



Bâtir une équité durable dans les programmes de traitement de la dépendance des Premières Nations

Préparé par la:

THUNDERBIRD
PARTNERSHIP FOUNDATION





Table des matières

Résumé des recommandations	1
Introduction	2
Contexte	4
Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones et le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes	7
Les défis auxquels ces communautés sont confrontées	7
Renforcer l'équité, le maintien en poste et la capacité dans les centres de traitement	10
Recommandations	16
Annexe	21
Modèle de Continuum du mieux-être mental des Premières Nations	21
Références	22

Résumé des recommandations

1. Effectuer un examen exhaustif de la formule de financement actuelle afin d'éclairer la modernisation d'une nouvelle formule fondée sur de nouveaux critères, en reconnaissant la nécessité d'un financement accru.

2. Mettre en œuvre des lignes directrices pour des salaires justes et équitables pour les travailleurs de la dépendance du Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (PNLAADA) et du Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ), proportionnels à ceux versés à leurs homologues traditionnels et provinciaux.

3. Renforcer la continuité et la coordination du système pour assurer les services et les programmes sont mieux intégrés entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ce qui garantit que tous les membres des Premières Nations ont accès à des services conformément aux principes de la Loi canadienne sur la santé.

4. Accroître la transparence et la communication du gouvernement fédéral dans les structures de financement afin d'évaluer si le financement est suffisant et d'accroître la responsabilisation envers les Peuples des Premières Nations.

5. Imposer des conditions mesurables aux transferts en santé mentale aux provinces et les territoires afin que le gouvernement fédéral soit responsable du financement qu'il transfère.



Introduction

Pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis résidant au Canada, des disparités importantes persistent en matière de santé et d'accès aux soins de santé, malgré l'accent mis sur la réconciliation Autochtone au cours des dernières années (Allan et Smylie, 2015). Il est largement reconnu que ces communautés connaissent un accès inéquitable aux soins de santé ainsi qu'un fardeau disproportionné de préjudices liés à la consommation de substances qui a été exacerbé par la pandémie. Les Chefs de l'Ontario et l'Ontario Drug Policy Research Network (2021) ont constaté qu'au cours de la première année de la pandémie, les membres des Premières Nations ont connu une augmentation de 132 % du nombre de décès liés à l'empoisonnement aux opioïdes par rapport à une augmentation de 68 % pour les non-Premières Nations au cours de cette période. Cette consommation problématique de substances, y compris l'alcool, le tabac, les opioïdes et d'autres drogues sur ordonnance et illicites, a toujours été identifiée comme un problème de santé prioritaire par les communautés des Premières Nations. La surconsommation de ces substances, en plus de l'épuisement professionnel du personnel impliqué dans la prévention et le traitement, s'est incontestablement aggravée en raison des conditions imposées par la pandémie de COVID-19.

De plus, le nombre de membres des Premières Nations qui identifient spécifiquement leurs traumatismes et les problèmes de dépendance connexes comme étant liés aux pensionnats indiens, aux écoles de jour, aux femmes et aux filles Autochtones disparues et assassinées et à l'expérience du bien-être de l'enfance a également augmenté (Honorer nos forces, 2011; Lee et coll., 2021). Au moins 41 % des adultes des Premières Nations qui ont déclaré avoir utilisé des opioïdes de manière nocive ou de la méthamphétamine ont indiqué que leur expérience de traumatisme, de deuil et de perte avait contribué à leur consommation actuelle de ces drogues (Thunderbird, 2022). Les communautés des Premières Nations, les organisations des Premières Nations, les universitaires et les professionnels de la santé reconnaissent généralement la nécessité d'avoir de solides services de promotion de la santé, de prévention, de dépistage précoce et d'intervention pour aborder les déterminants sociaux de la santé dans le contexte du développement communautaire des communautés des Premières Nations et, en particulier, de la population de jeunes des Premières Nations qui connaît une croissance rapide.

Les principaux programmes fédéraux visant à traiter et à prévenir ces problèmes chez les Premières Nations et les communautés Inuites sont le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (PNLAADA) et le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ). Les deux sont des réseaux nationaux de programmes de lutte contre la dépendance, propres aux Autochtones qui sont en place depuis des décennies. Malgré les forces inhérentes au PNLAADA et au PNLASJ, y compris la prestation de services adaptés à la culture, les examens antérieurs de ce programme (Examen général du PNLAADA de 1998) ont révélé leurs lacunes. Les programmes font face à des défis importants associés à l'emploi et au maintien en poste, y compris des charges de travail élevées, des conditions de travail stressantes et des salaires qui ne sont pas à égalité avec ceux pour des postes similaires ailleurs au pays. Ces obstacles sont enracinés dans une formule de financement Berger modifiée désuète, qui est utilisée par le gouvernement fédéral et sous-estime grossièrement les ressources nécessaires pour exécuter efficacement la prestation des programmes. La formule détermine en fin de compte le montant investi dans ces programmes et établissements, ce qui indique le montant des fonds disponibles pour payer le personnel et soutenir les opérations. L'incapacité de faire face aux dépenses d'immobilisations et de fonctionnements des services publics de base a également eu une incidence considérable sur les conditions de travail, ce qui a exacerbé davantage ce défi. De plus, le niveau de financement des programmes du gouvernement fédéral n'a pas suivi l'évolution de la position du gouvernement du Canada à l'égard de la réconciliation au cours des 30 dernières années.

Sans une réforme des politiques fondamentales et des hypothèses de financement qui sous-jacentes ces programmes qui ont été élaborés et qui continuent de persister en tant que reliques d'un gouvernement colonial, on craint que la capacité des communautés d'offrir ces programmes ne soit irrémédiablement compromise – à un moment où ils sont le plus nécessaires. Bien que l'objectif principal du présent document soit d'encourager et de justifier la nécessité d'un examen systémique dans le but d'accroître les ressources dans le cadre des programmes du PNLAADA et du PNLASJ, les principaux arguments s'étendent aux autres programmes de mieux-être mental, comme le Programme de soutien en santé de résolution des questions des pensionnats indiens, les équipes en mieux-être mental et d'autres programmes axés sur la prévention du suicide et les FFADA2E+.



Contexte

Le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (PNLAADA) et le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ)

Le PNLAADA a été créé comme solution de rechange aux services de traitement de la dépendance courante en se fondant sur la reconnaissance du fait que des programmes adaptés à la culture, fondés sur une vision du monde des Premières Nations, sont essentiels pour que de nombreux membres des Premières Nations guérissent de la consommation de substances et d'autres problèmes connexes. Le programme est un exemple de programme de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) largement contrôlé par les communautés et les organisations des Premières Nations et des Inuits. L'objectif du PNLAADA est d'aider les Premières Nations et les Inuits et leurs communautés à établir et à exploiter des programmes visant à arrêter et à compenser les niveaux élevés d'abus d'alcool, de drogues et de solvants au sein de leur population cible. Les centres de traitement sont en grande partie situés sur les terres des Premières Nations, mais ils desservent les populations des Premières Nations et des Inuits, peu importe où elles résident.

Le fondement de ce programme repose sur la pratique communautaire et culturelle, et sur la compréhension que les pratiques de guérison fondées sur la culture sont importantes dans les milieux communautaires et des centres de traitement. Le PNLAADA a été créé en 1982 avec un financement ponctuel, puis a reçu un financement fédéral permanent en 1992. **Ce modèle de financement, qui est une approche désuète et insuffisante, n'a pas été modifié depuis, malgré l'appui massif des communautés des Premières Nations et les efforts exprimés par le gouvernement du Canada en faveur de la Vérité et de la réconciliation.**

Le PNLAADA et le PNLASJ comprennent 52 centres de traitement (dont 10 pour les jeunes) dans neuf provinces, environ 700 lits de traitement, plus de 500 programmes communautaires de lutte contre l'abus d'alcool et d'autres drogues et le financement d'environ 730 travailleurs communautaires du PNLAADA.

Ces établissements sont régis par les communautés des Premières Nations et dépendent principalement du gouvernement fédéral pour leur financement de base. Le traitement communautaire de la dépendance relève de la compétence des provinces et des territoires, qui sont constitutionnellement responsables de la santé publique, des soins primaires et des services médicaux. Ces aspects des soins de santé sont essentiels pour aborder les opioïdes et la méthamphétamine à l'échelle communautaire et nécessitent un effort de coopération avec les provinces et les territoires.

Pour les membres des Premières Nations et les Inuits qui résident hors réserve, le Programme des services de santé non assurés (SSNA) offre une couverture pour une gamme de prestations de santé médicalement nécessaires lorsque ces prestations ne sont pas autrement couvertes par des régimes d'assurance maladie ou des programmes sociaux privés, provinciaux ou territoriaux. Le programme des SSNA est de nature lourde en raison du rythme effréné auquel les processus d'examen et d'approbation sont entrepris, ce qui crée un autre obstacle pour les membres des Premières Nations à obtenir des résultats positifs en matière de santé. Notamment en Colombie-Britannique, la responsabilité de la conception, de la gestion et de la gouvernance, ainsi que de la prestation des programmes de santé des Premières Nations, a été transférée à l'Autorité sanitaire des Premières Nations, conformément à une entente tripartite avec le gouvernement provincial et le gouvernement fédéral. Cependant, de nombreuses provinces et de nombreux territoires n'ont pas d'Autorité sanitaire indépendante des Premières Nations.

La plupart des activités du PNLAADA se situent dans les domaines suivants: prévention, traitement, recherche et développement. Les activités de la composante prévention couvrent trois domaines clés: 1) prévention: visant à prévenir les graves problèmes d'abus d'alcool et d'autres drogues; (2) intervention: visant à traiter les problèmes d'abus existants le plus tôt possible; et (3) après soins: visant à prévenir les problèmes d'abus d'alcool et de drogues de se reproduire.

Le financement fédéral du PNLAADA ne prévoit pas de services communautaires complets de lutte contre les dépendances et de réduction des méfaits, pas plus que le financement ne garantit pas que les communautés ont la capacité de médecins et d'infirmiers praticiens qui peuvent faciliter la thérapie pharmacologique, une main-d'œuvre de sensibilisation pour soutenir les personnes qui utilisent des drogues, ou des thérapeutes en santé mentale travaillant à partir de titres de compétences culturelles ou occidentales, et le financement fédéral n'aborde pas suffisamment à l'iniquité dans les déterminants de la santé qui exacerbe les traumatismes, la consommation de substances et les méfaits connexes.

Santé Canada et les communautés des Premières Nations se sont associées en 1995 pour élaborer le PNLASJ en réponse aux taux alarmants d'abus de substances volatiles chez les jeunes de certaines populations Inuites et des Premières Nations au Canada (Dell et Hopkins, 2011). La clé de ce partenariat était que la culture Autochtone et les approches occidentales en matière de traitement et de rétablissement ont éclairé l'élaboration des structures, des services et de la prestation des programmes des centres de traitement résidentiels.

À l'heure actuelle, le PNLASJ reçoit 13 millions de dollars par année en financement fédéral. Il est géré par dix Youth Solvent Addictions Centres [Centres de lutte contre les dépendances aux solvants pour les jeunes] (YSAC), qui sont situés dans tout le pays, offrant 120 lits de traitement au total. Ces centres suivent une approche de « continuum de soins » qui commence par le prétraitement, puis le traitement, et enfin les soins post-traitement dans lesquels les familles des jeunes sont impliquées. Depuis le début du programme, les centres de traitement ont été utilisés au maximum de sa capacité, avec un minimum de 212 jeunes traités chaque année.

Aujourd'hui, les centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ appliquent des approches thérapeutiques occidentales, telles que les thérapies cognitives comportementales, tout en renforçant de plus en plus l'utilisation des interventions culturelles traditionnelles (Dell et coll., 2011). Ces programmes intègrent le contexte de la communauté et de l'histoire des Premières Nations comme fondement des soins et ont donc tendance à être davantage informés des traumatismes.

Les nombreuses réussites du PNLAADA et du PNLASJ au fil des ans peuvent être attribuées en grande partie à la gouvernance des services par les Premières Nations, ainsi qu'à la créativité, au dévouement, à la motivation et à l'innovation de la main-d'œuvre du PNLAADA et du PNLASJ (Honorer nos forces, 2011).

Les nombreux examens du PNLAADA ont constamment généré une liste de recommandations similaires, y compris la nécessité pour les communautés, les régions et tous les ordres de gouvernement de mieux coordonner les services et les soutiens pour répondre aux besoins des communautés des Premières Nations. Certaines d'entre elles ont été abordées tandis que d'autres continuent d'être éludées, notamment la forte recommandation de l'examen de 1998 de modifier les critères de financement. À la suite de ces examens, l'Assemblée des Premières Nations (APN), la Fondation Autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD) et la DGSPNI ont supervisé un examen complet et centré sur la communauté des services et des soutiens liés à la consommation de substances pour les membres des Premières Nations au Canada.

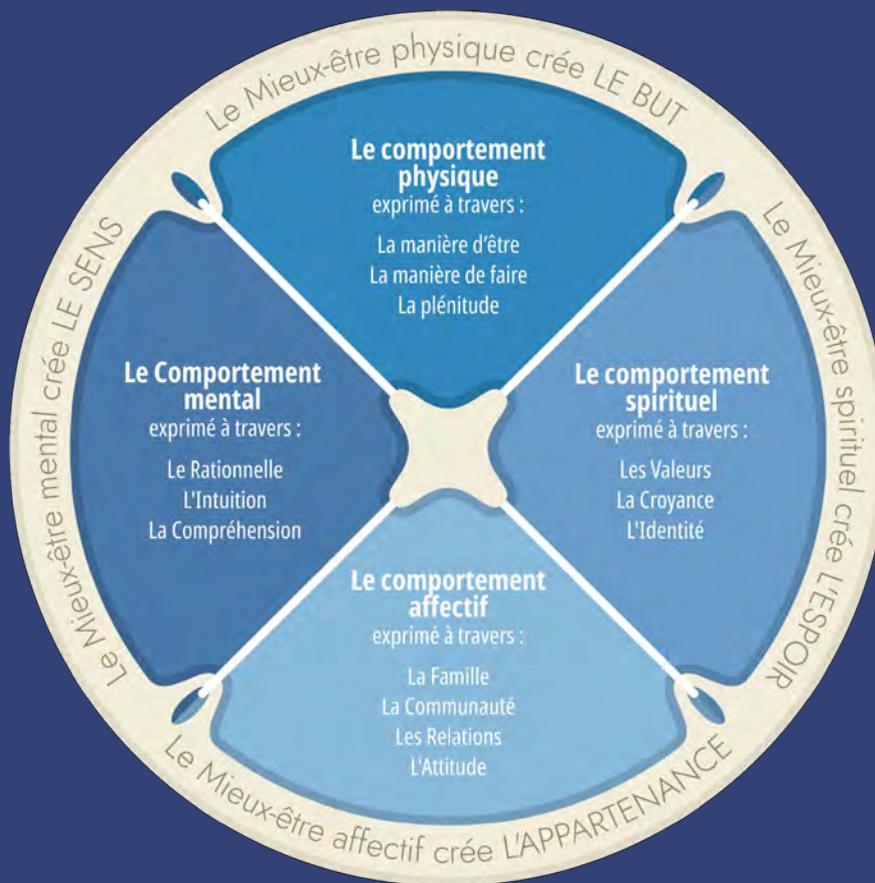
Ceci a mené à un vaste processus d'engagement et de rétroaction, qui a abouti à la publication en 2011 d'Honorer nos forces: un Cadre renouvelé pour aborder la lutte contre la consommation de substances chez les membres des Premières Nations au Canada. Ce cadre fondé sur des données probantes décrit un continuum de soins pour guider la prestation, la conception et la coordination des services intégrés à tous les niveaux du PNLAADA/PNLASJ, ainsi que d'autres programmes de consommation de substances et de santé mentale dont les populations des Premières Nations ont besoin. Les centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ ont évolué pour répondre aux besoins émergents et changeants des membres des Premières Nations.

Certains sont passés à des programmes de traitement familial, à des traitements terrestres, à des traitements de jour et à l'inclusion de traitements ambulatoires ou communautaires. L'initiative visant à créer un changement là où le changement était possible a été déclenchée par un consensus national sur la culture des Premières Nations, et doit être au cœur de la façon dont la consommation de substances et les problèmes de santé mentale sont abordés au sein des communautés des Premières Nations (Santé Canada, 2011). Bien que le gouvernement fédéral ait participé à l'élaboration du cadre, aucun changement de politique n'a été apporté pour assurer le financement du continuum de soins.

Sachant que le mieux-être mental est soutenu par des facteurs tels que la culture, la langue, les Aînés, les familles et la création, Services aux Autochtones Canada, Thunderbird Partnership Foundation, l'APN et le First Peoples Wellness Circle a élaboré le Cadre de continuum de mieux-être mental des Premières Nations en 2015 avec l'objectif global d'améliorer les résultats en matière de mieux-être mental pour les Premières Nations. Ce cadre illustre la façon dont les Premières Nations cherchent à atteindre la santé dans son ensemble, ce qui comprend le bien-être physique,

mental, émotionnel, spirituel, social et économique, ainsi que le type de connaissances et d'expertise dont les travailleurs du PNLAADA et du PNLASJ ont besoin pour travailler avec ces communautés (Services aux Autochtones Canada et Thunderbird Partnership Foundation, 2015). L'illustration 1 est une roue simplifiée et ciblée du cadre de mieux-être des Autochtones (le modèle complet du Continuum du mieux-être mental des Premières Nations se trouve à l'annexe A).

Illustration 1: Cadre de mieux-être Autochtone



Le PNLAADA et le PNLASJ reçoivent un certain financement de base par l'entremise du programme de la DGSPNI, conformément à la formule Berger qui a été élaborée en 1982, qui était une époque très différente pour la Vérité et la réconciliation Autochtone. La formule s'ajuste à la population en fonction de la répartition des personnes dans chaque région en matière d'éloignement et de taille de la communauté (Statistique Canada, 2020). Environ 100 millions de dollars, ou 8,0 %, de financement de base ou de programme continu en 2018-19 ont été identifiés comme étant alloués à l'aide de cette formule (Bureau du directeur parlementaire du budget, 2021). Le gouvernement fédéral fait en sorte que le financement de ces services et programmes dépend du respect de certaines modalités, comme la qualification des fournisseurs, les activités normalisées pour atteindre un ensemble d'objectifs établis, une base de référence pour les taux d'utilisation des lits et les jours non opérationnels, et l'accréditation.

L'accréditation comme condition de financement

L'accréditation des programmes de traitement est volontaire parmi les centres de traitement du PNLAADA et constitue une initiative importante qui démontre la qualité du traitement en établissement. Le PNLAADA est engagé dans l'accréditation depuis 1998, année où il s'est associé au Conseil canadien pour l'agrément des services de santé, maintenant Agrément Canada, pour examiner les normes d'accréditation des services de soins de santé et améliorer les normes d'excellence en mettant l'accent sur la sécurité des patients et l'amélioration continue de la qualité. L'accréditation est devenue facultative pour les programmes de traitement du PNLAADA en 1998 et obligatoire pour les programmes de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes en 1995. Le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies (CECT) a entrepris une étude sur l'état de l'accréditation des programmes de traitement en établissement au Canada, y compris le PNLAADA et le PNLASJ. Les préoccupations relatives à la qualité des programmes de traitement financés par l'État, mais non accrédités, étaient un objectif principal de l'étude entreprise par le CECT. L'une des conclusions de cette étude indique qu'il y a plus de centres de traitement accrédités au sein du PNLAADA et du PNLASJ, 85 % accrédités, qu'il y en a dans l'ensemble du Canada, 62 % accrédités.

Pour l'Ontario, il a été constaté que moins du quart des centres de traitement conventionnels sont agréés (CECT, 2014). Les normes d'accréditation utilisées par les centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ sont les mêmes que celles utilisées par Agrément Canada pour tous les services de soins de santé. Les normes d'excellence en matière de gouvernance, de gestion des ressources humaines, de gestion de l'information, de santé et de sécurité sont communes à tous les services de soins de santé accrédités par Agrément Canada. La section des normes sur les services à la clientèle est propre au service et, dans ce cas, les normes pour les services de consommation de substances utilisées par le PNLAADA et le PNLASJ sont équivalentes aux normes utilisées dans les services conventionnels de consommation de substances.

Les défis auxquels ces communautés sont confrontées

Bien qu'il soit reconnu qu'un financement permanent existe, il est considéré comme un « financement déficitaire », car il n'a pas réussi à répondre à la demande de ces services d'il y a des décennies, sans parler des réalités d'aujourd'hui. Cela s'explique par le fait que la formule de financement n'a pas été évaluée ou reformulée depuis des décennies et qu'elle a engendré un manque de parité salariale entre le personnel de lutte contre les dépendances dans les communautés des Premières Nations et les travailleurs ordinaires de la province (Comité régional de partenariat sur les dépendances de l'Ontario, 2013). Les travailleurs des Premières Nations spécialisés en dépendances gagnent près de 45 % de moins que leurs homologues provinciaux. Le montant du financement fourni ne permet tout simplement pas aux communautés d'offrir un salaire adéquat à leur personnel et n'est pas proportionnel à leurs compétences ou à leur expérience, surtout compte tenu de la complexité des services à fournir et de certaines des autres circonstances et des défis en matière d'infrastructure auxquels ces établissements sont confrontés.

Le financement du PNLAADA et du PNLASJ a augmenté dans le cadre de la Stratégie nationale antidrogue (SNAD) et d'autres programmes, mais il a eu tendance à n'être que de courte durée et, dans certains cas, à cibler des initiatives particulières identifiées par le gouvernement fédéral. Malgré l'augmentation du financement pour le mieux-être mental au cours des dernières années, les volets de financement et les affectations sont de nature temporaire et ne sont pas considérés comme du financement de base et ne peuvent pas être utilisés pour améliorer les salaires du personnel de lutte contre les dépendances des communautés des Premières Nations.

Il y a une demande accrue pour ces types de services de prévention et de traitement dans les communautés des Premières Nations, ce qui est attribué à l'héritage de la colonisation et de la violence systémique.



Les Premières Nations du Canada déclarent des taux plus élevés d'hospitalisations et de surdoses liées à des substances que la population générale (Russell, 2016).

Les taux de troubles de santé mentale sont particulièrement élevés dans les communautés des Premières Nations et, en particulier, chez les personnes aux prises avec des troubles liés à l'utilisation de substances. Il est maintenant bien reconnu que cela reflète l'impact des politiques mises en œuvre pour assimiler les Peuples Autochtones, y compris la perte de terres et de langue, le deuil et les traumatismes chroniques. Ceux-ci ont eu un impact dévastateur et intergénérationnel sur les communautés des Premières Nations, ont dissous la continuité culturelle et ont mal influencé leurs résultats en matière de santé. Les membres des Premières Nations sont également aux prises avec des facteurs de stress continus, notamment d'importantes disparités socioéconomiques, de la discrimination, du racisme et de l'oppression.

Tragiquement, les problèmes de santé mentale, de consommation de substances et de violence qui en résultent dans les communautés des Premières Nations peuvent se manifester par un cercle vicieux de stress et de traumatismes (Ninomiya et coll., 2020). La complexité des symptômes qui accompagnent les traumatismes intergénérationnels et les troubles liés à la consommation de substances représente des défis majeurs dans le traitement des deux troubles. Les traumatismes intergénérationnels et les incidences d'une mauvaise santé mentale ont également engendré d'autres défis pour les Peuples Autochtones, car ils sont confrontés à une prévalence plus élevée de maladies chroniques physiques, telles que l'hypertension, l'obésité, le diabète et l'arthrite.

En ce qui concerne la santé mentale et les dépendances, les communautés rurales et éloignées supportent généralement un fardeau disproportionné de la maladie tout en ayant simultanément un accès limité ou moins constant aux services de santé, en particulier lorsqu'il s'agit de soins spécialisés. (Schiff & Moller, 2021). Cette situation est exacerbée dans les communautés du Nord, car les résidents sont plus susceptibles de connaître des cas accrus d'instabilité du logement et de pauvreté (Schiff et Moller, 2021). Grâce à la mise en œuvre du sondage sur les opioïdes et la méthamphétamine des Premières Nations, les communautés des Premières Nations ont signalé que le contexte de déclaration de l'état d'urgence est dû aux taux alarmants de violence dans la communauté, provoquée par les gangs entrant dans la communauté qui incitent ensuite à la violence armée, aux meurtres, à la traite de personnes et au recrutement d'enfants et de jeunes comme mules de drogue (Thunderbird 2021).

Donnée du Système de gestion national d'information sur les dépendances

Les données du système indiquent que 75,5 % des clients terminent leur programme de traitement de la dépendance et que:

- La majorité des clients (82,2 %) qui commencent un traitement consomment plus d'une substance, dont 90,3 % sont dépendants à l'alcool, suivis du cannabis, de la cocaïne et des opioïdes
- 71,2 % des clients mettent fin à la consommation d'alcool après le traitement, 67,4 % mettent fin à la consommation de cannabis, 81,8 % mettent fin à la consommation de cocaïne et 72 % cessent de faire un mésusage des opioïdes
- Parmi ceux qui ont utilisé post-traitement, 94,9 % utilisent moins que l'utilisation avant le traitement
- Les soutiens post-traitement le plus utilisés sont les soutiens culturels et sociaux 71,4 % et les soutiens spirituels culturels 72,2 %
- 90 % des clients post-traitement déclarent avoir plus de contrôle sur leur vie, améliorer les relations positives, demander de l'aide au besoin, avoir un but
- de 33,6 % des clients qui utilisent des opioïdes ont reçu un diagnostic ou un soupçon de trouble de santé mentale. 28,2 % des clients qui ne consomment pas les opioïdes ont reçu un diagnostic ou un trouble de santé mentale soupçonné.



Ces communautés n'ont pas les ressources nécessaires pour intervenir et d'accroître la sécurité communautaire, et la main-d'œuvre hautement qualifiée recrutée pour les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances quitte le milieu de travail très stressant pour des milieux de travail mieux rémunérés et moins stressants.

Lorsque des services de santé mentale et de dépendances traditionnelles ont été disponibles, il y a eu une appréhension de les utiliser en raison de la méfiance semée par la violence coloniale. Les croyances culturelles et les traditions de guérison des Premières Nations sont souvent exclues des services généraux de traitement de la dépendance ou des services sociaux. Pour cette raison, les Premières Nations sont plus susceptibles de se retirer du traitement de la dépendance, car elles ne se sentent pas culturellement en sécurité (Maina et coll., 2020). Par conséquent, des services adéquats pour les communautés des Premières Nations impliquent l'intégration d'approches et de programmes culturellement sécuritaires pour assurer la meilleure qualité possible de soins qui seront intentionnellement recherchés. Les interventions fondées sur la culture facilitées sur le territoire démontrent une augmentation de 14 % du mieux-être mental (Thunderbird 2021).



Renforcer l'équité, le maintien en poste et les capacités dans les centres de traitement

La Thunderbird Partnership Foundation et ses alliés tentent depuis des années de tirer la sonnette d'alarme sur les questions de rémunération équitable proportionnelle au niveau et à la complexité du travail, ainsi qu'au manque d'équité et de capacité dans le traitement de la dépendance en raison de problèmes de rétention du personnel et de perte de connaissances essentielles. Il est essentiel de prendre le temps d'apporter des changements significatifs afin de mieux soutenir le PNLAADA et le PNLASJ et de renforcer les réponses communautaires, régionales et nationales à la consommation de substances et aux problèmes de santé mentale connexes chez les membres des Premières Nations au Canada. Pour ce faire, la Thunderbird Partnership Foundation et ses alliés soulignent trois domaines critiques où le soutien fédéral est nécessaire.

1. « Le bon salaire pour le travail » : Salaires concurrentiels pour les services de santé mentale et de dépendances des Premières Nations

Les salaires versés au personnel des programmes PNLAADA et PNLASJ sont **d'au moins 47 % inférieurs** à la moyenne nationale pour les mêmes postes (Thunderbird Partnership Foundation, 2018). Ce manque de rémunération concurrentielle entre les travailleurs du PNLAADA et du PNLASJ et les travailleurs ordinaires au fil des décennies a créé des défis omniprésents dans le recrutement et la rétention de personnel qualifié et dévoué. Par exemple, un rapport de 2015 a mis en évidence un taux de roulement du personnel de 50 % dans un centre de traitement pour les jeunes ayant une dépendance aux produits à inhaler (Services aux Autochtones Canada, 2015; Thunderbird Partnership Foundation, 2015). En retour, cela a eu non seulement un impact sur le mieux-être et l'épuisement professionnel du personnel, mais aussi un impact sur l'efficacité du traitement et les résultats de santé qui en découlent pour l'ensemble des Peuples des Premières Nations (Thunderbird Partnership Foundation, 2018).

Par exemple, dans les centres de traitement comptant un nombre accru d'employés certifiés du PNLAADA et du PNLASJ, le taux d'achèvement du traitement par les clients s'est amélioré, passant de 66 % en 2005 à 75 % en 2012 (Thunderbird Partnership Foundation, 2018).

Notant la gravité de ce défi, le Comité régional ontarien de partenariat de lutte contre les dépendances (ORPAC) a rédigé la proposition suivante des échelles salariales du PNLAADA pour 2009 et 2014 (voir le tableau 1) fondées sur les descriptions de travail et les comparent à des descriptions de travail et à des niveaux de salaire semblables à ceux des descriptions de travail et des niveaux de salaire semblables à ceux du PNLAADA à l'époque variaient en deçà des normes nationales de 20 001 \$ à 50 000 \$ (Chiefs of Ontario, 2014; Thunderbird Partnership Foundation, 2018).

S'appuyant sur ces travaux antérieurs, le tableau ci-dessous propose en outre à laquelle devraient ressembler ces échelles salariales en 2022. Il est important de noter que l'échelle salariale de 2022 pour les travailleurs du PNLAADA ci-dessous est basée sur une augmentation annuelle de 2 % depuis 2014, sans tenir compte du fait que l'inflation n'a pas suivi le rythme des augmentations du coût de la vie, que les travailleurs en dépendance, les travailleurs ordinaires et les Premières Nations, ont tendance à être sous-payés et spécifiquement pour les travailleurs du PNLAADA et du PNLASJ le niveau de complexité du travail et l'évolution des exigences en matière d'éducation et de compétences de certaines de ces postes.

Comme le maintien en poste de ces travailleurs a été une lutte importante et rapportée pendant des décennies, il y a un manque important de valeur pour ceux qui continuent de répondre aux normes d'excellence en matière d'accréditation, qui ont un taux élevé de certification en matière de compétences de base en dépendance, qui possèdent des connaissances culturelles complètes, qui sont formés aux approches adaptées aux traumatismes et qui ont démontré des résultats de haute qualité pour les Premières Nations qu'ils servent. Ce manque de valeur est clairement démontré par une rémunération inadéquate qui ne reflète pas ces qualités et ne tient pas compte de la tranche supérieure de l'échelle salariale nationale dominante (Thunderbird Partnership Foundation, 2018).

De plus amples informations sur le type de connaissances et de compétences requises sont déballées dans les sections ci-dessous.

Tableau 1 : Salaires proposés du PNLAADA par rapport aux descriptions de travail et aux salaires hors réserve - Ontario

Poste au PNLAADA	Niveau salarial en 2009	Niveau salarial proposé de PNLAADA en 2014 (Augmentation de 3%/an)	Niveau salarial proposé du PNLAADA en 2022 (Augmentation de 2%/an) *	Échelle salariale nationale (2022) Médian: 35 976 \$
Secrétaire/ Réceptionniste	26 000 \$ - 32 000 \$	30 141 \$ - 37 097 \$	35 315 \$ - 43 465 \$	33 047 \$ - 44 138 \$ Médian: 35 976 \$
Travailleur-euse en prévention	32 018 \$ - 41 284 \$	37 118 \$ - 47 859 \$	43 490 \$ - 56 074 \$	36 467 \$ - 64 396 \$ Médian: 42 900 \$
Préposé-e à l'accueil	32 018 \$ - 41 284 \$	37 118 \$ - 47 859 \$	43 490 \$ - 56 074 \$	39 254 \$ - 70 980 \$ Médian: 52 116 \$
Conseiller-ère en dépendance	35 437 \$ - 47 130 \$	41 081 \$ - 54 637 \$	48 133 \$ - 64 016 \$	44 753 \$ - 76 567 \$ Médian: 60 000 \$
Gestionnaire de cas	40 637 \$ - 52 130 \$	47 109 \$ - 60 433 \$	55 196 \$ - 70 807 \$	47 366 \$ - 72 674 \$ Médian: 60 565 \$
Personne Superviseuse/ Directrice/ Administratrice	60 000 \$ - 80 000 \$	69 556 \$ - 92 742 \$	81 496 \$ - 108 662 \$	54 700 \$ - 114 446 \$ Médian: 80 000 \$

Source : Chiefs of Ontario. (2014). Renforcement des capacités dans le PNLAADA *avec des calculs à jour sur les salaires proposés pour 2022)

Au fil des ans, il y a eu des progrès importants dans l'accréditation organisationnelle avec des normes d'excellence des programmes PNLAADA et PNLASJ ainsi que la certification continue des traitements et des travailleurs communautaires spécialisés dans la dépendance au sein de ces programmes (Chiefs of Ontario, 2014). Un plus grand nombre d'employés du PNLAADA et du PNLASJ ont pris l'initiative d'accroître leurs compétences professionnelles en remplissant les compétences de base pour la certification de conseiller en dépendance, en plus des études postsecondaires.

Cependant, les salaires du personnel qualifié du PNLAADA et du PNLASJ à ce jour ne se rapprochent même pas des salaires standard provinciaux pour les travailleurs qualifiés en dépendance ayant la même éducation, les mêmes compétences et les mêmes heures de travail. Par exemple, le salaire médian des conseillers en dépendance au Canada est de 60 000 \$ par année (Talent.com 2022). Au cours d'un récent été de 2021, l'échelle salariale des conseillers en dépendance du PNLAADA affichait entre 49 000 \$ et 54 000 \$ par année (Première Nation de Saugeen, 2021). Cet affichage se situait dans la tranche inférieure de la grille salariale nationale, même si l'emploi exigeait au moins 2 ans d'expérience, une certification scolaire ainsi que des compétences et des connaissances spécifiques des communautés des Premières Nations et de leur culture.

Bien que le gouvernement du Canada puisse indiquer qu'il appartient aux communautés d'établir des salaires, la réalité est qu'il n'y a pas suffisamment de financement dans l'enveloppe et la formule existantes pour permettre que les salaires soient à parité avec les salaires standard provinciaux pour les travailleurs admissibles. Le financement communautaire ne fournit pas non plus suffisamment de ressources pour la main-d'œuvre élargie nécessaire pour fournir un traitement communautaire de la dépendance au cocktail mortel d'opioïdes, de méthamphétamine, de benzodiazépines et d'alcool.

« La dotation continue d'être un défi dans la région et, bien que nous ayons diversifié notre financement au-delà du financement du PNLAADA, nous continuons de trouver difficile d'offrir une rémunération adéquate pour demeurer concurrentiels par rapport aux autres dans la région. »

Centre de traitement Mark Amy, Wood Buffalo
Wellness Society, Alberta (2019)

Dans le cas de l'examen du PNLAADA de 2007-2011, une rencontre nationale a eu lieu pour faire la synthèse des rapports régionaux. Lors de la rencontre nationale, des représentants de la région de l'Alberta ont signalé l'incapacité de maintenir en poste leur main-d'œuvre en dépendance en raison de la concurrence avec l'industrie de la restauration, où McDonalds payait les mêmes salaires que leurs salaires de conseiller en dépendance avec beaucoup moins de stress. Au Manitoba, il a été rapporté verbalement que la main-d'œuvre en dépendance avait une faible estime de soi en raison de la sous-évaluation de son travail, comme en témoignent les bas salaires pour un travail d'une importance cruciale et qui sauve des vies.

Récemment, lors d'une rencontre nationale des centres de traitement du PNLAADA et PNLASJ, les représentants de la Saskatchewan ont signalé une perte importante de leur main-d'œuvre au profit d'emplois de plantation d'arbres. Le financement des salaires est souvent trop limité pour maintenir en poste du personnel hautement qualifié, et une grille salariale plus concurrentielle liée à l'expérience, à la formation, à la taille de la population dans la communauté, à l'éloignement et aux risques environnementaux est nécessaire pour le PNLAADA et le PNLASJ (Thunderbird Partnership Foundation, 2018). Pour le traitement des opioïdes et de la méthamphétamine, un budget plus complet est nécessaire pour les services dans les communautés des Premières Nations. L'attente qu'une population pauvre dans les régions rurales et éloignées du Canada puisse supporter les coûts de transport vers les centres urbains pour accéder aux services de réduction des méfaits et de traitement ne tient pas compte de l'impact et des méfaits de la consommation de substances qui restent dans la communauté. Une population présentant des taux élevés de traumatismes non résolus et intergénérationnels ne peut pas soutenir des services culturellement dangereux et on ne devrait pas s'attendre à ce qu'elle subvienne à la stigmatisation, à la discrimination et au racisme lorsque les services ne

sont pas régis par les Premières Nations. Les taux disproportionnés de décès par empoisonnement aux opioïdes chez les membres des Premières Nations au Canada sont la preuve du manque de services disponibles et accessibles.

Si les circonstances ne changent pas maintenant, le stress élevé de l'emploi en raison des difficultés et des complexités de travail avec les membres des Premières Nations causées par la colonisation, les traumatismes intergénérationnels et la négligence totale de remédier aux frustrations de financement continueront d'entraîner des taux de roulement élevés du personnel du PNLAADA et du PNLASJ qui adoptent leur accréditation, leurs connaissances et leur expertise pour des salaires plus compétitifs (Chiefs of Ontario, 2014).

2. « Bon nombre de personnes ayant les bonnes compétences » : Capacité de relever les défis complexes en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances

Expérience des Peuples des Premières Nations

En l'absence de salaires concurrentiels fournis à partir d'un modèle de financement qui tient compte de l'expérience, de la formation, de la taille de la population dans la communauté, de l'éloignement et des risques environnementaux pour le PNLAADA et le PNLASJ, le maintien en poste d'un personnel hautement qualifié continuera d'être un problème au sein de ces services, ce qui contribuera à son tour au manque de capacité de s'attaquer adéquatement à la santé mentale et à la dépendance dans les communautés (Thunderbird Partnership Foundation, 2018; Chiefs of Ontario, 2014).

La continuité et l'accès aux soins sont essentiels, car de 75 % à 100 % des personnes qui cherchent un traitement pour surconsommation de substances ont des problèmes de santé mentale concomitants (Thunderbird Partnership Foundation, 2018). Dans l'ensemble, les communautés Autochtones ont de moins bons résultats en matière de santé mentale, y compris l'anxiété, la dépression et le suicide, comparativement aux personnes non Autochtones au Canada, avec des taux de suicide 3 fois plus élevés chez les Premières Nations, 9 fois plus élevés chez les Inuits et 2 fois plus élevés

chez les Métis (Graham et coll., 2021). Au cours de l'année précédant la pandémie, 20 % des adultes des Premières Nations qui ont commencé à suivre un traitement du PNLAADA pour des dépendances ont indiqué qu'ils avaient tenté de se suicider, tandis que 28 % des jeunes qui ont commencé à suivre un traitement du PNLASJ pour des dépendances ont déclaré avoir tenté de se suicider.

En 2013, au moins 23 % des centres du PNLAADA et du PNLASJ ont connu des postes vacants avec plus d'un poste vacant à la fois. Par exemple, quatre centres de traitement ont connu 4, 5, 7 et 11 postes vacants en même temps (Chiefs of Ontario, 2014). C'est toujours le cas aujourd'hui, où les centres ont exprimé leurs préoccupations concernant le manque d'une personne conseillère dédiée au personnel, le manque de ressources en général et la temporalité de leurs services en raison de problèmes de rétention et de financement.

Les programmes PNLAADA et PNLASJ ont également du mal à retenir un personnel adéquat pour fournir des approches culturelles et tenant compte des traumatismes afin de répondre de manière appropriée aux besoins des communautés. Dans un sondage mené en 2013 auprès des centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ, les postes vacants étaient plus répandus parmi les postes et les rôles certifiés que parmi les postes et les rôles non certifiés. Dans les centres de traitement individuels, la durée des postes vacants s'étendait sur plusieurs semaines ou plusieurs mois, vraisemblablement tout au long du cycle de traitement, et dans les rôles qui sont directement impliqués dans le traitement. La durée moyenne des postes vacants combinés, qui se sont produits en 2013 dans jusqu'à 18 centres de traitement, était de 11,72 semaines. Parmi les autres faits saillants des postes vacants à noter en 2012-13, il y a eu au moins un poste vacant dans 60 % des centres de traitement, et quatre établissements ont eu quatre, cinq, sept et 11 postes vacants respectivement, chacun causant une interruption de service.

Dans de nombreuses communautés, il n'y a habituellement qu'un seul employé du PNLAADA/PNLASJ qui fournit cette vaste gamme de services et de soutiens, ce qui peut inclure, mais sans s'y limiter, l'intervention en cas de crise, l'évaluation et l'aiguillage pour la gestion du sevrage et le traitement en établissement, l'aiguillage vers des programmes de santé mentale et d'autres programmes de santé et de services sociaux, la planification du traitement, le counseling et la thérapie de soutien et thérapeutiques, les présentations et les ateliers éducatifs, l'éducation sur le suicide, le travail de prévention et d'intervention, l'abandon du tabac, l'abus sexuel et l'éducation sur la consommation de substances (Thunderbird Partnership Foundation, 2018). Par exemple, la Première Nation de Pikangikum, l'un des plus grands établissements d'Ojibwés dans le Nord, était connue comme la « capitale mondiale du suicide », attirant l'attention internationale sur le niveau élevé de problèmes de santé mentale, en particulier le suicide chez les jeunes, et n'avait que 1,5 employé dans son programme du PNLAADA (Première Nation de Pikangikum, 2014; Talaga, 2017).

« ... nous n'avions pas de personne conseillère régulière tous les jours de la semaine ou vous savez, ils n'avaient pas de rendez-vous réguliers. Elle en a eu quelques-uns et puis ils se sont en quelque sorte effilés après, euh, après qu'elle leur a recommandé de venir en ville. Elle [conseillère] vient encore et nous aimerions qu'elle vienne plus souvent qu'elle ne l'est, mais cela a à voir avec leur financement et le fait d'avoir quelqu'un, et des ressources, pour pouvoir sortir. Je pense que le système de santé mentale et l'équipe sont éparpillés. »

Fournisseur de services de santé, Municipalité régionale de Wood Buffalo (RMWB) (2021)

« Ce sont des services temporaires... Une fois que vous avez finalement engagé les gens dans un programme, ensuite c'est fini le lendemain, vous savez. Ce n'est pas assez de personnel pour couvrir combien de personnes doivent être vues ici. Puis en même temps, ce n'est même pas assez de temps pour engager les gens à apprendre à les connaître, parce qu'ils n'apparaissent qu'une fois par semaine. Et comment établir une relation avec une communauté un jour dans une semaine. Je suis ici depuis huit ans et je le fais toujours... Leur journée de travail [thérapeute en santé mentale] commence à 8h30, ils arrivent ici à 10h30, ils partent à 14h00 et nous avons 400 personnes ici qui veulent voir cette personne. »

Fournisseur de services de santé, Municipalité régionale de Wood Buffalo (RMWB) (2021)

3. « Bon endroit, bons outils » : L'expertise appuyée par les services adaptés à la culture et tenant compte des traumatismes dans les communautés des Premières Nations

Au fil des ans, il y a eu une demande croissante sur la main-d'œuvre du PNLAADA et du PNLASJ avec les nouvelles données probantes et la sensibilisation aux impacts des traumatismes intergénérationnels causés par le colonialisme systémique institué au Canada qui ont des effets multigénérationnels durables. La perte continue de terres, de culture et de langue, le deuil, les traumatismes chroniques, l'assimilation forcée, la marginalisation et les politiques racistes ont des liens directs avec la santé mentale et la consommation de substances chez les membres des Premières Nations qui, à leur tour, contribuent à aggraver le stress et les traumatismes (Ninomiya et coll., 2020). Par conséquent, il est essentiel que tous les programmes du PNLAADA et du PNLASJ aient la capacité de fournir des services holistiques et d'offrir des interventions culturelles au sein de la communauté. La santé, le mieux-être physique, spirituel, émotionnel et mental des membres des Premières Nations reposent sur leurs relations fondamentales avec leur terre, leur communauté, leur famille, leur culture, leur cérémonie et leur langue pour soutenir une telle approche en matière de santé et de mieux-être (Cardinal & Pepler, 2021; Lines et coll., 2019).

L'augmentation de la demande est également attribuable à la rareté des services médicaux et de santé mentale disponibles dans les communautés du Nord; s'il y a des services, ils sont surchargés ainsi que des centaines de kilomètres des communautés qui en ont le plus besoin (Talaga, 2017). Par exemple, en Ontario, les

dirigeants Autochtones ont travaillé avec le gouvernement fédéral pour fournir des mesures d'urgence, qui comprenaient l'embarquement par avion de travailleurs en santé mentale, mais ces experts partiraient une fois la crise immédiate terminée. Il y aurait également des expériences similaires avec les programmes de soins de santé mentale qui commenceraient et peu de temps après prendraient fin en raison d'un manque de financement ou d'un changement dans les programmes (Talaga, 2017). Il s'agit d'un problème omniprésent non seulement en Ontario, mais dans toutes les provinces, comme en témoigne une expérience vécue ci-dessous d'un fournisseur de services de santé en Alberta.

Compte tenu du manque de services directement dans les communautés des Premières Nations, on a également mis l'accent sur la façon dont la télémédecine peut combler l'écart entre les communautés rurales et éloignées et les centres urbains comme voie vers l'équité et l'accès élargi aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances (Schiff et Møller, 2021). Cependant, l'efficacité de ces technologies et services est liée à une myriade de facteurs, notamment l'acceptation des utilisateurs, la littératie technologique des patients et des praticiens, ainsi que la viabilité et l'accessibilité d'Internet (Schiff et Møller, 2021). L'infrastructure et la connectivité Internet sont un obstacle important aux capacités numériques de nombreuses Premières Nations et communautés éloignées. En 2016, l'organisme de réglementation des télécommunications du Canada, le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC), a établi un objectif de vitesse de 50 Mb/s pour le téléchargement et de 10 Mb/s pour l'ensemble du Canada, y compris les personnes dans les communautés éloignées. Toutefois, seulement 31,3 % des Premières Nations vivant dans les réserves ont accès à de telles vitesses cibles 50/10 (Internet Society, 2020).

Même avec un accès accru à des services de soins en personne ou virtuels pour le soutien en santé mentale et en dépendance, l'élaboration et la mise en œuvre des bons outils pour aborder la santé mentale et le mieux-être des Premières Nations sont essentielles pour soutenir les travailleurs dans leur rôle ainsi que les communautés dont ils s'occupent. Comme il a été mentionné ci-dessus, Services aux Autochtones Canada et la Thunderbird Partnership Foundation ont mis sur pied un Cadre de Continuum de mieux-être mental

« Plus précisément, pour la santé mentale, nous avons dû faire preuve de créativité avec certains de nos fournisseurs de services avec le counseling en traumatologie, en nous appuyant sur l'approche holistique pour prendre une voie plus culturelle et spirituelle pour la santé mentale et la guérison »

Fournisseur de services de santé, Municipalité régionale de Wood Buffalo (RMWB) (2021)

des Premières Nations comme outil pour fournir une orientation aux communautés afin qu'elles adaptent, optimisent et réalignent leurs programmes et services de mieux-être mental en fonction de leurs propres priorités (Services aux Autochtones Canada et Thunderbird Partnership Foundation, 2015). Pourtant, les grandes politiques et lignes directrices canadiennes en matière de santé mentale semblent limitées en ce qui concerne la façon de mettre en œuvre des approches tenant compte des traumatismes avec les communautés Autochtones (Lee et coll., 2021). Par exemple, la Commission de la santé mentale du Canada décrit l'importance de « ... reconnaître que pour apporter des changements, la guérison de ce traumatisme historique doit se produire. Ils ont mis en place des initiatives à l'échelle nationale, régionale et communautaire pour combler les lacunes et la fragmentation du continuum des services de mieux-être mental, tout en reconnaissant les communautés comme leur meilleure ressource et en s'appuyant sur les connaissances traditionnelles et culturelles », mais aucun service tenant compte des traumatismes n'a été noté dans le document. De même, l'Association canadienne pour la santé mentale a attiré l'attention sur l'établissement de politiques et de programmes en collaboration avec les Peuples Autochtones pour s'assurer que leur base de connaissances est honorée sans exemples précis de programmes et de services pour le faire (Lee et coll., 2021).

Pour que les travailleurs du PNLAADA et du PNLASJ répondent aux besoins des communautés des Premières Nations et fournissent des services adaptés à la culture et tenant compte des traumatismes, un financement durable et à long terme et un accès équitable aux ressources sont essentiels (Fitzpatrick et coll., 2021).

« Nous perdons des ressources, mais je pourrais parler au nom du centre de santé parce que j'étais ici à ce moment-là. Il n'y avait pas de programmation ici. C'était un manque de programmes dans le centre de santé en général, pas beaucoup de direction. Donc, notre programme PNLAADA manquait. Il n'y avait pas de pré- et postnatal. Nous n'avions pas de santé publique. Nous n'avions pas de services de soins à domicile. Nous n'avions aucun service. Tout ce que nous avons ici, c'est un bâtiment planté sur les réserves. »

Fournisseur de services de santé, Municipalité régionale de Wood Buffalo (RMWB) (2021)

« Du point de vue de la guérison et du rétablissement ainsi que pour les individus, qu'il s'agisse de traumatismes de leur passé, de grandir, d'impacts environnementaux, d'impacts sociaux, la cohérence du niveau de soutien qui arrive est très importante »

Fournisseur de services de santé, Municipalité régionale de Wood Buffalo (RMWB) (2021)

Recommandations

Compte tenu du besoin continu de services de santé mentale et de traitement des dépendances plus solides pour la prévention et le traitement qui rémunèrent adéquatement le personnel de ces communautés, Thunderbird Partnership Foundation et ses alliés recommandent ce qui suit.

1. Effectuer un examen exhaustif de la formule de financement actuelle afin d'éclairer la modernisation d'une nouvelle formule fondée sur de nouveaux critères, en reconnaissant la nécessité d'un financement accru.

La plus récente lettre de mandat du premier ministre au ministre des Services aux Autochtones demande à la ministre « d'élaborer conjointement et d'investir dans une stratégie de santé mentale et de mieux-être fondée sur les distinctions afin de répondre aux besoins des Premières Nations, des Inuits et de la Nation métisse, y compris des services complets adaptés à la culture pour les dépendances et les traumatismes, le suicide, la promotion de la vie et la construction de centres de traitement ».

Le financement fournit par le gouvernement fédéral au cours des deux dernières années et pour maintenir des services adaptés aux traumatismes, adaptés à la culture et dirigés par les Autochtones afin d'améliorer le mieux-être mental est reconnu et bien accueilli. Toutefois, la mise en œuvre réussie exige que le financement et les conditions de ses dépenses s'harmonisent avec les besoins réels des communautés, y compris les pressions salariales et les normes d'infrastructure, décrites ci-dessus.

C'est pourquoi il est essentiel d'entreprendre un examen et une vérification approfondis du cadre de financement de ces services et programmes d'urgence. Un tel examen permettra de moderniser une nouvelle formule qui reflète davantage les besoins actuels des communautés et qui tient compte des traumatismes intergénérationnels et des déterminants sociaux de la santé.

Le gouvernement fédéral a montré qu'il est favorable à la mise à jour des formules de financement pour les services et les programmes axés sur la santé. En 2019, Services aux Autochtones Canada a annoncé une nouvelle approche stratégique et de financement élaborées en collaboration qui répondront mieux aux besoins des élèves des Premières Nations dans les réserves, y compris la mise en œuvre d'une série de nouveaux modèles de financement régionaux fondés sur une formule pour l'éducation primaire et secondaire. L'ouverture de Services aux Autochtones Canada à tenir compte des différentes pédagogies qui ont adopté une approche axée sur la culture et la communauté devrait être reflétée pour les services et les programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

- 
- 2.** Mettre en œuvre des lignes directrices pour des salaires justes et équitables pour les travailleurs de la dépendance du Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (PNLAADA) et Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ), proportionnels à ceux payés aux homologues traditionnels et provinciaux.

Tout au long de l'existence de ces deux programmes, le gouvernement fédéral s'est tenu au courant du manque de financement de la main-d'œuvre et des centres de traitement de la dépendance des Premières Nations en entreprenant des examens périodiques de leurs salaires. Cette prise de conscience devrait donner lieu à une certaine forme d'action. Il y a un grand besoin pour l'élaboration d'une grille salariale plus concurrentielle, normalisée et équitable liée à l'expérience et à la formation, à la taille de la population de la communauté, à l'éloignement, à l'exposition aux risques environnementaux physiques et aux déterminants sociaux de la santé, et que le financement basé sur cette grille soit mis à la disposition des programmes de traitement et des programmes de prévention du PNLAADA et du PNLASJ. Il devrait s'agir d'un effort de collaboration entre les Premières Nations, qui possèdent des données à jour sur les salaires versés à leur personnel en dépendance, et le gouvernement fédéral, qui disposerait de données sur les salaires de leurs homologues provinciaux. Cela permettra de s'assurer que le PNLAADA, le PNLASJ et d'autres travailleurs des Premières Nations en santé mentale et en dépendance ont la parité salariale avec les travailleurs ordinaires du système provincial. Le personnel du PNLAADA et du PNLASJ dans les communautés des Premières Nations traite à la fois avec un plus grand nombre de clients et avec une prévalence plus élevée de clients complexes par rapport aux communautés non Autochtones. Leur salaire devrait être proportionnel aux aspects difficiles de leur travail.

- 
- 3.** Renforcez la continuité et la coordination du système pour assurer les services et les programmes sont mieux intégrés entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ce qui garantit que tous les membres des Premières Nations ont accès à des services conformément aux principes de la Loi canadienne sur la santé.

En raison du fédéralisme du Canada, il existe une mosaïque de couverture des services de santé pour les membres des Premières Nations qui est parfois couverte par le gouvernement fédéral et parfois par les gouvernements provinciaux et territoriaux. En fin de compte, cependant, les principes nationaux qui régissent le système canadien d'assurance maladie par l'entremise de la Loi canadienne sur la santé doivent être respectés, y compris les principes d'accessibilité et d'universalité. Dans la loi, cela s'applique aux communautés des Premières Nations au Canada, mais pas dans la pratique.

Les organisations nationales et régionales aideront à éliminer les obstacles juridiques qui sont rigoureusement appliqués par les gouvernements, empêchant ainsi les communautés d'être en mesure d'exploiter les ressources provinciales. Les provinces et les territoires ont des fonds pour les programmes de santé mentale, mais n'ont pas de relations avec les gouvernements des Premières Nations qui sont souvent considérés par les provinces comme une « responsabilité fédérale », ce qui rend les fonds inaccessibles. Comme l'APN l'a fortement recommandé dans ses résolutions, les provinces et les territoires doivent jouer un rôle plus actif dans le financement de la prestation des services de santé et de mieux-être sous la gouvernance des Premières Nations.

Les relations entre les gouvernements des Premières Nations, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent refléter la nouvelle ère de réconciliation; les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent respecter les droits inhérents des Premières Nations, les droits ancestraux et issus de traités qui sont protégés en vertu de l'article 35 de la Loi constitutionnelle de 1982, ainsi que de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des Peuples Autochtones (Assemblée des Premières Nations, 2017; Nations Unies, 2008).

« Les Premières Nations ont le droit d'autodétermination à l'égard des soins de santé pour notre peuple, et les gouvernements fédéral et provinciaux ont la responsabilité de travailler avec les Premières Nations sur les soins de santé »

- Chef national Perry Bellegarde (APN, 2017).

Pour s'assurer que les Premières Nations reçoivent les soins nécessaires qui sont également culturellement sécuritaires et pertinents, les deux ordres de gouvernement doivent travailler en harmonie et en étroite consultation avec la gouvernance des Premières Nations. Par exemple, les services de santé mentale provinciaux et territoriaux qui intègrent des approches des Premières Nations tenant compte des traumatismes sont essentiels, car ils sont harmonisés avec les valeurs et les paradigmes des Premières Nations. Toutefois, ces services sont rarement offerts dans les communautés rurales et éloignées des Premières Nations. Ces conversations concernant une collaboration accrue entre les différents ordres de gouvernement et les communautés des Premières Nations exigent que le gouvernement fédéral rende compte du financement du transfert en santé aux provinces et aux territoires afin d'assurer l'équité en matière de mieux-être mental pour les Premières Nations.

Lorsque des ententes administratives régionales ont été conclues entre les gouvernements provinciaux, fédéral et de Premières Nations, une capacité accrue de réponse à l'iniquité a été atteinte, comme l'Autorité de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique. En 2018, en raison des 40 millions de dollars investis par la province et d'un engagement supplémentaire de 30 millions de dollars annoncé par le gouvernement du Canada, le Conseil de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique avait la capacité d'appuyer les approches nationales pour la planification, la conception et la prestation des services de santé mentale et de mieux-être, y compris l'amélioration des immobilisations aux établissements de traitement existants et l'investissement dans la construction de nouveaux établissements de centre de traitement (ASPN, et coll., 2019). Les salaires, qui allaient de 33 000 \$ à 44 000 \$ par année pour la main-d'œuvre en dépendance et en santé mentale, ont été fixés à un salaire minimum de 75 000 \$ par année dans la nouvelle ère de l'Autorité de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique (ASPN, 2020). Cela témoigne également du fait que de nouvelles ententes de rémunération devraient être conçues et mises en œuvre pour tenir compte des besoins complexes des communautés des Premières Nations, car la rémunération à l'égard des services ne peut pas fournir adéquatement les soins nécessaires pour faire face à des décennies de mauvaise santé.

Cela implique la création d'un organisme de planification régionale qui aiderait à soutenir les partenariats interjuridictionnels et à fournir un soutien au renforcement des capacités pour aider à la planification du développement communautaire, aux mécanismes d'échange de connaissances, à l'éducation et à la formation, aux mécanismes de planification collaborative et à la coordination des exigences en matière de rapports et des systèmes de données. La Charte des principes relationnels régissant la transformation du système de santé sur le territoire de la NNA (la Charte) des Nations Nishnawbe Aski, signée en 2017, est un autre exemple d'entente administrative (Santé Canada, 2017). La Charte, qui a été signée avec la province de l'Ontario et le gouvernement fédéral, facilite également une équité accrue en matière de main-d'œuvre et de financement qui permet à la NNA (un organisme politique territorial représentant 49 communautés des Premières Nations du Nord de l'Ontario) d'établir des services de médecins et d'infirmières praticiennes pour les 49 Premières Nations afin de faire face à la crise des opioïdes et de la méthamphétamine. Cela comprenait un centre téléphonique et virtuel d'accès rapide indispensable pour le counseling en cas de crise, la navigation dans les services de santé et l'accès rapide à la médecine des dépendances et aux services de santé mentale pendant la pandémie.

Les iniquités dans la prestation de services attribuables aux différends entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en matière de paiements ont commencé à être reconnues au cours des dernières années. Cela a également été démontré par la série d'ordonnances juridiquement contraignantes du Tribunal canadien des droits de la personne qui comprennent l'application du principe de Jordan à tous les enfants des Premières Nations vivant à la fois dans les réserves et hors réserve et en fonction des besoins de l'enfant. Le principe de Jordan a jeté les bases des différents ordres de gouvernement afin de s'assurer que le partage des pouvoirs du Canada n'interfère pas pour que les Peuples des Premières Nations reçoivent les soins et les traitements préventifs dont ils ont besoin et qu'ils méritent.

4. Accroître la transparence et la communication du gouvernement fédéral dans les structures de financement afin d'évaluer si le financement est suffisant et d'accroître la responsabilisation envers les Peuples des Premières Nations.

Il y a un certain degré d'opacité et une importante mauvaise communication en ce qui concerne le financement et les annonces budgétaires pour diverses communautés des Premières Nations. Cela empêche non seulement leur autonomisation, mais entrave la capacité d'utilisation du financement à des fins urgentes et prévues. Cet obscurcissement interfère avec la capacité d'exécuter une bonne autonomie gouvernementale. De plus, il existe des flexibilités au sein des structures de financement existantes qui permettraient de modifier les programmes ou de diriger le financement pour répondre aux priorités communautaires, mais celles-ci ne sont pas toujours communiquées clairement. Il faut accroître la sensibilisation à la souplesse qui existe afin que les communautés puissent tirer parti des possibilités connexes.

5. Imposer des conditions mesurables aux transferts en santé mentale aux provinces et aux territoires afin que le gouvernement fédéral soit responsable du financement qu'ils transfèrent.

Reconnaissant que l'attachement de conditions à tout type de transferts de santé est controversé, ils peuvent être un mécanisme efficace pour garantir des résultats mesurables. Cela aiderait à imposer aux provinces et aux territoires le fardeau de démontrer qu'ils sont sérieux au sujet de la mise en place de services équitables dans les communautés rurales et éloignées des PN.

En fin de compte, la majorité de l'attention porte sur le maintien en poste de la main-d'œuvre surchargée, l'effondrement de l'infrastructure et la formule de financement désuète qui ne les sert pas adéquatement. L'état des établissements du PNLAADA et du PNLASJ et de leur main-d'œuvre est tel que, sans modification du financement fondamental et du cadre stratégique qui définit ces programmes, ils ne peuvent tout simplement pas fournir des services dont les communautés qu'elles desservent ont besoin de manière si critique et désespérée, et les communautés des Premières Nations n'auront pas la capacité de faire face à l'augmentation des décès dus à l'empoisonnement aux opioïdes, et augmentations des méfaits associés à la consommation de drogues.

Les Peuples Autochtones résidant au Canada représentaient environ 4,9 % de la population totale, mais représentent une proportion importante des taux de mauvaise santé mentale, de suicide, de mortalité infantile, d'incarcération, de diabète, d'obésité, d'insécurité alimentaire et de réduction de l'espérance de vie (Graham et coll., 2021).

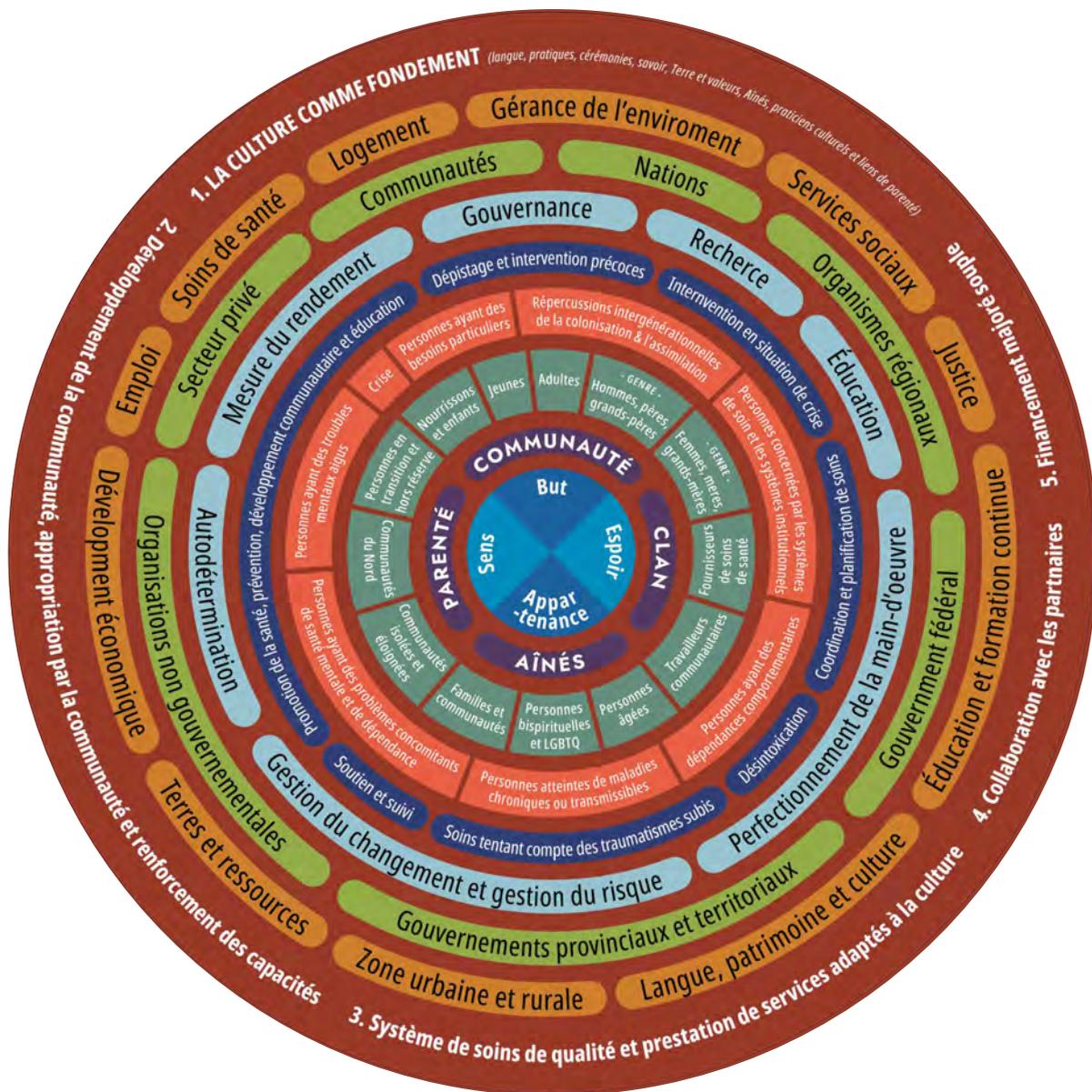
Cela est dû aux effets néfastes des actions et des politiques coloniales qui continueront d'avoir des effets à long terme et intergénérationnels sur la santé des populations Autochtones pour les décennies à venir. Cette complexité des soins à la clientèle qui est nécessaire fait qu'il est impératif que tout type de financement soit adapté pour tenir compte d'une multitude de facteurs au-delà de l'éloignement et de la population, qui devrait croître considérablement au cours des prochaines décennies (Statistique Canada, 2021).

Si les niveaux de financement continuent d'être un facteur limitatif dans le ressourcement et l'indemnisation équitables du personnel, le stress élevé que subissent les travailleurs en raison de la complexité associée au travail avec les membres des Premières Nations continuera d'entraîner des taux de roulement élevés, ce qui entraînera une pénurie de ressources pour fournir des services de prévention et de traitement et une perte continue d'investissement pour recruter, intégrer et former le nouveau personnel. Cela a exacerbé et continue d'exacerber un problème déjà grave où les traumatismes intergénérationnels persistent et ne sont pas traités, ce qui entraîne encore plus de défis pour les communautés des Premières Nations mal desservies.



Annexe

Modèle de Continuum du mieux-être mental des Premières Nations



Références

- Assemblée des Premières Nations. (2017). The First Nations Health Transformation Agenda. Extrait de: <https://www.afn.ca/first-nations-health-transformation-agenda-fnhta/#:~:text=The%20First%20Nations%20Health%20Transformation,Nations%20and%20stabilize%20underfunded%20health>
- Cardinal, S., & Pepler, D. (2021). Community Journey of Change Through Relational Determinants of Health. *International Indigenous Policy Journal*, 12(3). <https://doi.org/10.18584/iipj.2021.12.3.11058>
- Chiefs of Ontario. (2014). Building Capacity in NNADAP. Extrait de: https://www.slideshare.net/NNAPF_web/wageparity-june-25-2014
- Chiefs of Ontario (2016). Declaration of Health Emergency by First Nations Communities in Northern Ontario. Extrait de: <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/INAN/Brief/BR10597192/br-external/ChiefsOfOntario-e.pdf>
- Chiefs of Ontario. (2021). Impacts of the COVID-19 Pandemic on Opioid-Related Poisoning Among First Nations in Ontario. Extrait de: <http://chiefs-of-ontario.org/wp-content/uploads/2021/11/First-Nations-COVID-OpioidRelated-Poisoning-Report-25NOV2021.pdf>
- Dell, D., & Hopkins, C. (2011). Residential Volatile Substance Misuse Treatment for Indigenous Youth in Canada. *Substance Use & Misuse*, 46(s1), 107–113. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.580225>
- Régie de la santé des Premières Nations. (2020). Programs and Services 2020/2021. Extrait de: https://www.fnha.ca/Documents/FNHA_Programs_Compendium.pdf
- First Nations Health Authority [Autorité de la santé des Premières Nations], ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et Services aux Autochtones Canada. (2019). Together in Wellness: Tripartite Committee on First Nations Health Annual Report Nov 2017 – Mar 2019. Extrait de: <https://www.fnha.ca/Documents/Together-in-Wellness-November-2017-March-2019.pdf>
- Fitzpatrick, K.M., Wild, T. C., Pritchard, C., Azimi, T., McGee, T., Sperber, J., Albert, L., & Montesanti, S. (2021). Health Systems Responsiveness in Addressing Indigenous Residents' Health and Mental Health Needs Following the 2016 Horse River Wildfire in Northern Alberta, Canada: Perspectives From Health Service Providers. *Frontiers in Public Health*, 9, 723613. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.723613>
- Graham, S., Stelkia, K., Wieman, C., & Adams, E. (2021). Mental Health Interventions For First Nations, Inuit, And Métis Peoples In Canada: A Systematic Review. *International Indigenous Policy Journal*, 12(2), 1–31. <https://doi.org/10.18584/IIPJ.2021.12.2.10820>
- Hudson, H. (2020). The Impact of Internet Access in Indigenous Communities in Canada and the United States: An Overview of Findings and Guidelines for Research. Internet Society. Extrait de: https://www.internetsociety.org/wp-content/uploads/2020/07/Impact-Indigenous_Communities-EN.pdf
- Immediate Relief Submissions of the Interested party Nishnawbe Aski Nation (NAN). (2016). Canadian Human Rights Tribunal. Extrait de: <https://www.falconers.ca/wp-content/uploads/2017/03/Amended-Notice-of-Motion-forImmediate-Relief-of-the-Interested-Party-NAN.pdf>

Services aux Autochtones Canada. (2019). New policy and funding approach for First Nations kindergarten to grade 12 education. Extrait de: <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1553859736924/1553859762978>

Services aux Autochtones Canada et Thunderbird Partnership Foundation. (2015). Cadre de Continuum de mieux-être mental des Premières Nations. Extrait de: https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2015/01/24-14-1273-FN-MentalWellness-Framework-EN05_low.pdf

Lee, Kourgiantakis, T., Lyons, O., & Prescott-Cornejo, A. (2021). A trauma-informed approach in Canadian mental health policies: A systematic mapping review. *Health Policy (Amsterdam)*, 125(7), 899–914. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.008>

Mohawks of the Bay of Quinte. (2022). Employment Opportunity: NNADAP Prevention Worker. Extrait de: https://alfdc.on.ca/wp-content/uploads/2022/03/Job-Posting-NNADAP-Worker-Internal-T.FT_March-23-2022.pdf

Ninomiya, M., George, N., George, J., Linklater, R., Bull, J., Plain, S., Graham, K., Bernards, S., Peach, L., Stergiopoulos, V., Kurdyak, P., McKinley, G., Donnelly, P., & Wells, S. (2020). A community-driven and evidence-based approach to developing mental wellness strategies in First Nations: A program protocol. *Research Involvement and Engagement*, 6(1), 5–5. <https://doi.org/10.1186/s40900-020-0176-9>

Nishnawbe Aski Nation. (2020). Health Transformation: About. Extrait de: <https://www.nan.ca/healthtransformation/about/>

Russell, Firestone, M., Kelly, L., Mushquash, C., & Fischer, B. (2016). Prescription opioid prescribing, use/misuse, harms and treatment among Aboriginal people in Canada: a narrative review of available data and indicators. *Rural and Remote Health*, 16(4), 3974

Saugeen First Nation. (2021). Job Posting: NNADAP Program Worker - Addictions Counsellor. Extrait de: <https://saugeenfirstnation.ca/wp-content/uploads/2021/06/National-Native-Alcohol-Drug-Abuse-Program-Worker-NNADAPJob-Posting-June-2021.pdf>

Schiff, & Møller, H. (2021). Health and health care in northern Canada (Schiff & H. Møller, Eds.). Presses de l'Université de Toronto.

Talaga T. (2017). *Seven Fallen Feathers: Racism, Death, and Hard Truths in a Northern City*. House of Anansi Press Inc.

Talent.com. (2022). Addiction Counsellor Average Salary in Canada 2022. Extrait de: <https://ca.talent.com/salary?job=addiction+counsellor>

Thunderbird Partnership Foundation. (2018). NNADAP Funding Parity Report: Ontario Region Case Study. Extrait de: https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2020/08/nnadap_report_WEB.pdf

Organisation des Nations Unies. (2008). Déclaration des Nations Unies sur les droits des Peuples Autochtones. Extrait de: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_en.pdf

Wood Buffalo Wellness Society. (2019). Annual Report 2018/2019. Extrait de: https://www.woodbuffalowellnesssociety.com/wp-content/uploads/2020/02/Annual-Report-2018_2019.pdf