des détails frappants sont ressortis de l'examen :

- Les suicides étaient le plus souvent rapprochés.
- Les enfants qui se sont suicidés étaient très jeunes : nombre d'entre eux avaient moins de 15 ans.
- Les décès sont tous attribuables à la pendaison.
- Aucun des enfants n'avait demandé l'aide d'un professionnel formé dans le mois précédant son décès.
- Beaucoup de ces jeunes avaient des antécédents de problèmes de santé mentale.
- Presque tous les enfants avaient des problèmes d'abus de solvants.
- Plus de la moitié des enfants avaient déjà vécu des suicides dans leur famille, y compris celui d'un parent ou d'un frère ou d'une sœur.
- La participation et la fréquentation scolaires de ces enfants semblaient être très limitées.
- La violence familiale était fréquente dans les familles des enfants.
- La toxicomanie était fréquente chez leurs parents.
- Les enfants étaient souvent victimes de violence ou commettaient eux-mêmes des actes de violence sur d'autres personnes.

Le problème le plus inquiétant est celui de l'abus de solvants. À Pikangikum, 27 % des filles de 3^e et 4^e année ont récemment déclaré avoir déjà essayé d'inhaler des solvants. Bien que les chiffres exacts soient inconnus, on estime que 300 des 2 400 résidents ont des problèmes d'abus de solvants.

Première nation de Pikangikum : Soins de santé

Dans la réserve, les services de soins de santé sont offerts aux Premières nations par de nombreux fournisseurs, à l'échelle du pays et de la province, dans de multiples champs de compétence. Par exemple, AMDOCS met différents médecins à la disposition du poste de soins infirmiers de Pikangikum, bien qu'on tente d'y assurer une certaine continuité. Lorsqu'un patient est envoyé à l'extérieur de la collectivité, un autre médecin, généralement inconnu du patient, lui prodiguera des soins à l'hôpital, souvent celui de Sioux Lookout. Il n'y a aucune gestion de cas. Il n'existe pas de dossier électronique qui puisse être facilement transféré d'un fournisseur de soins de santé à l'autre dans le cercle de soins.

Les soins de santé sont fournis dans le cadre d'un système fragmenté, chaotique et non coordonné. Par ailleurs, les lacunes dans les services sont manifestes, et il manque parfois de gens qualifiés pour offrir ces services. C'est sans doute à Pikangikum que les problèmes de santé mentale et de toxicomanie sont les plus criants dans la province. La Pikangikum Health Authority a préparé un modèle qui vise l'intégration de services par l'intermédiaire du Pikangikum Social Health, Education and Elders (SHEE) Committee. Les efforts déployés par la Health Authority à l'intégration des services offrent une perspective encourageante.

Toutefois, plusieurs thèmes importants ressortent :

1. Il existe des questions de compétence entre les fournisseurs fédéraux et provinciaux, lesquelles peuvent avoir une incidence sur la prestation de services.
2. L'accès aux programmes et services nécessaires peut être difficile dans cette collectivité des Premières nations isolée.
3. Même si un service est offert dans la collectivité, les avantages qu'en retirent les clients ou les patients peuvent être minimes ou carrément inexistantes (voir les programmes d'abus de solvants et du PNLAADA, page 57).
4. Les jeunes de cette collectivité des Premières nations éprouvent des problèmes particuliers de santé mentale et de toxicomanie.
5. Les services travaillent selon ce qu'on pourrait appeler une structure cloisonnée, avec une intégration et une coordination déficientes.

Première nation de Pikangikum : Éducation

L'école de Pikangikum a été détruite dans un incendie en 2007 et n'a toujours pas été reconstruite. Plusieurs suicides rapprochés ont eu lieu peu après la destruction de l'école. La collectivité a besoin d'une école qui offre toutes les possibilités d'une installation complètement fonctionnelle. Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (AINC) s'est engagé à construire une nouvelle école.

L'absentéisme demeure un problème important dans la collectivité. Actuellement, 520 enfants sont inscrits pour l'année 2010-2011, et de 300 à 500 autres enfants d'âge scolaire pourraient possiblement fréquenter l'école. Toutefois, le nombre exact est inconnu. Les enfants qui ne fréquentent pas l'école deviendront de plus en plus isolés des autres résidents de Pikangikum, et le manque de programmes et d'activités saines pourrait les faire sombrer dans l'abus de solvants. Comme l'ont fait remarquer les leaders des Premières nations, il est essentiel que les enfants obtiennent une éducation pour avoir des compétences intéressantes et, du même coup, de l'espoir pour l'avenir. Pour ce faire, ils doivent donc fréquenter l'école. La Première nation de Pikangikum doit vraiment décider du rôle que leur école doit jouer dans la vie de ses enfants.

Chaque année, seulement 8 ou 9 jeunes obtiennent un diplôme d'études secondaires à Pikangikum. Ces jeunes sont très mal outillés pour la poursuite d'études postsecondaires. D'ailleurs, aucun des jeunes ayant obtenu un diplôme en 2009 n'a ensuite tenté de poursuivre d'études au niveau collégial ou universitaire. Les enfants ayant démontré des aptitudes académiques avaient auparavant la chance de recevoir une éducation secondaire à une école secondaire des Premières nations située à Pelican Falls. Ces enfants sont reconnus comme étant intelligents et motivés, et pourraient avoir la capacité d'obtenir une éducation collégiale ou universitaire en ayant une éducation secondaire de qualité. À l'heure actuelle, la seule option qui s'offre à eux est d'obtenir leur éducation à Pikangikum. Le Bureau du coroner en chef a appris que le privilège de fréquenter une école secondaire des Premières nations avancée a récemment été révoqué par le Conseil de l'éducation des Nishnawbe du Nord. Si possible, ce privilège devrait de nouveau être accordé. Pikangikum a besoin que ses enfants et ses futurs leaders aient les meilleures occasions possible en matière d'éducation secondaire.

Les écarts en matière de financement qui existent entre les dépenses par élève du gouvernement fédéral et de la province de l'Ontario ont pour conséquence de désavantager de façon importante les enfants des Premières nations qui reçoivent leur éducation dans des réserves, alors que ce sont eux qui ont les besoins les plus grands dans toute la province. Cette question doit être abordée. Le ministère de l'Éducation de l'Ontario possède de véritables compétences en termes de programmes d'enseignement. Les obligations constitutionnelles et issues des traités qui se sont traduites en des responsabilités fiduciaires du gouvernement d'offrir de l'éducation aux Premières nations dans les réserves ne devraient pas être abandonnées. Toutefois, il faudrait sérieusement envisager d'accroître et d'utiliser l'expertise de la province en matière de programmes d'enseignement, ce qui pourrait inclure une entente tripartite entre la province, le gouvernement fédéral et les Premières nations, ou alors le transfert complet de cette responsabilité du fédéral au provincial avec l'octroi de financement par le gouvernement fédéral.

La création d'un conseil scolaire des Premières nations pour le Nord qui serait géré et exploité par les Premières nations pour leurs propres enfants devrait être envisagée. Ce conseil scolaire aurait la capacité de créer ses propres occasions pour améliorer le rendement des élèves, de fournir des modèles en matière de gestion efficace des ressources, et de fournir de l'éducation sur mesure aux Premières nations qui respectent leur culture et leurs traditions.

La Pikangikum Education Authority devrait créer des possibilités en matière de santé pour les jeunes filles et leurs enfants, comme une garderie où on pourrait prendre soin des enfants des adolescentes pour permettre à ces dernières de continuer d'aller à l'école. Un programme d'apprentissage des jeunes enfants à temps plein serait très bénéfique à la collectivité, compte tenu du nombre élevé de naissances recensé chaque année et du fait que les jeunes qui obtiennent un diplôme de l'école de Pikangikum ont un retard de trois ans sur les autres élèves de l'Ontario.

Première nation de Pikangikum : Services policiers

Depuis longtemps, la Police provinciale de l'Ontario offre des services de maintien de l'ordre à Pikangikum et épaula les agents qui y travaillent. Les services policiers de Pikangikum sont actuellement régis par l'Entente sur les services policiers des Premières nations de l'Ontario et assurés par des agents des Premières nations employés par la collectivité et soutenus par la Police provinciale de l'Ontario.

Pikangikum est la collectivité des Premières nations où il y a le plus d'agitation en Ontario, avec environ :

- 4 700 appels de service en 2009;
- 3 000 incarcérations par année (il n'est pas rare qu'il y ait jusqu'à 60 personnes en cellules en même temps).

Pikangikum emploie sept agents des Premières nations en vertu de l'Entente sur les services policiers des Premières nations de l'Ontario, et un agent supplémentaire grâce au Fonds de recrutement de policiers, un fonds d'une durée de cinq ans. La collectivité parvient rarement à conserver ses effectifs complets d'agents des Premières nations, et même si le niveau de dotation désigné pouvait être maintenu, la collectivité manquerait cruellement d'agents de police, compte tenu du nombre élevé d'appels de service.

La collectivité veut que les postes d'agents des Premières nations soient occupés par des candidats qualifiés, ce que soutient la Police provinciale de l'Ontario. Le recrutement et le maintien en poste des agents des Premières nations sont difficiles en raison des défis importants que représente cet emploi : charge de travail importante, éloignement, logement, pénurie de locaux, stress inhérent au fait de devoir faire régner l'ordre chez ses voisins et parfois même chez les membres de sa famille.

Le taux de criminalité à Pikangikum est élevé comparativement à celui des autres collectivités des Premières nations. La présence d'agents de la Police provinciale de l'Ontario crée toutefois un effet stabilisateur, mais la diminution de leur capacité d'intervention pourrait avoir pour effet d'empirer la situation déjà chaotique et de mettre en danger les personnes vulnérables, comme les enfants, les jeunes et les aînés. La police doit pouvoir exercer son savoir-faire en matière de maintien de l'ordre sans avoir à subir d'ingérence politique de la part de la Première nation de Pikangikum.

Première nation de Pikangikum : Services de bien-être de l'enfance

Les services provinciaux de bien-être de l'enfance ont été étendus aux réserves indiennes à la suite de modifications importantes apportées à la *Loi sur les Indiens* en 1951. Ces modifications comprenaient un nouvel article (maintenant l'article 88) qui prévoyait l'application des lois provinciales de nature générale aux « Indiens dans les réserves ». Cette modification a permis aux sociétés d'aide à l'enfance (SAE) de retirer des enfants des réserves indiennes. À la suite de ce changement, des nombres excessivement élevés d'enfants autochtones ont été pris en charge par les SAE. Bon nombre de ces enfants ont finalement été donnés en adoption à des familles non-autochtones partout dans le monde. C'est ce qu'on appelle la « rafle des années soixante », bien qu'elle ait eu lieu de 1951 à 1980, environ. Par exemple, en 1980, il y avait un peu plus de mille enfants autochtones pris en charge par les SAE, dont plus de la moitié par la Kenora-Patricia Children's Aid Society.⁶

Les leaders autochtones ont jugé qu'il était important de mettre un frein à ce processus et de s'occuper eux-mêmes du bien-être des enfants. Ils voulaient stopper la perte d'enfants et la destruction des familles, du tissu social des collectivités et de la culture qu'entraînait ce processus. En 1981, les Chiefs of Ontario ont adopté une résolution qui visait à dénoncer ces lois et à réclamer des moyens pour que les collectivités autochtones puissent s'occuper de leurs propres enfants. En 1984, la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* a été modifiée, et la nouvelle Partie X de la loi permettait la création d'autorités et de sociétés d'aide à l'enfance des Premières nations. Peu de temps après, plusieurs groupes constitués en personne morale ont été reconnus en vertu de la Partie X en tant qu'« autorités d'aide à l'enfance », et ensuite en tant que sociétés.

⁶ Maurice Brubacher, *Coming Home: The Story of Tikinagan Child and Family Services*. Sioux Lookout, Tikinagan Child and Family Services, 2006.

Lorsque les parents boivent, ils abandonnent et négligent parfois leurs enfants et peuvent même les maltraiter. Lorsque cela se produit, le personnel des SAE intervient pour prendre soin de ces enfants. Par conséquent, le nombre d'enfants autochtones pris en charge est beaucoup plus élevé dans le Nord qu'ailleurs dans la province. D'ailleurs, il y a un nombre disproportionné d'enfants autochtones pris en charge partout en Ontario. En effet, 17 % de tous les enfants pris en charge dans la province sont d'origine autochtone. Le taux d'enfants autochtones pris en charge par 100 000 est de 2 875, tandis que ce taux s'établit à 640 pour tous les enfants en Ontario. Le taux d'enfants autochtones pris en charge est donc environ 4,5 fois plus élevé que le taux provincial.

Les Tikinagan Child and Family Services sont une société d'aide à l'enfance des Premières nations qui doivent offrir des services à des clients extrêmement exigeants à Pikangikum. Les clients eux-mêmes n'ont souvent même pas les commodités nécessaires, comme un logement adéquat, l'eau courante et des sources de nourriture sécuritaires et abordables. Et c'est sans compter la complexité que suppose l'offre de services de bien-être de l'enfance à des clients qui ne parlent pas toujours anglais, dans une collectivité seulement accessible en avion ou par route d'hiver. Les Tikinagan Child and Family Services éprouvent beaucoup de difficulté à trouver et à conserver des employés formés adéquatement. Les ressources, tant humaines que financières, sont toujours source de tension. Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse devrait faire en sorte que les sociétés d'aide à l'enfance qui offrent des services aux collectivités des Premières nations disposent d'un financement adéquat pour offrir un service qui satisfait aux normes provinciales, ou sinon qui se rapproche le plus possible du niveau de service offert dans d'autres administrations en Ontario.

Les Tikinagan Child and Family Services sont l'un des seuls fournisseurs de services disponibles dans la collectivité. Ils se trouvent dans une position peu enviable, soit celle d'essayer d'atténuer une série de grandes difficultés, comme la violence familiale, la criminalité, la toxicomanie chez les parents ou les jeunes ayant des idées suicidaires qui abusent de solvants, tout en disposant de ressources communautaires et d'appuis limités ou carrément inexistantes. Ils sont devenus le fournisseur par défaut de nombreux services inexistantes, qui sont facilement accessibles dans le Sud de l'Ontario.

Il y a actuellement environ 200 dossiers ouverts et 80 enfants pris en charge à Pikangikum, une collectivité de 2 400 résidents. La pénurie de logements adéquats et le surpeuplement ont engendré une situation qui fait que les enfants pris en charge doivent être envoyés à l'extérieur de la collectivité, dans des familles d'accueil éloignées. Ceci est une source continue de tensions entre la Première nation, le chef, le conseil et la société.

Première nation de Pikangikum : Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions économiques et sociales dans lesquelles vivent les gens et qui ont une incidence sur leur santé. Une vision autochtone contemporaine des déterminants sociaux de la santé tient compte des éléments suivants :

- Les déterminants proximaux de la santé comprennent les comportements en matière de santé, l'environnement physique, l'emploi et le revenu, l'éducation et la sécurité alimentaire.
- Les déterminants intermédiaires de la santé comprennent les systèmes de soins de santé, les systèmes d'éducation, les infrastructures, les ressources et les capacités communautaires, la gestion de l'environnement et la continuité culturelle.
- Les déterminants distaux de la santé comprennent le colonialisme, le racisme et l'exclusion sociale, et l'autodétermination.
-

Les objectifs tangibles et facilement accessibles comprendraient des commodités aussi rudimentaires que l'eau courante, fraîche et sécuritaire, à la maison, et le raccordement à un système d'égouts sécuritaire et au réseau électrique. Ces améliorations résoudraient des problèmes comme l'absence d'eau dans les résidences, l'utilisation de latrines et la dépendance à des génératrices au diesel. Toutefois, le déterminant social le plus important est l'éducation. Pour améliorer la santé physique et mentale des jeunes et réduire le taux de suicide à Pikangikum, il faut impérativement améliorer son système d'éducation. Un grand nombre d'enfants ne vont pas à l'école, et plusieurs d'entre eux inhalent des solvants. Ceux qui vont à l'école ne reçoivent pas une éducation de qualité qui les préparerait au monde extérieur à Pikangikum. Presque aucun de ces enfants ne souhaite poursuivre d'études postsecondaires.

La Whitefeather Forest Management Corporation est la propriété de Pikangikum et a travaillé en étroite collaboration avec le ministère des Richesses naturelles (MRN) de l'Ontario afin de répondre aux exigences lui permettant d'obtenir un permis d'aménagement forestier durable (PAFD). L'attribution d'un PAFD conditionnel fondé sur le travail réalisé jusqu'à présent comprenait la couverture de l'évaluation environnementale concernant les activités de gestion forestière. Il ne reste plus qu'à élaborer le plan de gestion forestière, ce qui devrait être terminé au début de 2012.

Une fois que le plan d'aménagement forestier sera terminé (au printemps 2012 selon nos estimations), Pikangikum aura le plein contrôle de la gestion d'environ 1,3 million d'hectares de terres de la Couronne (des terres traditionnelles du peuple de Pikangikum connues sous le nom de Whitefeather Forest) et l'autorisation de commencer à exploiter la forêt à des fins commerciales. On estime qu'environ 350 emplois permanents seront ainsi créés, tant dans l'exploitation de la forêt que dans les scieries et les usines qui confectionneront des produits à valeur ajoutée.

Afin de permettre aux jeunes de sa collectivité de saisir les occasions d'emploi dans le cadre de la Whitefeather Forest Initiative, Pikangikum s'est engagée à soutenir l'acquisition de LKGH, entreprise d'exploitation forestière. Cela permettra d'offrir immédiatement des occasions d'emploi dans la forêt adjacente au territoire concerné par la Whitefeather Forest Initiative. En plus de permettre l'acquisition d'une récolte annuelle de bois, l'achat concerne aussi de l'équipement servant à la récolte de bois et un crédit-bail immobilier sur la scierie de LKGH à Red Lake.

Les jeunes de Pikangikum ont besoin d'espoir et d'un avenir prometteur. La santé est intimement liée à la prospérité économique. Si elle fonctionne, la Whitefeather Forest Initiative a le potentiel de transformer l'avenir des jeunes et des générations futures de Pikangikum. La création d'emplois intéressants pour les jeunes et la collectivité de Pikangikum est essentielle au soutien de nombreuses recommandations portant sur la santé qui ont pour objectif de prévenir le suicide chez les jeunes.

Pikangikum doit veiller à l'éducation d'une grande partie de ses enfants et jeunes afin de les préparer adéquatement au monde extérieur et à mener Pikangikum vers un futur plus prometteur. Quand le niveau d'éducation augmente, le niveau de revenu et la santé s'améliorent. L'éducation permet d'acquérir les capacités et les outils pour surmonter les facteurs de stress de la vie. Elle contribuera à la santé et à la prospérité des gens de Pikangikum en leur donnant les connaissances et les aptitudes pour contrôler leurs conditions de vie et trouver des solutions à leurs problèmes. Ainsi, l'inconcevable privation à laquelle ils font face en raison de la pauvreté, du manque d'eau courante, de la surpopulation de logements inadéquats, de l'absence de système d'égout et du suicide des jeunes de leur collectivité finira par se dissiper.

Rapport de l'intervenant en faveur des enfants et des jeunes : Résumé

Aperçu : Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes

Le Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes est une commission indépendante de l'Assemblée législative de l'Ontario établie selon la *Loi de 2007 sur l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes*. Le mandat du Bureau, décrit dans les premiers paragraphes de la loi⁷, est le suivant :

- donner une voix indépendante aux enfants et aux jeunes, y compris les enfants et les jeunes des Premières nations et les enfants ayant des besoins particuliers;
- encourager la communication et la compréhension entre les enfants et les familles et ceux qui leur fournissent des services;
- éduquer les enfants, les jeunes et les personnes qui leur fournissent des soins en ce qui concerne les droits des enfants et des jeunes.

Le Bureau offre des services de soutien aux enfants et aux jeunes, en plus de défendre leurs intérêts au sein du système en veillant à l'amélioration de la prestation des services et soutiens aux enfants et jeunes de l'Ontario. Dans le cadre de ses fonctions, le Bureau effectue la révision des programmes

⁷ Loi de 2007 sur l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes, L.O. 2007, chapitre 9 http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_07p09_f.htm

faisant partie de son mandat ou prépare des rapports (ou participe à la création de ceux-ci) destinés aux gouvernements ou au public.

Au printemps de 2010, le Bureau de l'intervenant provincial a été mandaté par le coroner en chef adjoint, investigations du Bureau du coroner en chef de préparer un rapport sur les effets dévastateurs du suicide au sein d'une des collectivités des Premières nations de l'Ontario établies sur une réserve. On espérait qu'un tel rapport rédigé par le Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes donnerait une voix aux jeunes des Premières nations, ce qui mènerait à un examen des conditions qui influencent directement leurs vies.

Cette demande a été faite au moment où le Bureau était en train de réaliser deux importantes initiatives. La première était les discussions du Bureau entreprises avec les Chiefs of Ontario et la Nishnawbe Aski Nation ainsi que les rencontres avec des intervenants de réserves éloignées et accessibles par voie des airs du Nord de l'Ontario. La seconde était la participation du Bureau à la rédaction de l'énoncé de position du Conseil canadien des organismes provinciaux de défense des droits des enfants et des jeunes intitulé « Les enfants et les jeunes Autochtones au Canada : le Canada doit mieux faire ».⁸

La décision de préparer ce rapport dépendait de la garantie que le Bureau garderait son indépendance complète durant l'exercice et que les points de vue des jeunes seraient traités équitablement dans le cadre de l'examen global des suicides des jeunes des Premières nations de l'une des collectivités. Au bout du compte, le choix de participer à ce projet a été fait, car nous estimons que l'inclusion des points de vue des jeunes des Premières nations est d'une importance critique lorsque vient le temps de chercher des solutions à une grande variété de problèmes ayant un effet direct sur leurs vies, problèmes qui peuvent pousser certains de ces jeunes à mettre fin à leurs jours.

Dans la mesure du possible, des citations directes ont été incluses dans le rapport afin d'accentuer et de renforcer l'aspect émotionnel et de mieux illustrer le réel engagement à changer les choses que les jeunes communiquent lorsqu'ils parlent de leurs conditions de vie.

Principales recommandations du rapport

Les intervenants de la Première nation de Pikangikum ont attentivement lu le rapport. Leurs commentaires sont présentés dans une lettre envoyée au Bureau du coroner en chef, jointe à l'Annexe 5, ainsi que tout au long du présent rapport. Ils ont dégagé sept priorités concernant la mise en œuvre des recommandations du présent rapport. Les voici :

1. INAC doit respecter son engagement à construire une nouvelle école à Pikangikum dans les plus brefs délais. Cette école doit :
 - accueillir les enfants actuellement d'âge scolaire et les enfants qui s'inscriront dans le futur;
 - comprendre des terrains de jeu ainsi que des terrains de soccer, de base-ball et de basket-ball;
 - comprendre un auditorium, où la collectivité pourra se réunir pour divers événements traditionnels et culturels;
 - comprendre une garderie.
2. INAC devrait participer à l'étude stratégique portant sur l'hébergement (voir la recommandation 89) et prévoir la construction et la rénovation d'un nombre suffisant de logements pour répondre aux besoins criants en matière d'hébergement et régler le problème de surpopulation qui existe au sein de la Première nation de Pikangikum. Le Chef et le Conseil estiment qu'il faudrait 50 nouvelles maisons pour redresser la situation.
3. INAC et la Pikangikum Housing Authority doivent veiller à ce que les maisons construites dans le futur soient dotées d'un système de plomberie et raccordées à un étang de stabilisation. Par ailleurs, la Pikangikum Housing Authority doit déterminer quelles maisons peuvent être rénovées pour recevoir un système de plomberie et être raccordées à un étang de stabilisation. INAC

⁸ Canada, Conseil canadien des organismes provinciaux de défense des droits des enfants et des jeunes, *Les enfants et les jeunes Autochtones au Canada : le Canada doit mieux faire* (2010)
http://provincialadvocate.on.ca/documents/fr/Position%20Paper_F.pdf

devrait fournir le financement nécessaire à la rénovation des maisons qui répondent à ces critères.

4. Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (INAC) et la Première nation de Pikangikum devraient mener à terme leur projet de raccorder la collectivité au réseau électrique. Le financement de ce projet devrait être fourni par INAC.
5. Le gouvernement du Canada et Affaires autochtones et Développement du Nord Canada devraient soutenir le projet d'aménagement forestier Whitefeather Forest Initiative de la Première nation de Pikangikum.
6. La Première nation de Pikangikum devrait ouvrir un centre de soins communautaire avec l'aide financière de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuit de Santé Canada. Ce centre pourrait réunir sous un même toit plusieurs fournisseurs de soins de santé, dont les Tikinagan Child and Family Services, les intervenants en santé mentale de la collectivité, des travailleurs du PNLAADA et des intervenants en matière d'abus de solvants. Les enfants appréhendés par la police pour intoxication aux solvants ne passeraient pas la nuit dans une cellule au poste de police, mais seraient amenés dans un environnement sécuritaire au centre, sous la surveillance de gardiens, jusqu'à ce que les effets du solvant se dissipent. La postintervention approfondie dans le cadre du programme de lutte contre l'abus de solvants pourrait être effectuée à cet endroit.
7. La Pikangikum Housing Authority devrait établir clairement ses besoins futurs en matière de terres à la suite de son étude (voir recommandation 89) et, avec l'aide d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, réserver des terres pour soutenir la croissance de la population de Pikangikum.

La Première nation de Pikangikum a recommandé que le Social Health, Education and Elders (SHEE) Committee veille à la mise en œuvre du reste des recommandations relatives aux recommandations 1 à 100 et qu'une rencontre semestrielle ait lieu entre le Bureau du coroner en chef, la Première nation de Pikangikum, la province de l'Ontario et le gouvernement du Canada.

En plus des recommandations formulées par la Première nation, le Bureau du coroner en chef a établi les recommandations suivantes, qu'il considère essentielles :

8. La Pikangikum Health Authority devrait mettre sur pied un programme complet de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances à l'intention des enfants, des jeunes et des adultes. Ce programme devrait contenir ce qui suit :
 - Un programme communautaire de prévention du suicide.
 - Des plans pour contrer les crises actuelles en matière d'abus de solvants et d'alcool.
 - Un plan veillant à l'intégration des services en santé mentale, incluant des modèles comprenant des pratiques traditionnelles définies par la Première nation de Pikangikum.
9. INAC et la Première nation de Pikangikum devraient revoir le fonctionnement du système de traitement de l'eau et définir s'il faut le mettre à niveau pour faire en sorte que Pikangikum ait accès à une eau potable saine, maintenant et dans le futur. Le financement des améliorations potentielles au système de traitement de l'eau devrait être fourni par INAC.
10. INAC et la Première nation de Pikangikum devraient revoir le fonctionnement du système d'égout et définir s'il faut le mettre à niveau pour faire en sorte que Pikangikum dispose d'un système d'égout sécuritaire et sain dans le futur et qui ne compromettra pas l'approvisionnement en eau potable de la collectivité. Le financement des améliorations potentielles au système d'égout devrait être fourni par INAC.
11. Le gouvernement du Canada et Affaires autochtones et Développement du Nord Canada devraient définir une stratégie de lutte contre la pauvreté chez les peuples autochtones axée principalement sur les peuples vivant dans des réserves éloignées et isolées comme Pikangikum. Cette stratégie pourrait s'inspirer des stratégies provinciales comme la *Loi de 2009 sur la réduction de la pauvreté* de l'Ontario ou la stratégie de réduction de la pauvreté de la Nouvelle-Écosse.
12. Un comité nommé Comité directeur de Pikangikum devrait être mis sur pied.
 - Les coprésidents du comité devraient être issus d'un ministère provincial et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuit de Santé Canada.
 - La province de l'Ontario devrait nommer des représentants interministériels (sous-ministres adjoints) issus des ministères de la Santé et des Soins de longue durée, des Affaires

- autochtones, des Services à l'enfance et à la jeunesse, de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, de la Promotion de la santé et du Sport et de l'Éducation.
- La Première nation de Pikangikum devrait être représentée au sein de ce comité par le chef, le sous-chef, un jeune leader et un aîné.
 - Les représentants du gouvernement fédéral siégeant au comité devraient inclure des intervenants d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuit de Santé Canada.
 - Les membres invités pourraient inclure des représentants du Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest, de la Sioux Lookout and First Nations Health Authority, de la Nishnawbe Aski Nation, du Sioux Lookout Meno-Ya-Win Health Centre, des Nodin Child and Family Intervention Services, des Tikinagan Child and Family Services, de la Police provinciale de l'Ontario, du Programme ontarien de télépsychiatrie pour les enfants et les jeunes ainsi qu'un psychiatre pour enfants et adolescents fournissant des services dans le Nord-Ouest de l'Ontario.
 - L'objectif du Comité directeur de Pikangikum serait de veiller à la réalisation des recommandations formulées dans le présent rapport.

Résumé

Le taux de suicide des enfants et des jeunes de Pikangikum est alarmant depuis plusieurs années. Cet examen des décès se concentrait sur 16 décès survenus entre 2006 et 2008. Les thèmes ressortis de l'examen des circonstances des décès et des vies de ces jeunes ne sont pas l'abdication face à la mort, mais plutôt l'endurance, la tolérance et la résilience au-delà des limites humaines, jusqu'à ce que ces jeunes n'en puissent plus.

Cet examen, qui a tenu lieu d'enquête, visait à examiner les décès de ces jeunes et les facteurs sociaux qui y ont contribué. La santé mentale et le bien-être de ces enfants et de ces jeunes est une réaction complexe et intégrée faisant intervenir plusieurs facteurs, comme les déterminants sociaux de la santé, qui sont entre autres la pauvreté dans laquelle ils vivent et les carences dont ils souffrent.

Le présent rapport livre une série de recommandations pratiques et le Bureau du coroner en chef croit fermement que le respect des recommandations systémiques et relatives à la prestation des soins de santé établies dans ce rapport pourrait permettre de prévenir le suicide chez les jeunes des Premières nations, tant à Pikangikum que dans d'autres collectivités aux prises avec l'augmentation des comportements suicidaires et parasuicidaires de leurs jeunes.

La véritable tragédie que représente le décès de ces enfants et de ces jeunes est un défi universel. Pour s'attaquer à ces décès de façon significative, il faut faire participer toutes les parties concernées à l'échelle de la collectivité, de la région, de la province et du pays, tant pour les Canadiens membres des Premières nations que pour les autres Canadiens.

« Mais nous savons également que la santé de toute société ou collectivité dépend d'une série de processus essentiels qui permettent aux individus de grandir, de découvrir leur identité et d'apprendre les compétences et les façons de connaître leur peuple. Lorsque ces processus sont perturbés ou absents, les jeunes de la collectivité sont non seulement très vulnérables aux pressions négatives de l'extérieur, mais peuvent également devenir si abattus qu'ils meurent, d'une certaine façon "Où il n'y a pas de vision, le peuple périt." (Proverbes 29 :18) ⁹ » [traduction]

⁹ Shkilnyk, Anastasia M. « A Poison Stronger Than Love, The Destruction of Ojibwa Community ». Yale University Press, New Haven, 1985, p. 231.

PARTIE A. LE DÉCÈS DES JEUNES PAR SUICIDE

A1. Introduction

L'objectif principal de cet examen était d'analyser individuellement chaque décès d'un jeune de Pikangikum au moyen des diverses sources d'information offertes au coroner, qui ne seraient d'ordinaire pas offertes à d'autres personnes examinant les décès. Veuillez consulter la Charte de projet, à l'[Annexe 1](#).

A2. Processus d'examen

Les documents concernant les jeunes ont été examinés par quatre enquêteurs du Bureau du coroner en chef. Ces documents, dont certains ont été obtenus en exerçant le pouvoir du coroner de saisir, incluait :

- Le rapport de décès original du coroner et le rapport d'enquête du coroner.
- Le rapport d'autopsie préparé par le pathologiste.
- Le rapport de police concernant le décès.
- Le dossier médical de l'enfant.
- La fiche de signalement des incidents graves des Tikinagan Child and Family Services.
- Le rapport sommaire sur le décès de l'enfant préparé par les Tikinagan Child and Family Services.
- Le rapport d'examen interne (le cas échéant) préparé par les Tikinagan Child and Family Services.
- Le rapport du Comité d'examen des décès d'enfants.
- Le dossier scolaire de l'enfant.

Le Bureau du coroner en chef est parvenu à obtenir tous les documents à l'exception des dossiers scolaires, qui ne nous ont pas été remis par la Pikangikum Education Authority, malgré nos demandes répétées.

Un des problèmes relevés est que les membres des Premières nations vivant sur une réserve reçoivent leurs soins de santé par l'intermédiaire de différentes sources, tant fédérales que provinciales, voire dans diverses provinces à l'occasion. Ainsi, bien que Santé Canada nous ait fourni le dossier médical du jeune dans chacun des cas, celui-ci ne comprenait pas les traitements ou interventions médicales réalisés dans des hôpitaux provinciaux ou dans le cadre de programmes de lutte contre la toxicomanie d'autres provinces.

Le Bureau du coroner en chef a désigné quatre enquêteurs pour traiter ces cas. Chaque enquêteur devait analyser quatre décès et remplir un formulaire de vérification comprenant 48 éléments¹⁰ pour chacun des cas. Les éléments analysés concernaient les thèmes suivants :

- Données démographiques : âge, sexe, lieu du décès, date du décès, âge au moment du décès, cause médicale du décès et circonstances du décès.
- Facteurs de risque individuels : antécédents de maladie mentale, hospitalisation, antécédents de menace d'automutilation, tentatives de suicide, abus de substances, utilisation de médicaments psychotropes, problèmes médicaux et orientation sexuelle.
- Facteurs de risque familiaux : suicides dans la famille, maladie mentale, abus de substances, séparation, divorce, violence familiale, violence faite aux enfants, conflit parent-enfant, fréquentation des pensionnats par les parents.
- Facteurs de risque biologiques : présence du syndrome d'alcoolisme fœtal .
- Facteurs de risque socio-environnementaux : rapports indiquant que le défunt était victime de violence, était impliqué dans une activité criminelle, avait des antécédents de voie de fait grave, avait une date prévue pour une audience, avait des problèmes de fréquentation scolaire, avait des troubles d'apprentissage reconnus, vivait dans la pauvreté, vivait dans un logement surpeuplé ou était sans abri.

¹⁰ Voir Annexe 2 : Formulaire de vérification, suicide des jeunes de Pikangikum de 2006 à 2008.

- Facteurs de risque psychologiques : décès d'un petit ami, d'une petite amie, d'un membre de la famille ou d'un ami dans le mois précédent le décès. Le décès est-il dû au suicide, à une récente rupture amoureuse ou à une relation amoureuse conflictuelle?
- Participation de l'aide à l'enfance : Le défunt ou sa famille avait-il un dossier ouvert à la Société d'aide à l'enfance ou un dossier a-t-il été ouvert dans les 12 mois précédant le décès? La santé mentale du jeune était-elle suivie par la SAE? La SAE a-t-elle essayé d'offrir des services en santé mentale au défunt?

Une fois le formulaire de vérification complété, l'enquêteur devait remplir un compte-rendu du décès.

Le 10 novembre 2010, un comité d'experts a été réuni au Bureau du coroner en chef afin d'examiner l'ensemble des décès. Un rapport récapitulatif du formulaire de vérification des 16 cas a été rédigé et le document a été revu afin de déterminer si certaines tendances ou observations pourraient permettre de déterminer les causes ou d'orienter les recommandations afin d'éviter de tels décès dans le futur. Ensuite, chacun des 16 cas a été revu individuellement, ce qui a permis de déterminer des problèmes relatifs à ces décès et de formuler des recommandations.

Les membres de ce comité d'experts sont nommés à l'[Annexe 3](#).

A3. Décès

Les cinq décès suivants sont des exemples représentatifs des décès examinés par le comité. Chacun de ces jeunes vivait de nombreux problèmes et des épreuves difficiles. Les thèmes et les tensions dans leurs vies étaient récurrents et constants.

Le comité a indiqué à plusieurs reprises que ces jeunes avaient souvent fait preuve d'une incroyable capacité de résilience face aux terribles épreuves qu'ils devaient surmonter et aux atteintes portées à leur bien-être physique, émotif, mental et spirituel. La ténacité et la capacité d'adaptation qu'ils ont démontrées pendant leur existence difficile ont été considérées comme des forces qui pouvaient être mises à profit. En fin de compte, ils ont cédé à une impulsion qui les a poussés au suicide. Dans chacun des cas, les noms ainsi que les dates ont été modifiés pour des raisons de confidentialité.

Premier cas

Vanessa était âgée de 16 ans et 2 mois lorsqu'on l'a retrouvée pendue dans la salle de lavage de la maison familiale, suspendue par un lacet dans une position presque assise. Ce soir-là, Vanessa avait rompu avec son copain, qu'elle fréquentait depuis six mois. Elle avait laissé une note à son attention sur sa page Internet dans laquelle elle écrivait qu'il se sentirait mal de la voir partir et qu'elle lui manquerait. Avant de s'enlever la vie, elle avait téléphoné à une amie pour lui dire qu'elle allait « se faire quelque chose ». Au moment de son décès, elle fréquentait l'école et n'inhalait pas de solvants. Par contre, elle abusait de l'alcool et avait été arrêtée en état d'ébriété et retenue au poste de police pour la nuit à deux reprises.

La famille avait autrefois sept enfants. La société d'aide à l'enfance (SAE) de Tikinagan est intervenue auprès de la famille pour la première fois en 1999, quand un des frères de Vanessa a été appréhendé pour intoxication aux solvants. Ce frère, plus âgé, qui avait une dépendance aux solvants, s'est pendu en 2002 avec un cordon électrique. Les parents de Vanessa étaient aux prises avec plusieurs problèmes très répandus dans la collectivité. Alcooliques, ils se saoulaient fréquemment. En mars 2002, ils ont quitté leur domicile en état d'ébriété après s'être entendus avec un ami de la famille pour qu'il vienne chercher les enfants plus tard dans la journée. L'ami en question s'est présenté plusieurs heures plus tard. Il a ramené chez lui Vanessa, alors âgée de 10 ans, qui s'occupait de son frère de quatre mois. Il leur a donné à manger puis les a mis au lit vers 22 h 30, ensemble dans un lit simple. L'enfant de 4 mois s'est réveillé vers 3 h du matin, et Vanessa l'a rendormi en le berçant. Au réveil, il gisait inanimé sur un matelas de mousse situé à côté du lit simple. Il était décédé en dormant dans un environnement non sécuritaire.

En juin de la même année, les deux parents ont été incarcérés pour violence familiale; le père de Vanessa avait frappé sa mère avec un bout de bois. En l'absence des parents, ce sont les grands-parents qui ont pris soin des enfants. Vers la fin de l'été de la même année, son frère le plus aîné, ayant une dépendance aux solvants, s'est enlevé la vie, tel que mentionné ci-dessus. L'année suivante, en 2003, la mère de Vanessa a tenté de se suicider en avalant des comprimés de Tylenol et de Motrin.

En 2005, les deux parents ne consommaient plus d'alcool. La SAE a alors déterminé que les enfants se portaient bien et que la maison était en bon ordre.

En grandissant dans un milieu familial où la violence et l'abus d'alcool étaient fréquents, Vanessa s'est rapidement tournée vers l'alcool. Elle a aussi été témoin de graves agressions dans sa collectivité. Elle a commencé à fréquenter un groupe de jeunes filles qui avaient été accusées d'attaquer en bande et de battre d'autres jeunes filles. De plus, elle avait elle-même été victime d'agressions dans sa collectivité.

Alors âgée de 14 ans et 2 mois, elle avait été attaquée et agressée par une personne sous l'influence de solvants. À 14 ans et 7 mois, elle avait été agressée par un garçon à l'école. À 15 ans et 3 mois, elle avait été agressée physiquement par une autre fille.

En mai 2006, alors avec un groupe de filles, elle a participé à l'agression d'une autre fille. Celle-ci avait été projetée au sol et rouée de coups de pied et de coups de poing. Plus tard durant le même mois, elle avait été arrêtée après avoir lancé un bâton de hockey sur le véhicule d'un gardien de la paix. En juillet 2006, encore en compagnie d'un groupe de filles, elle a agressé une autre fille au moyen d'une pelle. En plus de ces gestes de violence, elle a été témoin de deux agressions : dans un cas, un homme en avait frappé un autre à la tête avec une chaise, et dans l'autre cas, un homme en avait frappé un autre à la tête avec un marteau.

Quatre mois avant son décès, elle avait été arrêtée en état d'ébriété sur la voie publique et avait passé la nuit dans une cellule. Trois mois plus tard, soit un mois avant son décès, elle avait de nouveau été arrêtée en état d'ébriété sur la voie publique et avait passé la nuit dans une cellule.

De bien des façons, la famille de Vanessa a souffert des problèmes récurrents qui affectent de nombreuses familles :

- L'alcoolisme des parents.
- L'abandon, le délaissement et le manque de supervision des enfants par les parents sous l'influence de l'alcool.
- La violence familiale.
- Les tentatives de suicide chez les parents.
- Le décès de frères ou de sœurs : un frère âgé de quatre mois mort alors qu'il dormait dans un environnement non sécuritaire et un autre frère mort par pendaison après avoir abusé de solvants.

Bien qu'elle ait continué à fréquenter l'école et n'inhalait pas de solvants, elle avait été tant la victime que l'auteure d'agressions et était active au sein d'un groupe de filles. Vers la fin de sa vie, il était devenu apparent qu'elle avait développé une tendance à l'abus d'alcool.

Deuxième cas

Janice avait 16 ans et 5 mois lorsqu'elle s'est suicidée par pendaison dans la maison où elle demeurait avec ses grands-parents. Plus tôt ce jour-là, elle avait bu de l'alcool avec ses amis, et elle sentait l'essence lorsqu'elle a été trouvée. Il semble que Janice avait retiré un carreau de plafond, découvrant un chevron auquel elle a attaché un drap. C'est le frère de Janice qui l'a trouvée. La cause du décès est la pendaison, et le mode de décès est le suicide.

Lors de l'autopsie, une brûlure de cigarette cicatrisée et une autre plus récente ont été constatées sur son avant-bras droit. Ces brûlures semblaient volontaires.

Janice a eu une vie difficile. Elle venait d'une famille de 10 enfants, dont aucun n'avait vraiment été élevé par ses parents biologiques. À différents moments, la mère a vécu avec ses enfants, mais ce n'était généralement le cas que lorsque les enfants étaient pris en charge par leurs grands-parents. La situation de la famille a été portée à l'attention de la SAE pour la première fois lorsque le frère aîné de Janice a quitté la maison familiale et a commencé à vivre dans une résidence abandonnée où se réunissaient des jeunes qui inhalaient des solvants. Il a finalement été pris en charge par la SAE.

C'est la mère de Janice qui a signalé le cas de sa fille à la SAE. À cette époque, la mère vivait avec son conjoint dans une autre maison que celle où vivait Janice avec ses grands-parents. La mère a signalé que Janice avait développé une dépendance aux solvants, qu'elle avait commencé à consommer à l'âge

de 10 ans. La mère de Janice a déclaré ne pas être en mesure de s'occuper de sa fille. Janice a été appréhendée par les policiers et a passé la nuit en cellule à 10, 11, 12 et 13 ans. À l'âge de 13 ans, elle a été appréhendée à six reprises pour avoir été intoxiquée en public après avoir inhalé des vapeurs d'essence. Elle a été prise en charge et placée dans plusieurs familles d'accueil à Sioux Lookout, à Kenora, à Poplar Hill et à Wabigon avant d'être admise au Selkirk Healing Centre, au Manitoba, où elle est restée d'août 2003 à février 2004. Janice est ensuite retournée à la maison aux termes d'une entente relative aux soins conformes aux traditions faisant intervenir des membres de la famille élargie et des ressources communautaires.

En mai 2004, alors que Janice avait 12 ans, sa grand-mère l'a trouvée pendue avec un t-shirt dans leur maison. Un oncle l'a sauvée en coupant le t-shirt. Ses proches l'ont amenée au poste de soins infirmiers de Pikangikum. Pour expliquer son geste, Janice a évoqué le suicide de sa meilleure amie deux semaines plus tôt. Elle avait aussi conclu un pacte de suicide avec sept autres jeunes filles. Au cours de l'entretien, elle s'est enfuie du poste de soins infirmiers. Les policiers l'ont retrouvée deux heures plus tard. Comme elle était intoxiquée à l'essence à son retour au poste, elle a été envoyée en prison pour la nuit pour dégriser, avant qu'on la renvoie à la clinique le lendemain matin pour réévaluer la situation. La situation a été signalée aux Tikinagan Child and Family Services. Janice a finalement été transférée à l'hôpital de Sioux Lookout, où on l'a admise pour tentative de suicide, toxicomanie (inhalation de vapeurs d'essence) et problèmes de comportement. Elle a été envoyée aux Nodin Child and Family Intervention Services, et enfin, dans un centre de traitement situé en Saskatchewan.

Janice avait un comportement à risque élevé. Elle inhalait des vapeurs d'essence, sortait toute la nuit et n'allait pas à l'école. À l'âge de 14 ans, elle a été accusée de voies de fait contre une autre jeune fille, qu'elle aurait poussée au sol et frappée au visage à coups de pieds. Par la suite, Janice a dit ne se souvenir de rien. Elle a été placée dans un foyer d'accueil de mai 2004 à mai 2005. Pendant cette période, elle a été envoyée au White Buffalo Treatment Centre de Prince Albert (Saskatchewan) de mai à août 2004, et au Selkirk Healing Centre de Saint-Norbert (Manitoba) d'août 2004 à mars 2005. En mars 2005, Janice est revenue à Pikangikum pour vivre avec sa mère, qui vivait alors avec ses grands-parents.

En juin 2005, un travailleur des services à la famille a trouvé la mère de Janice inconsciente et intoxiquée sur le sol de la maison. Janice a donc été placée au Mary Homes, à Orléans (Ontario), de juillet à septembre 2005. En octobre 2005, le chef a demandé que Janice soit éloignée de la collectivité après qu'elle ait battu sa grand-mère. Elle a de nouveau été prise en charge, d'octobre 2005 à avril 2006. Elle est ensuite retournée chez ses grands-parents.

En février 2007, Janice, qui avait alors 15 ans, a été agressée par son copain. Elle sentait l'essence lors de son arrivée au poste de soins infirmiers. Il était possible qu'elle soit enceinte. La même année, elle a commis une agression très grave et a été accusée. Elle aurait grièvement blessé une autre jeune fille en la poignardant avec un couteau. Elle a été arrêtée, accusée de voies de fait graves et placée en détention provisoire à la prison du district de Kenora. Elle a été remise en liberté sous promesse de ne pas troubler l'ordre public. Janice a été admise au Portage Youth Centre en mars 2007. Elle est ensuite retournée à la maison, et son dossier aux Tikinagan Child and Family Services a été clos en octobre 2007. On a supposé qu'elle avait fait une fausse couche, mais les détails sont inconnus. Elle avait fait de nombreux tests de grossesse lorsqu'elle était suivie par les Tikinagan Child and Family Services, et avait eu un résultat positif à un test d'infection transmissible sexuellement.

L'année suivante, Janice a été arrêtée pour voies de fait à l'endroit de son copain. Deux semaines plus tard, alors qu'elle était en attente de la date de sa comparution, elle s'est pendue.

Janice ne semble pas avoir été suivie par un conseiller lorsqu'elle était à Pikangikum, et aucun diagnostic psychiatrique ne semble avoir été posé, sinon celui de l'abus de solvants. Elle ne suivait pas de thérapie continue et a abusé de l'alcool et des solvants jusqu'au jour de son décès.

Troisième cas

John était âgé de 12 ans et 5 mois quand il s'est pendu à un peuplier à proximité de la maison de sa grand-mère. Il a été retrouvé par deux enfants de dix ans, suspendu à une branche par un fil de nylon. Juste avant son suicide, il s'était recueilli sur la tombe de sa mère, située à une trentaine de mètres de sa résidence.

La cause du décès était la pendaison. Le moyen était le suicide. L'autopsie le décrit comme un jeune homme prépubertaire.

Sa mère, aux prises avec un problème d'alcoolisme chronique, s'était enlevé la vie par pendaison 11 mois auparavant. Elle était au début de la trentaine. À la suite de son décès, John avait vécu des épisodes d'hallucinations visuelles et auditives et fait part d'idées de suicide.

La mère de John s'était abstenue de boire de l'alcool durant sa grossesse. Il était né à terme, mais on croit qu'il aurait souffert de toxoplasmose congénitale. Il avait subi un retard de développement global, était malentendant et souffrait d'un retard de la parole. Il n'avait pas encore acquis le sens de la propreté à 5 ans et sa langue principale était l'Ojibwa.

Les deux parents de John étaient aux prises avec de graves problèmes d'alcoolisme. Ils buvaient régulièrement et fréquemment. La famille comptait quatre enfants. John avait un frère plus jeune et un frère plus âgé, ainsi qu'une sœur aînée. Son dossier auprès des Tikinagan Child and Family Services a été ouvert en raison de l'incapacité de son père de s'occuper de la famille. L'alcoolisme du père de John s'était aggravé après le suicide de sa mère. La famille a été référée à la SAE quand le père de John a été retrouvé inconscient en raison de sa consommation d'alcool alors qu'il était parti s'occuper du frère plus âgé de John dans une autre ville. Sa sœur aînée avait tenté à plusieurs reprises de se suicider et avait un problème d'inhalation de solvants. Son frère plus âgé avait été envoyé dans une autre ville pour suivre un traitement contre l'inhalation de solvants. Des plans d'intervention ont été mis sur pied avec la SAE, selon lesquels « ...les aidants devaient acquérir les compétences parentales nécessaires pour s'occuper d'un adolescent, et devaient fournir un encadrement adéquat aux enfants ». [traduction] Dans la collectivité, on savait que les deux parents étaient souvent en état d'ébriété et que les enfants ne se présentaient pas régulièrement à l'école.

En janvier de l'année du décès de John, alors qu'il avait 11 ans, les Nodin Child and Family Intervention Services ont de nouveau référé John à Tikinagan. Ils étaient inquiets, car John disait voir sa mère et le diable, et s'était mis à boire avec son père et la copine de celui-ci. Une enquête des services de protection de l'enfance a été lancée et a permis de vérifier les allégations de manque de supervision et d'abus d'alcool concernant le père. Quelques mois plus tard, son frère de quatre ans a été retrouvé en train de déambuler dans la rue seul à 8 h 30 du matin.

John inhalait des solvants. Peu après son 12^e anniversaire, il a été arrêté après avoir inhalé des vapeurs d'essence et détenu en cellule pour une nuit. Au moment de son décès, John habitait chez sa grand-mère pendant que le personnel de Tikinagan tentait de trouver un programme de traitement en établissement pour traiter sa dépendance aux solvants et ses idées de suicide. John inhalait beaucoup de solvants et n'avait pas fréquenté l'école pendant plusieurs mois avant son décès.

La seule influence positive dans la vie de John était celle de sa grand-mère paternelle, qui soutenait et protégeait les enfants de la famille. Avant le décès de leur mère, les enfants avaient subi des années de délaissement et d'abandon affectif en raison des problèmes d'alcoolisme de leurs parents.

Quatrième cas

Donald était âgé de 15 ans et 10 mois quand on l'a retrouvé pendu dans la maison familiale. Il s'était pendu à un chevron au moyen d'un drap. Son père l'a retrouvé au matin. Quand on lui a demandé s'il savait pourquoi son fils s'était suicidé, il a répondu que c'était peut-être parce qu'il lui avait ordonné d'aller à l'école le lendemain matin.

La cause du décès était la pendaison. Le moyen était le suicide. L'autopsie a révélé des signes d'automutilation, comme une brûlure de cigarette à l'avant-bras droit et des cicatrices linéaires obliques sur les deux avant-bras (correspondant à des coupures qu'il s'était lui-même infligées).

Donald inhalait des solvants depuis longtemps, et le soir précédant son décès, son père l'a surpris dans les buissons derrière la maison et lui a demandé de rentrer. Il sentait l'essence.

Les Tikinagan Child and Family Services sont intervenus pour la première fois auprès de la famille en 2001 à la demande de la police en raison des événements suivants :

- Des querelles de ménage entre les parents.
- Une tentative de suicide par la mère de Donald.
- Le manque de supervision des enfants.
- L'absence des enfants à l'école.

En 2003, Donald a dû être hospitalisé en raison de brûlures infligées en inhalant des vapeurs d'essence. Apparemment, son jeune frère avait répandu de l'essence sur sa jambe et l'avait enflammée. Lors de son séjour à l'hôpital, on a tenté de communiquer avec lui, mais il refusait de répondre et ne parlait presque uniquement que l'Ojibwa. À l'âge de 13 ans, il n'allait plus à l'école depuis deux ans et on soupçonnait qu'il souffrait de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF).

En 2004, la police demeurait préoccupée par l'abus de solvants chez les enfants de la famille. De plus, les parents ne s'occupaient pas bien des enfants, en raison d'une dispute. La SAE a amorcé un suivi mensuel de la famille. En 2005, le père a menacé de tuer la mère à coups de hache et les enfants inhalaient beaucoup de solvants. Un jour, Donald a dit à sa sœur qu'il se tuerait si ses parents n'arrêtaient pas de boire. Donald a été arrêté sous l'influence de solvants à six reprises en 2003, à dix reprises en 2004 et à quatre reprises en 2005. Chaque fois, il a été arrêté et détenu dans une cellule pendant la nuit pour des raisons de sécurité.

Donald et son frère ont été placés en famille d'accueil, mais sont rentrés à la maison après deux mois, car leur grand-mère s'est opposée à leur placement. Ils sont rentrés à la maison au début de l'automne 2005. Dans sa famille d'accueil, Donald n'a pu passer de tests par manque de communication. Il ne comprenait pas pourquoi il avait été placé.

Plus tard cet automne-là, Donald a communiqué avec son père quand il a voulu utiliser la motoneige. Il lui a alors dit qu'il se tuerait si celui-ci ne revenait pas rapidement à la maison.

Donald manquait d'affection et ses parents, reconnus comme étant alcooliques, étaient distants et inintéressés. Ses besoins en matière de santé mentale étaient inconnus et il a continué d'inhaler des solvants sans retenue jusqu'à son décès. Donald était un jeune égaré et sans soutien. Ses amis, interrogés après sa mort, l'ont décrit comme une personne qui parlait peu.

Cinquième cas

Margaret avait 18 ans en 2008 quand son père l'a découverte suspendue par une corde à un arbre derrière chez elle. Elle habitait avec ses parents et plusieurs frères et sœurs. Elle avait passé la journée avant son suicide à inhaler des solvants avec son frère. Il avait remarqué qu'elle avait une corde dans la poche et avait averti son père, qui avait alerté les policiers. Une fois la police sur place, Margaret s'était enfuie et n'avait pu être retrouvée. Son père l'a retrouvée pendue le lendemain matin.

Elle avait fait part de sentiments dépressifs et d'idées de suicide à plusieurs reprises durant sa courte vie. On considérait qu'elle était à risque élevé de suicide. Ses compagnons, qui inhalaient également des solvants, lui disaient qu'elle était grosse et laide, ce qui la blessait énormément. En 2006, elle a confié à un conseiller qu'elle entendait des voix qui lui disaient de se pendre. Elle avait fait au moins quatre tentatives de suicide auparavant, dont un mois avant sa mort et même le week-end précédant son décès, quand un membre de sa famille l'a retrouvée pendue et a coupé la corde qui la retenait. Dans les deux cas, on ne l'a pas envoyée suivre de traitement. Elle était sous l'influence de solvants au moment des deux incidents.

En 2004, un de ses frères s'est suicidé par pendaison. Elle s'était tatoué le nom de celui-ci sur l'avant-bras gauche. Durant l'année précédant sa mort, son jeune frère et un bon ami se sont suicidés. Elle avait récemment perdu un emploi qu'elle avait trouvé en ville. Dans une lettre datée du jour de sa mort, elle explique qu'elle s'est suicidée car elle voulait mourir parce que les gens la détestaient.

Quatre ans avant sa mort, elle avait commencé à abuser de substances et à avoir des idées de suicide. Les Tikinagan Child and Family Services l'avaient alors prise en charge et placée à Winnipeg. Un contrat de sécurité et de bonne conduite avait été signé par Margaret et ses parents. Celui-ci présentait les attentes relatives à son comportement, dont ne pas troubler la paix, ne pas causer de méfaits, ne pas être violente, ne pas se battre et respecter les directives de ses parents, de la police et de Tikinagan.

En 2004, elle avait été reconnue coupable de voie de fait et condamnée à six mois de probation. En 2007, elle avait de nouveau été reconnue coupable de voie de fait, avait passé 66 jours en prison avant son procès et avait dû en passer cinq autres après le verdict. Plus tard cette année-là, elle avait été condamnée à quatre mois de probation pour défaut de se conformer à un engagement.

Elle avait également été la victime de violentes agressions. En 2005, alors sous l'effet des solvants, elle avait été frappée à la tête avec un bâton de hockey, ce qui avait nécessité des points de suture et un séjour de trois jours à l'hôpital. L'année suivante, elle avait été agressée par deux filles. Elle avait aussi été agressée sexuellement en 2006 et 2007, agressions pour lesquelles elle avait reçu des traitements. En 2006, elle aurait été battue par son père, et en 2007 et 2008, aurait été battue par un frère.

En 2006, elle avait fait l'objet d'une évacuation médicale à Winnipeg, puis avait été envoyée suivre un programme de traitement contre la toxicomanie de 16 semaines en raison de ses idées suicidaires et de sa dépendance aux solvants. En août 2007, on l'avait référée aux Nodin Child and Family Intervention Services pour recevoir des services de counseling en matière de santé mentale. On ne sait pas si elle recevait des services en matière de santé mentale au moment de sa mort.

Tout au long de sa vie, Margaret s'était sentie mal aimée et non désirée. Elle avait été victime d'agressions physiques et sexuelles. Elle avait été agressée physiquement par des membres de sa famille comme par des étrangers et est elle-même devenue agresseur. Elle avait une dépendance aux solvants et malgré le fait qu'elle était à risque très élevé de suicide après une tentative de pendaison avortée grâce à un membre de sa famille qui a coupé la corde, aucune intervention médicale n'avait été faite. De plus, elle était aux prises avec une maladie mentale non diagnostiquée causant des épisodes d'hallucinations auditives. Elle avait vécu de grandes pertes durant sa vie, incluant les décès de son frère, d'un autre frère en bas âge et d'un ami, en plus d'avoir perdu son emploi au moment de son suicide.

A4. Thèmes émergeant de l'examen individuel des cas

Les tendances suivantes ont été observées lors de l'examen des 16 décès :

1. Les enfants étaient aux prises avec une grave dépendance, la plupart du temps aux solvants, mais parfois à l'alcool.
2. Les enfants semblent avoir adhéré à une sous-culture relative à l'inhalation de solvants dans leur collectivité, à laquelle ils se sont profondément attachés.
3. Bien qu'on les ait placés dans des centres de désintoxication à l'extérieur de Pikangikum, il ne semble pas qu'ils aient reçu des services de counseling ou de thérapie pour contrer leur dépendance au sein de leur collectivité, ni à leur retour au sein de celle-ci.
4. Le taux de récidive en matière d'abus de solvants après avoir suivi une cure de désintoxication à l'extérieur de la collectivité était de 100 %.
5. Les membres des familles immédiates des enfants avaient de graves problèmes d'alcool ou de drogues; les parents étaient alcooliques, leurs frères et sœurs inhalaient des solvants.
6. Des membres de la famille, incluant des frères, des sœurs ou des parents, s'étaient suicidés.
7. Les enfants étaient victimes d'abandon physique et émotionnel, de délaissement et de manque de supervision quand leurs parents étaient sous l'influence de l'alcool, ce qui était fréquent.
8. Les enfants vivaient dans des familles où la violence était chose courante.
9. Les enfants étaient à l'occasion victimes d'agressions physiques ou sexuelles. Parfois, les agressions physiques étaient l'œuvre de membres de la famille immédiate.
10. Certains des enfants victimes d'agressions physiques sont devenus à leur tour des agresseurs.
11. Bon nombre des enfants avaient été arrêtés et accusés d'agression.
12. La plupart des enfants avaient été arrêtés à plusieurs reprises pour avoir été sous l'influence de solvants ou d'alcool et détenus en cellule pour la nuit. Beaucoup d'entre eux avaient été incarcérés à de multiples occasions.
13. Bon nombre des enfants avaient déjà tenté de se suicider auparavant.
14. Quelques enfants avaient des marques d'automutilation relevées lors de l'autopsie.
15. Les grands-parents jouaient un rôle stabilisateur important dans la vie des enfants.
16. Bon nombre des enfants avaient été suivis par une SAE et avaient été pris en charge par la SAE durant leur vie.
17. Plusieurs des enfants avaient été placés en famille d'accueil pendant un certain temps.

18. Peu des enfants fréquentaient l'école au moment de leur décès. Leur vie se résumait à inhaler des solvants la nuit, à dormir le jour et à faire l'école buissonnière.
19. Les enfants avaient abandonné l'école à un très jeune âge.
20. Le niveau de scolarité des enfants faisait en sorte qu'ils n'étaient pas préparés à affronter les rigueurs de la vie adulte dans une société contemporaine, que ce soit dans une collectivité des Premières nations ou ailleurs.
21. Certains des enfants avaient vécu des épisodes d'hallucinations auditives et visuelles et ne semblaient pas avoir fait l'objet d'une évaluation psychiatrique ni reçu de diagnostic ou de traitement relativement à ces symptômes.
22. Certains enfants ont été sauvés d'épisodes parasuicides importants (p. ex., une personne qui coupe la corde lors d'une pendaison). Dans certains cas, aucune assistance médicale n'a été demandée. Dans d'autres cas, les soins requis n'ont pu être obtenus. Les membres de la collectivité n'ont pas su mesurer l'importance d'une tentative de pendaison ratée en tant qu'indicateur d'un futur suicide.
23. Un thème récurrent est la négociation entre la famille, la Première nation et les Tikinagan Child and Family Services pour savoir où et avec qui l'enfant allait habiter. Parfois, il semble que l'enfant a été renvoyé dans sa famille malgré un plan de sécurité fragile, à la suite des demandes répétées de la famille ou de la Première nation. La préférence de l'enfant, de la famille ou de la Première nation semble avoir prévalu sur le jugement professionnel de la SAE. Au bout du compte, cela a causé le décès de l'enfant.
24. Dans certains cas, la police a appréhendé l'enfant pour abus de solvants, mais la SAE ne semble pas avoir été avertie ni avoir traité le cas de la famille par la suite.

A5. Rapport cumulatif et tendances dégagées

Certaines tendances dégagées à la suite de la compilation des données pourraient directement mener à la formulation de recommandations visant à éviter les décès dans le futur.

Données démographiques

- Des 16 cas, on note huit cas (50 %) pour chacun des sexes.
- Une découverte surprenante est que dix des 16 décès semblent être survenus lors de trois épidémies de suicides :
 - a. Épidémie 1 : trois décès en cinq jours en janvier 2006
 - b. Épidémie 2 : quatre décès en 27 jours en mai et juin 2007
 - c. Épidémie 3 : trois décès en 19 jours en août 2007
- Dans sept cas, le lieu du décès était le lieu de résidence du défunt, que ce soit la maison familiale ou celle des grands-parents. Les autres décès ont eu lieu dans la nature.
- Les âges au moment du décès étaient répartis comme suit :
 - a. Quatre jeunes de 12 ans (25 %)
 - b. Deux jeunes de 13 ans (12,5 %)
 - c. Un jeune de 15 ans (6,25 %)
 - d. Trois jeunes de 16 ans (18,75 %)
 - e. Trois jeunes de 17 ans (18,75 %)
 - f. Trois jeunes de 18 ans (18,75 %)
- Tous les décès ont été causés par pendaison (100 %).

Facteurs de risque individuels

- Neuf (56,25 %) des enfants avaient connu des problèmes de troubles mentaux, incluant la dépression, un trouble de l'alimentation, l'anxiété, un trouble psychotique ou un trouble non diagnostiqué.
- Aucun (0 %) des 16 enfants n'avait été hospitalisé, effectué un séjour de courte durée dans un établissement de santé ni même rendu visite à un médecin praticien ou à un travailleur social durant le mois précédant le décès.
- Neuf (56,25 %) des enfants avaient de graves antécédents d'automutilation.
- Six (37,5 %) des enfants s'étaient intentionnellement infligé des blessures, incluant des coupures, des brûlures de cigarette ou des éraflures.
- Huit (50 %) des enfants avaient déjà tenté de se suicider.

- Quatorze (87,5 %) des enfants étaient reconnus pour leur consommation abusive de substances; les antécédents de consommation des deux autres enfants sont inconnus. Ces 14 enfants inhalaient des solvants.
- Onze (68,75 %) des enfants avaient des problèmes de consommation abusive au moment de leur décès; dans dix cas, il s'agissait de solvants, dans un cas, d'alcool, et dans deux cas, d'alcool et de solvants.
- Aucun (0 %) des 16 enfants ne prenait de médicament psychotrope.
- Six (37,5 %) des enfants avaient des problèmes de santé.
- L'orientation sexuelle a été déduite à partir des relations des jeunes. On croit qu'il y avait 12 enfants hétérosexuels. L'orientation de quatre enfants n'a pu être déterminée. Ces données sont, au mieux, incertaines.

Facteurs de risque familiaux

- Neuf (56,25 %) des enfants avaient vécu des cas de suicide dans leur famille, incluant des parents (deux cas), des frères ou sœurs (six cas) et des oncles ou tantes (trois cas).
- Cinq (31,25 %) des enfants avaient vécu des cas de troubles mentaux dans la famille.
- Treize (81,25 %) des enfants avaient vécu des cas de consommation abusive de substances dans leur famille, incluant les parents (neuf cas), des frères ou sœurs (huit cas), des grands-parents (quatre cas) et des cousins (deux cas). Certains avaient vécu plus d'un cas.
- Dans trois (18,25 %) des cas, les parents étaient séparés, mais pas divorcés.
- Sept (43,75 %) des enfants avaient vécu des épisodes de violence familiale, deux enfants n'en avaient jamais vécu, et dans sept cas, il était impossible de le déterminer.
- Dans neuf (56,25 %) cas, il y avait des signes de violence faite aux enfants, dans deux cas, il n'y en avait aucun, et dans cinq cas, il était impossible de le déterminer. Les enfants pouvaient parfois être victimes de plusieurs formes de violence. Cependant, on a relevé neuf cas de délaissement, deux cas d'agression sexuelle et un cas d'agression physique. Le délaissement pouvait prendre la forme de manques sur les plans de la supervision, de l'alimentation ou de l'hygiène.
- Dans sept (43,75 %) cas, on a relevé des antécédents de conflit entre l'enfant et les parents. Ces conflits concernaient l'inhalation d'essence par l'enfant et le comportement général de celui-ci.

Facteurs de risque biologiques

- Un des enfants était atteint de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale.

Facteurs de risque socio-environnementaux

- Neuf (56,25 %) des enfants avaient été victimes de violence dans leur collectivité.
- Neuf (56,25 %) des enfants avaient participé à des activités criminelles, notamment des introductions par effraction, des vols et des voies de fait.
- Six (37,5 %) des enfants avaient des antécédents de voies de fait graves sur une autre personne et quatre avaient participé à des épisodes d'intimidation.
- Deux (12,5 %) des enfants étaient en attente de passer en cour.
- Neuf (56,25 %) des enfants n'avaient pas fréquenté régulièrement l'école et avaient décroché. Un seul n'avait pas de problème à ce niveau et pour les six autres, le Bureau du coroner en chef n'a pas été en mesure de le déterminer.¹¹
- Un des enfants avait un trouble d'apprentissage reconnu.¹²
- Sept (43,75 %) des enfants vivaient dans des logements surpeuplés; une des résidences logeait 16 personnes, deux résidences logeaient huit personnes, deux logeaient au minimum six personnes et une logeait cinq personnes.
- Aucun (0 %) des 16 enfants n'était sans abri.

Facteurs de risque psychologiques

- Trois (18,57 %) des enfants avaient vécu le décès d'un ami dans le mois précédant leur suicide.

¹¹ Bien que le coroner avait reçu le pouvoir de saisir les dossiers scolaires, la Pikangikum Education Authority a refusé de lui remettre les documents.

¹² Encore une fois, ces renseignements sont possiblement inexacts, puisque nous n'avons pas eu l'accès aux dossiers scolaires.

- Dans les trois (18,75 %) cas, l'ami en question s'était suicidé.
- Dans trois (18,75%) cas, le défunt avait récemment vécu une rupture amoureuse.
- Quatre (25 %) des défunts vivaient une querelle dans leur relation amoureuse.

Participation de l'aide à l'enfance

- Dans neuf (56,25 %) cas, un dossier était ouvert ou avait été ouvert auprès de la SAE à propos de l'enfant durant les 12 mois précédant le suicide.
- Dans 11 (68.75%) cas, la SAE avait ouvert un dossier dans le passé.
- La raison de l'ouverture du dossier variait : incapacité à contrôler son comportement, conflit parent-enfant, manque de supervision, délaissement, conditions familiales, frère ou sœur inhalant des vapeurs d'essence, tentative de suicide de la mère, abus d'alcool, absences répétées à l'école, abus de drogues des parents, violence faite aux enfants, inquiétudes sur les capacités des aidants, décès d'un frère ou d'une sœur et inhalation de solvants.
- Dans quatre (25 %) cas, la SAE effectuait le suivi de la santé mentale de l'enfant.
- Dans cinq (31,25 %) cas, la SAE avait tenté d'obtenir des services en santé mentale pour l'enfant.

A6. Discussion

La tendance la plus saisissante relevée lors de cet examen est que les suicides des jeunes semblent se produire par épidémies. Il y a eu trois épidémies de suicides : la première en janvier 2006, la seconde en mai et juin 2007 et la troisième en août 2007. Quand on parle de suicide, une épidémie est un regroupement de suicides se produisant durant une période donnée. Ce concept a été approfondi par Davidson, qui réduit l'utilisation du terme à « ...trois suicides ou plus se produisant dans un espace et une période donnés¹³. » [traduction] La contagion est un processus dans lequel un suicide en facilite un autre¹⁴. O'Carroll estime que 5 % des suicides chez les adolescents américains se produisent par épidémies. En tenant compte d'une période d'un mois à Pikangikum, nous avons découvert trois épidémies.

Les jeunes exposés au suicide sont affectés de diverses manières. On sait qu'un suicide affecte profondément les gens qui ont déjà eu des idées suicidaires; la dépression, l'abus d'alcool ou de drogues, les troubles de la personnalité, les pertes récentes et les problèmes juridiques sont des éléments reconnus comme facteurs de risque en matière de suicide¹⁵. Tous les jeunes s'étant suicidés à Pikangikum présentaient plusieurs de ces facteurs de risque. Dans le rapport d'un congrès sur la jeunesse qui a eu lieu à Pikangikum du 25 au 27 mars 2008, on peut lire ce qui suit :

« Après le suicide d'un étudiant de 16 ans en novembre 2007, une réunion a eu lieu entre trois groupes d'étudiants (N=50). De ces étudiants, 41 ont dit qu'ils étaient incapables de faire leur deuil de la perte d'un proche, d'un ami ou d'un parent; 26 avaient des idées suicidaires et avaient tenté de mettre fin à leurs jours¹⁶ » [traduction]

La tendance aux épidémies de suicides illustre le grand besoin d'un programme de postvention qui viendrait en aide aux survivants et permettrait d'identifier les personnes qui risquent de se suicider afin de leur offrir des services de counseling. La postvention est une stratégie visant la prévention des épidémies de suicides quand un suicide survient dans une collectivité¹⁷.

Une autre tendance dégagée lors de l'examen est le très jeune âge des enfants qui ont mis fin à leurs jours. Six des enfants s'étant enlevé la vie de 2006 à 2008 avaient moins de 15 ans. Quand on analyse la

¹³ Davidson L., « Suicide clusters in youth ». Dans : Pfeffer CR, éditrice, *Suicide among youth; perspectives on risk and prevention*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1989:83-99.

¹⁴ Hazell, P., « Adolescent suicide clusters: Evidence, mechanisms and prevention », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1993; 27:653-665.

¹⁵ Ibid., p. 657.

¹⁶ Macfadden, Lachie, *Pikangikum Youth Conference 2008*, 6 avril, p. 2.

¹⁷ Hazell, P. « Adolescent suicide clusters: Evidence, mechanisms and prevention », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1993; 27:p.660.

totalité de la population ontarienne pour la même période, on se rend compte qu'il y a eu 24 suicides d'enfants pour une population de 13 millions de personnes.

Le suicide chez les jeunes de cet âge est un phénomène très rare. Malgré cela, de 2006 à 2008, le quart (25 %) de l'ensemble des cas de suicide de la province chez les jeunes de moins de 15 ans s'était produit à Pikangikum. Cela indique que les programmes de prévention primaire doivent être axés sur les jeunes âgés de 10 à 14 ans.

Tous les enfants se sont suicidés par pendaison. Il se peut que ce soit parce que c'était le moyen le plus accessible. Habituellement, les suicides surviennent de bien des façons différentes, par exemple par intoxication mortelle à l'aide de drogues ou de monoxyde de carbone, par chute mortelle, par traumatisme après s'être jeté devant un train ou un métro, par blessure par balle, par coupure (p. ex., avec un couteau) et par pendaison. Les 16 suicides examinés à Pikangikum avaient été réalisés par pendaison. Il s'agit d'un phénomène d'imitation.

Aucun des 16 enfants n'avait rencontré un médecin, une infirmière ou un spécialiste en santé mentale ni visité d'hôpital ou de clinique durant le mois précédant le décès. Cela peut s'expliquer de trois façons. La première explication est qu'ils n'avaient pas demandé de soins, choisissant plutôt d'endurer leurs problèmes. La seconde explication est qu'ils n'avaient pas accès aux soins. Cependant, l'existence à Pikangikum d'un poste de soins infirmiers ouvert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, réfute cette hypothèse. La troisième explication est que malgré les signes évidents de fragilité, puisque :

- neuf (56,25 %) des enfants avaient de graves antécédents d'automutilation,
- six (37,5 %) des enfants s'étaient intentionnellement infligé des blessures, incluant des coupures, des brûlures de cigarette ou des éraflures,
- huit (50 %) des enfants avaient déjà tenté de se suicider,

il semble que les membres de leurs familles, leurs amis et leurs compagnons ne les ont pas incités à demander des soins. Dans un des cas, la défunte avait tenté de se suicider durant la semaine précédant son décès; un membre de sa famille avait coupé la corde avec laquelle elle tentait de se pendre. Celle-ci représentait un risque élevé. Cependant, on ne l'a pas référée à un professionnel qualifié pour obtenir des soins. Pikangikum est une collectivité dans laquelle le suicide est un phénomène répandu. Il se peut que la collectivité ait été désensibilisée aux comportements parasuicidaires, puisque le suicide y est fréquent. Il se peut aussi que les membres de la population n'aient jamais reçu l'information nécessaire pour les aider à reconnaître la gravité des signes de tendances suicidaires et inciter les jeunes à obtenir de l'aide médicale. Il existe une excellente possibilité d'ajouter un volet de formation éducative à un programme de prévention primaire.

Neuf (56,25 %) des enfants avaient souffert de troubles mentaux incluant la dépression, mais aucun ne prenait de médicaments psychotropes. Il existe un lien très fort entre la maladie mentale et le suicide. On estime que 90 % des victimes de suicide souffrent d'une maladie mentale au moment de leur décès¹⁸. Cependant, chez les jeunes, ce n'est pas nécessairement vrai.

« ... à la suite des autopsies psychologiques des victimes de suicide âgées de 15 ans ou moins, Brent et ses collègues ont découvert que 40 % des victimes ne souffraient d'aucune psychopathologie détectable. En comparaison, 90 % des jeunes victimes de suicides âgées jusqu'à 19 ans avaient un trouble mental. Ces découvertes méritent notre attention. Chez les adolescents victimes de suicide, ceux qui ne présentent pas de signes de psychopathologie ont connu des problèmes disciplinaires ou juridiques, et ont dû composer avec des facteurs de risque à la maison. Par ailleurs, Brent a remarqué que les jeunes de 15 ans et moins sans trouble mental pouvant être diagnostiqué pourraient avoir souffert de difficultés subsyndromales et de stress excessif et avoir facilement accès aux moyens de s'enlever la vie. Foley et ses collègues ont noté que les jeunes de 16 ans ou moins sans trouble mental pouvant être diagnostiqué souffraient de troubles infralimaires habituellement perturbateurs, de difficultés relationnelles incapacitantes ou de symptômes psychiatriques sans incapacité¹⁹. » [traduction]

¹⁸ Links, P, « Ending the Darkness of Suicide » [éditorial] *Can J Psychiatry* 2006;51;(3):129-130.

¹⁹ Dervic, K, *et al.*, « Completed Suicide in Childhood », *Psychiatr Clin North Am* (2008), p.282.

Dans quelques-uns des cas examinés à Pikangikum, les enfants souffraient d'hallucinations auditives et visuelles. Dans un des cas, l'enfant entendait des voix lui disant de se pendre. Ces symptômes ont été signalés, mais une intervention active par l'envoi immédiat de l'enfant à un psychiatre n'a pas été envisagée. L'enfant, qui pourrait avoir souffert d'un trouble psychotique pouvant être traité, n'a reçu ni médicaments pouvant améliorer son état, ni consultation psychiatrique.

Dans l'élaboration des plans de prévention, les stratégies fondées sur ces renseignements pourraient laisser croire que les enfants et les jeunes ayant des idées suicidaires ou faisant preuve d'un comportement parasuicidaire, comme une tentative de pendaison, devraient être rapidement référés à un centre de soins de santé afin d'être évalués par un psychiatre. Il faut profiter des avantages potentiels de la prise de médicaments. Cependant, pour les jeunes de moins de 15 ans, il se peut qu'il n'y ait aucun trouble psychologique à diagnostiquer et la prise de médicaments pourrait ne pas être utile. Il est cependant important de noter qu'aucun des jeunes de la cohorte examinée aux fins de ce rapport ne prenait de médicaments.

Une autre constatation alarmante a été faite : parmi les enfants qui se sont enlevé la vie, 14 (87,5 %) d'entre eux étaient reconnus pour leur problème de consommation abusive. Les 14 jeunes inhalaient des solvants. De plus, 11 (68,75 %) d'entre eux consommaient au moment de leur décès (des solvants dans dix cas, de l'alcool dans un cas et les deux dans deux cas).

L'abus de solvants est un grave problème social et de santé publique à Pikangikum. Un récent sondage des filles de troisième et quatrième année (âgées de 7, 8 et 9 ans) a permis d'établir ce qui suit :

- 27 % des filles ont indiqué avoir déjà inhalé des solvants.
- De ce nombre, 19 % ont indiqué avoir souvent inhalé des solvants depuis le début de l'école.
- Les cinq raisons les plus fréquemment invoquées pour expliquer pourquoi elles inhalaient des solvants sont les suivantes :
 - a. Pour que mes amis m'aiment
 - b. Pour le plaisir
 - c. Je m'ennuyais
 - d. Pour me réchauffer
 - e. Pour oublier la douleur et la tristesse qui m'habitent

Il existe trois techniques d'abus de solvants : l'inhalation nasale; l'inspiration des vapeurs d'un chiffon imbibé d'essence et inséré dans la bouche, et l'inspiration des vapeurs émanant des substances placées dans un sac de plastique appuyé fermement sur le contour de la bouche²⁰.

L'inhalation nasale de vapeurs est un problème répandu à l'échelle mondiale et se pratique généralement en groupe. L'utilisateur moyen est un adolescent de sexe masculin, ayant une faible estime de lui-même et vivant dans une famille aux prises avec des problèmes d'alcoolisme et de violence physique²¹. Environ 3 à 5 % des adolescents canadiens ont déjà inhalé des produits²². Les enfants intoxiqués par des substances volatiles telles que l'essence ressentent des effets semblables à ceux de l'alcool, comme la stimulation, la suppression des inhibitions et la dépression (si les doses sont élevées). L'abus de solvants chronique peut causer la psychose paranoïde, l'apparition de foyers épileptiques permanents et une déficience cognitive. Certains sujets peuvent présenter un ou plusieurs des symptômes suivants :

- Troubles schizophréniformes accompagnés d'hallucinations visuelles.
- Épilepsie du lobe temporal se manifestant par un comportement explosif récurrent.
- Perte de quotient intellectuel²³.

Certains des enfants examinés présentaient les symptômes décrits, notamment des hallucinations visuelles et des épisodes répétés de comportement violent, dont ils avaient par la suite de la difficulté à se souvenir.

²⁰ McGarvey, E *et al.*, « Adolescent inhalant abuser: environments of use ». *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999;25:731-41

²¹ Howard, M, *et al.*, « Inhalant use among urban American Indian Youth ». *Addiction* 1999;94:83-95.

²² Dinwiddie, SH, « Abuse of inhalants; a review ». *Addiction* 1994;89:925-39.

²³ *Ibid*, p. 397.

Le traitement représente un défi de taille. Pikangikum a offert un programme communautaire de désintoxication. Ce programme de 12 jours est offert en rotation par quatre travailleurs à environ huit enfants de 8 à 18 ans. Le traitement est fondé sur la participation à des activités dont le dessin, l'écriture, des activités traditionnelles en plein air, des sentiers de piégeage, la coupe de bois, le bricolage, un cercle de partage, le hockey, le ballon-balai et le volley-ball.

Le directeur du programme, Lachie Macfadden, estime que 95 à 100 % des participants se remettent à inhaler une fois de retour chez eux, et il se peut que ce nombre soit plus près de 100 %. Une fois libérés du programme, les enfants réintègrent directement l'environnement duquel ils sont arrivés. À la suite du programme, les participants éprouvent des difficultés à se réintégrer et il a été signalé que les parents ne les épaulent pas. Les programmes de traitement en établissement à l'extérieur de la collectivité fréquemment sollicités sont les suivants :

- Whiskyjack Treatment Centre, Norway House (Manitoba)
- Ka-Na-Chi-Hih Specialized Solvent Abuse Treatment Centre, Thunder Bay (Ontario)
- Nimkee NupiGawagan Healing Centre, Muncey (Ontario)
- White Buffalo Youth Inhalant Treatment Centre, Saskatoon (Saskatchewan)

Vu la corrélation entre l'abus de substances et le suicide, l'omniprésence de l'abus de solvants dans la collectivité et le grand nombre de cas d'abus de solvants parmi les enfants faisant partie de l'examen des décès, dont 14 (87,5 %) avaient des problèmes de consommation abusive, il est essentiel d'élaborer des stratégies de traitement efficaces.

En mars 1999, lors d'un forum sur la santé, Phil Fontaine, alors chef national de l'Assemblée des Premières Nations, a déterminé les problèmes contribuant au malaise des Premières nations; « ... trois éléments dont il faut tenir compte à l'échelle nationale sont la pauvreté, les effets de la pauvreté et les mesures pour éradiquer la pauvreté²⁴. » [traduction]

L'analyse des facteurs de risque familiaux a permis de faire des découvertes saisissantes relativement à l'exposition au suicide, aux antécédents familiaux d'abus d'alcool et de drogues, à la violence familiale et à la violence faite aux enfants.

Neuf (56,25 %) des enfants avaient vécu des cas de suicide dans leur famille, incluant des parents (deux cas), des frères ou sœurs (six cas) et des oncles ou tantes (trois cas). Selon Hazell, la relation entre l'exposition au suicide et le comportement suicidaire est la suivante : « ... l'exposition encourage l'imitation²⁵. » [traduction] Un des enfants qui s'est pendu a été aperçu en train de se recueillir sur la tombe de sa mère, située environ à une trentaine de mètres de l'endroit où il s'est enlevé la vie, juste avant qu'on le retrouve mort. La mère s'était elle aussi pendue l'année précédente.

De plus, 13 (81,25 %) des enfants avaient vécu des cas de consommation abusive d'alcool ou de drogues dans leur famille, incluant de l'alcoolisme chronique. Souvent, les parents des enfants étaient aux prises avec des problèmes de consommation abusive.

Sept (43,75 %) des enfants avaient vécu des épisodes de violence familiale, et dans neuf (56,25 %) des cas, il y avait des signes de violence faite aux enfants.

Le programme communautaire de prévention du suicide devrait comprendre des stratégies efficaces veillant à fournir des services de counseling aux parents aux prises avec des problèmes de consommation abusive d'alcool, ainsi que des séances d'information éducative portant sur la violence familiale à l'intention des enfants et des parents.

En ce qui a trait aux facteurs de risque socio-environnementaux, nos données concernant la présence à l'école des enfants étaient incomplètes, car elles ne nous ont pas été remises par la Pikangikum Education Authority. Cependant, les dossiers ont été utiles, car ils ont révélé un type de comportement

²⁴ Weir, E, « Inhalant use and addiction in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 6 fév. 2001; 164(3).

²⁵ Hazell, P., « Adolescent suicide clusters: Evidence, mechanisms and prevention », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1993; 27: p. 658.

dans lequel les enfants avaient de graves problèmes d'inhalation de solvants, dormaient le jour et sortaient la nuit. Les entrevues avec les enseignants ont permis de déterminer que les élèves abandonnent l'école vers l'âge de 10 ans. Ils commencent ensuite à inhaler des solvants et se tiennent en marge de la collectivité en ce qui a trait aux activités récréatives.

A7. Observations finales

Selon le peu de renseignements en notre possession, 56,25 % des enfants, soit neuf enfants sur 16, avaient eu des problèmes d'absentéisme à l'école et avaient finalement abandonné les études. Seul un des enfants décédés fréquentait l'école et n'inhalait pas de solvants. Le Bureau du coroner en chef n'a pas été en mesure de déterminer si les autres enfants fréquentaient l'école.

Au cours d'une entrevue avec un ancien directeur de l'école, celui-ci a indiqué qu'en sept ans, il avait connu un seul cas où un enfant, une fille, s'était enlevé la vie. Elle fréquentait l'école régulièrement à l'époque.

Les programmes menés par la Première nation afin d'améliorer la présence des enfants à l'école et faire en sorte que les enfants et les jeunes poursuivent leurs études sont les plus prometteurs dans la prévention de l'abus de solvants et du suicide.

PARTIE B. LE SUICIDE

B1. Définition du suicide

Le comportement suicidaire réfère habituellement à un ensemble de comportements autodestructeurs, englobant des termes comme « suicide », « tentative de suicide » et « parasuicide ».

Emile Durkheim propose la définition suivante du suicide : « On appelle suicide tout cas de décès qui résulte directement ou indirectement d'un acte, positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat²⁶. » [traduction] Une autre définition pourrait être la suivante : « Le fait de se donner la mort intentionnellement, surtout dans le cas d'une personne ayant l'âge de raison et étant saine d'esprit²⁷. » [traduction]

L'Organisation mondiale de la Santé définit le parasuicide comme « un geste au résultat non fatal, dans lequel une personne adopte un comportement anormal qui, sans l'intervention des autres, lui causera une blessure volontaire, ou ingère une substance dans des quantités dépassant les doses prescrites ou la posologie thérapeutique dans le but de vivre des changements désirés en fonction des conséquences physiques attendues²⁸. » [traduction]

B2. Historique des suicides à Pikangikum

En 2000, la Première nation de Pikangikum avait apparemment le plus haut taux de suicide au monde²⁹. L'extrait suivant est tiré d'un article publié par La Presse canadienne le 27 novembre 2000 à propos de Pikangikum :

« À Pikangikum, huit filles, dont cinq âgées de 13 ans, se sont enlevé la vie cette année. Mais Pikangikum, une collectivité de 2 000 personnes située à 300 kilomètres au Nord-Est de Winnipeg, a maintenu une moyenne de 213 suicides par 100 000 personnes de 1992 à 2000 et une moyenne de 205 suicides par 100 000 personnes de 1991 à ce mois-ci, selon les chiffres révélés par deux experts canadiens cette semaine. Les plus récents suicides à Pikangikum ont fait bondir la moyenne à 470 décès par 100 000 personnes, soit 36 fois plus que la moyenne nationale, qui est de 13 décès par 100 000 personnes. Dans une ville de trois millions d'habitants, cela signifierait 14 100 décès cette année seulement. » [traduction]

De toute évidence, le problème du suicide chez les résidents de Pikangikum est présent depuis plusieurs décennies. Ces décès ont touché pratiquement la totalité des membres de la collectivité.

B3. Suicide des adolescents au Canada

Le suicide est la seconde cause de décès chez les jeunes de 10 à 18 ans et est l'objet de ce rapport. Les jeunes ne consultent généralement pas les professionnels de la santé pour leur faire part de leurs idées de suicide. Au Canada, on enregistre plus de 500 suicides par année chez les jeunes de 15 à 24 ans, et on estime que pour chaque suicide réussi, il y a 400 tentatives ratées³⁰.

Au cours des 40 dernières années, le taux de suicide chez les jeunes a quadruplé³¹. Parmi les éléments qui ont contribué à cette hausse, on note le fait de vivre dans une famille monoparentale après un

²⁶ Kirmayer, J.K., *et al.*, *Suicide Among Aboriginal People in Canada*, Aboriginal Healing Foundation, 2007, p.3.

²⁷ <http://www.merriam-webster.com/dictionary/suicide>

²⁸ Kirmayer, J.K., *et al.*, *Suicide Among Aboriginal People in Canada*, Aboriginal Healing Foundation, 2007, p.3.

²⁹ http://en.wikipedia.org/wiki/Pikangikum_First_Nation

³⁰ Kostenuk, M., *et al.*, « Approach to adolescent suicide prevention », *Canadian Family Physician*, Vol. 56, août 2010, p. 755.

³¹ Canadian Taskforce on Preventative Health Care. *Prevention of Suicide*. London, ON. Canadian Task Force of Preventative Health Care; 2003.

divorce, le phénomène de contagion et l'encadré de mise en garde de la Food and Drug Administration menant à la diminution de l'utilisation d'inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine³². Un exemple d'inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine est le Prozac, aussi connu sous le nom de chlorhydrate de fluoxétine. En ce qui a trait à ces inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine, « les observations indiquent que le risque associé au fait de ne pas traiter la dépression est plus grand que le risque associé à l'utilisation des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine au sein de cette population³³. » [traduction] Il est difficile de déterminer la pertinence de cette information, englobant les Autochtones et non-Autochtones, relativement aux jeunes des Premières nations.

Facteurs de risque³⁴

Une grande variété de facteurs de risque reconnus existe. Ces facteurs sont résumés ici :

- A. Maladie mentale
 - Plus de 90 % des victimes de suicide souffraient d'une maladie mentale au moment de leur décès.
- B. Tentatives précédentes
 - Une tentative de suicide équivaut à 21 % de chances de se suicider dans les cinq années suivantes.
 - Le risque est plus élevé dans le mois suivant la première tentative.
 - Les personnes qui abusent d'alcool ou de drogues, celles qui ont des hallucinations ou un plan, sont plus à risque de récidiver.
- C. Facteurs déclenchants
 - Un conflit avec les parents ou la fin d'une relation peuvent être des facteurs déclenchants.
 - Le rejet.
 - Le dénigrement en public ou le sentiment d'humiliation.
- D. Impulsivité
 - Les jeunes faisant preuve d'impulsivité sont les plus susceptibles de passer à l'acte relativement à leurs idées de suicide.
 - Les agressions physiques, les bagarres à l'école et les comportements risqués peuvent être des signes d'impulsivité.
 - L'abus d'alcool ou de drogues peut réduire les capacités de jugement et favoriser l'impulsivité.
- E. Antécédents familiaux
 - Les antécédents familiaux de suicide, de dépression, de dépendance et de maladies mentales.
 - La mauvaise communication familiale.
 - Le faible encadrement de la part des parents.
- F. Phénomène de contagion
 - Le suicide d'un ami ou d'un membre de la famille peut doubler, voire quadrupler le risque de se suicider chez les jeunes de 15 à 19 ans³⁵.
- G. Agressions physiques et sexuelles
 - Fréquent chez les jeunes au comportement suicidaire.
- H. Autres facteurs de risque
 - Les problèmes avec la police.
 - Les difficultés à l'école, le mauvais fonctionnement scolaire, le manque de motivation scolaire et le faible rendement scolaire (sans lien avec l'intelligence).

La prévention, le filtrage et le traitement sont des éléments essentiels au succès des efforts de prévention du suicide. Les parents ne sont pas au courant de 90 % des tentatives de suicide faites par leurs adolescents³⁶.

³² Kostenuk, M., *et al.*, « Approach to adolescent suicide prevention », *Canadian Family Physician*, Vol. 56, août 2010, p. 756.

³³ *Ibid.*, p. 756.

³⁴ Kostenuk, M., *et al.*, « Approach to adolescent suicide prevention », *Canadian Family Physician*, Vol. 56, août 2010, p. 757-758.

³⁵ Gould MS., *et al.*, « Time-space clustering of teenage suicide ». *Am J Epidemiology* 1990; 131(1):71-8.

³⁶ Friedman RA., « Uncovering an epidemic-screening for mental illness in teens ». *N Engl J Med* 2006; 335(26):2717-9.

B4. Taux de suicide au Canada

Le tableau de Statistiques Canada suivant présente le taux de suicide au Canada par catégorie d'âge. Comme cet examen concerne les jeunes de 10 à 19 ans, nous avons indiqué les chiffres associés à cette tranche d'âge en gras³⁷.

Suicides et taux de suicide selon le sexe et l'âge					
(pour les deux sexes, au Canada)					
	2001	2002	2003	2004	2005
Les deux sexes					
Taux de suicide pour 100 000 personnes					
Tous les âges	11,9	11,6	11,9	11,3	11,6
10 à 14 ans	1,3	1,7	1,3	1,3	2,0
15 à 19 ans	9,9	10,1	10,2	9,9	9,9
20 à 24 ans	14,0	12,9	14,0	12,1	13,2

B5. Suicide chez les Autochtones

En 2003, Statistiques Canada a déterminé qu'il y avait environ un million d'Autochtones au Canada. Ceux-ci étaient répartis en quatre groupes : les Indiens inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens*, les Indiens non inscrits des Premières nations, les Métis et les Inuits. Les Premières nations représentent 62 % de la population autochtone.

Il existe au-delà de 600 collectivités des Premières nations, 11 principaux groupes linguistiques et 50 dialectes. L'âge moyen des Autochtones est de 24,7 ans, 13 ans de moins que l'âge moyen des non-Autochtones. Chez les groupes autochtones, le taux de mortalité est plus élevé et l'espérance de vie est plus courte de 10 ans comparativement à la moyenne canadienne.

En 2001, le taux de suicide au Canada était de 11,9 par 100 000 personnes, ce qui marque une baisse par rapport aux données de 1979 (16,7). Chez les Premières nations, le taux de suicide en 2000 était de 24 par 100 000 personnes. Cependant, si on les considère individuellement, ces chiffres sont une aberration.

Chandler et Lalonde, lors de leur étude sur le suicide chez les Premières nations de Colombie-Britannique, ont découvert que les taux de suicide variaient largement au sein de 196 collectivités de la province; les taux s'évaluaient de zéro à cent vingt décès pour 100 000 personnes sur une période de huit ans. Bien que de tels chiffres ne soient pas disponibles pour l'Ontario, il semble également exister de grandes différences entre les taux de suicide des diverses collectivités des Premières nations établies en Ontario, mêmes lorsque celles-ci sont rapprochées géographiquement. Par exemple, Pikangikum est reconnue comme ayant le plus haut taux de suicide au monde. En 2007, on a relevé dix suicides dans cette collectivité de 2 400 personnes. Cela équivaut approximativement à un taux annuel de 417 décès pour 100 000 personnes. En comparaison, Lac Seul, collectivité des Premières nations établie au Sud-Est de Pikangikum, a enregistré six suicides en dix ans³⁸.

³⁷ <http://www40.statcan.gc.ca/l01/cst01/perh1th66a-eng.htm>

³⁸ Communication personnelle, chef de police Rick Angecone, Lac Seul, 14 octobre 2010.

B6. Taux de suicide chez les jeunes des Premières nations

Au Canada, on assiste en moyenne à cinq ou six fois plus de cas de suicide chez les jeunes des Premières nations que chez les jeunes non autochtones. Le taux de suicide chez les jeunes des Premières nations est extrêmement élevé (voir Figure 1). Parmi les jeunes hommes des Premières nations âgés de 15 à 24 ans, on relève 126 cas de suicide par 100 000 personnes, comparativement à 24 cas par 100 000 personnes chez les autres Canadiens du même sexe et du même groupe d'âge. Chez les femmes, on relève 35 cas par 100 000 personnes chez les Premières nations comparativement à 4 cas par 100 000 personnes pour les non Autochtones du même groupe³⁹. Bien que ces données commencent à dater, elles demeurent toutefois très pertinentes.

Source : Institut canadien de la santé infantile

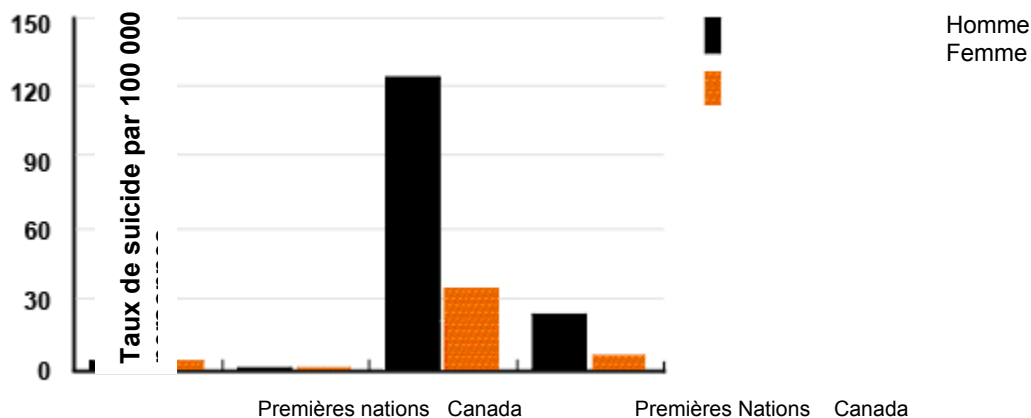


Figure 1. Taux de suicide par groupe d'âge : Premières nations et reste du Canada, 1989 à 1993.

Partout dans le monde, les études ont démontré que les femmes sont les plus susceptibles de tenter de s'enlever la vie, mais que les hommes sont plus susceptibles de mourir de suicide. Cette différence s'explique par les moyens utilisés, car les hommes utilisent des armes à feu, se jettent dans le vide et se pendent, alors que les femmes font des surdoses de drogues ou s'ouvrent les poignets. À Pikangikum, les jeunes femmes ont recours à la pendaison comme principal moyen de se suicider. Les tendances démontrent que le taux de suicide décline, sauf chez les jeunes.

Statistiques touchant la Nishnawbe Aski Nation :

- De 1986 à 1995, on a enregistré 129 suicides (tous âges confondus).
- Le nombre de cas a radicalement augmenté au cours des dix années, puisqu'on comptait cinq suicides en 1986 et vingt-cinq en 1995.
- La majorité des personnes décédées par suicide étaient des hommes.
- Sur les 129 suicides, 79,8 % des cas concernaient des jeunes de 10 à 25 ans.
- Aussi, 20,4 % des cas concernaient des enfants de 10 à 14 ans.
- En 1995, le taux de suicide touchant la Nishnawbe Aski Nation était de 28 par 100 000 personnes⁴⁰.

B7. Suicides en Ontario et à Pikangikum de 2006 à 2008

Il faut garder en tête que le nombre de tentatives de suicide indiqué ci-dessous est probablement nettement plus élevé dans la réalité. Il existe des études sur la prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide. L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003, qui avait pour objet 10 962 adultes des Premières nations, a permis de révéler que 15,8 % des

³⁹ Hettinga, P., et al., *Savoir et AGIR : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations*, Santé Canada, 2003.

⁴⁰ *Horizons of Hope: An empowering Journey*. Forum sur la jeunesse, rapport final, Nishnawbe-Aski Nation Youth Forum on Suicide, 1996, p. 3-4.

adultes sondés avaient déjà tenté de s'enlever la vie et que 30,9 % d'entre eux avaient déjà eu des idées suicidaires.

Les statistiques suivantes concernant les appels reçus par la police relativement à des suicides ou à des activités parasuicidaires à Pikangikum nous ont été fournies par la Police provinciale de l'Ontario⁴¹.

Année	Suicides	Tentatives de suicide
2001	8	35
2002	3	17
2003	7	40
2004	4	27
2005	5	41
2006	6	48
2007	10	98
2008	7	78
2009	8	97
Total	58	481

⁴¹ Police provinciale de l'Ontario, octobre 2010.

Le tableau suivant illustre la proportion des suicides de jeunes à Pikangikum dans l'ensemble des suicides de jeunes en Ontario, de 2006 à 2008 :

Année	Nombre total de suicides en Ontario (tous âges confondus)	Suicides de 0 à 18 ans	Suicides à Pikangikum (0 à 18 ans)	% des suicides de Pikangikum dans le nombre total de suicides en Ontario pour la tranche d'âge de 0 à 18 ans.
2006	1 109	39	4	10,2 %
2007	1 121	53	8	15,1 %
2008	1 074	36	4	11,1 %

Source : Bureau du coroner en chef

B8. Observations finales

Ces statistiques permettent de dégager une tendance à la fois frappante et alarmante. Malgré une population d'environ 2 400 personnes à Pikangikum par rapport à une population de 13 069 182 personnes en Ontario⁴², la proportion des suicides chez les jeunes Ontariens survenus à Pikangikum est incroyablement élevée. Ces statistiques sont une aberration et devraient servir de signal d'alarme pour que l'Ontario mette sur pied un plan et une stratégie pour régler le problème du taux de suicide élevé au sein de la Première nation de Pikangikum. Les fournisseurs de soins de santé doivent être en mesure d'établir quelles sont les collectivités où le taux de suicide est le plus élevé afin d'être en mesure d'élaborer des plans d'intervention.

⁴² <http://www.fin.gov.on.ca/fr/economy/ecupdates/factsheet.html>

PARIE C. LA SANTÉ À PIKANGIKUM

C1. Introduction

Le fonctionnement du système de prestation des soins de santé des collectivités des Premières nations de la zone de Sioux Lookout, comprenant Pikangikum, est assuré par divers fournisseurs, tant fédéraux que provinciaux, qui travaillent la plupart du temps en vase clos. Le manque d'intégration des services est un facteur clé qui réduit les possibilités d'obtenir des résultats positifs.

« Le système fédéral de prestation des soins de santé aux membres inscrits des Premières Nations ressemble à un collage de programmes de santé publique au sein duquel on retrouve une obligation limitée de rendre des comptes, une prestation fragmentée et une ambiguïté des juridictions .⁴³ »

Lors de notre séjour à Pikangikum, nous avons effectué l'examen du système de prestation des soins de santé au moyen d'entrevues avec les membres du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), de la Sioux Lookout Health Authority, des Nodin Child and Family Intervention Services, de la Pikangikum Health Authority et du poste de soins infirmiers ainsi qu'avec des fournisseurs de soins primaires, secondaires et tertiaires actifs dans la collectivité.

C2. Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Ouest

Le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Ouest s'occupe d'une population de 232 135 personnes, dont 19 % d'Autochtones. La population autochtone est vulnérable; « ... ses membres présentent un taux de maladie élevé, ils vivent souvent dans des collectivités très éloignées et ils sont confrontés à des barrières linguistiques et culturelles qui limitent leur accès aux services de santé⁴⁴. » Avec 676 décès par 100 000 personnes, le RLISS du Nord-Ouest enregistre un taux de mortalité plus élevé que le reste de la province, pour lequel la moyenne se situe à 559 décès par 100 000 personnes. Il faut aussi noter que l'espérance de vie y est de deux ans plus courte, tant pour les femmes que pour les hommes. Le RLISS du Nord-Ouest doit relever les défis suivants en matière de soins de santé :

- Le vieillissement de la population.
- Le nombre de chômeurs élevé et en croissance.
- Le lourd fardeau des maladies chroniques et autres;
- Les mauvaises conditions socioéconomiques;
- Le mauvais état de santé général⁴⁵.

Il y a 24 postes de soins infirmiers au sein du RLISS du Nord-Ouest. L'un d'eux se trouve à Pikangikum.

Le Plan d'intégration des services de santé est un plan établissant les priorités du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. L'une de ces priorités est d'améliorer les services de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Au moment d'établir ses orientations stratégiques, le RLISS a souligné que « l'intégration et la refonte du système de santé⁴⁶ » [traduction] était un facteur de succès déterminant. À cette fin, le RLISS du Nord-Ouest a réalisé un inventaire des services et programmes de santé offerts aux Autochtones⁴⁷.

⁴³ Reading, LP., et Wien, F., *Inégalités en matière de déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009, p. 15.

⁴⁴ *Plan de services de santé intégrés*, RLISS du Nord-Ouest, 2010-2013, p. 9.

⁴⁵ Ibid., p. 10.

⁴⁶ « Leading Health System Transformation in Our Communities », *2010-2013 North West LHIN Strategic Directions*, juin 2010, RLISS du Nord-Ouest, p. 23.

⁴⁷ *Aboriginal Health Programs and Services Inventory*, RLISS du Nord-Ouest, juin 2010.

C3. Sioux Lookout First Nation Health Authority (SLFNHA)

La Sioux Lookout First Nation Health Authority (SLFNHA) administre le Anishnawbe Health Plan, un projet visant à faire en sorte que le système de santé dans la zone de Sioux Lookout relève entièrement des Premières nations⁴⁸.

Sa mission est la suivante :

- « Améliorer la santé des gens de notre peuple au moyen de la promotion de la santé et de la prévention des maladies;
- Soutenir nos collectivités afin de veiller à ce que des professionnels qualifiés des Premières nations leur fournissent des soins de qualité;
- Offrir des services spécialisés et régionaux qui ne sont pas offerts par les collectivités et les conseils de bande. » [traduction]

La continuité des soins a toujours été un défi de taille pour les collectivités des Premières nations. Autrefois, il y avait divers regroupements de médecins, offrant des services à leur manière à des tarifs différents. Par exemple, la Sioux Lookout Zone Family Physicians' Association offrait des services environ cinq jours par mois et seulement aux patients sortant des réserves pour être admis au Meno-Ya-Win Health Centre. Un autre groupe, AMDOCS, du Manitoba, offrait des services dans la collectivité jusqu'à 25 jours par mois aux membres de l'Independent First Nations Alliance (IFNA), dont Pikangikum, mais n'assurait pas le suivi des soins si ses clients étaient transférés en dehors de la réserve pour être admis dans un centre de santé. Un troisième groupe, Hugh Allen Group Physicians, était basé à Sioux Lookout et fournissait des soins aux habitants de la localité; on lui demandait de plus en plus d'accepter des patients transférés des réserves par d'autres groupes de médecins, comme AMDOCS. Le dilemme du patient orphelin qui tourmente les établissements de santé partout en Ontario est également bien présent dans le Nord.

La SLFNHA offre, ou offrira bientôt, les services suivants dans la zone de Sioux Lookout :

- Services de santé
Les services de santé envisagent la création d'un système régional unifié de soins de santé primaires relevant entièrement des Premières nations. Un des objectifs est de fournir un meilleur accès aux services de santé dans les collectivités et d'améliorer la qualité de ces services. Récemment, la SLFNHA a négocié et obtenu la prestation de services d'urgence et de services aux malades hospitalisés 24 heures sur 24 à l'hôpital Meno-Ya-Win. De nouvelles initiatives permettront la création d'un dossier médical électronique unifié, le développement du système de santé publique avec l'aide des collectivités des Premières nations et la mise sur pied d'un modèle en matière de soins dentaires.
- Programme de contrôle et de surveillance de la tuberculose
- Programme canadien de nutrition prénatale
- Programme de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle
Le programme de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle vient en aide aux adultes et jeunes vivant avec une déficience développementale, des problèmes de santé mentale ou des troubles du comportement. Dans le cadre de ce programme, la SLFNHA collabore avec le Community Living Sioux Lookout and Surrey Place Centre, une équipe clinique multidisciplinaire comprenant un psychiatre, une infirmière psychiatrique, des psychologues, des spécialistes du comportement, des experts de la parole et du langage et un ergothérapeute. Ce programme est financé par le ministère des Services sociaux et communautaires et est venu en aide à 59 patients de 14 collectivités des Premières nations en 2008-2009. Pikangikum n'était pas une des collectivités profitant de cette ressource.
- Programme de télémédecine
La SLFNHA a collaboré avec KO Telemedicine afin de soutenir l'adoption et l'utilisation de la télémédecine pour servir ses clients dans les collectivités.
- Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits
Ce système permet de recueillir et de conserver des données sur l'immunisation au sein de 29 collectivités des Premières nations.
- Nodin Child and Family Intervention Services

⁴⁸ Sioux Lookout First Nations Health Authority, *Annual Report*, 2008-2009, p. 4.

- Programmes de services à la clientèle
Services non médicaux aux clients des Premières nations se déplaçant à Sioux Lookout pour des rendez-vous. Ces services comprennent le transport terrestre, le service de courrier et de navette, les chambres d'hôtel ou les logements privés, les services de soutien au client ou la défense des droits et la coordination des activités.

Lors d'une entrevue avec M. James Morris, directeur administratif de la SLFNHA, celui-ci nous a confié qu'une des prochaines initiatives de la SLFNHA prévoyait la construction d'un nouveau centre d'hébergement à proximité du nouvel hôpital. Ce centre sera pourvu de 100 lits et servira de lieu d'hébergement et de centre d'accueil pour les patients du Nord. En février 2009, la SLFNHA a organisé une rencontre de trois jours avec des représentants de 33 collectivités des Premières nations pour discuter des problèmes d'abus de médicaments sur ordonnance. Cela a permis d'établir une stratégie d'action locale et régionale.

La SLFNHA offrait des services communautaires et spécifiques à Pikangikum. Un programme de rétablissement des familles financé par l'intermédiaire de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones a été offert à trois reprises à Pikangikum en 2010. À chaque occasion, de quatre à cinq familles constituées de 10 à 20 personnes ont suivi ce programme de trois semaines donné par des animateurs.

Un autre programme résolument novateur commandité par la SLFNHA et financé par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada consistait à assurer la formation de deux membres de la collectivité de Pikangikum à Thunder Bay pendant deux ans afin d'obtenir un diplôme en santé mentale en milieu communautaire. Ces deux personnes ont obtenu leur diplôme en mai 2010 et sont actuellement de retour dans leur collectivité, où elles offrent leurs services à temps plein à Pikangikum. La Pikangikum Health Authority a désigné ces deux nouveaux diplômés pour travailler auprès des jeunes de moins de 17 ans. Ils font partie de l'équipe de Nodin et reçoivent toutes les formations et mises à jour professionnelles nécessaires, portant notamment sur la supervision et l'imputabilité, afin d'offrir le meilleur service possible.

Un des éléments clés dans la gestion de la santé mentale des enfants de Pikangikum était le manque de conseillers qualifiés. Cette situation s'est récemment nettement améliorée comme nous l'avons expliqué ci-dessus. Cependant, les enfants de Pikangikum sont aux prises avec une grande variété de problèmes de santé mentale, de dépendance et, probablement, de problèmes développementaux. La SLFNHA entend intégrer les services dans le cadre du Anishnawbe Health Plan. Un des éléments clés de la réussite de cette initiative sera l'intégration de la gestion de cas pour ces enfants, pour que tous les problèmes de santé mentale et les besoins afférents en matière de santé, comme les troubles développementaux, soient reconnus, traités, intégrés et communiqués à tous les intervenants.

C4. Sioux Lookout Regional Physicians' Services Inc.

Sioux Lookout Regional Physicians' Services Inc. (SLRPSI), organisme nouvellement créé, regroupe tous les médecins de premier recours, qui partagent maintenant la responsabilité de tous les patients se présentant à l'urgence et administrent un programme d'hospitalistes fournissant des soins aux patients après leur admission. L'organisme est dirigé par un conseil d'administration de neuf personnes, dont trois représentants des Premières nations, trois membres de l'hôpital Meno-Ya-Win et trois représentants des médecins. Parmi les médecins représentés, AMDOCS fournit cinq années-personnes (AP), la Hugh Allan Clinic en fournit sept et le Northern Physician Group, dix. SLRPSI est un fournisseur indépendant de services médicaux et son conseil d'administration veillera à ce que les services soient équilibrés en fonction des besoins des collectivités et des hôpitaux, à ce que les médecins participants soient payés de façon équitable et à ce que les gens rendent des comptes sur les services médicaux de la région de Sioux Lookout et en assurent la supervision.

Cela représente un pas en avant vers la prestation de services uniformes pour les Premières nations de la zone de Sioux Lookout.

C5. Sioux Lookout Meno-Ya-Win Health Centre (SLMHC)

Le Sioux Lookout Meno-Ya-Win Health Centre (SLMHC) a été fondé en 2002 et était le tout premier hôpital des Premières nations de l'Ontario. Sa création a nécessité la conclusion d'une entente quadripartite entre Santé Canada, le gouvernement provincial, la Nishnawbe Aski Nation et la municipalité de Sioux Lookout. Son mandat, et engagement ferme, est de répondre « ... aux besoins uniques et importants des Premières nations, incluant l'intégration de la guérison, de la médecine et des aliments traditionnels à la programmation du SLMHC ... ». ⁴⁹ [traduction]

L'hôpital dessert une zone plus vaste que tout autre hôpital en Ontario. Il fournit des services à environ 30 000 personnes dans 32 collectivités établies dans une zone de 385 000 km², soit un tiers de la superficie terrestre de l'Ontario. Son personnel offre des soins d'urgence, des services de médecine obstétrique et pédiatrique, des services de chirurgie et des services de diagnostic et de thérapie. Les soins spécialisés sont prodigués à Thunder Bay et à Winnipeg. Le personnel de l'hôpital a comme mandat de faire de l'établissement un centre d'excellence en matière de soins de santé aux Autochtones. Ses membres ont publié de nombreux articles portant sur le sujet dans des journaux spécialisés ⁵⁰.

Le SLMHC a récemment inauguré un nouvel établissement. Celui-ci compte 60 lits, dont huit sont réservés à des cas de soins continus complexes. Il existe également un centre de soins prolongé de 20 lits qui traite chaque année 30 000 patients externes, emploie 300 personnes et administre deux établissements.

Sur le plan des soins psychiatriques, le SLMHC ne traite pas les patients suicidaires admis en cure obligatoire, conformément à la *Loi sur la santé mentale*, mais accepte les patients en cure volontaire dans son service de médecine générale. Le 1^{er} avril 2011, on a annoncé l'ouverture prochaine de cinq lits de sevrage.

Ces renseignements nous ont été donnés par Mme Helen Cromarty, conseillère spéciale en santé des Premières nations, Mme Barb Linkewich, vice-présidente des services de santé, le Dr Bob Minty, médecin, et le Dr Terry O'Driscoll, médecin-chef.

Il y a actuellement un seul psychiatre pédiatrique pour l'ensemble du Nord-Ouest de l'Ontario. D'autres services de psychiatrie pédiatrique sont fournis par le Programme ontarien de télépsychiatrie pour les enfants et les jeunes (financé par le MSEJ) et par des psychiatres itinérants. Des lits de l'annexe 1, destinés aux patients admis obligatoirement à l'hôpital en raison de la sévérité de leur maladie, comme les patients à risque élevé de suicide ou avec d'importants troubles mentaux, sont disponibles à Thunder Bay et à l'hôpital de district Lake of the Woods à Kenora. L'hôpital de district Lake of the Woods offre des services de consultation psychiatrique interne et externe 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, dont des services d'urgence pour les 12 ans et plus, dans la ville de Kenora ⁵¹.

De plus, le Thunder Bay Regional Health Sciences Centre (TBRHSC) administre son propre programme de soins en santé mentale. « La mission des services de soins actifs en santé mentale pour adultes dans cet établissement de l'annexe 1 est de fournir des soins intensifs internes et externes comprenant des services d'urgence, l'évaluation des malades hospitalisés pour une courte durée, l'évaluation, la stabilisation et le traitement à court terme des patients hospitalisés, la planification des sorties, les soins aux malades externes et des services de consultation, d'éducation, de coordination et d'intégration. Le TBRHSC accueille aussi une unité indépendante de soins de santé mentale aux enfants et adolescents pour malades hospitalisés au sein de ses services pédiatriques. Ce programme spécialisé a pour objectif de traiter les jeunes de 10 à 17 ans aux prises avec de graves et complexes troubles de santé mentale ⁵². » [traduction]

⁴⁹ Sioux Lookout Meno-Ya-Win Health Centre; *A backgrounder*, First Nations Services, 23 juillet, 2004, p. 1.

⁵⁰ Meno-Ya-Win Health Centre, *Research Compilation*, 2007-2009.

⁵¹ http://www.google.ca/search?hl=en&source=hp&q=lake+of+the+woods+district+hospital&meta=&aq=1&aqi=g10&aql=&oq=lake+of+the+w&gs_rfai=

⁵² http://www.tbrhsc.net/programs_&_services/mental_health.asp.

Le Dr Peter Braunberger, pédopsychiatre de Thunder Bay, a fait part de ses inquiétudes relativement à la prestation des services de psychiatrie pédiatrique. Il a mentionné plus particulièrement le manque de continuité des soins comme étant un grave problème existant entre :

- l'hôpital et les collectivités;
- Thunder Bay et les régions;
- la psychiatrie pédiatrique et la psychiatrie pour adultes;
- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) et leurs mandats respectifs, dans la prestation des services de psychiatrie pédiatrique.

Le Dr Braunberger estime que les facteurs clés de la réussite des programmes de santé mentale pédiatrique sont les suivants :

- Des programmes efficaces destinés aux enfants.
- La présence accrue de conseillers qualifiés en santé mentale dans les collectivités.
- L'amélioration des compétences des médecins de premier recours afin de leur donner une plus grande marge de manœuvre.
- L'intégration des services en santé mentale avec un modèle de prestation des services axé sur le travail d'équipe.
- La reconnaissance des infirmières praticiennes et des médecins comme des partenaires clés dans la conception et la prestation des services.
- L'élaboration d'une stratégie d'extension des services pour enfants dans le Nord de l'Ontario.
- Le recours plus fréquent à la télépsychiatrie.

C6. Pikangikum Health Authority (PHA)

La Pikangikum Health Authority (PHA) relève de la bande des Premières nations, du Chef et du Conseil et d'un conseil d'administration constitué de trois aînés. Elle est dirigée par un directeur administratif et des directeurs de la santé, chacun s'occupant d'une gamme de soins différente. Bien qu'il y ait en ce moment une évidente pénurie de programmes opérationnels donnant des résultats mesurables en matière de santé mentale chez les enfants et les jeunes, l'avenir est prometteur du côté de la PHA. Le directeur administratif de la PHA a récemment été nommé coprésident du comité nommé Pikangikum Social Health, Education and Elders Committee, créé en mars 2010. Ce groupe de travail compte en son sein des représentants d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, des Tikinagan Child and Family Services, du ministère des Affaires autochtones, des Nodin Child and Family Intervention Services et de la Sioux Lookout and First Nations Health Authority. Ce groupe se rencontre généralement tous les deux mois à Thunder Bay pour discuter d'un ordre du jour dressé à Pikangikum. Le comité a été formé à la demande de la PHA, à la suite de la visite faite par celle-ci dans une collectivité des Premières nations de Prince Albert en août 2008. Ce comité cherche à mettre sur pied un système de services de santé intégrés fondé sur les pratiques adoptées par la Nation crie Peter Ballantyne en Saskatchewan. Ce comité est sans aucun doute un élément positif et prometteur.

Programmes opérationnels

La Pikangikum Health Authority administre cinq programmes très importants :

1. Programmes communautaires :
 - Santé mentale et dépendances
 - Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale
 - Initiative de lutte contre le diabète chez les Autochtones et santé des mères et des enfants
2. Soins de santé primaires
3. Services de santé non assurés
4. Entretien et sécurité des infrastructures
5. Stratégie de développement social

L'objet du présent rapport est le décès de 16 jeunes par suicide. Ainsi, l'examen des programmes communautaires se concentre sur la santé mentale et les dépendances. Ces services sont dispensés par cinq canaux principaux :

1. Travailleurs en santé mentale
2. Youth Patrol
3. Intervenante en matière d'abus de solvants
4. Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) - Volet communautaire
5. Équipe de crise

1. Travailleurs en santé mentale

Quatre travailleurs en santé mentale sont actifs dans la collectivité depuis juin 2010. Deux d'entre eux travaillent au centre communautaire, où ils accueillent des jeunes de moins de 17 ans. Les deux autres accueillent leurs clients au poste de soins infirmiers. Les deux travailleurs s'occupant des jeunes sont employés par Nodin. Les autres sont employés par la PHA. Au centre communautaire, on peut depuis mars 2010 parler à un psychologue de Kenora par vidéoconférence.

L'ajout de deux professionnels qualifiés en santé mentale membres de la collectivité, qui résident dans la collectivité et ont été formés dans un collège pendant deux ans, est un atout de grande valeur. Ils remplissent, en partie, un vide qui existait dans les mesures déployées pour répondre aux besoins des jeunes. On s'attend à ce que l'avenir des jeunes soit désormais plus positif. Ce projet est très prometteur pour la collectivité. Le nombre de clients augmente avec l'aide des Tikinagan Child and Family Services et de la police.

2. Youth Patrol

La Pikangikum Youth Patrol est financée par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. En date d'octobre 2010, elle n'était pas active. Cette équipe offre aux jeunes un soutien par les pairs. Aussi, depuis les années 1990, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada lui fournit un financement annuel.

3. Intervenante en matière d'abus de solvants

En ce moment, l'intervenante en matière d'abus de solvants travaille à temps partiel. Les enfants et les jeunes qui inhalent des solvants doivent tout d'abord reconnaître leur problème avant d'être traités. C'est un obstacle important pour ceux qui veulent offrir des soins à ceux qui en ont besoin. La titulaire du poste ne voit généralement que les clients référés par un médecin ou une infirmière. Sa principale fonction est de remplir les formulaires pour avoir accès aux programmes de traitement fédéraux offerts à l'extérieur de la collectivité. Dans la collectivité, on retrouve un très grand nombre (inconnu) de jeunes qui inhalent des solvants. Récemment, les filles de 3^e et 4^e année ont rempli un sondage qui a révélé que 27 % d'entre elles avaient déjà inhalé des vapeurs d'essence. Il n'existe aucun mécanisme officiel d'identification des enfants et jeunes « à risque ». Ceux-ci peuvent être identifiés par la police ou les Tikinagan Child and Family Services, ou être référés par le poste de soins infirmiers.

4. Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) - Volet communautaire⁵³

Le PNLAADA est un programme financé par Santé Canada dont l'objectif est d'offrir des services de prévention, d'intervention, de postcure et de suivi aux gens ayant un problème d'abus d'alcool ou de drogues. Parmi les stratégies de prévention, on note « des programmes adaptés à la culture et axés sur l'éducation et la sensibilisation aux toxicomanies et aux modes de vie sains sans dépendances⁵⁴ ». L'intervention permet de réaliser une évaluation en vue de l'aiguillage vers un centre de traitement. Le programme comprend aussi la prestation de services de consultation externes et de counseling à court terme en cas de crise. Son objectif principal est de réduire l'incidence de l'abus d'alcool et d'autres drogues. Les compétences exigées des fournisseurs varient en fonction des services offerts.

À Pikangikum, rares sont les adultes, s'il y en a, qui demandent de l'aide de ce genre.

Une grande partie des enfants concernés par cet examen des décès sont issus de famille au sein desquelles les parents étaient aux prises avec de graves problèmes d'alcoolisme. Le Bureau du

⁵³ *Santé des Premières nations et des Inuits - Recueil des programmes*, Santé Canada, Mars 2007, p. 13.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 12.

coroner en chef a appris qu'à Pikangikum, les adultes ne demandent de l'aide que lorsqu'ils doivent passer en cour, principalement pour donner l'impression, devant le juge, de se prendre en main et de lutter contre leur dépendance.

5. Équipe de crise

Cette équipe est financée dans le cadre de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones.

Elle offre un soutien logistique en cas de crise, comme le suicide d'un jeune. Dans de telles circonstances, le soutien offert consiste à préparer à manger pour la famille éplorée, assurer son transport et s'occuper des tâches ménagères ou de tout autre aspect nécessitant une aide.

C7. Défis

Le personnel de la Pikangikum Health Authority a relevé plusieurs éléments sources d'inquiétudes. Les voici :

1. L'absence d'intégration des services.
2. La difficulté de trouver des établissements prêts à recevoir les malades devant être traités en dehors de leur collectivité.
3. Le manque de professionnels qualifiés pouvant fournir des soins dans la collectivité.
4. La difficulté de recevoir des services de qualité fournis par des personnes retenues pour veiller au bon déroulement des programmes.
5. Le manque de programmes de santé mentale pour enfants.
6. Le suicide chez les jeunes.
7. L'épidémie d'abus de solvants chez les enfants et les jeunes.
8. La dépendance envers les Tikinagan Child and Family Services pour les services de santé mentale.
9. Un manque généralisé de programmes en matière de santé mentale pour tous les âges au sein de la collectivité.
10. L'épuisement professionnel des travailleurs en santé mentale.
11. Les difficultés rencontrées pour remplir des formulaires donnant accès aux programmes financés par le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial.

C8. Récentes réussites

Plusieurs initiatives récentes représentent un pas vers l'avant et sont très prometteuses. Les voici :

- La mise sous contrat d'AMDOCS pour fournir des soins de santé primaires dans la collectivité. Après six mois d'activité, tous les patients en attente de voir un médecin avaient été traités⁵⁵.
- La création du Pikangikum Social Health, Education and Elders Committee.
- Les deux membres de la collectivité envoyés au collège pour obtenir un diplôme en santé mentale qui vivent actuellement dans la collectivité et offrent leurs services à temps plein aux jeunes.
- L'ajout récent des services de vidéoconférence pour communiquer avec des psychologues hors de la collectivité.
-

C9. Programme communautaire de lutte contre l'abus de solvants

La Première nation de Pikangikum est aux prises avec des problèmes d'abus de solvants depuis environ 1990. En 1997, on y a relevé 147 personnes aux prises avec ces problèmes⁵⁶. On estime que le nombre actuel est nettement plus élevé.

⁵⁵ <http://www.wawataynews.ca/node/12374>

⁵⁶ Macfadden, L., Première nation de Pikangikum, *Land Based Traditional Healing Program Proposal*, 1997/98, soumis à la Direction générale des services médicaux de Santé Canada, région de l'Ontario, décembre 1997.



Illustration 2. Pancarte apposée sur l'immeuble dans lequel se déroulent les séances du conseil, Première nation de Pikangikum, 6 mars 2010.

Un programme communautaire de lutte contre l'abus de solvants est offert à Pikangikum depuis plusieurs années. Ses principaux objectifs sont les suivants :

- Se pencher sur les besoins des jeunes en matière de santé.
- Favoriser l'apprentissage par les jeunes des techniques de guérison et autres pratiques traditionnelles, auprès des aînés et dans un cadre traditionnel.
- Contribuer à la restauration du bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel des jeunes au moyen de pratiques traditionnelles.
- Soutenir la collectivité du client⁵⁷.

En 1998, le fondateur et directeur du programme, M. Lachie Macfadden, C.M., a écrit ce qui suit au Chef et au Conseil de Pikangikum :

« La lutte que nous menons contre l'abus de solvants à Pikangikum ne fait que commencer. Il s'agit d'un problème de seconde génération au moins. De nombreux adultes que j'ai rencontrés m'ont avoué avoir eu des problèmes d'abus de solvants dans leur jeunesse. Beaucoup d'entre eux ont reconnu avoir eu des problèmes graves et avoir consommé des solvants pendant plusieurs années. Le réel danger vient du fait que bon nombre de ces parents estiment que l'abus de solvants ne leur a pas causé de torts. Ils sont beaucoup à croire que le problème n'est pas si répandu à Pikangikum et que cela ne concerne que quelques enfants. Certains adultes ont même tendance à en rire en se remémorant leurs propres "histoires de guerre", relatant avec amusement ce qui leur est arrivé quand ils étaient intoxiqués aux vapeurs d'essence. Certains pensent qu'il suffit de laisser les enfants tranquilles, qu'ils arrêteront de consommer avec le temps. Ils estiment qu'intervenir ferait courir de plus grands risques à ces jeunes.

De toute évidence, l'inhalation de vapeurs d'essence est en quelque sorte vue comme un " rite de passage", c'est-à-dire quelque chose que l'on fait naturellement à un moment de sa vie, comme se saouler ou faire l'amour pour la première fois. Ils pensent qu'inhaler des vapeurs d'essence ne fait pas de mal et que tout le monde le fait au moins une fois dans sa vie. Si on laisse les jeunes tranquilles, ils vont passer à autre chose avec le temps » [traduction]

M. Lachie Macfadden dirige le programme communautaire de lutte contre l'abus de solvants de Pikangikum depuis plusieurs années. Ce programme est offert dans un chalet de 110 m² situé de l'autre côté du lac Pikangikum. En trois ans, 235 jeunes se sont inscrits au programme, dont 135 enfants de moins de 12 ans.

Le programme est fondé sur une intervention rapide à court terme. Ce camp est ouvert toute l'année, à l'exception des périodes d'englacement et de dégel. On y a recours à un cercle de partage, et 90 % des jeunes inscrits au programme inhalent des vapeurs d'essence ou ont un problème d'abus d'alcool.

⁵⁷ Ibid., p.6.

M. Macfadden rapporte que les jeunes aux prises avec un problème d'abus de solvants sont victimes de discrimination à l'école. Les autres jeunes font en sorte qu'ils se sentent différents des autres. Voici quelques thèmes qui ressortent des discussions avec ces jeunes :

- La perte d'amis (suicides)
- Le deuil
- L'abus d'alcool et la violence à la maison
- L'impression d'être mal aimé et non désiré
- Inhaler pour « rendre la pareille » aux parents
- Boire, c'est « démodé »; inhaler, c'est mieux vu

Ils se lient d'amitié et se tiennent en groupe avec d'autres jeunes qui inhalent des solvants.

Le programme dure 12 jours, et est donné par quatre travailleurs qui s'occupent de huit jeunes par rotation. Les enfants et jeunes sont âgés de 8 à 18 ans. On leur assigne des rôles traditionnels, incluant des tâches attribuées par rotation. Ces tâches consistent en diverses activités dont le dessin, l'écriture, des activités traditionnelles en plein air, des sentiers de piégeage, la coupe de bois, le bricolage, un cercle de partage, le hockey, le ballon-balai et le volley-ball.

Des aînés participent aussi au programme. Une fois le programme complété, de 95 % à 100 % des enfants et jeunes reprennent l'inhalation une fois de retour chez eux. Ils retrouvent à leur arrivée les mêmes conditions qui prévalaient avant leur départ. Après le programme, les jeunes ont de la difficulté à se réintégrer à leurs cercles d'amis et les parents ne les épaulent pas. Ce programme sert en quelque sorte de répit en attendant que les jeunes soient placés dans des programmes de traitement en dehors de la collectivité. L'abus de solvants est une dépendance très difficile à surmonter. À l'âge de 18 ans, les jeunes se tournent vers l'alcool.

Le programme a été interrompu à Noël 2009 en raison d'un manque de fonds. Ces fonds provenaient auparavant de l'INAC. Le programme a repris en 2010, mais il est à la recherche d'une source durable de financement. Le financement pour la période de 2009 à 2011 a été fourni par Santé Canada.

C10. Poste de soins infirmiers

Activités de base

Le poste de soins infirmiers est ouvert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et possède une équipe de neuf infirmières à temps plein. Les infirmières sont engagées au nom de Santé Canada.

Les médecins sont engagés par l'intermédiaire d'une entreprise nommée AMDOCS. Ce service est actuellement offert aux collectivités de l'Independent First Nation Alliance (IFNA) dans les Premières nations de Pikangikum, Kitchenuhmaykoosib et Muskrat Dam. Par le passé, à Pikangikum, les services de médecins étaient offerts dans le cadre de programmes d'extension des services; un médecin de famille venu d'une localité comme Sioux Lookout rendait visite à la collectivité quelques jours par mois ou une semaine à la fois. La First Nation Family Physician Health Services Branch de l'Independent First Nations Alliance (IFNA) engage AMDOCS sous contrat depuis trois ans⁵⁸.

Les médecins sont présents dans la collectivité 25 jours par mois et après les heures d'ouverture au besoin.

Les membres du personnel du poste de soins infirmiers ont souligné que les personnes suicidaires se présentent rarement à eux pour obtenir de l'aide. De plus, lorsque les patients en crise se présentent, on peut difficilement accéder aux soins requis dans la collectivité.

Thèmes

Les principaux thèmes qui ressortent des discussions avec les infirmières du poste de soins infirmiers sont les suivants :

⁵⁸ <http://www.wawataynews.ca/node/12374>.

- La collectivité a perdu sa culture.
- Il y a deux générations de parents qui ne possèdent pas de compétences parentales.
- Les parents sont sous l'influence de l'alcool ou de drogues; il n'y a rien à manger à la maison; les enfants ont faim et sont en détresse.
- Dans le cas des personnes qui demandent des soins en santé mentale, il existe d'importants problèmes de confidentialité et les malades sont l'objet de moqueries et d'intimidation.
- L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) est un problème sans doute très répandu dans la collectivité.
- Il y a moyen d'améliorer les services fournis dans le cadre du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA).

La question de l'inceste ou des agressions sexuelles chez les jeunes filles de 10 à 12 ans a été soulevée par un médecin rencontré. Bien que ce dernier n'ait pas été en mesure de nous fournir des données vérifiables, il estime cependant que ce problème peut jouer un rôle dans l'épidémie de suicides. Selon un sondage réalisé dans les Territoires du Nord-Ouest, « ...80 % des filles et 50 % des garçons de moins de 8 ans ont été victimes d'agressions sexuelles⁵⁹. » [traduction] Ce sondage concernait uniquement les Premières nations des Territoires du Nord-Ouest.

Hospitalisation théorique d'un jeune au comportement suicidaire

Si un jeune était amené au poste de soins infirmiers en raison de ses idées suicidaires, les infirmières feraient l'évaluation des risques, détermineraient si le jeune est sous l'influence de l'alcool ou de solvants, tenteraient de communiquer avec d'autres intervenants, comme une société d'aide à l'enfance, et tenteraient d'établir la capacité de soutien et de suivi au sein de la famille du jeune. Ensuite, on communiquerait sûrement avec un médecin et le soutien téléphonique serait offert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Dans le cas où le jeune serait sous l'influence de l'alcool ou de solvants, il serait placé dans une cellule au poste de police pour la nuit jusqu'à ce qu'il soit sobre. Ensuite, on le ramènerait au poste de soins infirmiers pour une réévaluation. Les infirmières nous ont dit qu'une fois sobres, les jeunes arrêtent généralement de faire part d'idées suicidaires.

Dans le cas où le jeune serait sobre, qu'on relèverait de nombreux facteurs de risque et qu'il aurait été surpris lors d'une tentative évidente de suicide (p. ex., la corde au cou), l'hospitalisation pourrait être nécessaire. Si le jeune coopérait et donnait son accord à l'hospitalisation, celle-ci pourrait être organisée en collaboration avec un hôpital de Sioux Lookout.

Par contre, si le jeune ne collaborait pas et refusait l'hospitalisation, un médecin devrait alors remplir un Formulaire 1 en vertu de l'article 15 de la *Loi sur la santé mentale* pour demander une hospitalisation involontaire⁶⁰. Ensuite commencerait la recherche d'un lit de l'annexe 1 en vue d'un traitement par un psychiatre. Ce traitement pourrait avoir lieu à Thunder Bay ou à Kenora.

Les difficultés relatives à l'hospitalisation d'un jeune de Pikangikum sont nombreuses. Le transport doit être autorisé avant le transfert du jeune par le programme des Services de santé non assurés (SSNA). Ce programme prévoit « le transport pour des services médicaux non disponibles dans les réserves ou dans la collectivité de résidence⁶¹ ». On nous a rapporté que, parfois, les SSNA refusent des demandes de financement pour le transport de certains patients. La Nishnawbe Aski Nation a indiqué que l'Assemblée des Premières Nations a adopté en décembre 2010 une résolution demandant la révision de la politique de transport pour raison médicale des SSNA. Il se peut qu'une personne doive accompagner le patient, auquel cas il faudrait la trouver. Le patient et son accompagnateur devraient ensuite prendre l'avion jusqu'à la ville où l'hôpital se trouve.

L'hospitalisation des jeunes Autochtones aux prises avec de graves problèmes psychiatriques à l'extérieur des collectivités des Premières nations est un chemin parsemé d'embûches comparativement à l'accès aux soins dans le Sud de l'Ontario.

⁵⁹ Brown, Ian. *Main Problem Areas in Aboriginal Mental Health*, www.niichro.com/mental%health/men_2.html.

⁶⁰ Loi sur la santé mentale, L.R.O. 1990.

⁶¹ *Santé des Premières nations et des Inuits : Recueil de programmes*, Santé Canada, Mars 2007, p. 59.

C11. Relation avec le gouvernement fédéral

La nature de la relation du gouvernement fédéral avec les Premières nations est complexe et dépasse le cadre du présent examen des décès par suicide. Les renseignements qui suivent visent à aider le lecteur à acquérir une compréhension générale du mandat d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada.

« Le dynamisme et l'autosuffisance des Autochtones, des résidents du Nord et de leurs collectivités profitent au bien-être socioéconomique du Canada.

À INAC, nous tendons vers un idéal où les collectivités inuites, métisses, nordiques et des Premières nations sont saines, sécuritaires, autosuffisantes et prospères. Nous rêvons d'un Canada où les gens prennent leurs propres décisions, gèrent leurs propres affaires et contribuent largement au bien-être du pays dans son ensemble.

Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (INAC) soutient les Autochtones (Premières nations, Inuits et Métis) et les résidents du Nord dans leurs efforts pour :

- *améliorer leur bien-être social et leur prospérité économique;*
- *établir des collectivités saines et plus durables;*
- *participer plus pleinement au développement politique, social et économique du Canada - au bénéfice de tous les Canadiens.*

INAC est l'un des ministères fédéraux responsables d'aider le gouvernement à respecter ses obligations et ses engagements envers les Premières nations, les Inuits et les Métis ainsi qu'à remplir ses responsabilités constitutionnelles dans le Nord. Ses responsabilités sont largement établies par un grand nombre de textes législatifs, d'accords négociés et de décisions légales. La plupart des programmes d'INAC, qui comptent pour la majorité de ses dépenses, sont exécutés dans le cadre de partenariats avec des collectivités autochtones ou d'accords fédéraux provinciaux ou fédéraux territoriaux.

Le mandat d'INAC et son éventail de responsabilités sont marqués par plusieurs centaines d'années d'histoire et par des défis démographiques et géographiques uniques. Le Ministère est l'un des 34 ministères et organismes fédéraux qui participent à la prestation de programmes et de services destinés aux Autochtones et aux résidents du Nord.

Qui peut se prévaloir des programmes et services?

La réponse se trouve dans la Loi sur les Indiens. Celle-ci définit un Indien comme une « personne qui, conformément à la présente loi, est inscrite à titre d'Indien ou a droit de l'être. » Pour être admissible aux avantages prévus dans la Loi sur les Indiens, il faut qu'une personne soit inscrite au Registre des Indiens maintenu par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC). On utilise le terme « Indien inscrit » pour désigner une personne reconnue par le gouvernement comme étant inscrite aux termes de la loi. »⁶²

Rôles des gouvernements fédéral et provincial

Le gouvernement fédéral

Aux termes de la *Loi constitutionnelle de 1867*, le gouvernement fédéral a compétence pour juger de tout ce qui se rapporte aux peuples autochtones et à leurs terres (« Les Indiens et les terres réservées pour les Indiens »).

Distribution des pouvoirs législatifs

91. « (...) il est par la présente déclaré que (nonobstant toute disposition contraire énoncée dans la présente loi) l'autorité législative exclusive du parlement du Canada s'étend à toutes les matières tombant dans les catégories de sujets ci-dessous énumérés, savoir :

(...)

⁶² Affaires autochtones et Développement du Nord Canada [site Web] Ottawa (Ontario), Affaires indiennes et du Nord Canada, 2009, à www.ainc-inac.gc.ca/index-eng.asp.

24. Les Indiens et les terres réservées pour les Indiens. »⁶³

L'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982* « reconnaît et confirme » les droits « existants » des peuples autochtones et ceux qui leur sont conférés par traité au Canada. Ces droits conférés aux peuples autochtones préservent les activités, pratiques ou traditions qui font partie intégrante de leur culture propre, et ils s'étendent aux personnes qui forment les peuples des Premières nations ainsi que les peuples inuit et métis.⁶⁴

Le gouvernement provincial

Le gouvernement provincial doit s'assurer que tous les citoyens, y compris ceux des peuples autochtones, ont accès aux programmes et services provinciaux. Traditionnellement, l'Ontario y voit en partageant les coûts liés à la prestation de programmes et services avec le gouvernement fédéral (par ex., la prestation de services policiers aux collectivités des Premières nations). L'Ontario peut aussi créer des politiques et programmes destinés aux peuples autochtones, pourvu que ceux-ci ne contreviennent pas aux droits de ces peuples ni aux droits issus d'un traité.⁶⁵

Recommandations

Gouvernement du Canada - Santé Canada

- 1. Le gouvernement du Canada devrait, de concert avec les provinces, les territoires et les regroupements autochtones influents tels que l'Assemblée des Premières Nations, créer une stratégie nationale de prévention du suicide, semblable à celles qui existent actuellement dans d'autres pays développés.**
- 2. Aux fins de l'élaboration de sa stratégie nationale de prévention du suicide, le gouvernement du Canada devrait entretenir des liens avec les leaders des peuples autochtones pour s'assurer que cette stratégie tient compte de la diversité culturelle, qu'elle la cautionne et l'envisage avec respect, et qu'elle prend expressément acte de la contribution résolument excessive des peuples autochtones au taux d'occurrence de suicides au Canada.**
- 3. Aux fins de l'élaboration de sa stratégie nationale de prévention du suicide, le gouvernement du Canada devrait envisager d'examiner le nombre alarmant de décès d'adolescents et de jeunes vivant sur une réserve des Premières nations; établir clairement l'origine de ce taux de mortalité excessif; et faire des recommandations pour traiter ce problème.**
- 4. En tant que composante de sa stratégie nationale de prévention du suicide, le gouvernement du Canada devrait envisager de créer des indicateurs du niveau de santé mentale de la population afin que les décisions futures concernant les stratégies de gestion de la santé mentale soient fondées sur des données. On pourrait par exemple, par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, accroître la capacité de recensement, en temps réel, des décès imputables à des suicides au sein des collectivités autochtones. Cela permettrait de recenser les collectivités, y compris les réserves des Premières nations, où survient un nombre excessif de décès imputables à des suicides, et de déterminer ensuite s'il faut fournir des stratégies ciblées et des ressources accrues pour aider ces collectivités en crise.**
- 5. Le gouvernement du Canada devrait, par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, fournir du financement ciblé aux collectivités et réserves où on a recensé un nombre excessif de cas de suicides d'enfants et d'adolescents, y compris au sein des réserves des Premières nations, afin de contribuer à l'élaboration de solutions visant à prévenir ces décès. En ce moment, il appert que la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones ne répond pas aux besoins de ces Premières nations.**
- 6. Ce financement devrait servir à créer des programmes communautaires de prévention du suicide dans ces collectivités et sur ces réserves, sous l'égide des autorités sanitaires locales, en collaboration avec des représentants de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, et du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de la province.**

⁶³ *Loi constitutionnelle de 1867.*

⁶⁴ Ministère des Affaires autochtones, décembre 2010.

⁶⁵ *Ibid.*

7. **On devrait retenir les services de spécialistes compétents pour créer et mettre en œuvre des programmes communautaires de prévention du suicide dans les collectivités et sur les réserves. En recourant à des spécialistes des soins de santé, tels que des infirmières détenant une maîtrise en sciences de la santé et s'intéressant à la gestion de projets, on s'assurerait que les composantes des programmes communautaires de prévention du suicide seraient mises en œuvre, et que les enfants, les jeunes et les familles de ces collectivités profiteraient de l'allocation de ressources accrues. Des données devraient être recueillies et on devrait aussi fixer des points de repère et des indicateurs de rendement clés pour recenser et mesurer les résultats, et des cibles de responsabilisation devraient être établies. (Cette recommandation recoupe les recommandations 24, 25 et 29.) Le financement pour ces infirmières gestionnaires spécialisées pourrait provenir de la nouvelle Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones.⁶⁶**
8. **La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada devrait mettre au point un dossier médical électronique (DME) qui pourrait relier entre eux des systèmes de soins de santé afin d'assurer le transfert adéquat des renseignements entre tous les fournisseurs de soins de santé qui évoluent dans le « cercle de soins ». Ce système devrait être créé en concertation avec le Réseau local d'intégration des services de santé de la province et cyberSanté Ontario, et il serait crucial pour la prestation de soins adéquats à tous les peuples autochtones qui reçoivent des composantes de leurs soins de santé de la part de fournisseurs tant fédéraux que provinciaux.**
 Contrairement à plusieurs autres nations industrialisées, le Canada n'a toujours pas élaboré de stratégie nationale de prévention du suicide. La Finlande a été la première à mettre au point un programme national de prévention du suicide en 1986. La Norvège, la Finlande, la Slovénie, la Suède, la France, l'Australie, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis ont eux aussi créé de tels programmes, et le Canada reste donc l'un des rares pays développés n'ayant toujours pas établi de stratégie nationale dans ce domaine.
9. **La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada devrait fournir du financement pour s'assurer qu'un programme intégré de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances, y compris un programme communautaire de prévention du suicide, puisse être créé à Pikangikum et y être mis en œuvre. (Recoupe la recommandation 24.)**

Gouvernement de l'Ontario - Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

10. **De concert avec d'autres ministères, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de la province de l'Ontario devrait créer une stratégie provinciale de prévention du suicide.**
11. **Aux fins de l'élaboration de sa stratégie de prévention du suicide, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de la province de l'Ontario devrait entretenir des rapports avec des groupes de leaders autochtones pour s'assurer que cette stratégie tient compte de la diversité culturelle, qu'elle la cautionne et l'envisage avec respect, et qu'elle prend expressément acte de la contribution résolument excessive des peuples autochtones au taux de suicide national. La province ne devrait pas permettre que des conflits d'ordre juridictionnel au sujet des Premières nations s'établissent entre le gouvernement fédéral et la province, car cela retarderait la création de sa stratégie de prévention du suicide.**
12. **Aux fins de l'élaboration de sa stratégie de prévention du suicide, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de la province de l'Ontario devrait entretenir des rapports avec, en particulier :**
 - les leaders des Premières nations, y compris les Chiefs of Ontario,
 - les leaders politiques des Premières nations du Nord de l'Ontario, notamment la Nishnawbe Aski Nation (en vertu du Grand Council Treaty N° 3),
 - la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada,
 - les réseaux locaux d'intégration des services de santé, particulièrement ceux du Nord-Ouest et du Nord-Est de l'Ontario,

⁶⁶ M. Borsillino, « Health Canada on Ottawa's native health role », *The Medical Post*, 18 janvier 2011, p. 31.

- les sociétés d'aide à l'enfance autochtones, afin de recenser les collectivités et réserves où le taux de suicide chez les enfants et les jeunes est extrêmement élevé.
- 13. La province de l'Ontario devrait enrichir son orientation stratégique en ce qui concerne l'amélioration des services de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances⁶⁷ durant les dix prochaines années afin de s'assurer que cela englobera l'élaboration d'un plan provincial de prévention du suicide ainsi que la réduction du taux de suicide chez les enfants et les jeunes. Parmi les composantes de ce plan, il serait bon que l'on retrouve la promotion de la gestion des troubles de santé mentale chez les enfants et les jeunes, la prévention de ces troubles et leur traitement rapide, et que l'on fasse des efforts ciblés pour réduire la stigmatisation et la discrimination associées à ces troubles et à la toxicomanie.**
- 14. En tant que composante de sa stratégie de prévention du suicide, la province de l'Ontario devrait mettre au point des indicateurs du niveau de santé mentale de la population afin que les décisions futures concernant les stratégies de gestion de la santé mentale soient fondées sur des données. On pourrait par exemple accroître la capacité de recensement, en temps réel, des décès imputables à des suicides au sein des collectivités autochtones, y compris les Premières nations établies sur des réserves.**
- 15. Aux fins de l'élaboration de sa stratégie de prévention du suicide, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de la province de l'Ontario devrait créer un service de télésanté pour la prestation de soins psychiatriques aux collectivités éloignées des Premières nations. Ce service devrait permettre aux enfants et adolescents en crise d'avoir accès rapidement (soit le jour même) aux services d'un pédopsychiatre (ou travaillant auprès des adolescents). Afin de s'assurer que des psychiatres sont disponibles pour remplir ce rôle, le Ministère devrait offrir une prime élevée aux médecins et s'associer aux centres hospitaliers universitaires pour créer un tel service.**
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a établi une orientation stratégique pour l'amélioration des services de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances durant les dix prochaines années. Les présentes recommandations sont alignées de façon synergétique sur cette orientation du Ministère, et elles préconisent l'élaboration d'une stratégie provinciale de prévention du suicide, comme celle qui est appliquée dans la province de l'Alberta.
- « Le document relatif à la stratégie de prévention du suicide de l'Alberta a été officiellement publié en septembre 2006 et il est le fruit de la détermination de beaucoup d'Albertains, y compris des membres de familles et des survivants, des fournisseurs de services, des chercheurs, des représentants de ministères gouvernementaux, des organismes communautaires non gouvernementaux, etc. Cette stratégie vise à réduire les comportements suicidaires et les effets du suicide en Alberta durant les dix prochaines années. D'importantes mesures visant la population en général ainsi que des mesures ciblant des groupes prioritaires doivent absolument être prises pour que l'on puisse mettre au point une approche complète en matière de prévention du suicide. »⁶⁸ [traduction]
- L'Ontario pourrait elle aussi bénéficier de l'application d'une stratégie provinciale.
- 16. Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de la province de l'Ontario devraient mettre au point une stratégie intégrée de services de soins de santé mentale, qui mettra l'accent sur l'accessibilité des programmes et leur prestation aux enfants et aux jeunes du Nord de l'Ontario (dans le cadre du Northern Ontario Aboriginal Child and Adolescent Psychiatry Outreach Program). Parmi les intervenants qui seraient désignés pour participer à l'élaboration de cette stratégie, il y aurait les suivants :**
- Les réseaux locaux d'intégration des services de santé du Nord-Ouest et du Nord-Est
 - Santé Canada
 - Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse
 - Un représentant des Sioux Lookout Regional Physicians' Services Inc. (SLRPSI)
 - Des représentants du Meno Ya Win Hospital, du Thunder Bay Regional Health Sciences Centre, du Lake of the Woods District Hospital et du Weeneebayko Hospital

⁶⁷ Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest, Plan d'intégration des services de santé 2010-2013

⁶⁸ <http://www.albertahealthservices.ca/2738.asp>.

- Des représentants de la Sioux Lookout First Nations Health Authority et de la Weeneebayko Area Health Authority
- Un représentant des Nodin Child and Family Intervention Services
- Un pédopsychiatre qui fournirait des services aux jeunes des Premières nations dans la région du Nord-Ouest
- La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada
- Des fournisseurs de services de santé non assurés (SSNA)
- Les Tikinagan Child and Family Services, l'organisme Dilico Anishinabek Family Care et d'autres sociétés d'aide à l'enfance
- Un représentant du Programme ontarien de télépsychiatrie pour les enfants et les jeunes
- Un représentant de la Nishnawbe Aski Nation
- Un représentant de chacun des conseils tribaux du Nord

17. Le Northern Ontario Aboriginal and Adolescent Psychiatry Outreach Program devrait être doté en ressources conjointement par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, le MSSLD et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, et l'objet de ce programme devrait être de tenter de dispenser des services de pédopsychiatrie fondée sur des preuves et adaptée culturellement suivant des modèles mixtes souples, y compris :

- Des recommandations directes pour le tri des cas d'enfants et de jeunes en crise
 - Des recommandations indirectes, y compris relativement à la prestation d'un soutien aux médecins et aux thérapeutes familiaux
 - Des modèles de partage des soins
 - La télépsychiatrie, offerte en tout temps, y compris un accès sans délai pour les enfants et les jeunes en crise aiguë qui pourraient se suicider
 - Des systèmes de communication entre thérapeutes, médecins de famille et psychiatres
- Le modèle conceptualisé pourrait prévoir pour chaque client un médecin de famille qui prodiguerait des soins primaires, ainsi qu'un thérapeute en santé mentale désigné qui agirait comme gestionnaire de cas, et des services de consultation psychiatrique seraient aussi offerts par l'entremise d'un psychiatre itinérant; il serait également possible d'obtenir des services de télépsychiatrie depuis Thunder Bay ou Toronto.

Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Ouest et du Nord-Est

18. De concert avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, la Nishnawbe Aski Nation et d'autres leaders politiques des Premières nations, les RLISS du Nord-Ouest et du Nord-Est devraient mettre au point une stratégie intégrée et homogène de soins de santé mentale et de toxicomanie.

Ce programme devrait servir à recenser tous les fournisseurs de services, aux échelles fédérale et provinciale, et à créer des filières d'obtention de soins à l'intention des Premières nations établies sur une réserve, particulièrement pour des jeunes qui ont besoin d'être placés à l'extérieur de leur collectivité d'origine.

19. De concert avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, les RLISS du Nord-Ouest et du Nord-Est devraient s'employer à créer une ligne d'intervention ou un service Internet pour les personnes en crise dans les régions du Nord-Ouest et du Nord-Est.

Cette ligne d'intervention ou ce service Internet devrait permettre aux jeunes en crise d'accéder à des services de counseling et à des personnes-ressources avec qui ils pourraient discuter de la situation stressante à laquelle ils sont confrontés. Ce service pourrait être identifié et tout simplement mis à la disposition de collectivités comme Pikangikum. Il pourrait être modelé sur d'autres programmes, et il devrait être assorti d'une ligne téléphonique sans frais offerte dans les langues couramment parlées par les membres des Premières nations.

Le fait que peu d'enfants ont tenté d'obtenir des soins dans la collectivité durant le mois ayant précédé leur décès donne à penser que d'autres modes de prestation de services devraient être mis au point. Des lignes d'intervention en cas de crise existent dans des localités du Sud de l'Ontario. Compte tenu de la forte expansion que connaît le Nord, il pourrait être profitable de réaliser un projet de plus grande envergure qui viserait à fournir ce genre de services aux Premières nations du Nord-Ouest et du Nord-Est. Ces services pourraient aussi être fournis en ligne et permettraient d'assurer un niveau de confidentialité dont ne jouissent pas les Premières nations à l'heure actuelle.

Sioux Lookout First Nation Health Authority (SLFNHA) - Nodin Child and Family Intervention Services

Les Nodin Child and Family Intervention Services sont financés par l'entremise du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, du ministère des Services sociaux et communautaires et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Ils fournissent des services à environ 33 Premières nations visées par les traités 3, 5 et 9, ainsi qu'à des clients de la ville de Sioux Lookout.

Ils fournissent aussi les services d'un conseiller à Pikangikum cinq jours par mois. Ce conseiller se rend par avion à Pikangikum et y demeure pour cinq jours consécutifs, ce qui a posé un problème tant à Pikangikum qu'à d'autres collectivités des Premières nations. Il y a peu d'établissements où on peut rencontrer des clients. La demande de services dépasse de beaucoup la capacité des Nodin Child and Family Intervention Services. En mars 2010, le directeur du service de traitement a vu à ce que 18 conseillers et cinq superviseurs fournissent des services à plus de 1 000 clients et il y avait aussi une liste d'attente de 1 500 personnes provenant de l'ensemble de la région de leur bassin hydrologique. Chaque conseiller essayait de servir jusqu'à 50 clients, le point de référence correspondant étant de 25. La demande de services est tellement grande qu'on ne peut fournir que des consultations d'urgence. Les conseillers sont compétents et détiennent un diplôme collégial ou universitaire. La Sioux Lookout First Nation Health Authority s'est engagée à fournir des services de conseillers en santé mentale compétents et elle a respecté cet engagement.

En 2008-2009, les Nodin Child and Family Intervention Services ont fourni des services de counseling à 983 clients à Sioux Lookout et à 1208 clients des services du Nord.

- 20. La Sioux Lookout First Nation Health Authority devrait effectuer un examen des dossiers ouverts et des cas en attente afin de comparer des points de référence avec ceux d'autres organismes fournissant ces types de services, dans le but de déterminer un volume de travail acceptable pour ses conseillers.**
- 21. Selon les résultats de cet exercice d'analyse comparative, la SLFNHA devrait faire une étude de cas et la présenter ensuite au ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, au ministère des Services sociaux et communautaires ainsi qu'à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, qui financent les Nodin Child and Family Intervention Services, pour s'assurer que des ressources adéquates sont fournies afin de répondre aux besoins liés à l'énorme volume de travail n'ayant toujours pas été traité. Il faudra donc probablement attribuer des années-personnes (AP) supplémentaires pour les fonctions de counseling et de supervision.**
- 22. Les Nodin Child and Family Intervention Services devraient envisager de créer un modèle (lorsqu'ils disposeront des ressources adéquates) qui, contrairement au modèle actuel, ne se limitera pas aux interventions en cas de crise. Comme les responsables de ces services font beaucoup d'efforts pour s'assurer que les employés ont les compétences nécessaires en appliquant des processus de responsabilisation et de supervision, on devrait envisager la possibilité que les Nodin Child and Family Intervention Services gèrent globalement les cas d'enfants souffrant de troubles de santé mentale et provenant de collectivités des Premières nations que cet organisme dessert actuellement, dont Pikangikum.**

En s'appuyant sur sa vision, son leadership et sa panoplie de services intégrés, la SLFNHA devrait tenter d'apporter des améliorations à son processus de ressourcement afin que les Nodin Child and Family Intervention Services puissent devenir le fournisseur de services de gestion de cas individuels pour les enfants et les jeunes, et ce, en travaillant en étroite collaboration avec les travailleurs et d'autres fournisseurs de soins de santé mentale de la collectivité, tels que les Tikinagan Child and Family Services.

La Première nation de Pikangikum et la Pikangikum Health Authority (PHA)

- 23. La Pikangikum Health Authority devrait élaborer un énoncé de mission et définir clairement sa vision et ses valeurs.**
- 24. La Pikangikum Health Authority devrait créer un programme intégré de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les enfants, les jeunes et les adultes. Dans le cadre de ce programme, on devrait envisager de :**
 - créer un programme communautaire de prévention du suicide;
 - établir des plans pour gérer les crises d'abus de solvants et d'alcool;

- gérer la nécessité d'intégrer les services de santé mentale, y compris des modèles mettant à contribution des pratiques traditionnelles définies par la Première nation de Pikangikum.
- 25. Aux fins de la mise sur pied de ce programme intégré de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances, la PHA devrait faire appel à des spécialistes en soins infirmiers pour qu'ils participent à l'élaboration du programme. Le financement nécessaire pourrait provenir de la nouvelle stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones, de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada et du Centre autochtone de santé et de bien-être. Parmi les participants invités qui seront mandatés pour voir à ce que le programme soit vraiment intégré, citons :**
- Des représentants du Pikangikum Social Health, Education and Elders Committee
 - Des représentants du poste de soins infirmiers de Pikangikum
 - Des représentants des programmes intégrés de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances de Pikangikum, y compris un travailleur en santé mentale, un membre de la Youth Patrol, un travailleur spécialisé en abus de solvants, un membre du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA), une équipe d'intervention en cas de crise et une infirmière en santé communautaire
 - Un représentant d'AMDOCS
 - Un représentant des Sioux Lookout Regional Physicians' Services Inc. (SLRPSI)
 - Des représentants du Meno Ya Win Hospital
 - Un représentant de la Sioux Lookout First Nations Health Authority
 - Un représentant de la First Nation Family Physician Health Services Branch de la Independent First Nations Alliance (IFNA)
 - Un représentant des Nodin Child and Family Intervention Services
 - Un pédopsychiatre qui fournira des services aux jeunes des Premières nations de la région du Nord-Ouest
 - La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada
 - Affaires autochtones et Développement du Nord Canada
 - Des fournisseurs de soins de santé non assurés (SSNA)
 - Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse
 - Le ministère des Affaires autochtones
 - Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée
 - Le Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest
 - Les Tikinagan Child and Family Services
 - La Police provinciale de l'Ontario
- 26. Jusqu'à ce que le programme intégré de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances soit fonctionnel, le PNLAADA, le programme de lutte contre l'abus de solvants et le Youth Patrol devraient être examinés puis enrichis ou restructurés afin de fournir une aide valable à la collectivité. Les descriptions de postes devraient être mises par écrit afin que les attentes en matière de cibles et de responsabilisation soient clairement définies.**
- Ces services sont vraiment essentiels et ils doivent donc être pleinement fonctionnels dans cette collectivité. De plus, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada devrait fournir du financement pour s'assurer que le programme intégré de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances, y compris le programme communautaire de prévention du suicide, puisse être mis sur pied et fonctionner.
- 27. La Première nation de Pikangikum, le Chef et le Conseil et la Pikangikum Health Authority devraient créer un programme communautaire de prévention du suicide qui serait offert en tant que programme communautaire, et ce, sous l'égide du président et des leaders actuels de la PHA et à l'aide d'un financement fourni par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.**
- 28. Pour mettre sur pied le programme communautaire de prévention du suicide, il faudra pouvoir compter sur des infirmières rompues à la gestion de projets et de soins de santé, ces ressources n'étant actuellement pas disponibles dans la collectivité. Pour acquérir le niveau d'expertise nécessaire, la Pikangikum Health Authority devrait, par l'entremise de sa direction actuelle, s'associer à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada ainsi qu'au Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest pour ce qui est de la planification et de la prestation de ce programme.**

29. La Pikangikum Health Authority devrait faire des démarches auprès de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada pour qu'elle lui fournisse du financement qui lui permettra de retenir les services de spécialistes des soins médicaux, telle qu'une infirmière gestionnaire spécialisée détenant une maîtrise en sciences de la santé et qui pourrait participer à la création et à la mise en œuvre du programme communautaire de prévention du suicide. La description de poste, les compétences, les responsabilités et le contrat devraient être établis d'un commun accord par les trois membres du partenariat tripartite, soit la Pikangikum Health Authority, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, et le Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest.

Il a été rapporté dans la presse que la Première nation de Pikangikum avait le plus haut taux de suicide dans le monde en 2000. En 2007, ce taux était évalué à 417 décès pour 100 000 personnes chez les jeunes de Pikangikum, soit 10 suicides au sein d'une population d'environ 2 400 habitants.

Les membres actuels de la Pikangikum Health Authority ont exprimé une vision claire en faveur d'un modèle de prestation de services intégrés. À cette fin, le président de cet organisme copréside en ce moment le Pikangikum Social Health, Education and Elders Committee. Les membres sont Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, les Tikinagan Child and Family Services, les Nodin Child and Family Intervention Services, le ministère des Affaires autochtones, la Sioux Lookout First Nation Health Authority et Santé Canada. La création de ce comité témoigne hors de tout doute d'une approche inspirée et ledit comité constitue une grande force pour la collectivité.

Celle-ci n'a pas de programme communautaire de prévention du suicide en ce moment. Bien que la Pikangikum Health Authority offre plusieurs programmes faisant partie de son portefeuille du secteur des soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances, on ne peut quantifier les avantages que ces programmes rapportent aux clients. Un spécialiste en création et en prestation de programmes qui travaillerait en étroite collaboration avec la Pikangikum Health Authority pourrait appliquer les connaissances spécialisées nécessaires pour aider la collectivité à mettre au point un programme communautaire de prévention du suicide tout en voyant à ce que les composantes et la prestation du programme soient gérées suivant un modèle acceptable d'un point de vue culturel, à savoir un modèle reflétant les valeurs et les principes de la Première nation de Pikangikum.

30. Le programme communautaire de prévention du suicide devrait être créé par la Pikangikum Health Authority et l'infirmière gestionnaire spécialisée, en mettant à contribution un modèle de comité directeur avec des participants et intervenants invités provenant entre autres des domaines suivants :

- Des représentants du poste de soins infirmiers de Pikangikum
- Des représentants des programmes intégrés de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances de Pikangikum, y compris un travailleur en santé mentale, un membre de la Youth Patrol, un travailleur spécialisé en abus de solvants, un représentant du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA), une équipe d'intervention en cas de crise et une infirmière en santé communautaire
- Un représentant de la Pikangikum Education Authority
- Un représentant d'AMDACS
- Un représentant des Sioux Lookout Regional Physicians' Services Inc. (SLRPSI)
- Des représentants du Meno Ya Win Hospital
- Un représentant de la Sioux Lookout First Nations Health Authority
- Un représentant de la First Nation Family Physician Health Services Branch de la Independent First Nations Alliance (IFNA)
- Un représentant des Nodin Child and Family Intervention Services
- Un pédopsychiatre qui fournit des services aux jeunes des Premières nations de la région du Nord-Ouest
- La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada
- Des fournisseurs de soins de santé non assurés (SSNA)
- Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse
- Le ministère des Affaires autochtones
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée
- Le Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest

- Les Tikinagan Child and Family Services
 - La Police provinciale de l'Ontario
 - Un représentant du programme de détoxification axé sur la terre de Lachie Macfadden
- La prévention efficace du suicide exige que l'on fasse des interventions et un suivi d'intervention aux niveaux individuel, familial et communautaire. Il s'agit d'un exercice intégré complexe qui devrait viser à fournir des soins uniformes aux enfants et aux jeunes, à la famille ou à une collectivité en crise. Toutes les parties désignées plus haut contribuent d'une façon ou d'une autre au programme intégré de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Ces groupes doivent se parler entre eux et travailler à l'atteinte d'un objectif commun, à savoir l'amélioration des résultats obtenus par les enfants et les jeunes qui recourent à ces services.

31. En ce qui concerne le programme communautaire de prévention du suicide, il faudrait chercher des méthodes qui permettraient d'éliminer les stigmates subis par les clients qui cherchent de l'aide pour régler des problèmes liés à des troubles de santé mentale, et d'accroître la confidentialité de l'information touchant la santé des personnes. Il faut que les membres de la collectivité aient l'assurance que les séances de counseling seront tenues en toute confidentialité, de manière à ce que ces personnes soient mieux disposées à chercher de l'aide et à se confier.

Les membres de la collectivité demeureront réticents à utiliser des services si aucun changement important n'est apporté aux politiques et pratiques qui sont censées leur garantir qu'ils pourront agir de manière confidentielle et qu'ils ne seront pas ridiculisés ni harcelés. Cette question a été soulevée relativement à Pikangikum par les infirmières du poste de soins infirmiers ainsi que par un pédopsychiatre de Thunder Bay, qui a spontanément déclaré que cette situation constituait un grave problème à Pikangikum.

Une bonne partie de l'information qui suit est extraite du document intitulé *Le suicide chez les Autochtones au Canada* (2007), publié par la Fondation autochtone de guérison et préparé par Laurence J. Kirmayer et ses associés⁶⁹, et du document intitulé *Agir selon ce que nous savons : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations* (rapport du Comité consultatif sur la prévention du suicide).

Pour gérer l'épidémie de suicides d'enfants et de jeunes à Pikangikum, une approche à plusieurs volets devrait être mise en œuvre. Tel que le démontrent les cas individuels, les problèmes qui affectent les enfants sont de nature transgénérationnelle. Des problèmes et tensions se manifestent aux niveaux individuel, familial et communautaire. Les composantes essentielles d'une stratégie intégrée doivent mettre à contribution la prévention, l'intervention et un suivi d'intervention à quatre niveaux, à savoir au niveau des enfants et des jeunes, de la famille, de la collectivité et de la région.

Tout processus de prévention du suicide passe d'abord par le recensement et le traitement d'une personne à risque avant que celle-ci ne tente de se suicider. Il y a des ressources dans la collectivité, mais la façon dont les gens y accèdent et les utilisent pour aider une personne, une famille ou une collectivité doit être examinée afin que l'on puisse s'assurer que les enfants et les jeunes souffrant d'une maladie mentale, d'une crise personnelle, de troubles de toxicomanie ou des conséquences liées à une crise familiale, puissent être recensés et traités. Plusieurs constats récurrents découlant de l'examen des décès donnent à penser qu'aucun traitement n'a été recommandé, le cas échéant, aux jeunes qui ont peut-être été recensés.

Stratégies de prévention primaire

Programmes scolaires : la Pikangikum Education Authority et la Pikangikum Health Authority

32. La Pikangikum Education Authority et la Pikangikum Health Authority devraient collaborer pour mettre au point un programme intégré de soins de santé et de prévention du suicide en milieu scolaire en tant que composante du programme communautaire de prévention du suicide. Ce programme devrait faire partie du programme d'éducation sanitaire et il devrait aussi traiter de divers problèmes sociaux et de santé, dont le suicide. On devrait tenter, dans le cadre de ce programme, d'accroître les capacités des enfants à composer avec le stress, à régler des conflits ou des problèmes, et à communiquer. L'objectif fondamental serait d'amener les enfants à acquérir de la résistance et de la confiance en

⁶⁹ L. Kirmayer et autres, *Le suicide chez les Autochtones au Canada*, Fondation autochtone de guérison, 2007.

soi, afin qu'ils puissent ensuite mieux gérer les difficultés liées aux crises et conflits pouvant survenir dans leur vie.

33. Le programme de santé en milieu scolaire devrait intégrer des connaissances traditionnelles et culturelles et mettre à contribution des aînés lorsque vient le moment d'initier des jeunes aux particularités de problèmes tels que l'identité culturelle et le manque d'estime de soi. Ce programme devrait surtout traiter du bien-être mental, émotionnel, spirituel et physique, et en particulier des dangers liés à l'abus de solvants, et de la capacité à reconnaître les comportements suicidaires.
34. Le programme de santé en milieu scolaire devrait traiter de problèmes tels que l'abus d'alcool et la toxicomanie, la dépression et le suicide, la violence familiale, les agressions sexuelles ou physiques et l'intimidation. Il devrait aussi permettre de communiquer aux enfants, en langage clair, des stratégies pour chercher de l'aide lorsqu'ils souffrent de ces problèmes, et pour éliminer les stigmates et les comportements et dispositions qui les incitent à considérer le fait de chercher de l'aide comme quelque chose de négatif.
35. Dans le cadre du programme de santé en milieu scolaire, on devrait tenter de recenser les jeunes qui présentent un risque élevé de se suicider en créant et en mettant en application un programme de dépistage et en recommandant que des interventions soient effectuées auprès de ces jeunes (consultation en tête-à-tête, interventions en petits groupes axées sur l'acquisition de compétences, etc.).⁷⁰

Une stratégie appliquée par l'entremise du système scolaire comporte divers avantages. Lors des entrevues, plusieurs personnes ont affirmé que le suicide était un sujet « tabou ». Il ressort de l'examen des décès en cause que les membres de la collectivité ne comprenaient pas la signification profonde d'un geste parasuicidaire (enfant retrouvé avec une corde au cou, etc.). Il faut éduquer les jeunes. Offerte par l'école en tant que composante du programme d'éducation en matière de santé, une telle stratégie aurait l'avantage d'être peu coûteuse, d'être applicable à longueur d'année et d'être cohérente, et elle serait mise en œuvre par des éducateurs rompus à l'art d'entrer en communication avec les enfants. Cela dit, il faudrait que les enfants soient présents à l'école pour ces avantages potentiels puissent être obtenus.

« Chez certains jeunes, le suicide peut être considéré de façon positive, comme un moyen efficace de protester ou un acte héroïque visant à dénoncer les graves injustices sociales. L'éducation et l'information concernant le suicide peuvent remettre en question cette vision romantique du suicide et font ressortir d'autres types de réactions dans le cas de crise interpersonnelle et de désespoir. »⁷¹

La tenue d'une conférence à l'intention des jeunes du 25 au 27 mars 2008 à l'école Eenchokay Birchstick a été un événement positif dans la collectivité. Environ 360 enfants de la cinquième à la douzième année y ont participé et ont assisté à des ateliers sur des sujets tels que le chagrin, les répercussions de la violence familiale, les dépendances chez les jeunes, l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, et l'abus de solvants.

Le programme d'études American Indian Life Skills Development a été élaboré pour le peuple Zuni au Nouveau-Mexique dans le but de renforcer des compétences chez les jeunes afin de prévenir le suicide. Ce programme d'études comprend sept domaines principaux d'intervention :

1. Augmenter l'estime de soi;
2. Apprendre comment reconnaître les émotions et le stress;
3. Améliorer la communication et la résolution des problèmes quotidiens;
4. Identifier et diminuer les pensées négatives et la réactivité à la colère;
5. Informer sur le risque de suicide;
6. Former à l'intervention dans le cas de suicide;
7. Établir des objectifs personnels et communautaires.⁷²

Les cours ont été dispensés en classe trois fois par semaine durant 30 semaines.

Programmes de soutien par les pairs

36. La Pikangikum Education Authority et la Pikangikum Health Authority devraient mettre sur pied un programme de soutien par les pairs dont le fonctionnement serait assuré par l'entremise des élèves de dernière année de l'école, qui formeraient le conseil des jeunes

⁷⁰ L. Kirmayer et autres, *Le suicide chez les Autochtones au Canada*, Fondation autochtone de guérison, 2007, p. 100.

⁷¹ *Ibid.*

⁷² *Ibid.*, p. 101.

pour le soutien par les pairs. On devrait tenter, dans le cadre d'un tel programme, de se concentrer sur les enfants considérés comme « à risque », puis créer des liens avec eux et leur faciliter les choses pour qu'ils cherchent l'aide dont ils ont besoin. Les conseillers en soutien par les pairs devraient recevoir une formation sur les habiletés d'écoute de base et être désignés en tant que personnes-ressources pour les jeunes en crise. Les services de supervision, de gestion et de suivi d'intervention pour le conseil des jeunes pour le soutien par les pairs pourraient être fournis par les Nodin Child and Family Intervention Services.

L'une de conclusions marquantes de notre examen veut qu'aucun des 16 enfants n'a fait de démarches auprès d'un professionnel compétent pour obtenir des soins durant le dernier mois avant son décès. Peut-être que ces enfants ne savaient pas comment s'y prendre pour chercher de l'aide, ou qu'ils n'étaient tout simplement pas disposés à faire cette démarche. Les enfants sont beaucoup plus susceptibles de parler à un pair qu'à un adulte en position d'autorité. L'idéal serait de recourir à des jeunes formés pour diriger les jeunes clients vers les ressources communautaires appropriées.

Approches communautaires : la Pikangikum Health Authority

37. La Pikangikum Health Authority devrait mettre au point un programme communautaire pour gérer le suicide en tant que composante de sa stratégie de prévention du suicide. Les composantes de la stratégie pourraient être les suivantes :

- Programme d'éducation pour les jeunes et les adultes qui traiterai de sujets tels que le suicide, les compétences parentales et les connaissances pratiques de base. Les programmes éducatifs axés sur la prévention du suicide devraient prévoir des outils d'initiation à la santé mentale pour les parents afin d'aider ces derniers à détecter les troubles de santé mentale non diagnostiqués ou non traités et à obtenir ensuite de l'aide professionnelle.
- Création de postes de conseillers en soutien par les pairs; ces conseillers pourraient intervenir auprès de jeunes en crise et signaler leur cas à des fournisseurs de soins de santé.
- Intervention directe auprès des familles à la suite d'un suicide ou d'un décès.
- Intervention immédiate auprès des jeunes à risque.
- Création de programmes de dépistage des jeunes souffrant de troubles de santé mentale et présentant un risque de se suicider dans le cadre de programmes de services sociaux et de services de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances.⁷³

Un programme de ce genre a été mis en œuvre au Nouveau-Mexique en 1990 et des personnes influentes, des fournisseurs de soins de santé, des parents, des aînés et des jeunes y ont participé. Une réduction du nombre d'actes suicidaires a été signalée sur-le-champ et au bout de 12 ans, le nombre de tentatives de suicide avait chuté de 70 %.⁷⁴ Tel que mentionné dans un document de la Commission royale sur les peuples autochtones (1995) :

« Des stratégies dont le but est le développement communautaire et le développement social devraient promouvoir la cohésion de la collectivité et la prise en charge/la gestion locale, la fierté et l'identité collective, la transmission du savoir, de la langue et des traditions autochtones, de même que des méthodes de résolution des problèmes sociaux qui sont adaptées aux réalités culturelles. »⁷⁵

38. À titre de composante du programme communautaire, la Pikangikum Education Authority et la Pikangikum Health Authority devraient créer, et offrir aux parents et aux jeunes adultes de la collectivité, des ateliers sur les connaissances pratiques de base, les compétences parentales, la résolution de problèmes, et la communication avec les enfants et les jeunes, en recourant à cette fin à des modèles de rôles et responsabilités adaptés d'un point de vue culturel.

Une question qui a été soulevée plusieurs fois relativement à la vie des enfants touchait au fait que les parents font peu d'efforts pour établir des limites pour leurs enfants ou pour gérer ce qui les amène à s'infliger des blessures ou à adopter des comportements destructeurs, comme inhaler des vapeurs d'essence.

⁷³ *Ibid.*, p. 107.

⁷⁴ *Ibid.*

⁷⁵ *Ibid.*, p. 108.

Restriction des moyens létaux

39. Comme il a été démontré que le fait de restreindre ou d'éliminer l'accès à certains moyens létaux permettant de se suicider peut contribuer à réduire les taux de suicide, et comme la pendaison était la méthode utilisée pour tous les cas de suicide examinés, des programmes éducatifs axés sur la prévention devraient faire état de l'utilité de limiter l'accès à des objets qui pourraient être utilisés comme des ligatures par des enfants révélant des intentions suicidaires. Toutefois, la connaissance de ce principe ne sera pas vraiment utile puisqu'on retrouve couramment de tels objets (chemises, draps, lacets de souliers, etc.) dans la plupart des foyers.

Formation de gardiens

40. La Pikangikum Health Authority devrait créer un rôle de gardiens communautaires et à cette fin, il faudrait enseigner aux aînés, aux personnes influentes, aux policiers, aux travailleurs sociaux, aux conseillers, aux professeurs, aux membres du clergé, etc., à recenser les jeunes qui présentent un risque de se suicider et à les diriger vers des ressources qui pourront les aider et les traiter. Dans le cadre d'un tel programme de formation de gardiens communautaires, on devrait tenter d'améliorer le processus de recensement des comportements suicidaires afin que des recommandations puissent être effectuées sans tarder au profit des personnes concernées.

Deux des enfants dont les décès ont été examinés souffraient d'hallucinations auditives et visuelles apparentes, mais leur cas n'a pas été signalé sur-le-champ à des médecins. Peut-être qu'on ne saisissait pas l'ampleur du risque associé aux symptômes de ces enfants. Il serait peut-être utile d'offrir un programme éducatif à certaines personnes dans la collectivité et de leur enseigner, dans le cadre de ce programme, à recenser les symptômes révélés par une personne présentant un risque de se suicider et à contraindre ensuite les jeunes concernés à faire des démarches pour obtenir des soins.

Gestion des communications et des médias pour ce qui est des suicides survenus à Pikangikum : la Première nation de Pikangikum, le Chef et le Conseil

41. La Première nation de Pikangikum devrait former un comité qui pourrait examiner et élaborer des politiques pour communiquer à la collectivité les détails tragiques relatifs à un suicide qui vient de se produire. Parmi les personnes et organismes qui pourraient être invités à accomplir cette tâche, il y aurait peut-être les propriétaires des stations de radio et des journaux locaux, ainsi que des représentants du poste de soins infirmiers de Pikangikum, des programmes de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances de Pikangikum, des Nodin Child and Family Intervention Services, des Tikinagan Child and Family Services et de la Police provinciale de l'Ontario. Cette politique devrait viser à atténuer toute l'attention accordée par la collectivité aux décès, et à promouvoir le traitement des troubles de santé mentale et les stratégies à employer pour composer avec un suicide.

Les éducateurs, les policiers et les membres de la collectivité répètent à qui veut l'entendre que la Première nation au grand complet « arrête de fonctionner » [traduction] lorsqu'un suicide survient. Dans une collectivité où les épidémies de suicides sont courantes, on devrait plutôt accroître les services et les sources de soutien lorsqu'un suicide survient. Le fait de mettre fin à la prestation des services donne l'impression que les enfants ont reçu beaucoup d'attention au moment de leur décès, une attention à laquelle ils n'avaient peut-être pas droit au cours de leur vie. L'examen du décès des jeunes par suicide révèle que ces suicides sont survenus dans le cadre d'épidémies. L'élaboration de politiques et de stratégies de gestion des communications relatives à des décès devrait d'abord et avant tout viser à réduire le taux de suicide. Il est bien connu que « les reportages sur des suicides dans les médias mènent à une augmentation du taux de suicide durant les semaines qui suivent et que cette augmentation s'ajoute de fait au nombre total de suicides (...) ». ⁷⁶ [traduction] Les efforts que font les membres de la collectivité devraient viser à prévenir un effet de contagion, particulièrement quand on sait que la plupart des décès de jeunes à Pikangikum se sont produits dans le cadre de trois épidémies.

⁷⁶ P. Hazell, *Adolescent Suicide Epidemics: Evidence, mechanisms, and prevention*.

Programmes pour enfants : la Première nation de Pikangikum, le Chef et le Conseil

42. La Première nation de Pikangikum devrait, avec le concours et le soutien d'INAC, élaborer un projet d'aménagement d'un terrain de pratique sportive et d'une aire de jeu pour les enfants, y compris un court de basket-ball ainsi que des terrains de baseball et de soccer, ce qui permettrait de créer des programmes pour les enfants.

Le manque de programmes pour les enfants est l'un des principaux problèmes recensés.

Les activités sportives sont essentielles, mais elles ont été écourtées depuis que l'école a brûlé.

Ce type de programmes pour les enfants et les jeunes prévient leur aliénation et a pour effet d'« encourager les réseaux de soutien et un sentiment d'appartenance ».⁷⁷

Prévention secondaire : intervention et traitement précoces

Professionnels et services pour la santé mentale : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada

43. Les responsables du poste de soins infirmiers de Pikangikum devraient mettre au point un protocole d'intervention en salle d'urgence en cas de suicide. Ce protocole devrait prévoir le recensement des personnes qui devraient être hospitalisées d'urgence et la procédure à suivre le cas échéant, ainsi que le recensement des patients à qui on peut donner congé. Lorsque cela est indiqué, on devrait envisager, au moment de donner congé à un patient, de faire ce qui suit :

- aviser les parents ou le tuteur de l'enfant ou du jeune;
- établir un plan de sécurité;
- aviser sur-le-champ l'équipe communautaire des soins de santé mentale et les Tikinagan Child and Family Services, là où cela est permis par la Loi de 2000 sur la confidentialité des renseignements personnels sur la santé;
- fournir le sommaire de congé à l'équipe communautaire des soins de santé mentale ainsi qu'aux Tikinagan Child and Family Services;
- faire un suivi auprès de l'équipe communautaire des soins de santé mentale dans les 24 heures.

Parmi les intervenants que l'on devrait envisager de recruter pour qu'ils participent à l'élaboration d'un protocole d'intervention en salle d'urgence en cas de suicide, citons les suivants :

- Des représentants du poste de soins infirmiers de Pikangikum
- Des représentants des programmes intégrés de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances de Pikangikum, y compris un travailleur en santé mentale, une équipe d'intervention en cas de crise et une infirmière en santé communautaire
- Un représentant d'AMDOCS
- Un représentant des Sioux Lookout Regional Physicians' Services Inc. (SLRPSI)
- Des représentants du Meno Ya Win Hospital
- Des représentants de la Sioux Lookout First Nations Health Authority
- Un représentant de la First Nation Family Physician Health Services Branch de la Independent First Nations Alliance (IFNA)
- Un représentant des Nodin Child and Family Intervention Services
- Un pédopsychiatre qui fournirait des services aux jeunes des Premières nations de la région du Nord-Ouest
- La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada
- Des fournisseurs de soins de santé non assurés (SSNA)
- Le Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest
- Les Tikinagan Child and Family Services
- La Police provinciale de l'Ontario

L'examen de certains de ces décès d'enfants a révélé qu'il existait des possibilités d'amélioration en ce qui concerne la prestation de soins de première urgence à des jeunes et des enfants suicidaires. Par exemple, une jeune fille suicidaire retrouvée la corde au cou a été finalement envoyée en prison pour la nuit étant donné qu'elle était sous l'effet de solvants.

⁷⁷ *Agir selon ce que nous savons : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations, rapport du Comité consultatif sur la prévention du suicide.*

- 44. Les infirmières qui travaillent au poste de soins infirmiers de Pikangikum devraient recevoir de la formation spécialisée pour ce qui est de l'évaluation des personnes présentant un risque de se suicider, y compris lorsqu'on devrait recommander qu'un patient suive d'urgence un traitement psychiatrique à l'interne dans un établissement visé par l'annexe 1. Les infirmières pourraient s'acquitter de cette tâche après avoir obtenu une attestation de compétence en soins de santé mentale.**
- 45. AMDOCS, le principal organisme fournissant des services de médecin à Pikangikum, devrait mettre au point un module éducatif pour ses médecins en ce qui concerne la prévention du suicide et le traitement des personnes suicidaires. Ce module devrait traiter de ce qui suit :**
- Le taux élevé de jeunes souffrant de troubles de santé mentale qui s'enlèvent la vie.
 - Le recours à des stratégies de traitement pour les jeunes, y compris l'utilisation d'antidépresseurs efficaces tels que les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine.
 - La nécessité de traiter efficacement les enfants souffrant de maladies psychiatriques graves telles que des troubles psychotiques.
 - Le lien entre les problèmes de toxicomanie et le suicide.
- 46. Les responsables de la Pikangikum Health Authority, du RLISS du Nord-Ouest et du poste de soins infirmiers de Pikangikum devraient conclure une entente avec les fournisseurs de services psychiatriques pour adolescents et de services pédiatriques, en vertu de laquelle il serait possible d'obtenir promptement des services de consultation psychiatrique pour les jeunes ayant des idées suicidaires ou présentant un risque en ce sens, et ce, par l'entremise de liens vidéos offerts par un service de télésanté.**
- Aucun des enfants visés par l'examen des décès par suicide n'avait eu accès à des services de santé mentale durant le mois ayant précédé son décès, et ce, pour des raisons que nous ne connaissons pas tout à fait. Il est intéressant de noter à cet égard qu'aucun des jeunes qui se sont suicidés n'était traité à l'aide de médicaments psychotropes, bien que l'efficacité de ce traitement ait été démontrée par des preuves concluantes. Il conviendrait peut-être donc de parfaire la formation des infirmières et médecins qui fournissent des soins aux habitants de Pikangikum.

Ligne d'intervention en cas de crise : les RLISS du Nord-Ouest et du Nord-Est
Voir la recommandation 19.

Équipe d'intervention en cas de crise liée à des troubles de santé mentale

- 47. La Pikangikum Health Authority devrait mettre sur pied une équipe d'intervention en cas de crise liée à des troubles de santé mentale par l'entremise de ses programmes intégrés de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les personnes recensées en tant que personnes ayant des idées parasuicidaires. Il faudrait que ce service permette de mobiliser des conseillers qui interviendraient en tout temps auprès des jeunes en crise.**

Cette recommandation implique la mobilisation de ressources importantes. Dans le cas de certains jeunes, les membres de leur famille ne s'occupaient pas d'eux, même lorsqu'on les a découverts dans un contexte qui indiquait clairement qu'ils s'automutilaient et qu'ils souhaitaient mourir. Afin de prodiguer des soins à ces jeunes, leur famille, leurs amis ou des membres de la collectivité auraient peut-être pu communiquer avec un membre d'une équipe d'intervention en cas de crise liée à des troubles de santé mentale qui aurait pu rendre visite au jeune en crise à son domicile et évaluer avec lui les mesures à prendre.

Traitement de l'abus de solvants et de la toxicomanie

- 48. La Première nation de Pikangikum, la Pikangikum Health Authority et la Pikangikum Education Authority devraient tenter de recenser tous les enfants et les jeunes de moins 19 ans se livrant à l'abus de solvants. Cela pourrait être facilité par la mise en œuvre de programmes de dépistage dans les écoles et aussi avec le concours de la Police provinciale de l'Ontario et du poste de soins infirmiers. Tous les jeunes et les enfants dont on sait qu'ils se livrent à l'abus de solvants et dont l'âge correspond au critère établi dans la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, devraient être dirigés vers les Tikinagan Child and Family Services. Et tous les jeunes, peu importe leur âge, devraient aussi consulter le travailleur spécialisé en abus de solvants en vertu d'une recommandation.**
- 49. La Pikangikum Education Authority devrait enrichir le programme scolaire actuel visant à informer les élèves sur l'abus de solvants pour s'assurer que cette formation commence à**

la première enfance, et des modules appropriés (du point de vue du développement de l'enfant) devraient être utilisés durant tout le cycle primaire.

Lorsqu'elles sont inhalées, des substances volatiles telles que la gazoline sont absorbées par le truchement du flux sanguin et circulent vers le cerveau, où elles sont ressenties immédiatement. Le toxicomane éprouvera de l'euphorie, il aura l'esprit léger et la vision trouble, il sera impulsif et par trop désinhibé. Il pourra devenir ataxique ou se mettre à tituber ou à avoir des étourdissements ou des rougeurs. Habituellement, il inhalera des substances de façon périodique afin de maintenir une sensation d'enivrement et d'éviter les effets secondaires, qui comprennent la dépression et une sensation d'abattement.⁷⁸

Chez les jeunes, c'est à 14 ou 15 ans que l'abus de substances inhalées est le plus répandu. La consommation chronique tend à être endémique dans « (...) les collectivités rurales, de même que dans les collectivités isolées aux taux de chômage, de pauvreté et de violence élevés. »⁷⁹ Il est utile de noter que l'abus de substances inhalées est épidémique dans certaines collectivités éloignées et pratiquement inexistant dans d'autres. L'abus de substances inhalées chronique peut être associé à l'échec scolaire, la délinquance et une incapacité de s'adapter à la société.⁸⁰ L'abus chronique entraîne la détérioration du système nerveux central, y compris de la démence, de la dysfonction cérébelleuse, la perte de la fonction cognitive et d'autres fonctions cérébrales plus importantes, et des vacillements. Une tomographie par ordinateur révélera une perte de masse cérébrale. Un décès peut aussi survenir à cause d'un état d'asphyxie ou de suffocation, d'un comportement dangereux, d'un effet d'aspiration ou du syndrome de décès par inhalation soudaine.⁸¹ Les hydrocarbures que contiennent les substances inhalées rendent le myocarde sensible aux effets de l'adrénaline, et un réflexe de sursaut causera une production excessive de cette hormone pouvant mener à de l'arythmie cardiaque fatale.

Il est bon de savoir que la Société canadienne de pédiatrie a noté que l'état de désinhibition que ressent une personne se trouvant sous l'effet de substances inhalées peut l'amener à se comporter de manière dangereuse. Le lien frappant entre le suicide et l'abus de solvants a été révélé par l'examen des décès par suicide. Le fait que 10 des 16 enfants et jeunes ont abusé de solvants le jour de leur décès donne à croire que cela pourrait à tout le moins faire partie des raisons pour lesquelles ils se sont suicidés. Les personnes intoxiquées aux solvants ont parfois une capacité d'attention limitée, elles maîtrisent mal leurs impulsions, leurs habiletés sociales sont déficientes et leur capacité de prendre des décisions est aussi affectée.⁸²

En raison de la corrélation extrêmement élevée existant entre l'abus de solvants et les suicides dans la collectivité, où 87,5 % des jeunes qui se sont enlevé la vie étaient intoxiqués aux solvants, il est impérieux que l'on recense ces jeunes à risque. Ce problème est présent dans la collectivité dans une mesure sidérante. On estime que 200 et peut-être même jusqu'à 300 enfants et jeunes, ou plus, sont soupçonnés d'inhaler des vapeurs d'essence. Quatorze des jeunes qui se sont suicidés et dont le cas est étudié dans le cadre de l'examen étaient des toxicomanes connus, et onze d'entre eux étaient sous l'effet d'un produit intoxicant (dix avaient inhalé des vapeurs d'essence, un avait consommé de l'alcool et deux étaient intoxiqués tant aux solvants qu'à l'alcool) au moment de leur décès. Certains de ces jeunes s'étaient fait appréhender par la police parce qu'ils étaient intoxiqués aux solvants en public, mais ils n'ont pas été dirigés vers une société d'aide à l'enfance et ils n'ont donc pas fait l'objet d'un suivi.

Les effets probables du stress et de traumatismes accumulés et le désespoir qui en résulte pour les enfants sont décrits avec une grande justesse dans un sondage récent et troublant effectué à Pikangikum et dont le titre est « How do you feel about yourself ». Soixante-quinze pour cent (75 %) des répondants ont indiqué qu'ils se sentaient tristes la plupart du temps, soixante-treize pour cent (73 %) « avaient mal à l'intérieur et n'arrivaient pas à chasser ce mal » [traduction],

⁷⁸ *L'abus de solvants volatils chez les jeunes*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

⁷⁹ *L'abus de substances volatiles*, Comité de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis, Société canadienne de pédiatrie, www.cps.ca/Francais/publications/PremieresNationsEtInuit.htm.

⁸⁰ *Ibid.*, p. 36

⁸¹ *Ibid.*

⁸² *Inhalants*, National Inhalant Prevention Coalition, www.inhalants.org/guidelines.htm.

soixante-trois pour cent (63 %) avaient pensé au suicide et cinquante-six pour cent (56 %) avaient tenté de se suicider ou de se faire du mal. Une autre conclusion très importante et très dérangeante du sondage veut que près de la moitié des jeunes (48 %) avaient le sentiment que « rien n'allait changer ou s'améliorer pour eux dans le futur. »⁸³ [traduction]

Les fillettes de 3^e et 4^e années ont récemment répondu à un sondage et 27 % d'entre elles ont indiqué qu'elles avaient déjà essayé d'inhaler des vapeurs d'essence. Actuellement, il n'existe pas de procédure officielle pour recenser ces enfants et ces jeunes « à risque ». Les travailleurs spécialisés en abus de solvants occupent des postes à temps partiel à Pikangikum et leur principale tâche consiste à remplir des demandes d'adhésion à des programmes de traitement en établissement.

En ce qui concerne le ressourcement et l'éducation dans la collectivité, il faudrait que les gens comprennent que les enfants et les jeunes qui inhalent des vapeurs d'essence courent le risque d'en mourir ou de souffrir de lésions neurologiques persistantes. Cela peut devenir une dépendance mettant la vie en danger et tous les membres de la Première nation de Pikangikum devraient être conscients de la gravité de cette dépendance. Celle-ci ne devrait jamais être acceptée ni traitée en tant que problème mineur.

- 50. De concert avec Santé Canada, le Youth Solvent Addiction Committee (YSAC), les Tikinagan Child and Youth Services, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le Réseau local d'intégration des services de santé, la Pikangikum Health Authority devrait mettre au point un programme communautaire de lutte contre l'abus de solvants au sein de la collectivité. Des spécialistes des soins médicaux applicables à l'abus de solvants devraient être mobilisés à cette fin. Ce programme devrait prévoir du soutien pour les enfants avant et après le traitement dans le cadre de programmes de traitement en établissement de l'abus de solvants et à cette fin, des approches holistiques devraient être utilisées, y compris des programmes de suivi qui seraient mis en œuvre dans la collectivité.**
- 51. Aux fins de la création d'un programme communautaire de lutte contre l'abus de solvants au sein de la collectivité, la Pikangikum Health Authority, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ), les Tikinagan Child and Family Services, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le Réseau local d'intégration des services de santé devraient entretenir des rapports avec des fournisseurs de services de traitement en établissement de l'abus de solvants tels que le White Buffalo Youth Inhalant Treatment Centre (WBYITC) afin de mettre sur pied des programmes de suivi complets pour les programmes de traitement en établissement. Cela devrait comprendre des programmes d'action sociale qui seraient mis en œuvre à Pikangikum. Un fournisseur tel que WBYITC pourrait ainsi faire une intervention communautaire en recensant les éléments protecteurs de la collectivité tels que le système scolaire et les groupes de soutien communautaires, en établissant des liens avec les aînés, etc.**
- 52. La Première nation de Pikangikum devrait ouvrir un centre de soins communautaire avec l'aide financière de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Ce centre pourrait réunir sous un même toit plusieurs fournisseurs de soins de santé, dont les Tikinagan Child and Family Services, les intervenants en santé mentale de la collectivité, des travailleurs du PNLAADA et des intervenants en matière d'abus de solvants. De plus, les enfants appréhendés par la police pour intoxication aux solvants ne passeraient pas la nuit dans une cellule au poste de police, mais seraient amenés dans un environnement sécuritaire au centre, sous la surveillance de gardiens, jusqu'à ce que les effets du solvant se dissipent. La postintervention approfondie dans le cadre du programme de lutte contre l'abus de solvants pourrait être effectuée à cet endroit.**
- 53. Les travailleurs sociaux et les travailleurs en santé mentale ou spécialisés en abus de solvants devront prendre des mesures concrètes pour établir des liens avec les familles**

⁸³ J. Finlay et A. Nagy, *Pikangikum – Root Causes of Youth Suicide Within a Remote First Nation*, 17 janvier 2011, p. 22, en cours de publication.

des enfants et des jeunes qui abusent de solvants, et ils devraient aussi envisager d'adopter des modèles de visite à domicile pour préserver la confidentialité de ces rencontres et atténuer les stigmates liés à la recherche d'aide qui se sont manifestés dans la collectivité.



Illustration 3. Une cellule typique, où les jeunes appréhendés pour intoxication aux solvants passent la nuit en attente d'être relâchés le matin. Une nouvelle prison est ouverte depuis mars 2010, date à laquelle cette photo a été prise.

Actuellement, les cellules du poste de police sont le seul endroit dans la collectivité où la sécurité des enfants et des jeunes intoxiqués peut être assurée. C'est la seule possibilité qui s'offre en ce moment, et c'est aussi celle dont ont profité la plupart des enfants visés par l'examen des suicides.

Cet examen a aussi révélé que dans de nombreux cas, les jeunes retombaient dans l'abus de solvants même lorsqu'ils retournaient dans la collectivité à la suite de longs traitements en établissement. Le taux de récurrence était de presque 100 %, et cela s'explique par plusieurs raisons.

« L'une des principales hypothèses ayant mené à la mise sur pied du PNLASJ voulait que les jeunes intoxiqués aux solvants avaient besoin d'un endroit sécuritaire pour se désintoxiquer, à l'écart de leur collectivité, étant donné qu'il était évident que les familles ne leur apportaient pas toujours le soutien nécessaire et étaient souvent grandement dysfonctionnelles (...) Les travaux de Matthew Owen Howard et Jeffrey Jensen ont permis d'établir que les consommateurs de substances inhalées sont plus susceptibles de provenir d'une famille instable qui leur prodigue peu de soutien, en plus d'avoir une faible estime d'eux-mêmes, ainsi que des parents et pairs qui consomment eux aussi des substances. »⁸⁴ [traduction]

Un récent incident impliquant la Police provinciale de l'Ontario est survenu à Pikangikum lorsqu'un policier est entré dans une résidence alors que des membres de la famille faisaient bouillir de l'essence sur le poêle.⁸⁵

Le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ) a été créé en 1996 par les peuples des Premières nations et Santé Canada. Il est destiné aux jeunes de 12 à 26 ans. Ce programme de traitement en établissement exploite neuf centres partout au Canada, où l'on retrouve 112 lits. Le Comité sur l'abus de solvants chez les jeunes (YSAC) fournit des traitements d'abus de substances inhalées ainsi que des programmes d'intervention communautaires destinés aux jeunes des Premières nations et à leur famille, le tout étant à vocation thérapeutique et adapté sur le plan culturel.⁸⁶

Le bien-être spirituel, émotionnel, physique et mental des peuples des Premières nations est essentiel à leur santé. La résilience est la capacité d'une personne à composer efficacement

⁸⁴ A.D. Dell et autres, *Resiliency and Hollistic Inhalant Abuse Treatment*, Journal of Aboriginal Health, mars 2005, p. 8.

⁸⁵ Communication personnelle, Brad Blair, surintendant, octobre 2010.

⁸⁶ AD Dell et autres, *Resiliency and Hollistic Inhalant Abuse Treatment*, Journal of Aboriginal Health, mars 2005, p. 6.

avec un obstacle ou un stress important.⁸⁷ Les programmes de traitement d'abus de substances inhalées ont permis de déterminer une échelle de niveaux de stress pour les clients, et les facteurs de stress comprennent « (...) l'alcoolisme des parents, diverses formes d'abus, des pertes multiples et le manque de liens avec l'école et d'autres réseaux de soutien. »⁸⁸ [traduction]

54. La Première nation de Pikangikum et la Pikangikum Health Authority devraient entretenir des rapports avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada et le gouvernement du Canada afin d'étudier la faisabilité d'un projet qui consisterait à introduire le carburant Opal dans leur collectivité. L'inhalation de ce type de gazoline n'est pas intoxicante.

Ce carburant mis au point par British Petroleum Australia a été utilisé par des populations autochtones de l'Australie. Il coûte plus cher que l'essence traditionnelle, mais en Australie, cette différence de coût n'a pas été reflétée aux consommateurs et elle est plutôt absorbée par le gouvernement. On rapporte que l'adoption de ce carburant par des collectivités australiennes « a mis fin à l'inhalation de vapeurs d'essence. »⁸⁹ [traduction] Il constitue un substitut à l'essence sans plomb ordinaire, et il a permis de réduire les taux d'inhalation de 94 % dans les collectivités où il a été introduit.

La collectivité a des atouts. La reconnaissance de ces atouts et de ce que nous pourrions faire pour les améliorer est primordiale si l'on veut être en mesure de gérer l'abus de solvants. La solution au problème d'abus de solvants de Pikangikum est intimement liée au problème du suicide chez les jeunes. Cette solution doit être élaborée et mise en application au sein de la collectivité elle-même.

« Certains soutiennent que si la collectivité n'est pas pleinement engagée dans le processus de réhabilitation et que la personne ne se rétablit pas directement dans sa propre collectivité, cette personne est destinée à échouer. »⁹⁰ [traduction]

Postvention : Pikangikum Health Authority

55. En tant que composante de ses programmes communautaires de prévention du suicide, la Pikangikum Health Authority devrait mettre au point un programme de postvention destiné aux jeunes de la collectivité.

56. Le programme de postvention devrait être créé aux fins de sa mise œuvre tant à l'école que dans la collectivité. La mobilisation de l'école est un facteur de protection pour prévenir le suicide et c'est pourquoi on devrait envisager expressément de traiter le groupe isolé des personnes intoxiquées aux solvants, au sein duquel on retrouve la plus grande proportion de victimes de suicide.

57. Les composantes d'un programme de postvention pourraient entre autres comprendre les suivantes :

- Mobiliser une équipe d'intervention en cas de crise.
- Communiquer avec la famille de la victime, lui montrer de l'empathie et la soutenir, et dresser la liste des personnes les plus susceptibles d'être affectées par le décès.
- Déterminer les renseignements qu'il convient de rendre publics. Cela devrait permettre d'éviter que la victime ne soit ni portée aux nues, ni vilipendée.
- Recenser les personnes les plus susceptibles d'être affectées par le décès, y compris celles qui ont découvert la personne décédée.
- L'équipe d'intervention en cas de crise devrait tenter de rencontrer tous ceux qui ont été recensés individuellement, et leur fournir du soutien et du counseling.
- Des centres d'orientation sans rendez-vous devraient être mis sur pied subséquemment au suicide afin de permettre aux personnes ressentant du désarroi d'avoir un accès immédiat à des services de santé mentale.

58. La Première nation de Pikangikum devrait établir une approche adéquate et adaptée d'un point de vue culturel pour les activités funéraires et commémoratives, et il est extrêmement important, à cet égard, que ces activités « (...) ne présentent pas une vision romantique ou sensationnaliste du décès. »⁹¹ [traduction] Les jeunes « (...) ne doivent

⁸⁷ *Ibid.*, p. 5.

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ <http://www.cbc.ca/canada/newfoundterre-labrador/story/2007/05/24/gas-sniffing.html>.

⁹⁰ *Ibid.*, p. 8.

⁹¹ S.E. Brock, *Suicide postvention*, exposé présenté en mai 2003 au Safe School Seminar du DoDEA (Department of Defense Education Activity).

pas percevoir le suicide comme un moyen de susciter l'attention de la collectivité au grand complet. »⁹² [traduction]

59. La Première nation de Pikangikum devrait envisager de créer un cimetière communautaire. De cette façon, des monuments commémoratifs permanents seraient installés dans un endroit approprié à l'écart des quartiers résidentiels, ce qui éviterait aux personnes d'être constamment exposées au souvenir des jeunes qui se sont suicidés.



Illustration 4. Cette photo a été prise dans la collectivité de la Première nation de Pikangikum le 6 mars 2010. Il s'agit de la cour d'un résident qui avait 14 enfants, dont cinq se sont suicidés.

L'objectif d'une postvention est d'aider les personnes survivant à un suicide, y compris la famille, les amis et les personnes vulnérables de la collectivité qui vivent un désarroi en raison de ce suicide. On devrait aussi tenter de recenser les personnes susceptibles d'imiter le comportement de ceux qui se sont suicidés et leur recommander d'aller en consultation. La plupart des décès faisant l'objet de l'examen sont imputables à des épidémies de décès ayant résulté d'un effet de contagion. Il est donc essentiel de faire une postvention ainsi que de la planification pour prévenir d'autres épidémies de décès. Un résident de Pikangikum a parlé du fait que les pratiques actuelles entourant les décès paralysent toute la collectivité. « Les décès se retrouvent toujours à l'avant-scène et plus rien d'autre n'existe. » [traduction]

L'une des actions importantes que l'on doit faire pour prévenir les épidémies est de s'assurer, particulièrement en ce qui concerne les jeunes, que leur décès ne suscitera pas trop d'attention. Certains membres du panel se sont fait dire qu'aux yeux de certains jeunes, seul leur décès allait leur donner de la valeur. L'importance des épidémies en tant que facteur ayant contribué au décès de ces jeunes ne peut être surévaluée. L'examen des décès à Pikangikum révèle que le décès de 10 des 16 jeunes est imputable à trois épidémies. La maladie mentale, l'abus de substances telles que des solvants, des tentatives antérieures, une perte récente telle que la perte d'un être cher causée par une rupture ou un décès, ou le fait d'avoir été victime d'un acte violent ou d'une agression sexuelle sont des facteurs de risque reconnus pouvant amener un jeune à se suicider. Aux États-Unis, le taux de suicide chez les adolescents au niveau local augmentent de 7 %, et de 2 à 3 % chez les adultes en ce qui concerne les suicides imputables à l'imitation de comportements suicidaires.⁹³ Bien que ce soit un phénomène rare dans la société en général (ne comptant que pour environ 5 % des suicides d'adultes),⁹⁴ chez les jeunes des Premières nations à Pikangikum, l'effet contagieux des épidémies constitue le mode de propagation

⁹² *Ibid.*, p. 4.

⁹³ D. De Leo et T. Helter, *Social Modeling in the transmission of suicidality*, *Crisis* 29(1), 19 nov. 2008.

⁹⁴ *Ibid.*

des actes suicidaires. Il est donc extrêmement important que l'on établisse des stratégies qui empêcheront le prochain suicide, tel que le recours à des équipes d'intervention en cas de crise.

Pikangikum est unique dans la mesure où c'est la seule collectivité des Premières nations établie sur le territoire de la Nishnawbe Aski Nation où les morts sont enterrés dans la cour de la maison de leur famille. On devrait envisager de mettre fin à cette pratique et de construire plutôt un vrai cimetière. Des monuments commémoratifs permanents ponctuent le paysage des régions résidentielles et ramènent constamment le souvenir des jeunes qui se sont suicidés. Il serait crucial pour la collectivité de se dégager de ce passé et de cesser d'entretenir continuellement des pensées au sujet des êtres chers disparus. L'un de ces jeunes a par ailleurs été vu en train de visiter la tombe de sa mère quelques instants avant de s'enlever la vie lui-même.

Il faudrait éviter que les postventions aient pour effet de :

- présenter le décès de façon sensationnaliste;
- glorifier ou vilipender la victime du suicide;
- fournir trop de détails sur l'acte suicidaire.

« En évitant de présenter le décès de façon sensationnaliste ou de glorifier ou vilipender la victime du suicide, on s'assure qu'aucune attention inutile ne sera accordée à ce geste et que les renseignements sur le décès ne seront pas communiqués d'une façon qui pourrait amener des personnes à s'identifier à la victime. »⁹⁵ [traduction]

C12. Observations finales

Ce chapitre fait état de recommandations à un niveau tant systémique qu'individuel afin de fournir un certain encadrement pour les domaines d'intervention pour lesquels il existe, de l'avis du panel constitué par le Bureau du coroner en chef, des possibilités d'amélioration. Le bien-être émotionnel, spirituel, physique et mental des enfants et des jeunes et de la collectivité est essentiel à la réduction du taux de suicide élevé. Par conséquent, les recommandations ont été établies, en ce qui concerne les personnes, les familles, les collectivités et la région, en fonction des domaines de la prévention, de l'intervention et de la postvention dans l'espoir de traiter le suicide et les parasuicides. La prévention du suicide à Pikangikum passe obligatoirement par l'éducation.

⁹⁵ S.E. Brock, *Suicide postvention*, exposé présenté en mai 2003 au Safe School Seminar du DoDEA (Department of Defense Education Activity).

PARTIE D. L'ÉDUCATION

D1. Introduction

À Pikangikum, l'éducation offre la meilleure occasion de procéder à des changements. Il est incontestable que l'éducation, plus que tout autre service, a le potentiel de contribuer au maximum à l'amélioration de la vie des enfants et des jeunes de la collectivité. Ce qu'il faut souhaiter pour chaque enfant et chaque jeune, c'est une éducation solide qui les préparera à un avenir tant sur la réserve qu'à l'extérieur, à exercer un métier (secteur professionnel) ou à faire des études collégiales ou universitaires. On n'obtiendra jamais ce résultat si les enfants ne sont pas tenus d'aller à l'école et qu'on ne s'attend même pas à ce qu'ils le fassent.

Lorsque des membres du Bureau du coroner en chef ont rendu visite à la collectivité de Pikangikum en mars 2010 et posé des questions au sujet du nombre faramineux d'élèves qui font l'école buissonnière, le taux élevé d'alcoolisme chez les parents a été la principale raison invoquée pour expliquer cette situation. Le matin, les enfants ne sont ni levés ni prêts à faire face à la journée qui s'en vient, car leurs parents ne sont pas capables de les aider à faire cette préparation.

L'école a brûlé le 8 juin 2007 et a été remplacée par un ensemble de 17 bâtiments transportables. Beaucoup de membres de la collectivité ont cité la destruction de l'école comme étant le principal fait saillant négatif de l'histoire de cette même collectivité. L'école était l'endroit où se tenaient divers événements culturels et sociaux, la plaque tournante de la collectivité. Parmi les 16 décès constatés au sein de la Première nation de Pikangikum durant la période de 2006 à 2008, six d'entre eux sont survenus dans le cadre d'épidémies quelque temps après cet incendie. La première épidémie s'est manifestée tout de suite après l'incendie et la seconde, peu de temps après.

Date des décès – Épidémie 1	Date des décès – Épidémie 2
10 juin 2007	9 août 2007
10 juin 2007	23 août 2007
17 juin 2007	28 août 2007

Certains des enfants vulnérables voyaient peut-être l'école comme le foyer des activités qui leur donnaient accès à des moments de camaraderie et d'amitié, à des programmes et à une certaine raison de nourrir de l'espoir pour la suite des choses dans leur vie, même s'ils n'allaient pas à l'école.

D2. Gouvernance de l'éducation : Pikangikum Education Authority

En 1988, la Première nation de Pikangikum a commencé à offrir son propre programme d'éducation et on a cessé d'envoyer les enfants à des écoles situées dans des quartiers résidentiels tels que Poplar Hill, Pelican Falls et Kenora. La structure de gouvernance de l'éducation est formée de la Pikangikum Education Authority, elle-même composée d'un président et de deux directeurs de l'éducation aidés par quatre membres élus de la bande. En ce qui concerne la hiérarchie de la direction, on dit que les parents et élèves supervisent le Chef et le Conseil, qui supervisent eux-mêmes la Pikangikum Education Authority pendant que celle-ci surveille le directeur, les professeurs et l'école.

Lorsque l'école a brûlé en 2007, environ 750 élèves y étaient inscrits. En ce qui concerne l'année scolaire 2009, on a indiqué au Bureau du coroner en chef que l'école a reçu du financement à l'égard de 620 élèves inscrits,⁹⁶ ce chiffre chutant à 520 pour l'année scolaire 2010, auxquels il faut ajouter de 300 à 500 enfants d'âge scolaire non inscrits. Le nombre exact n'est pas connu. Le financement pour l'éducation est fourni par Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (INAC) en tant que contribution à la Première nation pour la mise en œuvre du système d'éducation. La formule de financement est établie en fonction du nombre d'élèves jumelé à un taux de présence élevé en classe.

⁹⁶ Conversation personnelle, M. Phil Starnes, directeur, 6 mars 2010.

Au besoin, les administrations scolaires tiennent des réunions dans leurs bureaux. Des réunions peuvent avoir lieu tous les jours afin de gérer les événements courants de la vie scolaire (blessure subie par un élève, etc.). La Pikangikum Education Authority emploie plus de 100 personnes qui assurent la prestation du programme scolaire.

Le programme d'éducation

L'école offre un programme allant de la prématernelle à la 12^e année. Lorsqu'elle a brûlé, elle a été reconstituée à l'aide de bâtiments transportables. Elle consiste actuellement en 17 bâtiments et elle a rouvert ses portes à la fin de septembre 2007.



Illustration 5. Les activités de l'école actuelle sont réalisées par l'entremise d'un système de bâtiments transportables. Sur cette photo prise le 5 mars 2010, on voit des graffitis sur les murs des bâtiments.

L'école emploie 28 professeurs, dont 22 de niveau primaire et six de niveau secondaire. Tous les professeurs de niveau secondaire ont les compétences requises, dont la Carte de compétence de l'Ontario. Quinze des professeurs de niveau primaire possèdent cette carte, et six des sept professeurs restants ont reçu leur attestation du Native Teacher Education Program (NTEP).

La collectivité et l'école conservent leurs langues depuis très longtemps. Au moment de leur arrivée dans le système scolaire, près de 100 % des élèves avaient conservé l'oïjibwa comme langue. Les cours sont donnés en anglais à compter de la première année. L'école assume l'éducation des jeunes et fait appel à des professeurs d'oïjibwa, d'écriture syllabique et de culture ainsi qu'à des aînés agissant comme professeurs. Le professeur de culture amène les élèves dans la brousse pour y faire des excursions d'un à deux jours, et les aînés enseignent aux enfants l'histoire de Pikangikum et le perlage et l'artisanat des Premières nations. Cela représente un atout important pour la collectivité.

Le programme offert est aligné sur celui de l'Ontario. L'école attribue des crédits pour études et c'est une école privée aux termes de la *Loi sur l'éducation*. Ces crédits sont équivalents à ceux des écoles secondaires provinciales et ils sont transférables. L'école offre un programme allant de la prématernelle à la 12^e année. Des cours de niveaux appliqué, scolaire et professionnel sont offerts dans le cadre du programme de la 12^e année, et les diplômés sont admissibles à l'université. Parmi les huit diplômés de l'école secondaire de l'année précédente, aucun n'a poursuivi des études postsecondaires. L'écart entre l'âge et l'année d'études est d'environ trois ans pour la Première nation de Pikangikum. Cela signifie qu'un diplômé de 12^e année de l'école de Pikangikum a le niveau de connaissances de base de l'élève de 9^e année type d'une école ordinaire de l'Ontario. L'école prévoit que neuf élèves obtiendront leur diplôme de 12^e année en juin 2011. Lorsque nous en avons discuté avec le directeur en mai 2011, seulement deux enfants avaient terminé leurs études.

Par le passé, les enfants de Pikangikum qui semblaient avoir des aptitudes pour les études et qui allaient peut-être faire des études postsecondaires se sont vus offrir par la Police provinciale de l'Ontario une occasion de faire des études plus poussées dans une école privée administrée par le Conseil de l'éducation des Nishnawbe du Nord.⁹⁷ Ce conseil est dirigé par les chefs de 24 Premières nations de

⁹⁷ <http://www.nnec.on.ca>.

Sioux Lookout et il a été mis sur pied en 1978 et constitué en organisme en 1979. Il offre un programme d'internat aux élèves de la 9^e à la 12^e années. Il fait aussi partie des administrations scolaires et à ce titre, il fournit des services d'éducation secondaire aux jeunes des Premières nations qui sont séparés de leur famille. Son objectif est d'accroître le nombre de jeunes des Premières nations qui deviendront des professionnels après avoir fait des études postsecondaires, le tout afin de faire progresser le gouvernement autonome, l'autodétermination et l'autosuffisance économique des Premières nations, et d'aider les conseils de bandes à gérer l'éducation à l'échelle locale.⁹⁸

L'école de la Première nation de Pelican Falls, qui était autrefois accessible aux jeunes de Pikangikum, a offert à ces mêmes jeunes la possibilité de résider dans la collectivité durant la période de la 9^e à la 12^e années et d'y recevoir leur éducation. L'école offre des programmes permettant aux jeunes de s'instruire et de se préparer à exercer un métier ou à aller au collège ou à l'université. Cependant, les jeunes de Pikangikum n'ont plus droit à ce privilège. Un représentant du Bureau du coroner en chef s'est fait dire que l'école de Pikangikum offrait des programmes jusqu'à la 12^e année et que l'on avait donc établi que les élèves de cette école devaient y recevoir toute leur éducation. Le programme de l'école secondaire de la Première nation de Pelican Falls est considéré comme plus complet et plus intensif, et les diplômés de cette école sont peut-être mieux préparés à faire face aux problèmes liés à des études collégiales et universitaires. Les jeunes qui se sont montrés brillants et qui ont démontré qu'ils avaient tant des aptitudes que de l'intérêt ont reçu la permission de fréquenter l'école secondaire de la Première nation de Pelican Falls dans le passé. Cependant, il n'est plus possible d'obtenir ce privilège. Les responsables de cette école secondaire ont aussi permis à des enfants et des jeunes d'entreprendre la transition qui les mènera de Pikangikum à la collectivité élargie, mais cette occasion a été gaspillée. Malheureusement, l'apprentissage en ligne n'est pas une option disponible à Pikangikum, car il n'y a pas de budget pour cette activité. Il a aussi été rapporté que plusieurs jeunes qui avaient quitté le milieu familial de leur Première nation et qui vivaient dans des maisons alors qu'ils étudiaient dans des écoles éloignées, sont décédés. Il n'y a aucun doute que le fait de passer de leur collectivité d'origine à un grand centre urbain tel que Thunder Bay a engendré plusieurs problèmes.

Recommandations

La Première nation de Pikangikum et la Pikangikum Education Authority (PEA)

60. La Première nation de Pikangikum, la Pikangikum Education Authority et les éducateurs de l'école devraient tenir une réunion pour discuter en profondeur du rôle fondamental de l'éducation telle qu'elle est assurée dans la collectivité. Lors de cette réunion, on pourrait discuter de la mission, de la vision et des valeurs de la Pikangikum Education Authority et, en particulier, d'un protocole d'entente sur les résultats que l'on voudrait que les enfants et les jeunes fréquentant l'école obtiennent et qui les aideront à se ménager un avenir viable. Pour cette réunion, on devrait envisager de recourir à un animateur provenant de l'extérieur de la collectivité et possédant des connaissances spécialisées en prestation de programmes d'éducation aux Premières nations.

La question à laquelle les leaders de Pikangikum doivent répondre est celle de savoir à quoi sert l'école. Aucun des enfants de la promotion précédente n'a poursuivi d'études postsecondaires, alors que de telles études lui auraient permis d'acquérir des compétences convoitées tant sur les réserves que dans les collectivités de l'Ontario et ailleurs. Les enfants commenceront peut-être à envisager leur avenir avec espoir quand ils comprendront qu'ils ont un potentiel illimité, et on devrait donc les encourager à faire des études postsecondaires.

61. La Première nation de Pikangikum, le Chef et le Conseil devraient passer une Résolution du conseil de bande (RCB) en vertu de laquelle il serait obligatoire d'effectuer un recensement précis de tous les enfants de la collectivité qui sont d'âge scolaire.

62. La Première nation de Pikangikum, le Chef et le Conseil et la Pikangikum Education Authority devraient passer une Résolution du conseil de bande (RCB) en vertu de laquelle les enfants seraient tenus d'aller à l'école jusqu'à l'âge de 18 ans, conformément à la réalité selon laquelle les enfants et les jeunes ayant de bons liens avec l'école et leur milieu social sont plus susceptibles d'obtenir des résultats scolaires positifs, et ont moins de chances d'adopter des comportements risqués pour leur santé (inhalation de vapeurs

⁹⁸ <http://www.nnec.on.ca/administration>.

d'essence, etc.) et de souffrir par la suite de problèmes de santé mentale tels que la dépression et le suicide.⁹⁹

D3. École buissonnière

Les parents n'exigent pas de leurs enfants qu'ils aillent à l'école. L'éducation des Premières nations n'est pas régie par la *Loi sur l'éducation* de l'Ontario. Le paragraphe 21(1) de cette loi (L.R.O. 1990) prévoit que tous les enfants de six à dix-huit ans doivent fréquenter l'école sur une base quotidienne. Les articles 116 et 117 de la *Loi sur les Indiens* prévoient la même chose pour les enfants de six à seize ans.

Récemment, le grand chef Stan Beardy a assisté à une rencontre de la Première nation Eabametoong avec des dignitaires fédéraux, y compris la femme du gouverneur général David Johnston, tel que rapporté dans le *Toronto Sun* du 7 novembre 2010 :

Le grand chef Stan Beardy, de la Nishnawbe Aski Nation, a dit que la collectivité est en train d'établir un plan d'action ainsi que des programmes visant à remettre les jeunes en contact avec la terre et les valeurs traditionnelles. À plus long terme, il a indiqué que ces jeunes auront besoin de formation liée à l'emploi et de compétences en demande, et la collectivité a quant à elle besoin d'occasions de créer de la richesse. « Ce qui se passe ici à Fort Hope — à Eabametoong — correspond à ce qui se passe en Ontario. Ça se passe aussi au Canada, l'un des plus riches pays du monde. Et le fait que des gens se suicident uniquement parce qu'ils entrevoient leur vie avec aucun espoir est inacceptable », a-t-il ajouté.¹⁰⁰ [traduction]

Le message de Beardy est on ne peut plus clair. Les jeunes doivent se raccrocher au fondement qu'est leur passé, mais ils ont besoin de « formation liée à l'emploi » et de « compétences en demande » pour leur avenir. Dans la société contemporaine, on n'a jamais autant reconnu la nécessité de faire des études. Il devient difficile de concevoir les rêves que les futures générations de jeunes des Premières nations pourront réaliser s'ils n'ont pas d'éducation.

L'examen du niveau d'éducation des Premières nations par groupe d'âge qui figure dans l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003 révèle qu'il est peu probable que les aînés et les jeunes aient obtenu au moins le diplôme d'études secondaires. De plus, il y a une très grande différence entre les Premières nations et le reste de la population canadienne à cet égard, et cette différence devient encore plus marquée dans le cas des adultes des Premières nations vivant sur une réserve. Les tableaux qui suivent proviennent de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003.

Âge et éducation	Groupe d'âge (années)		
	18 à 29	30 à 59	60 et plus
<Détenteur d'un diplôme d'études secondaires	57,0 %	46,1 %	70,8 %
Détenteur d'un diplôme d'études postsecondaires	15,4 %	37,1 %	19,3 %

⁹⁹ *Looking for Something to Look Forward to: A Five-Year Retrospective Review of Child et Youth Suicide in B.C. Child Death Review Unit*, service des coroners de la C.-B., 2008, p. 47.

¹⁰⁰ *Toronto Sun*, 7 novembre 2010, p. 19.

Tableau 2. Comparaison entre le niveau d'éducation des adultes des Premières nations vivant sur une réserve et celui des autres Premières nations et du reste de la population canadienne			
Plus haut niveau d'études scolaires	Adultes des Premières Nations vivant sur une réserve (ERS) 18 ans et plus (n=10 812)	Adultes des Premières Nations ne vivant pas sur une réserve (2001) 15 ans et plus ¹⁷	Population canadienne 2001 15 et plus ¹⁸
>école secondaire	52,4	44,1	33,2
École secondaire	19,6	25,0	23,0
Diplôme	22,9	25,4	28,4
Baccalauréat	4,5	4,7	11,7
Maîtrise ou doctorat	0,6	0,8	3,7

Le Bureau du coroner en chef s'est fait dire que les enfants commencent généralement à faire l'école buissonnière avant d'avoir atteint l'âge de 10 ans. Leurs parents ne se lèvent pas le matin pour les préparer à aller à l'école et ils n'y vont tout simplement pas. Dans plusieurs cas, l'alcoolisme est un problème au sein de la famille. De plus, la situation de ces enfants est aggravée par le fait que c'est à l'école qu'ils ont la meilleure chance de bien s'alimenter, celle-ci leur fournissant deux repas par jour. Souvent, ils finissent par adhérer à la sous-culture des intoxiqués aux solvants qui deviennent leur famille substitut au fur et à mesure qu'ils s'éloignent de l'école.

« Même si l'abus de drogues ou d'alcool est un facteur de risque de suicide qui doit être traité, il s'agit ici d'un autre " comportement à risque " qui est le plus souvent examiné dans une perspective individuelle; pourtant, il ne peut être compris isolément sans tenir compte du contexte social de ses antécédents et de ses conséquences. On soutient que les facteurs sociaux sont les plus importants déterminants de tels problèmes : lorsque les gens se dissocient de leur famille, et de leur culture, ils se " soumettent " souvent à une substance ou autre chose (telle que la drogue, l'alcool, le jeu ou Internet) pour survivre à la douleur de leur existence. De fait, la dépendance devient répandue lorsque la culture d'un peuple se détruit. Dans le cas qui nous occupe, les résultats de l'expérience du pensionnat illustrent bien ce principe. En fin de compte, bien que la vulnérabilité à la dépendance varie d'une personne à l'autre, et il est connu que la toxicomanie ajoute de la complexité et souvent de la violence aux problèmes propres à une collectivité, la guérison globale ne devrait pas être centrée sur l'individu. En plus des traitements et du soutien individuels adaptés d'un point de vue culturel, on devrait d'abord se concentrer sur la modification des déterminants sociaux puissants, à savoir les aspects sociaux et politiques qui pourraient contribuer à réformer la société de manière à la réconcilier de façon significative avec la culture et la famille au quotidien. »¹⁰¹ [traduction]

Tous les enfants qui se sont suicidés étaient d'âge scolaire et la plupart d'entre eux ne fréquentaient plus l'école depuis des années. En plus des 520 enfants qui sont inscrits à l'école de Pikangikum cette année, on estime que de 350 à 500 autres enfants sont admissibles à fréquenter cette école. Le panel du Bureau du coroner en chef a indiqué que les enfants qui ne vont pas à l'école ne suivent aucun programme, sont enclins à se livrer à l'abus de solvants, se désengagent et s'isolent. Le manque d'encadrement de la part de parents qui n'encouragent pas leurs enfants à aller à l'école peut aussi donner à penser qu'à la maison, les conditions de vie sont difficiles. Ce sont des facteurs de risque de suicide éventuel. Les membres du panel ont affirmé que les enfants ont besoin de suivre des programmes et de recevoir une éducation pour se préparer à franchir les prochaines étapes de leur vie. De plus, les programmes de prévention du suicide sont le plus efficaces lorsqu'ils sont administrés au début de l'enfance par l'entremise du système scolaire. Cette formation est vitale pour aider ces enfants.

¹⁰¹ J. Finlay et A. Nagy, *Pikangikum – Root Causes of Youth Suicide Within a Remote First Nation*, 17 janvier 2011, p. 20, en cours de publication.

Recommandations

La Première nation de Pikangikum et la Pikangikum Education Authority (PEA)

- 63. Il faudrait améliorer le niveau de l'éducation secondaire à l'école de Pikangikum de manière à ce que les diplômés aient la capacité et les dispositions pour faire face aux défis liés à l'éducation postsecondaire de type professionnel ou de niveau collégial ou universitaire. La PEA devrait créer des options afin de permettre aux enfants qui ont peut-être le potentiel et l'intérêt pour faire des études postsecondaires plus avancées de le faire dans de bonnes conditions à Pikangikum ou dans des écoles administrées hors réserve par des Premières nations dans des villes telles que Pelican Falls et Thunder Bay, si cela servait au mieux les intérêts de l'élève.**
- 64. Après avoir fait appel aux spécialistes du ministère de l'Éducation de la province, la Pikangikum Education Authority devrait envisager de créer un programme d'apprentissage en ligne de niveau secondaire. À cette fin, la collectivité aurait peut-être aussi intérêt à tirer parti du savoir-faire de la Keewaytinook Internet High School. Les leaders de la PEA, le Chef et le Conseil devraient s'employer activement à mettre cette solution en pratique. Les enfants d'aujourd'hui deviendront les leaders de demain à Pikangikum et on doit leur offrir toutes les occasions possibles d'exploiter leur potentiel.**

Pikangikum First Nation and the Pikangikum Education Authority (PEA)

- 65. La Pikangikum Education Authority devrait entretenir des rapports avec la Pikangikum Health Authority afin de fournir les services d'une infirmière de la santé publique à l'école. Cette infirmière pourrait participer au traitement de problèmes tels que l'abus de solvants et la gestion de la santé sexuelle et de la reproduction; il faudrait aussi que les jeunes puissent la consulter facilement et qu'elle dispense ses services dans les bureaux de l'école. Ce programme pourrait être financé par l'entremise d'une infirmière en santé communautaire dont les services seraient fournis à la collectivité par les Services de soins de santé primaires de Santé Canada.**
- 66. La Pikangikum Education Authority devrait envisager de créer une garderie dans l'école et de se conformer aux exigences découlant de la *Loi sur les garderies*, L.R.O. 1990, en fournissant des services de garde d'enfants à la collectivité et aux élèves de l'école.**
- 67. La Pikangikum Education Authority devrait envisager de créer et de mettre en œuvre un programme de garderie à plein temps.**
- 68. Compte tenu du niveau phénoménal d'abus de solvants et des dommages neurocognitifs que cela entraîne en plus du taux d'occurrence probablement élevé de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) dans la collectivité, la Pikangikum Education Authority devrait s'employer activement à chercher du financement et à créer des programmes pour répondre aux besoins spéciaux en éducation. On devrait notamment faire du dépistage de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et des tests de détection d'intoxication aux solvants chez les enfants et jeunes « à risque ».**
- 69. La rémunération des professeurs de l'école de Pikangikum devrait être alignée sur les grilles salariales provinciales, et un régime de retraite devrait aussi être offert à ces professeurs. Dans la mesure du possible, cela devrait être réalisé par l'entremise du Régime de retraite des enseignantes et des enseignants de l'Ontario. Le soutien au perfectionnement professionnel devrait être désigné comme tel et mis à la disposition des professeurs par l'intermédiaire du ministère de l'Éducation de la province.**

Des éducateurs ont expliqué qu'il n'y a pas de services de garde d'enfants structurés dans la collectivité. Le taux de grossesse chez les adolescentes est élevé. Les jeunes femmes qui sortent du système scolaire pour porter un enfant n'y reviennent jamais. Les services de garde d'enfants leur permettraient d'aller à l'école tout en gardant le contact avec leur enfant. De plus, la présence de la pauvreté et de problèmes sociaux sur les réserves doit être contrecarrée par des programmes d'éducation de la petite enfance grâce auxquels on pourra s'assurer que les enfants reçoivent un soutien valable sur les plans nutritionnel, physique et émotionnel, qu'ils ne recevront peut-être pas autrement.

« La santé est non seulement vécue à travers des dimensions physiques, spirituelles, émotives et psychologiques, mais également tout au long du parcours de vie. (...) Vient ensuite le développement de la petite enfance, dans lequel les caractéristiques des environnements physique et psychologique ont non seulement des répercussions sur la santé actuelle des

enfants, mais préparent aussi le terrain à des vulnérabilités et aux capacités de résilience dans le futur. »¹⁰²

Compte tenu des facteurs de stress phénoménaux qui influent sur la vie à Pikangikum et du haut taux de natalité, une garderie à temps plein permettrait d'améliorer l'éducation et, probablement, l'état de santé des enfants. On pourrait même soutenir qu'il n'y a pas une collectivité au Canada où l'éducation de la petite enfance et une garderie pourraient avoir un effet plus profitable sur la vie des enfants.

Il a été rapporté que la rémunération des professeurs n'est pas comparable à ce qui se pratique ailleurs et qu'elle n'est pas conforme aux grilles salariales provinciales. Aucun régime de retraite n'est offert aux professeurs et ils ne cotisent pas non plus au Régime de retraite des enseignantes et des enseignants de l'Ontario. Ils n'ont pas accès à un soutien au perfectionnement professionnel, et la conséquence de tout cela est prévisible : les professeurs ne restent pas longtemps dans la collectivité et ils partent généralement au bout de trois ou quatre ans.

Gouvernement fédéral - Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (INAC)

70. Le financement de l'éducation des Premières nations devrait être assumé par INAC à un niveau comparable à celui du financement accordé pour les autres enfants et jeunes qui reçoivent leur éducation dans la province de l'Ontario.

Financement inadéquat

L'une des différences marquées se rapportant à l'éducation des enfants des Premières nations est la disparité entre le financement accordé par la province de l'Ontario par enfant et la contribution du fédéral. L'obligation qu'a le fédéral de financer l'éducation concerne les écoles visées par le paragraphe 114(2) de la *Loi sur les Indiens* :

Le ministre peut, en conformité avec la présente loi, établir, diriger et entretenir des écoles pour les enfants indiens.

En 2008-2009, le coût moyen estimatif par élève pour une école exploitée par une bande s'établissait à 4 127 \$, comparativement au financement provincial projeté de 9 976 \$ par élève pour la même période.¹⁰³ Il y a certaines similitudes entre les variables utilisées pour la formule de financement applicable aux écoles exploitées par une bande et celle appliquée par l'Ontario, mais il ne s'agit pas de comparaisons directes. Il faudrait faire des analyses plus poussées pour effectuer une comparaison entièrement exacte étant donné que la formule de financement applicable aux écoles exploitées par une bande ne tient pas compte du financement fourni par INAC aux Premières nations par l'entremise d'initiatives fondées sur des propositions. Plusieurs de ces initiatives comprennent du financement pour des composantes intégrées au financement par élève.¹⁰⁴ Du point de vue des résultats, les fonds fédéraux versés par élève sont peut-être en fait plus élevés que les chiffres précités. Ce que le gouvernement fédéral verse réellement pour l'éducation sur les réserves des Premières nations ne peut être clairement établi. Toutefois, on s'entend généralement pour dire que ce montant est inférieur à ce que la province de l'Ontario verse pour ses élèves, et ce, de plusieurs milliers de dollars. Il y a un manque à gagner en ce qui concerne l'éducation des enfants et des jeunes sur les réserves des Premières nations, tel que corroboré par la vérificatrice générale fédérale Sheila Fraser, ou le rapport du directeur parlementaire du budget sur les dépenses en immobilisations engagées pour des écoles des Premières nations en 2009, ou encore les préoccupations exprimées par l'Assemblée des Premières Nations.

La province de l'Ontario fournira, par l'entremise du ministère de l'Éducation, un financement par élève projeté de l'ordre de 10 730 \$ pour 2010-2011. Ce montant a augmenté de 49 pour cent

¹⁰² C.L. Reading et F. Wien, *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009, p. 3.

¹⁰³ Ces renseignements ont été obtenus par l'entremise du Bureau du sous-ministre adjoint, ministère de l'Éducation, ministère de la Formation et des Collèges et Universités, province de l'Ontario, 20 octobre 2010.

¹⁰⁴ Ces renseignements ont été obtenus par l'entremise du Bureau du sous-ministre adjoint, ministère de l'Éducation, ministère de la Formation et des Collèges et Universités, province de l'Ontario.

depuis 2002-2003, alors qu'il se chiffrait à 7 201 \$.¹⁰⁵ La formule de financement actuelle s'appliquant aux écoles exploitées par une bande a été mise au point en 1988. Elle n'a pas été indexée au coût de la vie depuis 1996 et elle est plutôt plafonnée à une augmentation annuelle de deux pour cent.¹⁰⁶

Le problème le plus préoccupant, ce sont les enfants eux-mêmes. Les enfants et les jeunes de Pikangikum figurent probablement parmi ceux qui sont le plus dans le besoin dans la province et au pays. Ils vivent dans un milieu appauvri caractérisé par le surpeuplement, le manque de biens de première nécessité tels que l'eau courante et des toilettes intérieures, la violence familiale, l'alcoolisme, les pertes, l'isolement, la peur de se faire abandonner et la possibilité d'une agression sexuelle. La négligence, la criminalité, les agressions physiques, l'abus de solvants et le suicide ne sont pas non plus des situations rares dans ce milieu. Les enfants qui y vivent sont ceux-là mêmes qui ont le plus besoin de ressources éducatives. Même les enfants qui ont réussi à l'école souffrent d'un retard de trois ans au plan de l'âge ou de trois années d'études. Il se peut aussi que ces enfants souffrent de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale ou qu'ils soient en train d'acquérir des déficiences cognitives parce qu'ils se livrent à l'abus de solvants. En règle générale, l'anglais n'est pas leur langue maternelle.

Pour les préparer à évoluer dans le monde contemporain tant à Pikangikum qu'à l'extérieur de cette collectivité, il faut établir des plans d'éducation intensive, structurée et individualisée à leur intention. Il est difficile de justifier l'application d'une formule de financement « par élève » pour cette population aux caractéristiques distinctes. Le financement devrait en fait être axé sur les élèves et conditionnel à leur réussite. Le financement destiné aux enfants des Premières nations n'a pas suivi le rythme de l'inflation et encore moins l'évolution des besoins en matière d'éducation, étant donné qu'il a été plafonné suivant une augmentation de deux pour cent par année décrétée par le gouvernement fédéral en 1996. Cela signifie que les allocations de financement fédéral pour l'éducation des enfants des Premières nations vivant sur une réserve ont augmenté de 16 % par rapport à leur niveau de 2002-2003, comparativement à une hausse de 49 % pour la même période dans le cas des enfants dont l'éducation est assurée par la province de l'Ontario. Cet écart s'accroît tous les ans et il a probablement une incidence proportionnelle sur les résultats scolaires des enfants. Les enfants et les jeunes des Premières nations continueront d'être relégués de plus en plus à l'arrière du peloton.

Le ministère de l'Éducation de la province a fourni un rapport d'étape (automne 2009) sur la mise en œuvre du Cadre d'élaboration des politiques de l'Ontario en éducation des Premières nations, des Métis et des Inuit, qui est intitulé « De solides bases pour l'avenir » et dans lequel un représentant du Ministère déclare ce qui suit :

« Les différences qui existent entre les démarches adoptées par les paliers fédéral et provincial en matière de financement demeurent une préoccupation constante. Plus précisément, il existe un écart considérable entre le financement octroyé par la province aux conseils scolaires et le financement accordé aux Premières Nations par le gouvernement fédéral par le truchement de la formule de financement adoptée par les bandes. »¹⁰⁷

71. INAC devrait respecter son engagement à construire une nouvelle école à Pikangikum dans les plus brefs délais. Cette école devrait :

- accueillir les enfants actuellement d'âge scolaire et les enfants qui s'inscriront dans le futur;
- comprendre des terrains de jeu ainsi que des terrains de soccer, de baseball et de basket-ball;
- comprendre un auditorium, où la collectivité pourra se réunir pour divers événements traditionnels et culturels;
- comprendre une garderie.

¹⁰⁵ *Ibid.*

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ *De solides bases pour l'avenir*, ministère de l'Éducation, www.edu.gov.on.ca.

D4. Surpeuplement et installations physiques inadéquates

L'école actuelle consiste en une série de 17 bâtiments transportables. En mars, des visiteurs du Bureau du coroner en chef ont été invités à retirer leurs chaussures pour préserver la propreté des lieux, mais les planchers étaient tellement froids qu'ils ont dû éviter d'y poser leurs pieds pour se tenir au chaud.

La vieille école, qui a brûlé, était utilisée au maximum pour la tenue de divers événements sociaux. Des assemblées y ont eu lieu, ce qui a permis aux élèves de garder le contact avec l'école, et des programmes y ont aussi été mis en œuvre. Cependant, avec les installations actuelles, on a l'impression que l'idée d'une collectivité rassemblée autour de l'école a disparu. Il n'y a plus de gymnase. Chaque enfant a un seul cours d'éducation physique par semaine au centre communautaire. Toutefois, ce centre sert aussi à la tenue de séances de tribunaux tous les quinze jours, et cela a préséance sur les activités scolaires. On n'y retrouve aucun terrain de soccer, de baseball ou de basket-ball. En matière d'activités sportives, le strict minimum est offert et les enfants s'ennuient, ce qui les expose davantage à des tentations comme l'abus de solvants. Les enfants qui se sentent seuls et isolés sont élevés dans des bâtiments temporaires comme des bâtiments transportables et cela accroît peut-être leur sentiment d'isolement.

La Première nation de Pikangikum a recensé les problèmes suivants dans son ensemble actuel de 17 bâtiments transportables :

- Fuites constantes et problèmes de moisissures
- Mauvaise isolation qui occasionne d'autres problèmes – courants d'air, planchers froids, accumulation dangereuse de glace sur le toit, gel de tuyaux
- Érosion du sol et mouvements de l'édifice qui permettent aux animaux et aux enfants de se glisser sous l'école, et risques accrus en cas d'incendie à cause du manque de sorties de secours clairement indiquées
- Pas d'espace commun ou de lieu de rassemblement
- Pas de bibliothèque
- Pas d'installations technologiques ou spécialisées
- Pas de gymnase
- Pas de toilettes dans les salles de classe préfabriquées;
- Pas de casiers;
- Pas d'équipement récréatif ou de matériel de terrain de jeux;
- Pas de salle d'ordinateurs;
- Pas d'installations scientifiques;
- Pas d'installations et de matériel en éducation spécialisée;
- Pas d'accès pour les fauteuils roulants et les élèves handicapés;
- Pas d'espace pour une garderie malgré une augmentation rapide de la population;
- Manque de motivation chez les élèves d'aller dans une école qui n'en est pas une;
- Surpeuplement des classes qui oblige les élèves à s'asseoir dans les corridors (par exemple, il y avait 55 enfants en 8^e année en 2010-2011).¹⁰⁸

Affaires autochtones et Développement du Nord Canada se serait apparemment engagé à construire une nouvelle école. La Pikangikum Education Authority n'a pu indiquer ne serait-ce qu'une date approximative pour le début des travaux. Si l'on s'en fie au rapport 2009 du directeur parlementaire du budget sur les dépenses en capital engagées pour des écoles des Premières nations, seulement 49 % des écoles ont été déclarées en bon état, 77 écoles sont hébergées dans des bâtiments temporaires, 20 % des écoles n'ont pas été inspectées et 10 écoles ont été fermées à cause de leur état.¹⁰⁹

L'illustration 6 (datant de juillet 2009) qui figure ci-après témoigne clairement de l'importance des écoles et de leur utilité pour la tenue d'événements communautaires. Cette photo a été prise dans le gymnase de l'école secondaire de la Première nation de Sandy Lake, où des enfants s'étaient rassemblés pour rencontrer M. James Bartleman, ancien lieutenant-gouverneur de l'Ontario et Mme Ruth Ann Onley, femme de l'honorable lieutenant-gouverneur de l'Ontario, M. David C. Onley. L'école est un endroit

¹⁰⁸ Voir l'annexe 5.

¹⁰⁹ http://www2.parl.gc.ca/sites/pbo-dpd/documents/INAC_FR.pdf.

privilegié pour la tenue d'activités communautaires. On peut voir une scène à l'extrémité éloignée, et il est possible de pratiquer des sports récréatifs tels que le basket-ball dans le gymnase.



Illustration 6. Cette photo a été prise dans le gymnase de l'école secondaire de la Première nation de Sandy Lake.

L'école devient la plaque tournante de la collectivité et elle remplit une fonction sociale vitale. Dans une collectivité des Premières nations possédant des infrastructures limitées, l'importance d'une école dotée d'installations physiques complètes, avec toutes les possibilités que cela offre, ne peut être surévaluée.

Recommandations

72. INAC devrait financer :

- La prestation des services d'une infirmière de la santé publique à l'école de Pikangikum.
- Une garderie à l'école où l'on pourrait fournir des services d'éducation de la petite enfance.
- La gestion des besoins spéciaux en éducation pour les enfants et les jeunes de Pikangikum, et cela devrait comprendre le dépistage général de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale ainsi que des plans visant à soutenir tant ces enfants dans le besoin que ceux qui souffrent de l'abus de solvants alors même qu'ils tentent de réaliser leurs projets d'études. Ce projet pourrait être réalisé dans le cadre de l'Initiative pancanadienne sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, qui est réalisée par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.

Des éducateurs ont expliqué qu'il n'y a pas de services de soins à l'enfance structurés dans la collectivité. Le taux de grossesse chez les adolescentes est élevé. L'accès à des choix éclairés en matière de contraception peut constituer un problème. Les jeunes femmes qui sortent du système scolaire pour porter un enfant n'y reviennent jamais. Une garderie leur permettrait d'aller à l'école tout en gardant le contact avec leurs enfants.

De plus, la présence de la pauvreté et de problèmes sociaux sur les réserves doit être contrecarrée par des programmes d'éducation de la petite enfance grâce auxquels on pourra s'assurer que les enfants reçoivent un soutien valable sur les plans nutritionnel, physique et émotionnel, qu'ils ne recevront peut-être pas autrement.

« La santé est non seulement vécue à travers des dimensions physiques, spirituelles, émotives et psychologiques, mais également tout au long du parcours de vie. (...) Vient ensuite le développement de la petite enfance, dans lequel les caractéristiques des environnements physique et psychologique ont non seulement des répercussions sur la santé actuelle des enfants, mais préparent aussi le terrain à des vulnérabilités et aux capacités de résilience dans le futur. »¹¹⁰

Compte tenu des facteurs de stress phénoménaux qui influent sur la vie à Pikangikum et du haut taux de natalité, une garderie à temps plein permettrait d'améliorer l'éducation et, probablement,

¹¹⁰ C.L. Reading et F. Wien, *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009, p. 3.

l'état de santé des enfants. Il s'agit certainement d'une collectivité où l'éducation de la petite enfance et la présence d'une garderie auraient un effet exceptionnel sur la vie des enfants.

Le gouvernement fédéral, la province de l'Ontario et les Chiefs of Ontario

73. Le gouvernement fédéral, Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, les Chiefs of Ontario et les organismes politiques des Premières nations tels que la Nishnawbe Aski Nation, ainsi que la province de l'Ontario, le ministère de l'Éducation et le Bureau de l'éducation autochtone devraient tenir une réunion pour entreprendre un dialogue afin que la prestation des services d'éducation aux enfants et aux jeunes des Premières nations vivant sur des réserves en Ontario soit transférée du gouvernement fédéral au gouvernement provincial. Cela ne devrait d'aucune façon être perçu comme une tentative de nier les obligations constitutionnelles ou issues de traités du gouvernement fédéral en ce qui concerne le financement de l'éducation des Premières nations, mais plutôt comme une volonté d'utiliser les ressources et le savoir-faire établis du gouvernement provincial et de mettre à nouveau l'accent sur la planification, l'exécution et la prestation des services et l'obtention de résultats au profit des jeunes des Premières nations résidant en Ontario, afin, en dernière analyse, d'assurer la qualité de l'éducation fournie aux enfants et aux jeunes des Premières nations dans la province.

D5. Participation des gouvernements fédéral et provincial à la prestation des services d'éducation

Selon le recensement de 2006, il y a environ 1 200 000 Autochtones au Canada. Les peuples autochtones comprennent les Premières nations, les Inuits et les Métis. On compte environ 250 000 Autochtones en Ontario, soit 21 % du nombre total d'Autochtones au Canada. Il y a environ 160 000 membres des Premières nations en Ontario.¹¹¹ Cinquante mille trois cent douze élèves autochtones fréquentent les écoles primaires et secondaires de l'Ontario.¹¹² Parmi les enfants et les jeunes des Premières nations, 18 300 vivent sur le territoire de conseils scolaires provinciaux et fréquentent des écoles provinciales, 20 100 habitent au sein de collectivités des Premières nations et sont inscrits à des écoles élémentaires ou secondaires financées par le fédéral, et 5 212 fréquentent des écoles financées par la province en vertu d'une entente sur les frais de scolarité dont le financement est assumé par le fédéral.

L'enseignement est offert aux enfants et aux jeunes des Premières nations suivant trois modèles, à savoir :

1. Les élèves des Premières nations qui habitent dans des collectivités des Premières nations (réserves) et fréquentent des écoles élémentaires ou secondaires financées par le gouvernement fédéral dans les collectivités des Premières nations.
 - Leur nombre est estimé à 20 100.
 - Leur éducation élémentaire et secondaire incombe à l'administration scolaire locale de ces Premières nations, au conseil de bande ou au gouvernement fédéral.
 - Le financement de leur éducation est assuré par le gouvernement fédéral.
 - Les écoles secondaires dans les collectivités des Premières nations s'inscrivent auprès du ministère de l'Éducation à titre d'écoles privées pour pouvoir offrir des cours donnant droit aux crédits qui permettent d'obtenir le diplôme d'études secondaires de l'Ontario. En 2005, il y avait 34 écoles secondaires des Premières nations.
 - Le Ministère offre des possibilités de perfectionnement professionnel aux personnels enseignant et directeur d'écoles des Premières nations moyennant le paiement de droits.¹¹³
 - Cela correspond à la situation de la Première nation de Pikangikum.

¹¹¹ En.wikipedia.org/wiki/Aboriginal_peoples_in_Canada.

¹¹² Cadre d'élaboration des politiques de l'Ontario en éducation des Premières nations, des Métis et des Inuit, Bureau de l'éducation des Autochtones, ministère de l'Éducation, 2007, www.edu.gov.on.ca., p.5.

¹¹³ Cadre d'élaboration des politiques de l'Ontario en éducation des Premières nations, des Métis et des Inuit, Bureau de l'éducation des Autochtones, ministère de l'Éducation, 2007, www.edu.gov.on.ca, p. 23.

2. Les élèves des Premières nations qui habitent dans des collectivités des Premières nations et fréquentent des écoles élémentaires ou secondaires financées par la province dans le cadre d'une entente sur les frais de scolarité.
 - Leur nombre s'élève à 5 212.
 - Certaines Premières nations offrent des programmes d'éducation jusqu'à la 6^e année, d'autres jusqu'à la 8^e année. La plupart des élèves doivent quitter leur collectivité pour continuer leurs études dans des écoles financées par la province.
 - Une entente sur les frais de scolarité, conclue entre une Première nation ou le gouvernement fédéral et un conseil scolaire, couvre le coût de l'éducation dispensée par le conseil scolaire.¹¹⁴
 - Dans le passé, certains enfants de Pikangikum qui avaient démontré tant de l'intérêt que des aptitudes pour les études ont reçu la permission de quitter la collectivité pour aller étudier à l'école secondaire de Pelican Falls. Cependant, on a dit au représentant du Bureau du coroner en chef que cette possibilité n'était plus offerte.
3. Les élèves des Premières nations qui habitent dans un lieu qui relève de la compétence d'un conseil scolaire et fréquentent des écoles élémentaires ou secondaires financées par la province.
 - Leur nombre est de 18 300.
 - Le financement de leur éducation est assuré par le Ministère en vertu des Subventions pour les besoins des élèves. Ces élèves sont traités comme tous les autres élèves du conseil scolaire.¹¹⁵

« D'après les données du recensement de 2001, l'écart est notable entre le niveau de scolarité de la population autochtone et celui de la population non autochtone. De nombreux Autochtones ont peu d'aptitudes pour accéder à un emploi ou n'ont pas fait suffisamment d'études pour mettre à niveau leurs compétences dans un marché du travail de plus en plus axé sur les connaissances. »¹¹⁶

Par l'entremise du ministère de l'Éducation et du Bureau de l'éducation des Autochtones, la province de l'Ontario a produit un document intitulé « Cadre d'élaboration des politiques de l'Ontario en éducation des Premières nations, des Métis et des Inuit ». Ce document clé décrit les orientations stratégiques en matière de prestation de services d'éducation de qualité aux élèves autochtones dans les écoles financées par la province de l'Ontario. En voici des extraits qui permettent de bien comprendre les priorités du gouvernement provincial en ce qui concerne l'éducation des Premières nations :

« Le gouvernement de l'Ontario tient à l'excellence de l'enseignement public pour tous les élèves, y compris les élèves des Premières nations et des nations métisse et inuit. La nouvelle approche ontarienne des affaires autochtones, publiée par le gouvernement en juin 2005 et visant la formation de collectivités autochtones prospères, saines et capables d'assurer un meilleur avenir à leurs enfants et leurs jeunes, reflète cette position. Les responsables de l'Ontario et des collectivités autochtones reconnaissent l'importance de l'éducation pour améliorer les perspectives des enfants et des jeunes des Premières nations et des nations métisse et inuit. Dans le cadre de la nouvelle approche, le gouvernement s'engage à travailler avec les chefs et les organisations autochtones pour améliorer le rendement scolaire des élèves autochtones. Pour donner suite à son engagement, le ministère de l'Éducation a fait de l'éducation des Autochtones une de ses priorités et a mis l'accent sur les deux principaux défis à relever d'ici 2016 :

- améliorer le rendement des élèves des Premières nations et des nations métisse et inuit;
- réduire l'écart entre les élèves autochtones et non autochtones en matière de littératie et de numératie, de persévérance scolaire, de taux d'obtention du diplôme d'études secondaires et de poursuite des études au palier postsecondaire.

¹¹⁴ *Ibid.*, p. 24.

¹¹⁵ Cadre d'élaboration des politiques de l'Ontario en éducation des Premières nations, des Métis et des Inuit, Bureau de l'éducation des Autochtones, ministère de l'Éducation, 2007, www.edu.gov.on.ca.

¹¹⁶ *Ibid.*

Pour y parvenir, le Ministère reconnaît la nécessité de recourir à des stratégies efficaces qui répondent aux besoins particuliers des élèves des Premières nations et des nations métisse et inuit. »¹¹⁷

Le même document présente la vision, l'énoncé de politique et les principes directeurs qu'il faudra mettre en application pour relever les principaux défis décrits dans ce document.

Vision

Les élèves des Premières nations et des nations métisse et inuit de l'Ontario ont les connaissances, les compétences et la confiance nécessaires pour terminer leurs études élémentaires et secondaires, et suivre avec succès des programmes d'enseignement postsecondaire ou de formation, ou se joindre à la population active, ou les deux. Ils ont les connaissances, les compétences et les comportements, traditionnels et contemporains nécessaires pour être des citoyens du monde qui contribuent à la vie sociale, participent à la vie politique et connaissent la prospérité économique.

Énoncé de politique

Le ministère de l'Éducation s'engage à ce que les élèves des Premières nations et des nations métisse et inuit réussissent. En collaboration et en partenariat avec les familles, les collectivités et les organisations des Premières nations, des Métis et des Inuit, les gouvernements et les administrations scolaires des Premières nations, les conseils scolaires, d'autres ministères de l'Ontario, le gouvernement fédéral, l'Ordre des enseignantes et des enseignants de l'Ontario et les facultés d'éducation, le Ministère s'engage à élaborer des stratégies qui auront les effets suivants :

- augmenter la capacité du système d'éducation à répondre aux besoins des élèves des Premières nations et des nations métisse et inuit en matière de culture et d'apprentissage;
- fournir des programmes, des ressources et des services de qualité pour donner à ces élèves des possibilités d'apprentissage qui favorisent l'amélioration du rendement scolaire et la construction identitaire;
- offrir un programme d'études qui facilite l'apprentissage par tous les élèves de la culture, de l'histoire et des perspectives traditionnelles et contemporaines des Premières nations, des Métis et des Inuit, et qui contribue également à sensibiliser le personnel des conseils, le personnel enseignant et les conseillères et conseillers scolaires élus;
- élaborer et mettre en œuvre des stratégies qui favorisent la participation accrue des parents, des élèves, des collectivités et des organisations des Premières nations, des Métis et des Inuit aux efforts d'amélioration du rendement scolaire.

Principes directeurs

Le cadre d'élaboration des politiques de l'Ontario en éducation des Premières nations, des Métis et des Inuit respecte les principes suivants :

1. Excellence et responsabilité

Le gouvernement de l'Ontario estime qu'une éducation de qualité est essentielle au développement continu des collectivités autochtones et non autochtones. Le rendement scolaire de chaque élève des Premières nations et des nations métisse et inuit dépend de la prestation d'une éducation de qualité. Le Ministère offre des mesures et des ressources de soutien adaptées aux besoins particuliers des élèves des Premières nations et des nations métisse et inuit.

2. Équité et respect de la diversité

Le gouvernement de l'Ontario crée et maintient, pour chaque élève des Premières nations et des nations métisse et inuit, un milieu scolaire qui favorise le développement d'une identité personnelle et culturelle positive, ainsi qu'un sentiment d'appartenance aux collectivités autochtones et à la collectivité en général. Le gouvernement de l'Ontario crée et appuie un milieu scolaire qui met en valeur les langues et les cultures des Premières nations, des Métis et des Inuit. Il reconnaît la diversité des collectivités des Premières nations, des Métis et des Inuit, et approuve l'apprentissage des cultures, de l'histoire et des perspectives de ces collectivités dans le système d'éducation public.

3. Inclusivité, collaboration et responsabilité partagée

¹¹⁷ Cadre d'élaboration des politiques de l'Ontario en éducation des Premières nations, des Métis et des Inuit, Bureau de l'éducation des Autochtones, ministère de l'Éducation, 2007, www.edu.gov.on.ca, p. 5.

La collaboration entre les gouvernements, les ministères, les établissements d'enseignement (y compris l'Ordre des enseignantes et des enseignants de l'Ontario et les facultés d'éducation) et les familles, les collectivités et les organisations des Premières nations, des Métis et des Inuits est essentielle à la mise en œuvre de programmes et de services d'éducation conçus pour répondre aux besoins particuliers de ces élèves, quel que soit leur lieu de résidence.

4. Respect des droits constitutionnels et des droits issus des traités

Le gouvernement de l'Ontario respecte les droits ancestraux ou issus de traités des peuples autochtones qui sont protégés en vertu de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*.¹¹⁸

Tel que cela est indiqué en détail plus haut, les résultats scolaires des enfants de Pikangikum n'étaient guère reluisants. On peut donc concevoir que s'ils n'ont aucune possibilité de mener une vie prospère dans leur futur, ces enfants pourraient perdre tout espoir et envisager, entre autres, de se suicider. L'éducation est essentielle à un avenir réussi pour les jeunes des Premières nations.

Il y a diverses raisons pour lesquelles la province est davantage en mesure d'assurer l'éducation des enfants et des jeunes des Premières nations :

- La province de l'Ontario possède un savoir-faire important en matière de prestation des services d'éducation. Elle assure l'éducation d'une population de 13 000 000 de personnes. Quant au gouvernement fédéral, il fournit des services d'éducation à une population de moins de 1 200 000 personnes répartie sur tout son territoire.
- Le financement accordé par le gouvernement fédéral pour l'éducation des enfants et des jeunes des Premières nations est inférieur à ce que le gouvernement provincial investit pour ses propres élèves.
- L'écart entre les résultats scolaires des jeunes des Premières nations et ceux obtenus par les jeunes d'origine autre qu'autochtone va probablement continuer à croître si l'on ne mobilise pas au moins des ressources équivalentes. Comme la province défend ses intérêts en s'associant à des organismes politiques des Premières nations, il se peut que cette association finisse par avoir préséance sur l'approche du gouvernement fédéral et qu'elle mène au règlement de l'impasse liée au financement.
- La province a le mandat clair d'assurer l'obtention de résultats scolaires améliorés en faisant le nécessaire pour que les jeunes des Premières nations aient « les connaissances, les compétences et les comportements traditionnels et contemporains nécessaires pour être des citoyens du monde qui contribuent à la vie sociale, participent à la vie politique et connaissent la prospérité économique. »
- La position de la province, telle que présentée dans l'énoncé de la Nouvelle approche des affaires autochtones (2005), veut que les administrations scolaires des Premières nations conserveraient le contrôle et l'autonomie de leurs systèmes d'éducation ainsi que le droit de déterminer eux-mêmes leurs caractéristiques, mais qu'elles pourraient aussi s'associer à des partenaires là où elles le voudraient et tirer parti des importantes ressources offertes du ministère de l'Éducation provincial.
- Le ministère de l'Éducation et le ministère de la Formation et des Collèges et Universités de l'Ontario ont fait les commentaires figurant ci-après en ce qui concerne les problèmes continus liés à la relation provinciale-fédérale assurant la prestation des services d'éducation aux Premières nations de l'Ontario (Raymond Théberge, sous-ministre adjoint, juin 2011).

La Stratégie d'éducation autochtone de l'Ontario, lancée en 2007 parallèlement à la publication du Cadre d'élaboration des politiques de l'Ontario en éducation des Premières nations, des Métis et des Inuit, a été conçue pour favoriser l'accroissement des possibilités offertes aux élèves inuits, métis et des Premières nations, peu importe qu'ils vivent dans des régions éloignées ou urbaines. Cette stratégie constitue un point de départ pour permettre aux élèves fréquentant des écoles financées par la province d'améliorer leurs notes, et elle soutient l'apprentissage durant toute la vie alors que les élèves entreprennent des études postsecondaires, suivent de la formation ou tirent parti d'occasions offertes dans leur milieu de travail

¹¹⁸ Cadre d'élaboration des politiques de l'Ontario en éducation des Premières nations, des Métis et des Inuit, Bureau de l'éducation des Autochtones, ministère de l'Éducation, 2007, www.edu.gov.on.ca, pp. 7-8.

L'Ontario continue de travailler avec le gouvernement fédéral et nos partenaires des Premières nations pour améliorer la relation entre nos écoles financées par la province et les écoles situées sur une réserve.

Pour accroître le soutien accordé aux élèves des Premières nations, un comité directeur tripartite a été formé et mandaté pour élaborer une stratégie de réussite ciblant ces élèves. En font partie des membres des Chiefs of Ontario ainsi que des représentants du ministère de l'Éducation et du ministère des Affaires autochtones de l'Ontario et du ministère fédéral des Affaires autochtones et du Développement du Nord.

Au bout du compte, les enfants et les jeunes des Premières nations qui grandissent dans la province, sur une réserve ou non, sont aussi les enfants et les jeunes de toute la société. D'un point de vue éthique, moral et intellectuel, pourquoi les citoyens de l'Ontario continuent-ils de tolérer que les enfants ayant les plus grands besoins abordent l'existence sans posséder les avantages accordés à tous les autres enfants sur le plan de l'éducation? L'Ontario mise sur l'un des meilleurs systèmes d'éducation au monde (...) sauf en ce qui concerne les enfants des Premières nations établies sur une réserve, pour lesquels l'apport de ce système est limité, voire inexistant.

Recommandation

La Nishnawbe Aski Nation

74. Les collectivités des Premières nations de la Nishnawbe Aski Nation devraient envisager de créer un conseil scolaire des Premières nations pour le Nord. Elles pourraient y arriver en établissant des rapports avec la NAN et d'autres intervenants tels que le Northern Nishnawbe Education Council (NNEC) et le ministère de l'Éducation de la province, et en assurant la représentation des Premières nations au sein de ce conseil (à cette fin, il faudrait inviter des membres élus de chaque conseil tribal). Le conseil pourrait fixer plusieurs objectifs, dont l'accroissement des réalisations des élèves, la création de modèles efficaces de gestion des ressources et la prestation de services d'éducation distincts adaptés à la culture et aux traditions des Premières nations.

Actuellement, on n'offre pas assez de services à Pikangikum à l'intention des écoles exploitées dans la province sous l'autorité de conseils scolaires. Par exemple, il n'y a pas de psychologues scolaires, d'orthophonistes, de coordonnateurs de programmes ou de travailleurs offrant des services aux élèves ou des tests psychométriques, pour ne citer que quelques exemples. Le rassemblement des ressources sous l'égide d'un conseil scolaire permettra peut-être aux collectivités d'offrir ces services.

Le conseil scolaire des Premières nations pourrait:

- Promouvoir la réussite des élèves ainsi que la santé physique et mentale.
- Fournir des modèles de planification de la gestion efficace des ressources limitées servant à mobiliser complètement les étudiants.
- Élaborer et maintenir en vigueur des politiques et des structures organisationnelles favorisant l'obtention de résultats positifs (lignes directrices relatives à l'école buissonnière, etc.).
- Aider les élèves à définir leurs objectifs en matière d'études et les encourager à atteindre ces objectifs.
- Faire un suivi et une évaluation des notes des élèves.
- Faire un suivi et une évaluation de l'efficacité des politiques établies par le conseil.
- Établir des plans pluriannuels qui permettront aux élèves d'obtenir de meilleures notes.

D6. Observations finales

Rien ne remplace une éducation de qualité quand vient le moment de préparer les jeunes de Pikangikum à affronter les épreuves de la vie.

De nombreuses recommandations ont été formulées à propos des soins de santé; elles sont présentées ici pour traiter la question de l'accès aux soins et pour promouvoir la prévention du suicide, les interventions connexes et la postvention assurée par la personne concernée, la famille et la collectivité, ou, en d'autres mots, les mesures nécessaires liées à la santé qui empêcheront un jeune « à risque » de se suicider.

Le plus important problème à régler consiste à déterminer ce qu'il faut faire pour qu'un enfant développe sa résilience de manière à ce que le suicide ne devienne jamais une possibilité ou un choix viable pour lui. L'éducation représente le principal élément de la solution dans la mesure où c'est elle qui fait naître l'espoir et les aspirations pour l'avenir. La prestation des soins de santé n'est pas le problème le plus épineux auquel est confrontée Pikangikum. Le salut de cette collectivité passe plutôt par la création d'un système d'éducation dont le point de départ serait l'éducation de la petite enfance et dont l'aboutissement serait, pour les diplômés du secondaire, la poursuite d'études postsecondaires dans le secteur professionnel ou au niveau collégial ou universitaire. Bref, un système grâce auquel les jeunes diplômés auront acquis les compétences qui les rendront concurrentiels sur n'importe quel marché du travail.

Lorsque Pikangikum sera en mesure de fournir ou d'organiser la prestation de services d'éducation de qualité suffisante, ses jeunes pourront accéder sans difficulté à des niveaux d'études plus élevés. Dans le futur, une proportion considérable de ces jeunes adultes instruits et compétents reviendront après avoir fait leurs études postsecondaires et deviendront les leaders de leur Première nation. Si tout le monde fait de son mieux, cela prendra le temps d'une moitié de génération, soit environ 15 ans. Le Chef, le Conseil, la Pikangikum Education Authority et les parents doivent être déterminés à voir à ce que leurs enfants aillent à l'école et assumer les responsabilités que cela implique. L'ensemble de la collectivité de Pikangikum doit adhérer sans réserve au principe voulant que l'éducation est un élément essentiel de la solution à leurs problèmes sociaux. Actuellement, les installations ne sont pas du tout adéquates. Le programme d'éducation du secondaire ne prépare pas les jeunes à affronter les difficultés liées à la poursuite d'études postsecondaires du secteur professionnel ou de niveau collégial ou universitaire. Les enseignants ne touchent pas une rémunération qui les incite à s'engager à long terme envers le programme, et les administrations scolaires ne semblent pas vouloir se responsabiliser en faveur d'actions axées sur la réussite des élèves. Tout cela doit changer et il faut que les personnes s'engagent de façon absolue à faire le nécessaire pour atteindre cet objectif.

Shkylinik a écrit ce qui suit au sujet de la collectivité de Grassy Narrows en 1985 :

*« Il est difficile d'imaginer une collectivité non autochtone au Canada où l'on permettrait à près de la moitié des enfants d'âge scolaire d'abandonner l'école. Un faible taux de présence garantit virtuellement que l'enfant prendra de plus en plus de retard quant à sa progression d'une année à l'autre. Si un enfant n'arrive jamais à maîtriser pleinement les notions de langue et les habiletés arithmétiques de base habituellement enseignées au niveau de la petite enfance et de la première à la troisième années, le fait de devoir reprendre inévitablement les premières années du programme le découragera et il cessera définitivement d'aller à l'école. »*¹¹⁹ [traduction]

À Pikangikum, les enfants qui ne vont plus à l'école cèdent à la tentation de l'abus de solvants, commencent à souffrir de troubles neurocognitifs ou de dépression, et parfois, ils se suicident. Le système d'éducation représente un élément crucial de la solution, mais il faudrait seulement qu'il remplisse ce rôle.

¹¹⁹ A.M. Shkilnyk, AM., *A Poison Stronger Than Love; The Destruction of An Ojibwa Community*, Yale University Press, 1985, pp. 35-36.

PARTIE E. LES SERVICES POLICIERS DE PIKANGIKUM

E1. Introduction

La Police provinciale de l'Ontario (OPP) a un intérêt direct dans la durabilité des services policiers des Premières nations en Ontario, conformément à son mandat de maintien de la sécurité publique et aux attributions que lui confère la *Loi sur les services policiers* (LSP). Elle constitue le seul service de police au Canada ayant l'obligation légale de fournir des services policiers partout dans la province où de tels services ne sont pas offerts. Depuis que la Politique sur la police des Premières nations (PPPN) du gouvernement fédéral a été mise en œuvre dans la province en 1991, la Police provinciale de l'Ontario a participé directement à l'administration et à la mise en application d'arrangements relatifs à la prestation des services policiers aux termes de l'Entente sur les services policiers des Premières nations de l'Ontario (ESPPNO). Durant environ 20 ans avant cette année-là et à la faveur du départ de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), la Police provinciale de l'Ontario avait la responsabilité de fournir des services policiers à toutes les collectivités des Premières nations de l'Ontario établies sur une réserve.

De nos jours, la Police provinciale de l'Ontario fournit un soutien administratif actif à 19 des collectivités des Premières nations aux termes de l'ESPPNO ainsi que des services policiers directs à 19 autres collectivités partout dans la province. Neuf services policiers autonomes des Premières nations desservent le reste des 134 collectivités des Premières nations de l'Ontario et reçoivent à cette fin un soutien opérationnel ainsi que des services spécialisés de la part de la Police provinciale de l'Ontario.

E2. Première nation de Pikangikum

Depuis longtemps, la Police provinciale de l'Ontario offre des services de maintien de l'ordre à Pikangikum et épaulé les agents qui y travaillent. Les services policiers de Pikangikum sont actuellement régis par l'Entente sur les services policiers des Premières nations de l'Ontario (ESPPNO) et assurés par des agents des Premières nations employés par la collectivité et soutenus par la Police provinciale de l'Ontario. Pikangikum est la collectivité des Premières nations où il y a le plus d'agitation en Ontario, avec environ :

- 4 700 appels de service en 2009;
- 3 000 incarcérations par année (il n'est pas rare qu'il y ait jusqu'à 60 personnes en cellules en même temps).

Pikangikum emploie sept agents des Premières nations en vertu de l'Entente sur les services policiers des Premières nations de l'Ontario, et un agent supplémentaire grâce au Fonds de recrutement de policiers, un fonds d'une durée de cinq ans. La collectivité parvient rarement à conserver ses effectifs complets d'agents des Premières nations, et même si le niveau de dotation désigné pouvait être maintenu, la collectivité manquerait cruellement d'agents de police.

La collectivité veut que les postes d'agents des Premières nations soient occupés par des candidats qualifiés, ce que soutient la Police provinciale de l'Ontario. Le recrutement et le maintien en poste des agents des Premières nations sont difficiles en raison des défis importants que représente cet emploi : charge de travail importante, éloignement, logement, pénurie de locaux, stress inhérent au fait de devoir faire régner l'ordre chez ses voisins et parfois même chez les membres de sa famille.



Illustration 7. Banquette et installations sanitaires dans les cellules.



Illustration 8. Graffitis sur le plafond d'une cellule.

Remarquez les graffitis sur le plafond de la cellule. Les personnes assurant la garde des détenus et possédant un briquet ont utilisé celui-ci pour brûler ces graffitis. Par le passé, des officiers de police de la bande mettaient les détenus dans des cellules sans les fouiller. Cette pratique a été abandonnée lorsque le nouveau poste de police a ouvert ses portes.

Bien que l'ESPPNO soit administrée par l'entremise du Bureau des services policiers des Autochtones de la Police provinciale de l'Ontario, c'est le détachement de Red Lake qui est responsable de la prestation des services policiers à Pikangikum, avec le soutien de sa région du Nord-Ouest et de ce même Bureau des services policiers des Autochtones.

Depuis octobre 2007, des agents de la Police provinciale de l'Ontario ont été déployés à Pikangikum en provenance de détachements de diverses régions de la province dans le cadre d'affectations de deux semaines visant à aider les services policiers de cette Première nation. La Police provinciale de l'Ontario continue d'engager d'importants coûts liés à des heures supplémentaires et d'appuyer les forces policières pour la gestion des problèmes de sécurité communautaire. Actuellement, elle dépense environ 1,3 million de dollars tous les ans pour déployer des policiers par rotation à Pikangikum. Ces coûts ne sont pas récupérables aux termes de l'ESPPNO.

Le Chef et le Conseil n'approuvent pas entièrement le programme de déploiement d'agents de la Police provinciale de l'Ontario et ils invoquent d'abord à ce sujet un manque de continuité quant à la prestation des services policiers. Cela dit, on reconnaît que sans ce programme et compte tenu du nombre élevé de postes d'officiers de police vacants au sein de la Première nation de Pikangikum, la prestation de services policiers adéquats à la collectivité serait gravement compromise. La Police provinciale de l'Ontario et le service de police de Pikangikum ont comme mission première de stabiliser la collectivité au plan de la sécurité publique, et leur priorité est d'assurer la sécurité des membres les plus vulnérables de la collectivité.

À Pikangikum, il y a encore moins de « piliers » pour assurer une certaine stabilité. D'autres collectivités (des Premières nations ou non) de la province en ont peut-être quelques-uns. Les services policiers de Pikangikum et le poste de soins infirmiers sont des piliers. Dans la plupart des collectivités, si l'un de ces piliers faiblit, d'autres personnes se manifesteront peut-être pour assumer le fardeau lié à des responsabilités accrues. Malheureusement, cela n'est pas le cas à Pikangikum. Les exigences que doivent satisfaire les services policiers en tant qu'institution et par l'intermédiaire d'agents individuels œuvrant sur le terrain, sont considérables et très variées, et il faut travailler sans relâche pour suffire à la tâche. Bien que les appels de service fournissent aux services policiers des occasions d'interagir avec les membres de la collectivité, cela peut devenir écrasant au vu du nombre de gens qui téléphonent et qui demandent des services policiers essentiels.

Fondamentalement, le Chef et le Conseil voient la Police provinciale de l'Ontario comme un organisme soutenant leur propre service de police, et ils ont indiqué à plusieurs reprises qu'ils souhaitaient créer leur propre service de police autonome qui serait régi par des autorités policières de Pikangikum établies sur le territoire de leur Première nation.

Pikangikum n'est pas différente des autres petites collectivités isolées des Premières nations en ce qui a trait à la stabilité de sa gouvernance. Il y a une forte rotation de représentants élus et le pouvoir qu'ont les chefs et les membres des conseils pour gérer les affaires concernant les services policiers est parfois mal défini et mal délimité.

Pikangikum est cependant très différente d'autres collectivités pour ce qui est des problèmes de sécurité communautaire auxquels elle est confrontée, tel que révélé par le nombre d'appels de service que la police reçoit de la part de membres de la collectivité.

E3. Attentes de la collectivité envers les services policiers

De nombreux problèmes nuisent aux efforts consentis pour traiter adéquatement les besoins en services policiers des collectivités des Premières nations. Comme il n'existe pas de données de comparaison autochtones pour les structures et la gouvernance, il faut absolument comprendre les attentes de la collectivité pour être en mesure de tisser et de maintenir des liens et de susciter la confiance nécessaire pour assurer la sécurité des membres les plus vulnérables de la collectivité.

Une certaine ambiguïté entoure parfois la question de savoir qui a l'autorité nécessaire pour gérer les services policiers de la collectivité :

- Les leaders élus de la collectivité voient la Police provinciale de l'Ontario comme un organisme soutenant ce qui devrait être le propre service de police de Pikangikum, lequel service de police devrait donc être assujéti à leur propre autorité.
- L'absence de clarté dans les relations officielles a nui à la prestation des services policiers dans la collectivité.

Tel qu'on peut le déduire, il peut arriver que la Première nation locale intervienne au plan politique auprès des autorités policières et le cas échéant, cela ne sert pas l'intérêt de la collectivité ni celui de la sécurité publique.

Voici comment le rôle du Chef et du Conseil est perçu :

- Les membres de la collectivité voient leurs représentants élus comme le premier point de contact lorsque surviennent des situations nécessitant l'intervention de la police, et ils les appellent directement, le cas échéant, et s'attendent à ce qu'ils envoient les secours nécessaires.
- S'en remettre aux représentants élus en tant que premiers points de contact pour toute affaire concernant les services policiers communautaires ne correspond pas du tout à ce que les gens font dans un contexte municipal, et les représentants élus des Premières nations sont donc amenés par la force des choses à participer directement au règlement des affaires de ce genre.
- Il peut arriver que l'on comprenne mal les autorités ou qu'on les mette à contribution de façon inadéquate.
- La Police provinciale de l'Ontario a créé une fonction de supervision dans la collectivité, avec l'approbation du Chef et du Conseil, afin de créer des liens avec la collectivité et de fournir un

point de contact immédiat pour les problèmes litigieux. En plus d'un superviseur de la police œuvrant dans la collectivité, un policier responsable est désigné pour chaque quart de travail.

- Le Chef et le Conseil ont aussi désigné un point de contact principal pour toutes les affaires concernant les services policiers.

Le manque de services communautaires a pour effet d'accroître les attentes envers les services policiers:

- Compte tenu de sa présence et de son pouvoir, la police procure un niveau de stabilité à la collectivité et on s'attend à ce qu'elle soit en mesure de maintenir en fonction les éléments essentiels de l'infrastructure de la collectivité.
- La police fait partie intégrante de la collectivité et lorsqu'un pilier de cette collectivité faiblit, on s'attend à ce que la police soit toujours présente pour lui fournir le soutien nécessaire.
- Ce niveau d'intervention engendre divers problèmes même s'il est essentiel au vu des conditions qui règnent à Pikangikum. De plus, il a aussi été démontré que ces interactions fournissent à la police des occasions d'établir des relations fondées sur la confiance avec les véritables leaders de la collectivité.
- Les policiers sont appelés à fournir un large éventail de services policiers non traditionnels (encadrement, counseling, intervention en cas de crise, transport médical, services d'urgence [lutte contre les incendies, soins médicaux, etc.], gestion des problèmes liés à l'école buissonnière, services de transport pour des fonctionnaires de tribunaux, des avocats et des représentants gouvernementaux en visite, etc.).

E4. Structures de gouvernance

La structure de gouvernance actuelle des services policiers des Premières nations pose des problèmes. Alors que la supervision civile des services policiers est jugée essentielle pour gagner la confiance du public, la gouvernance des services policiers des Premières nations aux termes de la PPPN est principalement assumée par les chefs et les membres des conseils élus. Le pouvoir d'intervention qu'ont ceux-ci relativement aux affaires concernant les services policiers doit être clairement délimité. La possibilité qu'une Première nation locale intervienne au plan politique auprès d'autorités policières pourrait entraîner de graves conséquences, le cas échéant, tel que cela a été démontré à plus d'une reprise à Pikangikum.

E5. Statistiques relatives aux services policiers de Pikangikum

Appels de service - Comparaison

Collectivité	2008	2009	2010*
Première nation du lac Big Trout	1 313	1 383	639
Première nation de Weagamow Lake	1 378	839	588
Première nation de Pikangikum	4 971	4 765	3 715

Première nation de Pikangikum - Résumé

Arrestations liées à des cas de consommation d'alcool

(Principales catégories : troubler la paix; lois fédérales; *Loi sur les Indiens*)

2007	2 849
2008	2 987
2009	1 972
2010	1 226*

Enquêtes liées à des crimes violents

2007	500
2008	454
2009	576
2010	426*

Répartition par catégorie principale pour 2010*

Agressions sexuelles	36
Voies de fait	232
Agressions armées ou infliction de lésions corporelles	102
Voies de fait contre un agent de la paix	9
Agressions armées — agent de la paix	1

Loi sur la santé mentale – Tentatives de suicide

2007	98
2008	78
2009	96
2010	78*

Décès subits (y compris les décès accidentels, naturels, par suicide et autres)

2007	15 (10 suicides, tous âges)
2008	9 (7 suicides, tous âges)
2009	14 (8 suicides, tous âges)
2010	4 (3 suicides, tous âges)*

*En date du 3 octobre 2010

(Source : Police provinciale de l'Ontario, les services policiers à Pikangikum, détachement de Red Lake, 22 octobre 2010)



Illustration 9. Couteau spécial fourni aux policiers de Pikangikum pour les aider à couper la corde retenant les victimes qui se sont pendues.

Recommandations

La Première nation, le Chef et le Conseil de Pikangikum

- 75. La Première nation de Pikangikum devrait envisager de créer une commission de services policiers qui pourrait interagir avec les services policiers et la collectivité, et qui devrait être formée d'aînés et de personnes nommées par la collectivité, avec le Chef comme président.**
- 76. Lorsqu'elle déterminera son mandat, la commission devrait s'assurer que les membres élus de la Première nation locale, tels que les membres du conseil, seront représentés au sein de cette commission par l'entremise du Chef et qu'ils :**
- ne tenteront pas d'influencer la police ou d'entraver son travail en ce qui concerne la prestation de ses services courants;
 - mettront au point un processus qui permettra aux membres de la collectivité de faire part de leurs préoccupations aux membres de la commission, laquelle fera ensuite enquête au sujet du problème signalé avant de tenter de le régler.

E6. Observations finales

Le taux de criminalité à Pikangikum est élevé comparativement à celui des autres collectivités des Premières nations. La présence d'agents de la Police provinciale de l'Ontario et du service de police de Pikangikum crée toutefois un effet stabilisateur, mais la diminution de leur capacité d'intervention pourrait avoir pour effet d'empirer la situation déjà chaotique et de mettre en danger les personnes vulnérables, comme les enfants, les jeunes et les aînés. La police doit pouvoir exercer son savoir-faire en matière de maintien de l'ordre sans avoir à subir d'ingérence politique. La présence d'une commission permettra aux membres de la collectivité d'avoir voix au chapitre en ce qui a trait à toute affaire concernant les services policiers, tout en assurant la non-ingérence des personnes concernées. Le recrutement, au sein de la collectivité, de cinq policiers qui ont commencé à fréquenter le Collège de police de l'Ontario en janvier 2011, constitue un développement extrêmement positif. De plus, un nouveau poste de police a ouvert ses portes et des installations policières des plus modernes desservent maintenant la population de Pikangikum. En mai 2011, trois policiers de Pikangikum ont obtenu leur diplôme et ils commenceront à travailler dans la collectivité.

PARTIE F. LA PRESTATION DES SERVICES DE BIEN-ÊTRE DE L'ENFANCE DANS LE NORD ET À PIKANGIKUM

F1. Les Tikinagan Child and Family Services

Les Tikinagan Child and Family Services sont l'organisme provincial qui fournit des services de bien-être de l'enfance à trente des collectivités des Premières nations dans la région éloignée du Nord-Ouest de l'Ontario, y compris à Pikangikum. Ces collectivités ont une population comptant jusqu'à 2 500 habitants, la population totale de la région, qui est d'environ 17 000 habitants, étant desservie par Tikinagan. La plupart de ces collectivités ne sont accessibles que par avion. Le siège social de l'organisme se trouve dans la collectivité de la Première nation de Sandy Lake alors que le bureau administratif est situé à Sioux Lookout. Environ 30 établissements sont situés dans les collectivités desservies par l'organisme.

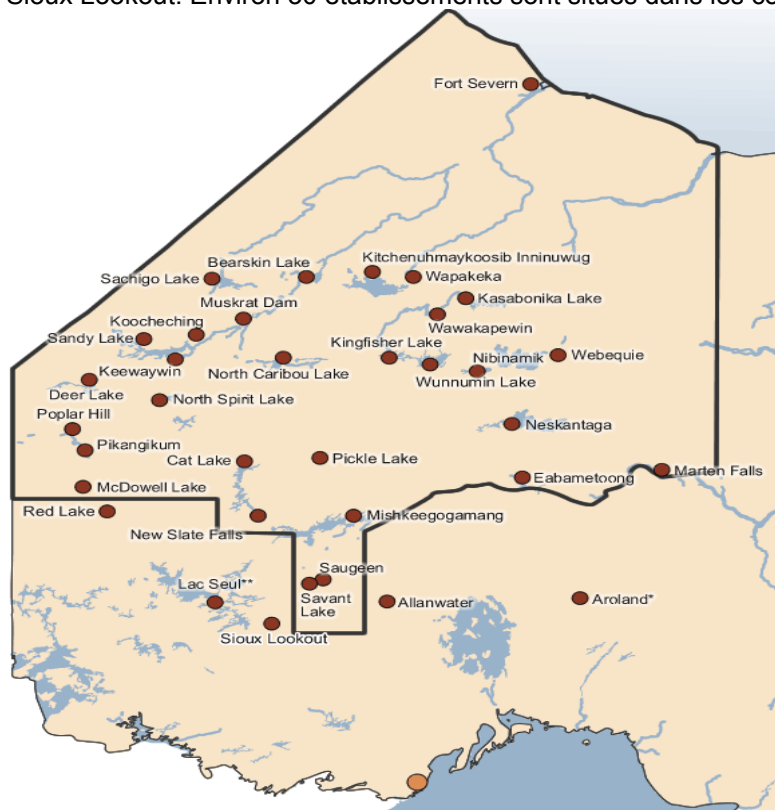


Illustration 10. Les collectivités desservies par les Tikinagan Child and Family Services.

En plus du champ d'application territorial désigné par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario, Tikinagan a aussi conclu des ententes avec les Kenora-Patricia Child and Family Services aux fins de la prestation des services de protection de l'enfance à des collectivités des Premières nations établies à Sioux Lookout, au lac Seul et à Red Lake, et aussi avec la SAE de Thunder Bay aux fins de la prestation des services de protection de l'enfance à Aroland. Cet organisme dessert aussi Pickle Lake, Allanwater et la collectivité du lac Savant.

Mandat

Les Tikinagan Child and Family Services sont l'une des 53 sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario mandatées aux termes de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* pour protéger les enfants. Cet organisme est aussi mandaté par ses chefs pour fournir des services culturellement adaptés aux besoins des enfants, des familles et des Premières nations autochtones. Il doit rendre des comptes aux chefs et aux collectivités à ce sujet. Tikinagan n'était pas membre de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance (AOSAE), par l'entremise de laquelle de la formation est donnée à des travailleurs en protection de l'enfance de l'Ontario, mais elle a réintégré les rangs de cette association le 1^{er} novembre 2010.

Le modèle de service de Tikinagan porte le nom de « Mamow Obiki-ahwahsoowin », qui signifie : « Tout le monde travaille ensemble pour élever nos enfants. » Ce principe permet de s'assurer que les parents,

les membres de la famille élargie, les aînés, les travailleurs en ressources communautaires et les leaders des Premières nations participent tous à la prise des décisions relatives à la protection des enfants.

La vision de Tikinagan est la suivante : « Le Créateur a investi les Premières nations de la responsabilité sacrée de protéger leurs enfants et de constituer des familles fortes et des collectivités saines. Les chefs ont créé Tikinagan pour soutenir et fortifier nos enfants, nos familles et nos collectivités. Nos enfants incarnent l'avenir de nos collectivités. Ils doivent être encadrés et appuyés au sein de leur famille et de la collectivité. À ce titre, la responsabilité qu'a la collectivité de protéger les enfants est un élément essentiel du gouvernement autochtone autonome. » (*Tikinagan.org*)

Services fournis en 2009-2010

En 2009-2010, Tikinagan a effectué 926 enquêtes, fourni des services continus à 413 familles et fait le nécessaire pour que 570 enfants soient pris en charge. Elle compte 381 familles d'accueil approuvées et 60 familles d'accueil spécialisé.

Défis

Les pénuries d'employés sont l'un des problèmes auquel Tikinagan est confrontée dans le cadre de l'exécution de son mandat. Le recrutement et le maintien en poste d'employés formés et compétents constituent une priorité pour l'organisme, car le manque de personnel a une incidence sur la prestation des services aux familles et aux collectivités. Le transport et la température posent aussi des problèmes; l'organisme consacre d'importantes ressources pour organiser le transport par avion des travailleurs qui doivent se rendre dans certaines collectivités pour y effectuer des enquêtes liées à la protection de l'enfance et y fournir des services continus. Les travailleurs et les gestionnaires ont de la difficulté à gérer leur paperasse et à respecter les échéances administratives en raison des pressions liées à leur volume de travail et d'un accès limité à la technologie et à des ordinateurs. Certains problèmes concernant la prestation des services de bien-être de l'enfance à Pikangikum lui sont propres.

Pikangikum

Pikangikum est une collectivité d'environ 2 400 personnes. En principe, Tikinagan a un chef de service, un superviseur immédiat et 18 travailleurs affectés à la prestation des services de bien-être de l'enfance à Pikangikum. Il arrive rarement, voire jamais que l'on puisse compter sur un effectif complet. Il y a environ 200 dossiers de protection de l'enfance qui ont été ouverts dans la collectivité ainsi que 80 enfants pris en charge. On consacre beaucoup d'énergie à établir et maintenir des relations avec le Chef, la bande et le Conseil, et avec les familles de la collectivité. On consent aussi des efforts pour faire en sorte que ces personnes puissent participer aux conférences de cas et à la planification des services afin d'assurer la sécurité des enfants dans la collectivité quand cela est possible.

Certains des problèmes auxquels sont confrontés les employés comprennent les menaces, le vandalisme et le manque de coopération de la part des membres de la collectivité. Les employés se partagent un petit bureau et il n'y a pas de service de téléphonie cellulaire à Pikangikum, ce qui peut être à tout le moins un inconvénient et constituer, dans le pire des cas, un problème de sécurité. On a tenté de recruter des employés dans la collectivité, mais il est difficile de trouver et d'engager des candidats intéressés ou compétents. En ce qui concerne les employés ne résidant pas dans la collectivité, l'éloignement et les conditions météorologiques et de transport entravent parfois l'exécution des tâches.

Voici des exemples de défis courants auxquels font face les enfants et les familles de Pikangikum :

- Les inquiétudes liées à la supervision et à la sécurité
- Le manque d'attachement
- Le vandalisme
- La toxicomanie chronique (alcool et solvants)
- La violence au foyer
- La violence entre frères et sœurs
- La négligence et la pauvreté
- L'abandon
- Les abus
- Les logements de qualité inférieure
- L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et ses effets
- L'ennui et le manque d'activités
- Le faible taux de présence à l'école

- Le suicide
- La grossesse chez les adolescentes

Une société d'aide à l'enfance a récemment effectué un examen interne du décès par suicide d'un des jeunes, et cet examen a permis d'établir ce qui suit :

« Des dizaines d'enfants de la Première nation de Pikangikum se sont suicidés et la plupart d'entre eux, comme cet enfant, provenaient de familles souffrant des problèmes suivants :

1. Les deux parents sont des alcooliques chroniques;
2. La violence conjugale est chronique au sein de famille;
3. Les enfants sont souvent mal encadrés et il est évident qu'il y a de la négligence au sein de la famille;
4. Un membre de la famille ou un ami proche s'est suicidé;
5. L'enfant qui présente un risque de se suicider va à l'école à l'occasion ou pas du tout;
6. On sait que l'enfant qui présente un risque de suicide inhale des vapeurs d'essence de façon chronique. » [traduction]

Les enquêteurs de la société ont noté ce qui suit :

« La collectivité est éloignée; la plupart de ses 2 500 résidents sont sans emploi; les logements sont de qualité inférieure; 95 % des maisons n'ont pas d'égouts ni l'eau courante; l'alcoolisme, l'abus de solvants et l'inhalation de vapeurs d'essence en particulier sont épidémiques dans toute la collectivité; il y a de la violence conjugale dans beaucoup de familles; le taux de présence à l'école est faible pour tous les groupes d'âge; et il n'existe pas de programmes, officiels ou autres, à l'extérieur de l'école pour dissuader les enfants de se livrer à l'abus de solvants, de commettre des délits mineurs, ou de provoquer des incendies criminels parce qu'ils sont en colère ou qu'ils s'ennuient. Il est important de noter que seulement 400 des 800 enfants habilités à aller à l'école à Pikangikum ont la possibilité de le faire puisque cette école ne peut accueillir que 400 enfants.

La société manque cruellement de personnel à Pikangikum et la rotation d'employés est résolument élevée à cause des conditions de travail extrêmes qui sévissent dans la collectivité. L'inhalation de vapeurs d'essence ainsi que d'autres formes d'abus de solvants et la consommation excessive d'alcool procurent un certain soulagement face au climat de désespoir et de désarroi dans lequel la Première nation de Pikangikum vit en permanence. Les professionnels venant de l'extérieur de la collectivité ne seront donc pas surpris d'apprendre que plusieurs des professionnels qui osent travailler à Pikangikum sont exposés à un risque continu de se faire eux aussi engloutir par un malaise imputable à des ressources communautaires limitées et à un profond sentiment d'impuissance face à la nécessité de favoriser le changement au profit des enfants et de leur famille. » [traduction]

(Source : Bureau du coroner en chef, Comité d'examen des décès d'enfants, juin 2010.)

Défis d'ordre démographique

De 70 à 90 bébés naissent tous les ans à Pikangikum (44 de janvier à juillet 2010). La plupart des enfants et des adultes parle l'ojobwa, mais certains employés ne peuvent communiquer avec eux. Bien qu'il y ait une école secondaire dans la collectivité, un grand nombre de jeunes ne la fréquentent pas et très peu de jeunes accèdent à l'éducation postsecondaire. Plusieurs des habitants de Pikangikum y passent leur vie au complet et ne sortent jamais de la collectivité. Récemment, les leaders élus de la collectivité ont été confrontés à de nombreux départs comparativement à d'autres Premières nations du Nord et cette instabilité a nui à des relations ainsi qu'à des ententes qui doivent être gérées de manière cohérente.

Les jeunes qui sont réputés être des « renifleurs » forment des groupes et errent dans la collectivité; ils affichent parfois des comportements violents et imprévisibles et leur état euphorique amène certaines personnes à craindre pour leur sécurité. De petits enfants ont été vus le visage couvert d'un sac et des professionnels et d'autres membres de la collectivité se sentent impuissants à intervenir. Ceux qui travaillent après les heures normales sont parfois exposés à des dangers.

Personne ne parle ouvertement de certains des problèmes auxquels font face les résidents, et personne n'en discute non plus dans la collectivité. Par exemple, on croyait qu'au moins un des jeunes qui se sont suicidés était aux prises avec des problèmes d'identité sexuelle. On estime que les agressions sexuelles, l'inceste et les grossesses chez les adolescentes sont des problèmes courants. Or l'éducation sexuelle a été bannie du programme scolaire il y a plusieurs années. Il appert que la sexualité ou les affaires touchant au sexe sont des sujets de discussion « tabous ».

Le suicide chez les jeunes

Le nombre de suicides chez les jeunes est en croissance et représente une préoccupation attestée chez les employés et d'autres personnes. Cela dit, c'est un sujet dont on ne discute pas ouvertement et il est difficile de trouver des solutions et de les faire approuver par tout le monde. Il y a des limites à l'offre de services de soins de santé mentale destinés aux jeunes de Pikangikum; Nodin est le seul organisme de ce secteur qui fournit ces services aux familles et aux jeunes de Pikangikum et il ne peut suffire à la demande en raison des restrictions s'appliquant à ses propres ressources. Parfois, Tikinagan reçoit des jeunes qui sont recommandés et qui seraient mieux traités au moyen d'interventions en santé mentale que d'interventions en protection de l'enfance, particulièrement lorsqu'il s'agit d'enfants ou de jeunes ayant essayé de se suicider. Cet organisme n'a pas les ressources, les compétences et le savoir-faire nécessaires pour gérer certains de ces cas très complexes, et on ne devrait pas lui demander de le faire. Les cas de tentatives de suicide signalés aux employés devraient être déferés sur-le-champ à des professionnels des soins de santé et gérés par ces derniers. Le rôle de Tikinagan devrait surtout consister à recenser les enfants qui présentent un risque de se suicider, et à faire sans tarder des recommandations appropriées. Cependant, il arrive parfois que cet organisme soit désigné comme la seule ressource dans la collectivité qui est en mesure de fournir de l'aide et qu'il devienne *de facto* le fournisseur par défaut.

Certains parents s'en remettent à la société pour placer des enfants pris en charge aux termes d'une entente de soins conformes aux traditions afin que ceux-ci puissent avoir accès à des programmes de traitement de l'abus de solvants à l'extérieur de la collectivité. Comme ils ne s'occupent plus de leur enfant, ils n'ont pas droit au crédit d'impôt pour enfants (CIE), ce qui constitue un problème d'ordre financier pour la plupart des familles et peut aussi inciter la société à renvoyer l'enfant dans sa famille avant que le traitement ne soit terminé. Si les parents ne font pas affaire avec la société d'aide à l'enfance parce qu'ils ont des inquiétudes quant à la protection de leur enfant, ils peuvent obtenir des soins pour celui-ci par l'entremise du Programme de lutte contre l'abus de solvants exploité par la bande de Pikangikum et continuer de recevoir le crédit d'impôt pour enfants. Jusqu'à maintenant, on considère que l'efficacité de ce programme est limitée.

Cette situation est insoutenable pour les enfants et les jeunes et aussi pour Tikinagan. Une solution communautaire complète doit être mise au point.

Normes provinciales en matière de bien-être de l'enfance

Beaucoup de défis doivent être pris en compte tels que ceux liés au fait que les collectivités se trouvent dans des régions éloignées, à la dotation en personnel, aux ressources et à l'ampleur des problèmes affectant les familles et la collectivité. Bien qu'il y ait des familles parentalistes et d'accueil approuvé dans la collectivité, il arrive que la demande dépasse l'offre. En 2009, par exemple, environ 50 enfants considérés comme ayant besoin de protection ont été pris en charge. Plusieurs, voire la plupart d'entre eux ont dû être envoyés dans des familles d'accueil au sein d'autres collectivités nordiques telles que Kenora. Cette grande affluence d'enfants pris en charge a engendré une série d'événements qui a fait réagir la collectivité et aggravé les pénuries d'employés déjà chroniques et le manque de ressources supplémentaires. Tikinagan a donc lancé un appel à l'aide urgent auprès des autres organismes de la province qui fournissent des services de bien-être de l'enfance afin qu'ils détachent des employés chevronnés spécialisés en protection de l'enfance pour qu'ils viennent aider Tikinagan à traiter le volume de cas accumulés. Malheureusement, cette requête n'a donné que des résultats modestes et même le recrutement d'employés temporaires a posé des problèmes.

L'application des normes provinciales en matière de bien-être de l'enfance comporte des difficultés. Compte tenu des niveaux de dotation actuels, il arrive souvent que la société ne puisse compter sur des employés de première ligne pour la gestion des cas; les dossiers sont alors désignés comme « dossiers en suspens » au superviseur de l'unité, lequel tente de rendre visite (de façon irrégulière) aux enfants présentant les niveaux de risque les plus élevés.

À l'automne de 2010, il y avait 131 cas « en suspens » à Pikangikum, dont 60 étaient considérés comme des cas à haut risque.

Un état de deuil perpétuel

On a dit de Pikangikum qu'elle était une collectivité « en état de deuil perpétuel » [traduction]. Les décès paralysent la collectivité. Lorsqu'un membre de la collectivité décède, l'école et les entreprises ferment et toutes les activités cessent. Les funérailles sont souvent tenues à l'école et il arrive souvent que la

personne décédée soit enterrée dans la cour de la famille. Tikinagan a signalé 38 cas graves au ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse; ces cas sont ceux de jeunes qui se sont suicidés durant la période allant de 2000 à 2009; 16 de ces 38 jeunes provenaient de Pikangikum. Au fil des ans, la plupart des enfants et des jeunes finissent par vivre le suicide d'un membre de la famille ou d'un ami proche au moins une fois. Tikinagan fait suivre à ses employés une formation qui les aidera à recenser les enfants présentant un risque de se suicider dans le contexte de la Première nation de Pikangikum. Dans cette collectivité, peut-être plus que partout ailleurs, il est difficile de trouver le juste milieu quand vient le moment de veiller au bien-être des enfants. Il faut, à la fois, prendre « les mesures les moins dérangeantes » et essayer de mettre les enfants à l'abri du danger.

On recommande ce qui suit dans un rapport d'examen des décès d'enfants : « Tikinagan devrait mobiliser la famille élargie et les leaders communautaires aux fins de l'élaboration d'un plan d'intervention qui non seulement atténuerait le risque de préjudice pour les enfants, mais qui réduirait aussi le risque qu'ils se suicident. » [traduction]

Recommandations

Les Tikinagan Child and Family Services

- 77. Les Tikinagan Child and Family Services devraient voir, à titre prioritaire, à assurer le recrutement, la formation et le maintien en poste d'employés compétents (employés de première ligne et des secteurs de l'administration et de la gestion) pour contribuer à la prestation des services, à l'application des normes provinciales et à la protection des enfants dans la région de son bassin hydrologique, particulièrement à Pikangikum.**
- 78. Les Tikinagan Child and Family Services devraient être soutenus par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) aux fins des tentatives qu'ils font pour recruter, former et maintenir en poste des employés compétents qui accompliront des tâches liées à la protection de l'enfance.**
- 79. On devrait accroître les capacités du personnel en matière de gestion du bien-être de l'enfance par l'entremise de l'orientation, de la formation permanente et de la supervision. Des points de référence devraient être établis pour les volumes de cas et la documentation et les échéanciers exigés, et leur conformité devrait être vérifiée.**
- 80. Les employés des Tikinagan Child and Family Services à Pikangikum devraient avoir accès à un bureau, des téléphones et des ordinateurs, y compris les logiciels et les capacités requises pour remplir la documentation normalisée relative à la protection des enfants, lorsqu'ils travaillent à Pikangikum et dans des collectivités éloignées comparables.**
- 81. En plus de la formation de base en protection de l'enfance, les membres du personnel devraient se voir offrir de la formation spécialisée relative à des sujets tels que l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, la prévention du suicide, l'abus de solvants et la mobilisation des familles et des collectivités.**
- 82. Les Tikinagan Child and Family Services et les Nodin Child and Family Intervention Services devraient participer à l'élaboration du programme communautaire de prévention du suicide de Pikangikum.**
- 83. Tikinagan a constaté que dans certains des cas, une intervention plus affirmative est nécessaire, et sa propre recommandation est étayée par ce qui suit : « (...) le Chef et le Conseil de la Première nation de Pikangikum devraient s'engager à soutenir la réalisation du mandat de Tikinagan en matière de protection en reconnaissant que le fait de sortir des enfants de leur milieu familial peut parfois leur sauver la vie. » [traduction] On devrait examiner des approches pour gérer les difficultés financières entraînées par la perte du crédit d'impôt pour les enfants ne se trouvant plus sous la tutelle de leur famille afin de s'assurer que l'on agit dans le meilleur intérêt de ces enfants.**
- 84. Tikinagan devrait tenter d'exploiter au maximum son appartenance à l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance (AOSAE) en permettant à ses employés de recourir aux ressources et à la formation offertes par cet organisme.**

Les sections F2 à F7 ont été rédigées par le Dr Donald Auger et le Dr B. Lauwers.

F2. Pikangikum: une collectivité en crise

Pikangikum est une collectivité en crise. Les gens des Premières nations vivant dans des collectivités du Nord de l'Ontario telles que Pikangikum sont de loin les plus pauvres de la province. La plupart d'entre eux touchent des prestations d'aide sociale et presque toutes les familles vivent bien en deçà du seuil de pauvreté fixé pour les familles au Canada, tel que défini en fonction des normes établies par le gouvernement fédéral. La plupart des études révèlent que la majorité des Autochtones vivent dans une pauvreté extrême. Pour cette raison et bien d'autres, les gens sont en proie à un profond désarroi. Cela a été relevé par les consultants qui ont réalisé la Northern Remoteness Study, laquelle traite entre autres du cas de Pikangikum :

« Les rencontres avec les chefs et les membres des conseils ont permis de détecter qu'ils ressentent généralement du désespoir à propos de la vie de leurs enfants et petits-enfants. Dans la plupart des collectivités, il n'existe à peu près pas de services communautaires pour soutenir leurs enfants. Beaucoup d'enfants et d'adultes souffrent de l'abus de solvants et d'alcoolisme, et il existe peu de possibilités de traitement pour eux. Le taux de suicide se situe bien au-dessus de la moyenne provinciale. Lorsqu'un enfant ne peut rester chez lui, seules quelques solutions de rechange s'offrent à lui. Il est difficile de trouver des familles d'accueil alors que la pénurie de logements est si grave et que les tarifs payés aux parents de la famille d'accueil ne couvrent pas les frais liés à la prise en charge des enfants. De nombreux enfants se retrouvent donc loin de leur famille et de leur collectivité. La douleur et le désarroi que l'on ressent dans la voix des aînés lorsqu'ils racontent des histoires concernant leurs petits-enfants morts suicidés ou pris en charge par la SAE, sont déchirants. Le désarroi et le désespoir que ces gens éprouvent sont tellement profonds qu'il leur reste peu d'énergie pour même essayer de prendre des mesures minimales pour redresser la situation, et ce, même s'ils disposaient de ressources pour le faire. »¹²⁰ [traduction]

Il y a un nombre disproportionné d'enfants pris en charge par les Tikinagan Child and Family Services en ce qui concerne le groupe des 0 à 18 ans, à telle enseigne que cet écart est le plus important pour des enfants pris en charge en Ontario. Il n'y a pas d'établissement scolaire en fait. Les cours sont donnés dans des bâtiments transportables (mobiles) et on croit qu'il n'y a pas assez d'espace pour accueillir tous les enfants d'âge scolaire et que beaucoup d'enfants n'assistent pas aux cours. Les enfants et les jeunes sortent souvent tard le soir et bon nombre d'entre eux font l'école buissonnière. Le taux de toxicomanie est très élevé. Les principales substances toxicomanogènes consommées par des membres de la collectivité, des jeunes enfants aux adultes plus âgés, comprennent les vapeurs d'essence et l'alcool. Beaucoup de gens consomment ces substances à l'excès et selon ce qu'en savent les travailleurs de Tikinagan, les solvants et l'alcool sont en cause la plupart du temps lorsque des enfants sont pris en charge, ainsi que dans plusieurs cas de décès. La collectivité vit continuellement des décès en son sein. Il y a un grand nombre de bébés et de jeunes enfants qui sont morts pendant qu'ils étaient pris en charge, tout comme il y a beaucoup de décès accidentels ou non naturels. Un nombre disproportionné de jeunes se sont suicidés dans la collectivité. En fait, il s'agit aussi de l'écart le plus important pour l'ensemble des jeunes de la province. Dans leurs conversations de tous les jours, les jeunes expriment des idées suicidaires à répétition.

F3. Mise sur pied des services de bien-être de l'enfance en Ontario

La première société d'aide à l'enfance (SAE) de la province a été créée à Toronto :

« Le 17 mai 1892, la SAE a ouvert les portes de son premier abri temporaire au 18, Centre Street. Elle accueillait les enfants abandonnés ou dont les parents avaient besoin d'être temporairement déchargés de leurs responsabilités, les enfants négligés ou dont la famille avait déserté, les jeunes en attente de leur

¹²⁰ Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance, Barnes Management Group Inc., *Northern Remoteness: Study and Analysis of Child Welfare Model Implications on Two First Nations Agencies*, Tikinagan Child and Family Services et Payukotayno James Bay and Hudson Bay Family Services, décembre 2006, p. 4.

*procès ou ceux qui avaient été reconnus coupables de crimes. John Joseph Kelso fut le premier président de la société. »*¹²¹ [traduction]

Après la création de la Société d'aide à l'enfance de Toronto, il y a eu deux périodes d'expansion. La première période, soit celle allant de 1891 à 1912, a vu naître soixante (60) SAE aux quatre coins de la province. La seconde période est celle des années 80 et 90, durant laquelle cinq nouvelles SAE ont été créées pour fournir des services à des collectivités autochtones du Nord, et une sixième ayant été établie en 2004 dans le centre-ville de Toronto.¹²²

Les services provinciaux de bien-être de l'enfance ont été étendus aux réserves indiennes à la suite de modifications importantes apportées à la *Loi sur les Indiens* en 1951. Ces modifications comprenaient un nouvel article (maintenant l'article 88) qui prévoyait l'application des lois provinciales de nature générale aux « Indiens dans les réserves ». Cette modification a permis aux sociétés d'aide à l'enfance de retirer des enfants des réserves indiennes. À la suite de ce changement, des nombres excessivement élevés d'enfants autochtones ont été pris en charge par les SAE. Bon nombre de ces enfants ont finalement été donnés en adoption à des familles non autochtones partout dans le monde. C'est ce qu'on appelle la « rafle des années soixante », bien qu'elle ait eu lieu de 1951 à 1980, environ. Par exemple, en 1980, il y avait un peu plus de mille enfants autochtones pris en charge par les SAE, dont plus de la moitié par la Kenora-Patricia Children's Aid Society.¹²³

Les leaders autochtones ont jugé qu'il était important de mettre un frein à ce processus et de s'occuper eux-mêmes du bien-être des enfants. Ils voulaient stopper la perte d'enfants et la destruction des familles, du tissu social des communautés et de la culture qu'entraînait ce processus. En 1981, les Chiefs of Ontario ont adopté une résolution qui visait à dénoncer ces lois et à réclamer des moyens pour que les communautés autochtones puissent s'occuper de leurs propres enfants. En 1984, la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* a été modifiée, et la nouvelle Partie X de la loi permettait la création d'autorités et de sociétés d'aide à l'enfance. Peu de temps après, plusieurs groupes constitués en personne morale ont été reconnus en vertu de la Partie X en tant qu'« autorités d'aide à l'enfance », et ensuite en tant que sociétés.

F4. Tensions culturelles

La nation « Anishinabek » est formée des peuples ojibwa, cri et oji-cri. Certaines tensions d'ordre culturel sont parfois causées par le fait que les Anishinabek ont toujours eu leur propre façon de traiter les affaires liées au bien-être de l'enfance au sein de leurs collectivités, mais la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* de la province interfère avec le système qu'ils utilisent depuis longtemps. Beaucoup d'Anishinabek disent que les règles applicables aux services de bien-être de l'enfance qui leur ont été imposées ne sont pas appropriées d'un point de vue culturel, et que leur nation a le droit d'établir et de gérer son propre système de services de bien-être de l'enfance. Ils estiment que tout ce qui est nécessaire, c'est que leurs règles soient reconnues en Ontario en tant que règles valides d'un point de vue culturel et en tant que règles constituant une solution de rechange légale pour la prise en charge des enfants.

Les peuples ojibwa, cri et oji-cri et la nation Anishinabek sont établis dans le Nord de l'Ontario et à d'autres endroits depuis des temps immémoriaux. Chaque groupe a sa propre culture distincte. Comme les gens de culture différente, les Anishinabek ont des pratiques, des coutumes et des règles traditionnelles, y compris en ce qui concerne les relations conjugales, l'adoption et les services de soins à l'enfance. L'une des principales règles des Anishinabek s'appliquant au bien-être de l'enfance prévoit que les membres de la famille élargie d'un enfant doivent s'assurer que quelqu'un s'occupe de cet enfant et veille à sa sécurité en vertu d'un ensemble complexe d'« obligations découlant des liens de parenté »

¹²¹ Sheila Kieran, *The Family Matters : Two centuries of family law and life in Ontario*, Key Porter Books, Toronto, 1986, p. 73.

¹²² Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance). *L'aide à l'enfance, c'est vous*, Rapport des sociétés d'aide à l'enfance, 2009-10, Toronto, avril 2010, annexe A, pp. 55-58.

¹²³ Maurice Brubacher, *Coming Home: The Story of Tikinagan Child and Family Services*. Sioux Lookout, Tikinagan Child and Family Services, 2006.

[traduction]. Ces règles sont ancrées dans la culture et en sont indissociables. Les Anishinabek croient que leur système est aussi valide que toute pratique dans le domaine prévue par la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* puisque le système en question est implanté dans la collectivité depuis aussi longtemps qu'ils se souviennent. Ils estiment que plusieurs des problèmes qui surviennent dans la collectivité n'ont qu'une portée locale et peuvent être gérés par des membres de la famille élargie ou d'autres membres de la collectivité. Toujours selon eux, ce système est plus approprié, car il a des fondements culturels et tout le monde connaît les règles.

Dans la plupart des collectivités établies sur une réserve, ces pratiques traditionnelles ou coutumières en matière de prestation de soins à l'enfance sont toujours observées, même dans les régions où le système correspondant est bien établi et fonctionne dans la collectivité. Ces pratiques, coutumes et règles traditionnelles sont appliquées et maintenues par chaque membre de la famille et de la collectivité, et chaque personne a le devoir de participer à la préservation de ces pratiques culturelles. Les Anishinabek soutiennent que ces pratiques, coutumes et règles traditionnelles correspondent à des droits conférés aux Autochtones et protégés en vertu de l'article 35 de la Constitution canadienne.

À la faveur du processus de colonisation, les cultures autochtones ont subi de grands changements ayant entraîné la perte de pratiques et coutumes traditionnelles et la réduction du nombre de pratiques et coutumes de ce genre ayant toujours cours. Cela a engendré une multitude de problèmes pour les familles et les individus, y compris la détérioration de la cellule familiale, en plus d'amener des gens à penser qu'ils avaient perdu leur identité et leur sentiment d'appartenance à la collectivité. Afin d'éviter cela, les gens doivent rétablir et maintenir des liens sains avec leur famille et la collectivité. Les organismes autochtones de services à l'enfance et à la famille de toute la province sont déterminées à fournir des services aux familles et aux enfants qui assureront la sécurité de ces derniers; à aider les familles à reprendre possession de leurs pratiques, coutumes et règles traditionnelles, particulièrement celles liées à famille, aux soins à l'enfance et à l'adoption; et à aider les gens à retrouver un équilibre physique, psychologique (mental), émotionnel et spirituel. Cela permettra de fortifier la culture, les collectivités, les familles et les enfants, et les liens qui les unissent.

Les membres de la collectivité croient que l'embauche de travailleurs de l'extérieur à qui l'on demande de gérer les affaires liées au bien-être de l'enfance n'est pas une bonne approche. Ils y voient une façon de transférer la responsabilité de la tutelle de leurs enfants à des gens de l'extérieur qui ne connaissent pas leur culture. Les leaders affirment que le moment est venu pour eux et les membres de la collectivité de recommencer à assumer leurs responsabilités, et que cela est essentiel s'ils veulent contrôler le système de bien-être de l'enfance. À compter du moment où les gens assumeront leurs responsabilités, ils reprendront le contrôle de ce système et seront en mesure de traiter les problèmes d'une manière appropriée d'un point de vue culturel à l'aide de méthodes traditionnelles. Actuellement, le gouvernement de l'Ontario ne prévoit pas créer de système de soins distinct pour les enfants et les jeunes d'origine autochtone. Le MSEJ a mobilisé l'Association of Native Child and Family Service Agencies of Ontario en ce qui concerne le financement du soutien de l'harmonisation des outils de gestion du bien-être de l'enfance dans le but de les adapter davantage au plan culturel.

Recommandation

Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse

- 85. Il est recommandé que le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse établisse un fonds pour la documentation, l'élaboration et la mise en application de lois sur le bien-être de l'enfance pour la nation Anishinabek; ce fonds serait semblable à celui créé par un ancien ministre en 2007 et il serait rendu disponible par l'entremise du bureau des Chiefs of Ontario.**

F5. Fonctions d'une société d'aide à l'enfance

L'article 15 de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* habilite le ministre responsable de ces services à désigner une agence agréée comme société d'aide à l'enfance dans un territoire précisé et pour certaines fonctions. Les fonctions d'une société d'aide à l'enfance sont énumérées au paragraphe 15(3) de cette loi, comme suit :

- Faire enquête sur les allégations ou les preuves selon lesquelles des enfants qui ont moins de seize ans ou qui sont confiés aux soins ou à la surveillance d'une société peuvent avoir besoin de protection;

- Protéger, en cas de besoin, les enfants qui ont moins de seize ans ou qui sont confiés aux soins ou à la surveillance d'une société;
- Offrir aux familles des services d'orientation, de consultation et d'autres services pour protéger les enfants ou pour empêcher que surviennent des situations qui nécessitent cette protection;
- Fournir des soins aux enfants qui lui sont confiés à cette fin en vertu de la présente loi;
- Exercer une surveillance sur les enfants qui lui sont confiés à cette fin en vertu de la présente loi;
- Placer des enfants en vue de leur adoption en vertu de la partie VII;
- Exercer les autres fonctions que lui confère la présente loi ou une autre loi.¹²⁴

Le « devoir de faire rapport » :

L'article 72 de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* prévoit que toute personne ayant des motifs raisonnables de soupçonner qu'un enfant a ou pourrait avoir besoin de protection doit signaler promptement cette situation et communiquer à une société d'aide à l'enfance les renseignements sur lesquels ces motifs sont fondés.¹²⁵ La définition d'un « enfant qui aurait besoin de protection » englobe les enfants victimes d'agressions physiques ou sexuelles, ou de violence psychologique, ou encore qui courent le risque qu'on leur fasse du mal. Cet article de la loi s'applique à tous les membres du public, particulièrement aux professionnels qui travaillent avec des enfants. Lorsque quelqu'un fait un rapport ou une recommandation à une société d'aide à l'enfance, une enquête sur ce rapport est effectuée, avec un suivi si cela est nécessaire. Un grand nombre de recommandations sont transmises à Tikinagan lors de chaque exercice financier. Il est à noter qu'environ quarante pour cent (40 %) de ces recommandations visent des enfants vivant à Pikangikum.¹²⁶

F6. Enfants pris en charge

Lorsque les parents boivent, ils abandonnent et négligent parfois leurs enfants et peuvent même les maltraiter. Lorsque cela se produit, le personnel des SAE intervient pour prendre soin de ces enfants. Par conséquent, le nombre d'enfants autochtones pris en charge est beaucoup plus élevé dans le Nord qu'ailleurs dans la province. D'ailleurs, il y a un nombre disproportionné d'enfants autochtones pris en charge partout en Ontario. En effet, 17 % de tous les enfants pris en charge dans la province sont d'origine autochtone. Le taux d'enfants autochtones pris en charge par 100 000 est de 2 875, tandis que ce taux s'établit à 640 pour tous les enfants en Ontario. Le taux d'enfants autochtones pris en charge est donc environ 4,5 fois plus élevé que le taux provincial (voir le tableau qui suit).

Nombre total d'enfants et de jeunes placés à l'extérieur de leur famille en 2007 (enfants pris en charge)¹²⁷

Région	Enfants pris en charge	Groupe des 0 à 18 ans	Taux par tranche de 100 000
Canada	67 706	7 378 376	920
Ontario	18 763	2 931 745	640

Dans la région du bassin hydrologique de Tikinagan, le taux par tranche de 100 000 est de 6 345, soit environ dix (10) fois le taux de la province; à Pikangikum, le taux par tranche de 100 000 est de 9 497, soit environ quinze (15) fois le taux de la province et tout juste un peu plus de dix (10) fois le taux pour l'ensemble du Canada (voir le tableau suivant). Durant l'été 2009, environ soixante (60) enfants ont été pris en charge à Pikangikum, ce qui représente 6,7 % de tous les enfants de 18 ans et moins de la collectivité.

¹²⁴ Ontario, *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, L.R.O.1990, telle que modifiée, article 15.

¹²⁵ Ontario, ministère des Services à l'enfance et à jeunesse, *Signaler les cas d'enfants victimes de mauvais traitements et de négligence : c'est votre devoir*, Toronto, 2005.

¹²⁶ *Ibid.*, article 72.

¹²⁷ Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance, *L'aide à l'enfance, c'est vous*, Rapport des sociétés d'aide à l'enfance, 2009-10, Toronto, 2010.

Enfants et jeunes autochtones pris en charge à l'extérieur de leur foyer en 2007 (enfants pris en charge)

Région	Enfants pris en charge	Groupe des 0 à 18 ans	Taux par tranche de 100 000
Ontario	3 209	111 615 ¹²⁸	2 875
Tikinagan	585	9 220	6 345
Pikangikum	85	895	9 497
Nord du lac Supérieur	215	4 057	5 300

Source: Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance, *L'aide à l'enfance, c'est vous*, Rapport des sociétés d'aide à l'enfance, 2009-10, Toronto, 2010.

Les taux par tranche de 100 000 pour les enfants autochtones pris en charge en Ontario sont plus élevés que ceux de l'ensemble des autres provinces ou territoires au Canada (voir le tableau qui suit).

Enfants autochtones pris en charge dans d'autres parties du Canada en 2007

Région	Enfants pris en charge	Groupe des 0 à 18 ans	Taux par tranche de 100 000
Territoires du Nord-Ouest	395	12 810	3 080
Yukon	178	7 212	2 470
Manitoba	7 241	297 004	2 440

Source: Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance, *L'aide à l'enfance, c'est vous*, Rapport des sociétés d'aide à l'enfance, 2009-10, Toronto, 2010.

Actuellement, Tikinagan a pris en charge 600 enfants, dont quatre-vingt-cinq (85) à quatre-vingt-dix (90) sont de fait pris en charge à Pikangikum. La plupart des raisons pour lesquels des enfants sont pris en charge se rapportent à l'article 5 des échelles d'admissibilité (« capacité du fournisseur de soins »). Il peut arriver que le fournisseur de soins se soit déjà rendu coupable d'abus ou de négligence envers des enfants, qu'il se révèle incapable de protéger des enfants, qu'il ait un problème ou qu'il ne possède pas les compétences nécessaires pour prodiguer les soins nécessaires. Dans la plupart de ces cas, il est évident que le fournisseur en cause se livre à l'abus de solvants, d'alcool ou de drogues, ce qui ne fait qu'accentuer les difficultés qu'il éprouve quand vient le moment de s'occuper de son ou ses enfants.

On retrouve les observations suivantes dans le récent rapport de la Commission de promotion de la viabilité des services de bien-être de l'enfance :

Les Autochtones sont surreprésentés dans la population des enfants pris en charge. Même si les enfants autochtones ne représentent que 2,5 % de la population totale des enfants en Ontario, ils comptent pour environ 14 % des enfants pris en charge. Alors que la population des enfants en Ontario est demeurée pratiquement la même au cours des dernières années, les populations d'enfants dans les collectivités autochtones ont connu une croissance très élevée. Entre le recensement de 2001 et celui de 2006, le nombre d'enfants autochtones signalé a augmenté de 20 pour cent. La croissance de la population et des conditions socio-économiques difficiles ont entraîné une tendance très différente chez les enfants autochtones qui sont pris en charge que la tendance présentée plus tôt pour l'ensemble de l'Ontario. (...)

La majorité des enfants autochtones pris en charge sont placés en dehors de leurs collectivités, souvent dans des familles non autochtones, à des centaines de kilomètres de chez eux. Les leaders autochtones

¹²⁸ Santé Canada, Santé des Premières nations et des Inuits, région de l'Ontario, rapports sur l'utilisation de médicaments, 2007-08, Ottawa, mai 2009.

invoquent la question du logement comme l'un des principaux obstacles à la disponibilité de foyers d'accueil pour les enfants, dans de nombreuses collectivités. La méthode SAFE et le modèle PRIDE sont également perçus comme posant des obstacles importants pour ce qui est de permettre à davantage d'enfants autochtones de demeurer dans leurs collectivités et dans des familles autochtones. De nombreux aspects de ces outils sont perçus comme étant déplacés et même offensants pour les collectivités autochtones. Plusieurs normes sont vues comme étant difficilement applicables dans le cas des foyers d'accueil dans les collectivités autochtones. Ainsi, l'exigence selon laquelle l'enfant pris en charge doit avoir sa propre chambre à coucher ne peut être appliquée dans la plupart des collectivités autochtones. De même, l'utilisation d'un poêle à bois— la principale source de chauffage dans de nombreuses collectivités autochtones éloignées— peut être un facteur suffisant pour qu'un foyer d'accueil potentiel soit écarté. Une préoccupation fondamentale des leaders autochtones est l'effet persistant sur la culture et les collectivités qu'a, à lui seul, le nombre d'enfants autochtones qui sont pris en charge dans des foyers en dehors de leurs collectivités. **La Commission partage ces préoccupations.**¹²⁹

Il sera nécessaire de se pencher sur des facteurs importants et particuliers pour faire en sorte que les enfants autochtones qui doivent être pris en charge pendant des périodes de temps reçoivent le soutien dont ils ont besoin tout en demeurant proches de leur famille, de leur collectivité et de leur culture.¹³⁰

F7. Financement

Compétence législative fédérale et provinciale

Aux termes de l'article 92 et d'autres articles la *Loi constitutionnelle de 1982*, la législature peut, dans chaque province, faire des lois d'application générale relatives aux affaires sociales. Les principaux paragraphes de cet article comprennent les suivants : 92(13) la propriété et les droits civils dans la province; 92(16) les matières d'une nature purement locale ou privée dans la province; et 92(7) l'établissement des hospices de charité. Au fil des ans, la province a adopté toute une kyrielle de lois sur les services sociaux se rapportant au bien-être général des personnes, à la santé mentale et au bien-être de l'enfance.

La première loi provinciale sur le bien-être de l'enfance, la *Act for the Protection and Reformation of Neglected Children*, a été adoptée en 1888. Cette loi faisait office de précurseur à la loi actuelle, à savoir la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* (LSEF). Comme la plupart des autres lois provinciales, cette loi contient des dispositions prévoyant l'adoption de règlements sur son administration et son application. L'ensemble des lois et programmes provinciaux établis aux termes de ces lois, y compris la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, s'appliquent à tous les résidents de la province, peu importe leur âge, leur sexe, leur race ou leur origine ethnique. Le droit de recevoir des services en vertu des modalités des programmes est garanti par l'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés* (droits à l'égalité).

On peut passer outre à l'application d'une loi provinciale lorsque le gouvernement fédéral a le pouvoir législatif, aux termes de l'article 91 et d'autres articles de la *Loi constitutionnelle de 1982*, d'adopter une loi sur le même sujet ou un sujet semblable. Cela est illustré par la notion d'« Indiens ». Le Canada a le pouvoir législatif de promulguer des lois relatives aux « Indiens et les terres réservées pour les Indiens » aux termes du paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle*. Le Canada a exercé son pouvoir législatif aux termes de cette rubrique de compétence et il a édicté la *Loi sur les Indiens* en 1876. La *Loi constitutionnelle* empêche la province d'adopter directement des lois relativement aux Indiens et aux terres qui leur sont réservées. L'article 88 de la *Loi sur les Indiens* fédérale prévoit la constitution d'une loi provinciale en loi fédérale si la loi en cause ne cible pas les membres des Premières nations et qu'elle ne porte pas atteinte à un quelconque aspect fondamental de la culture ou de la vie de ces nations (la « quiddité indienne »). Les lois provinciales s'appliquent également si aucune loi fédérale ne les contredit et n'a préséance sur elles aux termes du paragraphe 91(24), et cela vaut entre autres pour les règlements édictés par des Premières nations aux termes de l'article 81 de la *Loi sur les Indiens*. Toute loi provinciale d'ordre général est aussi soumise aux effets de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle* en ce

¹²⁹ Le souligné est de nous.

¹³⁰ *Orientations futures des services de prise en charge dans un système viable de services de bien-être de l'enfance*, document de travail n° 3, décembre 2010, pp. 17-18.

qui a trait au « droit inhérent à l'autonomie gouvernementale », ainsi qu'aux interprétations, particulièrement celle de la Cour suprême du Canada, de l'article 35. Selon ces interprétations, cet article englobe les notions d'« accommodement » et de « consultation ».

La population des Indiens inscrits a droit à divers services et programmes fournis par le gouvernement fédéral dans le cadre de l'exécution des obligations fiduciaires découlant de la *Loi sur les Indiens* et des traités. (Les traités signés dans la région du bassin hydrologique de Tikinagan sont le Traité n° 9 en 1905 et le Traité n° 5 en 1910). Certains de ces programmes et services ne sont offerts qu'aux Indiens inscrits résidant sur une réserve, alors que d'autres services sont fournis sans égard au lieu de résidence. Le Canada n'a pas prévu de fournir directement des services de bien-être de l'enfance aux Indiens inscrits.

Les Indiens, qu'ils soient des Métis, qu'ils soient inscrits ou non, ou qu'ils vivent ou non sur une réserve, ont aussi accès à divers services et programmes offerts par le gouvernement provincial en vertu de l'article 15 de la Charte canadienne des droits et libertés (droits à l'égalité). Cela comprend les services de bien-être de l'enfance prévus par la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*.

En Ontario, la population des Indiens inscrits obtient indirectement des services de bien-être de l'enfance et d'autres services sociaux en vertu d'une entente fédérale-provinciale conclue en 1965.

Le protocole d'entente sur les programmes d'aide sociale pour les Indiens de 1965¹³¹

Le protocole d'entente sur les programmes d'aide sociale pour les Indiens de 1965 est un accord bilatéral entre le Canada et l'Ontario. Les Premières nations n'ont pas été consultées relativement à toute disposition de l'entente traitant de la prestation des programmes, et elles ne sont pas plus parties à cette entente. Celle-ci est née dans la foulée de la tenue de la conférence fédérale-provinciale en 1963. L'une des questions dont on a discuté est celle de « l'établissement d'objectifs et de politiques de grande portée qui s'appliqueraient au peuple indien (...)

et il a été déterminé que le principal objectif était la prestation de services et programmes provinciaux aux Indiens, le tout s'appuyant sur le principe selon lequel les besoins des collectivités indiennes devraient être comblés conformément aux normes applicables aux autres collectivités; et ATTENDU QUE le Canada et l'Ontario souhaitent, aux fins de l'atteinte de cet objectif, mettre à la disposition des Indiens de la province l'éventail complet des programmes de bien-être provinciaux. » [traduction]

L'objet du protocole d'entente sur les programmes d'aide sociale pour les Indiens était de fournir l'éventail complet des programmes de bien-être aux Indiens dans la province. Aux termes de ce protocole, le Canada rembourse à l'Ontario une part des coûts de quatre principaux programmes de bien-être fournis aux Indiens : le programme Ontario au travail, les services à l'enfance et à la famille, les services de garde de jour et les services d'aides familiales. Le partage des coûts est établi selon une formule figurant à l'article 3 de l'entente. Aux termes de cette formule, environ 95 % des coûts admissibles à l'égard de la prestation du programme sont sujets à être remboursés par le Canada et le solde du coût direct est absorbé par l'Ontario. La province paie les coûts indirects liés à l'administration, au savoir-faire et à la fourniture de normes, et ces coûts équivalent au total à environ 15 % des coûts directs. La province paie pour les services en tant que coûts initiaux et elle a ensuite le droit de demander une indemnité au gouvernement fédéral conformément à la formule.

L'obligation qu'a le fédéral aux termes de l'entente d'indemniser la province des coûts liés au programme est non limitative depuis quarante-cinq ans. Les coûts liés à la prestation des quatre programmes financés en vertu de l'entente se limitent aux services expressément désignés pour chaque programme dans les annexes de l'entente. Alors qu'aucun plafond ne s'applique à la contribution fédérale annuelle, ce gouvernement a fait des tentatives pour restreindre l'aspect non limitatif de l'accord de financement. Dans le domaine du bien-être de l'enfance, par exemple, on a mis fin en 2003 au financement versé au représentant de la bande qui était régi par la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*.

Dans l'entente, la définition d'un Indien a aussi pour effet de limiter l'obligation du fédéral. Cette définition figure à l'alinéa 1.(1)(a) de l'entente, comme suit : « Une personne qui, conformément à la *Loi sur les Indiens*, est inscrite à titre d'Indien ou a droit de l'être » ; et un « Indien ayant le statut d'habitant d'une réserve » est un « Indien qui est i) résident d'une réserve indienne; ii) résident d'une terre de la Couronne

¹³¹ Canada, protocole d'entente sur les programmes d'aide sociale pour les Indiens, Ottawa, 1965, p. 1.

ou d'un territoire qui n'est doté d'aucun organisme municipal dans la province, ou iii) désigné comme tel par le ministère des [Affaires autochtones et Développement du Nord Canada] » (alinéa 1.(1)(c). Le paragraphe 1.(2) prévoit ce qui suit :

Lorsqu'un Indien ayant le statut d'habitant d'une réserve déménage dans une municipalité de l'Ontario et commence à y vivre, il continuera d'être considéré comme un Indien ayant le statut d'habitant d'une réserve aux fins de la présente entente jusqu'à ce qu'il y ait vécu durant une période de douze mois consécutifs. [traduction]

Le paragraphe 2(1) prévoit quant à lui ce qui suit :

« L'Ontario s'engage (...) à étendre le programme global de bien-être de l'Ontario [qui comprend le bien-être de l'enfance] aux Indiens ayant le statut d'habitant d'une réserve dans la province, et ce, pour toute la période de validité de la présente entente. » Ces clauses ont pour effet de limiter l'obligation qu'a le fédéral d'assumer les coûts liés aux programmes admissibles seulement pour les Indiens admissibles ou pour ceux « ayant le statut d'habitant d'une réserve » et n'ayant pas vécu dans une municipalité durant plus de douze mois consécutifs. [traduction]

La Northern Remoteness Study (2006)

En 2006, une étude des implications du modèle de financement des services de bien-être de l'enfance réalisée pour les Tikinagan Child and Family Services (Tikinagan) et les James Bay and Hudson Bay Family Services (Payukotayno), a été financée par l'entremise de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance et dirigée par le Barnes Management Group (la Northern Remoteness Study).¹³² La première partie de cette étude porte principalement sur les écarts en matière de prestation de services de bien-être de l'enfance, y compris le placement en famille d'accueil, les services de garde à l'enfance, les services de protection, de ressources humaines, de transport, de traduction et d'interprétation, les mesures d'urgence, les biens physiques et la technologie. Les renseignements ont été recueillis dans le cadre d'inspections effectuées dans les collectivités des Premières nations de Pikangikum, North Spirit Lake, Sandy Lake, Webequie et Marten Falls dans la région du bassin hydrologique de Tikinagan, et dans les collectivités des Premières nations de Moosonee, Moose Factory et Fort Albany dans la région du bassin hydrologique de Payukotayno. La deuxième partie de l'étude contient de nombreuses recommandations élaborées en conjonction avec le sous-comité du financement des régions éloignées de l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance.

La principale recommandation formulée à l'issue de cette étude veut que l'on devrait créer un modèle de financement à l'intention des collectivités éloignées, assorti des objectifs suivants :

- Allouer les ressources en fonction de la différence entre le coût de la prestation de services de bien-être de l'enfance et celui lié à la gestion des inégalités.
- Faire le nécessaire pour que les organismes puissent assumer des frais exceptionnels.
- Investir dans des activités qui favoriseraient l'atténuation ou l'élimination des causes fondamentales.¹³³
-

Il a aussi été recommandé que les mesures suivantes soient mises en œuvre :

- Calculer et appliquer un « facteur d'éloignement » pour accélérer l'octroi du financement de base aux organismes.
- Créer un « fonds de financement des frais exceptionnels » pour chaque organisme.
- Investir dans des activités qui favoriseraient l'atténuation ou l'élimination des causes fondamentales du fait que les coûts liés aux activités sont élevés.¹³⁴

Un calcul a été effectué pour chaque organisme à l'aide du modèle de financement proposé pour les collectivités éloignées et on s'est servi « d'un facteur moyen pondéré applicable aux régions éloignées » en tant que multiplicateur des facteurs de financement moyens provinciaux applicables au volumes de

¹³² Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance, Barnes Management Group Inc., *Northern Remoteness: Study and Analysis of Child Welfare Funding Model Implications on Two First Nations Agencies*, Tikinagan Child and Family Services et Payukotayno James Bay and Hudson Bay Family Services, décembre 2006.

¹³³ *Ibid.*, partie II, p.8.

¹³⁴ *Ibid.*, partie II, p.9.

services, et ce, pour déterminer un « facteur de financement cible ». La différence entre les facteurs de financement cibles et les facteurs de financement actuels a ensuite été appliquée aux volumes d'estimations de présentations 2006-2007 afin d'établir un financement de base révisé pour chaque organisme. Les résultats de ce calcul donnent à croire qu'il y aurait une forte augmentation du financement alloué à chaque organisme se trouvant en région éloignée et ayant une population d'enfants admissible. Le MSEJ a déterminé ce qui, de son point de vue, constitue des problèmes d'ordre méthodologique relatifs au rapport, y compris le fait qu'il avait été rédigé avant la mise en œuvre du modèle de financement pluriannuel du bien-être de l'enfance.

Chacun de ces organismes continue de jongler avec les coûts élevés qu'il doit payer dans le Nord, y compris ceux liés au transport d'employés, à l'équipement et aux fournitures et dossiers. En 2010-2011, les SAE autochtones ont reçu 8,5 millions \$ sous forme de nouveau financement devant servir à combler leurs besoins spécifiques.

Recommandations

Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse

- 86. Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse devrait mettre en œuvre les recommandations énoncées dans la Northern Remoteness Study au nom de Tikinagan, de Payukotayno et d'autres organismes du Nord. Si, du reste, le MSEJ ne peut endosser ni mettre en œuvre ces recommandations, il devrait effectuer son propre examen des coûts liés à la prestation de services de bien-être de l'enfance dans le Nord de l'Ontario. Cet examen pourrait constituer une composante des travaux de l'actuelle Commission de promotion de la viabilité des services de bien-être de l'enfance, et il devrait rendre compte avec précision du coût lié à la prestation de services à des collectivités éloignées (y compris où il est seulement possible de se rendre par avion) des Premières nations, ainsi que des problèmes considérables qu'entraîne la prestation de ces services. Grâce à cet examen, il faudrait que l'on puisse s'assurer que les sociétés d'aide à l'enfance qui offrent des services aux collectivités des Premières nations disposeront d'un financement adéquat pour offrir un service qui satisfait aux normes provinciales, ou sinon qui se rapprochera le plus possible du niveau de service offert dans d'autres administrations en Ontario.**
- 87. Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse devrait créer un fonds extraordinaire et des lignes directrices pour chaque région aux fins de la distribution de cet argent.**

Un fardeau encore plus important dans le secteur des services de bien-être de l'enfance découle des variations brusques phénoménales que connaissent les volumes de services au sein d'une collectivité. Ce principe est bien illustré par ce qui est arrivé à Pikangikum à l'été 2009 lorsqu'environ soixante-cinq (65) enfants ont été pris en charge. Cette variation brusque exceptionnelle a eu pour effet d'un peu plus que doubler le nombre d'enfants pris en charge qui provenaient de la collectivité. Les employés du bien-être de l'enfance ont été débordés. En plus des volumes de travail imposants imputables à la pénurie d'employés, ces employés ont dû fournir des services aux autres enfants et leur famille. Des variations brusques du volume de services sont survenues à divers moments dans des collectivités de la région du bassin hydrologique de Tikinagan. D'autres organismes autochtones ont connu des variations comparables. Par exemple, entre janvier et mai 2008, Dilico Anishinabek Family Care a vu le nombre d'enfants que cet organisme dessert passer subitement à 70 et plus récemment, soit en janvier et en février, 50 enfants de plus ont été pris en charge.

Un fonds de financement des frais exceptionnels serait profitable à toutes les sociétés d'aide à l'enfance du Nord de l'Ontario, d'origine autochtone ou non. Des urgences, des événements inhabituels et des hausses énormes du volume de services surviennent fréquemment au sein de tous les organismes, particulièrement ceux d'origine autochtone. Le budget et le processus d'allocation actuels ne permettent pas de fournir du financement immédiat pour absorber les hausses subites de volumes. Il faut environ deux ans pour que les augmentations d'un budget finissent par rattraper les hausses de volumes de services. Cela met les organismes concernés dans une situation fâcheuse : doivent-ils tenter de composer avec le volume de services accrus en recourant à leurs employés actuels, ce qui fera augmenter le volume de travail de ceux-ci, ou embaucher d'autres employés, ce qui leur occasionnera un déficit?

F8. Observations finales

Les Tikinagan Child and Family Services sont une société d'aide à l'enfance qui doivent offrir des services à des clients extrêmement exigeants dans des régions éloignées de la province. Les clients eux-mêmes n'ont souvent même pas les commodités nécessaires, comme un logement adéquat, l'eau courante et des sources de nourriture sécuritaires et abordables. Et c'est sans compter la complexité que suppose l'offre de services de bien-être de l'enfance à des clients qui ne parlent pas toujours anglais, dans une communauté seulement accessible en avion dans de mauvaises conditions météorologiques. La société a eu beaucoup de difficulté à trouver et à conserver des employés formés adéquatement. Les ressources, tant humaines que financières, sont source de tension.

La Première nation de Pikangikum incarne tous ces problèmes de manière extrême. Comme la société n'est qu'un des rares fournisseurs de services de la collectivité, elle se trouve dans une position peu enviable, soit celle d'essayer d'atténuer une série de grandes difficultés, comme la violence familiale, la toxicomanie chez les parents ou les jeunes ayant des idées suicidaires qui abusent de solvants, tout en disposant de ressources communautaires et d'appuis limités ou carrément inexistantes. Ils sont devenus le fournisseur par défaut de nombreux services inexistantes, qui sont facilement accessibles dans le Sud de l'Ontario.

Il y a actuellement environ 200 dossiers ouverts et 80 enfants pris en charge qui proviennent de Pikangikum, une communauté de 2 400 résidents. La pénurie de logements adéquats et le surpeuplement ont engendré une situation qui fait que les enfants pris en charge doivent être envoyés à l'extérieur de la communauté, dans des familles d'accueil éloignées. Ceci est une source continue de tensions entre la Première nation, le chef, le conseil et la société.

Tikinagan devrait continuer d'œuvrer au nom de la Première nation de Pikangikum, à laquelle elle procure hors de tout doute de la stabilité et de la supervision dans le but d'assurer le bien-être des enfants de la collectivité qui sont grandement « à risque », et ce, dans les conditions les plus éprouvantes et les plus extrêmes.

PARTIE G. LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

« Non seulement le lien qu'ont les "peuples indigènes" avec la terre les distingue-t-il d'un point de vue écologique et géographique, mais il leur confère aussi une spiritualité unique. Les peuples autochtones sont attachés à la terre et vice-versa. Ces rapports intemporels et interreliés avec la terre les distinguent des autres peuples de la terre, et ils sont l'essence de leurs identités collectives et individuelles. »¹³⁵ [traduction]

G1. Introduction

« Il est primordial de reconnaître les "causes fondamentales" ou les "causes des causes" qui sont citées dans toute explication de la situation ou des conditions auxquelles font face les Premières nations établies dans des collectivités éloignées. Ces facteurs sous-jacents comprennent les premiers contacts et le colonialisme, l'expérience des pensionnats et la démoralisation des traditions, de la langue et de la culture. L'érosion forcée de la culture et du mode de vie traditionnel a mené à un détachement psychologique de la famille, de la collectivité et des réseaux sociaux, la conséquence première de cette dislocation, tel qu'on l'a observé à Pikangikum, étant la détérioration de la santé mentale et le taux de suicide élevé chez les jeunes. »¹³⁶ [traduction]

En 2007, un symposium international sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones (le International Symposium on Indigenous Health) a été tenu à Adelaide, en Australie. Parmi les principales motivations liées à la présentation de cet événement, il y avait le désir de créer une tribune pour des échanges entre intervenants de divers pays sur la question des déterminants sociaux, et aussi de tirer « des leçons fondamentales (...) qui nous aideraient à gérer les déterminants sociaux de la santé des Autochtones à l'échelle mondiale afin d'améliorer l'état de santé de ces peuples. »¹³⁷ [traduction] Le Canada a participé à ce symposium et était représenté, entre autres, par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.

Parmi ces enseignements marquants, citons les suivants :

- « La colonisation des peuples indigènes a été considérée comme un déterminant sous-jacent et fondamental de la santé. »¹³⁸ [traduction] L'une des exigences établies était de renverser le mouvement de colonisation en redonnant à ces peuples le contrôle de leur vie par l'entremise de l'autodétermination.
- Deuxièmement, il y avait « (...) la rupture des liens des peuples indigènes avec leurs terres, qui a eu pour effet d'affaiblir ou d'éradiquer des pratiques culturelles fortement connexes ainsi que la participation à l'économie, qui est essentielle à la santé et au bien-être. »¹³⁹ [traduction]
- En troisième lieu, il y avait « (...) l'aplanissement des inégalités dont souffraient les indigènes aux plans économique et de la richesse. Une mauvaise santé était considérée comme le corollaire de la pauvreté et de l'inégalité. La redistribution économique était jugée essentielle à l'accession à l'égalité en ce qui concerne l'obtention de résultats égaux en matière de santé. »¹⁴⁰ [traduction]

La colonisation est le prolongement de la mainmise politique et économique exercée sur une région par un État dont les ressortissants occupent cette région et possèdent habituellement une longueur d'avance sur sa population au plan organisationnel ou technologique.¹⁴¹ Ce principe explique la migration des

¹³⁵ *Social Determinants and Indigenous health: The International experience and its policy implications*, rapport sur le International Symposium on Social Determinants of Indigenous Health, tenu à Adelaide les 29 et 30 avril 2007 pour la Commission on the Social Determinants of Health (CSDH), p. 25.

¹³⁶ J. Finlay et A. Nagy, *Pikangikum – Root Causes of Youth Suicide Within a Remote First Nation*, 17 janvier 2011, p. 3, en cours de publication.

¹³⁷ *Social Determinants and Indigenous health: The International experience and its policy implications*, rapport sur le International Symposium on Social Determinants of Indigenous Health, tenu à Adelaide les 29 et 30 avril 2007 pour la Commission on the Social Determinants of Health (CSDH), p. 5.

¹³⁸ *Ibid.*, p. 2.

¹³⁹ *Ibid.*

¹⁴⁰ *Ibid.*

¹⁴¹ Voir le glossaire.

Européens vers les terres traditionnellement occupées par des Premières nations. Dans son compte rendu, rédigé pour le Toronto Star, d'un livre intitulé *Wild Ride: A History of the North West Mounted Police 1873-1904* by Charles Wilkins, Hans Werner écrit ce qui suit : « *L'un des aspects plus tristes de cette histoire réside dans le fait que les membres de la police montée ont dû, après avoir gagné la confiance d'Indiens tels que Crowfoot, faire volte-face et mettre en œuvre le programme de réinstallation des Indiens afin d'ouvrir l'espace pour le CFCP [Chemin de fer Canadien Pacifique]. Un nettoyage ethnique n'est jamais quelque chose de beau même lorsque cela est réalisé par notre pays. L'encart photographique double du Wild Ride montre une famille dénommée Blackfoot; des réfugiés sur leur propre terre, sortant de nulle part et ayant nulle part où aller, se flétrissent avec une dignité troublante.* »¹⁴² [traduction]

Le point de vue exprimé lors du symposium international sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones voulait que la colonisation était une « réalité contemporaine » [traduction] plutôt qu'un fait historique.¹⁴³ Les interventions de participants canadiens lors du Symposium ont suscité de nombreuses observations :

- Tous les peuples indigènes ont des « (...) antécédents en commun en ce qui concerne leur colonisation et l'assujettissement qui s'ensuit (...) »¹⁴⁴ [traduction]
- La colonisation est une réalité contemporaine.
- Les peuples autochtones canadiens ont une vision holistique de la santé, y compris ses composantes physique, émotionnelle, intellectuelle et spirituelle.
- L'état de santé d'une personne ne peut être compris si l'on ne tient pas compte du niveau de bien-être de sa collectivité ou nation.
- La mauvaise santé des membres des peuples autochtones est liée à leur marginalisation économique et politique.
- Les facteurs qui influent sur l'état de santé des membres des peuples autochtones du Canada comprennent la pauvreté, la violence, des logements inadéquats et des milieux physiques déficients.
- Soixante-quinze pour cent des femmes autochtones ont été victimes de violence au foyer et ces femmes ont trois fois plus de chances d'en mourir.

Il est essentiel de connaître ces principes clés pour comprendre les maladies et les problèmes de santé, y compris les troubles de santé mentale et les problèmes de toxicomanie, qui ont cours au sein de la Première nation de Pikangikum. Cette nation a un poste de soins infirmiers doté d'un personnel complet et ouvert en tout temps et elle offre aussi les services d'un médecin 25 jours par mois dans la collectivité, d'un travailleur du PNLAADA, d'un travailleur œuvrant à temps partiel auprès des renifleurs de vapeurs d'essence, de travailleurs en santé mentale à temps plein, d'un responsable de la santé qui supervise la prestation des services de santé à la collectivité, et divers autres services connexes. Cependant, on ne pourrait assurément pas dire de la population qu'elle est en santé. Jusqu'à 300 enfants et jeunes inhalent des vapeurs d'essence et il y a un nombre inconnu de jeunes qui consomment de l'alcool et des opioïdes en quantité marquée. Le taux de mortalité excessif associé au suicide et aux problèmes de santé pourrait être qualifié de préoccupant. Or, la question qui se pose est la suivante : avec tous les services qui sont offerts, pourquoi la population n'est-elle pas en santé?

La solution réside non pas dans l'accès aux services médicaux, mais plutôt dans **les déterminants sociaux** qui aident les gens à rester en santé. Ce chapitre fera le survol de ces déterminants sociaux tels qu'ils se rapportent à Pikangikum.

¹⁴² Hans Werner, Hans, Canadian History, The Great March West, *Toronto Star*, p. E15, dimanche 26 décembre 2010.

¹⁴³ *Ibid.*, p. 30.

¹⁴⁴ *Ibid.*, p. 24.

Coercition

« Lorsque j'étais plus vieux, j'ai appris que lors des " journées prescrites par un traité ", comme l'avait mentionné un fonctionnaire du ministère des Affaires indiennes à mes parents, je devais aller à l'école, " sinon (...)". On m'avait dit que si je n'allais pas à l'école, mes parents n'auraient plus droit à l'allocation familiale ni à l'aide de toute autre source gouvernementale. C'était un gros " sinon " à l'époque étant donné que les prestations d'aide sociale de ce genre constituaient souvent le seul argent qui nous était versé. Il n'était donc pas surprenant que mes parents insistent pour que j'aille à l'école. Ils n'avaient vraiment pas le choix. »¹⁴⁵ [traduction]

G2. Définition

En termes simples, les déterminants sociaux de la santé sont « (...) les conditions économiques et sociales dans lesquelles les gens vivent. »¹⁴⁶ L'Agence de la santé publique du Canada a établi qu'il y avait douze déterminants sociaux de la santé, à savoir :

- Le niveau de revenu et la situation sociale
- Les réseaux de soutien social
- Le niveau d'instruction
- L'emploi et les conditions de travail
- L'environnement social
- L'environnement physique
- Les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles
- Le développement sain durant l'enfance
- Le patrimoine biologique et génétique
- Les services de santé
- Le sexe
- La culture¹⁴⁷

Lors d'un congrès tenu à Toronto en 2002, on a fait passer ce nombre à quatorze, et les facteurs cités comprenaient le statut d'Autochtone, l'incapacité, la petite enfance, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, l'insécurité alimentaire, les services de santé, le sexe, l'hébergement, le revenu et les disparités entre les niveaux de revenu, la race, l'exclusion sociale, le filet de la sécurité sociale et le chômage et la sécurité d'emploi.¹⁴⁸

Toutefois, la meilleure description des déterminants sociaux de la santé des autochtones provient peut-être du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, qui a publiée en 2009 un document intitulé *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. Ce document traite de ce qui suit :

- Les déterminants proximaux de la santé comprennent les comportements en matière de santé, l'environnement physique, l'emploi et le revenu, l'éducation et la sécurité alimentaire.
- Les déterminants intermédiaires de la santé comprennent les systèmes de soins de santé, les systèmes d'éducation, les infrastructures, les ressources et les capacités communautaires, la gestion de l'environnement et la continuité culturelle.
- Les déterminants distaux de la santé comprennent le colonialisme, le racisme et l'exclusion sociale, et l'autodétermination.

¹⁴⁵ D.J. Auger, *Stories from the Residential School*, publié par la Nishnawbe Aski Nation et la Fondation autochtone de guérison, 2005, p.9.

¹⁴⁶ http://en.wikipedia.org/wiki/Social_determinants_of_health.

¹⁴⁷ <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php>

¹⁴⁸ D. Raphael, *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, 2^e édition, Canadian Scholars Press, 2009.

G3. La santé des Premières nations

Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003

Lorsqu'on veut comprendre comment les déterminants sociaux de la santé agissent à Pikangikum, y compris en ce qui concerne la santé mentale, il est essentiel de commencer par situer l'état de santé des membres des Premières nations par rapport à la moyenne nationale, et cela était l'objet de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003 [voir l'Annexe 4] dont le rapport a été terminé et publié en mars 2005. Cette enquête a été réalisée par les Premières nations, qui se sont appuyées sur la prémisse voulant qu'elle leur permettrait d'améliorer la vie des « (...) enfants, adultes et aînés de leurs collectivités. »¹⁴⁹ [traduction] Nous ne saurions trop recommander aux lecteurs du présent document de lire ce rapport, qui se trouve à www.rhs-ers.ca.

L'enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations se fonde sur des données recueillies en 2002-2003 et elle a été achevée en 2005. Cinquante-deux sous-régions géographiques sont visées par cette enquête, y compris 238 collectivités de partout au Canada, comptant pour 5,9 % de la population des Premières nations. En Ontario, cinq territoires sont recensés aux fins de l'enquête et englobent 29 collectivités, dont celles des Premières nations d'Eabametoong, de Grassy Narrows, du lac Seul, de Sachigo et de Sandy Lake, pour n'en nommer que quelques-unes. L'échantillon faisait intervenir 22 602 sondages, 10 902 adultes de plus de 18 ans, 4 983 jeunes de 12 à 17 ans et 6 657 enfants de 0 à 11 ans.

Le cadre de travail culturel de l'ERS et une vision du mieux-être

Du point de vue des Premières nations, ce cadre de travail « (...) englobe la santé intégrale de la personne intégrale dans son milieu intégral. »¹⁵⁰ [traduction] Il tient compte du bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel de la personne. Les Premières nations voient le mieux-être comme une « philosophie complexe et comportant plusieurs niveaux. »¹⁵¹

« Nous étirons le cadre de travail culturel (comme un accordéon) (...) afin de démontrer que cette vision autochtone de la santé implique que les êtres humains vivent en symbiose avec le monde naturel et, du même coup, avec la Création à plusieurs niveaux de compréhension. Chaque niveau n'intègre qu'une petite partie et tous les niveaux sont interreliés.

Cette approche en matière de santé et de mieux-être est fondée sur l'ÉQUILIBRE... sur la recherche et l'atteinte et le maintien de l'équilibre. Pour visualiser ce modèle de santé, imaginez chaque niveau comme s'il était une roue, chacune de ces roues tournant d'un axe commun. Si une roue est dérégulée, cela aura un effet sur l'équilibre des autres roues et sur l'équilibre global du système. C'est pourquoi lorsque nous parlons de la santé des Premières nations, nous faisons allusion à l'ÉQUILIBRE de ce système. Le cadre culturel de l'enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations englobe la santé intégrale de la personne intégrale dans son milieu intégral. Il s'agit d'une vision holistique et plutôt complexe du mieux-être tel que conçu par les Premières nations. »¹⁵² [traduction]

Aux yeux des Premières nations, la nécessité de gérer « la culture, la langue, la vision du monde et la spiritualité » est forcément révélée par un examen du mieux-être et de la santé de ces nations.¹⁵³

L'éducation des Premières nations et le modèle européen

Les Premières nations utilisaient un système d'éducation informel qui a été intégré à leurs activités quotidiennes. Les enfants apprenaient en participant à des activités avec leurs parents (les garçons avec leur père et les filles avec leur mère). Ils passaient aussi du temps avec leurs grands-parents qui leur apprenaient, « (...) en leur racontant des histoires, les mythes et symboles représentant des groupes

¹⁴⁹ *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03, Results for Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities* (enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations), Assemblée des Premières Nations/Comité de gouvernance de l'information des Premières nations, deuxième édition, mars 2007.

¹⁵⁰ *Ibid.*, p. 1.

¹⁵¹ *Ibid.*, p. 2.

¹⁵² *Ibid.*, p. 3.

¹⁵³ *Ibid.*, p. 5.

d'idées. »¹⁵⁴ [traduction] L'éducation relevait de la parenté, qui formait vraisemblablement une famille élargie.

Le modèle d'éducation européen prévoyait que l'éducation devait être assurée par l'État. Les pensionnats ont été créés par le gouvernement canadien et administrés par des groupes religieux, et leur mission consistait à « (...) civiliser, éduquer, assimiler et christianiser le peuple autochtone. »¹⁵⁵ [traduction]

« L'évolution de la méthode d'enseignement utilisée pour instruire les Cris et les Objiwias dans les pensionnats a eu pour effet d'engendrer un imposant groupe d'hommes et de femmes qui n'avaient ni l'éducation, ni les compétences et l'expérience pour survivre dans la brousse de façon traditionnelle, ni assez d'instruction pour se trouver un emploi dans la société non autochtone traditionnelle. Ce groupe de personnes était pris entre deux cultures. Il avait de la difficulté à s'adapter à l'une et l'autre de ces cultures, et est devenu marginalisé aux yeux des deux. De plus, beaucoup de personnes ont perdu leur fierté et ressenti de la honte face à ce qu'elles avaient été et ce qu'elles étaient devenues. Elles avaient perdu leur identité. Dans le but de composer avec cette situation, certaines personnes se sont mises à consommer de l'alcool et lorsqu'il n'y en avait plus, la drogue et les solvants ont pris le relais, en tant que substances que les gens consommaient pour dissimuler leur honte et leur douleur et pour oublier ce qu'ils avaient vécu.

Malheureusement, les enfants de ces hommes et femmes ont grandi en apprenant exactement ce que leurs parents savaient eux-mêmes, à savoir qu'ils avaient honte d'eux-mêmes. Ils ont aussi grandi à cheval sur deux cultures et sans identité, et certains ne trouvaient plus aucun sens à leur vie. En raison de la marginalisation qui en a résulté, beaucoup d'Autochtones sont tombés dans un cycle de pauvreté, de négligence, d'abus, de honte, de fierté amoindrie, de manque d'identité et de perte de liens. »¹⁵⁶
[traduction]

Mon pauvre petit frère

« Mon frère et moi avons fréquenté le pensionnat en même temps. J'avais deux ans de plus que lui. Un jour, j'ai dû apporter deux plateaux au dispensaire. Il n'y avait qu'un verre d'eau et deux morceaux de pain sec sur ces plateaux. Lorsque je suis arrivé en haut, j'ai apporté l'un des plateaux à un garçon de ma communauté qui se trouvait dans une chambre verrouillée, et l'autre à une personne qui était dans une autre chambre. Cette chambre était aussi verrouillée. Lorsque son occupant m'a ouvert, j'ai aperçu, à ma grande surprise, mon frère couché sur le lit. Il était court vêtu et tout ce que je pouvais voir, c'était son petit corps couvert d'ecchymoses. Je lui ai demandé ce qui était arrivé. Il m'a dit que lui et certains des autres garçons avaient essayé de s'enfuir et qu'on lui avait administré toute une volée à l'aide d'une ceinture noire épaisse. Voilà pourquoi il avait plein de bleus. Mon petit frère faisait tellement pitié à voir couché dans son lit avec le corps couvert d'ecchymoses et rien à manger, sauf le pain sec que je venais de lui apporter. Il n'avait que douze ou treize ans à cette époque. »¹⁵⁷ [traduction]

En Ontario, 16 pensionnats ont été créés, soit 14 dans le Nord et deux dans le Sud, dont six étaient administrés par des ordres religieux catholiques romains, cinq par l'Église d'Angleterre (religion anglicane), un par l'Église presbytérienne et un autre par l'Église unie, et trois par les mennonites. Les dernières écoles ayant fermé leurs portes en Ontario sont celles de Poplar Hill (1989) et de Stirland Lake (1990), deux écoles mennonites.

Les Premières nations de Pikangikum envoyaient leurs enfants au pensionnat indien de Pelican Lake à Sioux Lookout ainsi qu'aux écoles mennonites de Poplar Hill, Stirland Lake et Cristal Lake.

L'école de Pelican Lake a été administrée par l'Église anglicane (soit l'Église d'Angleterre) de 1926 à 1973. Elle a été construite sur une terre boisée de 287 acres sur Pelican Lake. Elle pouvait accueillir 142

¹⁵⁴ D.J. Auger, *Indian Residential Schools in Ontario*, Nishnawbe Aski Nation, copyright 2005, p. 3.

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 3.

¹⁵⁶ *Ibid.*, p. 4.

¹⁵⁷ D.J. Auger, *Stories from the Residential School*, Nishnawbe Aski Nation et Fondation autochtone de guérison, 2005, p.57.

élèves au maximum et l'âge d'admission minimum était de six ans. Les enfants étaient acceptés à tout âge, même à un âge aussi bas que deux ans et demi. Les jeunes élèves allaient en classe de 9 h à 16 h, alors que les plus vieux passaient une demi-journée à l'école et l'autre à suivre des cours d'agriculture ou d'économie domestique. Parmi les activités organisées, il y avait les clubs de guides, de scouts et des cadets de l'air, le club de couture, les ligues de hockey, les excursions de chasse et de pêche, le baseball et le soccer.

Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations : l'influence des pensionnats sur la santé

Jusqu'en 1980, de 20 à 30 % des membres des Premières nations fréquentaient des pensionnats. En 1991, un sondage a révélé que 39 % des répondants des Premières nations de plus de 45 ans avaient étudié dans un pensionnat et y étaient demeurés pendant six ans.

Quarante-sept virgule trois pour cent (47,3 %) des survivants des pensionnats estiment que la fréquentation d'un tel établissement a eu des répercussions négatives sur leur santé. Il appert que l'influence de ces écoles a eu des effets négatifs sur la santé des survivants. Des résultats troublants démontrent que 69,2 % des survivants ont déclaré avoir subi des agressions physiques et que ces agressions étaient de nature sexuelle dans le cas de 32,6 % des survivants, si l'on s'en fie à ce qu'ils ont indiqué. Les troubles émotionnels, de santé mentale et de toxicomanie qui en ont résulté et qui ont été rapportés fournissent un cadre de travail contextuel pour les Premières nations qui nous aidera à comprendre les déficiences et les incapacités marquées qui sont devenues fort répandues au sein de certaines Premières nations.

« Bien qu'il soit difficile de démontrer l'existence de liens causals à l'aide de méthodes quantitatives, les chercheurs ont affirmé sans ambages que des preuves concluantes donnaient à penser que l'oppression culturelle exercée de longue date par les pensionnats a contribué à l'apparition à grande échelle de troubles de santé et d'autres effets négatifs sur la santé que l'on peut observer dans nombre de collectivités des Premières nations. »¹⁵⁸ [traduction]

Tableau 2. Effets négatifs sur la santé et le bien-être des survivants ayant fréquenté un pensionnat*

Causes des effets négatifs sur le survivant :	Pourcentage
Isolement de la famille	81,3 %
Violence verbale et psychologique	79,3 %
Discipline sévère	78,0 %
Perte d'identité culturelle	76,8 %
Séparation de la communauté des Premières nations ou Inuits	74,3 %
Témoin d'un abus	71,5 %
Perte de la langue	71,1 %
Abus physique	69,2 %
Perte de la religion traditionnelle ou de la spiritualité	67,4 %
Manœuvres d'intimidation de la part des autres enfants	61,5 %
Manque d'éducation	45,4 %
Conditions de vie difficiles**	43,7 %
Manque de nourriture	43,2 %
Manque de vêtements propres	40,5 %
Abus sexuel	32,6 %

Bon nombre des survivants qui ont fréquenté des pensionnats n'ont acquis qu'un niveau de connaissance de base. Cela est ironique au regard même de la prémisse voulant qu'une éducation doit être prodiguée aux enfants des Premières nations.

Il y a beaucoup de conséquences saisissantes imputables aux pensionnats qui ont eu une incidence négative sur la santé de Premières nations, dont les suivantes :

¹⁵⁸ D.J. Auger, *Indian Residential Schools in Ontario*, Nishnawbe Aski Nation, copyright 2005, p. 3.

- Le fait que les enfants vivaient loin de leur famille, qu'ils ont subi de la violence verbale et psychologique, et une perte d'identité culturelle, et qu'ils ont été soumis à une discipline sévère, tout cela a eu une incidence négative sur leur santé et leur bien-être.
- Le taux élevé de suicides et de décès imputables à la violence ou à l'alcool.
- 19,4 % des survivants ont tenté de se suicider à un moment ou un autre de leur vie.
- 30,3 % des survivants ne pouvaient parler leur langue couramment.
- L'angoisse émotionnelle imputable à des identités personnelles confuses, à l'alcoolisme et à l'incapacité de se livrer à des activités productives.
- Les élèves des pensionnats n'ont pas eu de modèles parmi leurs professeurs pour ce qui est d'apprendre le rôle de parent.
- On ne semble pas avoir enseigné de stratégies aux survivants en ce qui concerne la gestion des conflits interpersonnels menant à des ruptures familiales.
- En plus des aspects touchant à la santé mentale, les survivants semblent aussi souffrir de diverses maladies physiques dans une proportion excessive.

Troubles de santé	Survivant (%)	Non-survivant (%)
Arthrite	30,0 %	15,6 %
Diabète	28,7 %	10,8 %
Hypertension artérielle	23,0 %	13,0 %
Maux de dos chroniques	20,3 %	12,6 %
Déficiance auditive	15,8 %	6,4 %
Troubles gastro-intestinaux	11,0 %	6,8 %
Cataractes	9,8 %	2,9 %
Tuberculose	8,8 %	1,5 %
Maladie du cœur	8,3 %	4,0 %
Problème thyroïdien	5,7 %	3,5 %
Rhumatisme	5,4 %	2,7 %
Ostéoporose	5,4 %	2,3 %
Bronchite chronique	5,2 %	2,5 %
Glaucome	4,2 %	1,1 %
Apoplexie	3,2 %	1,0 %
Maladie du foie**	2,4 %	1,1 %

*Seuls les résultats significatifs ont été rapportés p<,05
**N'inclut pas l'hépatite A

Source : Enquête régionale longitudinale sur la santé 2002-2003

Il est tout à fait logique que certains de ces troubles de santé se retrouvent à l'excès chez les survivants (la prévalence de la tuberculose, par exemple, était prévisible compte tenu de l'entassement des pensionnaires dans les dortoirs). La prévalence d'autres affections (cataractes, etc.) est plus difficile à expliquer.

« Bref, les pensionnats ont eu un effet adverse sur le bien-être mental et physique global des survivants. La honte, la douleur et le désespoir liés aux sévices subis par les élèves des pensionnats ont engendré de l'oppression internalisée, de la violence latérale et des névroses post-traumatiques, entre autres. »¹⁵⁹
[traduction]

¹⁵⁹ *First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03, Results for Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities* (enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations), Assemblée des Premières Nations/Comité de gouvernance de l'information des Premières nations, deuxième édition, mars 2007, p. 137.

Une expérience en terrain inconnu

« Avec l'aide d'un conseiller, j'en suis arrivé à comprendre à peu près tout de la douleur et de la colère que je ressentais à propos du pensionnat. Lorsque j'allais à l'école, je me retrouvais en terre inconnue dans une école inconnue dirigée par des gens que je ne connaissais pas; j'étais obligé de parler une langue différente, de lire et d'écrire dans cette langue; et on me forçait à manger des aliments différents. Le conseiller m'a appris que lorsqu'on me frappait à coups de ceinture parce que j'avais fait une erreur, qu'on me donnait la fessée parce que j'avais enfreint les règles, que d'autres élèves me taquinaient parce que je parlais une langue autre que la leur, et que je me sentais humilié parce qu'on m'avait forcé à participer à des activités sexuelles pour le plaisir de quelqu'un d'autre, eh bien, tout cela ne m'était pas arrivé parce que j'étais une mauvaise personne. Le conseiller m'a montré que ces choses m'occasionnaient de la colère, que je nourrissais du ressentiment envers les Blancs et que je craignais de devenir exactement comme eux. À compter du moment où j'ai pris acte de ces choses, j'ai pu passer à autre chose et occulter ces incidents de manière positive. Maintenant je repense rarement à mes expériences au pensionnat. Je passe l'essentiel de mon temps à apprendre de nouvelles choses et à profiter de la vie. »¹⁶⁰ [traduction]

G4. La colonisation, la structure sociale, les pensionnats et la santé des Premières nations

Ceci est un sujet complexe que le présent rapport ne saurait traiter adéquatement. Ce qui suit constitue principalement des extraits de l'ouvrage intitulé *Suicide chez les Autochtones au Canada*, publié par la Fondation autochtone de guérison en 2007. Le lecteur qui veut en savoir davantage pourra tirer profit de la consultation de ce document exhaustif.

L'évolution de la société autochtone est attribuable à une série d'influences extérieures qui se sont manifestées à un rythme dicté par les intérêts associés à ces influences. Les facteurs de changement étaient liés à des pressions d'origine économique, gouvernementale, éducative, médicale et spirituelle. Les Premières nations traditionnelles jouissaient d'une mobilité illimitée sur de grands espaces du territoire canadien, lequel était à peine peuplé. En vertu de traités, ces chasseurs et trappeurs nomades ont été repoussés vers des réserves caractérisées par le surpeuplement, dans un contexte où les rôles traditionnels, les réseaux sociaux et l'identité des personnes ont été perturbés et de nouvelles réalités politiques et des institutions bureaucratiques étrangères leur ont été imposées.

L'acculturation correspond à la « modification de la culture d'un groupe qui survient sous l'influence de la culture d'un autre groupe. »¹⁶¹ [traduction] La réaction d'une culture à des pressions peut prendre la forme de l'intégration, de l'assimilation, de la séparation ou de la marginalisation. Pour les Premières nations, la perte de la mainmise sur leurs terres, la transformation de leur économie fondée sur la chasse (y compris la chasse à la trappe) en tant que moyen de subsistance, des conditions d'entassement sur les réserves et l'affaiblissement des systèmes de croyances et des institutions spirituelles, sociales et politiques, ont créé une dynamique d'acculturation. Les cultures hautement traditionnelles et assimilées semblent être à l'abri d'un taux de suicide excessif.¹⁶²

John Berry (1980) a avancé que le suicide chez les jeunes du Nord de l'Ontario est lié au fait qu'ils sont coincés entre deux cultures et qu'aucune des deux ne les satisfait. Pour l'essentiel, ces jeunes manquent de liens avec la tradition de leurs aînés et de leur culture, et ils sont exclus de la société contemporaine en général en raison de « la pauvreté, l'isolement et les barrières liées à l'éducation » [traduction].¹⁶³ Le triste chemin qui mène vers des taux de mortalité excessifs imputables au suicide est décrit ci-après et démontre l'effet de la colonisation sur les personnes, la famille, la collectivité et la société.

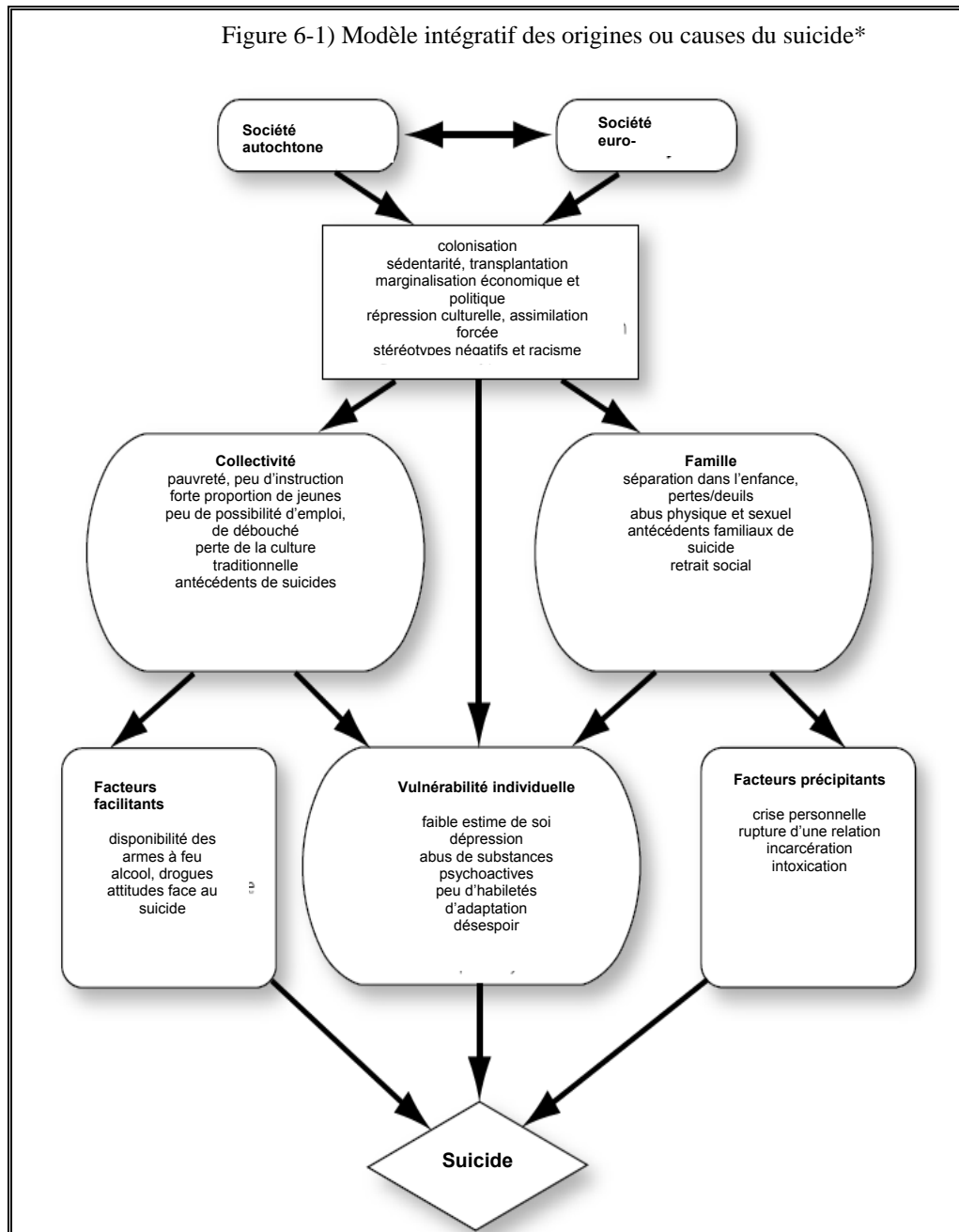
¹⁶⁰ D.J. Auger, *Indian Residential Schools in Ontario*, Nishnawbe Aski Nation, copyright 2005, p. 71.

¹⁶¹ *Gage Canadian Dictionary*.

¹⁶² L. Kirmayer et autres, *Le suicide chez les Autochtones au Canada*, Fondation autochtone de guérison, 2007, p. 73.

¹⁶³ *Ibid.*, p. 64.

Figure 6-1) Modèle intégratif des origines ou causes du suicide*



Source : L. Kirmayer et autres, *Suicide chez les Autochtones au Canada*, Fondation autochtone de guérison, 2007, p. 118.

*Adapté en partie de Shaffer et coll., 1988.

« C'est pourquoi on soutient que la colonisation, et le détachement de la terre traditionnelle, l'isolement, la perte de la langue, la culture et l'identité, la marginalisation politique et l'assimilation sous la contrainte qui en ont résulté sont tous des facteurs essentiels à la compréhension des inégalités grossières entre le statut et le mieux-être des peuples indigènes et ceux des peuples non indigènes aux quatre coins de la planète; il s'agit du déterminant social fondamental qui est sous-jacent à la santé. »¹⁶⁴ [traduction]

L'effet le plus probant de la colonisation a vraisemblablement été démontré par le système des pensionnats. Des enfants très jeunes (âgés de six ans dans certains cas) enlevés à leurs parents ont été placés dans des milieux qui leur étaient étrangers, ce qui les a carencés aux plans émotionnel et culturel. Dans ces endroits, ils ont été soumis à une suppression culturelle extrême et, de façon tragique, à des privations émotionnelles et physiques, et parfois à des agressions sexuelles. L'effet de tout cela a été catastrophique et tel que révélé par le tableau qui suit, il s'est étendu à des générations successives de membres des Premières nations.

Effets transgénérationnels des pensionnats

<ul style="list-style-type: none"> • Effets psychologiques, sociaux et économiques persistants sur les survivants • Modèles de rôle parental et d'éducation des enfants fondés sur des expériences en institution • Modalités de réaction et d'expression émotionnelles • Continuation ou répétition de l'abus physique et sexuel • Perte de la connaissance culturelle, de la langue et de la tradition • Affaiblissement de l'identité personnelle et collective et de l'estime de soi (fierté) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dévalorisation et caractère « essentialisant » de l'identité autochtone • Déresponsabilisation, perte de contrôle et inefficacité individuelles et collectives • Perturbation et dislocation de la famille et des réseaux de la parenté • Déstructuration des collectivités, des nations et des peuples • Préjudice à la relation avec la société générale <ul style="list-style-type: none"> • images des média de masse, racisme, stéréotypes, tutelle de l'État, contrôle bureaucratique, de même que le système judiciaire et correctionnel • sentiment de vivre dans une société sans souci de justice (partiale)
---	---

Source : « Effets transgénérationnels des pensionnats », L. Kirmayer et autres, *Suicide chez les Autochtones au Canada*, Fondation autochtone de guérison, 2007, p. 84.

G5. Les déterminants sociaux de la santé et Pikangikum

Les déterminants sociaux de la santé sont « (...) les conditions sociales et économiques dans lesquelles les gens vivent et qui déterminent leur santé. »¹⁶⁵ En 2009, le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone a publié le document intitulé *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. Cette récente publication traite de la santé des Autochtones sous l'angle des déterminants proximaux, intermédiaires et distaux.

G6. Les déterminants proximaux de la santé

Comportements liés à la santé

La surconsommation d'alcool et de la cigarette fait augmenter le taux de mortalité, et chez les femmes enceintes, elle peut avoir un effet néfaste sur le développement physique, émotionnel et intellectuel de l'enfant. Même s'il n'y a pas de chiffres exacts pour Pikangikum, certaines personnes se sont dits

¹⁶⁴ J. Finlay et A. Nagy, *Pikangikum – Root Causes of Youth Suicide Within a Remote First Nation*, 17 janvier 2011, p. 8, en cours de publication.

¹⁶⁵ http://en.wikipedia.org/wiki/Social_determinants_of_health.

préoccupées par la prévalence de l'alcoolisme chez les adultes et la présence de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale chez les enfants.

On dit que Pikangikum est une réserve où il n'y a pas d'alcool, mais les habitants s'en procurent néanmoins à Red Lake, que l'on peut rejoindre en deux heures par route durant les mois d'hiver. Cela dit, l'inhalation de vapeurs de solvants chez les enfants et les jeunes est insidieuse, et jusqu'à 300 d'entre eux se livrent à cette pratique.

Environnements physiques

La concentration de contaminants dans l'air, l'eau, la nourriture et le sol peut avoir des effets néfastes sur la santé. Par exemple, les maisons contaminées par de la moisissure peuvent susciter des prédispositions à des maladies respiratoires, ou l'eau contaminée peut engendrer des troubles gastro-intestinaux. Ce problème est associé aux Premières nations parce qu'on les a dépossédées de leurs terres et parachutées sur des réserves. Il y a des pénuries de logements sur ces réserves ainsi que des maisons ayant besoin d'être réparées en profondeur et qui sont peut-être contaminées par de la moisissure. Si l'on s'en fie à l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations, 33,6 % des maisons situées sur une réserve ont besoin d'importantes réparations et 31,7 %, de réparations mineures.



Illustration 11. Maison à Pikangikum.¹⁶⁶

Il y a de graves pénuries de logements au sein de la plupart des Premières nations

- La norme de surpeuplement équivaut à plus d'une personne par chambre
- 17,2 % des maisons des Premières nations sont surpeuplées
- La densité d'occupation des maisons des membres des collectivités des Premières nations est de 0,76 personne par chambre
- Le taux national est de 0,4 personne par chambre
- Cette densité augmente dans le cas des Premières nations alors qu'elle chute au sein de la population générale

En 2003, le vérificateur général a signalé qu'INAC estimait qu'il y aurait une pénurie de 8 500 maisons sur les réserves, et que 44 % des maisons actuelles nécessiteraient des réparations. Environ 4 500 nouveaux ménages se forment chaque an, mais le financement fédéral actuel ne permet de construire que 2 600 maisons par an.¹⁶⁷

Infrastructure de base et commodités de première nécessité dans les maisons

Presque toutes les maisons des membres des Premières nations sont dotées de ce qui suit :

- Électricité (99,5 %)
- Eau chaude courante (96,3 %)
- Eau froide courante (96,5 %)
- Toilette à chasse d'eau (96,5 %)
- Réfrigérateur (98,7 %)

¹⁶⁶ Photo fournie par le ministère des Affaires autochtones.

¹⁶⁷ Ibid., p. 45.

- Cuisinière (99,3 %)
- Téléphone (81,7 %)
- Ordinateurs (40,8 %)
- Connexion Internet (29,8 %) (plus la collectivité est isolée, plus la connectivité est limitée)

Seulement neuf pour cent des maisons des membres des Premières nations n'ont pas de fosse septique ou de système d'égout. Soixante-trois virgule deux pour cent (63,2 %) des maisons sont approvisionnées en eau au moyen de tuyaux.

À Pikangikum, très peu de maisons sont alimentées en eau ou disposent d'un système d'égout. La population souffre d'un grave manque à cet égard lorsqu'on la compare à d'autres Premières nations vivant sur une réserve.



Illustration 12. Cette maison à Pikangikum est habitée. Son propriétaire y élevait une famille de 14 enfants (mars 2010).

À Pikangikum, le courant est fourni par une génératrice alimentée par diesel et celle-ci fonctionne à pleine capacité. On prévoit de relier la collectivité au système hydroélectrique. En 2000, on a engagé un entrepreneur pour qu'il construise un réseau de distribution hydroélectrique à partir de Red Lake dans le but de fournir de l'électricité aux Premières nations de Pikangikum et de Sandy Lake. Le 28 février 2000, les représentants de la Première nation ont avisé l'entrepreneur qu'ils ne disposaient pas des fonds pour le payer et le projet n'a pas été mené à terme. Il est intéressant de noter que l'électricité produite par une génératrice alimentée par diesel coûte 3 580 650 \$ par an, alors que si elle était générée par le système hydroélectrique, son coût ne s'élèverait qu'à 358 429 \$ par an.¹⁶⁸ Au moment où le projet a été abandonné, il avait été réalisé dans une mesure de 35 pour cent et des poteaux de transport d'électricité avaient été installés sur une distance de 40 kilomètres.

Le 17 novembre 2000, INAC a envoyé une lettre à la Première nation de Pikangikum pour l'informer qu'elle avait été placée sous la tutelle d'un tiers. On pouvait lire ce qui suit dans cette lettre : « (...) un tiers a été nommé par le ministère public pour administrer les fonds autrement payables à la bande et pour exécuter les obligations de celle-ci aux termes d'une entente de financement en tout ou en partie. »¹⁶⁹ [traduction] On aurait apparemment agi de la sorte pour les motifs suivants :

- Un déversement de mazout dans l'école a entraîné des frais de nettoyage de l'ordre de 1,6 million \$ et la perte de cette école pendant presque un an.
- Deux inondations et l'exploitation de l'usine de traitement de l'eau ont occasionné des coûts d'un million de dollars, et la pénurie d'eau propre a mis la collectivité en état de crise.
- L'usine de traitement de l'eau a été mal exploitée par des opérateurs qui n'ont pas assuré la surveillance de la qualité de l'eau ni la distribution d'eau non chlorée.
- Le projet de raccordement au système hydroélectrique a échoué étant donné que la Première nation n'avait pas obtenu le financement nécessaire.

¹⁶⁸ *Pikangikum v. Nault*, 201CSJO5122, p. 13.

¹⁶⁹ *Ibid.*, p. 19.

La Première nation a refusé, puis elle a intenté une poursuite en dommages-intérêts pour défaut d'exécution de charge publique contre M. Robert Nault, qui était alors le ministre fédéral d'Affaires indiennes et du Nord canadien (AINC) et le procureur général du Canada. Cela semble avoir eu pour effet de mettre un frein à la réalisation d'une longue liste de projets communautaires.

« Les employés de Thunder Bay ont indiqué que le ministre avait été très direct en ce qui concerne Pikangikum et la position adoptée. Tel que vous le savez, nous avons des notes de synthèse au sujet de la décision d'aller de l'avant avec les projets de système d'égout et de raccordement au système hydroélectrique. Je présume qu'il a voulu dire qu'il ne voulait qu'aucune initiative ni aucun projet ne soient réalisés à Pikangikum avant que la procédure judiciaire ne soit terminée. »¹⁷⁰ [traduction]

Tel que le juge John de Pencier Wright l'a relevé dans sa décision du 23 décembre 2010 :

« À ce jour, le réseau hydroélectrique n'est pas achevé. De l'électricité qui aurait pu être fournie à un coût de quelques centaines de milliers de dollars continue d'être vendue à la bande au coût de plusieurs millions de dollars.

À ce jour, l'usine de traitement de l'eau continue de se décharger pour l'essentiel dans le lac.

À ce jour, les installations d'égout continuent d'être largement tributaires des réservoirs de rétention et des camions-pompes.

À ce jour, la majeure partie de l'eau potable doit être acheminée au consommateur depuis l'usine de traitement de l'eau. »¹⁷¹ [traduction]

Il y a 450 maisons sur la réserve, dont 43 sont reliées à l'étang de stabilisation; 340 maisons n'ont pas de plomberie intérieure ou d'eau courante. L'usine de traitement de l'eau a été construite en 1995 et n'est reliée à pratiquement aucune maison. La source d'eau pour cette usine est le lac Pikangikum. L'eau est fournie par le système de traitement de l'eau et acheminée par des tuyaux souterrains à huit centres de distribution qui ne sont pas toujours fonctionnels.¹⁷² Le service de transport d'eau par camion dessert certaines des maisons, où l'eau est mise dans des réservoirs de rétention de 455 litres. Les résidents se rendent aux centres de distribution afin d'y puiser leur eau dans des seaux ou des conteneurs.



Illustration 13. Des résidents de Pikangikum en train de s'approvisionner en eau.¹⁷³

Un petit nombre de maisons sont équipées de réservoirs de rétention pour la gestion de leurs eaux usées. Aux fins de leur entretien, ces réservoirs sont remorqués à l'aide de camions. La grande majorité des habitants utilisent des latrines pour l'évacuation des eaux usées. Ces latrines sont habituellement en mauvais état et peuvent être pleines ou déborder.

¹⁷⁰ *Ibid.*, p. 53.

¹⁷¹ *Ibid.*

¹⁷² Information établie à partir du document intitulé *North South Partnership for Children Participatory Assessment of Pikangikum*, février 2008.

¹⁷³ Photo fournie par le ministère des Affaires autochtones.



Illustration 14. Une maison de Pikangikum dotée de latrines extérieures (mars 2010).

Certains établissements, tels que le poste de soins infirmiers, sont dotés d'un système de collecte des eaux usées dont le contenu est pompé vers un étang situé dans la partie nord-ouest du territoire de la collectivité. On rapporte qu'au printemps, l'étang de stabilisation déborde dans la rivière en amont en provenance de la collectivité et de l'usine de prise d'eau.

En septembre 2006, la circonscription sanitaire du Nord-Ouest a fourni un rapport sur les systèmes de distribution d'eau et de collecte d'eaux usées de Pikangikum. La conclusion de ce rapport voulait que la fourniture d'eau potable et d'eau de lessive sécuritaires en volumes adéquats était nécessaire à la santé communautaire. Les systèmes de distribution d'eau et de collecte d'eaux usées de Pikangikum ont été jugés « à haut risque ». Aussi a-t-on recommandé dans le rapport que :

- L'usine de traitement de l'eau soit reliée à toutes les maisons de la collectivité au plus tard en 2010.
- Les résidents de Pikangikum reçoivent toute l'information nécessaire concernant la consommation et le stockage sécuritaires de l'eau à la maison.
- Les maisons soient réparées ou remplacées de manière à ce qu'elles soient dotées d'une salle de bains au plus tard en 2010.
- Toutes les résidences soient reliées au système de collecte des eaux usées au plus tard en 2010.
- Un processus de recherche soit amorcé pour « (...) déterminer l'ampleur des dommages causés par la gestion négligente continue des infrastructures sanitaires de base. »¹⁷⁴

De plus, il est mentionné dans ce rapport que des systèmes inadéquats d'approvisionnement en eau et d'élimination des eaux usées avaient exposé les résidents de Pikangikum à un risque de maladie élevé et qu'il était probable que des résidents avaient contracté des maladies à cause de ces systèmes non réglementés.¹⁷⁵ Jusqu'à maintenant, ces recommandations sont restées lettre morte.

« Dans les collectivités des Premières nations, les déterminants sociaux de la santé comprennent les effets directs et indirects de la colonisation en tant que facteur fondamental sous-jacent. La pauvreté, le détachement de la vie familiale et de la collectivité, le stress extrême, les traumatismes, le mauvais état de santé et la dépendance envers le gouvernement peuvent tous être considérés comme des conséquences de la colonisation. Tous ces facteurs, y compris la privation matérielle résultant de la pauvreté, ont des répercussions profondes sur la collectivité, les familles et leurs enfants. Le stress et les traumatismes peuvent aussi engendrer des comportements d'adaptation ayant des implications problématiques, y compris, souvent, des dépendances à l'alcool et à la drogue, dont l'incidence sur la santé des enfants et des familles d'une collectivité est considérable. Cela dit, au lieu d'être vus

¹⁷⁴ Circonscription sanitaire du Nord-Ouest, rapport d'inspection des systèmes d'approvisionnement en eau et d'élimination des eaux usées de Pikangikum, septembre 2006, p. 15.

¹⁷⁵ *Ibid.*, p. 16.

comme la résultante d'antécédents et de conditions de vie insupportables, ces comportements sont le plus souvent erronément considérés comme " des choix de vie malsains ". Rarement s'occupe-t-on de traiter les raisons sous-jacentes pour lesquelles les gens vivent du stress grave et adoptent parfois des approches mal adaptées pour le gérer. Ces raisons sous-jacentes sont les "causes des causes". »¹⁷⁶ [traduction]

Recommandations

Première nation de Pikangikum

- 88. La Première nation de Pikangikum devrait créer un organisme responsable du logement.**
- 89. La Pikangikum Housing Authority devrait examiner le lot de maisons actuel et évaluer les réparations dont elles devraient faire l'objet; elle devrait aussi mener une étude stratégique de la situation du logement pour comprendre les besoins projetés de la collectivité en fonction de la croissance de la population. Un consultant externe devrait être engagé pour aider à la réalisation de cette étude.**

Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (INAC)

- 90. INAC et la Première nation de Pikangikum devraient mener à terme leur projet de raccorder cette Première nation au réseau électrique. Le financement de ce projet devrait être fourni par INAC.**
- 91. INAC et la Première nation de Pikangikum devraient revoir le fonctionnement du système de traitement de l'eau et définir s'il faut le mettre à niveau pour faire en sorte que Pikangikum ait accès à une eau potable saine, maintenant et dans le futur. Le financement des améliorations potentielles au système de traitement de l'eau devrait être fourni par INAC.**
- 92. INAC devrait participer à l'étude stratégique portant sur l'hébergement (voir la recommandation 89) et prévoir la construction et la rénovation d'un nombre suffisant de logements pour répondre aux besoins criants en matière d'hébergement et régler le problème de surpopulation qui existe au sein de la Première nation de Pikangikum. Le chef et le conseil estiment qu'il faudrait 50 nouvelles habitations pour redresser la situation.**
- 93. INAC et la Première nation de Pikangikum devraient revoir le fonctionnement du système d'égout et définir s'il faut le mettre à niveau pour faire en sorte que Pikangikum dispose d'un système d'égout sécuritaire et sain dans le futur et qui ne compromettra pas l'approvisionnement en eau potable de la communauté. Le financement des améliorations potentielles au système d'égout devrait être fourni par INAC.**
- 94. INAC et la Pikangikum Housing Authority doivent veiller à ce que les habitations construites dans le futur soient reliées à un système de distribution de l'eau et à l'étang de stabilisation. De plus, la Pikangikum Housing Authority devrait déterminer quelles maisons peuvent être rénovées de manière à ce que l'on puisse y installer de la plomberie ainsi qu'un système d'égout intérieurs. INAC devrait fournir le financement nécessaire pour ces améliorations en ce qui concerne les maisons adaptables.**

Emploi et revenu

L'amélioration de la santé suit la progression des fourchettes salariales. Les Canadiens à faible revenu meurent plus jeunes et contractent plus de maladies. Les personnes ayant des revenus plus élevés ont de meilleurs logements ainsi que de la nourriture de meilleure qualité en quantité suffisante. Des recherches donnent à penser qu'un revenu plus élevé procure une marge de manœuvre discrétionnaire ainsi qu'un certain degré de maîtrise des situations stressantes.¹⁷⁷ Cinquante-et-un pour cent (51 %) des membres des Premières nations n'ont pas d'emploi au Canada. De plus, environ 60 % des jeunes de 18 à 29 ans sont au chômage. Il y a une tendance claire indiquant que les jeunes ayant terminé leurs études secondaires sont plus nombreux à se trouver un emploi (ils ont presque deux fois plus de chances d'y arriver).

¹⁷⁶ J. Finlay et A. Nagy, *Pikangikum – Root Causes of Youth Suicide Within a Remote First Nation*, 17 janvier 2011, pp. 4-5, en cours de publication.

¹⁷⁷ www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php.

Le revenu personnel médian des adultes des collectivités des Premières nations visés par l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations était de 15 667 \$ en 2001, alors que le revenu médian des ménages se chiffrait à 29 897 \$. Les hommes et les femmes jouissaient pour l'essentiel du même niveau de revenu.¹⁷⁸

À Pikangikum, il y a 170 emplois, dont 50 étaient détenus par des « fournisseurs externes » tels que des infirmières et des professeurs. Il y a 542 chefs de ménage qui touchent de l'aide sociale. Selon les résultats du rapport de la North South Partnership for Children, cela se traduit par des revenus d'emploi de l'ordre de 8 millions \$ (dont le tiers attribuable aux « fournisseurs externes ») et des prestations d'aide sociale totalisant 8 millions \$ par an.¹⁷⁹ Les Canadiens à faible revenu sont plus susceptibles de mourir plus jeunes et de contracter plus de maladies que les Canadiens à revenu élevé, peu importe leur âge, leur sexe, leur race ou leur lieu de résidence.¹⁸⁰ Une famille de quatre vivant à Pikangikum recevrait environ 862 \$ par mois, soit à peu près 10 000 \$ par an. Chaque famille peut aussi recevoir une allocation-logement de 400 \$ par mois, qui est versée directement à la bande et qui sert à payer l'électricité, l'eau et le bois de chauffage.¹⁸¹

Il n'y a aucun doute qu'un emploi procure aux gens un sens identitaire, un but et des occasions de socialisation et de croissance, ce qui procure un revenu et une meilleure santé. Cela dit, au sein des collectivités éloignées des Premières nations ne pouvant être ralliées que par voie des airs, les occasions d'aménager un système économique de base sont peu nombreuses.

Le gouvernement fédéral

95. Le gouvernement du Canada et Affaires autochtones et Développement du Nord Canada devraient définir une stratégie de lutte contre la pauvreté chez les peuples autochtones axée principalement sur les peuples vivant dans des réserves éloignées et isolées comme Pikangikum. Cette stratégie pourrait s'inspirer des stratégies provinciales comme la *Loi de 2009 sur la réduction de la pauvreté* de l'Ontario ou la stratégie de réduction de la pauvreté de la Nouvelle-Écosse.

Statistique Canada publie une donnée appelée « seuil de faible revenu (SFR) », soit le seuil à partir duquel un particulier ou une famille aura des difficultés à joindre les deux bouts dans la mesure où une partie importante de son revenu est consacrée aux biens de première nécessité. En 2006, ce seuil était de 11 492 \$ pour un particulier et de 24 742 \$ pour une famille de cinq vivant en région rurale. Bien qu'ils n'aient pas été déterminés pour les familles de Pikangikum, les chiffres précités donnent à croire qu'un grand nombre de familles établies à Pikangikum vivent sous le SFR.

Les principes du Plan de réduction de la pauvreté de l'Ontario recourent les problèmes des collectivités des Premières nations. Ce plan vise à éliminer les entraves à la participation à l'économie et à la société, telles qu'elles se rapportent à la race, l'origine ancestrale, la couleur de la peau ou l'origine ethnique. Il reconnaît l'importance de la santé des collectivités et les risques accrus auxquels sont exposés les Autochtones et les peuples racialisés. Il vise aussi à soutenir les familles, et il met l'accent sur la nécessité de traiter les personnes vivant dans la pauvreté avec dignité et respect. Il importe aussi de mentionner que ce plan a pour cible de réduire de 25 % le nombre d'enfants vivant dans la pauvreté d'ici 5 ans.

Le Plan de réduction de la pauvreté de la Nouvelle-Écosse permet et récompense la réalisation d'initiatives en éliminant la désincitation au travail, en accroissant le soutien accordé aux personnes dans le besoin, en mettant l'accent sur les enfants et les familles afin de briser le cycle de la pauvreté, et en assurant la collaboration et la coordination afin d'augmenter la capacité et l'intégration.

¹⁷⁸ First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03, Results for Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities, Assembly of First Nations/First Nations Information Governance Committee, second edition, March 2007, p. 28.

¹⁷⁹ Information based on *North South Partnership for Children Participatory Assessment of Pikangikum*, février 2008, p. 14.

¹⁸⁰ www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php.

¹⁸¹ Information établie à partir du document intitulé *North South Partnership for Children Participatory Assessment of Pikangikum*, février 2008, p. 14.

96. Le gouvernement du Canada et Affaires autochtones et Développement du Nord Canada devraient soutenir la réalisation du projet de la forêt Whitefeather de la Première nation de Pikangikum.

Pikangikum profite actuellement d'un développement économique limité et les occasions d'emploi y sont peu nombreuses. Le projet de la forêt Whitefeather est porteur de promesses et il sera réalisé dans la forêt boréale et mettra à contribution les terres traditionnelles de Pikangikum. Le gouvernement provincial s'est engagé, « sous réserve de conditions », à accorder un permis d'exploitation forestière durable à Pikangikum.¹⁸²

La Whitefeather Forest Management Corporation est la propriété de Pikangikum et a travaillé en étroite collaboration avec le ministère des Richesses naturelles (MRN) de l'Ontario afin de répondre aux exigences lui permettant d'obtenir un permis d'aménagement forestier durable (PAFD). L'attribution d'un PAFD conditionnel fondé sur le travail réalisé jusqu'à présent comprenait la couverture de l'évaluation environnementale concernant les activités de gestion forestière. Il ne reste plus qu'à élaborer le plan de gestion forestière, ce qui devrait être terminé au début de 2012.

Pikangikum a aussi commencé à mettre en œuvre un important programme de formation pour soutenir ce projet, et il faudra à cette fin construire des installations de formation à Pikangikum, y compris trois salles de classe et une résidence pour les responsables de la formation. Les travaux sont censés être terminés au plus tard au printemps 2011. Le PCEA (partenariat pour les compétences et l'emploi des Autochtones) du projet de la forêt Whitefeather est formé, entre autres, de la Première nation de Pikangikum, de RHDC, du Confederation College, du MRNO et de Goldcorp. La formation liée à diverses carrières (techniciens en ressources, opérateurs d'équipement d'exploitation forestière et de machinerie lourde, etc.) est en cours.

Une fois le plan de gestion forestière terminé, ce qui est prévu pour le printemps 2012, Pikangikum aura le plein contrôle sur la gestion d'environ 1,3 million d'hectares de terres de la Couronne (terres ancestrales des peuples de Pikangikum connues sous le nom de forêt Whitefeather) et obtiendra l'autorisation d'amorcer l'exploitation commerciale de la forêt. On estime qu'environ 350 emplois durables et permanents seront ainsi créés, tant dans les opérations forestières que dans les scieries et les usines qui confectionneront des produits à valeur ajoutée.

La Whitefeather Forest Initiative représente l'espoir et l'avenir de nos jeunes et des générations futures. La Première nation exige un engagement concerté et coordonné pour financer le travail qu'il reste à faire pour obtenir le PAFD. Cela signifie qu'il faudra soutenir l'acquisition de LKGH, une entreprise d'exploitation forestière à Red Lake. Cette solution temporaire permettra entre autres de faire travailler les jeunes qui suivent actuellement une formation en vue des nombreux emplois qui devront être comblés lorsque Pikangikum aura obtenu le PAFD pour le projet de la forêt de Whitefeather et acheté LKGH.

Afin de permettre aux jeunes de sa communauté de saisir les occasions d'emploi dans le cadre du projet de la forêt Whitefeather, Pikangikum s'est engagée dans l'achat stratégique de LKGH. Cela permettra d'offrir immédiatement des occasions d'emploi dans la forêt adjacente au territoire concerné par le projet de la forêt Whitefeather. En plus de permettre l'acquisition d'une récolte annuelle de bois, l'achat concerne aussi de l'équipement servant à la récolte de bois et un crédit-bail immobilier sur la scierie de LKGH à Red Lake.

En résumé, les jeunes de Pikangikum ont besoin d'espoir et d'un avenir prometteur. La santé est intimement liée à la prospérité économique. S'il fonctionne, le projet de la forêt Whitefeather a le potentiel de transformer l'avenir des jeunes et des générations futures de Pikangikum. La création d'emplois intéressants et durables pour les jeunes et la communauté de Pikangikum est essentielle au soutien de nombreuses recommandations portant sur la santé qui ont pour objectif de prévenir le suicide chez les jeunes.

¹⁸² Information based on *North South Partnership for Children Participatory Assessment of Pikangikum*, février 2008, p. 13.

Éducation

L'éducation est associée au statut socioéconomique et à la santé. Les personnes peu alphabétisées sont moins susceptibles de se trouver un emploi et plus susceptibles de vivre dans la pauvreté et de mourir jeunes. L'éducation favorise la santé et la prospérité dans la mesure où elle permet aux gens d'acquérir des connaissances et des compétences qui les aideront à bien gérer leur vie et à régler les problèmes auxquels ils sont confrontés.¹⁸³

Comme le niveau d'instruction est associé au revenu, à la prospérité et à la santé, il n'est pas surprenant de constater que le niveau de santé des membres des Premières nations est moins élevé que celui des autres Canadiens.

L'avenir de Pikangikum, et de l'état de santé de sa collectivité, sont largement tributaires de l'éducation de ses enfants. Les résultats obtenus devront s'améliorer radicalement. Il y a 520 enfants qui sont inscrits à l'école pour 2010-2011, et environ de 300 à 500 autres enfants et jeunes admissibles qui ne vont pas à l'école. Dans le passé, aucun des diplômés de l'école secondaire n'a poursuivi d'études postsecondaires. En dernière analyse, la santé et le bien-être des enfants, des jeunes et de la collectivité, et l'espoir, dépendent tous du système d'éducation, lequel devrait avoir comme mandat premier de mettre en œuvre des mesures dynamiques visant à éduquer un groupe significatif de jeunes et à les amener jusqu'au niveau collégial ou universitaire pour qu'ils puissent revenir dans la collectivité et devenir ses leaders. Plus que tout autre facteur, le redressement de cette situation est le moteur de la santé et du mieux-être, celui qui fera diminuer le taux de suicide à Pikangikum (voir la partie D, intitulée « L'éducation », du présent rapport).

Insécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire correspond au manque de nourriture imputable au manque d'argent. Elle influence aussi les résultats en matière de santé, y compris les troubles chroniques (obésité, détresse, dépression [maladies dépressives graves], etc.).¹⁸⁴ Cinquante-huit pour cent des résidents vivant de l'aide sociale ont déclaré avoir souffert d'insécurité alimentaire durant les 12 derniers mois.¹⁸⁵

Si l'on s'en fie au rapport du North South Partnership for Children, presque toutes les ressources de Pikangikum proviennent du gouvernement fédéral. Les membres de la collectivité dépendent grandement de l'aide sociale pour ce qui est de leur revenu. Il est intéressant de noter qu'il existe un lien entre l'insécurité alimentaire et la dépression, qui est elle-même associée au suicide.



Illustration 15. Le coût de la nourriture est extrêmement élevé à Pikangikum, particulièrement en ce qui concerne les fruits et légumes frais, cela valant aussi pour l'essence (mars 2010).

¹⁸³ <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php>

¹⁸⁴ C.L. Reading et F. Wien, *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009, p. 3, 2009, p. 14.

¹⁸⁵ *Ibid.*, p. 14.

G7. Déterminants intermédiaires de la santé

Systèmes de soins de santé

Les systèmes de soins de santé devraient idéalement être conçus pour promouvoir et maintenir la santé et prévenir la maladie. Des soins de santé sont fournis aux Premières nations sur leurs réserves par l'entremise d'un assemblage de programmes parfois fragmentés, des questions de compétence obscures interviennent parfois entre les paliers fédéral et provincial, et le niveau de responsabilisation est limité.¹⁸⁶

À Pikangikum, des médecins sont disponibles dans la collectivité 25 jours par mois et il est facile d'y obtenir des soins primaires, ainsi que des services de santé mentale (grâce à la présence de quatre conseillers communautaires à temps plein). Les services de traitement des dépendances et de l'abus de solvants sont limités. Les lacunes du système de fourniture de soins touchent à l'intégration, aux limites de compétence et à la responsabilisation. L'accès aux soins de santé mentale tertiaires offerts par des professionnels tels que des psychiatres peut être limité. De même, lorsque des résidents de Pikangikum sont transférés à l'extérieur de la collectivité pour aller y recevoir des soins, il peut être difficile de prendre des arrangements pour trouver un médecin traitant. En dernier lieu, certains programmes sont censés être offerts, mais on ne saurait dire ce qu'ils rapportent à la collectivité étant donné que peu d'ententes de responsabilisation semblent avoir été conclues. (Voir la section C, intitulée « La santé à Pikangikum », du présent rapport.)

Systèmes d'éducation

Les parents instruits ont de meilleurs revenus et transmettent la valeur de l'éducation et de l'apprentissage à leurs enfants. Les programmes préscolaires, tels que l'éducation de la petite enfance, rapportent des bénéfices maximums. Il importe aussi de noter que les programmes bien conçus sur le plan culturel peuvent contribuer à maintenir l'intérêt des enfants.

Pikangikum profiterait grandement des services d'une infirmière de jour. L'école Eenchchokay Birchstick est une école de langue anglaise (en tant que langue seconde). On y offre des programmes culturels et de langue mettant à contribution des professeurs de matières culturelles, qui sont des membres de la collectivité enseignant les méthodes traditionnelles permettant de tirer sa subsistance du sol telles que la chasse (y compris la chasse à la trappe), la pêche sur glace, etc. Le niveau de conservation de la langue est de presque 100 % chez les jeunes qui font leur entrée à l'école. Les professeurs de culture enseignent l'art, la langue et la musique autochtones.

Infrastructure, ressources et capacités communautaires

La collectivité où réside une personne peut avoir une influence sur sa santé. Si l'infrastructure et le développement économique de cette collectivité sont limités, elle peut se marginaliser et ses membres peuvent subir des privations. On ne se surprendra pas de constater qu'une collectivité a besoin d'un groupe significatif de personnes qui contribueront à l'élaboration d'orientations stratégiques et à la planification future de leur mise en application.

En ce qui concerne le recrutement de personnes compétentes, ni la Pikangikum Education Authority ni la Pikangikum Health Authority ne possèdent de ressources adéquates formées dans la collectivité et ayant fait des études universitaires qui auraient pu participer à l'exécution de la longue liste de mandats à réaliser.

Le leadership s'est aussi révélé un problème à Pikangikum. La *Loi sur les Indiens* prévoit qu'un Chef et ses conseillers demeurent en poste pour deux ans aux termes de l'article 78. Il peut être difficile d'assurer la gestion durable de projets dans de telles conditions. Ce problème est aggravé par le fait que les Premières nations ont choisi d'exercer un droit de regard complet sur les agissements de représentants élus. Tel que l'a relevé le juge John de Pencier Wright alors qu'il traitait de la stabilité du conseil de bande de Pikangikum :

« L'expertise et la stabilité politiques du conseil de bande ont posé des problèmes. La bande de Pikangikum fonctionne selon un " système coutumier ". Cela signifie que le Chef et les membres du Conseil peuvent être remplacés sans autre cérémonie par le truchement de ce que les gens du Sud

¹⁸⁶ *Ibid.*, p. 15.

appelleraient un “ vote de rappel ” tenu lors d’une assemblée générale des membres de la bande. Il devient donc difficile d’assurer la continuité des politiques et des expériences. »¹⁸⁷ [traduction]

La Première nation de Pikangikum

97. La Première nation de Pikangikum devrait entreprendre un examen de sa politique et de ses pratiques électorales et envisager d’adopter un processus électoral en vertu duquel les représentants élus demeurerait en poste pour une longue période de temps, ce qui leur permettrait d’acquérir des connaissances et de la stabilité politique. De même, cela laisserait du temps pour gagner des appuis et faire accepter des projets visant à mettre à niveau les infrastructures communautaires. La Première nation pourrait tirer profit du fait d’officialiser par écrit et de communiquer son processus électoral à ses électeurs. Elle pourrait aussi obtenir de l’aide auprès d’organismes tels que la Nishnawbe Aski Nation qui seraient au fait des « pratiques exemplaires » se rapportant à la gouvernance des Premières nations. On devrait aussi obtenir des consultations et de l’aide auprès du Centre national pour la gouvernance des Premières nations.

Intendance environnementale

Les Premières nations ont bénéficié d’un environnement sain. Leurs terres traditionnelles ont été soumises à un stress environnemental croissant.

Cela a engendré des difficultés à Pikangikum. Les terres utilisables sur la réserve ont une superficie totale de 2,5 kilomètres carrés et cela ne suffit plus à héberger la collectivité.

98. La Pikangikum Housing Authority devrait établir clairement ses besoins futurs en matière de terres à la suite de son étude (voir la recommandation 89) et, avec l’aide d’Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, réserver des terres pour soutenir la croissance de la population de Pikangikum.

Environ de 70 à 90 enfants naissent à Pikangikum tous les ans et cette croissance ne peut être absorbée par les terres utilisables de la réserve.

Continuité culturelle

Tel que mentionné dans la publication citée en bas de page, Chandler et Lalonde ont indiqué en 1998 que la notion de continuité culturelle correspondait au degré de « cohésion sociale et culturelle au sein de la communauté ». ¹⁸⁸ En Colombie-Britannique, ils ont observé de faibles taux de suicide au sein des réserves des Premières nations qui avaient la mainmise sur des éléments tels que les titres fonciers, le gouvernement autonome (particulièrement lorsque des femmes participaient à ce gouvernement), l’éducation, les services policiers et la santé, et où l’on retrouvait des installations culturelles. Cette continuité représente les « liens intergénérationnels (...) maintenus à travers des familles intactes et l’engagement des aînés, qui transmettent les traditions aux générations qui les suivent. »¹⁸⁹

À Pikangikum, on parle l’ojibwa, et la plupart des membres de la collectivité savent parler anglais. Le North South Partnership for Children a constaté l’existence d’un « fossé dans la transmission du savoir d’une génération à l’autre » [traduction]. Il est mentionné dans le rapport que les aînés ont parlé de changements dans le style de vie touchant au régime alimentaire et à la technologie, à la réticence des jeunes à apprendre les approches traditionnelles, etc. Il est évident que les liens entre les générations ne sont pas assez développés, et les défenseurs de la théorie de la continuité culturelle laissent entendre que cela se trouve à l’origine du taux de mortalité excessif observé à Pikangikum.

¹⁸⁷ *Pikangikum v. Nault*, 2010 CSJO5122, p. 10.

¹⁸⁸ C. Loppie et F. Wien, *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009, p. 18.

¹⁸⁹ *Ibid.*, p.18.

G8. Déterminants distaux de la santé

Colonialisme, racisme, exclusion sociale et autodétermination

À cause du colonialisme, les Premières nations ont été dépossédées de leurs terres traditionnelles et déportées sur des réserves. Le programme politique du Canada du 20^e siècle a donné lieu à la création de pensionnats, ce qui a eu pour effet d'annihiler la culture, la langue et les liens familiaux. Par conséquent, les enfants se sont détachés de leurs ancêtres et n'ont pas appris en quoi consistait le rôle d'un parent.

Selon les représentants des peuples des Premières nations vivant sur une réserve, 37,9 % de ces peuples ont vécu du racisme durant les 12 mois précédents.¹⁹⁰ Les personnes dont on croit qu'elles se trouvent au bas de la hiérarchie sociale peuvent vivre de l'exclusion sociale et ne pas profiter des mêmes possibilités en matière d'éducation et de revenu. Ce qui en résulte peut avoir une incidence négative sur leur santé. Grâce à l'autodétermination, les Premières nations ont « voix au chapitre » pour ce qui de leur avenir. Les travaux de Chandler et Lalonde, tels que cités dans la publication susmentionnée, nous amènent à croire qu'il y a une relation inverse entre l'autodétermination et le suicide.

99. Un comité nommé Comité directeur de Pikangikum devrait être mis sur pied :

- Les coprésidents du comité devraient être issus d'un ministère provincial et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuit de Santé Canada.
- La province de l'Ontario devrait nommer des représentants interministériels (sous-ministres adjoints) issus des ministères de la Santé et des Soins de longue durée, des Affaires autochtones, des Services à l'enfance et à la jeunesse, de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, de la Promotion de la santé et du Sport et de l'Éducation.
- La Première nation de Pikangikum devrait être représentée au sein de ce comité par le chef, le sous-chef, un jeune leader et un aîné.
- Les représentants du gouvernement fédéral siégeant au comité devraient inclure des intervenants d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuit de Santé Canada.
- Les membres invités pourraient inclure des représentants du Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest, de la Sioux Lookout and First Nations Health Authority, de la Nishnawbe Aski Nation, du Sioux Lookout Meno-Ya-Win Health Centre, des Nodin Child and Family Intervention Services, des Tikinagan Child and Family Services, de la Police provinciale de l'Ontario, du Programme ontarien de télépsychiatrie pour les enfants et les jeunes ainsi qu'un psychiatre pour enfants et adolescents fournissant des services dans le Nord-Ouest de l'Ontario.
- L'objectif du Comité directeur de Pikangikum serait de veiller à la réalisation des recommandations formulées dans le présent rapport.

Les décès examinés sont ceux de jeunes de Pikangikum ayant perdu leur vie parce qu'ils se sont suicidés. Sur les réserves, ce problème de santé mentale relève de la compétence fédérale. Au niveau provincial, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse a le dernier mot sur les questions touchant à la santé mentale des enfants et des jeunes, un rôle plus modeste étant confié au ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

100. Afin de changer le contexte qui règne à Pikangikum, il faudrait notamment faire ce qui suit :

- **Les aînés, le Chef et les membres du conseil de bande ainsi que des membres sélectionnés de la collectivité devraient entreprendre un dialogue sur toute recommandation formulée dans le rapport.**
- **Des systèmes devraient être mis au point pour soutenir et stimuler leadership en matière de changement.**
- **Compte tenu du contexte historique et actuel, la collectivité de Pikangikum, le gouvernement et toutes les autres parties concernées devraient s'attendre à ce que la réalisation du processus de changement prenne beaucoup de temps. L'intervention qu'il faudra effectuer pour maximiser les résultats devra durer dix ans.**

¹⁹⁰ *Ibid.*, p. 23.

« La force de la collectivité et sa capacité à procéder à des changements fondamentaux et graduels résident chez les leaders. En contrepartie, le succès de ces leaders est tributaire de l'engagement des aînés et des autres membres de la collectivité, qui doivent s'appropriier le processus de changement. » 191 [traduction]

Il y a beaucoup de recommandations dans le présent rapport. Les causes du suicide chez les jeunes sont complexes et transcendent nombre de barrières aux échelles locale, régionale, provinciale et fédérale. Pour que l'on mène cette démarche à bien, il faudra pouvoir compter sur des administrateurs astucieux et compétents provenant de divers domaines d'intervention et connaissant suffisamment les subtilités de l'appareil gouvernemental, en plus d'être rompus au travail en collaboration et à l'intégration des ressources, ce qui leur permettra de faire des efforts cohérents et fructueux au nom des citoyens de Pikangikum. Cela sera le point de départ nécessaire du processus de mise sur pied du comité directeur de Pikangikum.

G9. Observations finales

Les déterminants sociaux de la santé correspondent aux conditions économiques et sociales dans lesquelles les personnes vivent et qui déterminent leur état de santé. Selon une vision autochtone et contemporaine des choses, les déterminants sociaux de la santé tiennent compte des déterminants proximaux, intermédiaires et distaux.

Le déterminant social le plus important est l'éducation. Pour améliorer la santé physique et mentale des jeunes et réduire le taux de suicide à Pikangikum, il faut impérativement améliorer son système d'éducation. Un grand nombre d'enfants ne vont pas à l'école, et plusieurs d'entre eux inhalent des vapeurs de solvant. Ceux qui vont à l'école ne reçoivent pas une éducation de qualité qui les préparerait au monde extérieur à Pikangikum. Presque aucun de ces élèves ne souhaite poursuivre d'études postsecondaires.

Pikangikum doit veiller à l'éducation d'une grande partie de ses enfants et jeunes afin de les préparer adéquatement au monde extérieur et à mener Pikangikum vers un futur plus prometteur. Quand le niveau d'éducation augmente, le niveau de revenu et la santé s'améliorent. L'éducation permet d'acquérir les capacités et les outils pour surmonter les facteurs de stress de la vie. Elle contribuera à la santé et à la prospérité des gens de Pikangikum en leur donnant les connaissances et les aptitudes pour contrôler leurs conditions de vie et trouver des solutions à leurs problèmes. L'éducation leur procurera des emplois durables et gratifiants, qui seront peut-être liés au projet de la forêt Whitefeather. Ainsi, l'inconcevable privation à laquelle ils font face en raison de la pauvreté, du manque d'eau courante, de la surpopulation de logements inadéquats, de l'absence de système d'égout et du suicide des jeunes de leur communauté finira par se dissiper.

« Ce que l'on soutient, globalement, c'est que les déterminants sociaux de la santé ou les " causes des causes " représentent le contexte qui nous permet de comprendre le bien-être collectif des peuples autochtones formant les Premières nations des régions éloignées de l'Ontario. Une approche à plusieurs volets en matière de ressourcement au sein de la collectivité est donc nécessaire pour assurer des changements durables et l'intervention doit viser notamment à améliorer les conditions sociales et matérielles dans lesquelles les gens vivent, en plus de la prestation de services de soins de santé mentale appropriés sur le plan culturel. Il est évident que le pouvoir et les ressources ne sont pas répartis équitablement à l'heure actuelle, tel que révélé par les conditions de vie indigentes que sont celles des collectivités éloignées des Premières nations. Il est essentiel de prendre en considération les déterminants sociaux de la santé décrits ici ainsi que leurs causes fondamentales quand vient le moment de mettre au point des interventions qui aideront à réduire ou à éliminer le suicide chez les jeunes à Pikangikum. Cela étant dit, il est clair que ce problème résulte d'une progression historique amorcée par le colonialisme et ses répercussions démoralisantes sur la conservation de la culture et de la tradition. Cela s'est poursuivi avec l'expérience des pensionnats, qui a donné lieu aux traumatismes intergénérationnels que l'on sait et leurs effets sur les modèles parentaux et le niveau de bien-être qu'ils ont produit. En parallèle, la dépendance envers le gouvernement engendrée par le système de réserves

¹⁹¹ J. Finlay et A. Nagy, *Pikangikum – Root Causes of Youth Suicide Within a Remote First Nation*, 17 janvier 2011, p. 26, en cours de publication.

a mené à de la pauvreté extrême et à l'instauration de conditions économiques de base incertaines pour les familles et la collectivité (...)

Tout comme les autres collectivités nordiques, Pikangikum aspire à rompre ce cycle et à mettre fin à ces parcours de vie destructeurs. La gouvernance autonome est vue comme un moteur d'émancipation potentiel. Pour explorer cette approche, il faut promouvoir une transition graduelle qui permettra de créer des capacités de façon mesurée. Un partenariat approprié conçu pour soutenir ce genre de transition doit être établi entre les Autochtones et les peuples non autochtones. À cette fin, on doit travailler à accéder à la sécurité économique, à établir une infrastructure communautaire solide, à construire des logements durables adaptés à la culture et à l'environnement, à régler les revendications territoriales et à fournir des services de santé et d'éducation. La préservation de la tradition et de la culture est essentielle à chacun de ces mandats. La gestion insuffisante du problème de l'eau potable non sécuritaire à Pikangikum est un exemple extrême d'un partenariat dysfonctionnel. Depuis plus d'une décennie, le fait que l'eau est dangereusement insalubre est dénoncé par la collectivité et confirmé par les évaluations de risque effectuées par le gouvernement (...).

Les peuples autochtones sont réticents à collaborer avec les peuples non autochtones, particulièrement lorsqu'il est question de leur propre bien-être communautaire. Ce manque de confiance découle du fait que pendant très longtemps, le gouvernement s'est imposé à eux, les a rendus dépendants et a tenté ouvertement de les assimiler (...) Les partenariats entre les Premières nations et les peuples non autochtones passent par des relations significatives, transparentes, productives et durables. Tel qu'indiqué plus haut, les organismes et institutions doivent être réformés afin de donner droit de cité à ces types de partenariats, qui doivent nécessairement se fonder sur les valeurs de confiance et de respect mutuel et de réciprocité, telles qu'endossées par les Premières nations. Ces partenariats vont au-delà de la simple collaboration et doivent s'appuyer sur le partage de la gouvernance et de la gestion afin que les rapports de pouvoirs puissent être égalisés. À cette fin, il faudra peut-être se conformer à la sagesse et aux approches traditionnelles. Alors que les résultats ne peuvent être prévus ni prédits, de nouvelles façons de travailler ensemble se feront jour. Les relations doivent être actives et établies au fil du temps, et elles ne doivent pas être rompues lorsque des différences ou des difficultés surgissent. Ce type de partenariat exige d'être cultivé en permanence. Il passe aussi par des investissements en ressources personnelles et économiques, et la volonté d'explorer des approches novatrices transcendant les restrictions habituelles. Il représente ce dont nous avons besoin pour changer les perceptions et faciliter l'aplanissement des difficultés.

On ne peut changer l'Histoire. Cependant, on peut adopter des stratégies pour atténuer ses répercussions. Les conditions dans lesquelles ces drames sont survenus à Pikangikum sont connues dans le détail et font maintenant partie de la légende. Cette légende porte pour l'essentiel sur une tragédie et elle doit être examinée pour nous permettre d'envisager des possibilités de changement. La mise en œuvre d'un ressourcement individuel et collectif représente le problème auquel on doit s'attaquer sur-le-champ. De même, nous devons mettre au point un système économique viable pour gérer la pauvreté et la privation, et déterminer quels sont leurs effets néfastes sur la collectivité. Mais comment y arriver? Voilà la question fondamentale qui se pose en ce moment à la collectivité de Pikangikum et à ses partenaires. Pour obtenir des résultats concluants qui nous remettront dans le droit chemin, il faut absolument créer un partenariat significatif entre les membres de la Première nation de Pikangikum et ceux qui s'intéressent sincèrement à leur bien-être. Le passage de la dépendance au gouvernement autonome est nécessaire et doit se réaliser à la faveur d'une période de transition graduelle qui permettra de créer des capacités de façon mesurée. »¹⁹² [traduction]

¹⁹² J. Finlay et A. Nagy, *Pikangikum – Root Causes of Youth Suicide Within a Remote First Nation*, 17 janvier 2011, pp. 23, 24 et 27, en cours de publication.

PARTIE H. LE RAPPORT EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES JEUNES

Le présent rapport est imprimé dans la version originale que le Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes a présentée au Bureau du coroner en chef (BCC) en vue d'apporter son point de vue et sa contribution au rapport du BCC intitulé Rapport d'examen des décès par suicide chez les jeunes de la Première nation de Pikangikum de 2006 à 2008. Le rapport du Bureau de l'intervenant provincial a été modifié par le président à des fins de publication seulement.

H1. Introduction

Selon le rapport de 2007 du Comité sénatorial permanent des droits de la personne, « Les enfants : des citoyens sans voix », un trop grand nombre d'enfants des Premières nations :

- vivent dans la pauvreté;
- sont pris en charge par les systèmes de justice pénale pour les adolescents et de protection de l'enfance;
- ont beaucoup plus de problèmes de santé que les autres enfants du pays, par exemple au niveau de la malnutrition, des infirmités, de la consommation de drogues et d'alcool et du suicide¹⁹³.

Guidés par les voix des jeunes des Premières nations et des collectivités que nous avons rencontrés l'année dernière, nous avons engagé la discussion sur le suicide sur les bases du sombre tableau dessiné par le Comité sénatorial permanent des droits de la personne. Les voix reproduites dans le présent rapport sont celles d'un groupe représentatif de jeunes des Premières nations âgés de 15 à 18 ans provenant des quatre coins de l'Ontario. Ces jeunes vivent dans des réserves, certains vont à l'école dans leur collectivité, d'autres quittent leur collectivité pour aller à l'école dans des régions comme Thunder Bay, et d'autres vont au collège et à l'université dans le Nord ou ailleurs. Ces jeunes ont pris le temps de nous rencontrer et de prendre part à des discussions individuelles et collectives.

C'est presque à l'unanimité qu'ils déclarent vouloir jouer un rôle clé dans la détermination et le développement des ressources et des services qui sont nécessaires pour établir et consolider la capacité de leurs collectivités. Ils veulent repousser ce que l'on considère souvent comme la réalité de la vie dans une réserve. Ils veulent s'attaquer aux problèmes qui drainent l'espoir et la vitalité et qui semblent tellement insurmontables que nombre de jeunes choisissent de mettre fin à leurs jours plutôt que de vivre sans espoir pour l'avenir. Cela n'a rien de nouveau, les mêmes sentiments avaient été exprimés par les jeunes rencontrés pour le rapport de 1995, *Horizons of Hope: An Empowering Journey*¹⁹⁴. À l'époque, les jeunes avaient déclaré que la discussion avait assez duré et qu'il était temps de passer à l'action.

Quatre ans plus tard, en 1999, l'enquête sur le décès par pendaison de Selena Sakanee a démontré les conséquences de l'inaction et, encore une fois, l'importance des recommandations faites dans le rapport *Horizons of Hope*. Dans l'explication du verdict du coroner qui s'en est suivi, il était mentionné que le jury avait pris acte du rapport et appuyé ses recommandations¹⁹⁵.

En 2000, un Comité intergouvernemental a été créé. Ce Comité est actuellement composé de représentants des gouvernements provincial et fédéral et de l'organisme Nishnawbe Aski Nation (NAN). Le Comité porte désormais le nom de Réseau intergouvernemental, mais il demeure responsable de mettre en œuvre les recommandations du jury dans l'enquête sur le suicide de Selena Sakanee. Le Bureau de l'intervenant provincial, dans sa forme actuelle et sous son ancien nom de Bureau d'assistance à l'enfance et à la famille, participe depuis longtemps au Réseau international.

¹⁹³ Canada, Comité sénatorial permanent des droits de la personne, Les enfants : des citoyens sans voix - Mise en œuvre efficace des obligations internationales du Canada relatives aux droits des enfants, 2007, Internet : Comité sénatorial permanent des droits de la personne.
<http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Come/humae/repe/rep10apr07e.htm#_Toc164844427

¹⁹⁴ Nishnawbe Aski Nation, Conférence Jeunesse sur le suicide, 1995 – *Horizons of Hope: An Empowering Journey, Final Report*.

¹⁹⁵ Ontario, ministère du Solliciteur général et des Services correctionnels, Bureau du coroner régional, **Explication du verdict** : Enquête sur le suicide de Selena Sakanee (1999).

Ce bref rappel démontre que la participation des jeunes ne date pas d'hier. Ils ont assisté à des réunions, fait des recommandations et proposé des changements qui les touchent directement. Il démontre également que, plus de 16 ans après la publication du rapport de NAN, les mêmes sempiternelles discussions ont cours. Les jeunes vivent toujours dans des collectivités qui n'offrent aucune ressource ou possibilité. L'espoir ne cesse de s'amenuiser et les jeunes continuent de se suicider. Les jeunes meurent pendant que les adultes discutent.

Le contenu de cette présentation s'appuie sur les notes prises au cours de la dernière année, lors des rencontres que le Bureau de l'intervenant provincial a eues avec les jeunes, les chefs et les fournisseurs de services dans les collectivités vivant dans les réserves du Nord de l'Ontario. Le but était d'écouter les jeunes et les collectivités décrire les problèmes auxquels ils doivent faire face au quotidien, dans les aspects sociaux, économiques et communautaires de leurs vies.

Que ce soit au Regional Multi-Cultural Youth Centre, à l'École secondaire Dennis Franklin Cromarty [à Thunder Bay], dans les réunions provinciales à Toronto ou dans les collectivités accessibles par voie aérienne, les jeunes en avaient long à dire. Ils nous ont parlé des besoins concernant les ressources, les possibilités et les écoles de leurs collectivités; de l'importance d'avoir des programmes de loisirs et des collectivités soucieuses de mener une vie saine et active dans laquelle les parents et les membres de la collectivité participent aux activités et à la planification, et veillent sur les jeunes. Ils veulent avoir les mêmes possibilités que les jeunes du Sud en matière d'éducation et d'activités sociales, sans perdre contact avec leurs collectivités, leur langue et leurs amis.

Ces jeunes passionnés ont une vision très nette de leur avenir et ils ont exprimé clairement leur désir de jouer un plus grand rôle dans les activités visant à régler les problèmes qu'ils vivent au quotidien. Par conséquent, nous mettons l'accent sur les solutions proposées par les jeunes et sur le rôle qu'ils souhaitent jouer dans la mise en œuvre de changements réels et durables dans leurs collectivités.

Cette présentation s'articule autour des principaux thèmes qui ont été abordés pendant nos discussions avec les jeunes des Premières nations et les collectivités que nous avons rencontrés l'an dernier. Nos discussions ont porté sur l'impact de l'histoire, de la colonisation, du système de traités, des pensionnats, de la langue et de la culture et sur les conséquences de l'isolement. Ces jeunes et leurs collectivités nous ont parlé des discussions interminables sur des changements qui ne se produisent jamais et sur les modèles bien ancrés d'abus de substances, de violence physique et morale et de négligence qui dominent dans beaucoup de collectivités.

Certains des jeunes que nous avons rencontrés ont passé quinze années de leur vie à écouter et à participer à des activités de mobilisation avec les bailleurs de fonds et le gouvernement. Ils ont retenu de ces discussions le sentiment que le financement des quelques programmes qui sont offerts dans leurs collectivités provient de revenus non utilisés, qu'il est de durée limitée ou limité à l'année en cours, et qu'il provient de différents ministères.

« Il n'y a pas d'argent pour les activités des jeunes, pas de réel financement, nous savons que les programmes sont financés par des revenus excédentaires et qu'il n'y a pas de véritable intérêt pour nos besoins. » ~ Jeunes des Premières nations ~ [traduction]

Les programmes sont de courte durée et souvent sous financés. Ces jeunes leaders ont l'impression qu'ils ne sont pas une priorité dans les activités de planification des différents ordres de gouvernement et de leurs collectivités. C'est ainsi qu'ils perdent espoir et qu'ils développent un sentiment de frustration, d'apathie et de méfiance envers tous les ordres de gouvernement, y compris le leur.

« Chaque fois que nous organisons quelque chose, nous devons nous débrouiller et trouver de l'argent pour les prix et les achats requis pour faire la publicité, et ce n'est que le début. Il faut ensuite espérer qu'ils nous laisseront utiliser les lieux et c'est difficile de les convaincre, car ils pensent que nous allons tout détruire. C'est difficile d'essayer d'organiser des événements quand les adultes nous compliquent la tâche. Au bout d'un moment, on arrête d'essayer. » ~ Jeunes des Premières nations ~ [traduction]

H2. Ressources et possibilités

Pour sentir qu'ils ont de l'importance dans leurs collectivités, les jeunes ont besoin de voir cette importance se refléter dans les ressources et les possibilités qui s'offrent à eux.

Ils veulent avoir la chance de participer à des programmes qui favorisent le renforcement de leurs compétences et de leurs habiletés, et leur donnent l'occasion de jouer un rôle de mentor et de leader qui soit valorisé, soutenu et défendu à l'échelle locale et provinciale. Ils ont dit souhaiter des investissements dans de la formation relative à des programmes qu'ils peuvent formuler, modifier et mettre en œuvre localement. Ils veulent des possibilités d'emploi qui leur permettent de mettre leurs compétences et leurs habiletés à l'épreuve, tout en contribuant au bien-être des autres jeunes de leurs collectivités. Ils croient fermement que de telles ressources et possibilités seraient profitables de deux façons. D'abord, ils sont les leaders d'aujourd'hui et ce sont eux qui forment les leaders de demain; ensuite, ce rôle de leadership qu'ils assument pendant qu'ils sont jeunes les prépare à devenir des leaders adultes au sein de leurs collectivités.

Les jeunes de ces collectivités sont raisonnables dans leurs demandes. Ils veulent, par exemple, avoir accès aux installations récréatives de leurs écoles pendant les vacances d'été, quand les enseignants sont partis. Ils veulent des camps d'été pour les enfants et les jeunes qui bénéficieraient des mêmes ressources financières, physiques et humaines que celles des collectivités urbaines. À plus grande échelle, ils aimeraient créer des liens entre les collectivités. Dans un cas, ils ont même parlé de partenariat entre les collectivités les plus au nord, et de renforcement des liens forgés grâce aux activités sportives des écoles. Ils veulent trouver des façons de se réunir pour discuter des problèmes et créer des programmes, comme le projet voix-photo que nous avons eu l'occasion de voir pendant notre visite à Kashechewan et la passion pour le hockey qui s'exprimait à la radio pendant notre visite à Kitchenuhmaykoosib Inninuwug (KI).

Tout au long des discussions que nous avons eues à l'automne 2010 à Toronto et à Thunder Bay, les jeunes n'ont cessé de répéter qu'ils en ont assez des discussions interminables. Ils veulent se concentrer sur des solutions réalisables qui leur permettront de guider les plus jeunes et de démontrer que les jeunes ont le pouvoir et la capacité de construire et de renforcer leurs collectivités.

Recommandations des jeunes

- Faire en sorte que tous les ordres de gouvernement liés au financement des services destinés aux enfants et aux jeunes des Premières nations, à l'intérieur et à l'extérieur des réserves, fassent du financement de ces services une priorité.
- Investir dans les possibilités de formation et d'emploi qui permettent aux jeunes de jouer un rôle de leadership et de mentorat dans la réserve. Établir des liens entre ces jeunes et d'autres jeunes de la province afin de leur permettre de discuter de leurs idées et des réussites qu'ils ont eues au sein et à l'extérieur de leurs collectivités.
- Faire en sorte que, à l'échelle provinciale, les jeunes des Premières nations participent activement aux activités de développement et de planification dès le départ.

H3. Écoles et éducation

L'éducation des jeunes des Premières nations et l'état dans lequel se trouvent beaucoup de leurs écoles sont à un stade critique partout dans le Nord. Ils sont également à l'origine du plus vaste mouvement en faveur des enfants et des jeunes au Canada. L'une des voix les plus percutantes concernant l'état de l'éducation et des écoles des Premières nations est sans doute celle de Shannen Koostachin, une jeune Crie de 15 ans de la Première nation Attiwapiskat, en Ontario. Shannen et sa sœur sont à la tête du mouvement visant à faire bâtir une école permanente dans leur collectivité. Shannen a vécu suffisamment longtemps pour entendre la promesse qu'une école serait construite, mais malheureusement elle est décédée avant que la construction commence. Et elle n'est toujours pas commencée. Son commentaire ci-dessous est une invitation à essayer de comprendre les conséquences que l'absence d'une école peut avoir sur les espoirs et les rêves des enfants et des jeunes.

« Je veux vous parler de ce qu'est la vie d'un enfant qui grandit sans jamais voir de véritable école. Je veux vous parler des enfants qui perdent tout espoir et commencent à décrocher en 4^e ou 5^e année. Mais je veux également vous parler de la détermination de notre collectivité à bâtir un monde

meilleur. L'école devrait être un lieu d'espoir et de rêve du futur. Tous les enfants y ont droit. » ~ Shannen Koostachin ~ [traduction]

Dans son article *Still Waiting in Attiwapiskat*¹⁹⁶, Canadian Geographic se demande si le ministère des Affaires autochtones et Développement du Nord Canada laissera tomber la prochaine génération. D'après le résumé que Shannen a fait de sa conversation avec le ministre Strahl concernant le financement d'une école permanente dans sa collectivité, le Bureau de l'intervenant provincial se demande si une autre génération de jeunes des Premières nations souffrira de l'échec du Ministère. Au lieu de paraphraser les propos de Shannen concernant sa rencontre avec le ministre, nous les reproduisons dans leur intégralité :

« Quand nous l'avons rencontré, Chuck Strahl a dit qu'il n'avait pas d'argent pour construire une école », a déclaré plus tard Shannen dans un gymnase rempli d'élèves du secondaire. « J'ai regardé la pièce luxueuse dans laquelle il était assis avec son personnel. Je lui ai dit que j'aimerais bien avoir une classe aussi jolie que son bureau. Il m'a dit qu'il ne pouvait pas rester plus longtemps, car il avait d'autres choses à faire. Nous étions bouleversés. Les aînés qui nous accompagnaient avaient les larmes aux yeux. Mais, alors qu'il était sur le point de partir, je l'ai regardé droit dans les yeux et je lui ai dit 'Oh, nous ne renoncerons pas. Nous n'abandonnerons jamais'. » (Canadian Geographic, 2010) [traduction]

Les jeunes comme Shannen ont démontré leur efficacité comme leaders. C'est grâce à leurs efforts que l'importance des écoles et de l'éducation a enfin été comprise. Pour le Bureau, cela accroît l'importance du rôle des jeunes dans la défense des défis qui les concernent.

Beaucoup de collectivités qui vivent dans une réserve se battent pour offrir une éducation de base dans des édifices non chauffés, sans salle de classe convenable ou de personnel enseignant stable; et, comme dans le cas d'Attiwapiskat, sans véritable école. Ce qui préoccupe le plus notre Bureau, c'est le nombre de jeunes qui doivent quitter leurs familles et leurs collectivités chaque automne pour aller à l'école dans des centres urbains comme Kenora, Sioux Lookout, New Liskard et Thunder Bay. Ces enfants vivent dans des familles d'accueil qui ne leur offrent pas le soutien familial et les conseils dont ils ont besoin pour s'adapter. La surcharge culturelle et les nouvelles attentes au plan scolaire auxquelles ils doivent faire face ont une incidence considérable sur leur capacité de s'ajuster. Sans le soutien de leur famille, ces jeunes courent souvent un plus grand risque de faire une dépression et d'adopter un comportement à risque ou suicidaire.

Au cours de nos discussions, les jeunes ont exprimé leurs inquiétudes concernant l'obligation de quitter leurs collectivités pour aller à l'école secondaire et le manque de possibilités d'emploi qui s'offrent à eux dans ces nouvelles collectivités. Ils sont préoccupés par les conditions qui prévalent dans les écoles des réserves et par le peu de perspectives d'emploi qu'ils ont malgré leurs études. Enfin, le fait qu'ils n'aient plus accès aux écoles une fois l'année scolaire terminée leur laisse bien peu d'activités récréatives pendant l'été ou la période des fêtes.

« Les écoles ne fonctionnent pas comme celles que nous avons à la maison, c'est complètement différent ici. Les autres élèves sont habitués et on attend de nous qu'on s'intègre comme si on faisait partie du groupe. » ~ Jeunes des Premières nations ~

« Nous n'avons pas de véritable raison d'y aller, il n'y a pas de travail pour nous et personne ne s'inquiète vraiment de savoir si nous sommes là ou non. Ils veulent simplement qu'on se présente, personne ne fait attention et ils savent qu'il n'y a pas de travail pour nous, ils font juste leur boulot. » ~ Jeunes des Premières nations ~

« C'est difficile en hiver, car il fait tellement froid tout le temps. Ils ferment l'école quand ça devient intolérable. Le vent s'engouffre sous les portes et on gèle continuellement. On finit par rester à la maison parce qu'on sait qu'on va geler. » ~ Jeunes des Premières nations ~ [traduction]

Recommandations des jeunes

- Former les professeurs au Sud afin qu'ils comprennent mieux nos coutumes.
- Accroître les ressources, le soutien et les activités d'orientation offertes aux jeunes qui quittent leurs collectivités pour aller à l'école à l'extérieur de la réserve.

¹⁹⁶ Linda Goyette, Canadian Geographic, décembre 2010
<http://www.canadiangeographic.ca/magazine/dec10/attawapiskat.asp>

- Offrir davantage de programmes de stages axés sur l'enseignement de connaissances pratiques.

H4. Loisirs

Il est nécessaire de créer des endroits sécuritaires et des possibilités pour les enfants et les jeunes des Premières nations de participer à des activités récréatives à caractère sociable, comme les sports et d'autres activités leur permettant de développer leurs habiletés physiques et sociales. La pauvreté, la piètre qualité des installations et l'absence d'une politique provinciale en matière d'activités sportives et récréatives pour les Premières nations constituent un obstacle de taille à la participation des enfants et des jeunes à des activités qui favorisent la santé, le travail d'équipe et les habiletés sociales. Bien qu'il existe dans les collectivités des travailleurs qui ont pour mandat de s'occuper des jeunes, leur travail se limite souvent à un seul aspect et ils ne sont pas en mesure de répondre au large éventail de ce qui intéresse les jeunes.

Les programmes de loisirs sont à bien des égards aussi importants que l'éducation, car ils offrent aux jeunes un lieu sûr pour se réunir et passer le temps.

« Nous avons besoin d'équipement et de formation pour enseigner et organiser des ateliers de formation pratique. Nous manquons toujours de tout. » ~ Jeunes des Premières nations ~
« C'est difficile de faire quelque chose, car l'équipement se fait voler, ou alors il faut prendre garde aux vendeurs de drogues et aux problèmes, qui sont partout. C'est difficile d'être considéré comme un leader quand ces gens-là font peur à tout le monde. Pour l'instant, ce sont eux les leaders de la collectivité, et ce sont vers eux que les jeunes enfants se tournent. » ~ Jeunes des Premières nations ~
 ~ [traduction]

Recommandations des jeunes

- Créer des postes pour les jeunes de la collectivité afin de mettre en œuvre des programmes de sports et de loisirs pendant l'été, le soir et les fins de semaine.
- Trouver des leaders et des façons de réunir des gens de la collectivité pour créer des programmes qui rassembleront la population autour de compétitions, de démonstrations ou de partage du travail.

H5. Culture et langue

Dans presque toutes les discussions que nous avons eues avec les jeunes des Premières nations et leurs collectivités, l'importance de la culture et de la langue a été soulevée. Pour les jeunes, la langue et la culture ne sont pas distinctes de leur identité, elles en sont même le cœur. Ils aimeraient trouver des façons d'intégrer leurs traditions et leurs coutumes à une identité qui ferait également de la place aux amis et aux comportements sociaux propres aux collectivités dans lesquelles ils vivent quand ils quittent la réserve.

Pour ce faire, ils ont besoin que les aînés et les membres de la collectivité les guident et les soutiennent. Mais il leur faudra plus que les enseignements traditionnels pour survivre dans les deux mondes très différents qu'ils habitent, à l'intérieur et à l'extérieur de la réserve. Ils considèrent les aînés comme une ressource importante pour les guider, et ils aimeraient que ces derniers essaient davantage de comprendre les batailles qu'ils doivent livrer au quotidien, sans les juger ou nier les réalités dans lesquelles ils évoluent.

« Préserver notre identité est l'un de nos droits... être à moitié autochtone, c'est toujours être autochtone pas vrai? Ils disent que non. » ~ Jeunes des Premières nations ~
« Ça me fait vraiment de la peine de voir des enfants qui ne savent pas qui ils sont. » ~ Jeunes des Premières nations ~
 ~ [traduction]

Recommandations des jeunes

- Travailler avec les aînés qui veulent vraiment comprendre les jeunes et leurs besoins et trouver des façons d'intégrer la langue et la tradition dans leurs vies, à l'intérieur et à l'extérieur de la réserve.
- Créer des liens qui soutiennent l'intégration de la culture et de la langue dans les ressources et les programmes offerts aux collectivités.

H6. Famille, collectivité et leadership

La partie la plus difficile des discussions que nous avons eues avec les collectivités et les jeunes est sans doute les répercussions que le silence et la douleur associés au fait d'appartenir à une Première nation au Canada continuent d'avoir sur les générations passées et actuelles de parents, d'aînés et de chefs dans les collectivités. Pendant les discussions, nous avons constaté le peu de connaissances que les jeunes ont de l'histoire de leur collectivité, de leur famille et, de façon plus globale, des peuples des Premières nations en général. Par contre, ils veulent comprendre l'influence que le passé exerce sur la situation actuelle.

Ils sont conscients de l'importance d'avoir des parents en santé, capables de les aider et de les guider dans leur développement et leur apprentissage. Ils nous ont répété à maintes reprises qu'ils savent que leurs parents n'ont pas eu la vie facile et que l'alcool, les drogues, la dépression et la violence sont souvent le moyen qu'ils ont trouvé pour faire face à leur propre histoire, mais les jeunes ont besoin de parents en santé qui peuvent les protéger. Beaucoup de jeunes nous ont déclaré qu'ils préféreraient être dehors avec leurs amis plutôt que de rester à la maison à regarder leurs parents s'autodétruire. Et ils sont nombreux à trouver difficile de garder espoir et d'envisager l'avenir avec optimisme quand ils voient combien de familles dans leurs collectivités vivent les mêmes problèmes. Les jeunes nous ont souvent répété que leurs parents sont tellement pris par leurs propres problèmes qu'ils ne voient pas que leurs enfants vont mal, jusqu'à ce qu'il soit trop tard.

« Des logements insalubres, le manque de soins médicaux, le coût élevé de la nourriture, l'éducation inadéquate, le taux élevé de suicide et l'abus de drogues et d'alcool; quand on grandit dans une collectivité nordique isolée où prévalent de telles conditions, il est difficile d'avoir un mode de vie sain et positif. Si les enfants sont l'avenir, qu'attend-on pour investir dans les futurs leaders des Premières nations de l'Ontario? » ~ Jeunes des Premières nations ~ [traduction]

Recommandations des jeunes

- Offrir aux parents les services de counseling dont ils ont besoin pour avancer.
- Comme nous, les adultes ont besoin de jouer un rôle dans la société. Ils ont besoin de travailler pour sentir qu'ils font partie de la collectivité.
- Aider les adultes à acquérir les compétences requises pour être de meilleurs parents.

H7. Observations finales

Après plus d'une année à parcourir la province, le Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes commence seulement à comprendre l'immense capital social qui existe dans les collectivités vivant dans les réserves. Les jeunes affirment qu'ils veulent prendre part à la création de changements et de possibilités pour eux-mêmes et pour les enfants qui les suivront. Les membres du conseil et les aînés, qui nous ont parlé des jeunes de leurs collectivités avec beaucoup de passion, nous ont déclaré ne pas vouloir que cette génération d'enfants souffre de la douleur et du désespoir qui les habitent.

Les jeunes des Premières nations ont mentionné qu'ils n'avaient pas l'impression que leurs collectivités et les gouvernements accordaient beaucoup d'importance aux problèmes qui ont des répercussions directes dans leurs vies. Selon eux, de nombreuses promesses sont faites, mais aucune ne se matérialise. Ils ont le sentiment qu'on accorde peu d'importance à leurs besoins « parce qu'ils sont seulement des enfants ». Ils en ont assez d'être invisibles à la maison, et d'être laissés pour compte dans un système qui juge acceptable qu'ils reçoivent leur éducation dans des salles de classe non chauffées et contaminées par les moisissures, et qui refuse de construire des écoles dans les collectivités où elles sont inexistantes. Ils ont l'impression d'être invisibles aux yeux des gouvernements et de leurs propres collectivités, qui se croisent les bras devant un nombre grandissant de jeunes qui perdent espoir et se sentent incapables de faire face aux conditions dévastatrices qui existent dans leurs collectivités.

Les choses dont les jeunes nous ont parlé sont la clé de la résilience pour eux-mêmes et leurs collectivités. Nous, au Bureau de l'intervenant provincial, utilisons le terme résilience dans le contexte d'investir dans la capacité des jeunes à contribuer au changement, en sachant qu'il y aura des échecs à mesure qu'ils progressent, mais en continuant toujours de les soutenir. Ces jeunes ont besoin d'une « raison de vivre ». Ce point a encore tout son sens onze ans après qu'il ait été soulevé la première fois par les Nodin Counselling Services dans leur rapport *Pikangikum First Nation Report on the Increase in Suicidal Behaviour*¹⁹⁷.

Les jeunes des Premières nations sont les mieux placés pour parler des nombreux défis qu'ils doivent relever dans leurs vies, et qui conduisent certains au suicide. Les jeunes se mobilisent et deviennent de plus en plus politisés. Ils sont continuellement confrontés à une culture adulte qui doute de leur maturité et de leur capacité à trouver des solutions. Notre Bureau continue de travailler aussi étroitement que possible avec les collectivités et les jeunes afin de changer une mentalité bien ancrée selon laquelle les enfants et les jeunes n'ont pas le droit de parole dans les discussions portant sur les politiques publiques et sociales.

Les jeunes de toute la province ont déclaré à notre Bureau qu'ils voulaient contribuer à forger des partenariats qui leur permettraient d'agir à titre de mentor et de leader auprès des enfants. Ils considèrent que cette tâche ne leur est pas réservée; ils ont besoin que les aînés et les chefs de leurs collectivités investissent dans leur développement. Ils veulent trouver des façons d'intégrer leurs traditions à leur vie actuelle, offrir des programmes et des ressources soutenues et utilisées par leurs collectivités, et être une priorité pour les gouvernements fédéral et provincial, ainsi que pour leur propre conseil de bande et les chefs des Premières nations provinciales et nationales.

Toute stratégie visant à réduire le taux de suicide chez les jeunes des Premières nations doit nécessairement comprendre des investissements à long terme dans leur santé sociale et mentale. Les jeunes nous ont dit que bon nombre des ressources qui leur sont destinées ont une durée limitée, qu'elles proviennent surtout de revenus non utilisés et qu'elles ne durent jamais longtemps. Les investissements doivent être réels, durables, être concentrés au niveau local et être suffisamment souples pour tenir compte des orientations culturelles, spirituelles et religieuses des collectivités.

Des défis attendent toutes les parties désireuses de trouver des solutions durables, y compris les différents ordres de gouvernement, les jeunes, leurs collectivités et leurs familles. À titre de voix indépendante qui s'exprime en faveur des enfants et des jeunes des Premières nations, le Bureau de l'intervenant provincial est parfaitement conscient de la longue lignée de promesses brisées qui ont été faites aux générations précédentes d'enfants et de jeunes des Premières nations de cette province. Comme je l'ai souligné au début de cette présentation, il s'est écoulé seize ans depuis la parution du premier rapport et les collectivités frappées par les taux de suicide les plus élevés continuent de se battre avec les mêmes problèmes qu'à l'époque. La défense des jeunes et des enfants repose sur le changement. Des programmes et des services stables et durables qui soutiennent les jeunes et leurs collectivités sont la clé de toute solution mise en œuvre.

M. Irwin Elman, Intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes

H8. Bibliographie

1. Canada, Conseil canadien des organismes provinciaux de défense des droits des enfants et des jeunes, *Les enfants et les jeunes autochtones au Canada : Le Canada doit mieux faire*, 2010.
2. <http://provincialadvocate.on.ca/documents/en/Position%20Paper%20- Canadian Council of Provincial Child and Youth Advocates.pdf>
3. Canada, Comité sénatorial permanent des droits de la personne, *Les enfants : des citoyens sans voix - Mise en œuvre efficace des obligations internationales du Canada relatives aux droits des enfants*, 2007. Internet : Comité sénatorial permanent des droits de la personne. <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Come/humae/repe/rep10apr07e.htm#_Toc164844427

¹⁹⁷ *Pikangikum First Nation Report on the Increase in Suicidal Behaviour*, 2000, Barbara Jo Fidler pour Nodin Counselling Service, Sioux Lookout, Ontario.

4. Fidler, Barbara Joe. *Pikangikum First Nation Report on the Increase in Suicidal Behaviour*, 2000, Nodin Counselling Services, Sioux Lookout, Ontario.
5. Goyette, Linda. *Canadian Geographic*, décembre 2010.
<http://www.canadiangeographic.ca/magazine/dec10/attawapiskat.asp>
6. Nishnawbe Aski Nation, Conférence Jeunesse sur le suicide, 1995 – *Horizons of Hope: An Empowering Journey Final Report*.

PARTIE I. CONSOLIDATION DES RECOMMANDATIONS

Thème - Les soins de santé

Gouvernement du Canada - Santé Canada

1. Le gouvernement du Canada devrait, de concert avec les provinces, les territoires et les regroupements autochtones influents tels que l'Assemblée des Premières Nations, créer une stratégie nationale de prévention du suicide, semblable à celles qui existent actuellement dans d'autres pays développés.
2. Aux fins de l'élaboration de sa stratégie nationale de prévention du suicide, le gouvernement du Canada devrait entretenir des liens avec les leaders des peuples autochtones pour s'assurer que cette stratégie tient compte de la diversité culturelle, qu'elle la cautionne et l'envisage avec respect, et qu'elle prend expressément acte de la contribution résolument excessive des peuples autochtones au taux d'occurrence de suicides au Canada.
3. Aux fins de l'élaboration de sa stratégie nationale de prévention du suicide, le gouvernement du Canada devrait envisager d'examiner le nombre alarmant de décès d'adolescents et de jeunes vivant sur une réserve des Premières nations; établir clairement l'origine de ce taux de mortalité excessif; et faire des recommandations pour traiter ce problème.
4. En tant que composante de sa stratégie nationale de prévention du suicide, le gouvernement du Canada devrait envisager de créer des indicateurs du niveau de santé mentale de la population afin que les décisions futures concernant les stratégies de gestion de la santé mentale soient fondées sur des données. On pourrait par exemple, par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, accroître la capacité de recensement, en temps réel, des décès imputables à des suicides au sein des collectivités autochtones. Cela permettrait de recenser les collectivités, y compris les réserves des Premières nations, où survient un nombre excessif de décès imputables à des suicides, et de déterminer ensuite s'il faut fournir des stratégies ciblées et des ressources accrues pour aider ces collectivités en crise.
5. Le gouvernement du Canada devrait, par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, fournir du financement ciblé aux collectivités et réserves où on a recensé un nombre excessif de cas de suicides d'enfants et d'adolescents, y compris au sein des réserves des Premières nations, afin de contribuer à l'élaboration de solutions visant à prévenir ces décès. En ce moment, il appert que la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones ne répond pas aux besoins de ces Premières nations.
6. Ce financement devrait servir à créer des programmes communautaires de prévention du suicide dans ces collectivités et sur ces réserves, sous l'égide des autorités sanitaires locales, en collaboration avec des représentants de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, et du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de la province.
7. On devrait retenir les services de spécialistes compétents pour créer et mettre en œuvre des programmes communautaires de prévention du suicide dans les collectivités et sur les réserves. En recourant à des spécialistes des soins de santé, tels que des infirmières détenant une maîtrise en sciences de la santé et s'intéressant à la gestion de projets, on s'assurerait que les composantes des programmes communautaires de prévention du suicide seraient mises en œuvre, et que les enfants, les jeunes et les familles de ces collectivités profiteraient de l'allocation de ressources accrues. Des données devraient être recueillies et on devrait aussi fixer des points de repère et des indicateurs de rendement clés pour recenser et mesurer les résultats, et des cibles de responsabilisation devraient être établies. (Cette recommandation recoupe les recommandations 24, 25 et 29.) Le financement pour ces infirmières gestionnaires spécialisées pourrait provenir de la nouvelle Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones.
8. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada devrait mettre au point un dossier médical électronique (DME) qui pourrait relier entre eux des systèmes de soins de santé afin d'assurer le transfert adéquat des renseignements entre tous les fournisseurs de soins de santé qui évoluent dans le « cercle de soins ». Ce système devrait être créé en concertation avec le Réseau local d'intégration des services de santé de la province et cyberSanté Ontario, et il serait crucial pour la prestation de soins adéquats à tous les peuples autochtones qui reçoivent des composantes de leurs soins de santé de la part de fournisseurs tant fédéraux que provinciaux.
9. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada devrait fournir du financement pour s'assurer qu'un programme intégré de soins de santé mentale et de lutte

contre les dépendances, y compris un programme communautaire de prévention du suicide, puisse être créé à Pikangikum et y être mis en œuvre. (Recoupe la recommandation 24.)

Gouvernement de l'Ontario - Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

10. De concert avec d'autres ministères, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de la province de l'Ontario devrait créer une stratégie provinciale de prévention du suicide.
11. Aux fins de l'élaboration de sa stratégie de prévention du suicide, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de la province de l'Ontario devrait entretenir des rapports avec des groupes de leaders autochtones pour s'assurer que cette stratégie tient compte de la diversité culturelle, qu'elle la cautionne et l'envisage avec respect, et qu'elle prend expressément acte de la contribution résolument excessive des peuples autochtones au taux de suicide national. La province ne devrait pas permettre que des conflits d'ordre juridictionnel au sujet des Premières nations s'établissent entre le gouvernement fédéral et la province, car cela retarderait la création de sa stratégie de prévention du suicide.
12. Aux fins de l'élaboration de sa stratégie de prévention du suicide, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de la province de l'Ontario devrait entretenir des rapports avec, en particulier :
 - les leaders des Premières nations, y compris les Chiefs of Ontario,
 - les leaders politiques des Premières nations du Nord de l'Ontario, notamment la Nishnawbe Aski Nation (en vertu du Grand Council Treaty N° 3),
 - la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada,
 - les réseaux locaux d'intégration des services de santé, particulièrement ceux du Nord-Ouest et du Nord-Est de l'Ontario,
 - les sociétés d'aide à l'enfance autochtones afin de recenser les collectivités et réserves où le taux de suicide chez les enfants et les jeunes est extrêmement élevé.
13. La province de l'Ontario devrait enrichir son orientation stratégique en ce qui concerne l'amélioration des services de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances durant les dix prochaines années afin de s'assurer que cela englobera l'élaboration d'un plan provincial de prévention du suicide ainsi que la réduction du taux de suicide chez les enfants et les jeunes. Parmi les composantes de ce plan, il serait bon que l'on retrouve la promotion de la gestion des troubles de santé mentale chez les enfants et les jeunes, la prévention de ces troubles et leur traitement rapide, et que l'on fasse des efforts ciblés pour réduire la stigmatisation et la discrimination associées à ces troubles et à la toxicomanie.
14. En tant que composante de sa stratégie de prévention du suicide, la province de l'Ontario devrait mettre au point des indicateurs du niveau de santé mentale de la population afin que les décisions futures concernant les stratégies de gestion de la santé mentale soient fondées sur des données. On pourrait par exemple accroître la capacité de recensement, en temps réel, des décès imputables à des suicides au sein des collectivités autochtones, y compris les Premières nations établies sur des réserves.
15. Aux fins de l'élaboration de sa stratégie de prévention du suicide, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de la province de l'Ontario devrait créer un service de télésanté pour la prestation de soins psychiatriques aux collectivités éloignées des Premières nations. Ce service devrait permettre aux enfants et adolescents en crise d'avoir accès rapidement (soit le jour même) aux services d'un pédopsychiatre (ou travaillant auprès des adolescents). Afin de s'assurer que des psychiatres sont disponibles pour remplir ce rôle, le Ministère devrait offrir une prime élevée aux médecins et s'associer aux centres hospitaliers universitaires pour créer un tel service.
16. Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de la province de l'Ontario devraient mettre au point une stratégie intégrée de services de soins de santé mentale, qui mettra l'accent sur l'accessibilité des programmes et leur prestation aux enfants et aux jeunes du Nord de l'Ontario (dans le cadre du Northern Ontario Aboriginal Child and Adolescent Psychiatry Outreach Program). Parmi les intervenants qui seraient désignés pour participer à l'élaboration de cette stratégie, il y aurait les suivants :
 - Les réseaux locaux d'intégration des services de santé du Nord-Ouest et du Nord-Est
 - Santé Canada
 - Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse
 - Un représentant des Sioux Lookout Regional Physicians' Services Inc. (SLRPSI)
 - Des représentants du Meno Ya Win Hospital, du Thunder Bay Regional Health Sciences Centre, du Lake of the Woods District Hospital et du Weeneebayko Hospital

- Des représentants de la Sioux Lookout First Nations Health Authority et de la Weeneebayko Area Health Authority
 - Un représentant des Nodin Child and Family Intervention Services
 - Un pédopsychiatre qui fournirait des services aux jeunes des Premières nations dans la région du Nord-Ouest
 - La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada
 - Affaires autochtones et Développement du Nord Canada
 - Des fournisseurs de services de santé non assurés (SSNA)
 - Les Tikinagan Child and Family Services, l'organisme Dilico Anishinabek Family Care et d'autres sociétés d'aide à l'enfance
 - Un représentant du Programme ontarien de télépsychiatrie pour les enfants et les jeunes
 - Un représentant de la Nishnawbe Aski Nation
 - Un représentant de chacun des conseils tribaux du Nord
17. Le Northern Ontario Aboriginal and Adolescent Psychiatry Outreach Program devrait être doté en ressources conjointement par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, le MSSLD et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, et l'objet de ce programme devrait être de tenter de dispenser des services de pédopsychiatrie fondée sur des preuves et adaptée culturellement suivant des modèles mixtes souples, y compris :
- Des recommandations directes pour le tri des cas d'enfants et de jeunes en crise
 - Des recommandations indirectes, y compris relativement à la prestation d'un soutien aux médecins et aux thérapeutes familiaux
 - Des modèles de partage des soins
 - La télépsychiatrie, offerte en tout temps, y compris un accès sans délai pour les enfants et les jeunes en crise aiguë qui pourraient se suicider
 - Des systèmes de communication entre thérapeutes, médecins de famille et psychiatres

Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Ouest et du Nord-Est

18. De concert avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, la Nishnawbe Aski Nation et d'autres leaders politiques des Premières nations, les RLISS du Nord-Ouest et du Nord-Est devraient mettre au point une stratégie intégrée et homogène de soins de santé mentale et de toxicomanie. Ce programme devrait servir à recenser tous les fournisseurs de services, aux échelles fédérale et provinciale, et à créer des filières d'obtention de soins à l'intention des Premières nations établies sur une réserve, particulièrement pour des jeunes qui ont besoin d'être placés à l'extérieur de leur collectivité d'origine.
19. De concert avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, les RLISS du Nord-Ouest et du Nord-Est devraient s'employer à créer une ligne d'intervention ou un service Internet pour les personnes en crise dans les régions du Nord-Ouest et du Nord-Est.

Sioux Lookout First Nation Health Authority (SLFNHA) - Nodin Child and Family Intervention Services

20. La Sioux Lookout First Nation Health Authority devrait effectuer un examen des dossiers ouverts et des cas en attente afin de comparer des points de référence avec ceux d'autres organismes fournissant ces types de services, dans le but de déterminer un volume de travail acceptable pour ses conseillers.
21. Selon les résultats de cet exercice d'analyse comparative, la SLFNHA devrait faire une étude de cas et la présenter ensuite au ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, au ministère des Services sociaux et communautaires ainsi qu'à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, qui financent les Nodin Child and Family Intervention Services, pour s'assurer que des ressources adéquates sont fournies afin de répondre aux besoins liés à l'énorme volume de travail n'ayant toujours pas été traité. Il faudra donc probablement attribuer des années-personnes (AP) supplémentaires pour les fonctions de counseling et de supervision.
22. Les Nodin Child and Family Intervention Services devraient envisager de créer un modèle (lorsqu'ils disposeront des ressources adéquates) qui, contrairement au modèle actuel, ne se limitera pas aux interventions en cas de crise. Comme les responsables de ces services font beaucoup d'efforts pour s'assurer que les employés ont les compétences nécessaires en appliquant des processus de responsabilisation et de supervision, on devrait envisager la possibilité que les Nodin Child and Family Intervention Services gèrent globalement les cas

d'enfants souffrant de troubles de santé mentale et provenant de collectivités des Premières nations que cet organisme dessert actuellement, dont Pikangikum.

La Première nation de Pikangikum et la Pikangikum Health Authority (PHA)

23. La Pikangikum Health Authority devrait élaborer un énoncé de mission et définir clairement sa vision et ses valeurs.
24. La Pikangikum Health Authority devrait créer un programme intégré de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les enfants, les jeunes et les adultes. Dans le cadre de ce programme, on devrait envisager de :
 - créer un programme communautaire de prévention du suicide;
 - établir des plans pour gérer les crises d'abus de solvants et d'alcool;
 - gérer la nécessité d'intégrer les services de santé mentale, y compris des modèles mettant à contribution des pratiques traditionnelles définies par la Première nation de Pikangikum.
25. Aux fins de la mise sur pied de ce programme intégré de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances, la PHA devrait faire appel à des spécialistes en soins infirmiers pour qu'ils participent à l'élaboration du programme. Le financement nécessaire pourrait provenir de la nouvelle stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones, de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada et du Centre autochtone de santé et de bien-être. Parmi les participants invités qui seront mandatés pour voir à ce que le programme soit vraiment intégré, citons :
 - Des représentants du Pikangikum Social Health, Education and Elders Committee
 - Des représentants du poste de soins infirmiers de Pikangikum
 - Des représentants des programmes intégrés de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances de Pikangikum, y compris un travailleur en santé mentale, un membre de la Youth Patrol, un travailleur spécialisé en abus de solvants, un membre du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA), une équipe d'intervention en cas de crise et une infirmière en santé communautaire
 - Un représentant d'AMDOCS
 - Un représentant des Sioux Lookout Regional Physicians' Services Inc. (SLRPSI)
 - Des représentants du Meno Ya Win Hospital
 - Un représentant de la Sioux Lookout First Nations Health Authority
 - Un représentant de la First Nation Family Physician Health Services Branch de la Independent First Nations Alliance (IFNA)
 - Un représentant des Nodin Child and Family Intervention Services
 - Un pédopsychiatre qui fournira des services aux jeunes des Premières nations de la région du Nord-Ouest
 - La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada
 - Affaires autochtones et Développement du Nord Canada
 - Des fournisseurs de soins de santé non assurés (SSNA)
 - Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse
 - Le ministère des Affaires autochtones
 - Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée
 - Le Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest
 - Les Tikinagan Child and Family Services
 - La Police provinciale de l'Ontario
26. Jusqu'à ce que le programme intégré de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances soit fonctionnel, le PNLAADA, le programme de lutte contre l'abus de solvants et le Youth Patrol devraient être examinés puis enrichis ou restructurés afin de fournir une aide valable à la collectivité. Les descriptions de postes devraient être mises par écrit afin que les attentes en matière de cibles et de responsabilisation soient clairement définies.
27. La Première nation de Pikangikum, le Chef et le Conseil et la Pikangikum Health Authority devraient créer un programme communautaire de prévention du suicide qui serait offert en tant que programme communautaire, et ce, sous l'égide du président et des leaders actuels de la PHA et à l'aide d'un financement fourni par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.
28. Pour mettre sur pied le programme communautaire de prévention du suicide, il faudra pouvoir compter sur des infirmières rompues à la gestion de projets et de soins de santé, ces ressources n'étant actuellement pas disponibles dans la collectivité. Pour acquérir le niveau d'expertise nécessaire, la Pikangikum Health Authority devrait, par l'entremise de sa direction actuelle,

s'associer à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada ainsi qu'au Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest pour ce qui est de la planification et de la prestation de ce programme.

29. La Pikangikum Health Authority devrait faire des démarches auprès de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada pour qu'elle lui fournisse du financement qui lui permettra de retenir les services de spécialistes des soins médicaux, telle qu'une infirmière gestionnaire spécialisée détenant une maîtrise en sciences de la santé et qui pourrait participer à la création et à la mise en œuvre du programme communautaire de prévention du suicide. La description de poste, les compétences, les responsabilités et le contrat devraient être établis d'un commun accord par les trois membres du partenariat tripartite, soit la Pikangikum Health Authority, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, et le Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest.
30. Le programme communautaire de prévention du suicide devrait être créé par la Pikangikum Health Authority et l'infirmière gestionnaire spécialisée, en mettant à contribution un modèle de comité directeur avec des participants et intervenants invités provenant entre autres des domaines suivants :
- Des représentants du poste de soins infirmiers de Pikangikum
 - Des représentants des programmes intégrés de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances de Pikangikum, y compris un travailleur en santé mentale, un membre de la Youth Patrol, un travailleur spécialisé en abus de solvants, un représentant du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA), une équipe d'intervention en cas de crise et une infirmière en santé communautaire
 - Un représentant de la Pikangikum Education Authority
 - Un représentant d'AMDOCS
 - Un représentant des Sioux Lookout Regional Physicians' Services Inc. (SLRPSI)
 - Des représentants du Meno Ya Win Hospital
 - Un représentant de la Sioux Lookout First Nations Health Authority
 - Un représentant de la First Nation Family Physician Health Services Branch de la Independent First Nations Alliance (IFNA)
 - Un représentant des Nodin Child and Family Intervention Services
 - Un pédopsychiatre qui fournit des services aux jeunes des Premières nations de la région du Nord-Ouest
 - La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada
 - Affaires autochtones et Développement du Nord Canada
 - Des fournisseurs de soins de santé non assurés (SSNA)
 - Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse
 - Le ministère des Affaires autochtones
 - Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée
 - Le Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest
 - Les Tikinagan Child and Family Services
 - La Police provinciale de l'Ontario
 - Un représentant du programme de détoxication axé sur la terre de Lachie Macfadden
31. En ce qui concerne le programme communautaire de prévention du suicide, il faudrait chercher des méthodes qui permettraient d'éliminer les stigmates subis par les clients qui cherchent de l'aide pour régler des problèmes liés à des troubles de santé mentale, et d'accroître la confidentialité de l'information touchant la santé des personnes. Il faut que les membres de la collectivité aient l'assurance que les séances de counseling seront tenues en toute confidentialité, de manière à ce que ces personnes soient mieux disposées à chercher de l'aide et à se confier.

Thème - La prévention du suicide

Stratégies de prévention primaire

Programmes scolaires : la Pikangikum Education Authority
et la Pikangikum Health Authority

32. La Pikangikum Education Authority et la Pikangikum Health Authority devraient collaborer pour mettre au point un programme intégré de soins de santé et de prévention du suicide en milieu scolaire en tant que composante du programme communautaire de prévention du suicide. Ce programme devrait faire partie du programme d'éducation sanitaire et il devrait aussi traiter de

divers problèmes sociaux et de santé, dont le suicide. On devrait tenter, dans le cadre de ce programme, d'accroître les capacités des enfants à composer avec le stress, à régler des conflits ou des problèmes, et à communiquer. L'objectif fondamental serait d'amener les enfants à acquérir de la résistance et de la confiance en soi, afin qu'ils puissent ensuite mieux gérer les difficultés liées aux crises et conflits pouvant survenir dans leur vie.

33. Le programme de santé en milieu scolaire devrait intégrer des connaissances traditionnelles et culturelles et mettre à contribution des aînés lorsque vient le moment d'initier des jeunes aux particularités de problèmes tels que l'identité culturelle et le manque d'estime de soi. Ce programme devrait surtout traiter du bien-être mental, émotionnel, spirituel et physique, et en particulier des dangers liés à l'abus de solvants, et de la capacité à reconnaître les comportements suicidaires.
34. Le programme de santé en milieu scolaire devrait traiter de problèmes tels que l'abus d'alcool et la toxicomanie, la dépression et le suicide, la violence familiale, les agressions sexuelles ou physiques et l'intimidation. Il devrait aussi permettre de communiquer aux enfants, en langage clair, des stratégies pour chercher de l'aide lorsqu'ils souffrent de ces problèmes, et pour éliminer les stigmates et les comportements et dispositions qui les incitent à considérer le fait de chercher de l'aide comme quelque chose de négatif.
35. Dans le cadre du programme de santé en milieu scolaire, on devrait tenter de recenser les jeunes qui présentent un risque élevé de se suicider en créant et en mettant en application un programme de dépistage et en recommandant que des interventions soient effectuées auprès de ces jeunes (consultation en tête-à-tête, interventions en petits groupes axées sur l'acquisition de compétences, etc.).

Programmes de soutien par les pairs

36. La Pikangikum Education Authority et la Pikangikum Health Authority devraient mettre sur pied un programme de soutien par les pairs dont le fonctionnement serait assuré par l'entremise des élèves de dernière année de l'école, qui formeraient le conseil des jeunes pour le soutien par les pairs. On devrait tenter, dans le cadre d'un tel programme, de se concentrer sur les enfants considérés comme « à risque », puis créer des liens avec eux et leur faciliter les choses pour qu'ils cherchent l'aide dont ils ont besoin. Les conseillers en soutien par les pairs devraient recevoir une formation sur les habiletés d'écoute de base et être désignés en tant que personnes-ressources pour les jeunes en crise. Les services de supervision, de gestion et de suivi d'intervention pour le conseil des jeunes pour le soutien par les pairs pourraient être fournis par les Nodin Child and Family Intervention Services.

Approches communautaires : la Pikangikum Health Authority

37. La Pikangikum Health Authority devrait mettre au point un programme communautaire pour gérer le suicide en tant que composante de sa stratégie de prévention du suicide. Les composantes de la stratégie pourraient être les suivantes :
 - Programme d'éducation pour les jeunes et les adultes qui traiterai de sujets tels que le suicide, les compétences parentales et les connaissances pratiques de base. Les programmes éducatifs axés sur la prévention du suicide devraient prévoir des outils d'initiation à la santé mentale pour les parents afin d'aider ces derniers à détecter les troubles de santé mentale non diagnostiqués ou non traités et à obtenir ensuite de l'aide professionnelle.
 - Création de postes de conseillers en soutien par les pairs; ces conseillers pourraient intervenir auprès de jeunes en crise et signaler leur cas à des fournisseurs de soins de santé.
 - Intervention directe auprès des familles à la suite d'un suicide ou d'un décès.
 - Intervention immédiate auprès des jeunes à risque.
 - Création de programmes de dépistage des jeunes souffrant de troubles de santé mentale et présentant un risque de se suicider dans le cadre de programmes de services sociaux et de services de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances.
38. À titre de composante du programme communautaire, la Pikangikum Education Authority et la Pikangikum Health Authority devraient créer, et offrir aux parents et aux jeunes adultes de la collectivité, des ateliers sur les connaissances pratiques de base, les compétences parentales, la résolution de problèmes, et la communication avec les enfants et les jeunes, en recourant à cette fin à des modèles de rôles et responsabilités adaptés d'un point de vue culturel.

Restriction des moyens létaux

39. Comme il a été démontré que le fait de restreindre ou d'éliminer l'accès à certains moyens létaux permettant de se suicider peut contribuer à réduire les taux de suicide, et comme la pendaison

était la méthode utilisée pour tous les cas de suicide examinés, des programmes éducatifs axés sur la prévention devraient faire état de l'utilité de limiter l'accès à des objets qui pourraient être utilisés comme des ligatures par des enfants révélant des intentions suicidaires. Toutefois, la connaissance de ce principe ne sera pas vraiment utile puisqu'on retrouve couramment de tels objets (chemises, draps, lacets de souliers, etc.) dans la plupart des foyers.

Formation de gardiens

40. La Pikangikum Health Authority devrait créer un rôle de gardiens communautaires et à cette fin, il faudrait enseigner aux aînés, aux personnes influentes, aux policiers, aux travailleurs sociaux, aux conseillers, aux professeurs, aux membres du clergé, etc., à recenser les jeunes qui présentent un risque de se suicider et à les diriger vers des ressources qui pourront les aider et les traiter. Dans le cadre d'un tel programme de formation de gardiens communautaires, on devrait tenter d'améliorer le processus de recensement des comportements suicidaires afin que des recommandations puissent être effectuées sans tarder au profit des personnes concernées.

Gestion des communications et des médias pour ce qui est des suicides survenus à Pikangikum : la Première nation de Pikangikum, le Chef et le Conseil

41. La Première nation de Pikangikum devrait former un comité qui pourrait examiner et élaborer des politiques pour communiquer à la collectivité les détails tragiques relatifs à un suicide qui vient de se produire. Parmi les personnes et organismes qui pourraient être invités à accomplir cette tâche, il y aurait peut-être les propriétaires des stations de radio et des journaux locaux, ainsi que des représentants du poste de soins infirmiers de Pikangikum, des programmes de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances de Pikangikum, des Nodin Child and Family Intervention Services, des Tikinagan Child and Family Services et de la Police provinciale de l'Ontario. Cette politique devrait viser à atténuer toute l'attention accordée par la collectivité aux décès, et à promouvoir le traitement des troubles de santé mentale et les stratégies à employer pour composer avec un suicide.

Programmes pour enfants : la Première nation de Pikangikum, le Chef et le Conseil

42. La Première nation de Pikangikum devrait, avec le concours et le soutien d'INAC, élaborer un projet d'aménagement d'un terrain de pratique sportive et d'une aire de jeu pour les enfants, y compris un court de basket-ball ainsi que des terrains de baseball et de soccer, ce qui permettrait de créer des programmes pour les enfants.

Prévention secondaire : intervention et traitement précoces

Professionnels et services pour la santé mentale : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada

43. Les responsables du poste de soins infirmiers de Pikangikum devraient mettre au point un protocole d'intervention en salle d'urgence en cas de suicide. Ce protocole devrait prévoir le recensement des personnes qui devraient être hospitalisées d'urgence et la procédure à suivre le cas échéant, ainsi que le recensement des patients à qui on peut donner congé. Lorsque cela est indiqué, on devrait envisager, au moment de donner congé à un patient, de faire ce qui suit :
- aviser les parents ou le tuteur de l'enfant ou du jeune;
 - établir un plan de sécurité;
 - aviser sur-le-champ l'équipe communautaire des soins de santé mentale et les Tikinagan Child and Family Services, là où cela est permis par la *Loi de 2000 sur la confidentialité des renseignements personnels sur la santé*;
 - fournir le sommaire de congé à l'équipe communautaire des soins de santé mentale ainsi qu'aux Tikinagan Child and Family Services;
 - faire un suivi auprès de l'équipe communautaire des soins de santé mentale dans les 24 heures.
44. Les infirmières qui travaillent au poste de soins infirmiers de Pikangikum devraient recevoir de la formation spécialisée pour ce qui est de l'évaluation des personnes présentant un risque de se suicider, y compris lorsqu'on devrait recommander qu'un patient suive d'urgence un traitement psychiatrique à l'interne dans un établissement visé par l'annexe 1. Les infirmières pourraient s'acquitter de cette tâche après avoir obtenu une attestation de compétence en soins de santé mentale.
45. AMDOCS, le principal organisme fournissant des services de médecin à Pikangikum, devrait mettre au point un module éducatif pour ses médecins en ce qui concerne la prévention du suicide et le traitement des personnes suicidaires. Ce module devrait traiter de ce qui suit :

- Le taux élevé de jeunes souffrant de troubles de santé mentale qui s'enlèvent la vie.
 - Le recours à des stratégies de traitement pour les jeunes, y compris l'utilisation d'antidépresseurs efficaces tels que les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine.
 - La nécessité de traiter efficacement les enfants souffrant de maladies psychiatriques graves telles que des troubles psychotiques.
 - Le lien entre les problèmes de toxicomanie et le suicide.
46. Les responsables de la Pikangikum Health Authority, du RLISS du Nord-Ouest et du poste de soins infirmiers de Pikangikum devraient conclure une entente avec les fournisseurs de services psychiatriques pour adolescents et de services pédiatriques, en vertu de laquelle il serait possible d'obtenir promptement des services de consultation psychiatrique pour les jeunes ayant des idées suicidaires ou présentant un risque en ce sens, et ce, par l'entremise de liens vidéos offerts par un service de télésanté.

Ligne d'intervention en cas de crise : les RLISS du Nord-Ouest et du Nord-Est

Voir la recommandation 19.

Équipe d'intervention en cas de crise liée à des troubles de santé mentale

47. La Pikangikum Health Authority devrait mettre sur pied une équipe d'intervention en cas de crise liée à des troubles de santé mentale par l'entremise de ses programmes intégrés de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les personnes recensées en tant que personnes ayant des idées parasuicidaires. Il faudrait que ce service permette de mobiliser des conseillers qui interviendraient en tout temps auprès des jeunes en crise.

Traitement de l'abus de solvants et de la toxicomanie

48. La Première nation de Pikangikum, la Pikangikum Health Authority et la Pikangikum Education Authority devraient tenter de recenser tous les enfants et les jeunes de moins 19 ans se livrant à l'abus de solvants. Cela pourrait être facilité par la mise en œuvre de programmes de dépistage dans les écoles et aussi avec le concours de la Police provinciale de l'Ontario et du poste de soins infirmiers. Tous les jeunes et les enfants dont on sait qu'ils se livrent à l'abus de solvants et dont l'âge correspond au critère établi dans la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, devraient être dirigés vers les Tikinagan Child and Family Services. Et tous les jeunes, peu importe leur âge, devraient aussi consulter le travailleur spécialisé en abus de solvants en vertu d'une recommandation.
49. La Pikangikum Education Authority devrait enrichir le programme scolaire actuel visant à informer les élèves sur l'abus de solvants pour s'assurer que cette formation commence à la première enfance, et des modules appropriés (du point de vue du développement de l'enfant) devraient être utilisés durant tout le cycle primaire.
50. De concert avec Santé Canada, le Youth Solvent Addiction Committee (YSAC), les Tikinagan Child and Youth Services, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le Réseau local d'intégration des services de santé, la Pikangikum Health Authority devrait mettre au point un programme communautaire de lutte contre l'abus de solvants au sein de la collectivité. Des spécialistes des soins médicaux applicables à l'abus de solvants devraient être mobilisés à cette fin. Ce programme devrait prévoir du soutien pour les enfants avant et après le traitement dans le cadre de programmes de traitement en établissement de l'abus de solvants et à cette fin, des approches holistiques devraient être utilisées, y compris des programmes de suivi qui seraient mis en œuvre dans la collectivité.
51. Aux fins de la création d'un programme communautaire de lutte contre l'abus de solvants au sein de la collectivité, la Pikangikum Health Authority, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ), les Tikinagan Child and Family Services, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le Réseau local d'intégration des services de santé devraient entretenir des rapports avec des fournisseurs de services de traitement en établissement de l'abus de solvants tels que le White Buffalo Youth Inhalant Treatment Centre (WBYYITC) afin de mettre sur pied des programmes de suivi complets pour les programmes de traitement en établissement. Cela devrait comprendre des programmes d'action sociale qui seraient mis en œuvre à Pikangikum. Un fournisseur tel que WBYYITC pourrait ainsi faire une intervention communautaire en recensant les éléments protecteurs de la collectivité tels que le système scolaire et les groupes de soutien communautaires, en établissant des liens avec les aînés, etc.

52. La Première nation de Pikangikum devrait ouvrir un centre de soins communautaire avec l'aide financière de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuit de Santé Canada. Ce centre pourrait réunir sous un même toit plusieurs fournisseurs de soins de santé, dont les Tikinagan Child and Family Services, les intervenants en santé mentale de la collectivité, des travailleurs du PNLAADA et des intervenants en matière d'abus de solvants. De plus, les enfants appréhendés par la police pour intoxication aux solvants ne passeraient pas la nuit dans une cellule au poste de police, mais seraient amenés dans un environnement sécuritaire au centre, sous la surveillance de gardiens, jusqu'à ce que les effets du solvant se dissipent. La postintervention approfondie dans le cadre du programme de lutte contre l'abus de solvants pourrait être effectuée à cet endroit.
53. Les travailleurs sociaux et les travailleurs en santé mentale ou spécialisés en abus de solvants devront prendre des mesures concrètes pour établir des liens avec les familles des enfants et des jeunes qui abusent de solvants, et ils devraient aussi envisager d'adopter des modèles de visite à domicile pour préserver la confidentialité de ces rencontres et atténuer les stigmates liés à la recherche d'aide qui se sont manifestés dans la collectivité.
54. La Première nation de Pikangikum et la Pikangikum Health Authority devraient entretenir des rapports avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada et le gouvernement du Canada afin d'étudier la faisabilité d'un projet qui consisterait à introduire le carburant Opal dans leur collectivité. L'inhalation de ce type de gazoline n'est pas intoxicante.

Postvention : Pikangikum Health Authority

55. En tant que composante de ses programmes communautaires de prévention du suicide, la Pikangikum Health Authority devrait mettre au point un programme de postvention destiné aux jeunes de la collectivité.
56. Le programme de postvention devrait être créé aux fins de sa mise œuvre tant à l'école que dans la collectivité. La mobilisation de l'école est un facteur de protection pour prévenir le suicide et c'est pourquoi on devrait envisager expressément de traiter le groupe isolé des personnes intoxiquées aux solvants, au sein duquel on retrouve la plus grande proportion de victimes de suicide.
57. Les composantes d'un programme de postvention pourraient entre autres comprendre les suivantes :
 - Mobiliser une équipe d'intervention en cas de crise.
 - Communiquer avec la famille de la victime, lui montrer de l'empathie et la soutenir, et dresser la liste des personnes les plus susceptibles d'être affectées par le décès.
 - Déterminer les renseignements qu'il convient de rendre publics. Cela devrait permettre d'éviter que la victime ne soit ni portée aux nues, ni vilipendée.
 - Recenser les personnes les plus susceptibles d'être affectées par le décès, y compris celles qui ont découvert la personne décédée.
 - L'équipe d'intervention en cas de crise devrait tenter de rencontrer tous ceux qui ont été recensés individuellement, et leur fournir du soutien et du counseling.
 - Des centres d'orientation sans rendez-vous devraient être mis sur pied subséquentement au suicide afin de permettre aux personnes ressentant du désarroi d'avoir un accès immédiat à des services de santé mentale.
58. La Première nation de Pikangikum devrait établir une approche adéquate et adaptée d'un point de vue culturel pour les activités funéraires et commémoratives, et il est extrêmement important, à cet égard, que ces activités « (...) ne présentent pas une vision romantique ou sensationnaliste du décès. » [traduction] Les jeunes « (...) ne doivent pas percevoir le suicide comme un moyen de susciter l'attention de la collectivité au grand complet. » [traduction]
59. La Première nation de Pikangikum devrait envisager de créer un cimetière communautaire. De cette façon, des monuments commémoratifs permanents seraient installés dans un endroit approprié à l'écart des quartiers résidentiels, ce qui éviterait aux personnes d'être constamment exposées au souvenir des jeunes qui se sont suicidés.

Thème - L'éducation

La Première nation de Pikangikum et la Pikangikum Education Authority (PEA)

60. La Première nation de Pikangikum, la Pikangikum Education Authority et les éducateurs de l'école devraient tenir une réunion pour discuter en profondeur du rôle fondamental de l'éducation telle qu'elle est assurée dans la collectivité. Lors de cette réunion, on pourrait discuter de la

mission, de la vision et des valeurs de la Pikangikum Education Authority et, en particulier, d'un protocole d'entente sur les résultats que l'on voudrait que les enfants et les jeunes fréquentant l'école obtiennent et qui les aideront à se ménager un avenir viable. Pour cette réunion, on devrait envisager de recourir à un animateur provenant de l'extérieur de la collectivité et possédant des connaissances spécialisées en prestation de programmes d'éducation aux Premières nations.

61. La Première nation de Pikangikum, le Chef et le Conseil devraient passer une Résolution du conseil de bande (RCB) en vertu de laquelle il serait obligatoire d'effectuer un recensement précis de tous les enfants de la collectivité qui sont d'âge scolaire.
62. La Première nation de Pikangikum, le Chef et le Conseil et la Pikangikum Education Authority devraient passer une Résolution du conseil de bande (RCB) en vertu de laquelle les enfants seraient tenus d'aller à l'école jusqu'à l'âge de 18 ans, conformément à la réalité selon laquelle les enfants et les jeunes ayant de bons liens avec l'école et leur milieu social sont plus susceptibles d'obtenir des résultats scolaires positifs, et ont moins de chances d'adopter des comportements risqués pour leur santé (inhalation de vapeurs d'essence, etc.) et de souffrir par la suite de problèmes de santé mentale tels que la dépression et le suicide.
63. Il faudrait améliorer le niveau de l'éducation secondaire à l'école de Pikangikum de manière à ce que les diplômés aient la capacité et les dispositions pour faire face aux défis liés à l'éducation postsecondaire de type professionnel ou de niveau collégial ou universitaire. La PEA devrait créer des options afin de permettre aux enfants qui ont peut-être le potentiel et l'intérêt pour faire des études postsecondaires plus avancées de le faire dans de bonnes conditions à Pikangikum ou dans des écoles administrées hors réserve par des Premières nations dans des villes telles que Pelican Falls et Thunder Bay, si cela servait au mieux les intérêts de l'élève.
64. Après avoir fait appel aux spécialistes du ministère de l'Éducation de la province, la Pikangikum Education Authority devrait envisager de créer un programme d'apprentissage en ligne de niveau secondaire. À cette fin, la collectivité aurait peut-être aussi intérêt à tirer parti du savoir-faire de la Keewatinook Internet High School.
65. La Pikangikum Education Authority devrait entretenir des rapports avec la Pikangikum Health Authority afin de fournir les services d'une infirmière de la santé publique à l'école. Cette infirmière pourrait participer au traitement de problèmes tels que l'abus de solvants et la gestion de la santé sexuelle et de la reproduction; il faudrait aussi que les jeunes puissent la consulter facilement et qu'elle dispense ses services dans les bureaux de l'école. Ce programme pourrait être financé par l'entremise d'une infirmière en santé communautaire dont les services seraient fournis à la collectivité par les Services de soins de santé primaires de Santé Canada.
66. La Pikangikum Education Authority devrait envisager de créer une garderie dans l'école et de se conformer aux exigences découlant de la *Loi sur les garderies*, L.R.O. 1990, en fournissant des services de garde d'enfants à la collectivité et aux élèves de l'école.
67. La Pikangikum Education Authority devrait envisager de créer et de mettre en œuvre un programme de garderie à plein temps.
68. Compte tenu du niveau phénoménal d'abus de solvants et des dommages neurocognitifs que cela entraîne en plus du taux d'occurrence probablement élevé de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) dans la collectivité, la Pikangikum Education Authority devrait s'employer activement à chercher du financement et à créer des programmes pour répondre aux besoins spéciaux en éducation. On devrait notamment faire du dépistage de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et des tests de détection d'intoxication aux solvants chez les enfants et jeunes « à risque ».
69. La rémunération des professeurs de l'école de Pikangikum devrait être alignée sur les grilles salariales provinciales, et un régime de retraite devrait aussi être offert à ces professeurs. Dans la mesure du possible, cela devrait être réalisé par l'entremise du Régime de retraite des enseignantes et des enseignants de l'Ontario. Le soutien au perfectionnement professionnel devrait être désigné comme tel et mis à la disposition des professeurs par l'intermédiaire du ministère de l'Éducation de la province.

Gouvernement fédéral - Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (INAC)

70. Le financement de l'éducation des Premières nations devrait être assumé par INAC à un niveau comparable à celui du financement accordé pour les autres enfants et jeunes qui reçoivent leur éducation dans la province de l'Ontario.
71. INAC devrait respecter son engagement à construire une nouvelle école à Pikangikum dans les plus brefs délais. Cette école devrait :
 - accueillir les enfants actuellement d'âge scolaire et les enfants qui s'inscriront dans le futur;

- comprendre des terrains de jeu ainsi que des terrains de soccer, de baseball et de basketball;
- comprendre un auditorium, où la collectivité pourra se réunir pour divers événements traditionnels et culturels;
- comprendre une garderie.

72. INAC devrait financer :

- La prestation des services d'une infirmière de la santé publique à l'école de Pikangikum.
- Une garderie à l'école où l'on pourrait fournir des services d'éducation de la petite enfance.
- La gestion des besoins spéciaux en éducation pour les enfants et les jeunes de Pikangikum, et cela devrait comprendre le dépistage général de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale ainsi que des plans visant à soutenir tant ces enfants dans le besoin que ceux qui souffrent de l'abus de solvants alors même qu'ils tentent de réaliser leurs projets d'études. Ce projet pourrait être réalisé dans le cadre de l'Initiative pancanadienne sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, qui est réalisée par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.

Le gouvernement fédéral, la province de l'Ontario et les Chiefs of Ontario

73. Le gouvernement fédéral, Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, les Chiefs of Ontario et les organismes politiques des Premières nations tels que la Nishnawbe Aski Nation, ainsi que la province de l'Ontario, le ministère de l'Éducation et le Bureau de l'éducation autochtone devraient tenir une réunion pour entreprendre un dialogue afin que la prestation des services d'éducation aux enfants et aux jeunes des Premières nations vivant sur des réserves en Ontario soit transférée du gouvernement fédéral au gouvernement provincial. Cela ne devrait d'aucune façon être perçu comme une tentative de nier les obligations constitutionnelles ou issues de traités du gouvernement fédéral en ce qui concerne le financement de l'éducation des Premières nations, mais plutôt comme une volonté d'utiliser les ressources et le savoir-faire établis du gouvernement provincial et de mettre à nouveau l'accent sur la planification, l'exécution et la prestation des services et l'obtention de résultats au profit des jeunes des Premières nations résidant en Ontario, afin, en dernière analyse, d'assurer la qualité de l'éducation fournie aux enfants et aux jeunes des Premières nations dans la province.

La Nishnawbe Aski Nation

74. Les collectivités des Premières nations de la Nishnawbe Aski Nation devraient envisager de créer un conseil scolaire des Premières nations pour le Nord. Elles pourraient y arriver en établissant des rapports avec la NAN et d'autres intervenants tels que le Northern Nishnawbe Education Council (NNEC) et le ministère de l'Éducation de la province, et en assurant la représentation des Premières nations au sein de ce conseil (à cette fin, il faudrait inviter des membres élus de chaque conseil tribal). Le conseil pourrait fixer plusieurs objectifs, dont l'accroissement des réalisations des élèves, la création de modèles efficaces de gestion des ressources et la prestation de services d'éducation distincts adaptés à la culture et aux traditions des Premières nations.

Thème - Les services policiers

La Première nation, le Chef et le Conseil de Pikangikum

75. La Première nation de Pikangikum devrait envisager de créer une commission de services policiers qui pourrait interagir avec les services policiers et la collectivité, et qui devrait être formée d'aînés et de personnes nommées par la collectivité, avec le Chef comme président.
76. Lorsqu'elle déterminera son mandat, la commission devrait s'assurer que les membres élus de la Première nation locale, tels que les membres du conseil, seront représentés au sein de cette commission par l'entremise du Chef et qu'ils :
- ne tenteront pas d'influencer la police ou d'entraver son travail en ce qui concerne la prestation de ses services courants;
 - mettront au point un processus qui permettra aux membres de la collectivité de faire part de leurs préoccupations aux membres de la commission, laquelle fera ensuite enquête au sujet du problème signalé avant de tenter de le régler.

Les Tikinagan Child and Family Services

77. Les Tikinagan Child and Family Services devraient voir, à titre prioritaire, à assurer le recrutement, la formation et le maintien en poste d'employés compétents (employés de première ligne et des secteurs de l'administration et de la gestion) pour contribuer à la prestation des services, à l'application des normes provinciales et à la protection des enfants dans la région de son bassin hydrologique, particulièrement à Pikangikum.
78. Les Tikinagan Child and Family Services devraient être soutenus par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) aux fins des tentatives qu'ils font pour recruter, former et

maintenir en poste des employés compétents qui accompliront des tâches liées à la protection de l'enfance.

79. On devrait accroître les capacités du personnel en matière de gestion du bien-être de l'enfance par l'entremise de l'orientation, de la formation permanente et de la supervision. Des points de référence devraient être établis pour les volumes de cas et la documentation et les échéanciers exigés, et leur conformité devrait être vérifiée.
80. Les employés des Tikinagan Child and Family Services à Pikangikum devraient avoir accès à un bureau, des téléphones et des ordinateurs, y compris les logiciels et les capacités requises pour remplir la documentation normalisée relative à la protection des enfants, lorsqu'ils travaillent à Pikangikum et dans des collectivités éloignées comparables.
81. En plus de la formation de base en protection de l'enfance, les membres du personnel devraient se voir offrir de la formation spécialisée relative à des sujets tels que l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foétale, la prévention du suicide, l'abus de solvants et la mobilisation des familles et des collectivités.
82. Les Tikinagan Child and Family Services et les Nodin Child and Family Intervention Services devraient participer à l'élaboration du programme communautaire de prévention du suicide de Pikangikum.
83. Tikinagan a constaté que dans certains des cas, une intervention plus affirmative est nécessaire, et sa propre recommandation est étayée par ce qui suit : « (...) le Chef et le Conseil de la Première nation de Pikangikum devraient s'engager à soutenir la réalisation du mandat de Tikinagan en matière de protection en reconnaissant que le fait de sortir des enfants de leur milieu familial peut parfois leur sauver la vie. » [traduction] On devrait examiner des approches pour gérer les difficultés financières entraînées par la perte du crédit d'impôt pour les enfants ne se trouvant plus sous la tutelle de leur famille afin de s'assurer que l'on agit dans le meilleur intérêt de ces enfants.
84. Tikinagan devrait tenter d'exploiter au maximum son appartenance à l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance (AOSAE) en permettant à ses employés de recourir aux ressources et à la formation offertes par cet organisme.

Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse

85. Il est recommandé que le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse établisse un fonds pour la documentation, l'élaboration et la mise en application de lois sur le bien-être de l'enfance pour la nation Anishinabek; ce fonds serait semblable à celui créé par un ancien ministre en 2007 et il serait rendu disponible par l'entremise du bureau des Chiefs of Ontario.

Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse

86. Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse devrait mettre en œuvre les recommandations énoncées dans la Northern Remoteness Study au nom de Tikinagan, de Payukotayno et d'autres organismes du Nord. Si, du reste, le MSEJ ne peut endosser ni mettre en œuvre ces recommandations, il devrait effectuer son propre examen des coûts liés à la prestation de services de bien-être de l'enfance dans le Nord de l'Ontario. Cet examen pourrait constituer une composante des travaux de l'actuelle Commission de promotion de la viabilité des services de bien-être de l'enfance, et il devrait rendre compte avec précision du coût lié à la prestation de services à des collectivités éloignées (y compris où il est seulement possible de se rendre par avion) des Premières nations, ainsi que des problèmes considérables qu'entraîne la prestation de ces services. Grâce à cet examen, il faudrait que l'on puisse s'assurer que les sociétés d'aide à l'enfance qui offrent des services aux collectivités des Premières nations disposeront d'un financement adéquat pour offrir un service qui satisfait aux normes provinciales, ou sinon qui se rapprochera le plus possible du niveau de service offert dans d'autres administrations en Ontario.
87. Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse devrait créer un fonds extraordinaire et des lignes directrices pour chaque région aux fins de la distribution de cet argent.

Thème - Les déterminants sociaux de la santé **Première nation de Pikangikum**

88. La Première nation de Pikangikum devrait créer un organisme responsable du logement.
89. La Pikangikum Housing Authority devrait examiner le lot de maisons actuel et évaluer les réparations dont elles devraient faire l'objet; elle devrait aussi mener une étude stratégique de la situation du logement pour comprendre les besoins projetés de la collectivité en fonction de la

croissance de la population. Un consultant externe devrait être engagé pour aider à la réalisation de cette étude.

Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (INAC)

90. INAC et la Première nation de Pikangikum devraient mener à terme leur projet de raccorder cette Première nation au réseau électrique. Le financement de ce projet devrait être fourni par INAC.
91. INAC et la Première nation de Pikangikum devraient revoir le fonctionnement du système de traitement de l'eau et définir s'il faut le mettre à niveau pour faire en sorte que Pikangikum ait accès à une eau potable saine, maintenant et dans le futur. Le financement des améliorations potentielles au système de traitement de l'eau devrait être fourni par INAC.
92. INAC devrait participer à l'étude stratégique portant sur l'hébergement (voir la recommandation 89) et prévoir la construction et la rénovation d'un nombre suffisant de logements pour répondre aux besoins criants en matière d'hébergement et régler le problème de surpopulation qui existe au sein de la Première nation de Pikangikum. Le chef et le conseil estiment qu'il faudrait 50 nouvelles habitations pour redresser la situation.
93. INAC et la Première nation de Pikangikum devraient revoir le fonctionnement du système d'égout et définir s'il faut le mettre à niveau pour faire en sorte que Pikangikum dispose d'un système d'égout sécuritaire et sain dans le futur et qui ne compromettra pas l'approvisionnement en eau potable de la communauté. Le financement des améliorations potentielles au système d'égout devrait être fourni par INAC.
94. INAC et la Pikangikum Housing Authority doivent veiller à ce que les habitations construites dans le futur soient reliées à un système de distribution de l'eau et à l'étang de stabilisation. De plus, la Pikangikum Housing Authority devrait déterminer quelles maisons peuvent être rénovées de manière à ce que l'on puisse y installer de la plomberie ainsi qu'un système d'égout intérieurs. INAC devrait fournir le financement nécessaire pour ces améliorations en ce qui concerne les maisons adaptables.

Le gouvernement fédéral

95. Le gouvernement du Canada et Affaires autochtones et Développement du Nord Canada devraient définir une stratégie de lutte contre la pauvreté chez les peuples autochtones axée principalement sur les peuples vivant dans des réserves éloignées et isolées comme Pikangikum. Cette stratégie pourrait s'inspirer des stratégies provinciales comme la *Loi de 2009 sur la réduction de la pauvreté* de l'Ontario ou la stratégie de réduction de la pauvreté de la Nouvelle-Écosse.
96. Le gouvernement du Canada et Affaires autochtones et Développement du Nord Canada devraient soutenir la réalisation du projet de la forêt Whitefeather de la Première nation de Pikangikum.

La Première nation de Pikangikum

97. La Première nation de Pikangikum devrait entreprendre un examen de sa politique et de ses pratiques électorales et envisager d'adopter un processus électoral en vertu duquel les représentants élus demeurerait en poste pour une longue période de temps, ce qui leur permettrait d'acquérir des connaissances et de la stabilité politique. De même, cela laisserait du temps pour gagner des appuis et faire accepter des projets visant à mettre à niveau les infrastructures communautaires. La Première nation pourrait tirer profit du fait d'officialiser par écrit et de communiquer son processus électoral à ses électeurs. Elle pourrait aussi obtenir de l'aide auprès d'organismes tels que la Nishnawbe Aski Nation qui seraient au fait des « pratiques exemplaires » se rapportant à la gouvernance des Premières nations. On devrait aussi obtenir des consultations et de l'aide auprès du National Centre for First Nations Governance Institute.
98. La Pikangikum Housing Authority devrait établir clairement ses besoins futurs en matière de terres à la suite de son étude (voir la recommandation 89) et, avec l'aide d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, réserver des terres pour soutenir la croissance de la population de Pikangikum.

Le gouvernement de l'Ontario et le gouvernement fédéral

99. Un comité nommé Comité directeur de Pikangikum devrait être mis sur pied :
 - Les coprésidents du comité devraient être issus d'un ministère provincial et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuit de Santé Canada.
 - La province de l'Ontario devrait nommer des représentants interministériels (sous-ministres adjoints) issus des ministères de la Santé et des Soins de longue durée, des Affaires

autochtones, des Services à l'enfance et à la jeunesse, de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, de la Promotion de la santé et du Sport et de l'Éducation.

- La Première nation de Pikangikum devrait être représentée au sein de ce comité par le chef, le sous-chef, un jeune leader et un aîné.
- Les représentants du gouvernement fédéral siégeant au comité devraient inclure des intervenants d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuit de Santé Canada.
- Les membres invités pourraient inclure des représentants du Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest, de la Sioux Lookout and First Nations Health Authority, de la Nishnawbe Aski Nation, du Sioux Lookout Meno-Ya-Win Health Centre, des Nodin Child and Family Intervention Services, des Tikinagan Child and Family Services, de la Police provinciale de l'Ontario, du Programme ontarien de télépsychiatrie pour les enfants et les jeunes ainsi qu'un psychiatre pour enfants et adolescents fournissant des services dans le Nord-Ouest de l'Ontario.
- L'objectif du Comité directeur de Pikangikum serait de veiller à la réalisation des recommandations formulées dans le présent rapport.

100. Afin de changer le contexte qui règne à Pikangikum, il faudrait faire ce qui suit entre autres :

- Les aînés, le chef et les membres du conseil de bande ainsi que des membres sélectionnés de la collectivité devraient entreprendre un dialogue sur toute recommandation formulée dans le rapport.
- Les aînés, le chef et les membres du conseil de bande devraient mettre en place des programmes pour favoriser et faciliter les changements dans la communauté des Premières nations de Pikangikum.
- Des systèmes devraient être mis au point pour soutenir et stimuler le leadership en matière de changement.
- Compte tenu du contexte historique et actuel, la collectivité de Pikangikum, le gouvernement et toutes les autres parties concernées devraient s'attendre à ce que la réalisation du processus de changement prenne beaucoup de temps. L'intervention qu'il faudra effectuer pour maximiser les résultats devra durer dix ans.

BIBLIOGRAPHIE

1. Horizons of Hope: An Empowering Journey, Youth Forum, rapport final, Nishnawbe-Aski Nation Youth Forum on Suicide, 1996, p. 257.
2. Plan d'action stratégique du MAA, « Desired outcomes », juin 2008.
3. Anastasia M. Shkylnik, A Poison Greater than Love: The Destruction of an Ojibway Community, Yale University Press, 1985.
4. David McRobert, compte rendu de A Poison Greater than Love: The Destruction of an Ojibway Community, Akwekon Journal, 1985.
5. http://en.wikipedia.org/wiki/Pikangikum_First_Nation
6. <http://www.nan.on.ca>.
7. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/suicide>
8. <http://www40.statcan.gc.ca/l01/cst01/perhlth66a-fra.htm>
9. La nouvelle approche des affaires autochtones de l'Ontario - Des communautés autochtones prospères et épanouies créent un avenir meilleur pour les enfants et les adolescents autochtones, Secrétariat des affaires autochtones de l'Ontario.
10. Organisation mondiale de la santé, Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la santé, 1978, disponible à www.searo.who.int/EN/Section898/Section1441.htm.
11. Ann. C. Macaulay, Improving Aboriginal Health. How can health professionals contribute?, Canadian Family Physician, vol. 55, avril 2009.
12. Affaires autochtones et Développement du Nord Canada [site Web] Ottawa (Ontario), Affaires indiennes et du Nord Canada, 2009, à www.ainc-inac.gc.ca/index-fr.asp.
13. R.W. Dunning, Social and Economic Changes among the Northern Ojibwa, University of Toronto Press, 1959.
14. L. Kirmayer et autres, Le suicide chez les Autochtones au Canada, Fondation autochtone de guérison, 2007.
15. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/suicide>
16. http://en.wikipedia.org/wiki/Pikangikum_First_Nation
17. M. Kostenuik et autres, Approach to adolescent suicide prevention, Canadian Family Physician, vol. 56, août 2010.
18. Canadian Taskforce on Preventative Health Care, Prevention of Suicide, London, Ontario, Canadian Task Force of Preventative Health Care, 2003.
19. M.S. Gould et autres, Time-space clustering of teenage suicide, Am J Epidemiology, 1990, 131(1).
20. R.A. Friedman, Uncovering an epidemic-screening for mental illness in teens, N Engl J Med 2006, 355(26).
21. <http://www40.statcan.gc.ca/l01/cst01/perhlth66a-fra.htm>.
22. P. Hettinga et autres, Savoir et AGIR : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations, Santé Canada, 2003.
23. Horizons of Hope: An Empowering Journey, Youth Forum, rapport final, Nishnawbe-Aski Nation Youth Forum on Suicide, 1996.
24. <http://www.fin.gov.on.ca/en/economy/ecupdates/factsheet.html>.
25. M.J. Chandler et C. Lalonde, Cultural Continuity as a Hedge Against Suicide in Canada's First Nations.
26. L. Kirmayer et autres, Le suicide chez les Autochtones au Canada, Fondation autochtone de guérison, 2007.
27. Conversation personnelle, chef de police Rick Angecone, Premières nations du lac Seul, 14 octobre 2010.
28. J. Smylie et autres, Indigenous Children's Health Report: Health Assessment in Action, p. 35.
29. Sioux Lookout First Nations Health Authority, rapport annuel 2008-2009.
30. <http://www.tikinagan.org>
31. <http://www.oacas.org>
32. Tikinagan Child and Family Services, rapport annuel 2009-2010.
33. Notes relatives à des rencontres avec des membres du personnel de Tikinagan, mars 2010.
34. Examen interne de décès d'enfants effectué par une société, 2010.
35. Sioux Lookout Meno-Ya-Win Health Centre; A backgrounder, First Nations Services, 23 juillet 2004.
36. Meno Ya Win Health Centre, compilation liée à des recherches, 2007-2009.

37. www.google.ca/search?hl=en&source=hp&q=lake+of+the+woods+district+hospital&meta=&aq=1&aqi=g10&aql=&oq=lake+of+the+w&gs_rfai=
38. www.tbrhsc.net/programs_&_services/mental_health.asp.
39. Ontario Provincial Police Policing in Remote First Nations Communities, observations de la Police provinciale de l'Ontario présentées au Comité d'examen des décès d'enfants, octobre 2010.
40. Project Journey, A model Program for Developing and Engaging Aboriginal Youth, A proposal to reduce crime in Aboriginal Communities.
41. De solides bases pour l'avenir, ministère de l'Éducation, www.edu.gov.on.ca, p. 13.
42. Cadre d'élaboration des politiques de l'Ontario en éducation des Premières nations, des Métis et des Inuit, Bureau de l'éducation des Autochtones, ministère de l'Éducation, 2007, www.edu.gov.on.ca.
43. en.wikipedia.org/wiki/Aboriginal_peoples_in_Canada.
44. Loi sur les garderies, L.R.O. 1990.
45. www.peterballantyne.ca/health.html.
46. Santé des Premières nations et des Inuits - Recueil des programmes, Santé Canada, March 2007.
47. www.wawataynews.ca/node/12374
48. L. Macfadden, Première nation de Pikangikum, proposition de programme de ressourcement traditionnel axé sur la terre présentée à Santé Canada, Direction générale des services médicaux, région de l'Ontario, décembre 1997.
49. L. Macfadden, lettre au chef Chief Paddy Peters et aux membres du conseil, 17 juin 1998.
50. Loi sur la santé mentale, L.R.O. 1990.
51. Ian Brown, Main Problems in Aboriginal Mental Health, www.niichro.com/mental%health/men_2.html.
52. Plan de services de santé intégrés, RLISS du Nord-Ouest, 2010-2013.
53. Leading Health System Transformation in Our Communities, 2010-2013, orientations stratégiques du RLISS du Nord-Ouest, juin 2010, RLISS du Nord-Ouest.
54. Aboriginal Health Programs and Services Inventory, RLISS du Nord-Ouest, juin 2010.
55. L. Kirmayer et autres, Le suicide chez les Autochtones au Canada, Fondation autochtone de guérison, 2007.
56. L. Davidson, Suicide clusters in youth, in C.R. Pfeffer CR, ed., Suicide among youth; perspectives on risk and prevention, Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1989:83-99.
57. P. Hazell, Adolescent suicide clusters: Evidence, mechanisms and prevention, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1993, 27: 653-665.
58. Lachie Macfadden, Pikangikum Youth Conference 2008, 6 avril, p. 2.
59. P. Links, Ending the Darkness of suicide [éditorial], Can J Psychiatry 2006, 51, (3):129-130.
60. K. Dervic et autres, Completed suicide in Childhood, Psychiatr Clin North Am (2008), p. 282.
61. E. McGarvey et autres, Adolescent inhalant abuser: environments of use, Am J Drug Alcohol Abuse, 1999, 25:731-41.
62. M. Howard et autres, Inhalant use among urban American Indian Youth, Addiction, 1999, 94:83-95.
63. S.H. Dinwiddie, Abuse of inhalants; a review, Addiction, 1994, 89:925-39.
64. E. Weir, Public Health; Inhalation use and addiction in Canada, CMAJ, 6 fév., 2001, 164(3).
65. Réseau local d'intégration des services de santé, plan de services de santé intégrés 2010-2013.
66. Savoir et AGIR : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations, rapport du Comité consultatif sur la prévention du suicide.
67. L'abus de solvants volatils chez les jeunes, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
68. A.D. Dell et autres, Resiliency and Holistic Inhalant Abuse Treatment, Journal of Aboriginal Health, mars 2005, p. 8.
69. Communication personnelle, surintendant Brad Blair, Police provinciale de l'Ontario, octobre 2010.
70. S.E. Brock, Suicide postvention, exposé présenté en mai 2003 au Safe School Seminar du DoDEA (Department of Defense Education Activity).
71. Santé des Premières nations et des Inuits - Recueil des programmes, Santé Canada, mars 2007.
72. R.L. Balster et autres, Classification of abused inhalants, Addiction, 104, pp. 878-882.
73. L'abus de substances volatiles, Comité de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis, Société canadienne de pédiatrie, www.cps.ca/Francais/publications/PremieresNationsEtInuit.htm.

74. Inhalants, National Inhalant Prevention Coalition, www.inhalants.org/guidelines.htm.
75. B.J. Fidler, Pikangikum First Nation Report on the Increase in Suicidal Behaviour in 2000, Nodin Counselling Services, 29 novembre 2000.
76. Looking for Something to Look Forward to...: A Five-Year Retrospective Review of Child and Youth Suicide in B.C., Child Death Review Unit, B.C. Coroners Service, 2008.
77. Suicide and Prevention, An Overview, D' Paul Links, Arthur Sommer Rotenberg Chair in Suicide Studies, communication présentée le 28 octobre 2010, Annual Educational Course for Coroners and Pathologists.
78. Ministère des Affaires autochtones.
79. Loi constitutionnelle de 1867.
80. The James Bay Treaty No. 9 (édicte en 1905 et en 1906) et adhésions faites en 1929 et 1930.
81. www.google.ca/search?hl=en&source=hp&q=acculturation+definition&meta=&aq=1&aqi=g10&aql=&oq=accult&gs_rfai=.
82. <http://www.answers.com/topic/colonization>.
83. http://en.wikipedia.org/wiki/Social_determinants_of_health.
84. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php>.
85. D. Raphael, Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 2^e édition, Canadian Scholars' Press, 2009.
86. J. Mikkonen, et D. Raphael, 2010, Social Determinants of Health: The Canadian Facts, Toronto, York University School of Health Policy and Management, www.thecanadianfacts.org.
87. www.cbc.ca/canada/story/2007/07/24/school-fire.html.
88. Ébauche de résolution, 2010, <http://www.cfuw.org/resolutions.aspx>.
89. www.nnec.on.ca.
90. www.nnec.on.ca/adminstration.
91. Toronto Sun, 7 novembre 2010.
92. Linda Goyette, Still Waiting, Canadian Geographic, décembre 2010, p. 48.
93. William Berens, tel que raconté à A. Irving Hallowell, Memories and Dreams of an Ojibwe Leader, introduction révisée par Jennifer S.H. Brown and Susan Elaine Gray, Rupert's Land Society, 10 McGill-Queen's University Press, Montréal et Kingston, 2009.
94. Maurice Brubacher, Coming Home, The Story of Tikinagan Child and Family Services, Sioux Lookout, Tikinagan Child and Family Services, 2006.
95. Santé Canada, Santé des Premières nations et des Inuits, région de l'Ontario, rapports sur l'utilisation de médicaments, 2007-08, Ottawa, mai 2009.
96. Canada, protocole d'entente sur les programmes d'aide sociale pour les Indiens, Ottawa, 1965.
97. R.W. Dunning, Social and Economic Change Among the Northern Ojibwa, University of Toronto Press, Toronto, 1959.
98. James Frideres, avec le concours de Lilianne Ernestine Krosenbrink-Gelissen, Native Peoples in Canada, Contemporary Conflicts, 4^e édition, Scarborough, Ontario, Prentice Hall Canada Inc., 1993.
99. A.I. Hallowell, Culture and Experience, Waveland Press Inc., Prospect Heights, Illinois, 1955.
100. A.I. Hallowell, Selected Papers of A. Irving Hallowell, 1892-1974, Contributions to Anthropology, University of Chicago Press, 1976.
101. Sheila Kieran, The Family Matters, two centuries of family law and life in Ontario, Key Porter Books, Toronto, 1986, p. 73.
102. Ontario, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, Signaler les cas d'enfants victimes de mauvais traitements et de négligence : c'est votre devoir, Toronto, 2005.
103. Ontario, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2009-10, résumé au deuxième trimestre, région du Nord-Ouest de l'Ontario.
104. Ontario, Report of the Ontario Legal Aid Review, volume 2, A Blueprint for Publicly Funded Legal Services, D. Auger, Legal Aid, Aboriginal People, and the Legal Problems faced by Persons of Aboriginal Descent in Northern Ontario, Toronto, 1997, pp. 397-438.
105. Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance (AOSAE), Barnes Management Group Inc., Northern Remoteness: Study and Analysis of Child Welfare Funding Model Implications on Two First Nations Agencies, Tikinagan Child and Family Services et Payukotayno James Bay and Hudson Bay Family Services, décembre 2006.
106. Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance (AOSAE), Child in Care Fact Sheets, Toronto, août 2009.
107. Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance, L'aide à l'enfance, c'est vous, rapport des sociétés d'aide à l'enfance, 2009-10, Toronto, avril 2010.

108. Social determinants and Indigenous health: The International experience and its policy implications, rapport du International Symposium on Social Determinants of Indigenous Health, Adelaide, 29 et 30 avril 2007, organisé pour la Commission on the Social Determinants of Health (CSDH).
109. http://en.wikipedia.org/wiki/Social_determinants_of_health.
110. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php>.
111. D. Raphael, Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 2^e édition, Canadian Scholars' Press, 2009.
112. J. Mikkonen et D. Raphael, Social Determinants of Health The Canadian Facts, Toronto, York University School of Health Policy and Management, copyright 2010, p. 5, www.thecanadianfacts.org.
113. <http://www.rhs-ers.ca/fr/english/ocap.asp>.
114. D.J. Auger, Stories from Residential School, Nishnawbe Aski Nation et Fondation autochtone de guérison, copyright 2005, Nishnawbe Aski Nation.
115. D.J. Auger, Indian Residential Schools in Ontario, Nishnawbe Aski Nation, copyright 2005.
116. www.nrsss.ca/Resource_Centre/PelicanLakeIRS/index.htm.
117. Gage Canadian Dictionary.
118. North South Partnership for Children and the Pikangikum Community, Members and the Pikangikum community Members Participatory Assessment of Pikangikum, February 2008.
119. C. Loppie et F. Wien, Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009.
120. Future Directions for the In-Care Services in a Sustainable Child Welfare System, document de travail. no 3, décembre 2010. p.12.
121. J.F. Finlay et A. Nagy, Pikangikum – Root Causes of Youth Suicide Within a Remote First Nation, en cours de publication.

GLOSSAIRE

Acculturation. Modification de la culture d'un groupe ou d'une personne à la suite d'un contact avec une culture différente.

Aînée et aîné. Homme ou femme dont la sagesse concernant la spiritualité, la culture et la vie est reconnue par la collectivité. Les aînés ne sont pas tous « âgés ». Il arrive parfois que l'esprit du Créateur choisisse d'habiter une jeune personne autochtone. Les collectivités autochtones et leurs membres demandent habituellement des conseils et de l'aide aux aînés dans divers domaines aussi bien traditionnels que contemporains.

APN. Assemblée des Premières Nations, un organisme national qui représente environ 700 000 membres des Premières nations au Canada. Il défend et soutient les objectifs, les droits, les aspirations et les valeurs traditionnelles et spirituelles des membres des Premières nations de toutes les générations.

Autochtone. Le terme s'applique aux membres des Premières nations (inscrits et non inscrits), aux Métis et aux Inuits du Canada.

Automutilation. Mutilations qu'on s'inflige à soi-même, sans intention suicidaire.

Bande. Aux termes de la *Loi sur les Indiens*, une bande désigne un « groupe d'Indiens (...) à l'usage et au profit communs desquels des terres [...] ont été mises de côté ». Chaque bande est dirigée par un conseil de bande, formé habituellement d'un chef et de plusieurs conseillers. Ses membres partagent généralement des valeurs, des traditions et des pratiques communes enracinées dans leur langue et leur patrimoine ancestral. De nos jours, de nombreuses bandes préfèrent se faire appeler Premières nations.

Colonisation. Exercice d'un pouvoir politique et économique par un état dont les ressortissants occupent le territoire et possèdent généralement une supériorité organisationnelle et technologique par rapport à la population autochtone. Il peut s'agir d'une simple migration de ressortissants vers le territoire, ou d'une prise de contrôle du territoire par l'armée ou des représentants civils de la force dominante.

Comité consultatif sur la prévention du suicide. Groupe composé de huit chercheurs et professionnels de la santé, autochtones et non autochtones, qui ont été nommés en 2001 par le chef national de l'Assemblée des Premières nations et par l'honorable Allan Rock, ancien ministre de la Santé, afin de faire leurs recommandations en matière de prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations.

Commission royale sur les peuples autochtones. Organisme qui a réalisé une vaste commission d'enquête sur les problèmes que vivent les Autochtones au Canada et produit plusieurs volumes de recherche qui ont culminé en un rapport final en cinq volumes en 1996.

Comportement suicidaire. Idées, menaces ou tentatives de suicide.

Conseil de bande ou conseil de Première nation. L'organisme de gestion d'une bande. Les membres de la collectivité choisissent le chef et les conseillers par scrutin ou selon les coutumes traditionnelles. Les pouvoirs du conseil varient d'une bande à l'autre.

Conseil tribal. Les conseils tribaux représentent habituellement un groupe de Premières nations dans le but de faciliter l'administration et la prestation des services locaux à leurs membres.

Consommation/abus de substances. La consommation ou l'abus de substances telles que l'alcool et les drogues (légal ou illégal).

DGSPNI. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, un organisme chapeauté par Santé Canada, la DGSPNI, autrefois appelée Direction générale des services médicaux, travaille avec les collectivités pour améliorer la santé des membres des Premières nations et des Inuits.

Dossier en cours. Un cas dans lequel le coroner n'a pas terminé son enquête sur le décès.

Dossier fermé. Un cas dans lequel le coroner a terminé son enquête sur un décès.

Droits ancestraux. Les droits que certains Autochtones du Canada détiennent à la suite de l'utilisation et de l'occupation de terres par leurs ancêtres avant l'arrivée des Européens ou avant la souveraineté britannique au Canada. Les droits ancestraux varient d'un groupe à l'autre selon les coutumes, les pratiques et les traditions qui façonnent les particularités culturelles de chacun.

Droits issus des traités. Les droits précisés dans un traité, notamment le droit de chasser et de pêcher dans un territoire traditionnel ou d'occuper et d'utiliser des réserves. Ce concept peut avoir différentes significations selon le contexte et la perspective de l'utilisateur.

Enfant. Aux fins du présent rapport, le terme s'applique aux jeunes de moins de 19 ans.

Facteurs de risque modifiables. Les facteurs de risque qui peuvent être éliminés ou atténués par une intervention, et contribuer à réduire les probabilités de blessure, de maladie ou de décès.

Facteurs de risque non modifiables. Les facteurs de risque qui ne peuvent être modifiés, y compris l'âge, le sexe biologique, l'ascendance autochtone et l'orientation sexuelle.

Famille dysfonctionnelle. La conséquence d'une pratique sociale ou d'un modèle de comportement (par exemple la violence ou la négligence) qui mine la stabilité de la cellule familiale.

First Nations Education Authority. La First Nations Education Authority est une administration scolaire comparable à un conseil en éducation. La plupart des Premières nations ont une administration scolaire, qui est responsable d'administrer l'éducation dans la collectivité. Elle embauche les enseignants et les directeurs qui travaillent dans les écoles de la collectivité, détermine le programme que doivent suivre les écoles, et négocie les ententes sur les frais de scolarité avec les conseils scolaires subventionnés par la province quand des élèves doivent quitter la collectivité pour poursuivre leurs études primaires ou secondaires.

Gouvernance des Premières nations. Renvoie aux conventions négociées qui accordent aux Premières nations une plus grande liberté de décision et compétence législative que ne le prévoit la *Loi sur les Indiens* dans sa version actuelle. (Le Canada emploie l'expression « autonomie gouvernementale ».) En Ontario, les conventions de gouvernance qui sont négociées par le Canada avec les Premières nations ne seront pas des traités, ne créeront pas de nouveaux droits, tels que les droits de chasse et de pêche, et n'élargiront pas le territoire de réserve des Premières nations.

ICSI. Institut canadien de la santé infantile, un organisme national voué à l'amélioration de la santé des enfants et des jeunes Canadiens.

Idées suicidaires. Idées d'actions suicidaires commises contre soi-même.

Indienne ou Indien. La signification de ce terme varie selon le contexte. Aux termes de la *Loi sur les Indiens*, un Indien désigne une « personne qui, conformément à la *Loi sur les Indiens*, est inscrite à titre d'Indien ou a droit de l'être ». Le mot « Indien » est inclus dans plusieurs expressions, comme « Indien inscrit », « Indien non inscrit » et « Indien visé par un traité ». Les Indiens inscrits sont ceux qui sont inscrits dans le registre des Indiens en vertu de la *Loi sur les Indiens*, bien que certains pensent qu'il faudrait y inclure les Indiens qui ne sont pas inscrits au registre, mais qui auraient le droit de l'être. Les Indiens non inscrits sont ceux qui ont perdu leur statut, ou dont les ancêtres n'ont jamais été inscrits ou ont perdu leur statut, en vertu de dispositions anciennes ou actuelles de la *Loi sur les Indiens*. Les Indiens visés par un traité sont les membres d'une collectivité dont les ancêtres ont signé un traité avec la Couronne, ce qui leur donne droit aux avantages découlant de ce traité. Le mot « Indien » a été utilisé pour la première fois en 1492 par Christophe Colomb qui croyait avoir atteint l'Inde.

Initiative Grandir ensemble. Une initiative de Santé Canada qui constitue l'un des quatre volets de financement du gouvernement fédéral en matière de services liés à la santé mentale. Elle soutient les activités communautaires de développement des collectivités qui favorisent le bien-être des enfants des Premières nations, de leurs familles et de leurs collectivités.

Intimidation. Comportement répétitif qui est posé par une ou plusieurs personnes (enfant, adolescent, adulte) envers une ou plusieurs personnes. C'est un acte intentionnel qui vise à blesser l'autre ou à le rendre mal à l'aise.

Inuit. Peuple autochtone du Nord du Canada, vivant principalement au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest, dans le Nord du Québec et au Labrador. L'Ontario compte une très petite population inuit. Les Inuit ne sont pas assujettis à la *Loi sur les Indiens*. Le gouvernement fédéral a réglé plusieurs revendications territoriales avec les Inuit.

ISA. Institut de la santé des Autochtones, une division d'Instituts de recherche en santé au Canada, un organisme fédéral responsable du financement de la recherche en santé au Canada.

Jeune. Aux fins du présent rapport, le terme jeune s'applique aux personnes de plus de 12 ans et de moins de 19 ans.

Loi sur les Indiens. Texte législatif fédéral qui régleme les Indiens et les réserves, et qui précise les obligations et responsabilités du gouvernement fédéral envers les Premières nations et les terres qui leur ont été réservées. La première *Loi sur les Indiens* a été adoptée en 1876, bien que de nombreux textes de loi concernant les Indiens et les réserves aient été adoptés avant et après la Confédération. Depuis, la loi a fait l'objet de nombreuses modifications, révisions et réadoptions. Elle est administrée par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien.

Marginaliser. Exclure, ignorer ou mettre à l'écart quelqu'un, un groupe de la société.

ONSA. Organisation nationale de la santé autochtone, un organisme conçu et contrôlé par des Autochtones voué à l'amélioration de la santé physique, sociale, mentale, émotionnelle et spirituelle des peuples autochtones.

Parasuicide. Acte dont l'issue n'est pas fatale dans lequel une personne pose un geste inhabituel qui, sans l'intervention des autres, pourrait entraîner des blessures, ou ingère une substance dans une quantité qui excède la posologie prescrite ou généralement reconnue, en espérant provoquer des changements grâce aux conséquences réelles ou prévues.

Peuple autochtone. Les descendants des premiers habitants de l'Amérique du Nord. Le paragraphe 35(2) de la *Loi constitutionnelle de 1982* stipule : « Dans la présente loi, 'peuples autochtones du Canada' s'entend notamment des Indiens, des Inuits et des Métis du Canada. » Ces groupes distincts ont un patrimoine, une langue, des pratiques culturelles et des croyances qui leur sont propres. Le lien qui les unit est leur origine indigène.

Peuple métis. Peuple formé d'un mélange de Première nation et d'ancêtres européens. On retrouve dans l'histoire et la culture des Métis différentes origines ancestrales, par exemple des origines écossaise, irlandaise, française, ojibwa et crie.

PNLAADA. Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, une autre initiative en santé mentale offerte par Santé Canada qui soutient les travailleurs de la collectivité et les traitements en matière d'alcoolisme et de toxicomanie qui sont gérés par les Premières nations et adaptés à leur culture.

Postvention. Une série d'activités suivant le suicide d'un jeune, conçue pour soutenir les survivants et prévenir la contagion du suicide ou un comportement suicidaire par imitation (Dafoe et Monk, 2005).

Pour des collectivités en bonne santé. Une autre initiative de Santé Canada qui soutient la création de services d'intervention et de formation communautaires en matière de santé mentale, et de programmes visant à contrer l'abus de solvants.

Premières nations. Des entités formellement désignées et juridiquement reconnues comme des « bandes » par la *Loi sur les Indiens*. L'article 35 de la Constitution canadienne (i 982) protège les droits ancestraux et les droits conférés par un traité des Premières nations et de deux autres peuples autochtones, soit les Inuits et les Métis.

Problème de santé mentale. Diminution importante des habiletés cognitives, affectives ou relationnelles d'une personne pouvant être reconnue comme un trouble médical.

Promotion de la santé mentale. Promouvoir une santé mentale positive dans la population en misant sur les compétences, les ressources et les forces, et en s'attardant aux facteurs déterminants de la santé mentale. (La promotion de la santé mentale n'est pas l'équivalent de la prévention de la maladie mentale, qui vise à réduire l'incidence, la prévalence ou la gravité de troubles ou problèmes précis.) (Balfour, 2007).

Réserve. Une terre qui a été mise de côté par le gouvernement fédéral pour l'usage et le bénéfice d'une bande ou d'une Première nation particulière. En vertu de la *Loi sur les Indiens*, cette terre ne peut pas appartenir à des membres particuliers de la bande ou de la Première nation.

SSNA. Services de santé non assurés, une autre initiative en santé mentale offerte aux Premières nations par Santé Canada. En plus des produits pharmaceutiques, des fournitures et de l'équipement médicaux, des soins dentaires, des soins de la vue et du transport pour raison médicale, le SSNA couvre certains traitements professionnels en santé mentale et certains services de counseling en matière d'intervention en situation de crise.

Suicide. Le Bureau du coroner en chef considère qu'un décès a pour cause le suicide quand il découle d'un acte intentionnel que commet une personne qui connaît les conséquences probables de son geste, c'est-à-dire la commission ou l'omission d'un geste entraînant la mort. Selon le dictionnaire, le suicide est « l'action de causer volontairement sa propre mort » surtout lorsque la personne a l'âge de raison et est saine d'esprit.

Tentative de suicide. Une blessure non accidentelle que l'on s'inflige à soi-même et qui n'entraîne pas la mort.

Terres traditionnelles. Les terres utilisées et occupées par les Premières nations avant l'arrivée des Européens ou la souveraineté britannique.

Traité. Une entente officielle entre la Couronne et les Autochtones.

ANNEXE 1. Charte de projet



Suicide chez les jeunes de la Première nation de Pikangikum de 2006 à 2008
Charte de projet

Mission

Examiner les circonstances des 16 cas de décès par suicide chez les adolescents de la Première nation de Pikangikum de 2006 à 2008 et faire des recommandations pour éviter que d'autres décès surviennent dans des circonstances similaires. Le projet a pour but de mettre en œuvre, en partie, la recommandation n° 1 du rapport annuel de 2009 du Comité d'examen des décès d'enfants publié à la suite de l'examen de 9 décès : « À l'issue de l'exercice, il a été recommandé de tenir une enquête communautaire pour examiner les éléments suivants :

1. La compréhension et la réaction du Chef et du Conseil aux conditions qui règnent dans la collectivité, lesquelles ont mené au taux élevé de suicides.
2. Le rôle que pourraient jouer l'éducation, les services de santé et d'autres services communautaires dans la prévention du désespoir et, en définitive, du suicide de ces jeunes.
3. Les contributions des membres de la collectivité et des leaders naturels à l'élaboration de stratégies de prévention du suicide chez les jeunes.
4. Les stratégies de prévention du suicide à l'échelle de la collectivité.
5. Les progrès ou les résultats obtenus depuis l'enquête réalisée sur le suicide de la jeune Autochtone Selena Sakanee en 1999. »

Portée du projet

1. L'examen comprendra tous les jeunes décédés par suicide.
2. Il est prévu que l'examen portera sur les jeunes des Premières nations et les Métis, mais tous les jeunes seront inclus, sans distinction raciale.
3. L'examen portera uniquement sur les décès survenus de 2006 à 2008, mais les décès survenus d'autres années pourront être cités en référence.
4. L'examen se limitera aux jeunes d'au moins 10 ans, mais de moins de 19 ans.
5. L'examen se limitera aux décès survenus dans la collectivité de la Première nation de Pikangikum.
6. Le rapport final sera rendu public.

Première consultation

Les personnes ci-dessous ont été consultées en vue d'obtenir des conseils et de discuter de l'élaboration d'une méthode générale avec le président :

1. Le grand chef Stan Beardy, Nishnawbe Aski Nation.
2. Le conseil et la Première nation de Pikangikum pendant une rencontre avec le Dr David Eden en février 2009.
3. Le Dr David Eden, ancien coroner régional principal de la région du Nord-Ouest.
4. M. Micheal Hardy, directeur général, Tikinagan Child and Family Services.
5. Le Dr Richard Meen, pédopsychiatre, Kinark Child and Family Services.
6. Le Dr Paul Links, titulaire de la chaire Arthur Sommer Rotenberg d'études sur le suicide, Centre de recherche Keenan, Hôpital St. Michael, Université de Toronto.
7. Mme Sabrina Squire, infirmière autorisée offrant des soins primaires aux collectivités des Premières nations.
8. Mme Susan Abell, consultante en bien-être de l'enfance et membre du Comité d'examen des décès d'enfants.
9. La Dr Judy Finlay, professeure agrégée, School of Child and Youth Care, Université de Ryerson; coprésidente de North-South Partnership for Children et ancienne intervenante provinciale en faveur des enfants et des jeunes.
10. M. Irwin Elman, Intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes.
11. Mme Jeanette Lewis, directrice générale, Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance.

12. L'inspecteur Brad Blair, Police provinciale de l'Ontario.
13. Mme Cathy Paul, directrice, Secrétariat au bien-être de l'enfance, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.
14. Mme Catherine Beamish, bureau d'avocats de Sioux Lookout – droit des Autochtones.
15. Mme Lori Sterling, sous-ministre adjointe, ministère des Affaires autochtones.
16. Le Bureau des coroners de la Colombie-Britannique, Child Death Review Unit.
17. Le chef Jonah Strang et les membres du conseil qui ont participé aux réunions des 6 et 7 mars 2010.

Objectifs

Phase 1

Cinq comités d'examen distincts seront créés. Chaque comité sera composé de membres possédant des connaissances, une expérience et un savoir-faire dans un domaine en lien avec le sujet traité par le comité.

Partie 1 : Visite à la Première nation de Pikangikum à Sioux Lookout : Comité du chef, du conseil et des aînés de Pikangikum

1. Une réunion avec le conseil et les aînés a été acceptée par le chef Jonah Strang le 18 janvier 2010. Le but de cette rencontre est de déterminer :
 - leur volonté de participer à l'examen;
 - leur point de vue sur la cause des décès;
 - les solutions qu'ils proposent pour éviter que d'autres décès surviennent.
2. Rencontre avec le directeur et les enseignants des niveaux primaire et secondaire en vue de déterminer :
 - l'éducation qui est offerte aux enfants et aux jeunes en matière de suicide, du point de vue de la prévention, de l'intervention et de la postintervention;
 - leur point de vue sur la cause des décès;
 - les solutions qu'ils proposent pour éviter que d'autres décès surviennent.
3. Rencontre avec l'équipe de soins primaires, y compris M. Shawn Dookie et Mme Melanie Turpin, infirmiers autorisés au centre de santé de Pikangikum, en vue de discuter des points suivants :
 - les ressources dont l'équipe dispose pour offrir aux jeunes des services en santé mentale et en toxicomanie;
 - le rôle de Santé Canada par rapport à celui du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario dans la prestation de ces services;
 - les stratégies mises en œuvre du point de vue des soins de santé pour offrir des services de prévention, d'intervention et de postintervention en matière de suicide des jeunes;
 - leur point de vue sur la cause des décès;
 - les solutions qu'ils proposent pour éviter que d'autres décès surviennent.
4. Rencontre avec M. Micheal Hardy, directeur général de Tikinagan Child and Family Services, en vue de discuter des points suivants :
 - les ressources disponibles pour offrir aux enfants des services en matière de bien-être de l'enfance, y compris en santé mentale et en toxicomanie;
 - les stratégies mises en œuvre du point de vue du bien-être de l'enfance pour offrir des services de prévention, d'intervention et de postintervention en matière de suicide des jeunes;
 - son point de vue sur la cause des décès;
 - les solutions qu'il propose pour éviter que d'autres décès surviennent.
5. Rencontre avec des représentants du North-South Partnership for Children afin de déterminer :
 - leur volonté de mettre à profit leur expérience pour aider le projet;
 - les résultats de leur plus récent examen de la collectivité de la Première nation de Pikangikum;
 - leur point de vue sur la cause des décès;
 - les solutions qu'ils proposent pour éviter que d'autres décès surviennent.

Pour l'instant, il a été prévu pour cette partie du projet une visite de trois jours dans le Nord, incluant un séjour d'une journée à Sioux Lookout et de deux jours à Pikangikum. Le voyage sera effectué notamment par le Dr Bert Lauwers, des membres de la Police provinciale de l'Ontario, Mme Susan Abell, Mme Karen Bridgman-Acker, un représentant de NAN (nommé par le grand chef Stan Beardy) et un représentant de North-South Partnership (possiblement Linda Nothing-Chaplin).

Partie 2 : Entretiens avec les enfants de Pikangikum menés par l'équipe du Bureau de l'intervenant provincial

Comité des enfants

Le point de vue des jeunes de Pikangikum est considéré comme une partie intégrante et nécessaire du projet et il doit être correctement représenté dans le rapport final. C'est pour cette raison qu'on a fait appel au Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes, dont le mandat est de représenter le point de vue des jeunes et de s'exprimer en leur faveur. En nous fondant sur son expérience en matière de défense des jeunes, nous avons demandé au Bureau d'examiner les aspects ci-dessous avec un groupe représentatif de jeunes de Pikangikum :

- leur point de vue sur la cause des décès;
- les solutions qu'ils proposent pour éviter que d'autres décès surviennent;
- les autres représentations pertinentes et importantes qu'ils aimeraient faire.

Pour l'instant, il a été prévu pour cette partie du projet que l'équipe serait dirigée par l'Intervenant provincial, M. Irwin Elman et/ou Mme Laura Arndt.

Partie 3 : Comité d'examen des décès en matière de psychiatrie et de bien-être de l'enfance

1. Le Bureau du coroner en chef utiliserait ses moyens d'enquête habituels pour soumettre les éléments ci-dessous à l'examen, quand ils sont disponibles :
 - Le rapport d'enquête du coroner.
 - Le rapport d'autopsie.
 - La fiche de signalement des incidents graves de la Société d'aide à l'enfance.
 - Le rapport sommaire sur le décès de l'enfant de la Société d'aide à l'enfance.
 - Le rapport d'examen interne de la Société d'aide à l'enfance.
 - Le rapport du Comité d'examen des décès d'enfant.
 - Le dossier médical de l'enfant.
 - Le dossier scolaire de l'enfant.
 - Le rapport de police concernant le décès.
2. Un formulaire de vérification sera créé afin de saisir les données démographiques sur les jeunes, leurs facteurs de risque modifiables et non modifiables et les services qui leur ont été offerts. Ce formulaire sera utilisé pour examiner les documents obtenus (susmentionnés au point 3.1) pour chacun des dossiers, par les membres du Bureau du coroner en chef :
 - Dr Bert Lauwers,
 - Mme Karen Bridgman-Acker,
 - Mme Doris Hildebrandt,
 - Mme Susan Abell, consultante en bien-être de l'enfance.
3. Un résumé sera rédigé pour chacun des décès, et placé en annexe du formulaire de vérification aux fins de la présentation au comité.
4. Le Comité d'examen des décès en matière de psychiatrie et de bien-être de l'enfance sera composé des membres suivants :
 - a. Dr A. E. Lauwers, coroner en chef adjoint, investigations, président du Comité d'examen des décès d'enfants et président du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans, Bureau du coroner en chef
 - b. M^{me} Doris Hildebrandt, attachée d'administration, enquêtes et projets spéciaux, Bureau du coroner en chef
 - c. Mme Karen Bridgman-Acker, consultante en bien-être de l'enfance, Bureau du coroner en chef
 - d. Mme Susan Abell, consultante en bien-être de l'enfance, membre du Comité d'examen des décès d'enfants
 - e. Dr Paul Links, titulaire de la chaire Arthur Sommer Rotenberg d'études sur le suicide, Centre de recherche Keenan, Hôpital St. Michael, Université de Toronto
 - f. Dr Richard Meen, pédopsychiatre, Kinark Child and Family Services
 - g. Dr Peter Menzies, Centre de toxicomanie et de santé mentale, services aux autochtones
 - h. Mme Sabrina Squire, infirmière autorisée
 - i. Dr Cornelia Wieman, département des sciences de santé publique, Université de Toronto

5. Le comité se réunira au Bureau du coroner en chef à Toronto afin d'examiner chacun des décès et, le cas échéant, de formuler des recommandations visant à éviter que d'autres décès surviennent dans des circonstances similaires.

Partie 4 : Déterminants sociaux de la santé mentale des adolescents : Comité des déterminants sociaux

1. Le Bureau du coroner en chef embauchera un consultant pour produire un document consacré aux déterminants sociaux afin de l'inclure dans son rapport. Ce document abordera les questions suivantes :
 - g. Un aperçu de ce que l'on connaît des déterminants sociaux de la santé.
 - h. Une discussion sur leur lien avec la santé mentale.
 - i. Les défis sociaux présents à Pikangikum qui ont une incidence sur la santé mentale des adolescents.
 - j. Les recommandations.
2. La Dr Judy Finlay, School of Child and Youth Care, Université de Ryerson, et ancienne intervenante provinciale en faveur des enfants et des jeunes a accepté de produire ce rapport de recherche.
3. Le rapport final sera examiné et révisé par la Dr Judy Finlay, la Dr Janet Smylie, le Dr Bert Lauwers et le Dr Richard Meen.

Partie 5 : Offrir des services de bien-être de l'enfance aux Premières nations : Comité du bien-être de l'enfance

1. Le Bureau du coroner en chef embauchera un consultant pour produire un document consacré au bien-être de l'enfance afin de l'inclure dans son rapport. Ce document abordera les questions suivantes :
 - a. Les difficultés d'offrir des services de bien-être à l'enfance dans le Nord.
 - b. Les difficultés liées aux ressources humaines.
 - c. Les difficultés liées aux ressources fiscales.
 - d. L'approche choisie pour offrir des services en santé mentale aux jeunes des Premières nations du point de vue du bien-être de l'enfance.
 - e. L'intégration du bien-être de l'enfance et des soins de santé dans les services offerts aux jeunes des Premières nations en matière de toxicomanie et de santé mentale. Non existante ou homogène?
 - f. Les responsabilités fédérales et provinciales. Qui fait quoi?
 - g. Les recommandations.
2. Le Dr Donald Auger, directeur général d'Anishnabek Family Care, sera appelé à produire un document sur le sujet afin de l'inclure dans le rapport.
3. Le rapport final sera examiné et révisé par un comité regroupant le Dr Donald Auger, le Dr Bert Lauwers, M. Micheal Hardy, Mme Jeanette Lewis, Mme Karen Bridgman-Acker, Mme Sabrina Squire et la Dr Cornelia Wieman.

Phase 2

Un rapport préliminaire des résultats, des conclusions et des recommandations de chacun des cinq comités d'examen sera produit et distribué aux intervenants afin qu'ils le commentent. Le rapport révisé en fonction de ces commentaires sera distribué, puis finalisé quand les intervenants et les membres du comité en arriveront à un consensus sur son contenu.

Les intervenants ci-dessous ont été désignés :

1. Association of Native Child and Family Service Agencies of Ontario (ANCFSAO)
2. Catherine Beamish, bureau d'avocats de Sioux Lookout – droit des Autochtones
3. Dr Tom Dignan
4. Santé Canada
5. Affaires autochtones et Développement du Nord Canada
6. Réseau local d'intégration des services de santé
7. Ministère des Affaires autochtones
8. Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse
9. Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels
10. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
11. Nishnawbe Aski Nation (NAN)

12. Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance
13. Police provinciale de l'Ontario
14. Conseil de la Première nation de Pikangikum
15. Tikinagan Child and Family Services

Phase 3

Le président est responsable du rapport final. Ce rapport sera publié par le Bureau du coroner en chef, et le public pourra le consulter par voie électronique. Une conférence de presse est prévue.

Participants au projet :

1. Dr A. E. Lauwers, coroner en chef adjoint
2. M^{me} Karen Bridgman-Acker, Bureau du coroner en chef
3. M^{me} Doris Hildebrandt, Bureau du coroner en chef
4. M^{me} Susan Abell, consultante en bien-être de l'enfance, membre du Comité d'examen des décès d'enfants
5. Dr Donald Auger, Anishnabek Family Care
6. M^{me} Rowena Cruz, Bureau du coroner en chef
7. M. Irwin Elman, Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes
8. Dr Judy Finlay, School of Child and Youth Care, Université de Ryerson
9. M. Micheal Hardy, Tikinagan Child and Family Services
10. M^{me} Jeanette Lewis, Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance
11. Dr Paul Links, Centre de recherche Keenan, Hôpital St. Michael
12. Dr Richard Meen, Kinark Child and Family Services
13. Dr Peter Menzies, Centre de toxicomanie et de santé mentale, services aux autochtones
14. M^{me} Linda Nothing-Chaplin, North-South Partnership for Children
15. Dr Janet Smylie, Centre de recherche Keenan, Hôpital St. Michael
16. M^{me} Sabrina Squire, infirmière autorisée
17. Dr Cornelia Wieman, département des sciences de la santé publique, Université de Toronto

Hypothèses

1. Tous les participants accepteront la direction du président.
2. Tous les participants comprennent le processus et le raisonnement derrière le recours à un « comité d'examen » plutôt qu'à une enquête du coroner dans le cas des suicides à Pikangikum.
3. Tous les participants mettront à profit leur expérience professionnelle et accepteront de faire des compromis au besoin pour en arriver à un consensus au sujet du suicide des adolescents de la Première nation de Pikangikum.
4. Les intervenants feront preuve d'ouverture dans la réception du rapport et dans la compréhension de son intention.
5. Le rapport sera utile à toutes les collectivités des Premières nations et aux organismes de santé publique de l'Ontario en fournissant de l'information sur les soins en santé mentale offerts aux enfants et aux jeunes.
6. Le président examinera et révisera toutes les parties du rapport final.

Avantages

1. Le « comité d'examen » élimine les délais imposés par le calendrier (années) et les coûts considérables d'une enquête du coroner, qui pourrait durer des mois.
2. Puisque les travaux du « comité d'examen » ne sont pas publics, l'attention constante des médias et les réactions publiques et politiques ne seront pas des facteurs de divergence, et les participants pourront rester concentrés et exécuter leur mandat librement.
3. Les intervenants disposeront d'un rapport « fourni par un tiers » qu'ils pourront consulter pour élaborer les programmes destinés aux enfants et aux jeunes de la Première nation de Pikangikum et, plus précisément, répartir les ressources destinées à la santé mentale des jeunes.
4. Le rapport sera une source de référence non seulement pour les intervenants, mais pour tous les fournisseurs de soins de santé de l'Ontario et tous les autres organismes et associations qui créent, élaborent et mettent en œuvre des programmes destinés à la santé mentale et à la prévention du suicide chez les enfants et les adolescents.
5. Les conclusions et les recommandations du rapport, si elles sont mises en œuvre, pourraient permettre d'éviter que d'autres décès de jeunes de la Première nation de Pikangikum surviennent dans des circonstances similaires.

ANNEXE 2. Formulaire de vérification

Suicides des jeunes de Pikangikum de 2006 à 2008

Nom de l'enquêteur : _____

Date d'achèvement (jj/mm/aaaa) : _____

A. Données démographiques

1. N° de dossier du BCC : _____
2. Sexe : M _____ F _____ (Encercler)
3. Date du décès (jj/mm/aaaa) : _____
4. Lieu du décès : (Encercler)
 - a. Intérieur I) Maison II) Maison d'un parent III) Maison d'un ami
IV) Autre _____
 - b. Extérieur (Décrire) : _____
5. Âge au moment du décès : Années _____ Mois _____
6. Cause médicale du décès : _____
7. Circonstances du décès : _____

B. Identification des facteurs de risque

Facteurs de risque individuels

8. Antécédents de maladie mentale : (Encercler) O N
Dépression Trouble alimentaire Trouble anxieux
Trouble psychotique Autre : _____
9. Hospitalisation, séjour de courte durée ou visite à un professionnel de la santé ou à un travailleur social dans le mois précédant le décès? O N
Quand? _____ Raison? _____
10. Antécédents de menace d'automutilation : O N
Quand? _____ Nature de la menace : _____
11. Antécédents d'automutilation délibérée : O N NSP
Quand? _____ Nature des blessures : _____
12. Tentatives de suicide? O N NSP
Combien? _____ Quand? _____ Nature de la tentative : _____
13. Abus de substances : O N NSP
Alcool Solvants Marijuana Autre : _____
14. Abus de substances au moment du décès?
Alcool Solvants Marijuana Autre : _____
15. Traitement en cours à l'aide de médicaments psychotropes? O N NSP
Type : _____
16. Antécédents de problèmes médicaux? O N NSP
Liste : _____
17. Orientation sexuelle : (Encercler) Hétérosexuel Bisexuel Gai/lesbienne

Facteurs de risque familiaux

18. Suicides dans la famille : (Encercler)
Parent Frère/sœur Grand-parent Oncle/tante Cousin/cousine
Autre : _____
19. Maladie mentale dans la famille :
Parent Frère/sœur Grand-parent Oncle/tante Cousin/cousine
Autre : _____
Type : _____
20. Abus de substances dans la famille :
Parent Frère/sœur Grand-parent Oncle/tante Cousin/cousine
Autre : _____

21. Séparation des parents? O N NSP
 22. Divorce des parents? O N NSP
 23. Violence familiale? O N NSP

Décrire : _____

24. Le défunt était-il victime de violence faite aux enfants? O N NSP
 Négligence O N NSP
 Violence sexuelle O N NSP
 Violence physique O N NSP

Décrire : _____

25. Y avait-il un conflit parent-enfant?

Décrire : _____

Facteurs de risque biologiques

26. Présence du syndrome d'alcoolisme foetal? O N NSP

Facteurs de risque socio-environnementaux

27. Le défunt était-il victime de violence dans sa collectivité? O N NSP

Décrire : _____

28. Le défunt a-t-il été impliqué dans une activité criminelle ou condamné pour un acte criminel? O N NSP

Décrire : _____

29. Antécédents de voie de fait grave? (p. ex., voie de fait contre une autre personne)

O N NSP

Intimidation O N

30. Date prévue pour une audience

Quand? _____

31. Problèmes de fréquentation scolaire? O N

32. Décrochage? O N

Dernière date de présence avant le décès : _____

33. Rendement scolaire : (Encercler)

Limité Inférieur à son âge Équivalent à son âge Supérieur à son âge

34. Trouble d'apprentissage reconnu? O N

Nature : _____

35. Pauvreté : La famille dépendait-elle de l'aide gouvernementale pour vivre? O N NSP

36. La famille vivait-elle dans un logement surpeuplé? (p. ex., plus d'une personne par chambre) O N NSP

37. Le défunt était-il sans-abri? O N NSP

Facteurs de risque psychologiques

38. Est-ce qu'une personne proche du défunt est morte peu avant son décès (petit ami, petite amie, membre de la famille, ami)? O N NSP

Lien : _____

39. Cette personne s'est-elle suicidée? O N NA

40. Le défunt venait-il de vivre une rupture amoureuse? O N NSP

41. Le défunt vivait-il une relation amoureuse conflictuelle? O N NSP

C. Participation de l'aide à l'enfance

42. Le défunt ou sa famille avait-il un dossier ouvert à la Société d'aide à l'enfance ou un dossier a-t-il été ouvert dans les 12 mois précédant le décès? O N

43. Un dossier a-t-il déjà été ouvert à la SAE? O N

44. Raisons pour lesquelles ce dossier a été ouvert :

45. La santé mentale du jeune était-elle suivie par la SAE?

O N

Nature des troubles suivis :

46. La SAE a-t-elle essayé d'offrir des services en santé mentale au défunt?

O N

Décrire :

—

Fournir une description du décès, y compris les renseignements suivants :

Les circonstances du décès.

Les 5 faits liés au décès.

La participation de la SAE au moment du décès.

Les services en santé mentale qui ont été offerts dans les mois précédant le décès.

Toutes recommandations découlant de votre examen qui pourraient empêcher que d'autres décès se produisent dans des circonstances similaires.

Exposé des faits :

Bibliographie

1. Bursztein, C. et coll. *Adolescent Suicide, Current Opinion in Psychiatry*, 2008, vol. 22, p. 1-6.
2. Waldvogel, J.L. *Adolescent Suicide : Risk Factors and Prevention Strategies, Current Problems in Paediatric and Adolescent Health Care*, vol. 38, n° 4, avril 2008.
3. Chandler, M.J. et C.E. Lalonde. *Cultural Continuity as a Protective Factor against Suicide in First Nations Youth. Horizons—A Special Issue on Aboriginal Youth, Hope or Heartbreak : Aboriginal Youth and Canada's Future*, 2008, vol. 10(1), p. 68-72.
4. Links, P. *Dealing with Risk of Suicide and Depression in Adolescents and Youth*, présentation Power Point, mai 2009.
5. *Savoir et AGIR : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations*, rapport du Comité consultatif sur la prévention du suicide, 2003.
6. *Looking for Something to Look Forward To...” A Five-Year Retrospective Review of Child and Youth Suicide in BC*, Child Death Review Unit, BC Coroners Service, 2008.

ANNEXE 3. Membres du Comité d'examen des décès en matière de psychiatrie et de bien-être de l'enfance et auteurs collaborateurs

Comité d'examen des décès en matière de psychiatrie et de bien-être de l'enfance



Dr Bert Lauwers

Coroner en chef adjoint, investigations
Président, Comité d'examen des décès d'enfants

Le Dr Lauwers est actuellement coroner en chef adjoint, investigations et président du Comité d'examen des décès d'enfants. Il est diplômé de l'école de médecine de l'Université de Toronto et est associé du Collège des médecins de famille du Canada. Le Dr Lauwers a été nommé professeur adjoint en clinique de médecine familiale à l'Université McMaster. Il est en outre un ancien président de l'Ontario Coroners Association.

En 2006, il est devenu le coroner régional principal de Toronto-Ouest. Puis, en janvier 2008, il a été promu coroner en chef co-adjoint. Il a été nommé coroner en chef adjoint, investigations en septembre 2008 et a dirigé le projet du Bureau du coroner en chef pour élaborer des recommandations dans le cadre de la Commission d'enquête sur la médecine légale pédiatrique (Commission d'enquête Goudge). Le Dr Lauwers rédige annuellement, avec une équipe de direction, le Rapport du Comité d'examen des décès d'enfants et du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans. Il a mené des dizaines d'enquêtes, dont récemment celle sur le décès de Sara Carlin, qui portait sur l'utilisation des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine chez les jeunes, et celle sur le décès de Jeffrey James, qui concernait le recours à la contention physique chez les patients des hôpitaux psychiatriques.



Mme Doris Hildebrandt

Bureau du coroner en chef

Doris est détentriche d'une majeure en Commerce et en finance de l'Université de Toronto. Elle est entrée au Bureau du coroner en chef en 2002 après 18 années dans le secteur de la finance et des investissements. Elle a fait ses débuts au Bureau du coroner en chef au service de pathologie, où elle a participé à différentes opérations administratives et autopsies, pour ensuite devenir la première technicienne en pièces judiciaires. Doris a été détachée au Bureau du coroner en janvier 2006 à titre de coordonnatrice des services administratifs pour le coroner régional principal de Toronto-Ouest. Elle a occupé le poste d'attachée d'administration, investigations de 2007 à 2010, dans lequel elle était responsable

de coordonner le Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans et d'effectuer des tâches de coordination et de direction pour le Comité d'examen des décès d'enfants. Doris occupe actuellement le poste d'attachée d'administration, enquêtes et projets spéciaux.



Mme Karen Bridgman-Acker, TSH, TSI

Spécialiste du bien-être de l'enfance
Bureau du coroner en chef

Karen est travailleuse sociale et spécialiste du bien-être de l'enfance au Bureau du coroner en chef de l'Ontario. Elle a occupé au cours des 20 dernières années différents postes liés au bien-être de l'enfance. Elle est entrée au Bureau du coroner en 2006 où elle coordonne les examens en matière de bien-être de l'enfance pour le Comité d'examen des décès d'enfants. Elle est membre du Comité d'examen des décès d'enfants de moins de cinq ans et du Comité d'examen des décès dus à la violence familiale, et elle agit comme intermédiaire entre les organismes de bien-être de l'enfance et les bureaux des coroners. Elle est co-auteure du rapport annuel du Comité d'examen des décès d'enfants, qui est rédigé, présenté et distribué publiquement en juin de chaque année.



Mme Susan Abell

Consultante en bien-être de l'enfance
Membre du Comité d'examen des décès d'enfants

Pendant qu'elle exerçait au privé, Susan a offert son expérience en gestion et des ressources à une variété d'organismes, y compris un centre de santé mentale pour enfants, un organisme d'intégration communautaire, des sociétés d'aide à l'enfance et d'autres organismes voués au bien-être de l'enfance. Pendant 17 ans, elle a été directrice générale de différents organismes œuvrant auprès des familles et des enfants :

- 1999-2003 : Directrice générale de la Société d'aide à l'enfance d'Ottawa.
- 1993-1999 : Directrice générale de YOUTHLINK, un organisme

communautaire de Toronto qui œuvre auprès des jeunes et s'occupe notamment de santé mentale, de logement et des jeunes de la rue.

- 1986-1993 : Directrice générale de la Société d'aide à l'enfance Frontenac à Kingston.

Depuis 2003, Susan est membre du Comité d'examen des décès d'enfants du Bureau du coroner de l'Ontario, qui examine les décès des enfants. En 2005, elle a également siégé sur le Comité d'examen des décès dus à la violence familiale.

Susan avait occupé auparavant d'autres postes de direction et de travail social de première ligne liés au bien-être de l'enfance et à l'éducation.

- 1982-1986 : Responsable de service à la Société d'aide à l'enfance de Hamilton.
- 1973-1982 : Coordinatrice du programme de services sociaux du collège Mohawk à Hamilton.
- 1966-1973 : Protection et placement familial, et superviseuse des services de protection à la Société d'aide à l'enfance de Toronto.

Susan a siégé sur des conseils communautaires pendant de nombreuses années, notamment pour le St. Lawrence College's Child and Youth Worker Advisory Committee, United Way/ Centraide Canada, United Way Kingston et Ottawa. Elle est actuellement associée à Northumberland County United Way et siège sur le conseil de Port Hope Community Health Centre. Elle était auparavant présidente du conseil de Port Hope Library et membre du conseil de Northumberland Services for Women.



Dr Paul Links

Titulaire de la chaire Arthur Sommer Rotenberg d'études sur le suicide
Centre de recherche Keenan, Hôpital St. Michael
Université de Toronto

Le Dr Paul Links est titulaire de la chaire Arthur Sommer Rotenberg d'études sur le suicide à l'Université de Toronto, la première chaire en Amérique du Nord consacrée à la recherche sur le suicide, et il enseigne au département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto. Le Dr Links a été président de l'Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS) et président de l'Association for Research on Personality Disorders. Il est également chef adjoint du service psychiatrique de l'Hôpital St. Michael.

Le Dr Links est le rédacteur en chef du Journal of Personality Disorders. Il a publié plus de 100 articles dans des revues scientifiques et trois livres. À titre de chercheur, il a reçu des subventions de nombreux organismes, dont Santé Canada, le ministère de la Santé de l'Ontario, la Fondation ontarienne de la santé mentale, les Instituts de recherche en santé du Canada et la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario. En octobre 2009, le Dr Links a reçu le Prix de la recherche de l'ACPS pour sa remarquable contribution à la recherche sur le suicide au Canada.

Le Dr Links a acquis son expérience médicale et son savoir-faire en travaillant avec des personnes profondément suicidaires et présentant un comportement suicidaire chronique (des personnes qui jonglent avec la vie et la mort au quotidien et qui présentent un risque élevé de s'enlever la vie). Il dirige un groupe interdisciplinaire de chercheurs dans l'unité des études sur le suicide de l'Hôpital St. Michael à titre de titulaire de la chaire Arthur Sommer Rotenberg d'études sur le suicide.



Dr Richard Meen

Pédopsychiatre
Kinark Child and Family Services

Dick Meen, directeur des services cliniques de Kinark Child and Family Services, travaille auprès des enfants et des adolescents. C'est lui qui dirige Kinark pendant le processus de transformation clinique. Dick connaît très bien le domaine de la justice pour les jeunes et il est profondément engagé avec les collectivités des Premières nations.



Dr Peter Menzies

Centre de toxicomanie et de santé mentale, Services autochtones

Peter est membre de la Première nation de Sagamok Anishnawbek, et il a passé les dix dernières années à élaborer des programmes en santé mentale et en toxicomanie, en partenariat avec les collectivités urbaines, rurales et des Premières nations, dans le cadre de son travail au Centre de toxicomanie et de santé mentale. Il est le premier chef de clinique autochtone de l'organisme et il est responsable de mettre en œuvre des services visant à soutenir les collectivités de l'Ontario et de l'ensemble du pays. Avant d'entrer au Centre, Peter a occupé pendant plus de 20 ans différents postes de premier plan et de gestion au sein d'organismes autochtones et non autochtones. Thérapeute chevronné et spécialiste du développement communautaire, Peter travaille avec les personnes et les familles dans le cadre de programmes de bien-être de l'enfance, de counseling familial et de soutien du revenu, et il est membre de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario. Peter a obtenu son diplôme de premier cycle en travail social à l'Université du Manitoba. Il a fait sa maîtrise à l'Université Laurentienne et obtenu son doctorat à l'Université de Toronto. Sa thèse portait sur les traumatismes et les traumatismes intergénérationnels chez les peuples des Premières nations. Il est professeur adjoint au département de psychiatrie de l'Université de Toronto. Et il est également professeur auxiliaire à la Faculté de travail social de l'Université Laurentienne. Peter se rend régulièrement dans le Nord de l'Ontario pour offrir des services d'évaluation, de renforcement des capacités et de soutien à la formation aux travailleurs de la santé des collectivités éloignées. Ses recherches sur les collectivités autochtones portent sur les sans-abri, les traumatismes intergénérationnels, le bien-être de l'enfance, la prévention du suicide et les besoins en matière de toxicomanie et de santé mentale. Il a publié de nombreux articles liés à la santé des Autochtones et il siège sur de nombreux conseils communautaires et comités autochtones locaux et nationaux.



Mme Sabrina Squire, infirmière autorisée

Sabrina Squire a obtenu son diplôme de l'University Western Ontario en 2004; elle a terminé son baccalauréat en sciences infirmières avec distinction. Elle a travaillé comme infirmière en santé communautaire dans le Nord de l'Ontario et au Nunavut pendant trois ans, au sein des collectivités des Premières nations et des Inuits. Elle est membre de la nation des Métis du Labrador. À titre d'ancienne pupille de la Couronne des services de bien-être de l'enfance, Sabrina s'intéresse plus particulièrement à l'amélioration de la santé des jeunes Autochtones à risque. Elle fait actuellement sa première année de médecine à l'Université d'Ottawa.

Dre Cornelia Wieman



Faculté des sciences de la santé publique
Université de Toronto

Cornelia Wieman est la première femme autochtone psychiatre au Canada (Anishnawbi). De 1997 à 2005, elle a pratiqué à la clinique communautaire de santé mentale des Six Nations, située sur le territoire des Six Nations de Grand River. Elle cumule actuellement les fonctions de codirectrice du Programme de développement de la recherche en santé autochtone et de professeure adjointe à l'école de la santé publique Dalla Lana, de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto. Elle participe comme cochercheuse à plusieurs initiatives de recherche financées par l'Institut de la santé des Autochtones des Instituts de recherche en

santé du Canada (IRSC), y compris au Réseau national de recherche en santé mentale chez les Autochtones (RNRSMA) qu'elle co-dirige avec le Dr Laurence Kirmayer. La Dre Wieman a été nommée au conseil d'administration des IRSC en 2007. Elle a été membre du Comité consultatif sur la prévention du suicide (2002-2003), qui a produit un document-cadre sur la prévention du suicide chez les jeunes Autochtones à l'intention de l'Assemblée des Premières nations et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. De 2002 à 2005, elle a occupé le poste de vice-présidente du Comité d'éthique de la recherche de Santé Canada et siège actuellement comme présidente du Comité consultatif sur l'utilisation et l'évaluation des médicaments, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. En 2006, elle a été nommée membre du conseil d'administration de la Fondation nationale des réalisations autochtones. En 2007, elle a été nommée au Comité consultatif sur les Premières nations, les Inuits et les Métis, dans le cadre de la Commission de la santé mentale du Canada. En 1998, elle fut désignée lauréate du Prix national d'excellence décerné aux Autochtones, en reconnaissance de ses réalisations professionnelles en médecine.

Auteurs collaborateurs



Donald J. Auger

Directeur général
Dilico Anishinabek Family Care

Donald J. Auger est un Anishinabek (Ojibwe) de la Première nation de Pays Plat sur la rive nord du lac Supérieur. Il a grandi à Geraldton et a vécu toute sa vie dans le Nord de l'Ontario. Il a travaillé dans différents établissements de santé comme technicien en radiologie et enseigné la radiologie au Collège Cambrian de Sudbury pendant dix ans. Il est retourné aux études

à temps partiel pour faire un baccalauréat ès arts (B.A.) à l'Université Laurentienne de Sudbury. Quand il a quitté le Collège Cambrian, il est allé à l'Université Queen de Kingston, où il a fait un baccalauréat en droit (LL.B.). Après son admission au barreau de l'Ontario, M. Auger a pratiqué le droit à Thunder Bay, limitant sa pratique aux questions autochtones et travaillant avec les personnes, les sociétés et les Premières nations visées par le Traité Robinson (Traité n° 3), et les nations de la Nishnawbe Aski Nation (Traité n° 9) dans le Nord de l'Ontario. M. Auger a ensuite contribué à la mise en œuvre de la Nishnawbe Aski Legal Services Corporation, un centre innovateur qui propose en un même lieu des services juridiques et parajuridiques ainsi que l'aide juridique aux membres de la Nishnawbe Aski Nation dans le Nord de l'Ontario. Pendant ce temps, M. Auger complétait une maîtrise en histoire (M.A.) à l'Université Lakehead. Quand il a quitté la Legal Services Corporation après six ans, il est retourné aux études à temps plein à Osgoode Hall, York University (Faculté de droit) où il a obtenu un doctorat en jurisprudence (J.D.) en 2001. Le Dr Auger a travaillé pour la Nishnawbe Aski Nation dans différentes fonctions pendant environ dix ans. Depuis les cinq dernières années, il est le directeur général de Dilico Anishinabek Family Care, une société de services sociaux qui offre des services en bien-être de l'enfance (Société d'aide à l'enfance), en santé mentale, en santé et en toxicomanie aux Anishinabek qui vivent dans la ville et le district de Thunder Bay.



Judy Finlay, Ph. D.
Professeure agrégée
School of Child and Youth Care
Université de Ryerson
Coprésidente
Mamow Sha-way-gi-kay-win :
North-South Partnership for Children

Judy Finlay est professeure agrégée à la School of Child and Youth Care de l'Université de Ryerson. Elle est également coprésidente et membre fondateur de Mamow Sha-way-gi-kay-win : North-South Partnership for Children, et elle a été agente de liaison pour les Premières nations, les Inuits et les Métis au Centre d'excellence provinciale au CHEO en santé mentale des enfants et des ados. Elle a également été intervenante en faveur des enfants pour la province de l'Ontario de 1991 à 2007.



Irwin Elman
Intervenant provincial
Bureau de l'intervenant provincial en faveur des enfants et des jeunes

Irwin Elman a une solide feuille de route comme éducateur, conseiller, travailleur auprès des jeunes, gestionnaire de programme, élaborateur de politiques et intervenant en faveur des enfants et des jeunes. En travaillant avec les jeunes de nos « systèmes », il a occupé ces fonctions avec respect, puisant dans le courage et l'espoir des jeunes qu'il servait pour créer des approches novatrices à l'intention de la jeunesse de l'Ontario, de la Jamaïque, de la Hongrie et du Japon. Pendant plus de 20 ans, Irwin a géré le Pape Adolescent Resource Centre à Toronto, un programme de la Société d'aide à l'enfance de Toronto et de la Catholic Children's Aid Society of Metropolitan Toronto. Puis il a été directeur du service à la clientèle au Central Toronto Youth Services, un centre novateur en santé mentale pour les enfants. Comme premier intervenant provincial indépendant en faveur des enfants et des jeunes en Ontario, Irwin travaille avec les enfants et les jeunes afin de faire entendre leurs voix et de créer des changements positifs. Il bâtit un Bureau sur des fondations bien ancrées dans la force et la sagesse des enfants et des jeunes qu'il sert; un Bureau animé par le travail d'un personnel talentueux et passionné qui s'efforce tous les jours d'améliorer les vies des enfants et des jeunes de l'Ontario.



Deborah Richardson

Sous-ministre adjointe
Ministère des Affaires autochtones

Les questions autochtones sont au cœur des préoccupations de Deborah Richardson depuis des années. Elle a mené de nombreuses initiatives visant à aider les jeunes Autochtones, à réduire la pauvreté dans le Grand Nord et à améliorer les conditions sociales des collectivités autochtones. Elle a obtenu son diplôme de premier cycle en sociologie et en droit à l'Université Carleton. Elle a terminé son baccalauréat en droit à l'Université d'Ottawa et elle a été admise au Barreau en 1996. Elle a commencé sa carrière dans l'industrie de la finance et elle a travaillé aux services aux entreprises avant de

devenir gestionnaire de la diversité à la Banque Royale du Canada.

Elle a fait sa première incursion dans les Affaires autochtones à titre de directrice administrative du Native Canadian Centre of Toronto en 1999. Elle a mis à profit son expérience en finance et en exploitation pour faire du Centre l'un des plus solides organismes autochtones à Toronto. Reconnue pour ses connaissances opérationnelles, elle est ensuite devenue directrice des opérations et du développement des affaires autochtones pour OI Group of Companies. En 2004, Mme Richardson a été recrutée par la fonction publique à titre de directrice générale régionale associée pour le ministère des Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. Elle est devenue directrice générale régionale en 2007, et a dirigé le plus important organisme régional du ministère fédéral. En 2008, elle s'est retrouvée sur la liste des 40 meilleurs leaders de moins de 40 ans et elle a été sélectionnée pour le Programme de leadership du Gouverneur général. En 2008, Deborah a été nommée sous-ministre adjointe à la division des relations avec les Autochtones et des partenariats ministériels du nouveau ministère des Affaires autochtones de l'Ontario. En 2011, elle et son équipe ont remporté un prestigieux prix de la fonction publique en reconnaissance de leur travail dans un partenariat public-privé en faveur des jeunes Autochtones du Nord. Deborah est une fière Mi'kmaq qui entretient des liens étroits avec sa collectivité de la Première nation de Pabineau. Elle partage sa vie avec son compagnon Bob, et leurs filles Jasmine et Fiona.

ANNEXE 4. Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003 et Incidence de la santé des adultes et des jeunes des Premières nations

Éducation, emploi et revenu

Éducation

L'examen du niveau d'éducation des Premières nations par groupe d'âge révèle qu'il est peu probable que les aînés et les jeunes aient obtenu au moins le diplôme d'études secondaires. De plus, il y a une très grande différence entre les Premières nations et le reste de la population canadienne à cet égard, et cette différence devient encore plus marquée dans le cas des adultes des Premières nations vivant sur une réserve¹⁹⁸.

Tableau 1. Âge et niveau d'éducation des adultes dans les collectivités des Premières nations (n=10 812)

Âge et éducation	Groupe d'âge (années)		
	18 à 29	30 à 59	60 et plus
<Détenteur d'un diplôme d'études secondaires	57,0 %	46,1 %	70,8 %
Détenteur d'un diplôme d'études postsecondaires	15,4 %	37,1 %	19,3 %

Illustration 16. Âge et niveau d'éducation des adultes dans les collectivités des Premières nations (n=10 812)

Emploi

Cinquante et un pour cent des membres des Premières nations sont sans emploi. Le taux d'emploi chez les Premières nations est de 8 % inférieur à celui de la population canadienne¹⁹⁹.

¹⁹⁸ Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003, résultats pour les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans les collectivités des Premières nations, Assemblée des Premières nations/Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, deuxième édition, mars 2007, p. 26.

¹⁹⁹ *Ibid.* p. 27

Figure 6. Modèle d'emploi par genre, âge et éducation (n=10 773)

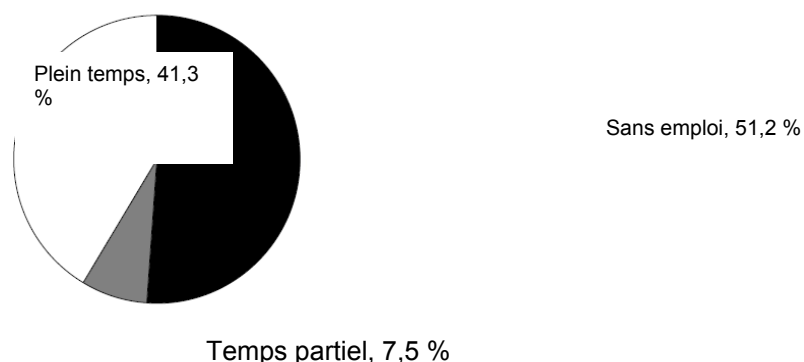


Figure 2. Modèle d'emploi par genre, âge et éducation (n=10 773)

Des tendances éloquentes se dégagent. Les femmes sont plus susceptibles de travailler à temps partiel. De plus, un nombre important de jeunes âgés de 18 à 29 ans sont sans emploi, soit environ 60 % d'entre eux. Il apparaît clairement que l'éducation favorise l'emploi, et qu'un diplôme d'études secondaires double quasiment la probabilité d'obtenir un emploi.

Revenu personnel et familial

Selon l'ERS, le revenu personnel moyen des adultes des Premières nations était de 15 667 \$ en 2001. Le revenu familial moyen était de 29 897 \$. Les hommes et les femmes ont essentiellement le même revenu²⁰⁰.

Encore une fois, il apparaît que les personnes de moins de 29 ans et de plus de 60 ans ont le revenu familial moyen le moins élevé. Les données relatives à l'éducation démontrent que le revenu personnel augmente avec le niveau d'éducation, et que les revenus provenant du gouvernement diminuent avec un niveau d'éducation plus élevé : 80 % des femmes et 62 % des hommes des Premières nations reçoivent un revenu du gouvernement.

Logement et conditions de vie

Logement

- Selon le recensement de 2001, 65 % des Canadiens sont propriétaires de leur maison et la majorité des autres sont locataires; le logement social occupe peu de place.
- Dans les réserves, 61,9 % des Autochtones vivent dans des maisons qui appartiennent à la bande, ce qui équivaut à du logement social.
- Cette situation s'explique par des facteurs comme l'extrême pauvreté, les banques qui n'accordent pas de prêt dans les réserves sans avoir une garantie du gouvernement fédéral et, parfois, les coûts prohibitifs de la construction en raison de l'éloignement²⁰¹.

²⁰⁰ *Ibid.* p. 28

²⁰¹ *Ibid.* p. 41

Conditions de vie

- 33,6 % des maisons ont besoin de réparations importantes
- 31,7 % des maisons ont besoin de réparations mineures
- 48,5 % des maisons appartenant à la bande ont des problèmes de moisissures²⁰²

Réparations importantes requises	Réparations mineures requises	Entretien régulier requis	Aucune réparation requise
33,6 %	31,7 %	24,0 %	10,7 %

Consommation de drogues et d'alcool

La consommation d'alcool par les Premières nations est associée à des préjugés négatifs à l'endroit des peuples autochtones. Avec l'arrivée des Européens, l'alcool est devenu un produit de consommation courante dans les activités diplomatiques, et il est devenu beaucoup plus accessible aux Premières nations. Les facteurs de risque sociaux et individuels liés à l'abus de substances sont les suivants :

- Antécédents de violence sexuelle
- Antécédents de violence physique
- Antécédents d'alcoolisme dans la famille
- Exposition à l'alcool et aux drogues
- Négligence envers les enfants
- Dépression
- Séjour dans un pensionnat
- Être une victime de violence²⁰³

Les Premières nations sont plus susceptibles de s'abstenir de boire de l'alcool que la population canadienne en général. Par exemple, dans la population générale, environ 80 % des personnes ont indiqué avoir consommé de l'alcool pendant l'année précédente, comparativement à seulement 66 % chez les Premières nations. Après l'âge de 60 ans, la consommation d'alcool chez les Premières nations chute à moins de la moitié du taux des Canadiens en général.

Le taux de consommation d'alcool est plus susceptible d'être élevé dans les collectivités isolées que dans les autres collectivités (75,7 % par rapport à 64,6 %).

Le problème dans les Premières nations n'est pas la consommation générale, mais la prévalence de la dépendance à l'alcool et de la consommation occasionnelle excessive; « ...la proportion de buveurs excessifs (5 consommations ou plus en une même occasion) est plus élevée chez les peuples autochtones que dans la population générale... plus du double des adultes autochtones (16 %) ont indiqué commettre des excès chaque semaine par rapport à la population générale (6,2 %); les hommes semblent présenter un risque plus élevé, puisque 20,9 % des hommes disent boire excessivement chaque semaine, par rapport à 10,2 % des femmes²⁰⁴.

En ce qui concerne les drogues, 26,7 % des Autochtones ont déclaré avoir consommé de la marijuana au cours de la dernière année, comparativement à seulement 14,1 % des Canadiens en général. Vingt neuf pour cent des hommes âgés de 18 à 29 ans fument de la marijuana tous les jours. La consommation illicite de médicaments sur ordonnance, notamment les opioïdes, est un problème de plus en plus préoccupant dans les Premières nations. Finalement, l'ERS rapporte que la consommation de produits à

²⁰² *Ibid.* p. 44

²⁰³ *Ibid.* p. 115.

²⁰⁴ Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003, résultats pour les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans les collectivités des Premières nations, Assemblée des Premières nations/Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, deuxième édition, mars 2007, p. 116.

inhaler, comme les vapeurs d'essence, est très peu élevé à 0,2 %²⁰⁵. Les répondants qui ont demandé à être traités sont de l'ordre de 16,3 % dans le cas de l'abus d'alcool, de 7 % dans le cas des drogues et de 1,2 % dans le cas des solvants.

La santé des jeunes des Premières nations

Éducation scolaire

Selon l'ERS, la performance scolaire peut être mesurée en examinant la présence et la déclaration volontaire de reprise d'années scolaires.

Les facteurs de santé liés à la fréquentation scolaire sont les suivants :

- Régime alimentaire
- Consommation d'alcool
- Tabagisme
- Comportements sexuels
- État de santé
- Limitation des activités
- Participation aux activités physiques et aux sports
- Arts et musique
- Tambour et danse

La déclaration volontaire de l'état de santé est un bon indicateur en matière de fréquentation scolaire, de problèmes d'apprentissage ou d'intérêt pour l'école.

	Faible	Bon	Excellent
Ne va pas à l'école	15,6 %	9,8 %	5,6 %
A des problèmes d'apprentissage	62,5 %	47,1 %	37,3 %
N'aime pas l'école	22,3 %	12,3 %	7,8 %
N'a pas un régime alimentaire nutritif	40,3 %	27,8 %	10,7 %

La nutrition des jeunes à l'école est en corrélation positive avec de nombreux aspects. Par exemple, quand la nutrition s'améliore, les problèmes d'apprentissage et la nécessité de recommencer une année tendent à diminuer. Et l'intérêt pour l'école augmente.

Un des résultats frappants a été la proportion d'enfants d'âge scolaire qui ne vont pas à l'école, ainsi que le taux élevé de problèmes d'apprentissage volontairement déclarés. Ces données ne sont pas comparées avec celles de la population canadienne, et elles seraient plus utiles si elles l'étaient. Dans une société contemporaine, l'éducation visant à acquérir des compétences et un métier augmente la capacité de l'apprenant d'occuper un emploi lucratif, et d'améliorer ainsi son revenu, et probablement sa santé. Ces chiffres sur les Premières nations au Canada donnent un bon aperçu de l'asymétrie qui existe en matière de fréquentation de l'école à Pikangikum, où on estime que de 30 à 50 % des enfants d'âge scolaire ne vont pas à l'école.

Il existe également des corrélations positives entre la fréquentation scolaire et la participation aux sports et aux arts (musique, chant, tambour, danse); des activités qui ont pris fin quand l'école a brûlé.

La consommation d'alcool et le tabagisme sont en corrélation négative avec la performance scolaire, puisque ces deux facteurs sont liés à un taux plus faible de fréquentation scolaire et à un taux plus élevé d'années reprises (59 % des jeunes de 15 à 19 ans fument).

Fait à noter, seulement 1,5 % des répondants à l'ERS 2002-2003 ont indiqué avoir fait usage d'inhalant (colle, essence, peinture) au cours de la dernière année. À Pikangikum, l'inhalation de vapeurs d'essence est un problème de santé grave chez les jeunes.

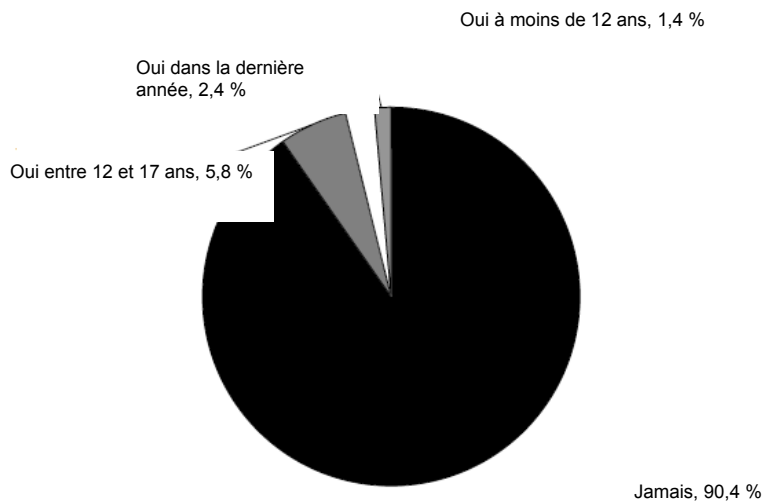
Bien-être émotionnel et social

²⁰⁵ *Ibid.* p. 116.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes réalisée en 2002 a révélé que 7,9 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus semblent avoir connu au moins un épisode dépressif important au cours des 12 mois précédents, comparativement à 13,2 % dans la population autochtone.

Le chiffre à retenir est que 27,2 % des jeunes ont indiqué avoir souffert de dépression au cours de la dernière année. Chez les jeunes femmes de 15 à 17 ans, ce chiffre s'élève à 44 %, comparativement à 22 % chez les jeunes hommes. Chez les filles de 11 à 14 ans, le taux est de 28 %, comparativement à 13,3 % chez les garçons²⁰⁶.

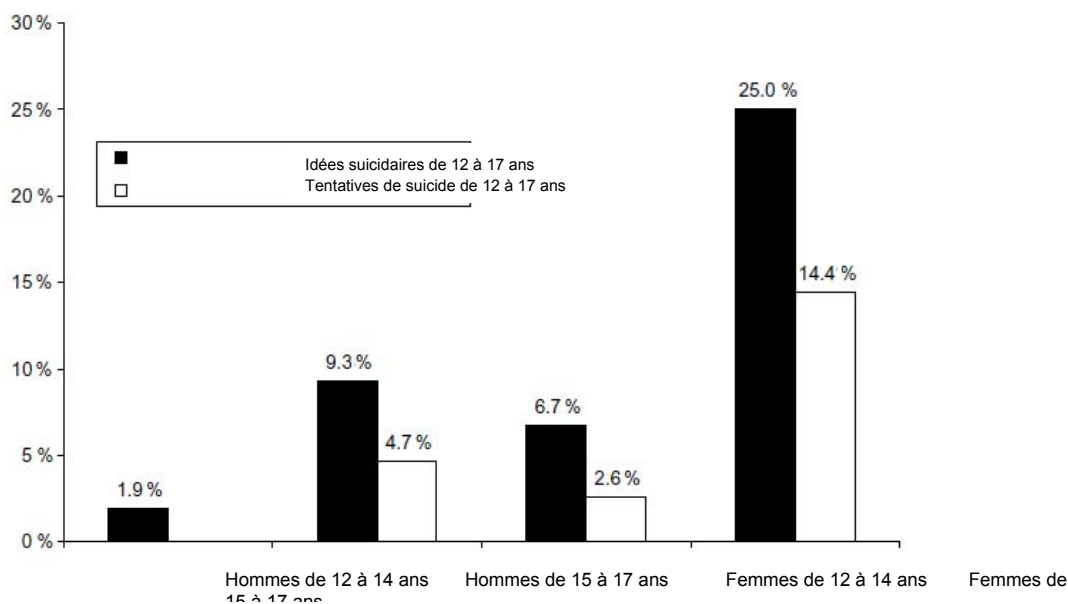
Figure 3. Pourcentage de jeunes ayant fait une tentative de suicide (n=4 735)



²⁰⁶ *Ibid.* p. 221.

Les jeunes ont aussi fait état des tentatives de suicide qu'ils ont faites dans leur vie. Dans les Premières nations, 5,8 % des jeunes de 12 à 17 ans ont indiqué avoir tenté de se suicider²⁰⁷.

Figure 4. Idées suicidaires et tentatives de suicide à l'adolescence, par âge et genre (n=4 694)



L'écart entre les hommes et les femmes est considérable : 25 % des jeunes femmes ont indiqué avoir eu des idées suicidaires, comparativement à 9,3 % des jeunes hommes de 15 à 17 ans. L'examen des cas de suicide à Pikangikum a révélé un nombre équivalent chez les hommes et les femmes.

Concernant la demande d'aide pour régler des problèmes, 17,6 % des jeunes ont indiqué ne pas avoir demandé d'aide pour soigner leur dépression, 21,9 % se sont tournés vers un ami du même âge et 42,3 % se sont tournés vers un parent ou un tuteur. Le nombre élevé de jeunes qui ne demandent pas d'aide est une donnée préoccupante, de même que le manque d'utilisation des services médicaux professionnels, y compris les médecins, les infirmiers et les aides-soignants. D'où l'importance des programmes communautaires sur le rôle parental et le bien-être de la famille, et des services de counseling de soutien.

²⁰⁷ *Ibid.* p. 222.

ANNEXE 5. Réaction de Pikangikum au Rapport d'examen des décès par suicide chez les jeunes (le « Rapport ») produit par le Bureau du coroner en chef

Nous, les membres du conseil de Pikangikum, reconnaissons le travail de recherche et de réflexion accompli par ceux qui ont rédigé les 100 recommandations contenues dans le Rapport et nous leur en sommes reconnaissants. Nous respectons également le fait que les personnes qui ont contribué à ce Rapport ont acquis des connaissances et une expérience considérables dans leurs vies professionnelles, et qu'elles veulent véritablement régler les problèmes vécus non seulement à Pikangikum, mais également dans les autres collectivités de l'Ontario et du reste du Canada.

Il est important de souligner que les recommandations sont totalement muettes quant au rôle important que jouent les aînés dans toutes les décisions qui sont prises à Pikangikum. Malgré cette omission manifeste, nous sommes parfaitement conscients à Pikangikum que nos aînés jouent un rôle essentiel dans la réussite de tout processus et stratégie visant à régler les problèmes relevés dans le Rapport. Par conséquent, le Chef et le Conseil s'assureront que nos aînés seront consultés concernant les recommandations qui sont faites et le processus proposé pour les mettre en œuvre.

Nous avons organisé des réunions avec les aînés, les jeunes, les autorités sanitaires, les administrations scolaires et d'autres personnes, dont des représentants de la Police provinciale de l'Ontario et le personnel enseignant, afin de discuter du Rapport. Ces réunions ont permis de déterminer les besoins immédiats et les priorités de la Première nation de Pikangikum.

Nous avons remarqué que plusieurs recommandations ne s'adressent pas spécifiquement à la Première nation de Pikangikum, puisqu'elles relèvent de compétences et de politiques interprovinciales. Ces questions seront débattues par les Premières nations et par les responsables des politiques des gouvernements du Canada et de l'Ontario. Nous avons notre point de vue au sujet de ces recommandations « politiques », mais nous préférons ne pas les commenter pour l'instant afin de ne pas nous écarter de ce que nous croyons être raisonnablement possible d'obtenir de cet important Rapport.

Nous avons pris le temps de consulter nos gens afin de déterminer les priorités parmi les 100 recommandations. De notre point de vue, le fait de nommer les priorités qui ressortent du Rapport permettra d'éviter qu'elles soient perdues dans cette mer de recommandations. Nous savons d'expérience que si les recommandations sont examinées dans leur intégralité, cela prendra énormément de temps et on risque de se retrouver dans une impasse, car la tâche semblera trop énorme pour qu'on s'y attelle. Nous ne voulons pas que les priorités ou les recommandations les plus importantes se retrouvent sur les « tablettes ». Cela n'aiderait pas nos jeunes, et cela ne rendrait pas hommage à ceux qui constituent le sujet de ce Rapport.

Parmi nos priorités, nous proposons de mettre en place un processus qui permettra d'aborder les recommandations comme un ensemble. Autrement dit, nous soutenons toute recommandation qui contribuera à régler les problèmes qui ont pu contribuer à ce qu'un de nos jeunes s'enlève la vie. Nous soutenons toutefois qu'il est essentiel que ce Rapport devienne un instrument dont le but est de mettre en œuvre ce que la Première nation de Pikangikum considère comme des priorités réalistes et réalisables à court terme.

Ce sont là les raisons pour lesquelles nous souhaitons réagir à ce Rapport. Nous insistons sur le fait que les recommandations qui suivent ne sont pas énoncées par ordre de priorité. Ce sont toutes des priorités d'égale importance.

Recommandations du conseil de Pikangikum demandant une mise en œuvre immédiate :

1. Nouvelle école à Pikangikum (en référence à la recommandation n° 71)

Notre école a été rasée par le feu en 2007. Avant l'incendie, l'école avait été « condamnée » par des représentants officiels des domaines de la santé, de l'ingénierie et de l'environnement pendant plusieurs années. Le ministère des Affaires autochtones et Développement du Nord Canada avait promis de la remplacer, mais rien n'a encore été fait.

Quand l'école a brûlé, le conseil a été informé par le ministre des INAC et le directeur général de région que la construction d'une école temporaire n'aurait aucune incidence sur l'engagement du

Ministère à fournir une nouvelle école à nos enfants. On nous a affirmé que la nouvelle école serait construite en 2010. Ce n'est pas le cas, et nous n'avons pas d'engagement ferme de la part du Ministère concernant la date à laquelle la nouvelle école sera construite.

Selon les parents, le directeur, le directeur adjoint, les professeurs et les élèves, l'école temporaire est de façon générale mal construite, et présente de nombreux problèmes :

- fuites constantes et problèmes de moisissures;
- mauvaise isolation qui occasionne d'autres problèmes – courants d'air, planchers froids, accumulation dangereuse de glace sur le toit, gel de tuyaux;
- érosion du sol et mouvements de l'édifice qui permettent aux animaux et aux enfants de se glisser sous l'école, et risques accrus en cas d'incendie à cause du manque de sorties de secours clairement indiquées;
- pas d'espace commun ou de lieu de rassemblement;
- pas de bibliothèque;
- pas d'installations technologiques ou spécialisées;
- pas de gymnase;
- pas de toilettes dans les salles de classe préfabriquées;
- pas de casiers;
- pas d'équipement récréatif ou de matériel de terrain de jeux;
- pas de salle d'ordinateurs;
- pas d'installations scientifiques;
- pas d'installations et de matériel en éducation spécialisée;
- pas d'accès pour les fauteuils roulants et les élèves handicapés;
- pas d'espace pour une garderie malgré une augmentation rapide de la population;
- manque de motivation chez les élèves d'aller dans une école qui n'en est pas une;
- surpeuplement des classes qui oblige les élèves à s'asseoir dans les corridors (par exemple, il y avait 55 enfants en 8^e année en 2010-2011).

Mesure à prendre

Le coroner ou le coroner en chef adjoint convoquera une réunion qui sera coprésidée par le chef de Pikangikum. Invités :

- sous-ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien;
- secrétaire parlementaire du ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien;
- sous-ministre des Affaires autochtones de l'Ontario;
- sous-ministre adjoint des Affaires autochtones de l'Ontario.

Le but de cette réunion est d'obtenir l'engagement du ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien qu'une nouvelle école, d'une capacité d'au moins 1 000 élèves, sera construite à Pikangikum dans un délai de 12 mois.

2. Construction de 50 nouvelles maisons, et raccordement de toutes les maisons à un réseau d'égout et d'aqueduc (en référence aux recommandations n^{os} 92 et 94)

Plusieurs maisons de Pikangikum abritent jusqu'à 18 personnes, et beaucoup de maisons ont des problèmes de structure et de moisissures. La plupart de nos maisons ne sont pas reliées à un réseau d'égout et d'aqueduc, ce qui empêche les résidents de cuisiner, de nettoyer, de se laver et de se nourrir dans un environnement sain. Il est bien connu que de telles conditions ont des conséquences désastreuses sur les enfants et les aînés.

Nous demandons un investissement « spécial » du gouvernement canadien, et possiblement du gouvernement de l'Ontario, afin de construire 50 nouvelles maisons. Cela ne comblera pas tous nos besoins en matière de logement, mais cela permettrait d'atténuer les tensions que provoque le surpeuplement, ainsi que les conséquences tragiques qu'entraîne invariablement ce genre de situation.

L'accès à l'eau potable est essentiel pour assurer la santé et le bien-être des membres de notre collectivité. La nécessité d'avoir un système d'égout et de traitement des eaux sécuritaire est à un stade critique depuis des années, et la situation risque de s'aggraver avec l'augmentation de la population. Les conséquences sur la santé de l'absence d'un accès à l'eau potable et à un système d'égout et de traitement des eaux sécuritaire sont nombreuses et elles ont été bien

documentées à l'intérieur et à l'extérieur de notre collectivité. Les conséquences sont bien présentes et elles ne peuvent être sous-estimées. Il faut que toutes les maisons, nouvelles et anciennes, soient raccordées à un réseau d'égout et d'aqueduc. Il est donc absolument nécessaire qu'une nouvelle usine de traitement des eaux pouvant répondre aux besoins actuels et futurs soit construite pour préserver la santé de la population.

Toutes les maisons, nouvelles et existantes, doivent être raccordées à un système d'égout et d'aqueduc.

Mesure à prendre

Le coroner ou le coroner en chef adjoint convoquera une réunion qui sera coprésidée par le chef de Pikangikum. Invités :

- sous-ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien;
- secrétaire parlementaire du ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien;
- sous-ministre responsable de l'Entente concernant le logement abordable;
- sous-ministre des Affaires autochtones de l'Ontario;
- ministre du Logement de l'Ontario.

3. Connexion au réseau (en référence à la recommandation n° 90)

Le Chef et le Conseil ont reçu l'assurance que l'approbation et la mise en œuvre du projet de connexion au réseau, ainsi qu'une présentation au Conseil du Trésor sont imminentes. Cela doit être confirmé et finalisé.

Mesure à prendre

Le coroner ou le coroner en chef adjoint convoquera une réunion qui sera coprésidée par le chef de Pikangikum. Invités :

- sous-ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien;
- sous-ministre responsable du Conseil du Trésor.

Le but de cette réunion est de s'assurer que le projet de connexion au réseau ira de l'avant, conformément à ce qui a été promis.

4. Whitefeather Forest Initiative : perspectives d'emploi et de développement économique (en référence à la recommandation n° 96)

Nous avons l'impression que les recommandations contenues dans ce Rapport proposent peu de solutions à long terme pour améliorer la qualité de vie de nos jeunes s'il n'y a pas d'économie durable pour offrir des perspectives d'emploi et de carrière à notre collectivité. C'est ce qui nous amène à penser que notre projet d'aménagement forestier Whitefeather Forest Initiative devrait et doit être soutenue financièrement à ce stade critique de son développement.

La Whitefeather Forest Management Corp. appartient à Pikangikum et elle a été guidée par la vision de nos aînés. Nous vous invitons à prendre le temps de visiter notre site Web, www.whitefeatherforest.com, afin de constater les progrès réalisés depuis que nos aînés ont entrepris le processus, en travaillant en étroite collaboration avec le ministère des Richesses naturelles de l'Ontario pour s'assurer de respecter les conditions relatives à l'obtention d'un permis d'aménagement forestier durable (PAFD).

Il est extrêmement important que toutes les « parties concernées » par ce Rapport comprennent bien ce qui suit : une fois que le plan d'aménagement forestier sera terminé, au printemps 2010 selon nos estimations, Pikangikum aura le plein contrôle de la gestion d'environ 1,3 million d'hectares de terres de la Couronne (des terres traditionnelles du peuple de Pikangikum connues sous le nom de Whitefeather Forest) et l'autorisation de commencer à exploiter la forêt à des fins commerciales. On estime qu'environ 350 emplois permanents seront créés, tant dans l'exploitation de la forêt que dans les activités de valorisation qui ont été planifiées jusqu'à maintenant.

La Whitefeather Forest Initiative représente l'espoir et l'avenir de nos jeunes et des générations futures. Si le gouvernement du Canada, le gouvernement de l'Ontario et leurs organismes respectifs prennent au sérieux les recommandations faites dans le Rapport, il devra y avoir un engagement concerté et coordonné pour financer le travail qu'il reste à faire pour obtenir le

PAFD. Cela signifie qu'il faudra soutenir l'acquisition de LKGH, la solution temporaire qui fera travailler nos jeunes qui suivent actuellement une formation en vue des nombreux emplois qui devront être comblés.

Mesure à prendre

Le coroner ou le coroner en chef adjoint convoquera une réunion qui sera coprésidée par le chef de Pikangikum. Invités :

- Whitefeather Forest Management Corporation;
- sous-ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien;
- sous-ministre responsable de la FedNor;
- secrétaire parlementaire du ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien;
- ministre des Affaires autochtones de l'Ontario;
- sous-ministre des Affaires autochtones de l'Ontario;
- ministre des Richesses naturelles de l'Ontario.

Le but de cette réunion est d'obtenir un engagement de 4,5 millions de dollars nécessaire pour assurer l'approvisionnement en bois, faire l'acquisition de LKGH et finaliser l'obtention du PAFD.

5. Centre de traitement et de ressourcement (en référence à la recommandation n° 52)

Le centre de villégiature de Stormer Lake est à vendre. Il est situé sur les terres traditionnelles de Pikangikum et relativement proche de la collectivité de Pikangikum.

Des fonds devraient être alloués pour permettre à Pikangikum d'acheter ces terres et de construire un centre de traitement des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie de notre collectivité (par exemple le problème d'inhalation de vapeurs d'essence).

Il existe plusieurs traitements qui pourraient être adaptés aux besoins de Pikangikum. Un examen attentif est requis avant de commencer à offrir ces services, mais l'important pour l'instant est d'acquérir les terres et les édifices.

Mesure à prendre

Le coroner ou le coroner en chef adjoint convoquera une réunion qui sera coprésidée par le chef de Pikangikum. Invités :

- sous-ministre de Santé Canada;
- secrétaire parlementaire du ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien;
- sous-ministre de la Santé de l'Ontario.

Le but de cette réunion est d'obtenir des fonds pour acheter la propriété de Stormer Lake (environ 1,5 million de dollars) et d'établir les coûts d'exploitation et d'entretien annuels.

6. D'autres terres de réserve pour Pikangikum (en référence à la recommandation n° 98)

La population actuelle de Pikangikum dépasse les 2 500 habitants et, selon les prévisions démographiques, elle devrait atteindre les 5 000 habitants dans une génération. Il n'y a pas de place actuellement sur la réserve pour établir un nouveau lotissement, car les terres ne sont pas toutes propices à la construction.

Il existe un besoin immédiat d'agrandir la réserve.

Le gouvernement du Canada s'est engagé depuis longtemps à approuver 13 kilomètres carrés de plus pour Pikangikum. L'Ontario avait accepté de lui vendre des terres de la Couronne à cette fin, mais cela n'a pas été fait.

Mesure à prendre

Le coroner ou le coroner en chef adjoint convoquera une réunion qui sera coprésidée par le chef de Pikangikum. Invités :

- sous-ministre responsable des Services fonciers et fiduciaires du Canada;
- secrétaire parlementaire du ministre des Affaires autochtones et Développement du Nord Canada;
- ministre des Richesses naturelles de l'Ontario;

- sous-ministre des Affaires autochtones de l'Ontario;
- sous-ministre responsable de l'acquisition et de l'aliénation des terres de l'Ontario.

Le but de cette rencontre est de confirmer l'engagement du Canada à agrandir la réserve d'au moins 13 kilomètres carrés, les terres en question devant être déterminées par Pikangikum, et à obtenir que l'Ontario accepte de transférer ces parcelles de terres de la Couronne.

7. Mandat du Social Health, Education and Elders (SHEE) Committee de mettre en œuvre le reste des recommandations (en référence aux recommandations n^{os} 1 à 100)

Le SHEE Committee a été créé en mars 2010 afin de mettre en œuvre et de coordonner différents programmes et activités à Pikangikum, et de faire en sorte que la Pikangikum Health Authority assume la responsabilité de la mise en œuvre.

Le conseil croit que le SHEE Committee, sous la direction de la Pikangikum Health Authority, est le mieux placé pour faire avancer les stratégies et les travaux relatifs à l'obtention du financement et du soutien requis pour mettre en œuvre les nombreuses recommandations du Rapport, regroupées en six principaux thèmes : les soins de santé (31 recommandations), la prévention du suicide (28 recommandations), l'éducation (15 recommandations), le maintien de l'ordre (2 recommandations), le bien-être de l'enfance (11 recommandations) et les déterminants sociaux de la santé (12 recommandations). Le Chef et le Conseil vont continuer d'apporter leur soutien au comité durant la prochaine année. Ils examineront ensuite les progrès réalisés et détermineront si des changements doivent être apportés au mandat et à la composition du comité.

Mesure à prendre

Le coroner ou le coroner en chef adjoint convoquera une réunion qui sera coprésidée par le chef de Pikangikum et la Pikangikum Health Authority. Invités :

- sous-ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien;
- ministre de Santé Canada;
- sous-ministre des Affaires autochtones;
- sous-ministre des Affaires autochtones de l'Ontario;
- sous-ministre de la Santé de l'Ontario;
- sous-ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse.

On recommande que le SHEE Committee, de concert avec la Pikangikum Health Authority, mette en œuvre les recommandations contenues dans le Rapport et qu'il prépare des rapports trimestriels à l'intention du Chef et du Conseil de Pikangikum afin de les informer des progrès réalisés. Selon le travail qui sera accompli pendant les 12 premiers mois, le conseil de Pikangikum déterminera si le SHEE Committee poursuivra ses travaux ou si des changements seront apportés à son mandat.

8. Réunion semestrielle du coroner, de Pikangikum, du Canada et de l'Ontario

Le conseil a établi la nécessité de veiller à ce que les représentants des gouvernements du Canada et de l'Ontario maintiennent leur engagement à mettre en œuvre les recommandations contenues dans le Rapport.

Mesure à prendre

Pour éviter les « renvois de balle » et les malentendus, on recommande de convoquer une réunion qui sera coprésidée par le chef de Pikangikum et par le coroner en chef de l'Ontario ou le coroner en chef adjoint. Invités :

- ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien;
- sous-ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien;
- secrétaire parlementaire du ministre des Affaires autochtones et Développement du Nord Canada;
- ministre de Santé Canada;
- ministre des Affaires autochtones de l'Ontario;
- sous-ministre des Affaires autochtones de l'Ontario;
- sous-ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse.

Une réunion semestrielle d'au moins une journée devrait permettre de s'assurer que la mise en œuvre des recommandations se poursuivra.

Respectfully Submitted to the Coroner and Deputy Chief Coroner this 6th day of June, 2011.

LED

<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
<u>Alfred [Signature]</u>	<u>Alfred [Signature]</u>
<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>

Le tout respectueusement soumis au coroner et au coroner en chef adjoint en ce 6^e jour de juin 2011.