

***KATOP WASIS SESOMIW NOKALAWIN
MO NAGELAMEG NEOTEETJIT MITJOAATJITJ
AUCUN ENFANT ABANDONNÉ***

**RAPPORT DU CONSEIL CONSULTATIF DES PREMIÈRES NATIONS
AU
DÉFENSEUR DES ENFANTS, DES JEUNES ET DES AÎNÉS DU NOUVEAU-
BRUNSWICK**



JUILLET 2021



Table des matières

Introduction	1
Le suicide et la santé mentale chez les Autochtones	2
Stratégies prometteuses pour la prévention du suicide chez les jeunes autochtones	6
Cheminement vers des services de santé mentale efficaces pour les jeunes autochtones.....	14
Langue et culture comme base.....	14
Améliorer l'autodétermination des Autochtones en matière de santé	18
Engagements internationaux en matière de santé et de santé mentale des jeunes autochtones....	19
Responsabilités provinciales et fédérales en matière de santé envers les peuples autochtones.....	20
Amélioration des résultats de santé mentale par l'autodétermination autochtone	26
Intégration des services de santé mentale dirigés par les Autochtones	28
Créer des expériences éducatives positives pour les jeunes autochtones.....	35
Venir en aide aux jeunes autochtones qui ont des démêlés avec la justice.....	40
Bâtir sur les progrès réalisés jusqu'à maintenant.....	43
Conclusion.....	44
Résumé des appels à l'action.....	45
Bibliographie	48
Annexe A	58
Membres du conseil consultatif des Premières Nations	58
ANNEXE B	59
Glossaire.....	59

Annexe A : Membres du conseil consultatif de Premières Nations

Annexe B : Glossaire

Liste des tableaux

Tableau 1 – Facteurs de risque et de protection du suicide chez les jeunes autochtones.....	8
Tableau 2 – Stratégies de prévention du suicide et d’intervention pour les jeunes autochtones.....	10
Tableau 3 – Continuum des programmes de santé mentale et de prévention du suicide offerts aux jeunes autochtones par champ de compétence.....	32
Tableau 4 – Jeunes admis en détention par type de détention, 2014-2015, Canada et Nouveau-Brunswick.....	41
Tableau 5 – Jeunes autochtones admis en détention, 2004-2005 et 2014-2015, par type de détention, Canada et Nouveau-Brunswick.....	41

Liste des figures

Figure 1 – Modèle complet de prévention du suicide et d’intervention chez les jeunes autochtones.....	6
Figure 2 – Faits saillants dans la trajectoire des soins de santé des Autochtones au Canada.....	18



Introduction

En février 2021, Lexi Dakin s'est présentée au service d'urgence de l'Hôpital Dr. Everett Chalmers, à Fredericton, accompagnée de la conseillère en orientation de son école, cette dernière s'inquiétant de sa santé mentale. Elle est repartie huit heures plus tard sans avoir reçu d'intervention en santé mentale et s'est enlevé la vie moins d'une semaine plus tard.

Le 5 mars 2021, le Défenseur des enfants et des jeunes du Nouveau-Brunswick a annoncé qu'il mènerait un examen officiel des services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes. L'examen porterait sur les circonstances entourant le décès de Lexi ainsi que sur la portée plus vaste de l'accès des jeunes et des expériences qu'ils vivent en lien avec les services de santé mentale et de prévention du suicide, des soutiens dont bénéficient les familles dans le cadre de ces services, et des besoins en matière de soins sociaux et de soins de la santé dans le contexte de la santé mentale chez les jeunes. Au cours du processus, trois conseils consultatifs ont été établis pour orienter et informer le processus, soit un pour les intervenants, un pour les jeunes et un pour les Premières Nations.

Le conseil consultatif des Premières Nations est composé de professionnels, de fournisseurs de services et d'analystes des politiques autochtones et non autochtones (se reporter à l'annexe A pour consulter une liste des membres du conseil consultatif). Les membres du Bureau du défenseur des enfants, des jeunes et des aînés ont participé à des réunions en tant que ressources, tout comme d'autres représentants des ministères provinciaux et des régies régionales de la santé. Dans le cadre du processus d'examen, notre conseil consultatif a pris le pouls de fournisseurs de services des Premières Nations et de jeunes autochtones au cours de séances de consultation publique et a obtenu l'avis d'experts en matière de santé mentale des Autochtones. Nous avons également procédé à un examen de la documentation sur le suicide chez les jeunes autochtones et sur les facteurs prometteurs dans le domaine, et nous avons acquis une compréhension approfondie des nombreux territoires de compétence et des nombreuses structures et parties qui jouent un rôle dans la santé mentale des jeunes autochtones. Dans le cadre de nos efforts, nous avons brossé un tableau statistique des données démographiques et de l'état de santé mentale des jeunes autochtones de la province.

Le présent rapport décrit les particularités et les complexités du contexte et les situations propres aux différents territoires de compétence qui caractérisent la prestation de services de santé mentale aux Autochtones. La première section, intitulée « Le suicide et la santé mentale chez les Autochtones », présente un aperçu de l'ampleur du suicide chez les jeunes autochtones au Canada et propose un modèle et des pratiques prometteuses pour s'attaquer au taux de suicide des jeunes autochtones. La section suivante, intitulée « Cheminement vers des services de santé mentale efficaces pour les jeunes autochtones », présente des étapes qui permettraient de diminuer le taux de suicide des jeunes autochtones et qui partent de la culture et de la langue comme base des services. La culture comme base est reconnue comme un facteur de protection pour la santé mentale des jeunes autochtones. Cette section décrit par ailleurs l'évolution historique des services de santé pour Autochtones et les complexités rattachées aux différents territoires de compétence. Elle présente aussi des données en faveur d'une participation renouvelée et de partenariats accrus pour la conception et la prestation de services de santé mentale aux jeunes autochtones. Y sont brièvement abordées les difficultés associées au système d'éducation publique du Nouveau-Brunswick et dans le système de justice pénale pour les



jeunes. La dernière section, intitulée « Bâtir sur les progrès réalisés jusqu'à maintenant », demande que les travaux futurs reposent sur nos efforts récents d'amélioration de l'accès aux services de santé mentale et de toxicomanie pour les jeunes de la province et de la compétence culturelle de ces services. Le rapport expose treize appels à l'action visant l'amélioration de la prestation des services de santé mentale et des résultats correspondants pour les jeunes autochtones du Nouveau-Brunswick, réclame fortement la tenue d'un examen distinct mené par les Autochtones en collaboration avec le Bureau du défenseur des enfants, des jeunes et des aînés pour accorder à tous les Autochtones qui habitent dans les réserves ou hors réserve le temps et la tribune idéale pour participer et contribuer à la solution pour les jeunes autochtones. Un rapport connexe comprend également un aperçu statistique des peuples autochtones du Nouveau-Brunswick en lien avec les renseignements démographiques, les statistiques relatives à la santé mentale et les déterminants sociaux de la santé.

La vision autochtone apportée à l'examen qu'a mené le Bureau du défenseur des enfants, des jeunes et des aînés sur les services de santé mentale et de prévention du suicide chez les jeunes a une portée assez limitée. La prestation des services de santé mentale aux jeunes autochtones est compliquée par l'absence d'une responsabilité claire et par la fragmentation des services. Des travaux poussés seront nécessaires si nous voulons comprendre pleinement ce dont nous avons besoin pour améliorer la santé mentale des jeunes autochtones de la province.

Le suicide et la santé mentale chez les Autochtones

Selon certaines estimations, entre 2011 et 2016, 1 180 Autochtones se seraient enlevé la vie au Canada. Le taux de suicide chez les Autochtones était trois fois plus élevé que celui des Non-Autochtones (24,3 décès par 100 000 personnes-années à risque chez les Autochtones contre 8,0 décès par 100 000 personnes-années chez les Non-Autochtones). Les taux de suicide étaient les plus élevés chez les jeunes autochtones âgés de 15 à 24 ans, et plus élevés chez les Autochtones que chez les Non-Autochtones pour la plupart des tranches d'âge de moins de 45 ans. L'écart entre les taux de suicide chez les Autochtones et ceux des Non-Autochtones était le plus grand chez les jeunes de 25 ans et moins.

Pour ceux qui habitent dans une réserve, le taux de suicide était environ deux fois plus élevé que pour ceux qui habitent hors réserve (34,1 décès contre 19,5 décès par 100 000 personnes-années à risque). Parmi les Autochtones habitant dans une réserve, les taux de suicide étaient les plus élevés chez les hommes âgés de 15 à 24 ans (78,8 suicides par 100 000 personnes-années à risque). Il n'y avait aucune différence digne de mention pour les taux de suicide chez les Autochtones de différentes provinces ou de différents territoires. Cependant, peu importe l'endroit, les taux de suicide des Autochtones étaient toujours plus élevés que ceux des Non-Autochtones (Kumar et Tjepkema, 2019).

Le tableau de la prévalence du suicide chez les Autochtones est incomplet. Les statistiques démographiques ne sont pas facilement disponibles et ne captent pas toute l'ampleur du problème. Les systèmes de santé financés par les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral emploient des démarches incohérentes pour désigner les Autochtones dans leurs données sur la santé, et certaines



provinces, dont le Nouveau-Brunswick, n'utilisent aucun identificateur ethnique dans leurs données administratives et cliniques. Il est donc difficile de mesurer l'évolution des indicateurs de l'état de santé pour les peuples autochtones. En 2017, l'Agence de la santé publique du Canada a établi le Cadre d'indicateurs de surveillance de suicide (CISS) au Canada pour donner suite à la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé selon laquelle tous les pays devaient mettre au point des stratégies anti-suicide nationales complètes comportant un programme, des politiques et des interventions globaux de surveillance du taux de suicide. Cependant, le CISS ne comporte aucun mécanisme de suivi pour les populations autochtones. Des quelque 4 000 suicides enregistrés chaque année au Canada, il n'est pas possible de déterminer combien sont chez les Autochtones. En l'absence de données sur le suicide chez les Autochtones, les communautés, les systèmes de santé et les gouvernements ne sont pas en mesure d'analyser avec efficacité si la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes autochtones (SNPSJA) permet réellement de prévenir des suicides (Pollock et coll., 2018).

La Première Nation d'Elsipogtog a colligé des données sur les morts tragiques pour la période de 30,5 années s'écoulant de 1990 à 2021 pour les besoins de cet examen. Pendant cette période, la communauté a enregistré 159 décès tragiques (par exemple suicides, décès où l'alcool ou des drogues sont en jeu, ou décès causés par des tragédies comme des accidents de la route, des incendies, des noyades, ou décès d'un nourrisson ou d'un enfant). Le suicide était à l'origine de 33,9 % de ces décès et, de ceux-ci, 18,5 % étaient des jeunes âgés entre 0 et 20 ans et 50 %, des jeunes âgés de 21 à 30 ans. Bref, 68,5 % des suicides dans cette communauté mi'kmaq avaient été exécutés par des jeunes de moins de 30 ans (P. Murphy, communications personnelles, 8 juin 2021). À la fin de décembre 2020, il y avait 2 719 personnes qui habitaient dans la réserve d'Elsipogtog. Malgré le fait que de nouvelles analyses s'imposent pour déterminer l'écart entre le taux de suicide ou de décès tragique d'Elsipogtog et celui de la population du Nouveau-Brunswick dans son ensemble, le taux annuel moyen de 5,3 décès tragiques (dont 1,8 suicide par année) pèse lourdement sur cette petite communauté où les réseaux de familles élargies sont nombreux.

Dans la Première Nation de Neqotkuk, il y a eu 152 décès entre octobre 2004 et juin 2021 (les décès de 2010 et de 2017 ne sont pas inclus dans ce chiffre) (D. Sappier, communications personnelles, 28 juin 2021). Il faut mener une analyse poussée pour déterminer la proportion de ces décès qui sont des suicides ou des décès tragiques, mais il s'agit tout de même d'une moyenne de 9,8 décès par année dans une communauté où il n'y avait que 1 596 personnes habitant dans la réserve à la fin de décembre 2020. L'âge moyen des personnes décédées est de 63 ans. Même s'il ne s'agissait pas tous de décès tragiques, le rythme moyen de près d'un décès par mois dans cette communauté a des répercussions sur la santé mentale de ses membres.

À l'instar de leurs pairs dans d'autres provinces et territoires, les jeunes autochtones du Nouveau-Brunswick doivent composer avec des troubles de santé mentale. Dans le *Sondage sur le mieux-être des élèves du Nouveau-Brunswick (2018-2019) auprès des élèves de la 6^e à la 12^e année* publié en 2019 par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, les élèves autochtones ont affiché des résultats inférieurs pour 49 des 57 indicateurs liés à la santé mentale ou à l'emploi de tabac, d'alcool ou de cannabis; de plus, l'écart par rapport aux élèves non autochtones était d'importance statistique. (Consulter l'annexe A pour obtenir d'autres données statistiques sur les populations de jeunes autochtones et la santé mentale).



Les conséquences économiques et sociales du suicide sont loin d'être négligeables. Chaque année, on rapporte en moyenne 107 Néo-Brunswickois qui s'enlèvent la vie. Le taux de suicide ou d'automutilation au Nouveau-Brunswick est actuellement de 38,6 par 100 000 habitants. Il faut toutefois noter que les décès par suicide sont souvent sous-déclarés. Pour chaque décès par suicide, on estime qu'il y aura 150 personnes supplémentaires qui sont touchées à divers degrés, y compris les membres de la famille, les amis, les camarades et le personnel scolaires et les membres de la communauté. Le coût économique moyen d'un suicide au Nouveau-Brunswick est évalué à 850 000 \$ (Santé Canada, 8 octobre 2020).

Les problèmes de santé mentale chez les Autochtones figurent parmi les plus graves de tous les groupes au Canada; c'est d'ailleurs la réalité pour les peuples autochtones des autres pays qui ont été touchés par la colonisation. La dévastation systématique et non interrompue des systèmes culturels, spirituels, économiques et politiques des peuples autochtones a donné lieu pour ces populations à des traumatismes individuels et collectifs, à des traumatismes historiques et à des traumatismes intergénérationnels (Kirmayer, Gone et Moses, 2014). Au Canada, il est désormais largement reconnu que les politiques gouvernementales défavorables comme dans le cas des pensionnats ont imposé un lourd héritage, notamment des troubles de santé mentale et des traumatismes disproportionnellement élevés chez les Autochtones comparativement à la population non autochtone (Sochting et coll, 2007; Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004). Encore au moment de la rédaction du présent rapport, les peuples autochtones peinent toujours à composer avec les conséquences de la découverte récente de 215 sépultures non marquées au pensionnat de Kamloops, en Colombie-Britannique, de 751 sépultures non marquées au pensionnat de Marieval, en Saskatchewan, et de 182 sépultures non marquées près du pensionnat autochtone de St. Eugene, en Colombie-Britannique. Ces découvertes ont infligé de nouveaux traumatismes aux survivants des pensionnats, à leurs familles et à leurs communautés partout au pays, et de nouvelles sépultures non marquées seront découvertes au cours des prochains mois et de prochaines années au fur et à mesure que les efforts se poursuivent en ce sens.

On définit un traumatisme historique ainsi : blessure émotionnelle et psychologique cumulative, infligée tout au long d'une vie et sur plusieurs générations et issue d'expériences traumatisantes vécues par un groupe massif (Brave Heart, 2003, p. 7). Le traumatisme historique fait naître une réponse à un traumatisme historique (RTH), qui se veut la constellation des caractéristiques associées à une réponse à un traumatisme subi par un groupe massif (Brave Heart, Chase, Elkins et Altschul, 2011, p. 283). La RTH comprend le trouble de stress post-traumatique (TSPT), mais est une affection beaucoup plus vaste. Le TSPT se manifeste généralement à la suite d'un événement qui a un début et une fin, tandis que le traumatisme que vivent les Autochtones au quotidien se poursuit encore de nos jours (Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004). Le psychothérapeute autochtone Eduardo Duran explique que, pour les Autochtones, un traumatisme est une blessure de l'âme (Duran, Firehammer et Gonzalez, 2008) et une lésion où le sang ne peut couler (Duran et Firehammer, 2016, p. 163). Par le passé, cette « maladie du cœur » (p. 163) était déclenchée lorsque l'on prenait la vie d'autrui en temps de guerre, un événement considéré comme une cérémonie. Par conséquent, pour guérir une blessure de l'âme, il faut aussi une cérémonie pour régler le traumatisme. La colonisation a élargi la portée et les conséquences des traumatismes à l'ensemble des peuples autochtones de l'île de la Tortue (l'Amérique du Nord), ainsi



qu'aux Autochtones dans d'autres régions du monde (Duran et Firehammer, 2016). Au Canada, la *Loi sur les Indiens* a interdit les cérémonies autochtones et en a fait une activité illégale entre 1885 et 1951.

L'accent placé sur l'événement et la personne dans la définition donnée pour « traumatisme », dans le *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 5^e édition (DSM-5)* publié en 2013 par l'American Psychiatric Association ne tient aucunement compte de traumatismes individuels et collectifs chroniques, complexes et de longue durée (Wirihana et Smith, 2014). Certaines études cliniques sur les survivants des pensionnats autochtones ont déterminé qu'ils sont aux prises avec des troubles de stress post-traumatique (TSPT) complexes qui, nous le répétons, diffèrent du TSPT et peuvent être causés par une violence sexuelle ou physique prolongée à l'enfance par une personne en position d'autorité ou de confiance (Aguar et Halseth, 2015). Le TSPT complexe a été ajouté en 2019 à la 11^e révision de la *Classification internationale des maladies* de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-11) et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (OMS, 2021). Ce terme a été élargi à « trouble traumatique du développement » ou « syndrome des pensionnats » par d'autres cliniciens et est associé à la toxicomanie, à de faibles compétences parentales, à la colère et au manque de connaissance de sa propre culture (Brasfield, 2001; Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004; O'Neill et coll., 2018).

Certains érudits ont avancé que les *traumatismes intergénérationnels* forment un concept plus significatif et plus valide que le TSPT et le TSPT complexe. Bien que les traumatismes intergénérationnels soient aussi causés par des traumatismes complexes, répétés et prolongés, ils sont de nature collective plutôt qu'individuelle. Le traumatisme intergénérationnel a été défini comme « traumatisme complexe collectif infligé à un groupe de personnes ayant en commun une identité ou une affiliation... Il correspond aux séquelles de plusieurs événements traumatisants vécus par un groupe de génération en génération, et il recoupe les réactions psychologiques et sociales à de tels événements (First Peoples Wellness Circle, 2019, p. 6).

Les scientifiques se penchent également sur l'étude de la transmission des traumatismes d'une première ou deuxième génération aux générations subséquentes, un phénomène qu'ils ont nommé la transmission transgénérationnelle des traumatismes. L'épigénétique est un domaine de neurobiologie assez récent qui porte sur l'étude des changements héréditaires de l'expression génétique non attribuable aux changements dans la séquence d'ADN sous-jacente (Kellermen, 2013). Elle sert plutôt à observer les facteurs environnementaux comme les catastrophes ou les stress externes pouvant toucher le développement physique, cognitif et psychologique de l'enfant à naître ou même des générations successives à venir sur le plan cellulaire (Johnson, 2012; Kiyimba, 2016). La transmission transgénérationnelle des traumatismes est connue depuis longtemps par les aînés autochtones, qui l'appellent la « mémoire du sang ».

Les répercussions des traumatismes et la nécessité d'approches tenant compte des traumatismes dans les interventions médicales et thérapeutiques reçoivent de plus en plus d'attention dans les domaines courants de la santé et de la santé mentale avec l'élaboration de modèles de rétablissement des traumatismes fondés sur des données probantes. Par conséquent, les organisations et les gouvernements changent leurs politiques et pratiques pour soutenir ces approches pour les familles et les jeunes (Wilson, Pence et Conradi, 2013). Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a également adopté une approche tenant compte des traumatismes dans le traitement des dépendances et la

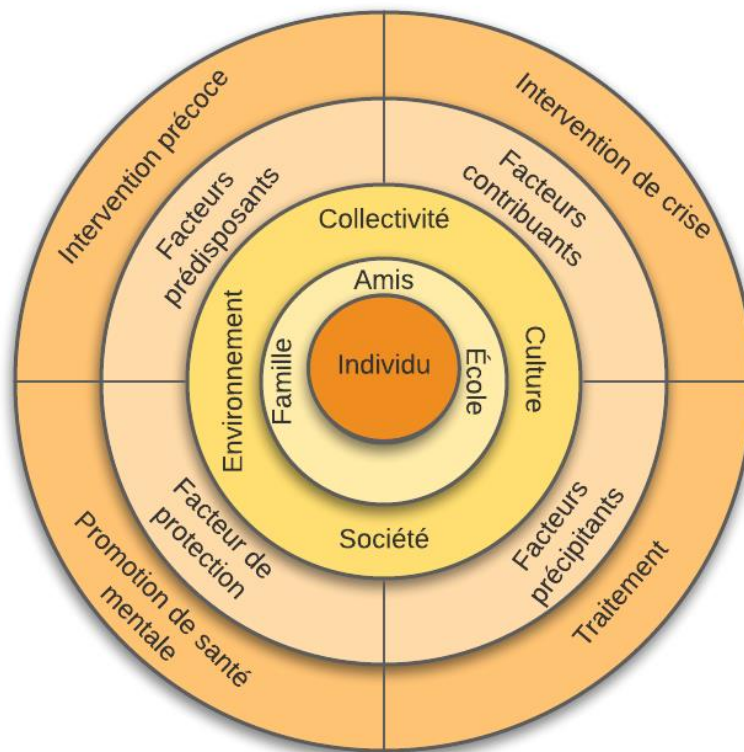


prestation des soins de santé mentale pour les jeunes et les adultes. En mai 2021, le gouvernement du Nouveau-Brunswick et les régions régionales de la santé ont annoncé la mise en œuvre de 21 recommandations liées aux services de santé mentale et aux crises de santé mentale. L'efficacité de ces recommandations à la ligne de front devra être évaluée à l'avenir.

Stratégies prometteuses pour la prévention du suicide chez les jeunes autochtones

White et Jodoin (2007) ont proposé un modèle de prévention du suicide et d'intervention pour les jeunes autochtones (voir la figure 1).

Figure 1 – Modèle complet de prévention du suicide et d'intervention chez les jeunes autochtones



Les individus sont entourés et influencés par d'autres couches comme la famille, les amis et l'école, la collectivité et la culture (y compris les facteurs historiques, les valeurs communes et la langue, les pratiques traditionnelles), la société (habituellement les valeurs et les croyances sociétales courantes, mais aussi les facteurs politiques et économiques) et l'environnement local et mondial. À chaque couche correspond un potentiel de risque ou de protection. L'interaction entre plusieurs facteurs, avec le temps et dans une variété de contextes, peut mener au suicide.



Il existe quatre types de facteurs de risque et de protection :

- Les **facteurs prédisposants**, qui indiquent le degré de vulnérabilité au suicide (p. ex. des antécédents familiaux de suicide).
- Les **facteurs contributants**, qui augmentent les risques déjà existants (p. ex. la violence physique, psychologique et [ou] sexuelle).
- Les **facteurs précipitants** agissent comme déclencheurs sur les personnes prédisposées (p. ex. un sentiment d'aliénation, d'abandon ou de rejet).
- Les **facteurs de protection** établissent les conditions qui contribuent à diminuer les risques de suicide (p. ex. la présence d'un adulte aimant et capable de comprendre).

Ces facteurs de risque et de protection sont résumés au tableau 1.

La prévention et le traitement vont souvent de pair et jouent tous deux un rôle essentiel dans la réduction du taux de suicide et d'automutilation chez les jeunes. Des mesures de prévention efficaces sont de mise pour réduire la probabilité de traitement plus intense et de plus hauts degrés de stress et de difficultés en santé mentale. La promotion d'une bonne santé mentale cible toute la population et vise à améliorer les interventions de bien-être personnel et les interventions axées sur le système pour améliorer le soutien social et le sentiment d'appartenance (p. ex. interventions en milieux scolaire ou communautaire). Les interventions précoces ciblent des groupes de jeunes qui affichent des signes de risques précoces de suicide ou des comportements suicidaires, mais pour qui aucun risque de suicide précis n'a été cerné. Ces types de stratégies promeuvent le renforcement des capacités, les améliorations sociales et environnementales ou la capacité d'intervention des systèmes d'aide. Une intervention en situation de crise s'impose lorsque nous rencontrons un jeune qui présente un risque extrêmement élevé d'automutilation. Les jeunes reçoivent un traitement lorsqu'ils présentent un degré élevé de détresse mentale ou des idées suicidaires.



Tableau 1 – Facteurs de risque et de protection du suicide chez les jeunes autochtones

Facteurs de risque et de protection du suicide chez les jeunes autochtones

Facteurs prédisposants	Facteurs contributants	Facteurs précipitants	Facteurs de protection
Individu - Tentatives de suicide antérieures - Dépression, problèmes psychiatriques - Deuil prolongé ou non résolu	- Style cognitif rigide - Faible capacité d'adaptation - Alcoolisme et toxicomanie - Orientation sexuelle « bispirituelle » - Impulsivité - Hypersensibilité - Faible estime de soi - Sentiment de santé fragile - Démêlés avec la justice	- Échec personnel - Humiliation - Traumatisme - Crise de croissance	- Bonne santé mentale et physique - Habilité en résolution de problèmes de façon créative - Autonomie - Expérience dans la maîtrise de soi - Optimisme - Sens de l'humour - Spiritualité ou foi profonde
Famille - Antécédents familiaux de suicide ou de comportement suicidaire - Violence/maltraitance dans la famille - Problèmes psychiatriques dans la famille - Séparation/deuil durant l'enfance	- Consommation de drogue dans la famille - Instabilité familiale - Conflits familiaux persistants	- Perte d'un membre important de la famille - Décès, surtout par suicide	- Relations familiales chaleureuses et favorisant l'appartenance - Modèles d'adultes équilibrés - Attentes élevées et réalistes
Pairs - Isolement social et aliénation	- Attitude négative des jeunes face à la recherche d'aide auprès des adultes - Modèles de comportements inadaptés des pairs	- Moqueries/cruauté - Perte d'amis, de réseau - Rejet - Intimidation - Décès, surtout par suicide	- Habilités sociales - Modélisation par les pairs sains - Acceptation et soutien
École - Isolement social et aliénation	- Attitude négative des jeunes face à la recherche d'aide auprès des adultes - Modèles de comportements inadaptés des pairs	- Moqueries/cruauté - Perte d'amis, de réseau - Rejet - Intimidation - Décès, surtout par suicide	- Habilités sociales - Modélisation par les pairs sains - Acceptation et soutien
Collectivité			- Possibilités de participation



<ul style="list-style-type: none"> - Acceptation, banalisation de suicide - Marginalisation - Aliénation face au pouvoir politique - Pauvreté, chômage - Isolement géographique - Logement inadéquat 	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement sensationnaliste du suicide dans les médias - Accès aux armes à feu et autres moyens de se suicider 	<ul style="list-style-type: none"> - Décès d'une personne connue, surtout par suicide - Démêlés avec la justice, incarcération 	<ul style="list-style-type: none"> - Espoir en l'avenir - Solidarité et autodétermination de la collectivité (Chandler et Lalonde, 1998 et 2008) - Disponibilité des ressources
<p>Culture</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effritement des valeurs culturelles et des systèmes de croyances - Perte du contrôle sur les terres et les conditions de vie 	<ul style="list-style-type: none"> - Attitudes négatives de la part des non-autochtones 		<ul style="list-style-type: none"> - Culture traditionnelle forte - Rehausser l'identité culturelle et la spiritualité (Chandler et Lalonde, 1998 et 2008; Fleming et Ledogar, 2008; Garoutte et coll., 2003, cité dans Fleming et Ledogar, 2010; Ungar, 2008; Kirmayer, Dandeneau, Marshall, Kahentonni Phillips et Jessen Williamson, 2011; White et Mushquash, 2016).

Les degrés de risque du suicide existent dans un continuum de nul à élevé et diverses stratégies de prévention et d'intervention sont nécessaires dans ce continuum. Le tableau 2 illustre les stratégies de prévention et d'intervention « avant l'acte » et « après l'acte » où l'« acte » est l'identification ou le développement d'un comportement suicidaire, d'idées suicidaires, de menaces de se suicider, de tentatives de suicide ou d'autres comportements d'automutilation intentionnels. Une approche complète s'impose pour éviter le suicide et les comportements suicidaires chez les jeunes (White et Jodoin, 2007, p. 20).



Tableau 2 – Stratégies de prévention du suicide et d’intervention pour les jeunes autochtones

Stratégies de prévention du suicide et d’intervention pour les jeunes autochtones* (White et Jodoin, 2007)				
	Avant l’acte		Après l’acte	
Population cible	Populations et groupes	Groupes à risque naissant	Individus à risque déterminé	Individus à risque élevé
Niveau du risque suicidaire	Aucun	Risque faible	Risque modéré	Risque élevé
Portée de l’intervention	Large : facteurs de risque et de protection en général		Étroite : prévention de comportements autodestructeurs ou de décès imminents	
Type d’intervention	Promotion de santé mentale	Intervention précoce	Traitement	Intervention de crise
Facteurs clés d’influence	Facteurs de protection	Facteurs prédisposants et contributeurs		Facteurs précipitants
Stratégies prometteuses	Approche axée sur la culture; approche à double perspective (Archibald, 2006; Assemblée de Premières Nations et Santé Canada, 2015; White et Mushquash, 2016)			
	Promotion de la culture Développement communautaire L’aide entre pairs Jeunes chefs de file Amélioration du climat scolaire Renforcement de l’estime de soi Initiation aux aptitudes de vie Soutien à la famille Continuité culturelle en favorisant des pratiques parentales positives de façon sensible et adaptée à la culture. Communication et établissement de relations intergénérationnels (Resnick, 2000; Masecar, 2009) Réduire les iniquités sociales (White et Mushquash, 2016)	Pratiques traditionnelles de guérison Communication et coordination interorganisations Formation de sentinelles communautaires Lignes directrices pour les reportages et la communication avec le public Réduction de l’accessibilité des moyens Formation de sentinelles en milieu scolaire Politique scolaire Sensibilisation au problème du suicide Groupes de soutien pour les jeunes Dépistage et orientation plus efficaces des jeunes à risque Meilleure capacité de réagir et d’aider les jeunes à risque dans la famille, l’école et la collectivité Réduction de l’accessibilité des moyens de se donner la mort	Évaluation/thérapie individuelle Thérapie familiale Formation clinique Gestion des cas	Services disponibles et accessibles en tout temps Programmes pour patients hospitalisés Interventions en toxicomanie



Indicateurs intermédiaires de progrès	Amélioration des compétences personnelles de l'ensemble des jeunes	Dépistage et orientation plus efficaces des jeunes à risque Meilleure capacité de réagir et d'aider les jeunes à risque dans la famille, l'école et la collectivité Réduction de l'accessibilité des moyens de se donner la mort	Meilleures habiletés d'adaptation de la part des personnes aidées Amélioration de la capacité à gérer les crises subséquentes et désir d'aider les autres personnes en difficulté	Diminution du risque individuel de comportement auto-destructeur ou de décès par suicide
Résultat final :	Réduction du nombre de suicides et des comportements suicidaires			
*Adapté de White et Joidin (2007)				



Dans leur examen de la documentation, Kirmayer, Fraser, Fauras et Whitley (2009) ont cerné plusieurs pratiques prometteuses dans la prévention du suicide chez les Autochtones. Mentionnons notamment :

- 1) **Réduire l'accès des jeunes aux moyens** de s'automutiler ou de se suicider.
- 2) **Offrir des programmes en milieu scolaire** pour enseigner des stratégies d'adaptation aux jeunes et montrer aux jeunes et aux enseignants comment reconnaître les personnes à risque et les aiguiller vers des services de santé mentale.
- 3) **Former de jeunes pairs aidants.**
- 4) **Former des sentinelles**, c'est-à-dire des personnes qui sont régulièrement en contact avec les jeunes (fournisseurs de soins primaires, parents, membres du clergé, enseignants, infirmières), pour qu'ils reconnaissent les jeunes à risque et les aiguillent.
- 5) **Faciliter l'accès à une gamme de services de santé mentale**, y compris le counseling et la psychiatrie.
- 6) **Mobiliser les collectivités** pour élaborer des programmes de prévention du suicide et des équipes d'intervention de crise.
- 7) **Offrir du soutien adapté sur le plan culturel aux familles** pour favoriser les compétences parentales saines.
- 8) **Tenir des activités familiales et communautaires** pour rassembler les aînés et les jeunes afin qu'ils échangent leurs connaissances, valeurs et points de vue.
- 9) **Garantir que les médias de masse brossent un portrait approprié du suicide et des problèmes communautaires.**

Ils ont aussi mentionné que les points suivants sont nécessaires pour adapter les pratiques prometteuses aux jeunes autochtones :

- 1) **Adaptation culturelle des programmes de prévention du suicide** – reconnaît les concepts autochtones de bien-être mental; tient compte de la culture comme facteur de protection; traduit les documents en langues autochtones et emploie des exemples pertinents à l'échelle locale; approches communautaires faisant participer les jeunes et les membres de la collectivité à la planification et à la création des programmes; programmes et services pertinents et sécuritaires sur le plan culturel; outils de dépistage et recherche adaptés à la culture.
- 2) **Concentration sur les interventions familiales et communautaires** qui renforcent la cohésion sociale et le bien-être collectif des contextes dans lesquels les jeunes vivent.
- 3) **Adaptation de la formation existante sur la prévention du suicide pour les milieux scolaires autochtones et autres milieux** pour toucher les jeunes qui ne fréquentent pas l'école.
- 4) **Adaptation de la prestation de services de santé mentale aux besoins et circonstances uniques des régions éloignées** (p. ex. ressources professionnelles et non professionnelles locales, équipes mobiles, soutien à distance grâce à la technologie).



- 5) **Traiter des conflits et des lacunes entre les régions** dans la prestation de services de santé mentale et la continuité des soins pour les peuples autochtones dans les réserves et hors réserve.
- 6) **Traiter des questions liées à la confidentialité** dans les communautés rurales et éloignées où les fournisseurs de services et les clients ont souvent des liens de parenté ou habitent près les uns des autres.
- 7) **Dans les collectivités rurales et isolées, appuyer les aidants**, qui sont très sollicités en raison du besoin constant de leurs services et de leur relation étroite avec les clients.
- 8) **Autodétermination** – Autonomie rehaussée pour les communautés des Premières Nations dans les aspects culturels, sociaux et économiques de leur vie (Chandler et Lalonde, 1998 et 2008).

Améliorations des services de santé mentale dans les communautés des Premières Nations de l'Atlantique

En 2021, une évaluation des services de santé mentale des communautés des Premières Nations de l'Atlantique a été effectuée. Le rapport indiquait que des améliorations avaient été apportées dans les services et soutiens de santé mentale et de traitement des dépendances dans les communautés des Premières Nations de l'Atlantique, mais qu'il reste du travail à faire sur les points suivants :

- Systèmes communautaires de santé mentale et de traitement des dépendances complets, au financement durable et sécuritaires sur le plan culturel
- Responsabilisation pour traiter du racisme et de la discrimination contre les Autochtones dans les systèmes provinciaux de santé
- Soutien accru pour les jeunes
- Détoxification sécuritaire sur le plan culturel, counseling en santé mentale aux centres de traitement, systèmes et espaces de crise
- Amélioration de la gestion des systèmes (plus de personnel, meilleure gestion de cas, soutien à l'élaboration des politiques, planification et gestion de la prestation des services et améliorations à l'intégration des services) (Levin et Rhymes, 2021)



Cheminement vers des services de santé mentale efficaces pour les jeunes autochtones

« Le bien-être du point de vue autochtone se rapporte à une personne entière et saine et s'exprime par un sens de l'équilibre entre l'esprit, l'émotion, le mental et le corps. La reconnaissance du lien avec la langue, la terre, les êtres de la création et les ancêtres, appuyée par une famille et un environnement bienveillant, est essentielle au bien-être. »

« L'élément le plus fondamental dans la vision du monde autochtone est l'Esprit. Dans cette réalité, l'esprit est logé dans un concept inclusif corps-esprit-cœur-âme. Dans notre vie dans ce monde terrestre, ces derniers travaillent ensemble et fonctionnant de manière inséparable comme un tout. L'esprit est toujours l'élément central et travaille toujours en relation avec les autres niveaux de l'être. L'esprit est dans toutes choses et au sein de toutes choses. Selon la vision du monde autochtone, nous vivons dans un univers spirituel et dans une relation spirituelle. »

« Notre esprit est au centre de notre être et veut que nous vivions à fond notre vie. Nous nous connectons à notre esprit en apprenant sur notre identité en tant qu'Autochtones. »

Jim Dumont, aîné

Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (2014), contreplat et la page 6

Langue et culture comme base

Il n'y a peu de temps que les modèles axés sur les traumatismes tiennent compte des traumatismes intergénérationnels et historiques et de l'expérience des peuples autochtones en explorant des modèles axés sur la résilience des peuples autochtones (Fast et Collin-Vézina, 2010). Les décideurs politiques en santé mentale sont de plus en plus conscients que les programmes de santé mentale traditionnels ont clairement prouvé qu'ils sont inefficaces pour traiter les besoins des peuples et des jeunes autochtones. Les universitaires et les chercheurs recommandent que les méthodes de traitement tiennent compte du contexte historique des peuples autochtones, s'inspirent d'un cadre de connaissances autochtones pour la mise en place, intègrent la continuité intergénérationnelle sur le plan individuel et collectif et soient enracinés dans la culture (Kirmayer, Brass et Tait, 2001; Organisation mondiale de la Santé, 2005; Archibald, 2006; Williams et Mumtaz, 2007; Ontario Federation of Friendship Centres, 2013).

Les programmes destinés aux Autochtones doivent porter une attention particulière à la langue, aux valeurs culturelles et aux traditions uniques des peuples autochtones et s'inspirer de la vision du monde autochtone, qui se distingue des approches occidentales (Commission royale sur les peuples



autochtones, 1996; McCormick, 2000; Archibald, 2006; Kirmayer et Valaskakis, 2009). Dans les langues autochtones, ce sont les verbes qui dominent. Ces langues sont orientées vers les relations et les processus et transmettent la vision du monde des Autochtones. Selon cette vision du monde, le bien-être est une relation saine et équilibrée avec la terre, la nation, la communauté, la famille et les dimensions spirituelles, émotionnelles, physiques et mentales de soi, qui sont toutes imbriquées les unes dans les autres. Le concept du « moi collectif » est unique aux peuples autochtones et peut servir aux interventions thérapeutiques (Makoksis et coll., 2010; Benning, 2013).

La *Loi sur les langues autochtones*, L.C. 2019, ch. 23, a reçu la sanction royale le 21 juin 2019. Cette loi vise à appuyer la réappropriation, la revitalisation, le maintien et le renforcement des langues autochtones au Canada et permet au Canada de collaborer – y compris conclure des accords aux fins notamment de la fourniture, dans une langue autochtone, de programmes et de services en ce qui a trait à l'éducation, la santé et l'administration de la justice – avec les gouvernements provinciaux ou territoriaux, les gouvernements autochtones et d'autres corps dirigeants. À l'heure actuelle, le Nunavut (*Codification de la Loi sur les langues officielles*, L.Nun. 2008, ch. 10) et les Territoires du Nord-Ouest (*Loi sur les langues officielles*, LRTN-O 1988, ch. 0-1) sont les seuls territoires de compétence au Canada ayant adopté une loi qui reconnaît les langues autochtones comme langues officielles. La Colombie-Britannique a créé une société d'État provinciale nommée First Peoples Cultural Council en 1990 pour soutenir de façon active la revitalisation des langues, des arts et de la culture autochtones et a formalisé ce travail dans la *First Peoples' Heritage, Language and Culture Act* (2011).

Les efforts de revitalisation et de renforcement des langues autochtones au Nouveau-Brunswick sont liés au bien-être mental des jeunes et des peuples autochtones. Bien qu'un enseignement limité des langues autochtones soit offert dans certaines écoles publiques du Nouveau-Brunswick, une reconnaissance officielle, un financement et un soutien législatif visant la réappropriation et la revitalisation des langues autochtones au Nouveau-Brunswick viendraient renforcer les efforts des Premières Nations pour atteindre des résultats positifs au chapitre de la santé mentale des jeunes autochtones.

Un nombre croissant de documents reconnaissent que le lien à la culture et l'intégration des concepts autochtones de santé et de santé mentale sont essentiels au traitement et à la prévention des traumatismes et des dépendances. L'enculturation ou le degré d'intégration au sein d'une culture est reconnu comme un facteur de résilience parmi les peuples et les jeunes autochtones (Archibald, 2006; Castellano, 2006; Fleming et Ledogar, 2008; Fiedelvey-Van et coll., 2016; Coll et coll., 2018; Graham, Stelkia, Wieman et Adams, 2021) et comprend les trois composantes clés, soit les activités familiales/traditionnelles, la connexion/l'identification culturelle en tant qu'Autochtone et la spiritualité traditionnelle. L'enculturation se produit par la langue, les cérémonies et les activités culturelles. Les résultats positifs issus de l'enculturation et de l'amélioration de l'estime de soi comprennent la réduction de la consommation de drogues et d'alcool, la réussite scolaire, la capacité de composer avec les répercussions négatives de la discrimination et la diminution des idées suicidaires (Fleming et Ledogar, 2008).

Plus récemment, les programmes et services fédéraux, provinciaux, territoriaux et des communautés des Premières Nations pour le bien-être mental et le traitement des dépendances ont mené à des



efforts concertés pour l'élaboration d'un continuum de soins complet centré sur le client pour les communautés et les clients autochtones. Ces efforts sont à l'origine du *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* (Assemblée de Premières Nations et Santé Canada, 2015) et du *Cadre Honorer nos forces* (Assemblée des Premières Nations, Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances et Santé Canada, 2011). Ces cadres visent à renforcer les interventions communautaires, régionales et nationales en santé mentale et en traitement des dépendances. Ils présentent également des éléments communs et prévoient, de par leur conception, des interventions auprès des peuples autochtones tout au long de la vie et dans divers groupes comme les jeunes, les femmes et les clients aux prises avec des problèmes de santé mentale. Les deux cadres sont fondés sur les principes de la culture pour les interventions et approches holistiques de guérison autochtones et emploient une approche à double perspective (Assemblée des Premières Nations, Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances et Santé Canada, 2011; Assemblée de Premières Nations et Santé Canada, 2015; Marsh et coll., 2015). Une approche à double perspective ou *Etuaptmumk* constitue le principe directeur qui consiste à voir le positif des modes de savoir autochtones et de la science occidentale pour s'attaquer aux enjeux locaux et mondiaux pour la promotion de collectivités saines (Bartlett, Marshall et Marshall, 2012).

L'évolution organisationnelle est de mise pour adopter des points de vue autochtones, des interventions culturelles et une approche à double perspective dans les services de santé mentale pour que les fournisseurs de services et le système de santé mentale dans son ensemble puissent intervenir de façon efficace auprès des peuples autochtones. Le système de santé mentale doit s'engager activement auprès des peuples et des communautés autochtones pour faciliter des changements dans les structures et les processus de soins de santé afin d'en arriver à des résultats significatifs sur le plan de la santé mentale. Pour y arriver, il faudra une compétence culturelle de la part des fournisseurs de services et un système sécuritaire sur le plan culturel. Seront donc aussi nécessaires la conception de services, des politiques, des ressources humaines et financières, des programmes et une prestation de services. Comme décrit dans la *Trousse d'outils sur la sécurité culturelle pour les intervenants en santé mentale et toxicomanie chez les personnes issues des Premières nations* (sans date), de Thunderbird Partnership Foundation :

La compétence culturelle exige des fournisseurs de services, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves, qu'ils soient conscients de leurs propres perceptions et attitudes concernant les différences culturelles, et qu'ils connaissent et acceptent les réalités culturelles et environnementales de leurs clients. Pour ce faire, il est aussi nécessaire de traduire les connaissances autochtones en réalités actuelles afin d'éclairer et de guider l'orientation et la prestation des services de santé et des aides de façon continue (p. 3).

La sécurité culturelle va plus loin que la sensibilisation aux cultures et la sensibilité culturelle au sein des services. Elle comprend une réflexion aux différences culturelles, historiques et structurelles et aux rapports de force dans les relations de soins. Elle implique un processus continu d'auto réflexion et de croissance organisationnelle des fournisseurs de services et du système de soins permettant de répondre efficacement aux besoins des Premières nations. La mise en œuvre de la sécurité culturelle est facilitée par des politiques, des procédures et des processus de flux de travail (p. 6).



La compétence culturelle est l'une des composantes de la sécurité culturelle, un résultat déterminé par le client. La sécurité culturelle requiert un changement systémique et une collaboration entre le système de santé et les peuples autochtones (Brascoupé et Waters, 2009).

Pendant le processus de consultation publique du Défenseur des enfants, des jeunes et des aînés, les fournisseurs de services, les professionnels et les peuples mi'kmaq et wolastoqey ont évoqué à quel point dont la culture, la langue, les pratiques d'autosubsistance et une approche à double perspective sont des éléments essentiels pour les programmes de prévention, d'intervention et de traitement de la santé mentale et des dépendances chez les Autochtones.

Appels à l'action

- 1) Les langues Mi'kmaq, Peskotomuhkati et Wolastoqey devraient être reconnues de façon officielle et soutenues par les lois provinciales, qui :**
 - a. reconnaissent que ces langues sont les langues originales du territoire, que les droits relatifs aux langues autochtones sont visés par les traités de paix et d'amitié et que ces langues sont actuellement menacées;**
 - b. reconnaissent les langues autochtones comme un élément fondamental et précieux pour la culture et la société du Nouveau-Brunswick;**
 - c. militent de façon active pour la revitalisation des langues autochtones à l'aide de fonds et de programmes offerts par le gouvernement provincial ou en partenariat avec le gouvernement fédéral;**
 - d. affirment que les peuples et les communautés autochtones Mi'kmaq, Peskotomuhkati et Wolastoqey sont les mieux placés pour voir à la réclamation, à la préservation, à la revitalisation et à la protection de leur langue.**

- 2) Une approche axée sur la culture et à double perspective comme base devrait être adoptée pour la mise en œuvre de services de bien-être mental, de santé et de traitement des dépendances pour les jeunes autochtones. Des services et programmes pertinents sur le plan culturel devraient aussi être offerts aux jeunes et aux familles autochtones par :**
 - a. l'élaboration conjointe avec les peuples et les communautés autochtones;**
 - b. des services communautaires dirigés par des autochtones dans le cadre du continuum de services;**
 - c. des programmes et des services provinciaux de santé et de santé mentale qui répondent aux besoins en matière de bien-être mental des peuples autochtones;**
 - d. une meilleure collaboration entre les services provinciaux de santé, les communautés des Premières Nations et les organisations autochtones pour garantir que les jeunes autochtones vivent une expérience cohérente et sécuritaire sur le plan culturel lorsqu'ils font appel aux services de santé, de santé mentale et de bien-être.**

- 3) Le gouvernement du Nouveau-Brunswick et les communautés et organisations autochtones devraient unir leurs forces pour apporter des changements dans les structures et processus des soins de santé, comme la conception des services, les politiques, les ressources humaines**



et financières, les programmes et la prestation de services, avec comme objectif à long terme la sécurité culturelle et l'amélioration des résultats de santé mentale pour les peuples autochtones.

Améliorer l'autodétermination des Autochtones en matière de santé

Depuis l'établissement du Canada par la *Loi constitutionnelle de 1867*, nombreux sont les grands changements et influences qui se sont fait ressentir sur les soins de santé des Autochtones. Ils sont illustrés à la figure 2 et présentés en détail ci-dessous.

Figure 2 – Faits saillants dans la trajectoire des soins de santé des Autochtones au Canada

1867	Le paragraphe 91(24) de la <i>Loi constitutionnelle de 1867</i> établit que les Indiens et les terres qui leur sont réservées relèvent du gouvernement fédéral. Il revient aux provinces et territoires d'exercer la responsabilité première de l'administration et de la prestation des soins de santé.
1939	Le <i>Renvoi sur les Esquimaux (1939) RCS 104</i> (maintenant appelé <i>Renvoi sur les Inuits (1939) RCS 104</i>) établit que les Inuits sont des « Indiens » en vertu de l' <i>Acte de l'Amérique du Nord britannique, 1867</i> .
1948	La <i>Déclaration universelle des droits de l'homme de l'Organisation des Nations Unies</i> est adoptée le 10 décembre 1948.
1966	Le <i>Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels</i> des Nations Unies est adopté le 16 décembre 1966.
1979	La <i>Politique sur la santé des Indiens</i> vise à améliorer l'état de santé dans les communautés des Premières Nations par le développement communautaire, la participation accrue et le développement de capacités des Premières Nations.
1984	La <i>Loi canadienne sur la santé</i> de 1984 exige que les gouvernements provinciaux/territoriaux remplissent des critères et des conditions établis en ce qui a trait aux services de santé assurés et complémentaires afin de recevoir la pleine contribution fédérale.
1989	La <i>Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CDE)</i> est adoptée le 20 novembre 1989.
1989	La <i>Politique de transfert des services de santé</i> de 1989 donne des pistes pour que les communautés des Premières Nations et les conseils tribaux assument la responsabilité de la planification et de la prestation des services de santé communautaires.
2002	Le rapport Romanow présente les difficultés des soins de santé des Autochtones, comme le manque de clarté en matière du territoire de compétence, le financement morcelé, l'accès et les résultats inéquitables, le manque d'intégration avec les politiques sociales et la nécessité d'une plus grande participation des Autochtones.
2004	L'Agence de la santé publique du Canada a été créée et offre des programmes de santé aux peuples autochtones qui vivent hors réserve.
2005	L' <i>accord de Kelowna</i> fixe des cibles pour les soins de santé et prescrit un engagement de 5 milliards de dollars, mais n'est pas ratifié par le nouveau gouvernement fédéral.
2007	La <i>Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUPA)</i> est adoptée le 13 septembre 2007. L'Australie, le Canada, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis s'y opposent.
2007	Le principe de Jordan a été adopté au parlement pour mettre fin aux querelles sur la responsabilité financière des soins de santé des Autochtones.
2013	L'autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique devient la première organisation provinciale à s'occuper de services et programmes qui étaient autrefois offerts par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. Des efforts semblables ont été déployés dans d'autres provinces et territoires depuis.
2016	En janvier 2016, le Tribunal canadien des droits de la personne (TCDP) statue que l'application canadienne du bien-être de l'enfance des Premières Nations et le principe de Jordan sont discriminatoires. Il ordonne au Canada de cesser ses pratiques discriminatoires.
2016	Le 14 avril 2016, <i>Daniels c. Canada, 2016 CSC 12</i> , détermine que les Métis et les Indiens non inscrits seraient reconnus comme des « Indiens » visés au paragraphe 91(24) de la <i>Loi constitutionnelle de 1867</i> .
2016	En mai 2016, le Canada retire officiellement son statut d'objecteur à la DNUPA.
2021	En janvier 2021, le Canada a entamé des consultations sur l'élaboration conjointe d'une loi sur la santé axée sur les distinctions des Autochtones.
2021	Le 21 juin 2021, la <i>Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones</i> reçoit la sanction royale.



Engagements internationaux en matière de santé et de santé mentale des jeunes autochtones

Le Canada est signataire de plusieurs cadres internationaux portant sur la santé et la santé mentale des jeunes autochtones. Parmi ceux-ci, mentionnons :

- La *Déclaration universelle des droits de l'homme de l'Organisation des Nations Unies* (1948), qui énonce que chaque personne, peu importe sa race, sa couleur, son sexe, sa langue et sa religion, a droit à certains droits et libertés, y compris la capacité de participer librement à la vie culturelle de la communauté et la liberté religieuse.
- Le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies* (1966), qui énonce ce qui suit :
 - le droit des peuples à disposer d'eux-mêmes, en vertu duquel ils ont le droit de déterminer librement leur statut politique et d'assurer librement leur développement économique, social et culturel, peu importe la race, la couleur, la langue et la religion;
 - une clause sur la protection et l'aide à la famille, qu'on juge l'unité de groupe fondamentale de la société;
 - la reconnaissance des États du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental possible, y compris le droit au développement sain de l'enfant;
 - le droit de participer à la vie culturelle et les responsabilités des gouvernements quant à la protection, au développement et à la promotion de la culture.
- La *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant* (CDE) (1989), qui indique ce qui suit :
 - l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale, peu importe la race, la couleur, la langue ou la religion;
 - les gouvernements assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant;
 - les gouvernements respectent le droit de l'enfant à préserver son identité;
 - les enfants ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible;
 - les enfants autochtones ne peuvent être privés du droit de pratiquer leur propre religion ou de parler leur langue.
- La *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* (DNUPA) (2007), les droits suivants des peuples autochtones :
 - faire preuve d'autodétermination;
 - maintenir et renforcer les institutions sociales et culturelles, tout en conservant le droit de participer pleinement à la vie politique, économique, sociale et culturelle de l'État;
 - observer et revivifier les traditions et coutumes culturelles, la spiritualité et les langues;
 - participer à la prise de décisions sur des questions qui peuvent concerner leurs droits;
 - améliorer leur situation sociale et économique, y compris dans le domaine de la santé;
 - conserver leurs pratiques médicales et leur pharmacopée traditionnelle;
 - jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale, tandis que les États prennent les mesures nécessaires en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation de ce droit;
 - conserver et renforcer leurs liens spirituels particuliers avec les territoires.



En 2016, le gouvernement fédéral a approuvé la DNUPA et, le 21 juin 2021, la *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, CSC 2021, ch. 14, a reçu la sanction royale. Bien que la *Loi* n'impose des obligations qu'au gouvernement fédéral, il s'agira d'une source importante pour l'interprétation des lois provinciales et fédérales.

Responsabilités provinciales et fédérales en matière de santé envers les peuples autochtones

L'évolution de la responsabilité du gouvernement fédéral en matière de santé des Autochtones

Le système de santé canadien consiste en un grand nombre d'aspects interliés relevant des gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux, des autorités autochtones ou du secteur privé. La nature fragmentée des soins de santé a mené à une mosaïque de politiques et de programmes pour les peuples autochtones (Lavoie et Gervais, 2010, p. 121).

Le paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867* établit que les Indiens et les terres qui leur sont réservées relèvent du gouvernement fédéral. En 1929, la décision de la Cour suprême du Canada, dans l'affaire intitulée *Renvoi sur les Esquimaux (1939)* RCS 104, confirme que les Inuits sont des « Indiens » en vertu de l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique (1867)* et, par conséquent, relèvent du gouvernement fédéral (Lavoie et Gervais, 2010). En 2016, la décision de la Cour suprême du Canada, dans l'affaire *Daniels c. Canada (2016)*, détermine que les Métis et les Indiens non inscrits seraient reconnus comme des « Indiens » visés au paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867*. Cette décision n'a pas imposé au gouvernement fédéral d'offrir des programmes et des services aux Métis et aux Indiens non inscrits, mais elle lui a interdit de refuser ces services sous le prétexte que ceux-ci ne relèvent pas de sa compétence. La décision n'a par contre pas annulé les responsabilités provinciales relatives aux Métis et aux Autochtones non inscrits (Truesdale, 2016).

C'est au gouvernement fédéral que revient la responsabilité première d'une gamme de services de santé pour les Indiens inscrits vivant dans les réserves et pour les Inuits vivant dans leurs territoires traditionnels au Québec et au Labrador. Ces programmes comprennent les programmes de santé publique (p. ex. promotion de la santé, prévention des maladies, protection de la santé et gestion des interventions d'urgence en santé), les soins à domicile et dans la collectivité et certains aspects des services de santé mentale et de traitement des dépendances. Le pouvoir législatif quant aux obligations du gouvernement fédéral pour la santé des Indiens est énoncé à l'article 73 de la *Loi sur les Indiens*. Le gouvernement du Canada finance ou fournit directement des programmes et services de santé ciblés qui viennent s'ajouter à ce qui est déjà offert par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Seul le programme des services de santé non assurés (SSNA) s'applique à tous les Indiens inscrits et Inuits, peu importe où ils habitent; ce programme est administré par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Services aux Autochtones Canada. Le pouvoir législatif de la *Loi sur les Indiens* n'est pas suffisant pour élaborer ou établir un cadre réglementaire complet de services de santé publique et de santé pour les Premières Nations qui habitent dans les réserves, et ne souligne aucune obligation (Lavoie et Gervais, 2010; Richmond et Cook, 2016; W. Were, communications personnelles, 3 juin 2021).

Il existe deux politiques nationales publiques en lien avec la santé des Autochtones. La *Politique de 1979 sur la santé des Indiens* est un document de deux pages dont l'objectif général consiste à améliorer l'état



de santé dans les communautés des Premières Nations par a) le développement communautaire afin de diminuer la pauvreté et les piètres conditions socio-économiques dans les communautés des Premières Nations; b) la participation accrue des Premières Nations dans la planification, l'établissement des budgets et la prestation des programmes de santé; et c) l'augmentation de la capacité des Premières Nations à jouer un rôle actif dans le système de santé canadien et dans la prise de décisions qui touchent leur santé. La politique souligne la relation spéciale entre les peuples autochtones et le gouvernement fédéral. Elle énonce d'ailleurs que le rôle du gouvernement fédéral est principalement lié à la santé publique dans les réserves, à la promotion de la santé et à la détection et à l'atténuation des risques de santé environnementaux. Les gouvernements provinciaux et les secteurs privés, quant à eux, sont responsables du diagnostic et du traitement des maladies aiguës et chroniques et de la réadaptation des malades. Les collectivités des Premières Nations jouent un rôle important dans la promotion de la santé et l'adaptation de la prestation des services de santé aux besoins uniques de leurs communautés (Santé Canada, 2007, p. 1). En 1989, la *Politique de transfert des services de santé* a donné des pistes pour que les communautés des Premières Nations et les conseils tribaux assument la responsabilité de la planification et de la prestation des services de santé communautaires (Lavoie et coll., 2005).

Le rapport Romanow de 2002 sur les soins de santé au Canada a cerné des problèmes dans les soins de santé prodigués aux Autochtones, y compris :

- le manque de clarté quant au territoire de compétence dont relève la responsabilité de la santé des Autochtones (gouvernements fédéral, provinciaux ou territoriaux) en raison d'hypothèses constitutionnelles concurrentes;
- le financement morcelé des services de santé des Autochtones;
- l'accès inadéquat et inéquitable aux services de santé d'un territoire de compétence à l'autre et d'un groupement d'Autochtones à l'autre (p. ex. Indiens inscrits vivant dans une réserve ou à l'extérieur, Indiens non inscrits, Métis et Inuits);
- les disparités continues dans l'état de santé des peuples autochtones;
- la nécessité pour les peuples, les communautés et les organisations autochtones de participer davantage à la planification et la prestation des services de santé;
- la nécessité d'intégration des services de santé à d'autres aspects de la politique sociale, comme l'éducation, le logement et les services sociaux, mais la réalité selon laquelle les efforts de partenariats sont gênés par des obstacles juridiques et administratifs;
- l'importance de services de soins de santé pertinents sur le plan culturel (Romanow, 2002).

Les directives pour aller de l'avant présentées dans le rapport Romanow (2002) proposaient de consolider le financement affecté aux soins de santé des peuples autochtones, de s'attaquer aux besoins uniques en matière de santé des peuples autochtones et d'améliorer l'accès à tous les services de santé, et à la formation et au recrutement de professionnels de la santé autochtones. Ces fonds seront gérés par l'entremise de partenariats de santé des Autochtones, et les peuples autochtones feront part de leurs commentaires de façon continue sur la direction et la conception des services de soins de santé dans la communauté.

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a été créée en 2004, par suite de l'éclosion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003. Le rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique (2003) a indiqué que la nature fragmentée des responsabilités en matière de santé



des peuples autochtones posait un risque de santé publique et créait des obstacles à l'accès. Par conséquent, l'ASPC a commencé à offrir des programmes de santé aux Autochtones vivant hors réserves (p. ex. le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques) (Lavoie et Gervais, 2010).

En 2005, les gouvernements fédéral et provinciaux, ainsi que les cinq organisations autochtones nationales, ont signé l'*Accord de Kelowna*, qui fixe comme objectifs une diminution de 20 % sur cinq ans de la mortalité infantile, du suicide chez les jeunes, de l'obésité et du diabète et l'augmentation du nombre de professionnels de la santé autochtones, et qui prévoit un engagement de 5 milliards de dollars. L'*Accord de Kelowna* a été soutenu par le premier ministre Paul Martin, mais pas par son successeur, le premier ministre Stephen Harper, ce qui explique que l'accord a été tué dans l'œuf.

Le principe de Jordan a été adopté au parlement en 2007 pour mettre fin à la dispute sur la responsabilité financière des besoins en matière de santé, d'éducation, d'apprentissage de la petite enfance et de bien-être de l'enfance des enfants autochtones. Le principe dicte qu'il appartient au gouvernement de premier contact d'acquiescer les services et de résoudre les disputes ultérieures, pratique toujours en vigueur aujourd'hui. Les enfants des Premières Nations, qu'ils vivent dans les réserves ou hors réserve, qu'ils soient Indiens inscrits ou non, sont visés par le principe de Jordan. Une initiative semblable, *Les enfants inuits d'abord*, est offerte aux enfants inuits par Services aux Autochtones Canada. Le 26 janvier 2016, le Tribunal canadien des droits de la personne (TCDP) a statué que la mise en œuvre des programmes de bien-être de l'enfance du gouvernement du Canada et la définition du principe de Jordan étaient discriminatoires. Il a ordonné au gouvernement fédéral de prendre des mesures immédiates pour cesser ses pratiques discriminatoires et mettre en œuvre le principe dans sa portée complète et comme il se doit. Depuis 2016, le TCDP a publié plus de quinze autres ordonnances de non-conformité à l'encontre du gouvernement fédéral. Plus récemment, le Canada a entamé une procédure de révision judiciaire des ordonnances du Tribunal sur l'admissibilité du principe de Jordan, que la Cour fédérale a entendue du 14 au 18 juin 2021 (Palmer, Tepper et Nolan, 2017; Services aux Autochtones Canada, 2020; Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada, 2021).

D'autres efforts dirigés par les Premières Nations sont déployés en ce moment pour l'amélioration de la conception et de la prestation des services de santé des Premières Nations par les gouvernements et les régies de la santé mandatées des Premières Nations. En 2013, l'autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique est devenue la première organisation provinciale de son genre à s'occuper de services et programmes qui étaient autrefois offerts par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. Des efforts semblables sont déployés au Manitoba, en Saskatchewan et en Ontario. Les Premières Nations de la Nouvelle-Écosse jettent les bases pour ce parcours, et celles du Nouveau-Brunswick ont récemment entrepris d'explorer la possibilité d'un contrôle et d'une gouvernance accrue dans le domaine de la santé.

En 2021, le gouvernement fédéral mobilise par ailleurs les peuples autochtones, les gouvernements provinciaux/territoriaux, les professionnels de la santé et les parties prenantes pour l'élaboration d'une mesure législative sur la santé des Autochtones fondée sur la distinction. Le processus a pour objet d'établir les principes de base comme fondement des services de santé destinés aux peuples



autochtones; de contribuer à la transformation de la prestation des services de santé de façon à augmenter l'élaboration et la prestation de services de santé dirigés par les Autochtones et à faire progresser l'engagement du Canada vers la réconciliation et une relation de nation à nation avec les peuples autochtones (Services aux Autochtones Canada, 2021).

Rôle de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits dans les soins de santé des Autochtones

Le gouvernement fédéral affirme que les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux se partagent, dans une certaine mesure, la responsabilité des soins de santé des peuples autochtones en vertu des articles 91 et 92 de la *Loi constitutionnelle de 1867*. La prestation de soins primaires aux Premières Nations relève des provinces et des autorités sanitaires qui s'y trouvent.

Pour reconnaître le statut et les besoins uniques des Premières Nations et des Inuits, le gouvernement fédéral a créé la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI). Les programmes et services de la DGSPNI reposent sur la *Politique de 1979 sur la santé des Indiens* et ne sont pas inscrits dans la loi. Dans la région de l'Atlantique, les programmes de la DGSPNI sont principalement axés sur :

- la santé publique (promotion de la santé, prévention des maladies, protection de la santé et gestion des interventions d'urgence en santé);
- les soins à domicile et dans la collectivité;
- la santé mentale et les dépendances.

La DGSPNI fournit aux Premières Nations et aux Inuits qui y sont admissibles un nombre limité de produits et services médicaux et sanitaires essentiels qui ne sont fournis par aucun autre programme public ou régime d'assurance privé. Or, le gouvernement du Nunatsiavut propose ces produits et services à ses membres grâce à une aide financière prévue dans des modalités de financement global qui font partie de son entente sur l'autonomie gouvernementale.

Il existe donc une zone grise pour la prestation de services de santé primaires. Même si la *Loi constitutionnelle de 1867* indique que la responsabilité première des soins de santé relève des gouvernements provinciaux, le gouvernement fédéral bonifie les services de santé primaires lorsque ces derniers ne sont pas disponibles dans le cadre des régimes de santé provinciaux ou privés.

Au cours des 20 dernières années, la DGSPNI est passée d'un fournisseur de services pour devenir un bailleur de fonds pour les services fournis par les communautés autochtones. Les rôles actuels de la DGSPNI sont les suivants :

- **fournisseur de services directs** (p. ex. agents d'hygiène de l'environnement et thérapeutes dentaires);
- **bailleur de fonds pour les services de santé** fournis par les communautés des Premières Nations;
- **fournisseur de services d'assurance médicale** par l'intermédiaire du programme des services de santé non assurés (SSNA) (p. ex. certains médicaments sur ordonnance, services dentaires, fournitures et matériel médicaux, counseling en santé mentale);



- **élaboration de programmes et de politiques** (p. ex. conseils relatifs aux programmes, cadres de politique, aide à l'intégration du système de santé entre les communautés/organisations des Premières Nations et les systèmes de santé provinciaux);
- **aide à la gouvernance, à l'accroissement des ressources communautaires et à l'infrastructure** (p. ex. planification sanitaire, agrément, capitaux, cybersanté, recherches);
- **défense des droits et établissement de relations** (p. ex. mobilisation des Premières Nations et des Inuits, tables de partenariat, processus bilatéraux et trilatéraux).

La DGSPNI offre au total 114 programmes aux Premières Nations et aux Inuits, dont les suivants :

- **programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies** pour les membres des Premières Nations habitant dans une réserve et les Inuits (p. ex. développement sain des enfants, bien-être mental et mode de vie sain);
- **programme de protection de la santé publique** (p. ex. programme de contrôle des maladies transmissibles pour les membres des Premières Nations habitant dans une réserve et les Inuits, programmes de santé publique en matière d'environnement pour les communautés des Premières Nations vivant au sud du 60^e parallèle et à quelques communautés des Premières Nations et des Inuits du Nord);
- **programmes de soins primaires** – dans les communautés autochtones éloignées (p. ex. infirmières). Ces services ne sont pas fournis dans la région de l'Atlantique;
- **aide à l'infrastructure sanitaire** pour l'agrément, la cybersanté, les ressources humaines en santé autochtone, l'intégration des services de santé et les établissements de santé;
- **services de santé non assurés (SSNA)** (W. Were, communication personnelle, 3 juin 2021).

Rôle du gouvernement provincial dans la santé des Autochtones

La *Loi constitutionnelle de 1867* répartit les rôles et responsabilités fédéraux et provinciaux, les provinces/territoires assumant la responsabilité première pour l'administration et la prestation des services de santé. La loi fédérale qui régit les services de santé publique au Canada est la *Loi canadienne sur la santé* (1984). Le gouvernement fédéral exerce sa responsabilité sur la santé principalement grâce au pouvoir fédéral de dépenser. Selon la *Loi*, les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent respecter des critères et des conditions établis en ce qui a trait aux services de santé assurés et aux services de santé complémentaires pour recevoir la pleine contribution fédérale par l'intermédiaire du Transfert canadien en matière de santé (p. ex. administration publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité). La *Loi* exige que tout service médical essentiel, que ce soit à l'hôpital, chez le médecin ou chez le chirurgien dentaire (les services de santé assurés par exemple), doit être couvert par des régimes d'assurance santé provinciaux/territoriaux offerts à tous les résidents admissibles, y compris les Autochtones. Elle ne précise aucune norme de prestation de services, car il revient à chaque province/territoire de gérer son propre système de santé. Les provinces et territoires offrent par ailleurs une vaste gamme de services qui ne sont pas prévus par la *Loi* (p. ex. les foyers de soins de longue durée) (W. Were, communications personnelles, 3 juin 2021). De 2012-2013 à 2021-2022, le Nouveau-Brunswick aura reçu 7,6 milliards de dollars par l'intermédiaire du Transfert canadien en matière de santé (ministère des Finances Canada, 2017).



Le Nouveau-Brunswick peut aussi conclure des ententes pour la prestation de services de santé. Selon le paragraphe 58(1) de la *Loi sur la santé publique* (2012) :

58(1) Sous réserve de l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, le Ministre peut passer et modifier des ententes avec

- (a) le gouvernement du Canada ou le gouvernement d'un État des États-Unis d'Amérique, un ministère, une agence ou un organisme relevant de ce gouvernement,
- (b) le gouvernement d'une province ou d'un territoire, un ministère, une agence ou un organisme relevant de cette province ou de ce territoire, ou
- (c) le conseil d'une bande tel que la *Loi sur les Indiens* (Canada) le définit, un gouvernement local,

aux fins de l'organisation et de la fourniture des programmes et services de la santé publique, la prévention des maladies et des blessures et la promotion et la protection de la santé de la population du Nouveau-Brunswick ou de tout groupe de celle-ci.

L'une de ces ententes, l'*Accord de financement entre le Canada et le Nouveau-Brunswick sur les services de soins à domicile et de soins communautaires et en santé mentale et en toxicomanie* (Santé Canada, 2020), est en vigueur du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2022. Pendant cette période, la contribution canadienne au volet de santé mentale et de toxicomanie de l'entente s'élève à 39,3 millions de dollars. L'accord sera renouvelé pour la période de 2022 à 2027, sous réserve de l'approbation du Parlement et la conclusion d'un nouveau plan quinquennal entre le Canada et le Nouveau-Brunswick.

Parmi les principales directives figurant dans l'accord pour la prestation de services de santé mentale et de toxicomanie, signalons :

- un modèle collaboratif de soins axé sur une approche intégrée et centrée sur la personne de prestation de services;
- la prestation de services respectueux, équitables et de qualité supérieure aux Premières Nations et aux Autochtones grâce à des ressources adaptées à la culture, à l'accroissement des ressources communautaires, à la formation et à l'échange de connaissances.

Des fonds sont par ailleurs affectés à l'élaboration et à la mise en place d'un cadre de compétence adapté à la culture pour la prestation de services de santé mentale aux jeunes et aux adultes des communautés des Premières Nations du Nouveau-Brunswick ainsi qu'à l'élaboration conjointe et à la mise en place d'équipes de santé mentale multidisciplinaires, collaboratives, axées sur les forces et dirigées par les Premières Nations. Parmi les mesures visant précisément les jeunes, signalons le financement des équipes de prestation des services intégrés adaptés aux différents besoins de chaque communauté des Premières Nations vivant dans des régions du Nouveau-Brunswick où une équipe multidisciplinaire réservée aux jeunes est nécessaire et vient s'ajouter à celles déjà établies dans le système des écoles publiques. Au moment de la rédaction du présent rapport, des renseignements sur les dépenses relatives aux Premières Nations prévues dans cet accord étaient disponibles.



L'alinéa 4(1)a) de la *Loi sur l'évaluation* (chap. A-14) se lit comme suit :

Exonérations

4(1) Au Nouveau-Brunswick tous les biens réels peuvent être évalués et taxés sous réserve des exonérations suivantes :

- (a) les biens réels qui appartiennent à une église et servent à loger les prêtres, ministres, rabbins ou les commissaires et les officiers d'état-major de l'Armée du Salut, et la partie des autres biens réels d'une organisation religieuse désignée par règlement, d'une église ou d'un ordre religieux qui sert exclusivement à des fins religieuses, éducatives ou charitables, y compris les cimetières et salles paroissiales d'où ne proviennent que des revenus affectés aux fins de l'église;

La terre et la relation avec la terre sont des éléments fondamentaux de la spiritualité et des langues des peuples des Premières Nations et ont une incidence sur la santé mentale des Autochtones. Le gouvernement provincial peut aussi exonérer d'impôt foncier les biens réels qui ont pour utilité première les pratiques traditionnelles et les pratiques de guérison, comme les cérémonies, les programmes de guérison sur les terres et l'éducation culturelle. Toute exclusion de terres ou d'installations servant à la guérison aux exonérations prévues dans la *Loi* pourrait être jugée comme un exemple de racisme systémique. Le Nouveau-Brunswick devrait reconnaître que les pratiques spirituelles et religieuses des Autochtones n'ont pas nécessairement lieu dans un bâtiment physique comme une église et qu'elles peuvent comprendre l'utilisation de biens réels à des fins spirituelles autochtones prévues dans les exonérations de la *Loi sur l'évaluation*.

Amélioration des résultats de santé mentale par l'autodétermination autochtone

Les inégalités au chapitre des résultats en santé physique et mentale sont fortement corrélées avec le statut social et économique, qui sont à leur tour liés au degré de contrôle que les gens jugent qu'ils exercent sur leur vie. Le lien entre le contrôle perçu et la santé est déjà établi pour une grande variété d'états de santé, y compris la santé mentale, le suicide et le décès attribuable à un accident ou un acte de violence (Marmot, 2004, cité dans Murphy, 2014; Ryan et Deci, 2008 et 2011, cité dans Murphy 2014). Les travaux importants de Chandler et Lalonde (1998 et 2008) ont établi que, chez les peuples des Premières Nations de la Colombie-Britannique, les taux de suicide variaient de façon extrême et qu'ils étaient associés à un certain nombre de facteurs désignés « continuité culturelle » (le degré de cohésion sociale et culturelle dans une communauté). Parmi ces facteurs, signalons les titres fonciers, l'autonomie gouvernementale (surtout en ce qui a trait à la participation des femmes), le contrôle des services d'éducation, de police, de protection de l'enfance et de santé, la présence d'installations culturelles permettant de préserver et d'enrichir la vie culturelle de la communauté, et les liens intergénérationnels. Ce sont les communautés où le degré de continuité culturelle était le plus élevé qui ont enregistré des taux de suicide faibles ou nuls. Le colonialisme est aussi reconnu comme un déterminant social de la santé pour les peuples autochtones (Reading et Wien, 2009; Czyzewski, 2011).

Le Canada est un État signataire du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies* (1966) et de la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples*



autochtones (2007), qui établissent l'autodétermination comme un droit, peu importe le peuple. Les gouvernements fédéral et provinciaux collaborent de plus en plus avec les peuples autochtones pour l'élaboration de politiques, de programmes et d'initiatives. Pendant les séances de consultation publique menées pour le présent examen, les fournisseurs de services, les aînés et les membres des communautés mi'kmaq et wolastoqey ont cerné la nécessité d'initiatives dirigées par la communauté et axées sur la communauté qui répondraient davantage aux besoins des jeunes et des adultes autochtones. Ils ont aussi fait remarquer qu'il reste encore beaucoup à faire pour que les systèmes provinciaux en place soient à la fois compétents et sécuritaires sur le plan culturel et qu'il faudra de nouvelles collaborations et de nouveaux partenariats. Les représentants des Premières Nations ont d'ailleurs cité plusieurs exemples :

- des équipes mobiles d'intervention en cas de crise de la province qui n'étaient pas outillées pour composer avec les réalités et la culture de la communauté et qui devaient donc compter sur le personnel de la communauté pour diriger les efforts;
- la nécessité d'une collaboration accrue entre la GRC et les équipes d'intervention en cas de crise de garde des Premières Nations après les heures normales.

L'Accord de financement entre le Canada et le Nouveau-Brunswick sur les services de soins à domicile et de soins communautaires et en santé mentale et en toxicomanie (Santé Canada, 2020) permet de faire les premiers pas pour assurer la participation et l'autodétermination des Premières Nations dans leur santé et leur santé mentale. L'accord prévoit la mise en place d'un cadre de compétence adapté à la culture pour les services de santé mentale destinés aux peuples des Premières Nations et la création conjointe d'équipes de santé mentale axées sur la collaboration et dirigées par la communauté des Premières Nations. La création conjointe et la mise en œuvre collaborative permettraient aussi la mise en place de responsabilités et de mécanismes partagés pour la mise en œuvre de services de santé mentale destinés aux jeunes. Le manque de clarté quant au territoire de compétence à qui la responsabilité incombe s'est traduit par des lacunes de services et par l'absence de services compétents et sécuritaires sur le plan culturel pour les peuples autochtones. La situation ne changera pas si les peuples autochtones ne font pas partie de l'élaboration, de la prestation et de la surveillance des services de santé qu'ils utilisent. Cette confusion a aussi été signalée comme une difficulté par les fournisseurs de services mi'kmaq et wolastoqey dans le cadre de cet examen. Les efforts futurs seront notamment centrés sur les responsabilités des différents territoires de compétence.

Appels à l'action

- 4) Établir un forum tripartite et un processus continu mobilisant les dirigeants, les administrateurs et les organisations autochtones et les gouvernements provincial et fédéral pour :**
 - a. élaborer un cadre pour des services de santé mentale et de bien-être pertinents, sécuritaires et adaptés sur le plan culturel pour les autochtones;**
 - b. améliorer l'accès, la prestation et la compétence et la sécurité culturelle des services de santé mentale et de bien-être offerts aux jeunes autochtones;**
 - c. inclure les commentaires et la surveillance des Premières Nations sur la portion du financement et les aspects les concernant dans l'accord entre le Canada et le Nouveau-Brunswick sur la santé mentale et le traitement des dépendances;**



- d. **établir des centres de guérison dirigés par des Autochtones, dans des endroits comme la ferme Lonewater, et favoriser la réussite d'une réforme d'impôt foncier provincial et de financement de base à long terme pour les programmes, le soutien à la formation des employés, etc.;**
 - e. **assurer l'intégration des équipes de la prestation des services intégrés (PSI) provinciale et du personnel œuvrant pour le principe de Jordan pour mieux satisfaire les besoins des enfants autochtones et pour créer une approche de compétence cohérente pour voir à ce qu'il n'existe aucun écart dans les services offerts aux enfants autochtones.**
- 5) **Faire preuve d'une plus grande transparence quant aux paiements de transfert fédéraux au Nouveau-Brunswick et aux dépenses liées aux services de santé mentale destinés aux Autochtones.**
- 6) **Transférer la portion de financement des Premières Nations issue de l'accord entre le Canada et le Nouveau-Brunswick sur la santé mentale et le traitement des dépendances par l'intermédiaire du forum tripartite.**

Intégration des services de santé mentale dirigés par les Autochtones

Les services de prévention du suicide, de promotion de la vie et de santé mentale pour les jeunes autochtones dépendent d'un modèle complet d'interventions et de stratégies (White et Joidin, 2007). Un continuum de programmes et de services liés à la santé mentale pour les jeunes autochtones est offert par divers fournisseurs de services. Ces fournisseurs comprennent :

- **Des Premières Nations** (par l'entremise du financement, par le gouvernement fédéral et les recettes de provenance interne, de programmes et de services de santé des Premières Nations ainsi que de services de bien-être à l'enfance et d'écoles dans les réserves). Elsipogtog gère également le centre Eastern Door, qui offre des services multidisciplinaires de dépistage, de diagnostic, de prévention et d'intervention intégrant les pratiques culturelles médicales et communautaires dans le cadre de troubles liés à un traumatisme, comme l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). Il y a également trois équipes de mieux-être en santé mentale dans la province qui sont en cours de création ou qui offrent des services de santé mentale, y compris des services d'intervention en cas de crise pour les communautés des Premières Nations :
 - l'équipe de mieux-être en santé mentale de Mawlugutineg, qui sert les communautés des Premières Nations suivantes : Ugpi'ganjig, Pabineau, Esgenoôpetitj, Natoaganeg et Metepenagiag;
 - l'équipe de mieux-être en santé mentale d'Oeliangitasoltigo, qui sert les communautés des Premières Nations suivantes : Elsipogtog, Indian Island, Buctouche et Fort Folly;
 - l'équipe de mieux-être en santé mentale de Wolastoqey, qui sert les six communautés wolastoqey des Premières Nations.

ACCESS Esprits Ouverts était en place dans la Première Nation d'Elsipogtog et le programme devait être élargi par l'ajout d'autres emplacements au Nouveau-Brunswick, y compris dans la



Première Nation de Tobique. Les équipes de PSI dirigées par les Premières Nations seraient semblables aux équipes de PSI provinciales, et elles les compléteraient, mais un modèle dirigé par les Premières Nations pourrait être légèrement différent. Par exemple, les équipes du développement de l'enfance et de la jeunesse (DEJ) dirigées par les Premières Nations incluraient des composantes de PSI propres aux Premières Nations. Ces équipes seraient en mesure de fournir des services aux enfants et aux jeunes des Premières Nations dans les écoles des Premières Nations, mais elles seraient également en mesure de transférer leurs services dans les écoles publiques, à mesure que ces jeunes font leur entrée dans le système scolaire public. Même si les Premières Nations dirigeaient la conception des services offerts dans les centres ACCESS Esprits Ouverts des Premières Nations et par les équipes de PSI dirigées par les Premières Nations, il faudrait que ces services soient intégrés dans le système provincial global.

- **Des organismes autochtones à l'extérieur des réserves**, comme Under One Sky Friendship Centre, qui fournit des programmes précoces de promotion de la santé et de prévention des maladies pour les jeunes enfants et les familles.
- **Des services provinciaux** par l'entremise du réseau d'excellence, notamment :
 - des services de **prévention** par l'entremise d'interventions communautaires, de stratégies de promotion de la santé mentale et de stratégies d'intervention précoce;
 - des services de santé mentale pour les enfants et les jeunes de la province, qui sont fournis par l'entremise d'un modèle de **prestation des services intégrés (PSI)** auquel participent les quatre ministères suivants : ministère de la Santé, ministère du Développement social, ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance et ministère de la Justice et de la Sécurité publique. Le modèle de PSI est offert, dans les milieux scolaires/communautaires, aux enfants et aux jeunes de 18 ans et moins, et, dans le système scolaire public, aux enfants et aux jeunes de 21 ans et moins. Le modèle a recours à une approche tenant compte des traumatismes et il offre un continuum de services « élargi » ou « réduit », qui augmente en intensité lorsque l'enfant ou le jeune en a besoin, et qui est réduit lorsque l'intensité des services n'est plus nécessaire.
 - **Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance** – L'équipe de services de soutien scolaire (SSS) travaille dans toutes les écoles publiques afin d'aider les enseignants à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies d'enseignement ou de gestion et à coordonner le soutien pour les élèves. Les directeurs gèrent les équipes de SSS de concert avec au moins un enseignant d'appui à l'éducation. D'autres fournisseurs de services peuvent être inclus dans les équipes de SSS (p. ex. travailleurs sociaux, conseillers en orientation et enseignants-ressources), et un membre des équipes du développement de l'enfance et de la jeunesse est intégré aux équipes de SSS.
 - **Ministère de la Santé** – Il se joint aux équipes du développement de l'enfance et de la jeunesse (DEJ) et aux équipes cliniques intégrées (ECI). Les équipes du DEJ comprennent des membres des équipes de SSS ainsi que des professionnels du ministère du Développement social ou du ministère de la Justice et de la



Sécurité publique lorsqu'il y a lieu (p. ex. si un jeune a recours au système de bien-être à l'enfance ou a des démêlés avec la justice). Chaque équipe compte un coordonnateur du DEJ. Les ECI offrent des services de consultation clinique aux équipes de PSI et déterminent si un enfant ou un jeune a besoin de services « élargis », comme les services d'un centre de traitement communautaire ou des services d'évaluation ou de traitement spécialisés (tertiaires) (p. ex. Unité psychiatrique pour enfants et adolescents [UPEA], Centre Pierre-Caissie ou autres services).

Les services sont fournis par l'entremise des régies régionales de la santé (RRS) (Horizon et Vitalité) (p. ex. services de traitement des dépendances et de santé mentale, soins aux patients hospitalisés, UPEA, Centre Pierre-Caissie et Centre d'excellence sur l'ETCAF). Même s'il incombe aux RRS d'établir les priorités, la prestation et l'administration des services de santé au sein de leur région respective, le ministère de la Santé provincial est responsable du plan provincial de la santé, des politiques et des budgets (*Loi sur les régies régionales de la santé*, 2011).

- **Ministère du Développement social** – Il fournit un soutien aux enfants et aux jeunes qui ont recours au système provincial de bien-être à l'enfance. Il est également le principal responsable des centres communautaires de traitement « élargi/réduit », qui fournissent des services de soutien et d'intervention cliniques aux enfants et aux jeunes en contexte résidentiel communautaire jusqu'à ce que ces services ne soient plus nécessaires et que les services offerts au jeune « soient réduits » à des services de soutien communautaire et scolaire.
- **Ministère de la Justice et de la Sécurité publique** – Il participe aux services de santé mentale offerts aux jeunes lorsque ceux-ci ont des démêlés avec la justice, et ce, par l'entremise du Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick situé à Miramichi, qui fournit des services de garde fermée et des programmes pour les jeunes condamnés en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*.
- **Des organismes ou des fournisseurs de services privés**, comme des travailleurs sociaux, des psychologues ou des psychiatres en cabinet privé, des organismes privés ou des organisations à but non lucratif.

Au départ, les communautés et les écoles des Premières Nations n'étaient pas incluses dans le modèle de PSI mais, grâce aux coordonnateurs de la PSI issus des Premières Nations qui travaillent au ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, des efforts sont déployés en ce moment pour inclure les communautés des Premières Nations et soutenir l'établissement d'équipes du DEJ dirigées par les Autochtones dans les communautés des Premières Nations qui le souhaitent.



Le tableau 3 présente un résumé de ces services par champ de compétence. Ce ne sont pas tous les programmes et services de la province qui sont inclus dans ce tableau.



Tableau 3 – Continuum des programmes de santé mentale et de prévention du suicide offerts aux jeunes autochtones par champ de compétence

Continuum des programmes de santé mentale et de prévention du suicide offerts aux jeunes autochtones par champ de compétence					
	Promotion et prévention	Intervention précoce	Évaluation et traitement	Intervention en situation de crise	
<p>Programmes fédéraux (habituellement offerts par des communautés ou des organisations des Premières Nations aux membres de la communauté qui vivent dans les réserves)</p> <p>*également offerts aux membres des Premières Nations ayant un statut d'Indien inscrit qui vivent hors réserve</p>	Pour des collectivités en bonne santé (abus de solvants)	SNPSJA	SSNA* (22 heures de counseling par année par un fournisseur approuvé. Peut être prolongé, au cas par cas. À l'échelle fédérale, tarifs de 150 \$ l'heure.)	Pour des collectivités en bonne santé	
	Grandir ensemble	SSNA* (22 heures de counseling par année par un fournisseur approuvé. Peut être prolongé, au cas par cas.)	Counseling traditionnel en santé mentale (programme récent)	SNPSJA	
	SNPSJA – Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes autochtones	Programme de soutien en santé (PSS) – résolution des questions des pensionnats indiens*	PNLASJ – Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes	Équipes de mieux-être en santé mentale	Ligne d'écoute téléphonique d'Elsipogtog (le service n'est pas accessible 24 heures par jour)
	PNLASJ – Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes	Équipes de mieux-être en santé mentale	PNLASJ – Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes		
	PNLAADA – Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones	Programmes de bien-être de l'enfance (si le jeune a recours aux services à l'enfance et à la famille)	PNLAADA - Counseling et programmes en matière de toxicomanie - Traitement en établissement*, comme les centres de traitement Lone Eagle, Rising Sun et Wolastoqiyik		
	Équipes de mieux-être en santé mentale	Principe de Jordan		Équipes de mieux-être en santé mentale	
	Programme de soins de santé maternelle et infantile				
Programmes de prévention de la maltraitance envers les enfants (si le jeune a recours aux services à l'enfance et à la famille)			Programmes de bien-être de l'enfance (si le jeune a recours aux services à l'enfance et à la famille)		



Continuum des programmes de santé mentale et de prévention du suicide offerts aux jeunes autochtones par champ de compétence

	Promotion et prévention	Intervention précoce	Évaluation et traitement	Intervention en situation de crise
	Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (à l'intérieur ou à l'extérieur des réserves)		Eastern Door (Elsipogtog) – évaluation et élaboration de plans personnels Principe de Jordan	
<p>Programmes et services provinciaux (offerts par l'entremise de la PSI et des RRS)</p> <p>(y compris les services fournis par l'entremise de l'Accord de financement entre le Canada et le Nouveau-Brunswick sur les services de soins à domicile et de soins communautaires et en santé mentale et en toxicomanie)</p>	<p>Services communautaires et scolaires de promotion de la santé mentale et de prévention</p> <p>Centre d'excellence sur l'ETCAF</p>	<p>PSI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Équipes de service de soutien scolaire (SSS) 	<p>PSI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Équipes du développement de l'enfance et de la jeunesse (DEJ) • Équipes cliniques intégrées (ECI) (pour le Centre Pierre-Caissie et l'unité des jeunes du Centre hospitalier Restigouche) <p>Centres communautaires de traitement plus intensif</p> <p>Cliniques de santé mentale (counseling, thérapies de groupe)</p> <p>Centre d'excellence sur l'ETCAF</p> <p>UPEA – Unité psychiatrique pour enfants et adolescents de la province</p> <p>Centre de traitement Pierre-Caissie (consultation, évaluation pour les jeunes présentant un grave trouble</p>	<p>Équipes mobiles d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pendant la journée, les équipes pourraient servir en priorité les adultes (les équipes du DEJ sont disponibles pendant la journée). • Après 16 h 40, les équipes servent des personnes de tous les âges. • Les équipes sont disponibles jusqu'à 20 h, 22 h ou 24 h, selon l'emplacement. Après ces heures, les appels sont redirigés vers le 811, où un triage peut être effectué, ou vers de l'aide dans les salles d'urgence des hôpitaux. <p>Services psychiatriques hospitaliers</p>



Continuum des programmes de santé mentale et de prévention du suicide offerts aux jeunes autochtones par champ de compétence

	Promotion et prévention	Intervention précoce	Évaluation et traitement	Intervention en situation de crise
			<p>des conduites et des problèmes comportementaux)</p> <p>Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick</p> <p>Programmes de réadaptation pour alcoolisme et toxicomanie en établissement</p> <p>Unité des jeunes du Centre hospitalier Restigouche</p>	
Autres (p. ex. organismes à but non lucratif hors réserve, secteur privé)	Services communautaires de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies	Thérapeutes privés, psychologues et cliniciens (par l'entremise des SSNA, d'une assurance privée ou de paiements privés)	Thérapeutes privés, psychologues et cliniciens (par l'entremise des SSNA, d'une assurance privée ou de paiements privés) Portage (programme de traitement en établissement de la toxicomanie chez les jeunes)	Thérapeutes privés, psychologues et cliniciens (par l'entremise des SSNA, d'une assurance privée ou de paiements privés)



Dans les séances Mi'kmaq et Wolastoqey, les fournisseurs de services des Premières Nations ont déterminé que les principales difficultés relatives à la prestation des services de santé mentale comprenaient l'absence d'une responsabilité claire, c'est-à-dire qu'ils ne savaient pas bien si les services de santé mentale des Premières Nations relevaient du gouvernement fédéral ou des gouvernements provinciaux. De plus, ils ne disposaient pas d'un financement de base stable pour les programmes ni de ressources suffisantes pour répondre aux besoins des membres des communautés (p. ex. centres pour les jeunes, ressources et développement des capacités pour les programmes culturels, services directs, amélioration de la collaboration interministérielle dans les communautés des Premières Nations). Le financement était fondé sur les projets et assujéti aux priorités changeantes du gouvernement fédéral. De plus, le financement était principalement disponible pour les programmes de santé mentale adulte. Avant le financement récent des trois équipes de mieux-être en santé mentale dans la province, le financement visait également l'offre de services de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies, et il y avait très peu de financement disponible, voire aucune, pour l'intervention ou l'intervention en situation de crise, sauf par l'entremise du programme des SSNA, qui permettait d'accéder à des services de counseling privés. Il y a pourtant un besoin urgent de programmes et services de santé mentale dirigés par la communauté, axés sur la communauté et destinés aux jeunes autochtones. Il y avait également un besoin de collaboration accrue et d'intégration des services avec les RRS et avec le modèle de PSI. Ces aspects ont aussi été influencés par la volonté des dirigeants du gouvernement provincial ou des RRS.

Une amélioration de la collaboration et de la prestation des services exigera une compréhension claire de ce qui existe et des lacunes dans les services, les mécanismes et les ressources. La santé mentale et le bien-être des jeunes autochtones impliquent la participation des secteurs de la santé, de l'éducation, du bien-être à l'enfance et de la justice. La concision du présent examen ne permet pas de brosser un portrait complet des nombreux systèmes qui touchent directement la santé des jeunes autochtones au Nouveau-Brunswick. Le présent rapport aborde uniquement l'éducation et la justice, et il ne traite pas du tout des problèmes de santé mentale et de bien-être liés au système de bien-être de l'enfance. En raison de la relation entre le bien-être mental des jeunes autochtones et l'autodétermination, les droits ancestraux, les droits issus de traités, la langue, la culture et l'environnement, d'autres systèmes, comme ceux liés à la culture et au patrimoine, à l'environnement et aux ressources naturelles, influent également sur la santé mentale des jeunes autochtones.

Appel à l'action

- 7) Financer un examen distinct des services de santé mentale destinés aux jeunes autochtones, notamment une analyse a) des écarts par région dans la prestation de services et l'intégration et b) de l'efficacité du financement et des services.**

Créer des expériences éducatives positives pour les jeunes autochtones.

La dernière séance de consultation du présent examen a été menée auprès des jeunes autochtones et a permis d'obtenir des renseignements sur le sentiment de manque d'appartenance et de soutien qu'ils éprouvent non seulement au sein du système de soins de santé, mais également au sein du système



d'éducation, ce qui est encore plus important pour eux puisqu'ils passent la plus grande partie de leurs journées à l'école. Certains de ces jeunes ont vécu dans des communautés des Premières Nations et fréquenté des écoles publiques; d'autres ont grandi et vécu hors réserve. Dans leurs mots :

« Dans les écoles ordinaires, il faut que l'éducation autochtone ait plus de poids et qu'elle soit plus présente. »

« Il faudrait en avoir dans toutes les écoles... un endroit réservé aux jeunes devrait en principe aider les jeunes à démêler ce qui se passe dans leur vie plutôt que d'essayer de leur couper la parole. Dessiner, créer, du matériel lesté, différentes façons et différents mécanismes pour passer au travers. »

« Un espace sécuritaire où l'on peut créer, faire de l'artisanat et parler de ce qui se passe dans notre tête ou de notre vie à la maison, surtout dans les grandes villes. »

« Pouvoir reconnaître lorsque quelqu'un présente des signes qu'il veut se suicider. Tous les enseignants devraient recevoir cette formation, parce que les conseillers en orientation ne voient pas tous les jeunes. Les enseignants pourraient leur parler en privé, leur demander ce qui se passe. Ça, ça aiderait beaucoup. »

« Nous avons des conseillers en orientation à l'école, mais il y a aussi de la stigmatisation raciale dans les écoles secondaires. Une personne de couleur n'obtient simplement pas autant d'attention, ou peut être visée par de la stigmatisation, surtout de la part des conseillers en orientation à l'école... Leur but n'est pas de vous aider, mais de vous aider à vous taire. Il y a beaucoup de stigmatisation entourant la santé mentale, même chez les professionnels qui sont là pour vous aider. Tout ce qu'ils font, c'est de vous donner une balle anti-stress. Ils ne vous parlent pas de vous et de vos problèmes. »

« Il faudrait au moins que ce soit quelqu'un qui a votre santé mentale à cœur. Quelqu'un d'autochtone. »

Le Sondage sur le mieux-être des élèves que mène le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick a aussi fait savoir que les jeunes autochtones s'identifient moins à leur communauté scolaire que les autres jeunes et qu'ils ont moins souvent l'impression que leurs inquiétudes au sujet de l'intimidation sont réglées par les professionnels de l'école (35 % des élèves autochtones contre 43 % des autres élèves) (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2019). À l'occasion d'une des séances de consultation publique tenues dans le cadre du présent examen, les fournisseurs de services des Premières Nations ont signalé que les chercheurs universitaires avaient recensé du racisme et des partis pris contre les jeunes des Premières Nations dans les écoles publiques qu'ils fréquentaient. Or, étant donné l'absence de directives claires à l'école pour éliminer ce genre de situations, les jeunes autochtones n'avaient d'autre choix que d'apprendre des mécanismes d'adaptation pour lutter contre le racisme qu'ils vivaient au quotidien, et ce, malgré le fait que la population d'élèves était composée majoritairement d'Autochtones.



Au cours des consultations auprès des fournisseurs de services et des jeunes autochtones, il était évident que le racisme voilé était prévalent dans les systèmes provinciaux, notamment ceux de santé et d'éducation, et aussi chez les personnes du système qui fournissent des services directement aux jeunes. Le racisme voilé est souvent masqué par des normes, des critères identitaires ou d'adhésion qui permettent de nier les actes racistes. Dyson (2006, cité dans Coates, 2011, p. 20) affirme qu'il devrait être clair que, même si une personne n'affiche aucune intention raciste, ses gestes peuvent tout de même avoir des conséquences racistes. Le racisme voilé peut se manifester chez une personne ou au sein d'un groupe. Lorsqu'il y a répétition de racisme voilé sur une période prolongée, la tendance se transforme en racisme systémique. En présence de racisme systémique, le racisme voilé peut être manifesté dans divers établissements et structures sociétaux par les intentions, les normes, les mécanismes et les systèmes (Coates, 2011).

De plus en plus de Canadiens prennent conscience de l'héritage dévastateur des pensionnats, mais les Autochtones sont aux prises avec cette réalité et avec le racisme systémique depuis des générations. Les mesures récentes du gouvernement fédéral montrent que ce dernier prend le racisme systémique au sérieux et qu'il est résolu à entamer le long parcours visant la création de systèmes qui respectent les principes de réconciliation, le droit à l'autonomie gouvernementale des peuples autochtones et les principes d'inclusivité pour tous. Le Canada s'est engagé à opérer une transformation de l'éducation des Premières Nations qui valorise le droit inhérent à l'autonomie gouvernementale des Premières Nations en négociant des ententes régionales en matière d'éducation (ERE).

« Les ERE sont un mécanisme qui permet d'officialiser la manière dont les Premières Nations ont déterminé la répartition de leur financement de base pour l'éducation (carte des services éducatifs), conformément aux modalités du programme d'enseignement primaire et secondaire de la maternelle au secondaire.

Lorsqu'une Première Nation choisit d'entamer des négociations visant une ERE, cette entente portera sur les quatre piliers suivants :

- ententes globales de financement, couvrant l'ensemble du soutien fédéral à l'éducation primaire et secondaire des Premières Nations, y compris l'éducation spécialisée et le soutien à l'enseignement des langues;
- rôles et responsabilités clairs et définis des parties à l'ERE, y compris les normes de service applicables, comme le déterminent les Premières Nations;
- mécanismes de responsabilisation mutuelle, assortis d'indicateurs de rendement, d'attentes en matière de rapports et d'objectifs clairs, tant du côté du gouvernement du Canada que de celui des participants du système d'éducation des Premières Nations;
- orientations fournies par les Premières Nations pour la définition de processus de collaboration avec les ministères de l'Éducation afin de garantir une éducation de qualité aux élèves des Premières Nations qui fréquentent les écoles provinciales, privées ou territoriales. » (Services aux Autochtones Canada, 11 décembre 2020).

La Première Nation d'Elsipogtog a signé la première ERE conclue avec le gouvernement fédéral au Canada atlantique le 9 mars 2021 (Services aux Autochtones Canada, 9 mars 2021).



Bien que le gouvernement fédéral ait une obligation constitutionnelle de verser des fonds aux Premières Nations pour l'éducation, le gouvernement provincial a, lui aussi, une obligation constitutionnelle de fournir une éducation de qualité aux élèves autochtones qui fréquentent l'école publique. Pour que les jeunes autochtones puissent se concentrer sur leurs études scolaires et leur réussite, ils doivent d'abord ressentir un sentiment de bien-être et d'appartenance par rapport à leur école. Le système d'éducation doit s'adapter aux différents besoins de tous les enfants qui fréquentent l'école, quels que soient leurs antécédents, leurs expériences et leurs sentiments de bien-être. Par contre, la zone grise entourant la responsabilité et l'absence de lois et de politiques claires protégeant les élèves autochtones ont fini par créer des lacunes et des résultats scolaires inéquitables pour les jeunes autochtones. À titre d'exemple, même si la politique 309, qui porte sur les *programmes de français langue seconde (2018)*, du ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance encourage la revitalisation et la préservation des langues des Premières Nations au Nouveau-Brunswick en tant qu'objectif et principe (p. 2), la politique ne mentionne rien d'autre au sujet des langues autochtones. L'article 7 de la *Loi sur l'éducation*, 1997, ch. E 1.12, se lit comme suit :

Programmes et services relatifs à l'enseignement aux Autochtones

2021, ch. 10, art. 1

7 Le ministre prescrit ou approuve des programmes et des services

- a) qui répondent aux besoins particuliers des enfants mi'kmaq et wolastoqey, lorsqu'il a conclu un accord avec un conseil d'une Première Nation mi'kmaq ou wolastoqey en vertu du paragraphe 50(1) ou de l'alinéa 50(2)b);
- b) qui favorisent une meilleure compréhension de l'histoire, de la culture et des langues autochtones chez tous les élèves. 2000, ch. 52, art. 10; 2017, ch. 7, art. 1; 2021, ch. 10, art. 1

L'éducation est un droit accordé à chaque enfant. La *Loi* définit « élève » comme suit : « personne inscrite auprès d'une école établie en vertu de la présente loi ». Pourtant, les élèves des Premières Nations doivent payer des droits de scolarité, même si les parents autochtones qui habitent dans une réserve contribuent au régime fiscal du Nouveau-Brunswick en payant des impôts (puisque ils sont nombreux à travailler hors réserve) et la taxe de vente harmonisée. De surcroît, les parents autochtones qui habitent hors réserve contribuent au régime fiscal en versant des impôts fonciers. D'abord, la *Loi* prévoit des programmes et services destinés aux enfants mi'kmaq et wolastoqey qui habitent dans les réserves dans la mesure où il existe une entente signée avec les conseils des Premières Nations Mi'kmaq ou Wolastoqey. Ensuite, la majorité des enfants et des jeunes autochtones n'ont pas accès aux programmes et services dont ils ont besoin puisqu'ils habitent hors réserve, souvent à l'écart de leur communauté d'attache, qu'ils habitent dans une autre province ou qu'ils s'identifient comme Autochtones, mais n'ont pas pour autant le statut d'Indien inscrit. À la fin de 2020, 32,7 % des Indiens inscrits du Nouveau-Brunswick âgés de 0 à 24 ans habitaient hors réserve, et sept communautés des Premières Nations de la province comptaient plus de membres qui habitaient hors réserve que dans la réserve (David, communications personnelles, 2 février 2021). Selon le recensement de 2016, 70,9 % des jeunes autochtones âgés de 0 à 24 ans habitaient hors réserve au Nouveau-Brunswick (Statistique Canada, 2018).



On renouvelle les efforts visant à améliorer les résultats et les expériences scolaires des enfants des Premières Nations. Les plans d'éducation de dix ans du Nouveau-Brunswick comptent des objectifs particuliers pour les élèves des Premières Nations. L'objectif 6 du plan *Everyone at Their Best* (secteur anglophone, ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance du Nouveau-Brunswick, 2016) consiste à répondre aux besoins des apprenants des Premières Nations et à veiller à ce que le programme d'enseignement provincial reflète bien l'histoire et la culture des Premières Nations. Parallèlement, l'objectif 5 du plan *Donnons à nos enfants une longueur d'avance* (secteur francophone, ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance du Nouveau-Brunswick, 2016a) est le suivant « Premières Nations – Assurer que tous les enfants valorisent et comprennent la culture et l'histoire des peuples des Premières Nations et permettre aux élèves autochtones de construire leur identité ». De nouvelles améliorations et des investissements renouvelés seront de mise. Chaque communauté des Premières Nations du Nouveau-Brunswick signe des ententes d'amélioration des droits de scolarité avec le gouvernement provincial. Pour l'instant, 50 % des droits de scolarité versés au gouvernement provincial pour le compte des élèves des Premières Nations sont investis dans des ententes d'amélioration de l'éducation de sorte à fournir les programmes et services nécessaires exclusivement aux élèves des communautés en question. Toute décision quant à l'utilisation prévue de ces fonds est prise par un comité mixte des Premières Nations et du district. Ce modèle n'a toutefois pas fonctionné de façon cohérente dans la province, et il reste que de s'attaquer au racisme systémique dans le secteur de l'éducation est un sujet controversé. Ces ententes sont par ailleurs un point de discord de longue date entre les Premières Nations et les gouvernements provinciaux étant donné le manque de transparence quant à la façon dont tous ces fonds sont dépensés. Par exemple, ces fonds sont-ils affectés dans l'intérêt supérieur des élèves autochtones? Ou viennent-ils défrayer l'infrastructure scolaire dans son ensemble? Par ailleurs, ces ententes ne visent aucunement les besoins des élèves autochtones qui ne vivent pas dans leur communauté d'attache, qui habitent hors réserve ou qui n'ont pas le statut d'Indien inscrit, et ces catégories constituent la majorité des élèves autochtones qui fréquentent l'école publique. Enfin, il faut tenir compte des résultats améliorés en santé mentale relatifs à l'expérience à l'école et au sentiment d'appartenance à une communauté scolaire, et il faudra à cette fin redoubler d'efforts et de ressources.

Comme les enfants autochtones passent beaucoup de temps à l'école, la transformation, l'inclusion et l'élimination du racisme systémique sont cruciales pour le bien-être futur des peuples autochtones et de tous les Néo-Brunswickois. Il est impératif que le gouvernement du Nouveau-Brunswick reconnaisse le droit inhérent des Premières Nations à l'autonomie gouvernementale et qu'il travaille avec les peuples autochtones dans une relation de nation à nation pour assurer la réussite des élèves des Premières Nations dans le système scolaire de la province. L'autonomie gouvernementale signifie de pouvoir prendre des décisions qui touchent les peuples autochtones. Il est aussi impératif que le système d'éducation publique soit inclusif et qu'il réponde aux besoins des élèves autochtones.

Appels à l'action

- 8) Établir des politiques et des lois sur l'éducation inclusive de la culture abénaquise dans l'éducation de la petite enfance, secondaire et postsecondaire pour honorer les obligations constitutionnelles qui incombent au gouvernement provincial envers les enfants autochtones de fournir une éducation de qualité et d'inclure les peuples des Premières Nations du**



Nouveau-Brunswick à titre de résidents du Nouveau-Brunswick ayant le droit à une prestation de services équitable exempte de racisme systémique tout au long de l'éducation.

- 9) Élaborer en partenariat avec les peuples autochtones des indicateurs de réussite quant aux jeunes autochtones dans le système d'éducation pour mesurer non seulement le rendement scolaire, mais aussi les besoins holistiques des jeunes autochtones, y compris les cultures, les langues, l'accès aux pratiques cérémoniales et le bien-être mental.**
- 10) Réinvestir 100 % des fonds de l'entente relative aux services éducatifs améliorés conclue entre le Nouveau-Brunswick et les Premières Nations pour offrir des programmes et des services aux jeunes autochtones.**
- 11) Rétablir le comité consultatif ministériel des Premières Nations qui faisait partie des ententes d'amélioration originales, mais qui a cessé d'exister depuis huit ans pour que les recommandations au ministre soient entendues et suivies.**

Venir en aide aux jeunes autochtones qui ont des démêlés avec la justice

Depuis 2003, les services correctionnels dispensés aux jeunes âgés de 12 à 17 ans au moment de l'infraction sont fonction de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*, L. C. 2002, ch. 1 (LSJPA). L'article 28 de la LSJPA indique que les dispositions de la partie XVI du *Code criminel* s'appliquent à la mise en liberté et à la détention des adolescents avant le procès. Les circonstances énoncées dans ces dispositions signalent que ces personnes doivent être mises en liberté sauf pour empêcher que l'infraction se poursuive ou se répète, pour assurer la sécurité des victimes ou des témoins de l'infraction ou si la personne omet d'être présente au tribunal (*Code criminel*, partie XVI, article 498 (1.1)). En ce qui a trait à la peine, l'alinéa 38(2)d) de la LSJPA précise que « toutes les sanctions applicables, à l'exception du placement sous garde, qui sont justifiées dans les circonstances doivent faire l'objet d'un examen, plus particulièrement en ce qui concerne les adolescents autochtones ».

Au Canada, les admissions de jeunes en détention préalable au procès et en détention après condamnation ont généralement diminué entre 2004-2005 et 2014-2015 depuis l'introduction de la LSJPA. Au Nouveau-Brunswick, le taux d'admissions de jeunes en détention préalable au procès a augmenté de 13 % et celui d'admissions des jeunes en détention après condamnation a chuté de 60 % pendant cette même période (voir le tableau 4) (Centre canadien de la statistique juridique, 2017).



Tableau 4 – Jeunes admis en détention par type de détention, 2014-2015, Canada et Nouveau-Brunswick

	Jeunes admis en détention, 2014-2015					
	Détention préalable au procès			Détention après condamnation		
	Nombre	% du total de la population en détention	Changement en % par rapport à 2004-2005	Nombre	% du total de la population en détention	Changement en % par rapport à 2004-2005
Canada	6 365	83	-10	1 307	17	-65
N.-B.	258	70	13	108	30	-60

Cette tendance à la baisse au chapitre des admissions en détention ne s’est pas produite pour les des jeunes autochtones. La proportion des admissions de jeunes autochtones est plutôt à la hausse. En 2004-2005, les jeunes autochtones représentaient 21 % des admissions en détention préalable au procès dans les huit provinces et territoires où ces données étaient disponibles, y compris au Nouveau-Brunswick. En 2014-2015, dans ces mêmes provinces et territoires, 36 % des jeunes admis en détention préalable au procès étaient autochtones, ce qui correspond à une augmentation de 15 %. Ce pourcentage est cinq fois plus élevé que celui des jeunes non autochtones, qui représentent 7 % des jeunes en détention préalable au procès. De plus, les jeunes autochtones représentaient un plus grand pourcentage des détentions après condamnation en 2004-2005 (26 %) et en 2014-2015 (40 %) (voir le tableau 5) (Centre canadien de la statistique juridique, 2017).

Tableau 5 – Jeunes autochtones admis en détention, 2004-2005 et 2014-2015, par type de détention, Canada et Nouveau-Brunswick

	Jeunes autochtones admis en détention, 2004-2005 et 2014-2015, par type de détention, Canada et Nouveau-Brunswick					
	Détention préalable au procès			Détention après condamnation		
	% 2004/2005	%2014/2015	Changement en % sur une période de 10 ans	% 2004/2005	%2014/2015	Changement en % sur une période de 10 ans
Canada	21	36	15	26	40	14
N.-B.	9	10	1	4	9	5

La dernière analyse montre que les jeunes autochtones continuent d’être surreprésentés dans le système de justice. En 2018-2019, les jeunes autochtones étaient surreprésentés tant au sein de la population de jeunes admis en placement sous garde qu’au sein de la population de jeunes admis à un programme de surveillance au sein de la collectivité, ils représentaient 47 % des admissions en placement sous garde et 40 % des admissions à un programme de surveillance au sein de la collectivité dans les secteurs de compétence ayant déclaré des données. Les jeunes autochtones représentaient 43 % des admissions de jeunes dans les services correctionnels et 8,8 % de la population totale de jeunes au Canada (Malakieh, 2020).

Au Nouveau-Brunswick, le nombre d’admissions de jeunes autochtones est resté plutôt stable de 1997 à 2016 (tous les statuts, y compris la surveillance au sein de la collectivité, la détention préalable au



procès, la détention provisoire et les peines d'emprisonnement). Le déclin rapide du nombre d'admissions des jeunes non autochtones depuis 2009-2010 a entraîné une légère hausse du pourcentage d'admission des jeunes autochtones, qui a atteint un point culminant de 10,6 % en 2015-2016. Étant donné que les jeunes autochtones représentaient 4 % de la population du Nouveau-Brunswick âgée de 12 à 17 ans en 2015-2016, leurs admissions au système correctionnel provincial a atteint presque le double de la proportion de leur population (Wiley, Love et Emmet, 2020).

Les jeunes autochtones représentaient également une plus grande proportion des jeunes impliqués dans le système de justice pénale des jeunes à tous les stades. D'ailleurs, les jeunes autochtones sont 20 % plus susceptibles d'être accusés au moment de l'arrestation que les jeunes non autochtones (Hogeveen, 20015). Il est aussi plus probable qu'on leur refuse la libération sous caution, qu'ils aient de la difficulté à remplir les conditions de libération sous caution, qu'ils passent plus de temps en détention préventive, qu'ils soient accusés de plusieurs infractions (souvent pour des contraventions administratives) et il est moins probable qu'ils soient représentés par un avocat (Hogeveen, 2005; Latimer et Foss, 2005; Clark, 2019). En outre, Latimer et Foss (2005) ont déterminé que les jeunes autochtones sont plus susceptibles de recevoir une plus longue peine que leurs pairs non autochtones, peu importe les facteurs aggravants comme leurs antécédents criminels ou la gravité de l'infraction. Le cinquième (21 %) des affaires judiciaires ayant recours à d'autres mesures impliquent de jeunes contrevenants autochtones (Corrado, Kuehn et Margaritescu, 2014).

Les jeunes autochtones sont caractérisés par un profil de facteurs de risque qui les expose à un risque plus élevé de commettre une infraction et d'avoir des démêlés avec le système de justice pénale. Comparativement à leurs pairs non autochtones, ils étaient exposés à une plus grande adversité intergénérationnelle (p. ex., toxicomanie, victimes de violence physique ou sexuelle, ou membres de la famille ayant un casier judiciaire). Ce type d'adversité lié à la famille augmente le risque d'être placé en famille d'accueil, et il importe de noter que les jeunes autochtones présentent également un taux plus élevé de placement en famille d'accueil. Les placements en famille d'accueil ont été fortement corrélés à un niveau beaucoup plus élevé de démêlés avec le système de justice pénale (Corrado et coll., 2014).

Une fois que les jeunes autochtones se heurtent au système de justice pénale, ils sont plus vulnérables aux évaluations biaisées qui augmentent la probabilité d'une peine (Minaker et Hogeveen, 2009, cité dans Luo, 2020). Se limiter à une approche de facteurs de risque pour expliquer la surreprésentation disproportionnée des jeunes autochtones dans le système de justice pénale ne permet pas de tenir compte du contexte sociopolitique plus large et des répercussions de la colonisation. Les juges, les procureurs et les avocats de la défense ont eux aussi mis en question la pertinence des instruments d'évaluation des risques et des peines axées sur les risques pour les jeunes contrevenants, surtout ceux qui font partie d'un groupe minoritaire ou d'un peuple autochtone. La classification des risques criminogènes et des besoins contredit le principe des peines proportionnelles exigé par la LSJPA. Des universitaires au Canada et aux États-Unis ont revendiqué une approche des systèmes de justice pénale pour mineurs tenant compte des traumatismes, par le biais d'une approche holistique (Crosby, 2016; Griffin, Germain et Wilkerson, 2014; Oudshoorn, 2015; Crosby, 2016; Skinner-Osei, Mangan, Liggett, Kerrigan et Levenson, 2019).



On s'entend de plus en plus pour dire que les démêlés des Autochtones avec le système de justice pénale est causé par l'interaction de dynamiques complexes, comme les interventions policières excessives, les lois racistes, la politique, un degré accru d'infractions, la désorganisation sociale et la marginalisation socioéconomique. Par conséquent, il est essentiel de tenir compte des antécédents multiséculaires de colonisation et de leurs répercussions intergénérationnelles sur les familles et les communautés autochtones, ainsi que du racisme institutionnalisé et lié aux attitudes (Kong, 2009; Reitano, 2004; cité dans Corrado et coll., 2014; Cesaroni, Grol et Fredericks, 2019; Clark, 2019).

Les jeunes autochtones ont fait savoir qu'ils avaient grandi sans leur culture en raison de la colonisation, ce qui a mené à l'absence d'identité, de but et de sens de soi en tant que personne, mais aussi en lien avec la famille et la communauté. Cette privation de culture les a rendus plus vulnérables à des comportements à haut risque, notamment la consommation d'alcool et de drogues à un jeune âge, qui se traduit à long terme par des démêlés avec le système de justice pénale. Les démêlés avec le système de justice pénale ont été décrits comme des expériences qui dérobent aux personnes le peu d'identité ou de lien culturel qu'elles pourraient avoir. Les jeunes ont ajouté que le système de justice pénale n'avait pas la capacité nécessaire pour guérir les jeunes délinquants autochtones ou contribuer à leur réadaptation. La situation a été exacerbée par le manque de connaissances et de considération culturelles que manifestent les intervenants du système de justice pénale (Justice Canada, 2019, p. 10).

Appel à l'action

- 12) Il est recommandé que les juges et les procureurs de la Couronne suivent une formation sur les traumatismes intergénérationnels et les options pertinentes sur le plan culturel pour les jeunes autochtones qui ont des démêlés avec la justice afin de mieux déterminer les sanctions extrajudiciaires et les options de peines qui leur conviennent le mieux.**

Bâtir sur les progrès réalisés jusqu'à maintenant

Au cours des trois dernières années, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a travaillé avec une équipe d'encadrement des Autochtones pour obtenir ses commentaires afin de garantir l'accès et la sécurité culturelle des enfants et des jeunes Autochtones qui se procurent des services de santé mentale et de traitement des dépendances par l'entremise du modèle du Réseau d'excellence. L'équipe d'encadrement des Autochtones est composée d'aînés et de divers professionnels autochtones qui s'y connaissent dans les quatre secteurs pertinents au Réseau d'excellence (santé, éducation, justice et bien-être de l'enfance) ainsi que dans les communautés des Premières Nations et les Autochtones qui vivent hors réserve. Elle a présenté son rapport et ses recommandations en 2019 et a ensuite pris part à un processus de concert avec les représentants du gouvernement provincial pour déterminer si ces recommandations pouvaient être mises en œuvre à court, moyen et long terme. Même s'il était prévu que le rapport de l'équipe soit présenté aux dirigeants, aux directeurs et à d'autres parties autochtones de la province, rien de tout cela ne s'est encore produit. La pandémie a été à l'origine de quelques retards. Cependant, comme la province se dirige vers la phase verte, les recommandations de l'équipe d'encadrement des Autochtones devraient être présentées dès que possible aux dirigeants, aux



directeurs et aux organisations clés autochtones pour obtenir leurs commentaires à ce sujet et élaborer les partenariats nécessaires pour la mise en œuvre.

13) Présenter les recommandations de l'équipe d'encadrement des Autochtones relatives au Réseau d'excellence aux dirigeants autochtones, aux directeurs de la santé des Premières Nations, au service de bien-être et d'éducation des enfants et aux organisations autochtones.

Conclusion

Les répercussions historiques et intergénérationnelles de la colonisation ont contribué à des taux élevés de problèmes de santé mentale chez les peuples autochtones. Avec un taux de suicide dépassant de loin celui des non-Autochtones, la santé mentale et la prévention du suicide continuent de représenter des difficultés imminentes pour les jeunes autochtones partout au Canada, y compris au Nouveau-Brunswick. La revitalisation de la langue et de la culture ainsi que l'adoption d'approches communautaires sont jugées essentielles pour améliorer les résultats de santé mentale chez les jeunes autochtones, tout comme les services intégrés entre les territoires de compétence qui offrent des services de santé mentale aux jeunes autochtones. Pour y arriver, il faudra des engagements et des partenariats entre les Premières Nations, les gouvernements fédéral et provinciaux et les organisations ou services privés. Sans ces efforts, nous continuerons de perdre de futurs ouvriers, professionnels, artistes, scientifiques, parents et aînés autochtones. Ces mesures seront lourdes en conséquences sur le plan moral, social et économique pour les peuples autochtones et pour le Nouveau-Brunswick. L'esprit des traités de paix et d'amitié de la région a jeté les bases de la collaboration. Dans notre petite province, nous avons la chance de vivre dans la diversité et nous avons l'occasion de collaborer de plus près. Nous devons unir nos forces pour toutes les générations à venir. Aucun enfant ne sera abandonné.



Résumé des appels à l'action

- 1) Les langues Mi'kmaq, Peskotomuhkati et Wolastoqey devraient être reconnues de façon officielle et soutenues par les lois provinciales, qui :
 - a. Reconnaittent que ces langues sont les langues originales du territoire, que les droits relatifs aux langues autochtones sont visés par les traités de paix et d'amitié et que ces langues sont actuellement menacées;
 - b. Reconnaittent les langues autochtones comme un élément fondamental et précieux pour la culture et la société du Nouveau-Brunswick;
 - c. Militent de façon active pour la revitalisation des langues autochtones à l'aide de fonds et de programmes offerts par le gouvernement provincial ou en partenariat avec le gouvernement fédéral;
 - d. Affirment que les peuples et les communautés autochtones Mi'kmaq, Peskotomuhkati et Wolastoqey sont les mieux placés pour voir à la réclamation, à la préservation, à la revitalisation et à la protection de leur langue.

- 2) Une approche axée sur la culture et à double perspective comme base devrait être adoptée pour la mise en œuvre de services de bien-être mental, de santé et de traitement des dépendances pour les jeunes autochtones. Des services et programmes pertinents sur le plan culturel devraient aussi être offerts aux jeunes et aux familles autochtones par :
 - a. L'élaboration conjointe avec les peuples et les communautés autochtones;
 - b. Des services communautaires dirigés par des autochtones dans le cadre du continuum de services;
 - c. Des programmes et des services provinciaux de santé et de santé mentale qui répondent aux besoins en matière de bien-être mental des peuples autochtones;
 - d. Une meilleure collaboration entre les services provinciaux de santé, les communautés des Premières Nations et les organisations autochtones pour garantir que les jeunes autochtones vivent une expérience cohérente et sécuritaire sur le plan culturel lorsqu'ils font appel aux services de santé, de santé mentale et de bien-être.

- 3) Le gouvernement du Nouveau-Brunswick et les communautés et organisations autochtones devraient unir leurs forces pour apporter des changements dans les structures et processus des soins de santé, comme la conception des services, les politiques, les ressources humaines et financières, les programmes et la prestation de services, avec comme objectif à long terme la sécurité culturelle et l'amélioration des résultats de santé mentale pour les peuples autochtones.

- 4) Établir un forum tripartite et un processus continu mobilisant les dirigeants, les administrateurs et les organisations autochtones et les gouvernements provincial et fédéral pour :
 - a. Élaborer un cadre pour des services de santé mentale et de bien-être pertinents, sécuritaires et adaptés sur le plan culturel pour les autochtones;
 - b. Améliorer l'accès, la prestation et la compétence et la sécurité culturelle des services de santé mentale et de bien-être offerts aux jeunes autochtones;



- c. Inclure les commentaires et la surveillance des Premières Nations sur la portion du financement et les aspects les concernant dans l'accord entre le Canada et le Nouveau-Brunswick sur la santé mentale et le traitement des dépendances;
 - d. Établir des centres de guérison dirigés par des Autochtones, dans des endroits comme la ferme Lonewater, et favoriser la réussite d'une réforme d'impôt foncier provincial et de financement de base à long terme pour les programmes, le soutien à la formation des employés, etc.;
 - e. Assurer l'intégration des équipes de la PSI provinciale et du personnel œuvrant pour le principe de Jordan pour mieux satisfaire les besoins des enfants autochtones et pour créer une approche de compétence cohérente pour voir à ce qu'il n'existe aucun écart dans les services offerts aux enfants autochtones.
- 5) Faire preuve d'une plus grande transparence quant aux paiements de transfert fédéraux au Nouveau-Brunswick et aux dépenses liées aux services de santé mentale destinés aux Autochtones.
 - 6) Transférer la portion de financement des Premières Nations issue de l'accord entre le Canada et le Nouveau-Brunswick sur la santé mentale et le traitement des dépendances par l'intermédiaire du forum tripartite.
 - 7) Financer un examen distinct des services de santé mentale destinés aux jeunes autochtones, notamment une analyse a) des écarts par région dans la prestation de services et l'intégration et b) de l'efficacité du financement et des services.
 - 8) Établir des politiques et des lois sur l'éducation inclusive de la culture abénaquise dans l'éducation de la petite enfance, secondaire et postsecondaire pour honorer les obligations constitutionnelles qui incombent au gouvernement provincial envers les enfants autochtones de fournir une éducation de qualité et d'inclure les peuples des Premières Nations du Nouveau-Brunswick à titre de résidents du Nouveau-Brunswick ayant le droit à une prestation de services équitable exempte de racisme systémique tout au long de l'éducation.
 - 9) Élaborer en partenariat avec les peuples autochtones des indicateurs de réussite quant aux jeunes autochtones dans le système d'éducation pour mesurer non seulement le rendement scolaire, mais aussi les besoins holistiques des jeunes autochtones, y compris les cultures, les langues, l'accès aux pratiques cérémoniales et le bien-être mental.
 - 10) Réinvestir 100 % des fonds de l'entente relative aux services éducatifs améliorés conclue entre le Nouveau-Brunswick et les Premières Nations pour offrir des programmes et des services aux jeunes autochtones.
 - 11) Rétablir le comité consultatif ministériel des Premières Nations qui faisait partie des ententes d'amélioration originales, mais qui a cessé d'exister depuis huit ans pour que les recommandations au ministre soient entendues et suivies.
 - 12) Il est recommandé que les juges et les procureurs de la Couronne suivent une formation sur les traumatismes intergénérationnels et les options pertinentes sur le plan culturel pour les jeunes



autochtones qui ont des démêlés avec la justice afin de mieux déterminer les sanctions extrajudiciaires et les options de peines qui leur conviennent le mieux.

- 13) Présenter les recommandations de l'équipe d'encadrement des Autochtones relatives au Réseau d'excellence aux dirigeants autochtones, aux directeurs de la santé des Premières Nations, au service de bien-être et d'éducation des enfants et aux organisations autochtones.



Bibliographie

- AGUIAR, William, et Régine HALSETH. *Peuples autochtones et traumatisme historique : Les processus de transmission intergénérationnelle*. Prince George (Colombie-Britannique), Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2015.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e éd., Arlington (Virginie), 2013.
- ARCHIBALD, Linda. *Rapport final de la Fondation autochtone de guérison – Pratiques de guérison prometteuses en collectivités autochtones, vol. III*, Fondation autochtone de guérison, Ottawa, 2006.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS, Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances et Santé Canada. *Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations du Canada*, Ottawa (Ontario), 2011.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS et Santé Canada. *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*, 2015. Sur Internet : <https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2017/10/24-14-1273-FN-Mental-Wellness-Framework-FR03_low.pdf>.
- BARTLETT, Cheryl, M. MARSHALL et A. Marshall. « Two Eyed Seeing and other lessons learned within a co-learning journey of bringing together Indigenous and mainstream knowledges and ways of knowing », *Journal of Environmental Studies and Sciences*, vol. 2, n° 4 (novembre 2012), DOI : 10.1007/s13412-012-0086-8.
- BENNING, Tony B. « Western and Indigenous Conceptualizations of Self, Depression, and its Healing », *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, vol. 17, n° 2 (2013), p. 129-137. Sur Internet : <http://www.psychosocial.com/IJPR_17/Western_and_Indigenous_Benning.html>.
- BRASCOUPÉ, Simon, et C. WATERS. « Cultural Safety Exploring the Applicability of the Concept of Cultural Safety to Aboriginal Health and Community Wellness », *Journal of Aboriginal Health*, vol. 5, n° 2 (novembre 2009), p. 6-41. Sur Internet : <<https://jps.library.utoronto.ca/index.php/ijih/article/view/28981>>.
- BRASFIELD, Charles. « Residential School Syndrome », *British Columbia Medical Journal*, vol. 43, n° 2 (2001), p. 78-81. Sur Internet : <<https://www.bcmj.org/articles/residential-school-syndrome>>.
- BRAVE HEART, Maria Yellow Horse. « The Historical Trauma Response Among Natives and Its Relationship with Substance Abuse: A Lakota Illustration », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 35, n° 1 (2003), p. 7-13. DOI : 10.1080/02791072.10399988



- BRAVE HEART, Maria Yellow Horse, et coll. « Historical trauma among Indigenous peoples of the Americas: concepts, research, and clinical considerations », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 43, n° 4 (2011), p. 282-290. DOI : 10.1080/02791072.2011.628913
- CENTRE CANADIEN DE LA STATISTIQUE JURIDIQUE. *Tendances de l'utilisation de la détention provisoire au Canada, 2004-2005 à 2014-2015*, produit n° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada. Sur Internet : <<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2017001/article/14691-fra.htm>>.
- CASTELLANO, Marlene Brant. *Rapport final de la Fondation autochtone de guérison – Un chemin de guérison : Le rétablissement du mieux-être, vol. I*, Fondation autochtone de guérison, Ottawa, 2006. Sur Internet : <<https://www.fadg.ca/downloads/volume-i-rapport-final.pdf>>.
- CESARONI, Carla, C. GROL et K. FREDERICKS. « Overrepresentation of Indigenous youth in Canada's criminal justice system: Perspectives of Indigenous young people », *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, vol. 52, n° 1 (2019), p. 111-128. DOI : 10.1177/0004865818778746
- CHANDLER, Michael J., et C. LALONDE. « Cultural Continuity as a Hedge against Suicide in Canada's First Nations. » *Transcultural Psychiatry*, vol. 35, n° 2 (1998), p. 191–219. <https://doi.org/10.1177/136346159803500202>
- CHANDLER, Michael J., et C. LALONDE. « Cultural Continuity as a Moderator of Suicide Risk among Canada's First Nations », dans KIRMAYER, Laurence J., et G. G. VALASKAKIS, éditeurs. *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada*, Presses de l'Université de la Colombie-Britannique, 2008, p. 22–248. Sur Internet : <<https://web.uvic.ca/psyc/lalonde/manuscripts/2008HealingTraditions.pdf>>.
- CLARK, Scott. *Surreprésentation des Autochtones dans le système de justice pénale canadien : Causes et réponses*, 2019. Sur Internet : <<https://www.justice.gc.ca/fr/pr-rp/jr/cjs-oip/oip-cjs-fr.pdf>>.
- COATES, Rodney D. « Covert racism: Theory, Types and Examples », dans COATES, Rodney D., éditeur, *Covert Racism: Theories, Institutions, and Experiences*, Brill (2011), p. 121-139. <https://doi.org/10.1163/ej.9789004203655.i-461>
- COLL, Kenneth M., et coll. « Challenge and Culturally Relevant Treatment Strategies for American Indian Youth in Therapeutic Residential Care: A Pilot Study », *Journal of Child and Adolescent Counseling* (2018). Doi.org/10.1080/23727810.2018.1435580.
- CORRADO, Raymond R., S. KUEHN et I. MARGARITESCU. « Policy Issues Regarding the Overrepresentation of Incarcerated Aboriginal Young Offenders in a Canadian Context », *Youth Justice*, vol. 14, n° 1 (2014), p. 40-62. DOI : 10.1177/1473225413520361
- Criminal Code, RSC 1985, c C-46. Sur Internet : <<https://www.canlii.org/fr/ca/legis/lois/lrc-1985-c-c-46/derniere/lrc-1985-c-c-46.html>>.



CROSBY, S. « Trauma-informed approaches to juvenile justice: A critical race perspective », *Juvenile Family Court*, vol. 67, n° 1 (2016), p. 5-18. Doi:10.1111/jfcj.12052

CZYZEWSKI, Karina. « Colonialism as a Broader Social Determinant of Health », *The International Indigenous Policy Journal*, vol. 2, n° 1 (2011). DOI : 10.18584/iipj.2011.2.1.5. Sur Internet : <https://ojs.lib.uwo.ca/index.php/iipj/article/view/7337/5981>.

Daniels c. Canada (Affaires indiennes et du Nord canadien), 2016 CSC 12, [2016] 1 R.C.S. 99

Ministère des Finances du Canada. *Principaux transferts fédéraux*, 2017.
<https://www.canada.ca/fr/ministere-finances/programmes/transferts-federaux/principaux-transferts-federaux.html>

DURAN, Eduardo, J. FIREHAMMER et J. GONZALEZ. « Liberation Psychology as the Path Toward Healing Cultural Soul Wounds », *Journal of Counseling and Development*, vol. 86, n° 3 (2008), p. 288-295. DOI : 10.1002/j.1556-6678.2008.tb00511.x

DURAN, Eduardo, et Judith FIREHAMMER. *Injury Where the Blood Does Not Flow – Indigenous Cultures and Mental Health Counselling: Four Direction for Integration with Counselling Psychology*, éditeurs Suzanne L. Stewart, Ron Moodly et Ashley Hyatt, Rutledge Press, 2016, p. 108-124.

Loi sur l'éducation, LN-B 1997, c E-1.12. Sur Internet : <https://canlii.ca/t/6d57r>.

FAST, Elizabeth, et D. COLLIN-VÉZINA. « Historical Trauma, Race-based Trauma and Resilience of Indigenous Peoples: A literature review », *First Peoples' Child and Family Review*, vol. 5, n° 1 (2010), p. 126-136.

Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada. *Principe de Jordan*, 2021.
<https://fncaringsociety.com/fr/principe-de-jordan>

First Peoples' Heritage, Language and Culture Act, RSBC 1996. Sur Internet : https://www.bclaws.gov.bc.ca/civix/document/id/complete/statreg/96147_01.

FIRST PEOPLES WELLNESS CIRCLE. *PTSD Briefing Note to Public Health Agency of Canada*, 2019. Sur Internet : <https://www.fpwc.ca/current-projects-1>.

FIEDELDEY-VAN DIJK, Carina, et coll. « Honoring Indigenous culture-as-intervention: Development and validity of the Native Wellness Assessment™ », *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, vol. 16, n° 2 (2017), p. 181-218. DOI : 10.1080/15332640.2015.1119774.

FLEMING, John, et R. J. LEDOGAR. « Resilience and Indigenous Spirituality: A Literature Review », *Pimatisiwin*, vol. 6, n° 2 (2008), p. 47-64. Sur Internet : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2956755/>.



GRAHAM, Simon, et coll. « Mental Health Interventions for First Nations, Inuit and Métis Peoples in Canada: A Systematic Review », *The International Indigenous Policy Journal*, vol. 12, n° 2 (2021). Sur Internet : <<https://ojs.lib.uwo.ca/index.php/iipj/article/view/10820>>.

GRIFFIN, G., Germain, E. & Wilkerson, R. « Using a trauma-informed approach in juvenile justice institutions », *Journal of Child & Adolescent Trauma* (2012), 5: p. 271-283. DOI: 10.1080/19361521.2012.697100

SANTÉ CANADA. *Politique de 1979 sur la santé des Indiens*, 2007. Sur Internet : <<http://caid.ca/IndHeaPol1979.pdf>>.

SANTÉ CANADA. *Accord de financement entre le Canada et le Nouveau-Brunswick sur les services de soins à domicile et de soins communautaires et en santé mentale et en toxicomanie*. (consulté le 8 octobre 2020). Sur Internet : <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/nouveau-brunswick.html>>.

HOGVEEN, Bryan R. « Toward “Safer” and “Better” Communities: Canada’s Youth Criminal Justice Act, Aboriginal Youth and the Processes of Exclusion », *Critical Criminology*, vol. 13 (2005), p. 287-305. DOI : 10.1007/s10612-005-3185-y

Loi sur les langues autochtones, LC 2019, ch. 23. Sur Internet : <<https://canlii.ca/t/6bskv>>.

Services aux Autochtones Canada. *Soutenir les enfants inuits*. (consulté le 29 mai 2020). Sur Internet : <<https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1536348095773/1536348148664>>.

SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA. *Programme des partenariats en éducation : Volet Entente régionale en matière d’éducation : Lignes directrices nationales 2020 à 2021*, (consulté le 11 décembre 2020). Sur Internet : <<https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1607099844356/1607099884431>>.

SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA. *Élaboration conjointe de dispositions législatives en santé fondées sur les distinctions*, (consulté le 29 janvier 2021). Sur Internet : <<https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1611843547229/1611844047055>>.

SERVICES AUX AUTOCHTONES CANADA. *Le gouvernement du Canada signe une entente régionale en matière d’éducation avec l’Administration scolaire de la Première Nation d’Elsipogtog*, (consulté le 9 mars 2021). Sur Internet : <<https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/nouvelles/2021/03/le-gouvernement-du-canada-signe-une-entente-regionale-en-matiere-deduction-avec-ladministration-scolaire-de-la-premiere-nation-delsipogtog.html>>.

JOHNSON, Joshua. « PTSD and epigenetic research: Decentering the physical body », *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, vol. 21, n° 1 (2012), p. 45-66. DOI : 10.1080/10926771.2012.632390



- Justice Canada. *Tables rondes avec des jeunes autochtones – La surreprésentation des jeunes autochtones dans le système de justice pénale du Canada*, 2019. Sur Internet : <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/jj-yj/outils-tools/pdf/trja-iyf.pdf>.
- KELLERMANN, Natan Pf. « Epigenetic transmission of Holocaust trauma: can nightmares be inherited? », *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, vol. 50, n° 1 (2013), p. 33-39.
- KIRMAYER, Laurence J., G. M. BRASS et C. L. TAIT. « The Mental Health of Aboriginal Peoples: Transformations of Identity and Community », dans *The Mental Health of Indigenous Peoples: Proceedings of the Advanced Study Institute May 29-May 31, 2000* », Laurence J. Kirmayer, Mary Ellen Macdonald et Gregory M. Brass, éditeurs, Montréal : Université McGill, 2001. Sur Internet : <https://www.mcgill.ca/tcpsych/files/tcpsych/Report10.pdf>.
- KIRMAYER, Laurence J., et coll. *Current Approaches to Aboriginal Youth Suicide Prevention*, 2009. Sur Internet : <https://youthrex.com/report/current-approaches-to-aboriginal-youth-suicide-prevention/>.
- KIRMAYER, Laurence J., et G. G. VALASKAKIS. Préface, dans KIRMAYER, Laurence J., et G. G. VALASKAKIS (éditeurs), *Healing traditions: The mental health of Aboriginal people*, p. viii-xxi, 2009. Sur Internet : <https://www.ubcpres.ca/asset/9291/1/9780774815239.pdf>.
- KIRMAYER, Laurence J., et coll. « Rethinking resilience from Indigenous Perspectives », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 56, n° 2 (2011), p. 84-91. Sur Internet : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674371105600203>.
- KIRMAYER, Laurence J., J. GONE et J. MOSES. « Rethinking historical trauma », *Transcultural Psychiatry*, vol. 51, n° 3 (2014), p. 299-319. DOI : 10.1177/1363461514536358. Sur Internet : <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1363461514536358>.
- KIYIMBA, Nikki. « Developmental Trauma and the Role of Epigenetics », *BACP Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal* (octobre 2016), p. 18-21.
- KUMAR, Mohan B., et Michael TJEKEMA. *Taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits (2011 à 2016) : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN) de 2011*, 2019. Sur Internet : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/99-011-x/99-011-x2019001-fra.pdf?st=yh8UsqvE>.
- LATIMER, Jeff, et L. FOSS. « The Sentencing of Aboriginal and Non-Aboriginal Youth under the Young Offenders Act: A Multivariate Analysis », dans le *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, vol. 47, n° 3 (2005), p. 481-500. DOI : 10.3138/cjccj.47.3.481.



- LAVOIE, Josée, et L. GERVAIS. « Towards the Adoption of a National Aboriginal Health Policy », *Aboriginal Policy Research Consortium International (APRCi)*, 2010, p. 45. Sur Internet : <https://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1399&context=aprci>.
- LAVOIE, Josée, et coll. *The Evaluation of the First Nations and Inuit Health Transfer Policy*, 2005. Sur Internet : https://publications.gc.ca/collections/collection_2016/sc-hc/H14-191-2006-eng.pdf.
- LEVIN, Carol, et J. RHYMES. *Evaluation of a Mental Health and Addiction Plan for First Nations in the Atlantic Region*, 2021.
- LUO, Destiny. « The Overrepresentation of Indigenous Youth in the Criminal Justice System; Exposing a Problematic Reality of Imprisoned Marginalized Groups in Canada », dans *The Society: Sociology and Criminology Undergraduate Review*, vol. 5, n° 1 (2020), p. 69-74. Sur Internet : <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/society/article/view/34006/26076>.
- MAKOKIS, Leona J., et coll. « māmwi-nehiyaw iyinikahiwewin », Blue Quills First Nation College Social Science and Humanities Research Council Project, 2010. Sur Internet : http://www.bluequills.ca/wp-content/uploads/2017/03/BQ_SSHRC_2010_final_report.pdf.
- MALAKIEH, Jamil. *Statistiques sur les services correctionnels pour les adultes et les jeunes au Canada, 2018-2019*, produit n° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada, 2020. Sur Internet : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/2020001/article/00016-fra.pdf?st=mWfMgjfq>.
- MARSH, Teresa Naseba, et coll. « Blending Aboriginal and Western healing methods to treat intergenerational trauma with substance with substance use disorder in Aboriginal peoples who live in Northeastern Ontario, Canada », *Harm Reduction Journal* (2015). DOI : 10.1186/s12954-015-0046-1
- MASECAR, D. *Spirit of Life Network: Exploring a wellness promotion framework for First Nations and Inuit communities as part of the National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy*, Ottawa (Ontario), Santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, 2009.
- MCCORMICK, Rod M. « Aboriginal Traditions in the Treatment of Substance Abuse », *Canadian Journal of Counselling*, vol. 35, n° 1 (2000).
- MURPHY, Michael. « Self-determination and Indigenous health: Is there a connection? », *E-International Relations*, (consulté le 26 mai 2014). Sur Internet : <https://www.e-ir.info/2014/05/26/self-determination-and-indigenous-health-is-there-a-connection/>.
- NATIONAL NATIVE ADDICTIONS PARTNERSHIP FOUNDATION. *Connecting with Culture: Growing Our Wellness Activity Guide*, 2014. Sur Internet : https://cyfn.ca/wp-content/uploads/2016/10/Growing-Wellness-Activity_Guide_DIGITAL_FILE.pdf.



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION ET DE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *10-Year Education Plan – Everyone at their best (Anglophone sector)*, 2016. Sur Internet :
<<https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/ed/pdf/K12/EveryoneAtTheirBest.pdf>>.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION ET DE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Plan d'éducation de 10 ans – Donnons à nos enfants une longueur d'avance (Secteur francophone)*, 2016. Sur Internet :
<<https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/ed/pdf/K12/DonnonsANosEnfantsUneLongueurDavance-GivingChildrenAnEdge-FrancophoneSector.pdf>>.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION ET DE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Politique 309 – Programmes de français langue seconde*, 2018. Sur Internet :
<<https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/ed/pdf/K12/policies-politiques/f/309F.pdf>>.

CONSEIL DE LA SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Sondage sur le mieux-être des élèves du Nouveau-Brunswick – de la 6^e à la 12^e année, 2018-2019, Rapport de suivi – Les résultats des élèves autochtones (inscrits à une école publique)*, 2019. Sur Internet :
<<https://nbhc.ca/sites/default/files/publications-attachments/SWS18-19-Results%20for%20Aboriginal%20-%20Indigenous%20Students.pdf>>.

O'NEILL, Linda, et coll. « Hidden Burdens: a Review of Intergenerational, Historical and Complex Trauma, Implications for Indigenous Families », *Journal of Child and Adolescent Trauma*, vol. 11, n° 2 (2018), p. 173-86. DOI : 10.1007/s40653-016-0117-9

ONTARIO FEDERATION OF FRIENDSHIP CENTRES. *Aboriginal Mental Health Strategy, June 2013*. Sur Internet : <<http://ofifc.org/sites/default/files/content-files/2013-06-26%20Aboriginal%20Mental%20Health%20Strategy.pdf>>.

OUDSHOORN, J. *Trauma-Informed Youth Justice in Canada (2015)*. Toronto, ON: Canadian Scholars Press. Inc.

PALMER, Karen, J. TEPPER et M. NOLAN. « Indigenous health services often hampered by legislative confusion », (consulté le 21 septembre 2017). Sur Internet :
<<https://healthydebate.ca/2017/09/topic/indigenous-health/#:~:text=Indigenous%20health%20services%20often%20hampered%20by%20legislative%20confusion,-5%20Comments&text=Share%20on%3A&text=One%20contributing%20factor%20is%20lack,healthcare%20services%20for%20Indigenous%20peoples>>.



POLLOCK, Nathaniel J., et coll. « Tracking progress in suicide prevention in Indigenous communities: a challenge for public health surveillance in Canada », *BMC Public Health*, vol. 18, article 1320 (2018). Sur Internet : <<https://doi.org/10.1186/s12889-018-6224-9>>.

Loi sur la santé publique, LN-B 1998, ch. P-22.4, <<https://canlii.ca/t/6bqbh>>

READING, Charlotte Loppie, et F. WIEN. *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009. Sur Internet : <https://www.nccah-ccnsa.ca/docs/social%20determinates/nccah-loppie-wien_report.pdf>.

Reference as to whether "Indians" includes in s. 91 (24) of the B.N.A. Act includes Eskimo in habitants of the Province of Quebec, 1939 CSC 22, [1939] R.C.S. 104, <<https://canlii.ca/t/fslhl>>

Loi sur les régies régionales de la santé, LRN-B 2011, ch. 217, <https://canlii.ca/t/6b4hr>

RESNICK, M. D. « Protective factors, resiliency and healthy youth development », *Adolescent Medicine: State of the Art Review*, vol. 11, n° 1 (février 2000).

RICHMOND, Chantelle A. M., et C. COOK. « Creating conditions for Canadian aboriginal health equity: the promise of health public policy », *Public Health Reviews*, vol. 37, n° 2 (2016). DOI : 10.1186/s40985-016-0016-5. Sur Internet : <<https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-016-0016-5>>.

ROMANOW, Roy J. *Guidé par nos valeurs – L'avenir des soins de santé au Canada*, 2002. Sur Internet : <<https://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>>

COMMISSION ROYALE SUR LES PEUPLES AUTOCHTONES. *Volume 1 – Un passé, un avenir*, 1996. Sur Internet : <<http://data2.archives.ca/e/e448/e011188230-01.pdf>>.

SKINNER-OSEI, P., Mangan, L., Liggett, M., Kerrigan, M. & Levenson, J. (2019). « Justice-involved youth and trauma-informed interventions », *Justice Policy Journal*, Vol. 16, n° 2 (2019). Sur Internet : http://www.cjcj.org/uploads/cjcj/documents/justice-involved_youth_and_trauma-informed_interventions.pdf

SOCHTING, Ingrid, et coll. « Traumatic pasts in Canadian Aboriginal people: Further support for a complex trauma conceptualization? », *BC Medical Journal*, vol. 49, n° 6 (juillet/août 2007), p. 320-326. Sur Internet : <https://bcmj.org/sites/default/files/public/2007_JulyAug_traumatic_pasts.pdf>.

STATISTIQUE CANADA. *Identité autochtone (9), résidence selon la géographie autochtone (10), statut d'Indien inscrit ou des traités (3), âge (20) et sexe (3) pour la population dans les ménages privés du Canada, provinces et territoires, Recensement de 2016 - Données-échantillon (25 %)*, 2018, produit n° 98-400-X2016154 au catalogue de Statistique Canada. Sur Internet :



<https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm?TABID=2&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GL=-1&GID=1334853&GK=1&GRP=1&O=D&PID=110443&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2017&THEME=122&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>.

THUNDERBIRD PARTNERSHIP FOUNDATION. *Trousse d'outils sur la sécurité culturelle pour les intervenants en santé mentale et toxicomanie chez les personnes issues des Premières nations* (sans date). Sur Internet : <https://thunderbirdpf.org/napf-document-library/?lang=fr>.

TRUESDALE, Claire. *Supreme Court of Canada Releases Daniels Decision*. JFK Law (consulté le 14 avril 2016). Sur Internet : <https://jfklaw.ca/daniels-decision/>.

UNGAR, Michael. « Resilience across Cultures », *British Journal of Social Work*, vol. 38, n° 2 (2008), p. 218-235. Sur Internet : <https://academic.oup.com/bjsw/article/38/2/218/1684596>.

NATIONS UNIES. *Déclaration universelle des droits de l'homme*, 1948. Sur Internet : <https://www.un.org/fr/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.

NATIONS UNIES. *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, 1966. Sur Internet : <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

NATIONS UNIES. *Convention relative aux droits de l'enfant*, 1989. Sur Internet : <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>.

NATIONS UNIES. *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, 2007. Sur Internet : <https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-fr/drip.html>.

WESLEY-ESQUIMAUX, Cynthia C., et Magdalena SMOLEWSKI. *Traumatisme historique et guérison autochtone*, Fondation autochtone de guérison, Ottawa, 2004.

WHITE, Jennifer, et Nadine JODOIN. *Guide des stratégies prometteuses pour la prévention du suicide chez les jeunes Autochtones*. Centre for Suicide Prevention, Calgary (Alberta), 2007. Sur Internet : <https://novascotia.cmha.ca/wp-content/uploads/2020/01/res-prom-stat-en.pdf>.

WHITE, Jennifer, et Christopher MUSHQUASH. *We Belong: Life Promotion to Address Indigenous Suicide Discussion Paper*, 2016. Sur Internet : <https://wisepractices.ca/wp-content/uploads/2017/12/White-Mushquash-2016-FINAL.pdf>.

WILEY, Stephanie A., H. LOVE et K. A. EMMETT. « Indigenous Over-representation in Canada's Youth Correctional System: An Assessment of Regional Variability », *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, vol. 62, n° 2 (avril 2020), p. 22-43. DOI : 10.31381/cjccj.2019-0049



WILLIAMS, Lewis, et Zubis MUMTAZ. *Being Alive Well: Aboriginal Youth and Evidence-Based approaches to promoting mental well-being*. Prairie Region Health Promotion Research Centre for the National Aboriginal Youth Mental Health Promotion Health Strategy Symposium, FNIHB, 2007.

WILSON, Charles, D. M. PENCE et L. CONRADI. « Trauma-Informed Care ». *Encyclopaedia of Social Work*, (4 novembre 2013). Sur Internet : <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199975839.013.1063>.

WIRIHANA, Rebecca, et C. SMITH. « Historical trauma, healing and well-being in Māori communities », *MAI Journal*, vol. 3, n° 3 (2014), p. 197-210. Sur Internet : http://www.journal.mai.ac.nz/sites/default/files/MAI_Jrnl_3%283%29_Wirihana02.pdf.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice : a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*, 2005. Sur Internet : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43286>.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « Complex post traumatic stress disorder », *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, 11^e éd., 2021. Sur Internet : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/585833559>.

Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, LC 2002, ch. 1, <https://canlii.ca/t/6c5q4>.



Annexe A

Membres du conseil consultatif des Premières Nations

Roxanne Sappier (co-présidente), directrice de la santé, Première Nation de Neqotkuk
Natasha Sock (co-présidente), directrice adjointe de la santé, Première Nation d'Elsipogtog
Noel Milliea (aîné), Première Nation d'Elsipogtog
Imelda Perley (aînée), Première Nation de Neqotkuk
Edward Perley (aîné), Première Nation de Neqotkuk
L'hon. Graydon Nicholas, (co-président), conseil des intervenants
Ron Brun, conseil consultatif sur la santé mentale, Première Nation d'Elsipogtog
Michael Batchelor, analyste principal, Recherche et politique autochtones, Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick
Mariah Deleavey, représentante des jeunes, Première Nation de Woodstock
Andrew Dutcher, psychiatre de l'enfant, Première Nation de Neqotkuk
Shelley Francis, directrice générale, équipe de mieux-être mental de Mawlugutineg
David Knockwood, représentant des jeunes, Mi'gmawe'l Tplu'taqnn
Brenda Parks, coordonnatrice de la gouvernance, conseil tribal de Wolastoqey
Rena Solomon, directrice des services de toxicomanie, Première Nation de Kingsclear
Dean Vicaire, directeur général, Mi'gmawe'l Tplu'taqnn
Patricia Ward, directrice de la santé, conseil Mawiw

Représentants provinciaux

Carole Gallant, directrice des Services pour la jeunesse, Réseau de santé Vitalité
Jerry Clarke, consultant de la PSI des Premières Nations, ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance
Kelly O'Neil Morin, consultant de la PSI des Premières Nations, ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance
Annie Pellerin, directrice générale par intérim, service de traitement des dépendances et de santé mentale, ministère de la Santé

Bureau du défenseur des enfants, des jeunes et des aînés du Nouveau-Brunswick

Norman Bossé, défenseur des enfants, des jeunes et des aînés du Nouveau-Brunswick
Christian Whalen, défenseur adjoint et conseiller juridique principal
Gavin Kotze, directeur des enquêtes systémiques
Michelle Lepage, déléguée



ANNEXE B

Glossaire

Cécité culturelle

« C'est la tentative (souvent bien intentionnée) d'agir de manière impartiale sous prétexte que la race ne change rien. La cécité culturelle est illustrée dans des expressions comme "être aveugle aux couleurs" ou "ne pas distinguer les races". Cependant, si l'on ne reconnaît pas les différences culturelles, les personnes d'une autre culture pourraient se sentir minimisées ou ignorées; on pourrait donner l'impression que leur race ou leur culture ne sont pas importantes, et que les valeurs de la culture dominante sont universelles. Entre-temps, la personne culturellement aveugle aura l'impression d'être juste et impartiale, sans être consciente des sentiments qu'elle provoque chez les autres. La cécité culturelle devient, en réalité, le contraire de la sensibilité culturelle. » (Association des facultés de médecine du Canada, 2015, p. 4)

Humilité culturelle

« Fait de réfléchir sur soi-même pour comprendre ses préjugés personnels et les préjugés systémiques, et d'établir et de maintenir des relations et des processus respectueux fondés sur la confiance mutuelle. L'humilité culturelle implique qu'une personne reconnaît humblement qu'elle doit apprendre pour comprendre l'expérience de l'autre. » (Autorité sanitaire des Premières Nations, 2021, p. 5)

Sensibilisation culturelle

« La sensibilisation culturelle est le fait d'observer et de prendre conscience des ressemblances et des contrastes entre les groupes culturels et de comprendre comment la culture peut influencer l'approche et la compréhension de la santé, de la maladie et de la guérison chez différentes personnes. » (Association des facultés de médecine du Canada, 2015, p. 3).

Sensibilité culturelle

« La sensibilité culturelle est la conscience (et la compréhension) des valeurs et des perceptions caractéristiques de notre propre culture et de la manière dont elles façonnent notre approche aux patients d'autres cultures. » (Association des facultés de médecine du Canada, 2015, p. 3).

Compétence culturelle

« La compétence culturelle concerne d'abord et avant tout les attitudes, les connaissances et les compétences nécessaires pour offrir des soins de qualité à des populations hétérogènes. La compétence culturelle exige que les fournisseurs de service, autant dans les réserves qu'à l'extérieur de celles-ci, soient constamment conscients de leur propre perception du monde et de leurs attitudes à l'égard des différences culturelles. Elle comprend autant le fait de connaître les réalités culturelles et l'environnement des clients servis que d'être ouvert à ces réalités. Il est essentiel de faire preuve de compétence culturelle pour mettre en œuvre des pratiques ressenties comme sûres sur le plan de la culture. » (Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, 2015, p. 34).



« La compétence culturelle désigne les attitudes, le savoir et les compétences que nous devons posséder, en tant que praticiens, pour soigner efficacement des patients d'origines diverses. La compétence requiert un mariage de connaissances et de convictions, ainsi qu'une capacité d'agir. "Un médecin qui fait preuve de compétence culturelle tient compte de l'origine culturelle du patient lorsqu'il s'entretient avec lui et lui offre des conseils et des traitements médicaux, et il communique de manière à ce que le patient comprenne les possibilités thérapeutiques qui s'offrent à lui." » (Association des facultés de médecine du Canada, 2015, p. 3).

Sécurité culturelle

« La sécurité culturelle est un résultat basé sur l'engagement respectueux qui reconnaît les déséquilibres du pouvoir inhérents dans le système des services de santé et qui s'efforce de les régler, ce qui crée un environnement exempt de racisme et de discrimination dans lequel les personnes se sentent en sécurité pour recevoir des soins de santé. » (Autorité sanitaire des Premières Nations, 2021, p. 5)

« La sécurité culturelle fait référence à ce qui est ressenti et vécu par le patient dans une relation de soins surtout quand le fournisseur communique avec le patient d'une façon respectueuse et inclusive qui incite le patient à participer aux processus décisionnels. Cette communication doit renforcer la relation de soins de sorte que le patient et le fournisseur puissent travailler en équipe afin d'assurer la plus grande efficacité des soins. Les rencontres culturellement sécuritaires de ce genre exigent une grande compréhension de la part du fournisseur qui doit comprendre que tous les patients de ce groupe qu'il traite ne se comportent pas de la même façon et n'ont pas forcément les mêmes croyances. » (Organisation nationale de la santé autochtone, 2008, p. 19). « La sécurité culturelle peut être considérée comme une annexe de la compétence culturelle dans le continuum culturel. Ainsi, la sécurité culturelle va au-delà de ce qui suit : la conscience des particularités culturelles et de la différence; la sensibilité aux différences culturelles et l'importance accordée au respect de la différence; la compétence culturelle et l'attention portée aux compétences, aux connaissances et aux attitudes des praticiens. » (Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, 2015, p. 36).

« La sécurité culturelle est plus que le résultat d'une pratique adaptée aux différences culturelles. Elle se manifeste quand le praticien comprend qu'il existe des déséquilibres de pouvoir inhérents et une discrimination institutionnelle possible en raison des relations historiques entre des personnes d'origines différentes. Elle sous-entend que le fournisseur de soins a réfléchi à sa propre identité et à la manière dont elle pourrait être perçue par des personnes de cultures différentes. Une pratique sécuritaire sur le plan culturel sous-entend une aptitude à ne pas laisser ces différentes perspectives brouiller le traitement du patient, qui doit toujours être considéré comme une personne digne de respect. » (Association des facultés de médecine du Canada, 2015, p. 4).

Continuum de la sécurité culturelle

La sécurité culturelle peut être imaginée comme un continuum de connaissances, d'attitudes et de comportements qui commence par la sensibilisation à la culture (Dell et coll., 2015).



Traumatisme intergénérationnel/traumatisme transgénérationnel

« Le traumatisme qui passe des survivants à leurs enfants et autres générations à venir de leurs descendants par des mécanismes complexes du trouble de stress post-traumatique. Le traumatisme intergénérationnel en cours issu du colonialisme a endommagé l'intégrité culturelle et la santé holistique des peuples et communautés autochtones. Alors que certains événements et politiques ont eu des effets néfastes sur de nombreuses populations autochtones (séparation de leurs terres, dissolution des communautés, oppression, pensionnats, rafle des années soixante, marginalisation et aboriginalisme), il importe de savoir que certaines collectivités ont également connu leurs propres traumatismes. Cela signifie donc que chaque communauté aura des besoins à lui propre dans son cheminement vers la guérison. » (Thunderbird Partnership Foundation, 2021)

« Les effets intergénérationnels des expériences traumatisantes subies par le passé peuvent se manifester de différentes manières et avoir de nombreuses répercussions, notamment spirituelle, émotionnelle, mentale et physique sur les individus, les familles et collectivement sur l'ensemble de la communauté autochtone. Par exemple, les populations autochtones exposées à des expériences traumatisantes collectives discrètes ou chroniques (la déconnexion de sa langue d'origine, des terres ancestrales et de sa lignée du fait de la réinstallation forcée, des pensionnats, des systèmes de protection de l'enfance et le système de justice) transmettent les répercussions de ces expériences aux générations suivantes, et ce de plusieurs manières, notamment au moyen de la génétique, ainsi que par des phénomènes psychologiques et comportementaux. »

(Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, 2015).

Santé mentale

« L'état de votre bien-être psychologique et émotionnel. La santé mentale est une ressource indispensable pour mener une vie saine et un élément essentiel de l'état de santé général. » (Agence de la santé publique du Canada, 2020, cité par l'Association canadienne de santé publique, 2021).

Mieux-être mental

« La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. » (Organisation mondiale de la Santé, 2005, p. 2, cité par l'Association canadienne de santé publique, 2021)

« Le bien-être du point de vue autochtone se rapporte à une personne entière et saine et s'exprime par un sens de l'équilibre entre l'esprit, l'émotion, le cerveau et le corps. La reconnaissance du lien avec la langue, la terre, les êtres de la création et les ancêtres, appuyée par une famille et un environnement bienveillants, est essentielle au bien-être. » – Jim Dumont, aîné (Thunderbird Partnership Foundation, 2020, p. 3)



Bibliographie

ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada, Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances et Native Mental Health Association. *Cadre du continuum du mieux-être des Premières Nations*, 2015. Sur Internet : <<https://thunderbirdpf.org/first-nations-mental-wellness-continuum-framework/?lang=fr>>.

ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. *Une démarche de santé publique à l'égard du bien-être mental des populations – Énoncé de position*, 2021. Sur Internet : <<https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/policy/positionstatements/2021-03-population-mental-wellness-f.pdf>>.

DELL, Evelyn M., et coll. « Cultural Safety and Providing Care to Aboriginal Patients in the Emergency Department », *Canadian Journal of Emergency Medicine*, vol. 18, n° 4 (2015), p. 1-5. DOI : 10.1017/cem2015.100. Sur Internet : <<https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-of-emergency-medicine/article/cultural-safety-and-providing-care-to-aboriginal-patients-in-the-emergency-department/6C880C16DA09B50492E13A19F81552FB>>.

AUTORITÉ SANITAIRE DES PREMIÈRES NATIONS. *Anti-Racism, Cultural Safety & Humility Framework*, 2021. Sur Internet : <<https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-FNHC-FNHDA-Anti-Racism-Cultural-Safety-and-Humility-Framework.pdf>>.

NATIONAL NATIVE ADDICTIONS PARTNERSHIP FOUNDATION. *Connecting with Culture: Growing Our Wellness Activity Guide*, 2014. Sur Internet : <https://cyfn.ca/wp-content/uploads/2016/10/Growing-Wellness-Activity_Guide_DIGITAL_FILE.pdf>.

ASSOCIATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE DU CANADA. *La compétence et la communication culturelles*, dans DONOVAN, Denise, *AFMC Notions de santé des populations – Un cybermanuel sur les concepts de santé publique à l'usage des cliniciens*, 2015. Sur Internet : <<https://phprimer.afmc.ca/fr/partie-i/chapitre-3/>>.

THUNDERBIRD PARTNERSHIP FOUNDATION. *Guide de référence du Cadre de mieux-être autochtone*, Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, 2020. Sur Internet : <<https://thunderbirdpf.org/iwf-ref-guide/?lang=fr>>.

THUNDERBIRD PARTNERSHIP FOUNDATION. *Définitions et terminologie*, 2021. Sur Internet : <<https://thunderbirdpf.org/definitions-and-terminologies/?lang=fr>>.