



Protocoles de traitement culturels

Guide pour les intervenants
autochtones sur les protocoles en
matière de toxicomanie, traitement,
intervention culturelle et guérison



TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	1
2. Pourquoi choisir un protocole de traitement culturel?	3
3. En quoi consiste un protocole de traitement culturel?	4
4. Qui a recours aux protocoles de traitement culturels?	6
5. Les interventions culturelles sont-elles importantes pour les traitements de la toxicomanie ?	7
6. Considérations pour les guérisseurs et praticiens autochtones	9
7. Mise en place de politiques ou protocoles culturels	11
7.1 Rôle des praticiens culturels quant au gouvernement et aux politiques	11
7.2 Définir la relation de travail auprès de praticiens culturels	12
7.3 Élaboration de politiques ou protocoles culturels	12
8. Conclusion	13
 Références et ressources additionnelles	 13
Annexe A : Éléments de base à l'appui du continuum de soins	18
Annexe B : Modèle de protocole de traitement culturel	19
Annexe C : Pratiques et protocoles culturels	20
Annexe D : Modèle de politique et protocole culturel	21



1. Introduction

Le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) et le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ) estiment que les interventions culturelles fondées sur la vision du monde autochtone offrent de meilleures perspectives de guérison aux Premières Nations, Inuits et Métis. La recherche montre par ailleurs certains écarts entre les clients autochtones qui choisissent de suivre un traitement fondé sur la culture et ceux préfèrent ne pas suivre ce type de traitement. Par conséquent, il est important de définir clairement les attentes des clients quant aux pratiques et protocoles culturels des programmes de traitement de la toxicomanie.

Selon le Comité d'examen des pratiques culturelles de la FANPLD* (Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances), les pratiques de guérison culturelles sont aussi diversifiées que la culture autochtone en tant que telle. Ces pratiques ont en revanche un point en commun : le savoir relatif aux médecines naturelles est transmis d'un guérisseur traditionnel à l'autre et les praticiens culturels sont reconnus par les membres de leur communauté.¹ Néanmoins, les

professionnels de la médecine occidentale ont parfois du mal à comprendre comment et par qui les pratiques et protocoles culturels sont sanctionnés.

Le rôle de gardien du calumet est par exemple désigné à un individu par les membres de sa communauté. Dans le cadre de ses fonctions, l'individu est responsable de la sauge, des herbes sacrées (foin d'odeur) et du tabac qu'on fait brûler dans le calumet

pendant les cérémonies traditionnelles de purification. Le rôle peut varier d'une nation autochtone à l'autre. Le guide suivant s'adresse aux guérisseurs traditionnels et praticiens culturels qui travaillent à la fois au sein du PNLAADA et auprès de la population générale. Il a été rédigé pour faciliter l'élaboration de programmes de

toxicomanie fondés sur la réalité autochtone, pour offrir un aperçu général des pratiques et protocoles culturels et ainsi accroître le respect envers la culture autochtone.

Le guide examine ainsi le rôle des pratiques et protocoles autochtones dans le traitement de la toxicomanie. Ces interventions permettent aux individus de retrouver un sentiment d'identité culturelle même si elles sont à la fois basées sur des méthodes conventionnelles.

¹ Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD, 2011).

* Bien vouloir noter que depuis juin 2015, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD) a changé de nom pour s'appeler Thunderbird Partnership Foundation, une division de la FANPLD Inc. Pour de plus amples renseignements, consultez le site Web: www.thunderbirdpf.org.

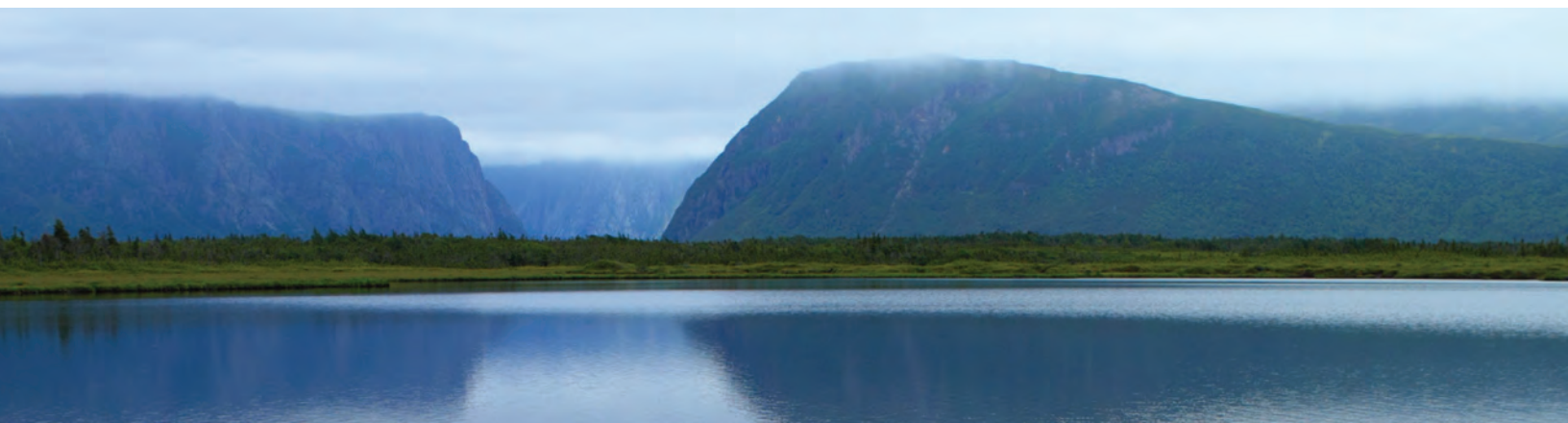
La section qui suit définit la relation entre la médecine traditionnelle et le traitement des dépendances. Cette forme de médecine ne constitue pas un type de savoir indépendant, mais s'inscrit plutôt dans un système général de traitement. Tandis que les Premières Nations ont plusieurs traditions culturelles en matière de guérison, les pratiques et protocoles protègent de façon universelle l'intégrité culturelle d'une communauté en plus de renforcer l'identité culturelle de ses membres. Pour mieux comprendre la fonction des pratiques et protocoles autochtones pour le traitement des dépendances, il est important de tenir compte de la répression systématique exercée pendant la colonisation. De nombreuses personnes se sont tournées vers l'alcool et la drogue pour soulager la douleur et la souffrance du traumatisme intergénérationnel.

En revanche, les communautés commencent non seulement à surmonter la perte de leur identité, mais elles ont également adopté des programmes d'intervention culturelle qui permettent aux clients de renouer avec leurs traditions et ainsi guérir les principales causes de leur dépendance.² Bien que ces programmes soient souvent aussi fondés sur des méth-

odes occidentales, les pratiques et protocoles autochtones s'inscrivent dans une approche culturelle unique qui est définie par la langue, tribu, clan, spiritualité et lieu d'intervention. Ce type d'approche est notamment fondé sur des stratégies de guérison plus générales qui sont adaptées au milieu culturel.

Le guide examine ainsi le rôle des pratiques et protocoles autochtones dans le traitement de la toxicomanie. Ces interventions permettent aux individus de retrouver un sentiment d'identité culturelle même si elles sont à la fois basées sur des méthodes conventionnelles. En revanche, on n'y définit pas de recette ou de protocole de traitement en particulier, étant donné que cette tâche relève de la responsabilité des praticiens culturels et guérisseurs traditionnels. On y présente plutôt un aperçu de divers protocoles, les rôles et responsabilités des intervenants qui intègrent ces outils à leurs programmes de traitement ainsi que des directives à suivre lorsqu'il s'agit de désigner individus pour la mise en place des pratiques et protocoles au sein des communautés et centres de traitement.

² Voir l'Annexe A.



2. POURQUOI CHOISIR UN PROTOCOLE DE TRAITEMENT CULTUREL ?

Il est important de déterminer pourquoi on cherche à mettre en place un protocole de traitement culturel. En 2010, le PNLASJ souligne que malgré le fait que 36 pour cent des jeunes ne communiquent pas régulièrement avec un Aîné, plus de 82 pour cent d'entre eux connaissent un Aîné qui est prêt à les écouter. Selon les mêmes données, 40 pour cent des jeunes ont une pratique spirituelle, 19 pour cent indique qu'ils n'ont aucune allégeance spirituelle et 41 pour cent puisent leurs croyances dans diverses religions.

Selon le Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN), 15 pour cent des Premières Nations estiment que les services de santé ne sont pas adaptés à leur culture, tandis que 13 pour cent disent ne pas avoir accès à des services culturels. Les données suggèrent donc que le manque d'accès aux soins culturellement adaptés ne préoccupe qu'une minorité des Premières Nations, ce qui n'est pas étonnant puisque 25 pour cent croient que la « compétence culturelle » est une force pour la communauté. Seuls 9 pour cent des individus choisissent de retourner dans une communauté au sein d'une réserve pour renouer avec leur culture. 42 pour cent des individus interrogés soulignent que l'accès à la culture est compromis dans leur communauté, bien qu'il ne soit pas clair si cette réalité découle d'une absence de culture ou de la difficulté de revitaliser les traditions. Quoi qu'il en soit, 41,7% des Premières Nations croient que le rôle des Aînés est important pour la communauté et plus d'un tiers (37,8%) indiquent que les activités traditionnelles sont une force pour la communauté.³ Pourquoi devrait-on choisir un protocole de traitement culturel ? Les résultats de l'Enquête régionale longitudina-

le sur la santé des Premières Nations montrent également que 40 pour cent des Premières Nations ont des liens avec leurs Aînés et pratiquent une forme de spiritualité.⁴ Il n'est pas clair si la religion est considérée comme une force culturelle qui favorise le traitement. Les interventions religieuses s'expriment par ailleurs rarement sous forme de pratique normalisée. En Ontario et au Québec par contre, Santé-Canada rapporte que plusieurs membres des Premières Nations ont recours aux services de transport non assurés pour se rendre dans un centre de traitement chrétien. Même si les chiffres ne sont pas exacts, ces faits anecdotiques corroborent les statistiques selon lesquelles 44 pour cent des Autochtones s'identifient à une religion en plus de leur culture.

On pourrait ainsi dire qu'au moins la moitié de ce groupe, soit 22 pour cent, ne désire pas adopter un autre système de croyances ou participer à des traitements fondés sur la culture et la spiritualité, que ce soit des cérémonies de purification, sueries, prières ou activités sociales culturelles (p.ex., chant ou danse). Si plusieurs membres des Premières Nations ne désirent pas pratiquer une forme de spiritualité traditionnelle, ils ne sont en général pas importunés par ces activités, par exemple la présence d'une hutte de sudation aux alentours du centre de traitement ou en assistant à une pratique culturelle dans leur communauté. Ces individus assistent parfois à une cérémonie sans se purifier eux-mêmes, prier à haute voix ou manifester ouvertement leurs croyances. Malgré ce détachement, de nombreux Autochtones choisissent néanmoins de suivre un traitement basé sur la culture, où on offre notamment des services de consultation, d'apprentissage de compétences de vie, des activités

³ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN), 2011:21-27.

⁴ CCNCJ, 2010; CGIPN, 2011.

physiques, tout en favorisant l'emploi de la langue autochtone, le maintien de bonnes relations avec les intervenants autochtones et non autochtones ou des activités de plein air comme la chasse, la pêche et les randonnées.

Vu de l'extérieur, on peut croire que la culture fait partie intégrante de toutes les activités d'un programme de traitement. En revanche, pour un membre de Premières Nations, où on a appris à séparer la culture de ses autres activités, il n'est pas rare d'éviter certaines activités culturelles qui risquent d'entrer en conflit avec ses propres croyances religieuses. Le PNLAADA et PLASJ offrent par conséquent des alternatives à ceux qui le désirent. On ressent encore l'impact de la colonisation et du traumatisme intergénérationnel dans l'intégration de la culture aux programmes de traitement, qui sont rarement fondés sur la spiritualité. La plupart des centres de traitement du PNLAADA et PLASJ sont donc adaptés et sensibles à la culture et offrent aux clients le choix de participer ou non aux activités culturelles offertes. Dans ces cas, l'identité culturelle des intervenants, l'emploi de langues autochtones et la pratique d'art autochtone ne sont pas perçus comme une soi-disant « obligation ». Il est donc préférable d'élaborer des protocoles culturels, non pas uniquement pour quantifier les activités culturelles,

mais aussi pour qualifier les éléments culturels et pour faire en sorte que les traitements soient fondés sur l'information et les processus nécessaires.

Même si on reconnaît que la culture et les traditions autochtones sont essentielles pour la guérison des clients, il n'y a pas suffisamment de données empiriques pour prouver leur impact sur le mieux-être des clients. La recherche suivante propose ainsi de mesurer l'impact des interventions culturelles sur cette composante, pour améliorer les politiques et programmes de traitement pour les dépendances offerts adultes et jeunes autochtones du Canada.⁵

La toxicomanie chez les Autochtones est un problème de santé majeur au Canada. Pour contrer cette réalité, de nombreux experts et chefs de file travaillent conjointement pour aider leurs communautés à retrouver la cohésion sociale nécessaire pour se reconstruire. La santé pour les Autochtones est fondée sur le mieux-être et une harmonie physique, émotionnelle, mentale et spirituelle.

⁵ Honouring our Strengths: Culture as Intervention in Addictions Treatment is a three-year CIHR/IAPH-funded research project involving the University of Saskatchewan, CAMH, AFN, NNAPF, and several other collaborators, co-applicants, and knowledge users for the period 2012–2015. For more information, see: <http://nnapf.com/?p=2020>

3. EN QUOI CONSISTE UN PROTOCOLE DE TRAITEMENT CULTUREL ?

Les protocoles de traitement culturels relèvent de pratiques issues des communautés des Premières Nations où les programmes sont mis en place. Dans certains cas, les protocoles concernent les cérémonies qui sont pratiquées dans un centre de traitement. Le défi reste

pour plusieurs communautés autochtones à trouver la meilleure forme de collaboration entre les différents prestataires de services de toxicomanie. Plusieurs pratiques médicales et culturelles sont offertes aux clients qui suivent un programme de désintoxication. Parmi les

activités traditionnelles offertes au Canada :

- Cérémonies de jeûne (trois centres de traitement : CB, Manitoba et Ontario⁶);
- Cérémonies de sudation (offertes par le PNLAADA, tel que souligné par les directeurs de traitement lors d'un groupe de discussion national⁷. Deux programmes du PNLAADA, dont l'un s'inscrit en milieu communautaire⁸ et l'autre dans une organisation provinciale, proposent ce type de cérémonie;
- Festins commémoratifs, comme des repas ou potlatchs organisés à la mémoire des défunts (trois centres de traitement);
- Festins cérémoniels et sociaux (offerts par le PNLAADA en général pour souligner l'achèvement d'un programme de traitement, parfois avec un powwow);
- Cérémonie de dénomination et identification de clan (quatre centres de traitement : CB, Manitoba, Saskatchewan et Ontario);
- Traitements médicaux à base d'aliments traditionnels (tel que signalé par deux directeurs lors d'un groupe de discussion national);
- Médecine traditionnelle (employée par le PNLAADA dans le cadre de cérémonies de purification et pour des besoins de détoxification en CB, Saskatchewan⁹ et Ontario);
- Participation de la famille et de la communauté aux cérémonies (CB, Manitoba, Ontario, Saskatchewan et Nouvelle-Écosse).

Selon les Premières Nations Salish du littoral,

il existe dans les communautés un code de conduite tacite qui régit l'existence d'un individu depuis sa naissance. Ce code de conduite, qui existe depuis des milliers d'années, est fondé sur des enseignements sacrés qui sont pour la plupart encore transmis aujourd'hui. Si les protocoles culturels varient d'une nation à l'autre, l'intégration de ces protocoles est une forme de respect et de bonne volonté envers nos populations.¹⁰

Le site Web du Patrimoine canadien souligne l'importance des protocoles autochtones:

Le savoir autochtone relève davantage du rôle et de la responsabilité d'un individu dans le monde que de la taxonomie. Il est étroitement lié à l'ordre écologique, auquel les populations sont tenues de contribuer. Le savoir autochtone n'est pas un savoir comme tel, même s'il est consigné et transmis de différentes façons telles que l'art, le chant, les mythes, les récits et les cérémonies. Ainsi la langue mi'kmaq n'a pas de concept ou de mot pour décrire ce que la plupart des Canadiens entendent par « culture ». Cette notion pourrait se rendre par les mots telilnuisink, maintien du contact avec la tradition, telilnuo'lti'k, conscience ou tlinuita'sim, maintien de la langue mi'kmaq. Le savoir autochtone n'est pas un concept uniforme ou générique pour tous les peuples autochtones. Il est détenu par différents peuples de différentes façons dans leurs sociétés respectives. Le savoir est donc personnel et, à ce titre, est si imbriqué dans l'identité d'une personne, d'un clan, d'un groupe ou d'une nation qu'il ne peut être dissocié de l'identité. Donc, il doit être abordé avec respect et analysé dans son propre contexte selon les protocoles appropriés¹¹.

6 Centre de traitement Tsow Tun Le Lum, CB; Nelson House Medicine Lodge, Manitoba et Nimkee NupiGawagan Healing Centre, Ontario.

7 Les groupes de discussion ont eu lieu dans le cadre de rencontres organisées par la FANPLD entre des directeurs de centres de traitement. Une des rencontres était à Winnipeg en septembre 2008 et l'autre à Vancouver en janvier 2009.

8 Entrevues clés menées auprès de représentants du PNLAADA avec Joe Denny, directeur administratif,

9 Centre de traitement White Buffalo, Saskatchewan.

10 Université de Victoria, Office of Indigenous Affairs

11 Patrimoine canadien

4. QUI A RECOURS AUX PROTOCOLES DE TRAITEMENT ?

On confie habituellement la tâche et le privilège de suivre, respecter, protéger et maintenir le savoir traditionnel aux Aînés, praticiens culturels, guérisseurs traditionnels, conseillers auprès des jeunes, etc. Les protocoles culturels ne s'adressent pas uniquement aux intervenants autochtones, mais doivent plutôt être mis en place par tout individu qui travaille auprès de clients autochtones, afin que leurs interventions soient sensibles et sécuritaires au plan culturel. Il ne s'agit pas uniquement de respecter les besoins des clients, mais également d'améliorer les résultats (d'un point de vue comportemental et technique) et l'efficacité de leur traitement. À cet égard, il est tout aussi important de comprendre l'importance et l'application de protocoles culturels que de respecter la langue et les coutumes de clients issus de cultures diverses. Zolner note par exemple :

Les psychologues doivent chercher à comprendre pourquoi ils suivent les valeurs de la culture dominante lorsqu'ils travaillent avec des clients issus d'une autre culture. Si on choisit de considérer la culture comme une variable parmi tant d'autres, on risque de comparer les populations des Premières Nations à la population générale et de considérer que ces individus démontrent un niveau de faiblesse et de pathologie disproportionné¹².

Cette tendance se manifeste régulièrement dans les projets de recherche courants sur les interventions culturelles dans des centres de traitement qui desservent la population générale. Le Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists a créé un protocole général pour la mise en place de services de santé mentale durables et adaptés à la culture aborigène^t (voir l'Annexe B).

D'autres recherches indiquent que pour les communautés des Premières Nations, la participation des Aînés pourrait

favoriser les interventions de lutte contre le tabagisme :

Plutôt que de suivre des stratégies de lutte contre le tabagisme qui sont prédéterminées et issues d'autres contextes, les Aînés, qui ont une influence considérable sur leur cercle, choisissent plutôt des stratégies adaptées au contexte. De façon plus importante, la sagesse des Aînés contribue au renforcement culturel et aide les participants à prendre conscience des causes sous-jacentes de leur tabagisme, notamment l'érosion culturelle¹⁴.

Voilà pourquoi la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a produit un guide pour les professionnels de la santé qui travaillent auprès de populations autochtones. Le guide présente des recommandations en matière de compréhension multiculturelle :

1. Les professionnels de la santé doivent être conscients que le système de santé actuel présente de nombreuses lacunes et obstacles pour les communautés et clients autochtones.
2. Les professionnels de la santé qui travaillent auprès de clients et communautés autochtones doivent offrir des services de santé qui sont adaptés à la culture.
3. Autant que possible, les clients autochtones devraient accéder à des services de santé offerts dans leur propre langue.
4. Les professionnels de la santé doivent respecter les tenants de la médecine traditionnelle et travailler avec des guérisseurs autochtones pour intégrer la médecine occidentale et la médecine traditionnelle.¹⁵

12 Zolner, 2003:48.

13 Cord-Udy, 2006:298.

14 Varcoe et coll., 2010:157.

15 Smylie, 2000:5.

5. LES INTERVENTIONS CULTURELLES SONT-ELLES IMPORTANTES POUR LES TRAITEMENTS DE LA TOXICOMANIE ?

La FANPLD a soumis un protocole de recherche aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) qui propose d'étudier l'impact d'interventions culturelles¹⁶. Le projet comporte deux questions de recherche :

- 1) Quels indicateurs permettent de déterminer que des interventions fondées sur la culture et les traditions autochtones favorisent le mieux-être des clients qui suivent un traitement de toxicomanie ?
- 2) À partir de ce constat, quelle est la validité d'un instrument adapté à la culture pour mesurer l'évolution du mieux-être des clients qui suivent un traitement de toxicomanie ?

Ces questions ont pour but de produire un ensemble de données sur les interventions de santé efficaces pour les Autochtones, d'orienter la recherche sur le rôle de la culture autochtone pour le mieux-être des clients après leur traitement et d'étudier l'impact de la culture sur les programmes et systèmes de santé et sur la santé de la population¹⁷.

Depuis plusieurs décennies, les dirigeants et communautés des Premières Nations du Canada¹⁸ sont très préoccupés par les problèmes de santé découlant de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Les conclusions de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé montrent que ces deux formes de dépendance ont le plus gros impact sur le mieux-être des collectivités dans les réserves (83%), au-delà du logement (71%) et de l'emploi (66%).¹⁹

On reconnaît largement aujourd'hui que la culture autochtone traditionnelle est essentielle pour la

santé individuelle et communautaire²⁰. La santé autochtone est fondée sur le mieux-être et une harmonie physique, émotionnelle, mentale et spirituelle.

La majorité des 49 centres de traitement du PNLAADA qui sont financés par le gouvernement fédéral ont été créés dans les années 1980 et sont fondés sur des approches occidentales au traitement. Par la suite, on y a intégré des connaissances autochtones en matière de guérison et de développement personnel. En revanche, la culture fait partie intégrante des neuf (9) centres du PNLASJ, spécialisés dans le traitement des dépendances aux substances volatiles, depuis leur fondation dans les années 1990. Aujourd'hui, le PNLAADA et le PNLASJ proposent des approches occidentales comme la thérapie cognitivo-comportementale tout en privilégiant des interventions culturelles. Il est par contre toujours difficile pour les femmes autochtones du Canada d'accéder à des services adaptés au genre et à la culture²¹.

16Honorar nos forces : « Culture as Intervention in Addictions Treatment », projet mentionné dans les pages précédentes.

17 Bone et coll., 2011; Tempier et coll., 2011.

18Assemblée des Premières Nations, Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, Santé Canada (2011); Hopkins et Dumont, 2010; McCormick et Quantz, 2010.

19CGIPN, 2011:23.

20 Gone, 2011; Menzies, Bodner, et Harper, 2010; Dell et Acoose, 2009.

21 Niccols, Dell, et Clarke, 2009; Poole et Greaves, 2009; Shannon et coll., 2007; Harding, 2005; Benoit, Carroll, et Chaudhry, 2003.



Tel que souligné, on estime que 40 pour cent des clients du PNLAADA et du PNLASJ n'ont pas recours aux interventions culturelles. Dans un rapport de 2010 sur les clients, le PNLASJ montre que 40 pour cent des jeunes s'identifient à la spiritualité autochtone, tandis que 41 pour cent pratiquent une religion et 19 pour cent indiquent n'avoir aucune affiliation spirituelle ou religieuse²². Le PNLAADA ne dispose pas de données nationales comparables. On sait par contre que les clients du PNLASJ viennent des mêmes communautés et que souvent leurs parents ont eu accès aux services du PNLAADA.

Les Autochtones ne définissent pas les interventions culturelles comme étant des « interventions thérapeutiques », comme on le fait dans la pratique occidentale²³. Pour les Premières Nations, il s'agit d'une approche holistique au traitement ou une façon d'être, de voir, de comprendre et de penser. Les responsables des centres de

traitement du PNLAADA et PNLASJ reconnaissent que la culture traditionnelle est essentielle pour le mieux-être et la guérison. En revanche, elle se pratique de façon très différente dans les 58 centres de traitement. Peu de données empiriques nationales montrant l'impact des interventions culturelles pour les Premières Nations y ont été recueillies. Il faut noter par exemple qu'un projet d'inventaire propose de recueillir des données sur les interventions culturelles auprès des centres de traitement du PNLAADA et PNLASJ, notamment par le biais de questionnaires mesurant la satisfaction des clients après le traitement, la perception de leur identité autochtone avant et après le traitement et leur pratique spirituelle après le traitement. Les résultats montrent que les interventions culturelles ont un impact considérable sur les clients des Premières Nations²⁴.

Les objectifs de cette étude de trois ans correspondent aux lignes directrices des IRSC pour la recherche en santé chez les peuples autochtones, dont les priorités visent à définir les répercussions des interventions culturelles sur les traitements de toxicomanie. Parmi ces objectifs :

- Améliorer et promouvoir la santé des Autochtones atteints de dépendances par le biais de recherches et d'interventions en santé innovatrices;
- Étudier et répertorier des indicateurs sur l'impact des interventions culturelles autochtones sur le mieux-être des clients;
- Concevoir un outil valide au plan culturel pour mesurer l'évolution du mieux-être des clients;
- Créer un modèle efficace de recherche collaborative sur les interventions de santé autochtones à partir des initiatives qui sont élaborées et menées par des intervenants des Premières Nations.

22 Fiedeldey-Van Dijk, 2009.

23 Dell, Lyons, et Cayer, 2010.

24 APN, FANPLD et Santé Canada, 2011:1.



6. CONSIDÉRATIONS POUR LES GUÉRISSEURS ET PRATICIENS AUTOCHTONES

Quatre centres de traitement²⁵ et deux communautés ont établi des protocoles culturels pour orienter leurs relations auprès des guérisseurs traditionnels. Chacun porte sur la dynamique relationnelle entre la pratique culturelle et les exigences du programme, et entre les praticiens culturels et les intervenants du programme. La sécurité culturelle se manifeste dans des environnements peu habituels pour les pratiques traditionnelles :

- **Attentes** entre les clients, praticiens culturels et autochtones ou les Aînés, notamment par rapport aux rôles et responsabilités de chaque individu;
- **Confirmation** des aptitudes et du savoir des Aînés autochtones et praticiens culturels pour mieux définir comment leur rôle complète celui des psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, intervenants auprès des enfants et des jeunes et conseillers en toxicomanie;
- **Normes de pratique** sur les droits des patients et l'option de participer aux interventions culturelles; méthodes de guérison définies (sans qu'on définisse pour autant comment elles doivent être pratiquées); diversité de pratique; dépistage/évaluation; ressources et documents pour soutenir les pratiques culturelles; recherche, formation et gestion de l'information;
- **Tenue de dossier et rémunération** pour que les praticiens traditionnels adoptent un processus d'apprentissage structuré, suivi, évalué et confirmé par les dirigeants de leur communauté;
- **Processus de reddition de comptes** ou reconnaissance formelle du statut de praticien culturel, notamment par le biais de la transmission du ballot sacré.

PoLes directeurs des centres de traitement du PNLAADA et PNLASJ ont recommandé la mise en place de politiques et protocoles relatifs aux pratiques culturelles. On a également demandé aux praticiens culturels de soumettre des documents sur leur pratique. L'objectif était de définir la structure par laquelle les compétences du praticien culturel ou médical sont reconnues, les attentes des intervenants en matière de compétence culturelle, le consentement des clients, les lois régissant les pratiques culturelles et la négociation de pratiques culturelles propres à une région autre que la région d'origine du client.

Dans le cadre de leur pratique, on note que les guérisseurs pratiquent certains rites pour identifier le nom spirituel, le clan de la famille ainsi que le lien entre la famille, la Création et la terre. Ces rites diffèrent selon les communautés et leurs pratiques spirituelles. L'identification du nom spirituel et l'interprétation du message de l'esprit se font par la lecture, l'interprétation, l'enseignement et d'autres sources de savoir comme des rouleaux initiatique ou pictogrammes. Après avoir identifié le nom spirituel d'un client, les guérisseurs traditionnels situent leur centre de force. Il s'agit d'une pratique très différente de la psychologie occidentale, où l'on considère l'individu à partir d'une réalité non spirituelle, empirique et centrée sur les troubles de santé comme la psychose.

Il existe aussi de nombreuses différences par rapport au traitement. Les guérisseurs traditionnels cherchent à rétablir un lien entre l'esprit, la famille, les réseaux familiaux et la communauté. Les cérémonies ont pour but d'entrer en lien avec les ancêtres pour faciliter le deuil, promouvoir la santé et la vie spirituelle. La famille et la

25 Nimkee NupiGawagan Healing Centre, centre de traitement Tsow Tun Le Lum, Leading Thunderbird Lodge, White Raven Healing Centre et programme de santé mentale de Manitoulin Island et Akwasasne.

communauté participent aux cérémonies pour favoriser l'interaction. Il s'agit d'aborder la résilience pour trouver la force de surmonter le traumatisme. Plusieurs guérisseurs se tournent autant vers la science que la foi dans leur pratique²⁶. La pratique occidentale est pour sa part surtout tournée vers l'individu, la psychothérapie, la gestion de cas, le comportement et la fonction. Les professionnels sont reconnus comme tels par des institutions dont le savoir découle des faits empiriques. Les principes fondamentaux de la culture maorie s'appliquent également aux communautés autochtones du Canada:

- **Pertinence actuelle** : la culture et le savoir autochtone doivent être pertinents à notre époque, comme c'est le cas pour les huttes de sudation;

- **Fondement culturel de la pratique de guérison** : la communauté doit confirmer que l'activité de guérison est fondée sur sa culture;

- **Absence de préjudice** : sécurité culturelle, vérification des rites et reddition de comptes;

- **Collaboration** : le savoir traditionnel doit pouvoir faire l'objet de collaboration médicale, psychosociale et spirituelle;

- **Formation** : l'acquisition de savoir dépend de la formation des guérisseurs traditionnels et des intervenants occidentaux dans leur propre domaine et dans le domaine de l'autre;

- **Accessibilité** : peu de guérisseurs exigent des honoraires préétablis et sont plutôt reconnus pour la valeur de leur travail, ce qui est donc plus rentable pour une organisation;

- **Ententes internes** : la supervision d'un praticien culturel est nécessaire pour atteindre les objectifs en matière de culture;

- **Liaison et interdépendance** : il n'est plus acceptable que les intervenants travaillent de façon isolée;

- **Reddition de comptes** : les guérisseurs traditionnels sont redevables envers leurs clients, les communautés qui sanctionnent leur travail et les bailleurs de fonds.

26 Durie, 2001.



7. MISE EN PLACE DE POLITIQUES OU PROTOCOLES CULTURELS

7.1 RÔLE DES PRATICIENS CULTURELS FACE AU GOUVERNEMENT ET AUX POLITIQUES

Les gouvernements et autres organisations d'envergure soutiennent et reconnaissent aujourd'hui l'importance des pratiques culturelles pour la mise en place de services de santé efficace pour les Premières Nations. Plusieurs programmes se rattachent à des initiatives de plus grande échelle. Le centre Noojmowin Teg s'inscrit par exemple dans la Stratégie pour le ressourcement et le mieux-être des autochtones, qui est une politique élaborée par des organisations autochtones et le gouvernement de l'Ontario pour promouvoir la santé autochtone²⁷.

Le gouvernement du Canada n'est pas le seul à reconnaître l'importance des méthodes de guérison traditionnelles pour offrir des services de santé adaptés aux besoins des clients. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) indique depuis longtemps qu'il faut documenter, réglementer et intégrer des pratiques et protocoles traditionnels aux systèmes de santé nationaux. L'organisation appuie par ailleurs les états membres qui désirent élaborer des politiques nationales pour l'intégration de médecines traditionnelles aux programmes de santé nationaux²⁸.

À l'occasion de leur sixième congrès international (1991), les autorités de réglementation pharmaceutique ont indiqué que l'autorisation de plantes médicinales dépend non seulement des propriétés médicales, de l'histoire et de l'origine ethnologique d'un produit, mais également de son utilisation traditionnelle²⁹. L'OMS indique également que les médecines complémentaires et alternatives ont prouvé leur efficacité en santé mentale, prévention de la

maladie, traitement de maladies non transmissibles et amélioration de la qualité de vie de personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques³⁰.

En Nouvelle-Zélande par exemple, le ministère de la Santé a établi que le « Rongoā Māori » (pratique médicale maorie traditionnelle) devait être formellement reconnu par les autorités en vertu du droit à l'autodétermination des Maoris. La « National Organization of Māori Traditional Practitioners » a été créée en 1993³¹. Plus de 600 guérisseurs traditionnels maoris offrent aujourd'hui des services qui sont remboursés par le système de santé national.

Les services offerts par les intervenants qui pratiquent le Rongoā Mori sont remboursés par l'état, mais l'autorisation d'exercer relève de l'autorité des organisations de santé traditionnelles maories. En 2006, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande a publié un document qui définit comment le Rongo Mori et les pratiques maories traditionnelles s'inscrivent dans le système santé. En 2007, le centre de santé de Lake Taupo a signé une entente de service avec la National Organization of Māori Traditional Healers. Le contrat indique notamment que les services traditionnels maoris sont offerts conjointement avec les services à la population générale. Les deux organisations recommandent aujourd'hui le Rongoā Māori pour ses effets bénéfiques sur la santé³².

27 Ontario Seniors' Secretariat, n.d.:para. 1.

28 Organisation mondiale de la santé (OMS), 2008.

29 Bodeker et Burford, 2007.

30 OMS, 2001:4.

31 "Demystifying Rongoā Māori" (2008).

32 "Demystifying Rongoā Māori" (2008); Bodeker et Burford, 2007.

7.2 DÉFINIR LA RELATION DE TRAVAIL AUPRÈS DE PRATICIENS CULTURELS

Selon la culture autochtone, le Grand esprit a donné à la Création tout ce dont les êtres humains ont besoin pour vivre. Les concepts fondamentaux³³ du savoir autochtone s'appliquent aux services de toxicomanie. Par exemple, les sueries constituent une stratégie de prévention exemplaire comme elles renforcent l'identité culturelle, permettent à un individu de faire le deuil et de surmonter son traumatisme, facilitent le rétablissement et favorisent la santé.

Le savoir et les aptitudes des Aînés autochtones et praticiens culturels sont d'une importance inestimable, mais on ne reconnaît pas suffisamment leur travail. On doit prendre conscience que les pratiques culturelles ne correspondent pas nécessairement à un horaire de neuf à cinq. Malheureusement, l'importance du savoir, des connaissances, des aptitudes et des approches autochtones pour la santé et le mieux-être ne sont pas assez reconnues par les services à la population générale ou par les communautés des Premières Nations. Si les collectivités autochtones ne fonctionnent pas nécessairement dans une dynamique interculturelle, elles dépendent en revanche souvent des valeurs et connaissances occidentales.

7.3 ÉLABORER DES POLITIQUES OU PROTOCOLES CULTURELS

Les questions suivantes pourraient aider les organisations ou communautés à élaborer des politiques ou protocoles pour encadrer le travail des guérisseurs traditionnels :

- Comment pourriez-vous définir de façon générale les pratiques culturelles de votre communauté ?
- Votre communauté dispose-t-elle de ressources culturelles ou dépend-elle de connaissances et pratiques culturelles issues de l'extérieur ? Si oui, quel impact ces pratiques ont-elles sur vos programmes et la communauté ?
- À votre connaissance, quelles initiatives conjointes entre les pratiques traditionnelles et occidentales ont fonctionné pour les services de toxicomanie dans votre communauté (p.ex., politiques, programmes, protocoles, formation, échanges professionnels) ?
- Quel type de politique ou protocole culturel vous permettrait d'encourager et promouvoir les pratiques culturelles dans les services de toxicomanie ?
- Est-ce que votre communauté ou le programme de traitement a mis en place des politiques en matière de savoir, pratiques et médecines traditionnelles pour les initiatives et services de santé ?
- Votre communauté approuve-t-elle des protocoles de traitement autochtones qu'utilisent les guérisseurs traditionnels et praticiens culturels ?

Si vous avez répondu oui aux questions précédentes, le modèle de politique à l'Annexe D pourrait vous aider identifier les éléments nécessaires pour les protocoles culturels mis en place dans les services de toxicomanie et communautés.

³³ Voir l'Annexe C.

8. CONCLUSION

Le PNLAADA et le PNLASJ jouent un rôle primordial dans la revitalisation de la culture des communautés autochtones depuis plus de 27 ans. Plusieurs individus poursuivent leur quête d'identité et de culture après leur traitement. Le mieux-être de l'ensemble de la population et des familles favorise le rétablissement pour les individus qui suivent un traitement. Le PNLAADA et ses partenaires (Santé Canada et l'Assemblée des Premières Nations) espèrent que le guide suivant puisse approfondir le savoir autochtone en plus de contribuer non seulement au traitement des dépendances, mais à la restauration de l'identité autochtone au Canada.

La mise en place de protocoles culturels constitue un élément parmi tant d'autres pour favoriser le mieux-être des communautés. Les interventions culturelles ont de nombreux bienfaits pour le traitement des dépendances et la santé mentale lorsqu'elles sont offertes conjointement avec d'autres formes de soutien³⁴.

Pour une version sommaire du document *Honorer nos forces: Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada* aller à : <http://nnadaprenewal.ca/>

References and Additional Resources

- Alsop, R., and Heinsohn, N. (2005). Measuring empowerment in practice: structuring analysis and framing indicators. *World Bank Policy Research Working Paper* 3510. Retrieved from: http://siteresources.worldbank.org/INTEMPPOWERMENT/Resources/41307_wps3510.pdf
- Arbogast, D. (1995). *Wounded Warriors: A Time for Healing*. Omaha, NE: Little Turtle Publications.
- Assemblée des Premières Nations (APN) et Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN, 2007). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03. Seconde édition révisée*. Ottawa, ON. Tiré de : http://www.fnigc.ca/sites/default/files/ENpdf/RHS_2002/rhs2002-03-the_peoples_report_afn.pdf
- Assemblée des Premières Nations (APN), Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD) et Santé Canada (2011). *Honorer nos forces: Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada*. Tiré de : <http://www.nnadaprenewal.ca>
- Beiser, M. (2003). Why should researchers care about culture? *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(3):154–160. Retrieved from: <http://ww1.cpa-apc.org:8080/publications/archives/cjp/2003/april/beiser.pdf>
- Benoit, C., Carroll, D., and Chaudhry, M. (2003). In search of a healing place: Aboriginal women in Vancouver's Downtown Eastside. *Social Science & Medicine*, 56(4):821–833. Retrieved from: <http://home.cc.umanitoba.ca/~hallman-b/files/GEOG4290-readings-pdf/benoit-carroll-choudhry-2003.pdf>
- Bodeker, G. and Burford, G. (eds.) (2007). *Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Policy and Public Health Perspectives*. London, UK: Imperial College Press.
- Bone, R., Dell, C., Koskie, M., Kushniruk, M., and Shorting, C. (2011). The lived experience of volatile substance misuse: how support contributes to recovery and sustained well-being. *Substance Use and Misuse: An International Interdisciplinary Forum*, 46(S1):119–127. doi: 10.3109/10826084.2011.580230
- Borofsky, R., Barth, F., Shweder, R.A., Rodseth, L., and Stoltzenberg, N.M. (2001). When: a conversation about culture. *American Anthropologist*, 103(2):432–446.
- Boyer, Y. (2006). First Nations, Métis, and Inuit Women's Health. *Discussion Paper Series in Aboriginal Health: Legal*

References and Additional Resources

- Issues, No. 4. Ottawa, ON: National Aboriginal Health Organization. Retrieved from: http://www.naho.ca/documents/naho/english/publications/DP_womens_health.pdf
- Brant, C.C. (1990). Native ethics and rules of behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35(6):534–539.
- British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (BCCEWH) (2011). *Improving Treatment for First Nations and Inuit Girls and Women at Risk of Having a Child with FASD. In Collaboration with the Moving Forward Project Virtual Community Participant*. Vancouver, BC: Author. Retrieved from: http://www.coalescing-vc.org/virtualLearning/section5/documents/MovingForwardprojectreport_June2011_2.pdf
- Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et génie du Canada et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (2010). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Ottawa, ON. Tiré de : http://www.pre.ethics.gc.ca/pdf/eng/tcps2/TCPS_2_FI-NAL_Web.pdf
- Castro, F.G., and Garfinkle, J. (2003). Critical issues in the development of culturally relevant substance abuse treatments for specific minority groups. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(8):1381–1388. doi: 10.1097/01.ALC.0000080207.99057.03
- Challacombe, L. (2010). prevention: we've heard about it but what does it really mean? *Prevention in Focus: Spotlight on Programming and Research*, Spring(1) [online]. Retrieved from: <http://www.thebody.com/content/art56832.html>
- Chandler, M.J., and Lalonde, C.E. (2009). Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations. In L.J. Kirmayer and G. Guthrie Valaskakis (Eds.), *Healing Traditions: The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada* (pp. 221–248). Vancouver: UBC Press.
- Cord-Udy, N. (2006). Remote area indigenous psychiatry: not your usual day at the office. *Australasian Psychiatry* 14(3):295–298. doi: 10.1111/j.1440-1665.2006.02288.x
- Cram, F. (2001). Rangahau Māori: tona tika, tona pono: the validity and integrity of Māori research. In M.B. Tolich (Ed.), *Research Ethics in Aotearoa New Zealand: Concepts, Practice, Critique* (pp.35–52). Auckland, NZ: Longman.
- Creswell, J.W., and Miller, D.L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory Into Practice*, 39(3):124–130. doi: 10.1207/s15430421tip3903_2
- Dell, C., and Acoose, S. (2009). Hear me heal: how the voices of First Nations women have been a teaching tool for a Canadian research project on women's healing journeys from drug abuse. In R.W. Heber (Ed.), *Indigenous Education: Pacific Nations. Proceedings of the 5th Hawaii International Conference on Indigenous Education, Honolulu, Hawaii*, May 26–29, 2009 [pp. 1–8], Regina, SK: Centre for International Academic Exchange, First Nations University of Canada.
- Dell, C.A., and Beauchamp, T. (2006). Youth volatile solvent abuse FAQs. Retrieved from: <http://www.ccsa.ca/2006%20CCSA%20Documents/ccsa-011326-2006.pdf>
- Dell, C.A., and Graves, G. (2005). Designing a tool to measure the impact of client length of stay on treatment outcome. Retrieved from: <http://www.ccsa.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-011138-2005.pdf>
- Dell, C.A., Chalmers, D., Bresette, N., Swain, S., Rankin, D., and Hopkins, C. (2011). A healing space: the experiences of First Nations and Inuit youth with equine-assisted learning (EAL). *Child and Youth Care Forum*, 40(4):319–336. doi: 10.1007/s10566-011-9140-z
- Dell, C.A., Lyons, T., and Cayer, K. (2010). The role of “Kijigabandan” and “Manadjitowin” in understanding harm reduction policies and programs for Aboriginal peoples. *Native Social Work Journal*, 7:109–137. Retrieved from: <http://zone.biblio.laurentian.ca/dspace/bitstream/10219/386/1/NSWJ-V7-art5-p109-137.pdf>
- Dell, C.A., Ogborne, A., Begin, P., Roberts, G., Ayotte, D., Blouin, M., and Dell, D. (2003). Youth residential solvent treatment program design: an examination of the role of program length and length of client stay. Retrieved from: <http://www.ccsa.ca/2003%20and%20earlier%20CCSA%20Documents/ex-tl-003881-2003.pdf>
- Dell, C.A., Seguin, M., Hopkins, C., Tempier, R., Mehl-Madrona, L., Dell, D., Duncan, R., and Mosier, K. (2011). From benzos to berries: treatment offered at an Aboriginal youth solvent abuse treatment centre relays the importance of culture. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(2):75–83. Retrieved from: <http://www.scribd.com/doc/99486870/From-Benzos-to-Berries>
- Dell, D., and Hopkins, C. (2011). Residential volatile substance misuse treatment for Indigenous youth in Canada. *Substance Use and Misuse*, 46(Suppl 1), 107–113.

References and Additional Resources

- Demystifying Rongoā Māori: traditional Māori healing. *Best Practice Journal*, 13(2008):32–36. Retrieved January 4, 2010: <http://www.bpac.org.nz/magazine/2008/may/rongoa.asp>
- Duran, E., and Duran, B. (1995). *Native American Postcolonial Psychology*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Durie, M. (2001). *Mauri Ora: The Dynamics of Māori Health*. Auckland, AU: Oxford University Press.
- Fiedeldey-Van Dijk, C. (2009). *Knocking on YSAC's Door: YSAC Database Analysis Report*. Toronto, ON: Author.
- First Nations and Inuit Health Branch. Personal Communication. July 12, 2011.
- First Nations Information Governance Centre (FNIGC) (2011). First Nations Regional Health Survey: RHS Phase 2 (2008/10) Preliminary Results – Adult, Youth, Child. Revised Edition. Ottawa, ON: Author. Retrieved from: <http://www.rhs-ers.ca/sites/default/files/ENpdf/RHSPreliminaryReport31May2011.pdf>
- Fleming, J., and Ledogar, R.J. (2008). Resilience and Indigenous spirituality: a literature review. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 6(2):47–64. Retrieved from: <http://www.pimatisiwin.com/uploads/404389036.pdf>
- Framework Sub-committee of the National Native Addictions Partnership Foundation and Thatcher, R. (2000). *NNADAP Renewal Framework: for implementing the strategic recommendations of the 1998, general review of the National Native Alcohol and Drug Abuse Program*. Draft, working paper. Muskoday, SK: National Native Addictions Partnership Foundation.
- Gone, J.P. (2011). The Red Road to wellness: cultural reclamation in a Native First Nations community treatment center. *American Journal of Community Psychology*, 47(1–2):187–202.
- (2009). A community-based treatment for Native American historical trauma: prospects for evidence-based practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4):751–762. doi: 10.1037/a0015390
- Gray, D., Saggars, S., Drandich, M., Wallam, D., and Plowright, P. (1995). Evaluating government health and substance abuse programs for Indigenous peoples: a comparative review. *Australian Journal of Public Health*, 19(6):567–572.
- Harding, R. (2005). The media, Aboriginal people and common sense. *Canadian Journal of Native Studies*, 25(1):311–335. Retrieved from: http://www2.brandonus.ca/library/cjns/25.1/cjns25-no1_pg311-335.pdf
- Hays, P.A. (2006). Introduction: developing culturally responsive cognitive-behavioral therapies. In P.A. Hays and G.Y. Iwamasa (Eds.), *Culturally Responsive Cognitive-Behavioral Therapy: Assessment, Practice, and Supervision* (pp. 3–19). Washington, DC: American Psychological Association.
- Health Council of Canada (2005). *The Health Status of Canada's First Nations, Métis and Inuit Peoples*. Toronto, ON: Author. Retrieved from: <http://healthcouncilcanada.ca/tree/2.03-Bkgrd-HealthyCdnsENG.pdf>
- Heritage Canada (No date). “Indigenous Knowledge: Place, People and Protocol.” Retrieved from: <http://www.pch.gc.ca/eng/1288012803946/1288012803948>
- Hopkins, C., and Dumont, J. (2010). *Cultural Healing Practice within National Native Alcohol and Drug Abuse Program/Youth Solvent Addiction Program Services*. Discussion paper. (Paper #1: Culture and Tradition.) Retrieved from: <http://nnadaprenewal.ca/wp-content/uploads/2012/01/cultural-healing-practicemedicine-within-nnadapysap.pdf>
- Humphery K. (2001). Dirty questions: Indigenous health and ‘Western research’. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(3):197–202.
- Kirmayer, L.J., Tait, C.L., and Simpson, C. (2009). The mental health of Aboriginal peoples in Canada: transformations of identity and community. In L.J. Kirmayer and G. Guthrie Valaskakis (Eds.), *Healing Traditions: The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada* (pp. 3–35). Vancouver, BC: UBC Press.
- Kunic, D., and Varis, D.D. (2010). The Aboriginal Offender Substance Abuse Program (AOSAP): examining the effects of successful completion on post-release outcomes. *Research Reports* No R-217. Retrieved from: <http://www.csc-ccc.gc.ca/text/rsrch/reports/r217/r217-eng.shtml>
- Manson, S.M. (2000). Mental health services for American Indians and Alaska Natives: need, use, and barriers to effective care. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(7):617–626.
- Marbella, A.M., Harris, M.C., Diehr, S., Ignace, G., and Ignace, G. (1998). Use of Native American healers among Native American patients in an urban Native American health center. *Archives of Family Medicine*, 7(2):182–185.
- McCormick, R.M. (2000). Aboriginal traditions in the treatment of substance abuse. *Canadian Journal of Counselling*, 34(1):25–32.

- McCormick, R.M. (1995). The facilitation of healing for the First Nations people of British Columbia. *Canadian Journal of Native Education*, 21(2):251–322.
- McCormick, R., and Gerlitz, J. (2009). Nature as healer: Aboriginal ways of healing through nature. *Counselling and Spirituality*, 28(1):55–72.
- McCormick, R., and Quantz, D. (2010). *Improving Mental Health Services and Supports in the National Native Alcohol and Drug Abuse Program*. (Paper #3: Mental Health.) Retrieved from: <http://nnadaprenewal.ca/wp-content/uploads/2012/01/improving-mental-health-services-and-supports-national-native-alcohol-and-drug-abuse-program.pdf>
- Menzies, P. (2010). Intergenerational trauma from a mental health perspective. *Native Social Work Journal*, 7:63–85. Retrieved from: <http://zone.biblio.laurentian.ca/dspace/handle/10219/384>
- Menzies, P., Bodnar, A., and Harper, V. (2010). The role of the Elder within a mainstream addiction and mental health hospital: developing an integrated paradigm. *Native Social Work Journal*, 7:87–107. Retrieved from: <http://zone.biblio.laurentian.ca/dspace/bitstream/10219/385/1/NSWJ-V7-art4-p87-107.PDF>
- Mussell, B. (no date). *Restoration of well-being for Canada's First Peoples*. Retrieved from: <http://www.caot.ca/pdfs/PaperfAbMentalHealth.pdf>
- Mussell, B., Cardiff, K., and White, J. (2004). *The Mental Health and Well-being of Aboriginal Children and Youth: Guidance for New Approaches and Services*. Volume 1, Report 9. Vancouver, BC: Sali'i'shan Institute and University of British Columbia. Retrieved from: http://www.childhealthpolicy.sfu.ca/research_reports_08/rr_pd-f/RR-8-04-full-report.pdf
- Mykota, D.B. (2008). Implementing paraprofessional strength-based early intervention home visitations. *Evaluation and Program Planning*, 31(3):266–276.
- National Native Addictions Partnership Foundation (NNAPF) (2011). *Guidebook supporting the Use of Natural Medicines in Culturally-Based Healing Practices for NNADAP Alcohol and Substance Abuse Practitioners [DRAFT]*, Saskatoon, SK: Author.
- National Treatment Strategy Working Group (2008). *A Systems Approach to Substance Use in Canada: Recommendations for a National Treatment Strategy*. Ottawa, ON: National Framework for Action to Reduce the Harms Associated with Alcohol and Other Drugs and Substances in Canada. Retrieved from: http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/-files/TWS_Treatment/nts-report-eng.pdf
- Niccols, A., Dell, C.A., and Clarke, S. (2009). Treatment issues for Aboriginal mothers with substance use problems and their children. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8(2):320–335. doi 10.1007/s11469-009-9255-8
- Ontario Seniors' Secretariat (n.d.). Aboriginal seniors health: Aboriginal healing and wellness strategy. Retrieved from: http://www.seniors.gov.on.ca/en/seniorsguide/aboriginal_2.php
- Peavy, R.V. (1993). Development of Aboriginal counselling: a brief submitted to the Royal Commission on Aboriginal Peoples. Vancouver, BC: Author.
- Pedhazer, E.J., and Schmelkin, L. Pedhazer (1991). *Measurement, Design, and Analysis: An Integrated Approach*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Poole, N. (2000). *Evaluation Report of the Sheway Project for High-risk Pregnant and Parenting Women*. Vancouver, BC: BC Centre of Excellence for Women's Health. Retrieved from: <http://www.bccewh.bc.ca/publications-resources/documents/shewayreport.pdf>
- Poole, N., and Dell, C.A. (2005). Girls, women and substance use. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse. Retrieved from: <http://www.ccsa.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-011142-2005.pdf>
- Poole, N., and Greaves, L. (2009). Mother and child reunion: achieving balance in policies affecting substance-using mothers & their children. *Women's Health and Urban Life*, 8(1):54–66. Retrieved from: <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/17395>
- Prussing, E. (2008). Sobriety and its cultural politics: an ethnographer's perspective on “culturally appropriate” addiction services in Native North America. *Ethos*, 36(3):354–375.
- Schiff, J.W., and Moore, K. (2006). The impact of the sweat lodge ceremony on dimensions of well-being. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 13(3):48–69.
- Schnarch, B. (2004). Ownership, control, access and possession or self-determination applied to research: a critical analysis of contemporary First Nations research and some options for First Nations communities. *Journal of Aboriginal Health*, 1(1):80–95.
- Shannon, K., Kerr, T., Allinott, S., Chettiar, J., Shoveller, J., and Tyndall, M.W. (2008). Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in

survival sex work. *Social Science and Medicine*, 66(4):911–921. Retrieved from: <http://myweb.dal.ca/mgood-yea/Documents/Health%20and%20well-being/Social%20and%20structural%20violence%20and%20power%20relations%20and%20HIV%20in%20drug%20using%20sex%20workers%20Shannon%20Soc%20Sci%20Med%202008%20%2066%20%20911-921.pdf>

Sibthorpe, B.M., Bailie, R.S., Brady, M.A., Ball, S.A., Sumner-Dodd P., and Hall, W.D. (2002). The demise of a planned randomised controlled trial in an urban Aboriginal medical service. *Medical Journal of Australia*, 176(6):273–276.

Smith, D.P. (2005). The sweat lodge as psychotherapy: congruence between traditional and modern healing. In R. Moodley and W. West (Eds.), *Integrating Traditional Healing Practices Into Counseling and Psychotherapy* (pp. 196–209). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Smylie, J. (2000). A Guide for health professionals working with Aboriginal peoples: executive summary. *SOGC Policy Statement*, 100(December). Ottawa, ON: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Retrieved from: <http://www.sogc.org/guidelines/public/100E-PS1-December2000.pdf>

Tempier, A., Dell, C.A., Papaquash, C., Duncan, R., and Tempier, R. Awakening: ‘spontaneous recovery’ from substance abuse among Aboriginal peoples in Canada. *The International Indigenous Policy Journal*, 2(1):1–18. Retrieved from: <http://ir.lib.uwo.ca/iip-j/vol2/iss1/7>

Trickett, E.J. (2011). From “Water Boiling in a Peruvian Town” to “Letting them Die”: culture, community intervention, and the metabolic balance between patience and zeal. *American Journal of Community Psychology*, 47(1–2):58–68.

University of Victoria, Office of Indigenous Affairs (No date). “Coast Salish protocol.” Retrieved from: <http://web.uvic.ca/inaf/index.php/cultural-protocol>

Varcoe, C., Botorroff, J.L., Carey, J., Sullivan, D., and Williams, W. (2010). Wisdom and influence of Elders: possibilities for health promotion and decreasing tobacco exposure in First Nations communities. *Canadian Journal of Public Health*, 101(2):154–158.

Vinding, D. (Ed.) (1998). *Indigenous Women: The Right to a Voice*. IWGIA Document No. 88. Copenhagen, DK: International Work Group for Indigenous Affairs.

Walters, K.L., and Simoni, J.M. (2002). Reconceptualizing Native women’s health: an “Indigenist” stress-coping model. *American Journal of Public Health*, 92(4):520–524.

Wardman, D., Khan, N., and el-Guebaly, N. (2002). Prescription medication use among an Aboriginal population accessing addiction treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(4):355–360.

Warner, J.C. (2003). Group therapy with Native Americans: understanding essential differences. *Group*, 27(4):191–202.

Williams, L., and Mumtaz, Z. (2007). *Being Alive Well: Aboriginal Youth and Evidenced-Based Approaches to Promoting Mental Well-Being*. Prepared by the Prairie Region Health Promotion Research Centre for the National Aboriginal Youth Mental Health Promotion Strategy Symposium hosted by the First Nations and Inuit Health Branch Feb 8 and 9, 2007, Saskatoon. Retrieved from: http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&c-d=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.usask.ca%2Fhealthsci%2Fche%2Fchep%2Fsummer2007%2Fday3%2FFINHB_final_Aboriginal_yout.rtf&ei=k_dRUJv_MYmMyQHJmICYBg&usg=AFQjCNFoSL1nFZcSj6FbHPUwnBiFhSGQvg&sig2=_I3SbpMVtmc58_IKKEAl2Q

Wilson, A. (2004). *Living Well: Aboriginal Women, Cultural Identity and Wellness*. Winnipeg, MB: Prairie Women’s Health Centre of Excellence. Retrieved from: <http://www.pwhce.ca/pdf/livingWell.pdf>

World Health Organization (WHO) (2008). Traditional medicine. Fact sheet no. 134. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/index.html>

——— (2001). *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review*. Geneva, CH: Author (WHO/EDM/TRM/2001.2). Retrieved from: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2943e/h2943e.pdf>

Zolner, T. (2003). Considerations in working with persons of First Nations heritage. *Pimatzwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 1(2):41–58.

ANNEXE A: ÉLÉMENTS DE BASE À L'APPUI DU CONTINUUM DE SOINSE ³⁵



³⁵ Pour une version sommaire du rapport Honorer nos forces et une description du modèle de soins holistiques aller à : <http://nnadaprenewal.ca/>

ANNEXE B : MODÈLE DE PROTOCOLE CULTUREL³⁶

Bonne pratique :

1. Faire preuve d'engagement et de confiance dans son travail.
2. Être optimiste et persévérer.
3. Établir des objectifs réalistes et des échéanciers atteignables.
4. Obtenir le soutien de la communauté locale, notamment celui de la clinique de santé.
5. Faire appel à des interprètes linguistiques et culturels autant que possible.
6. Approfondir les niveaux de sensibilité et de savoir culturel.
7. Avoir recours aux ressources locales si possible, surtout des intervenants autochtones en santé mentale et toxicomanie.
8. Encourager les omnipraticiens, infirmières et intervenants autochtones en santé mentale et toxicomanie à parfaire leurs aptitudes.
9. Recommander si nécessaire l'emploi d'autres ressources.
10. Savoir apprécier l'expérience, qui ne doit pas uniquement être envisagée sous l'angle du désespoir ou dysfonctionnement, mais plutôt comme l'occasion de découvrir plusieurs merveilleuses facettes de la culture.

Pratique à éviter :

1. Être insistant, agressif ou impatient [sic].
2. Imposer ses propres valeurs.
3. Prendre parti lors de disputes.
4. Aborder des sujets tabous, à moins d'en obtenir le consentement culturel.
5. Poser des questions inappropriées selon le sexe de son interlocuteur.
6. Prendre le parti d'un groupe ou d'un clan.
7. Entreprendre des activités touristiques sans en avoir obtenu la permission.
8. S'immiscer lors de cérémonies.
9. Poser trop de questions directes.
10. S'attendre à obtenir toutes les réponses.

³⁶ Cord-Udy, 2006:298.

ANNEXE C : PROTOCOLES ET PRATIQUES CULTURELLES

Les interventions fondées à la fois sur la culture et le savoir autochtone et des approches occidentales adaptées aux réalités locales devraient s'appuyer sur les sept principes directeurs suivants :

1. Le savoir autochtone est une source importante d'information. La FANPLD soutient et recommande des interventions culturelles dont les bienfaits pour la santé et la guérison sont étudiés et évalués.
2. La FANPLD définit la santé et le mieux-être selon l'atteinte de ses objectifs personnels, le développement identitaire, les relations interpersonnelles et le cheminement d'un individu.
3. Si la culture autochtone et les pratiques de guérison traditionnelles s'inscrivent dans les services offerts aux communautés par le PNLAADA, il faudrait investir davantage de ressources dans les services de santé publics et primaires pour maximiser l'efficacité de ces services.
4. Les pratiques et le savoir culturel doivent être intégrés à TOUTES les stratégies de perfectionnement de la main-d'œuvre, notamment les politiques de ressources humaines, services contractuels, rémunération, perfectionnement professionnel ou normes de pratique culturelles.
5. Les bienfaits des services culturels mis en place dépendent d'indicateurs clairs comme une participation accrue de la famille et communauté et plus grande pratique spirituelle.
6. Pour favoriser le développement communautaire, le renforcement des capacités, la prévention et les traite-

ments internes, il est important d'adapter les approches occidentales et théoriques à la culture, tout en y intégrant des pratiques traditionnelles.

7. Dans le cadre du renouvellement des programmes communautaires et centres de traitement, la FANPLD propose six facteurs dont il faut tenir compte pour mettre en place des interventions adaptées à la culture:

- Le savoir autochtone est fondé sur l'histoire de la Création selon les Premières Nations;
- Il s'agit d'un processus dont la constance et la cohérence favorisent la guérison et les interventions mises en place pour les populations;
- Depuis la colonisation, le savoir autochtone et les pratiques de guérison sont ignorés ou considérés comme inférieurs;
- Comme les pratiques autochtones sont liées à la communauté, les intervenants sont sanctionnés et redevables envers leur communauté;
- L'impact des pratiques autochtones en matière de santé se manifeste par la santé et le mieux-être des individus;
- Les habitudes de vie autochtones sont ni mystiques ou magiques, mais elles sont profondément ancrées dans la vie physique et spirituelle;

ANNEXE D : MODÈLE DE POLITIQUES ET PROTOCOLES CULTURELS

- Vu l'impact de la colonisation sur notre mode de vie, [NOM DE LA COMMUNAUTÉ/ORGANISATION] s'engage à intégrer des pratiques culturelles fondées sur le savoir autochtone aux interventions du PNLAADA, tout en respectant la diversité religieuse et culturelle au sein de la communauté.
- Vu l'importance des pratiques culturelles et du savoir autochtone pour les traitements de la toxicomanie, nous nous engageons, à titre de Première Nation, à intégrer les pratiques suivantes à nos cérémonies et programmes de santé et guérison : *(liste des pratiques culturelles, médecines et formes de savoir traditionnel intégrées au programme)*
 - _____
 - _____
- En plus des ressources offertes par [COMMUNAUTÉ/ORGANISATION], nous proposons d'autres ressources fondées sur la culture et le savoir autochtones par le biais du [NOM DU PROGRAMME].
- À titre de membre des Premières Nations, nous reconnaissons que le respect mutuel est primordial pour offrir aux clients et membres de la communauté des services fondés à la fois sur des approches occidentales et des médecines naturelles ou traditionnelles.
- Nous reconnaissons également qu'il est important d'améliorer et de promouvoir nos pratiques au sein des communautés et des services de santé à prédominance occidentale : *(indiquer d'autres organisations avec lesquelles vous travaillez)*
 - _____
 - _____
- Pour promouvoir les pratiques et médecines traditionnelles, nous [COMMUNAUTÉ/ORGANISATION] nous offrons aux clients la possibilité de participer à des cérémonies de purification, promenades médicinales et autres activités traditionnelles : *(indiquer toute pratique traditionnelle offerte par l'organisation)*
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____

