

RAPPORT DU PROGRAMME ET DU FINANCEMENT DU PNLAADA : ÉTUDE DE CAS DE LA RÉGION DE L'ONTARIO



Rapport du programme et du financement du PNLAADA : Étude de cas de la région de l'Ontario

Préparé par Bourget Consulting Services (Services-conseils Bourget) pour le Groupe de travail technique conjoint

Citation:

Thunderbird Partnership Foundation. (2017). Rapport du programme et du financement du PNLAADA : Étude de cas de la région de l'Ontario. National Native Addictions Partnership Foundation Inc.

Thunderbird Partnership Foundation est la voix principale à fondement culturel au Canada en matière d'usage de substances chez les Premières Nations et de recherche sur le mieux-être mental, préconisant des partenariats qui privilégient des approches intégrées et holistiques de guérison et de mieux-être chez ces dernières. Thunderbird encourage la recherche et la collaboration afin de renforcer l'Espoir, l'Appartenance, le Sens et le But au sein des communautés des Premières Nations. Le mandat de Thunderbird consiste en la mise en œuvre d'Honorer nos forces : cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations au Canada (HNF) et du Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (CCMMPN).

Thunderbird Partnership Foundation est une division de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances inc.



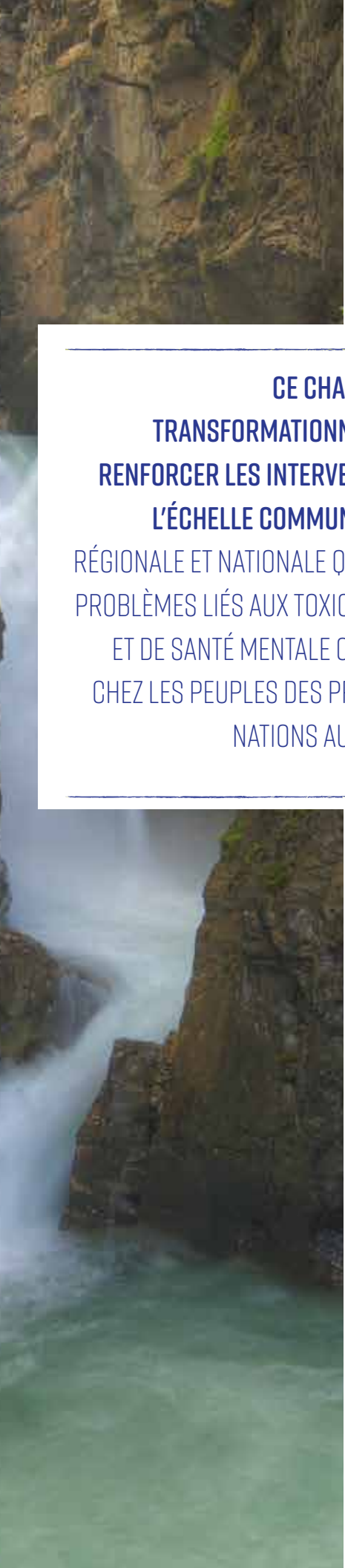
www.thunderbirdpf.org

TF: 1-866-763-4714

info@thunderbirdpf.org

TABLE DES MATIÈRES

Contexte du rapport	2
Vue d'ensemble du PNLAADA	4
Appels à l'Action et Cadres politiques pertinents	8
Toxicomanie dans la région de l'Ontario	11
Forces et réussites du PNLAADA	13
Lacunes et défis nécessitant une mobilisation immédiate de ressources	15
1. Parité salariale	16
1.1 Nécessité de la Parité salariale	16
1.2 Élargissement du champ d'activités et résultats de traitement améliorés	18
1.3 Analyses de la Parité salariale en faveur des intervenants en toxicomanies	19
1.4 Estimations des coûts de l'atteinte de la parité salariale pour les conseillers en toxicomanie de la région de l'Ontario	21
1.5 Analyses de la Parité salariale quant à d'autres postes de la main d'œuvre du PNLAADA	23
1.6 Avantages sociaux des employés	26
1.7 Résumé	26
2. Perfectionnement de la main-d'œuvre	27
2.1 Agrément	27
2.2 Compétences et connaissances culturelles	28
2.3 Rémunération pour des guérisseurs traditionnels et des praticiens de la culture	30
3. Autres besoins liés au renforcement des capacités	31
3.1 Gouvernance et coordination des systèmes	31
3.2 Coûts de programme, de fonctionnement et d'immobilisations (importants et de moindre envergure)	35
3.3 Capacité dans des services de lutte contre l'abus de médicaments sur Ordonnance	38
4. Résumé des investissements immédiats nécessaires au renforcement des capacités	40
5. Recommandations liées aux besoins immédiats en matière de renforcement des capacités	41
6. Stratégie de mise en œuvre proposée	44
Lacunes et défis liés aux investissements futurs	46
Recommandations supplémentaires pour examen ultérieur	51
ANNEXE A: Budgets de l'Ontario regional addictions partnership committee - ORAPC - comité régional ontarien de partenariat pour la lutte contre les dépendances	53
ANNEXE B: Coûts de programmes et de fonctionnement des centres de traitement	59
ANNEXE C: Niveaux de salaires et de traitements proposés	62
ANNEXE D: Répertoire de lits et de cycles des centres de traitement de l'Ontario	63
ANNEXE E: Thunderbird Partnership Foundation : Actions prioritaires liées à l'AMO	63
ANNEXE F: Modèle de traitement communautaire par Suboxone	67
ANNEXE G: Community Based Suboxone Treatment Model	70
ANNEXE H: Sources bibliographiques	74



CONTEXTE DU RAPPORT

L'Assemblée des Premières Nations et les Chefs de l'Ontario soutiennent l'enquête et la poursuite des actions de plaidoyer en faveur des possibilités de financement permettant de venir à bout des problèmes liés à la toxicomanie dans les collectivités des Premières Nations, conformément aux recommandations du *Cadre renouvelé Honorer nos forces* (Résolution 23/2014 de l'Assemblée des Premières Nations et les Résolutions 13/07, 14/28 des chefs de l'Ontario).

CE CHANGEMENT TRANSFORMATIONNEL VISE À RENFORCER LES INTERVENTIONS À L'ÉCHELLE COMMUNAUTAIRE, RÉGIONALE ET NATIONALE QUANT AUX PROBLÈMES LIÉS AUX TOXICOMANIES ET DE SANTÉ MENTALE CONNEXES CHEZ LES PEUPLES DES PREMIÈRES NATIONS AU CANADA.

C'est à la suite de ces résolutions, en mai 2016, que le Groupe de travail technique conjoint du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA), composé de représentants des Premières Nations en Ontario, de l'Ontario Regional Addictions Partnership Committee (ORAPC), de Thunderbird Partnership Foundation (TPF)- l'ancienne Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, des Chiefs of Ontario (COO), de l'Assemblée des Premières Nations (APN), et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada, a retenu des services professionnels afin de procéder à un examen régional, conformément aux besoins d'investissement recensés des programmes de traitement communautaires et des centres de traitement PNLAADA, tels qu'énoncés dans le *Cadre Honorer nos forces* (HNF) et le *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* (CCMMPN).

Le présent rapport a pour objectif précis de mettre l'accent sur les besoins en matière de renforcement des capacités, la mise au point des approches efficaces de lutte contre les toxicomanies axées sur la culture; l'investissement nécessaire à la mise en place des moyens adéquats de financement pour une programmation durable et la satisfaction des exigences liées au fonctionnement des programmes communautaires PNLAADA de la région de l'Ontario et des centres de traitement PNLAADA/PNLASJ; ainsi que sur la validation des données existantes sur la parité salariale; l'appui et la présentation des orientations relativement aux politiques et aux programmes aux dirigeants à l'APN, aux Chefs de l'Ontario (COO) et à la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits(DGSPNI).

Le changement de paradigme à actionner consiste en l'évolution vers la mise en place d'un continuum de services et mesures de soutien faisant appel à diverses entités administratives et des partenaires, avec comme fondement le recours aux connaissances autochtones et aux forces inhérentes des peuples des Premières Nations et des Inuits. Ce changement transformationnel vise à renforcer les interventions à l'échelle communautaire, régionale et nationale quant aux problèmes liés aux toxicomanies et de santé mentale connexes chez les peuples des Premières Nations au Canada.

VUE D'ENSEMBLE DU PNLAADA ET LES PROBLÈMES DE TOXICOMANIE

Comme indiqué dans *Honorer nos forces : cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations du Canada*, les membres des Premières Nations sont confrontés à des défis majeurs, tels qu'un taux de chômage élevé, la pauvreté, un piètre accès à l'éducation, de mauvaises conditions de logement, l'éloignement des services de santé, le déplacement de la langue et la culture autochtones, ainsi qu'à la marginalisation sociale et économique ; tous des facteurs qui continuent à se répercuter sur la santé et le mieux-être de ces dernières. Dans ce contexte, les problèmes liés à la consommation d'alcool, de drogues, ainsi que de santé mentale connexes en constituent certains des symptômes plus visibles et plus importants de ces défis sous-jacents.

Le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) financé par Santé Canada est le réseau primaire actuel ayant pour mission de répondre aux questions liées aux problèmes de consommation d'alcool et de drogues chez les Premières Nations. Le PNLAADA fut l'un des premiers programmes mis au point pour répondre aux besoins communautaires. D'abord connu sous le nom de « Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool chez les Autochtones », il a évolué d'un projet pilote en 1974 pour devenir un programme approuvé par le cabinet en 1982. Ce réseau de services dans les réserves compte désormais 49 centres de traitement de l'abus d'alcool et de drogues, plus de 550 programmes de prévention communautaires PNLAADA, et depuis 1995, un réseau des centres de traitement en établissement du Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ) composé désormais de neuf centres à l'échelle du Canada. Les membres des Premières Nations ont également accès aux services de lutte contre les problèmes liés aux toxicomanies et à la santé mentale relevant d'autres secteurs de l'ensemble du système des soins de santé, à l'intérieur et à l'extérieur des réserves, ainsi que de divers autres systèmes et secteurs, notamment les services sociaux, ceux liés à la protection de l'enfance, à la justice, au logement, à l'éducation et à l'emploi. Ces autres services, notamment des services classiques à l'extérieur des réserves, constituent d'importantes occasions de partenariats potentiels pour le PNLAADA, lesquels peuvent lui permettre d'évoluer vers une approche collaborative et systémique aux soins.

Au départ, les services du PNLAADA se fondaient pour la plupart sur le modèle d'alcooliques anonymes; à la seule différence qu'on y intégrait les cultures des Premières Nations. Au fil du temps, beaucoup de centres de traitement et programmes communautaires ont commencé à recourir à d'autres interventions thérapeutiques, telles que des approches cognitivo comportementales, tout en renforçant leurs interventions adaptées aux réalités culturelles et faisant davantage appel à de services axés sur la santé mentale. Par

LES NOMBREUX SUCCÈS DU PNLAADA
ET DU PNLASJ AU FIL DES ANS
PEUVENT S'EXPLIQUER EN GRANDE
PARTIE PAR **LA GOUVERNANCE DES
SERVICES PAR LES PREMIÈRES
NATIONS ELLES-MÊMES, AINSI QUE
PAR LA CRÉATIVITÉ, LE DÉVOUEMENT,
LA MOTIVATION ET L'INNOVATION DES
INTERVENANTS DU PNLAADA.**

ailleurs, depuis l'expansion en 1995 du réseau PNLAADA pour inclure les centres de traitement PNLASJ, les communautés ont accès à un éventail de programmes de traitement hautement novateurs et efficaces pour les jeunes des Premières Nations. Les services PNLAADA sont beaucoup plus culturellement compétents, c'est-à-dire que le contexte communautaire et historique des Premières Nations sert de base à ceux-ci, et ont par conséquent tendance à être plus sensibles aux traumatismes. Ce qui veut donc dire que le PNLAADA exploitait le modèle de soins sensibles aux traumatismes bien longtemps avant que le terme n'acquière un sens davantage thérapeutique. À titre d'exemple, le PNLAADA prend en charge le deuil complexe que présentent souvent les clients au traitement et il a une bonne compréhension des idées suicidaires d'un point de vue de traumatisme et autres prob-

lèmes communautaires, par rapport aux services insensibles aux traumatismes ayant plutôt tendance à traiter les idées suicidaires comme constituant un traumatisme de type individuel.

Les nombreux succès du PNLAADA et du PNLASJ au fil des ans peuvent s'expliquer en grande partie par la gouvernance des services par les Premières Nations elles-mêmes, ainsi que par la créativité, le dévouement, la motivation et l'innovation des intervenants du PNLAADA. Les centres et intervenants PNLAADA ont continué à faire preuve de leur engagement à renforcer le programme en poursuivant des démarches et d'obtention d'agrément et de certification. Grâce à la création des postes de travailleurs communautaires PNLAADA, celui-ci a contribué au développement des compétences en direction des dirigeants locaux. En outre, bon nombre d'intervenants PNLAADA ont poursuivi des études postsecondaires, et certains d'entre eux ont accédé à des postes de haut niveau au sein de la communauté, et occupé des fonctions dans les secteurs public et privé.

Le PNLAADA a fait l'objet de plusieurs examens au cours de sa longue histoire. Il y a notamment eu un examen approfondi en 1998 (*1998 NNADAP General Review- examen général du PNLAADA 1998*), au terme duquel 37 recommandations furent formulées. Parmi ces recommandations figurait notamment celle ayant trait à la nécessité par les communautés, régions et tous les paliers de gouvernement de mieux coordonner les services et mesures de soutien afin de satisfaire aux besoins des collectivités des Premières Nations. Certaines de ces recommandations ont été suivies, tandis que d'autres permettent d'orienter les efforts actuels de renouvellement.

Depuis 1998, l'urgence et la complexité des problèmes auxquels sont confrontées les communautés se sont considérablement accrues. La problématique de l'abus de médicaments sur ordonnance, par exemple, est devenue une question importante qui préoccupe sérieusement de nombreuses collectivités, et les contours de la reconnaissance des besoins uniques en matière de traitement de certaines populations (p. ex., les jeunes, les femmes et les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale) sont devenus eux aussi plus évidents. Il en est de même du nombre des personnes attribuant spécifiquement leurs traumatisme et problèmes de toxicomanie connexes à l'expérience des pensionnats indiens et système de protection de l'enfance, lequel nombre a lui aussi augmenté. Un large consensus s'est dégagé sur la nécessité de mettre au point des services efficaces de promotion de la santé, de prévention, de dépistage et d'intervention précoces dans le cadre du dével-

oppement communautaire destiné aux populations de jeunes des Premières Nations en croissance rapide. Ces facteurs ont modifié de façon radicale le paysage autour duquel étaient axés les systèmes à l'origine. Du fait de la diversité des systèmes à travers divers paliers de compétence et des besoins de plus en plus complexes, un défi auxquels sont confrontés collectivités, régions et tous les niveaux de gouvernements est celui de coordonner une vaste gamme de services et mesures de soutien permettant aux Premières Nations d'avoir accès à un continuum de soins complets axés sur le client.

Pour donner suite à ce besoin, en 2007, l'Assemblée des Premières Nations (APN), la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD) et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada ont dirigé un examen global, mené par la communauté, des services et mesures de soutien de la lutte contre les problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues destinés aux membres des Premières Nations au Canada. Cet examen fut orienté à l'échelle nationale par le Panel consultatif des Premières Nations sur les toxicomanies, à qui incombait la responsabilité de diriger le processus et mettre au point un cadre national. L'examen fut également orienté par le *Plan d'action stratégique sur le bien-être mental des membres des Premières nations et des Inuits du Comité consultatif sur la santé mentale des Premières Nations et des Inuits*, mis au point en 2007 pour offrir des conseils stratégiques nationaux sur les efforts reliés au mieux-être des Premières Nations et des Inuits. Il en a donc résulté un vaste processus de mobilisation et de rétroaction, avec pour point culminant la publication en 2011 du document *Honorer nos forces : cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations du Canada*.

Une équipe de direction nationale avec pour mandat d'orienter la mise en œuvre du cadre Honorer nos forces fut mise en place pour un mandat de trois ans. Il n'était prévu aucun nouveau financement précis devant servir à la mise en œuvre de ce dernier, bien qu'on ait pu donner suite à quelques-unes des « possibilités d'amélioration ». Toutefois, le Cadre sert à favoriser un continuum de soins; l'idée étant que les communautés des Premières Nations devront déterminer comment créer leur continuum des soins, soit en réalignant leurs fonds de santé communautaire ou alors en établissant des liens avec des services provinciaux ou territoriaux afin de combler des lacunes. Au-delà du continuum des soins, le *Cadre renouvelé Honorer nos forces* relève des éléments d'appui, dont le perfectionnement de la main-d'œuvre (et la

parité salariale) entre autres. C'est cette section du cadre renouvelé HNF qui définit le mandat du présent projet.

Depuis la parution d'*Honorer nos forces*, la crise des opioïdes s'est accentuée, tout comme l'émergence d'autres problèmes et options de traitement possibles. Des dirigeants des Premières Nations et des travailleurs communautaires ont constaté un besoin urgent, à savoir, celui d'élargir les options de traitement qui s'offrent aux membres communautaires dépendants aux opiacés (oxycodone, morphine, codéine, fentanyl, hydromorphone, héroïne). L'utilisation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance a été associée à l'état de santé appauvri des Premières Nations au Canada, et un nombre croissant de Premières Nations associent des taux élevés de l'utilisation à l'augmentation de l'incidence de criminalité violente, de trafic illicite de médicaments sur ordonnance et de suicide au sein de leurs communautés.¹ Par exemple, au début de 2012, la Première Nation de Cat Lake, en Ontario, est la dernière en date qui déclara l'état d'urgence aux autorités fédérales et provinciales du fait de la recrudescence de l'utilisation généralisée de médicaments sur ordonnance.² L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations, publiée en 2011, signalait que la toxicomanie constituait le principal défi (83%) au mieux-être communautaire dans les réserves - un plus grand défi que ne le sont le logement (71%) et l'emploi (66%).³

Selon les données issues du Système de gestion de l'information sur les toxicomanies (SGIT) dans les centres de traitement pour adultes du PNLAADA au Canada en 2016-2017, 67% des hommes et 61% des femmes faisaient usage abusif du cannabis, tandis que 74% des hommes et 73% des femmes consommaient abusivement des opioïdes. Ces derniers chiffres avoisinent le pourcentage de clients abusant de l'alcool, soit 84% et 81% respectivement chez les hommes et les femmes. Bien que le taux de consommation d'opioïdes chez les jeunes soit inférieur à celui des adultes, les données sur les jeunes clients de la même année fournies par les centres de traitement du PNLASJ font état de ce qu'un nombre ahurissant de jeunes consommaient abusivement du cannabis, soit 95% des femmes et 93% des hommes- des chiffres plus élevés que ceux liés à l'abus d'alcool, qui se situaient respectivement à 86% et à 70% chez les femmes et chez les hommes.

Une option de traitement de substitution à la méthadone sous forme de Suboxone®, approuvée en 2007 par Santé Canada contre la dépendance aux opioïdes chez les adultes, est désormais plus répandue. Suboxone® est une combinaison de deux médicaments différents: la buprénorphine (un

agoniste opioïde partiel) et la naloxone (un antagoniste opioïde pur).

De plus en plus, il est mis davantage accent sur la mise en œuvre de stratégies efficaces de réduction des méfaits liés à l'abus de substances dans le cadre d'une approche de développement communautaire, par opposition aux approches axées uniquement sur l'abstinence et l'interdiction. Des recherches intéressantes ont été effectuées sur les approches de réduction des méfaits pouvant le mieux fonctionner chez les peuples et communautés autochtones. La légalisation imminente du cannabis au Canada présente également des défis uniques aux Premières Nations, surtout dans un contexte où ces dernières sont confrontées à de taux élevés de toxicomanies dans leurs communautés. Tous ces changements soulignent la nécessité de mettre à disposition des ressources permettant de faire face au problème d'abus d'opioïdes et de mésusage de cannabis au sein des communautés et des centres de traitement.

Depuis de nombreuses années, l'on a eu de cesse de demander une revue des sources de financement du PNLAADA, et bien que les services du programme aient fait l'objet d'examen, de renouvellement et d'évaluation, au terme desquels des recommandations ont été formulées, lesdites sources de financement n'ont d'aucune manière significative été examinées. Nous sommes persuadés que le financement alloué au programme sert désormais et ce depuis longtemps à faire bien plus que le but visé à l'origine; beaucoup d'autres services s'y étant ajoutés, et d'ailleurs, il est plus que temps d'investir dans ce programme. L'effectif du PNLAADA fournit des services des plus estimés de lutte contre la toxicomanie et les Premières Nations ont besoin d'investissements dans le programme.

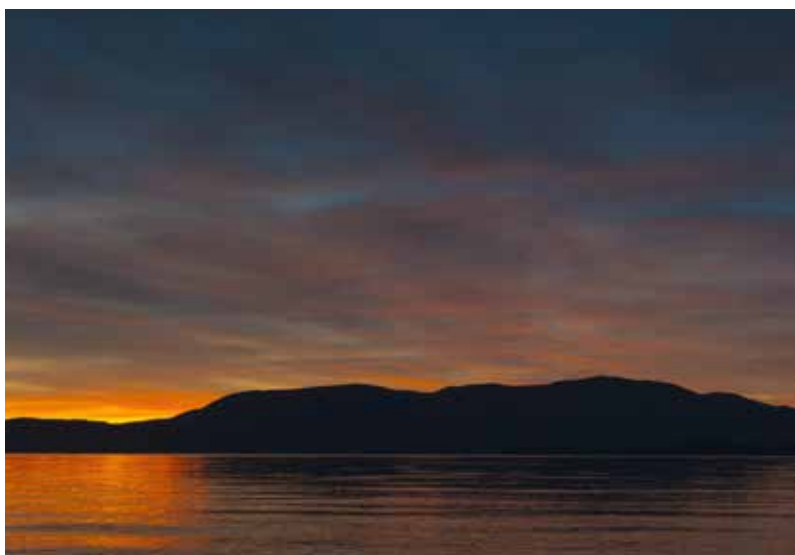
1 -Dell, C.A., Roberts, G., Kilty, J., Daschuk, M., Hopkins, C. & Dell, D. (March 28, 2012), Researching Prescription Drug Misuse among First Nations in Canada: Starting from a Health Promotion Framework. Substance Abuse Research and Treatment. 2012; 6: 23-31. doi: 10.4137/SART.S9247

2 - Ibid

3 - Ibid

4 - NNADAP/NYSAP 2016/17 Annual Report Infographics.

5 - Ibid



PNLAADA DE LA RÉGION DE L'ONTARIO

Le présent projet vise particulièrement les centres de traitement et travailleurs communautaires (Centre de traitement et prise en charge communautaires) du PNLAADA/PNLASJ au sein de la région de l'Ontario. La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuites de la région de l'Ontario compte cinq Organisations provinciales et territoriales (OPT), 18 Conseils tribaux et 133 Premières Nations (dont 116 disposent d'effectifs PNLAADA en place). Elle compte également 11 centres de traitement : deux programmes de traitement ambulatoire, dont sept programmes résidentiels PNLAADA et deux relevant du PNLASJ.⁶ Le PNLAADA disposait de 207 conseillers en matière de toxicomanie à l'exercice 2013-2014.⁷

Treatment centres

Les centres de traitement PNLAADA/PNLASJ dans la région de l'Ontario sont ainsi qu'il suit :

- **Reverend Tommy Beardy Memorial:** Boîte postale 131, Muskrat Dam ON P0V 3B0 807-471-2554 – famille.
- **Native Horizons Treatment Centre:** 130 New Credit Road Hagersville, ON N0A 1H0 905-768-5144 – Alcool et drogues, 18 ans +, admissions à l'été pour familles.
- **Sagashtawao Healing Lodge:** Boîte postale 99 Moosonee, ON P0L 1Y0 705-336-3450 – Alcool et drogues, 18 ans +, admissions à l'été pour familles.
- **Benbowopka Anishnabie Naadmaagi Gamig Substance Abuse Treatment Centre Box 568 Blind River:** ON P0R 1B0 705-356-1681 – Alcool et drogues, 18 ans +
- **Dilico Anishnabek Treatment Centre:** 200 Anemki Place FWFN, Thunder Bay ON P7J 1L6 807-624-5820 – Alcool et drogues, 18 ans +
- **Migisi Alcohol and Drug Abuse Treatment Centre:** Boîte postale 1340 Kenora, ON P9N 3X7 807-548-5959 – Alcool et drogues 19 ans+
- **Ngwaagan Gamig Recovery Centre Inc.:** Boîte postale 81 56 Pitawanakwat St Wikwemikong ON P0P 2J0 705-859-2324 – Alcool et drogues 18 ans+
- **Ka-Na-Chi-Hih Solvent Abuse Treatment Centre:** 1700 Dease Street Thunder Bay, ON P7C 5H4 807-626-1692 – Solvant, 16-25 ans
- **Nimkee Nupi Gawagan Healing Centre:** RR1 Muncey, ON N0L 1Y0, 519-264-2277 – Solvant, 12-17 ans.
- **Anishnawbe Health Toronto:** 225 Queen St E, Toronto,

ON, 416-360-0486 – Services ambulatoires de santé mentale et de toxicomanies.

- **Fort Frances Tribal Area Health Services:** 1460 Idlywild Dr, Fort Frances, ON P9A 3M3, 807-274-2042 – admissions au programme, services ambulatoires, de prétraitement et de suivi.

Stratégie nationale antidrogue

Une autre initiative qui n'est pas prévue dans le cadre du financement annualisé du PNLAADA, mais qui demeure pertinente au présent examen est la Stratégie nationale antidrogue liée à la modernisation des services de traitement. La SNA a financé l'examen du PNLAADA/PNLASJ 2007 et elle accorde 9 millions en fonds permanents à l'échelle nationale au PNLAADA/PNLASJ, au titre de fonds de modernisation. Cela représente du financement alloué directement au PNLAADA/PNLASJ afin de soutenir la formation, la certification, ainsi que pour servir de paiements incitatifs liés à la certification.

L'investissement budgétaire en cours dans la région de l'Ontario s'élève à \$ 622 914. L'axe prioritaire d'intervention pour ce qui est du financement reposant sur des propositions a été déterminé comme étant le suivant:

- *Le réaménagement des centres de traitement (réorganiser ou modifier les services de traitement existants) afin de répondre aux besoins recensés des collectivités des Premières Nations.*

D'autres priorités ayant reçu de petits investissements à la suite d'un processus concurrentiel de propositions comprennent les suivantes :

- Offrir des services appropriés de retrait ciblé liés au type précis de la dépendance et fondés sur un modèle sécuritaire au plan culturel, ainsi que la formation des intervenants communautaires destinés aux services de désintoxication et de prétraitement.

6 - Regional Presentation on Key Renewal Achievements and Plans to Date, Presentation to Chiefs of Ontario, Honouring Our Strengths: National Renewal Forum (January 24, 2012), ORAPC

7 - Certification Roll-Up FY 2013-2014, Health Canada.

- Renforcer et officialiser les liens de soutien postcure entre les centres de traitement et les communautés, notamment par l'élaboration d'un modèle de services post-intervention communautaires fondé sur les meilleures pratiques et à l'aide de plusieurs services de soutien communautaires.
- Mettre au point un modèle de continuum de soins coordonné avec des centres de traitement et des programmes communautaires, lequel mettrait l'accent sur des mesures de soutien à la gestion de cas dès le premier contact avec la personne ayant besoin de services de retrait, de prétraitement, traitement, postcure, et de prévention de rechute.

Équipes de développement communautaire & de mieux-être mental

Outre l'enjeu du financement annualisé du PNLAADA, la région de l'Ontario dispose également de trois équipes de développement de mieux-être communautaire financées par la province, dont les activités pourraient être pertinentes à cet examen notamment en ce qui concerne les possibilités de partenariat. Celles-ci avaient été mises en œuvre afin d'aider les collectivités à élaborer des stratégies leur permettant de faire face à la problématique de l'abus de médicaments sur ordonnance. Cependant, l'on n'a pas octroyé à ces collectivités de nouvelles ressources pouvant leur permettre de mettre en œuvre lesdites stratégies ou de nouveaux programmes, ou même de faire face aux problèmes. Dans la région de l'Ontario, on retrouve les équipes de développement de mieux-être communautaire aux lieux suivants:

- Une à l'Autorité sanitaire des Premières nations de Sioux Lookout, Sioux Lookout
- Une au Dilico Adult Residential Treatment Centre, Première Nation de Fort William
- Une à Native Horizons, Hagersville

La région dispose également d'une équipe de mieux-être mental (ÉMM), financée par le gouvernement fédéral, sise dans la localité de M'chigeeng, sur l'île Manitoulin. L'idée étant de disposer d'équipes multidisciplinaires et communautaires offrant des services de santé mentale et de toxicomanies dans les collectivités des Premières Nations et Inuites, dont les activités épousent ou améliorent celles des approches traditionnelles, culturelles et conventionnelles.⁸ L'approche ÉMM est conçue pour compléter et appuyer des efforts qui ont actuellement cours dans les réserves des Premières Nations et les communautés inuites. Il y aura 32 nouvelles équipes de mieux-être mental établies à l'échelle du Canada au cours des trois prochaines années. Des discussions sont actuellement en cours entre Santé Canada et les chefs de l'Ontario par rapport à l'augmentation du nombre et d'emplacements desdites équipes dans la région de l'Ontario.

8 - Mental Wellness Teams: Key Learnings from 8 Projects (July 2014), Health Canada.

**L'IDÉE ÉTANT DE DISPOSER D'ÉQUIPES
MULTIDISCIPLINAIRES ET
COMMUNAUTAIRES OFFRANT DES SERVICES
DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIES
DANS LES COLLECTIVITÉS DES PREMIÈRES
NATIONS ET INUITES, DONT LES ACTIVITÉS
ÉPOUSENT OU AMÉLIORENT CELLES DES
APPROCHES TRADITIONNELLES,
CULTURELLES ET CONVENTIONNELLES.**



APPELS À L'ACTION ET CADRES POLITIQUES PERTINENTS

Le présent rapport s'inspire de deux cadres politiques récents : Honorer nos forces : cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations du Canada (2011) et le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (2015). Il convient de relever qu'à ce jour, aucun financement n'a été affecté à la mise en œuvre de ces deux cadres politiques. Ce rapport, dont l'objectif est de mettre de l'avant les coûts initiaux nécessaires au financement de la mobilisation de ressources adéquates pour le PNLAADA/PNLASJ, porte également sur la question depuis longtemps en suspens de la parité salariale, et il cadre avec des Appels à l'action précis de la Commission de vérité et réconciliation du Canada en 2015.

COMMISSION DE VÉRITÉ ET RÉCONCILIATION DU CANADA: **APPELS À L'ACTION**

Les Appels à l'Action émis par la Commission de vérité et réconciliation du Canada, et plus précisément, certains Appels à l'action liés à la santé, repris ci-dessous, revêtent une importance particulière à cette revue.

18. Nous demandons au gouvernement fédéral, aux gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'aux gouvernements autochtones de reconnaître que la situation actuelle sur le plan de la santé des Autochtones au Canada est le résultat direct des politiques des précédents gouvernements canadiens, y compris en ce qui touche les pensionnats, et de reconnaître et de mettre en application les droits des Autochtones en matière de soins de santé tels qu'ils sont prévus par le droit international, le droit constitutionnel de même que par les traités.

19. Nous demandons au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs quantifiables pour cerner et combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones, en plus de publier des rapports d'étape annuels et d'évaluer les tendances à long terme à cet égard. Les efforts ainsi requis doivent s'orienter autour de divers indicateurs, dont la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, la toxicomanie, l'espérance de vie, les taux de natalité, les problèmes de santé infantile, les maladies chroniques, la fréquence des cas de maladie et de blessure ainsi que la disponibilité de services de santé appropriés.

22. Nous demandons aux intervenants qui sont à même d'apporter des changements au sein du système de soins de santé canadien de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de patients autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, lorsque ces patients en font la demande.

23. Nous demandons à tous les ordres de gouvernement :

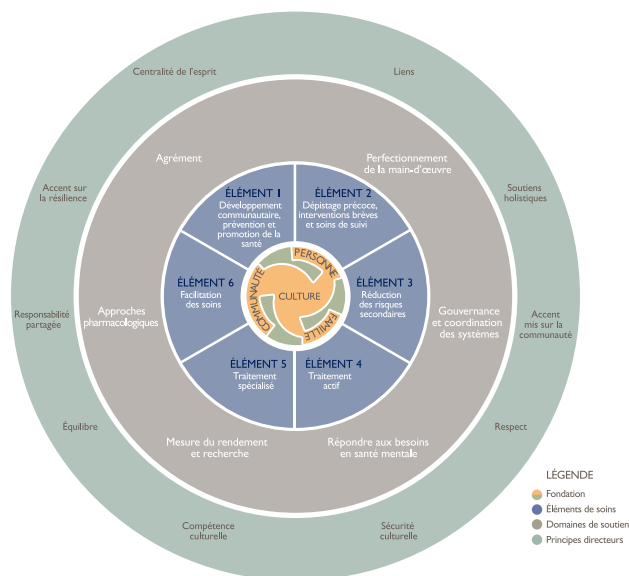
- ii. de voir à l'accroissement du nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé.
- iii. de veiller au maintien en poste des Autochtones qui fournissent des soins de santé dans les collectivités autochtones.
- iv. d'offrir une formation en matière de compétences culturelles à tous les professionnels de la santé.

HONORER NOS FORCES

Honorer nos forces (2011) est un cadre fondé sur des données probantes qui présente un ensemble complet de soins destinés à renforcer les interventions communautaires, régionales et nationales relatives à la toxicomanie. offre des directives et détermine les occasions à saisir afin de s'assurer que les personnes, les familles et les communautés bénéficient des services et des mesures de soutien appropriées au plan culturel et adaptés à leurs besoins à chaque étape de leur processus de guérison. La vision décrite dans le cadre sert à orienter la prestation, la conception et la coordination des services à tous les niveaux du programme NLAADA/PNLASJ, et de tous autres programmes de santé mentale et de toxicomanie qui desservent des populations des Premières Nations. Le continuum de soins décrits dans *Honorer nos forces* est composé de six principaux éléments des soins; lesquels éléments répondent aux besoins des individus, familles et communautés en ce qui a trait à un large éventail de problèmes de consommation d'alcool et des drogues. Les éléments ont également pour vocation de satisfaire aux besoins de la population de tout âge et ceux des groupes particuliers (tels que des femmes, des jeunes, et des personnes aux prises avec des problèmes liés à la santé mentale). Ces éléments renvoient aux services allant d'universels à hautement spécialisés, et ils sont ainsi qu'il suit:

- 1. Développement communautaire , prévention universelle et promotion de la santé**
- 2. Dépistage précoce , Intervention brève et suivi**
- 3. Réduction des risques secondaires**
- 4. Traitement actif**
- 5. Traitement spécialisé**
- 6. Facilitation des soins.**

Honorer nos forces fait également ressortir six mesures de soutien principales dans le continuum des soins. Il s'agit de: perfectionnement de la main-d'œuvre, la gouvernance et la coordination du système, la prise en charge des besoins en matière de santé mentale, la mesure du rendement et la recherche, les méthodes de soins pharmacologiques et les agréments professionnels.





Le cadre définit un continuum du mieux-être mental des Premières Nations, lequel, à l'instar d'Honorer nos forces, est fermement ancré dans la culture et favorise l'accès aux mesures et services de soutien pour des personnes et des familles de tout âge, y compris pour ceux qui font face à des besoins multiples et complexes. Le continuum des services essentiels comprend:

- 5. Désintoxication
- 6. Traitements sensibles aux traumatismes
- 7. Appui et soins de suivi

Aussi, convient-il de relever que le principe fondamental qui sous-tend les deux modèles (Honorar nos forces et le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations) est que le continuum se doit d'être coordonné. En outre, les deux modèles placent la culture à la base du continuum. Il est à noter également que bien que les Premières Nations se soient activement engagés à la mise au point de ces cadres, il sera impossible de mettre en œuvre la gamme complète de services avec des niveaux de financement découlant d'une formule désuète.

TOXICOMANIE DANS LA RÉGION DE L'ONTARIO

L'incidence élevée des problèmes sociaux et de santé auxquels font face les communautés autochtones aujourd'hui ne peut être comprise sans une appréciation des effets continus des traumatismes historiques liés à la colonisation. Bien de cultures autochtones à l'échelle planétaire ont subi le même sort, avec pour répercussions des perturbations et autres traumatismes collectifs vécus par des victimes de guerre et des catastrophes naturelles.⁹ Plusieurs chercheurs en sont arrivés à la conclusion selon laquelle le traumatisme, en particulier le traumatisme collectif, est de par ses effets, intergénérationnel, car ce qui est vécu lors de ce traumatisme est transmis à la prochaine génération.^{10 11 12 13 14} Il n'est donc pas surprenant de constater que les tendances des problèmes liés à la santé mentale et aux toxicomanies chez la population autochtone du Canada sont semblables à celles que l'on retrouve chez d'autres populations autochtones ayant elles aussi connu une histoire de colonisation¹⁵ et on doit faire face aux problèmes liés à la santé mentale et à la toxicomanie au sein des communautés autochtones à la lumière de cette histoire et des facteurs de risque connexes y afférents. Par exemple, jusqu'à 98 pour cent des survivants des pensionnats seraient touchés (ou furent touchés) par un trouble de santé mentale, notamment des problèmes liés à la toxicomanie, le stress post-traumatique, la dépression majeure et la dépression chronique.¹⁶

Les données dont on dispose ayant trait aux problèmes de toxicomanie dans les communautés autochtones de la région de l'Ontario corroborent cette conclusion de recherches, laquelle fait état des taux de toxicomanie plus élevés comparativement à la population non autochtone. Par exemple, une analyse des données pertinentes effectuées par la Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est

ayant trait aux peuples autochtones vivant hors réserve a récemment déclaré ce qui suit :

....un sous-ensemble de données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) a été recueilli pour servir dans l'élaboration de ce cadre. Ce dernier comprend des données liées aux peuples autochtones, recueillies auprès des personnes se réclamant autochtones vivant hors réserve... Les résultats de l'ESCC révèlent que les peuples autochtones de l'Ontario qualifient leur état de santé mentale de plus pauvre. En outre, ceux-ci signalent également plusieurs facteurs de risque de santé mentale et des toxicomanies par rapport à la population non-autochtone de l'Ontario (voir tableau 1). Les différences étaient statistiquement significatives.¹⁷

Tableau 1: facteurs de risques choisis de santé mentale, Facteur de risque en Ontario

	Répondants autochtones	Répondants non autochtones
Perception de la santé mentale-très bonne ou excellente	66,1 %	75,1 %
Forte consommation d'alcool	23,3 %	16,3 %
Taux de tabagisme (quotidien ou occasionnel)	40,3 %	20,2 %

9 Royal Commission on Aboriginal Peoples, (1995). Choosing Life: Special Report on Suicide among Aboriginal People. Ottawa: Canada.

10 Yehuda, R., Schmeidler, J., Wainberg, M., Binder-Byrnes, K and Duvdevani, T. (Sept, 1998) Vulnerability to Posttraumatic Stress Disorder in Adult Offspring of Holocaust Survivors. American Journal of Psychiatry, 155:1163-1171.

11 Wesley-Esquimaux, C.C. & Smolewski, M. (2004) Historic Trauma and Aboriginal Healing. Prepared for the Aboriginal Healing Foundation. Canada.

12 Adler, T. (October 16, 2005). The impact of residential schooling on Aboriginal parents as first teachers. Presentation at the Native Mental Health Conference, Symposium on Early Care and Education

13 White, J. & Jodoin, N. (2004) Aboriginal Youth: A Manual of Promising Suicide Prevention Strategies. Centre for Suicide Prevention: Calgary, Alberta.

14 Daud, A., Skoglund, E., & Rydellius, P (2005) Children in families of torture victims: transgenerational transmission of parents' traumatic experiences to their children. International Journal of Social Welfare 14 (1), 23-32.

15 Kirmayer LJ, Brass GM, Tait CL. (2000) The mental health of Aboriginal peoples: transformations of identity and community. Can J Psychiatry, 45(7):607-616

16 Fast Facts on the mental health of Aboriginal peoples. In Canadian Psychiatry Aujourd'hui. Volume 3. 2007.

17 Aboriginal/First Nation and Métis Mental Health and Addictions Framework (January 2011). NE LHIN - Enquête régionale sur la santé des Premières nations (ERS) Phase 2 (2008/10) Rapport final, région de l' Ontario (2012) Ontario Region Report on the Adult, Youth and Children Living in First Nations Communities



En ce qui concerne des personnes vivant dans les réserves, selon l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations (ERS) 2008/10 la plus récente, en réponse à la question « à l'heure actuelle, fumez-vous des cigarettes ? », plus d'un tiers (38,6 %) des adultes des Premières Nations dans la région de l'Ontario ont déclaré être fumeurs quotidiens, auxquels s'ajoutaient un autre 10,9 % d'entre eux-ci se considérant *fumeurs occasionnels*.¹⁸ À titre de comparaison, selon les chiffres de Statistique Canada (2010), 19,4 % de la population canadienne en général (2007-2008) étaient des fumeurs.¹⁹ Près d'un tiers des personnes de l'ERS (31,4 %) signalaient des habitudes de consommation excessive d'alcool (binge drinking) (cinq verres ou plus en toute occasion) entre une fois par mois et plus d'une fois par semaine. Chez les Canadiens en général, les chiffres de Statistique Canada révèlent qu'en 2008, 17 % avaient signalé des habitudes de consommation excessive d'alcool une fois par mois ou plus au cours de l'année précédente, tandis qu'en Ontario, ce chiffre était de 16,5 %.^{15,20}

Les résultats de l'ERS 2008/10 indiquaient en outre qu'au cours de la dernière année, 9,8 % des adultes des Premières Nations dans la région de l'Ontario signalaient avoir consommé du cannabis sans ordonnance une ou deux fois, 2,0 % ont signalé en faire usage tous les mois, 3,6 % ont déclaré en consommer toutes les semaines, et 9,6 % ont déclaré en faire usage tous les jours ou presque tous les jours. Chez des jeunes entamant le traitement au PNLASJ, 81 % d'entre eux-ci déclarent consommer du cannabis sans ordonnance régulièrement au cours de la dernière année.²¹ Par opposition, en 2011, seulement 9 % des Canadiens signalaient avoir consommé du cannabis sans ordonnance du tout au cours de l'année écoulée.²²

En Ontario, entre 1991 et 2007, le nombre d'ordonnances pour de l'oxycodone a connu une augmentation de 850 %. En 2015, au moins 551 personnes sont décédées en Ontario des suites d'une overdose d'opioïdes, comparativement à 421 en 2010.²³ Les visites aux urgences en raison d'une intoxication aux opioïdes sont également en hausse en Ontario, soit une augmenta-

tion de 24% entre 2010-2011 et 2014-2015, de 20,1% par 100 000 personnes de 24,9 % par 100.000 personnes.²⁴ La disponibilité croissante de nouvelles sources d'opioïdes synthétiques puissants de rue n'a fait qu'exacerber le problème. En 2015, le fentanyl et l'hydromorphone sont devenus les deux principaux types d'opioïdes les plus souvent à l'origine des décès liés aux opioïdes en Ontario, tous deux dépassant l'oxycodone.²⁵ Pour ce qui est de la consommation d'opioïdes sans ordonnance, une étude en Ontario confirme « l'incidence extrêmement élevée de la dépendance aux opioïdes dans les communautés des PN. Chez les adultes âgés de 20-50 ans, 28,0 % étaient sur la buprénorphine-naloxone, soit le double du taux des adultes dans ces communautés ayant eu un diagnostic de diabète de type 2 (14,1 %). »²⁶ D'autres enquêtes menées par les communautés des Premières Nations dans plusieurs collectivités du Nord de l'Ontario ont signalé une incidence de consommation abusive d'opioïdes sur ordonnance se situant entre 35 % et 50 %. « En outre, le nombre d'autochtones (pour la plupart des Premières Nations) demandant un traitement pour la dépendance aux opioïdes sur ordonnance en Ontario entre 2004 à 2009 a triplé. »²⁷ Bien que nous n'ayons pas d'études similaires se rapportant au sud de l'Ontario, nous savons que cette problématique y prend également de l'ampleur. En revanche, en 2012, le nombre de Canadiens signalant avoir abusé des opioïdes au cours de l'année écoulée était de 0,9 % de la population.²⁸

18 First Nations Regional Health Survey (RHS) Phase 2 (2008/10) Ontario Region Final Report (2012).

Ontario Region Report on the Adult, Youth and Children Living in First Nations Communities

19 <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/health74b-eng.htm>

20 <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/deter/hdx-eng.htm>

21 YSAC Mental Health, June 2016. Addictions Management Information System.

22 Canadian Alcohol and Drug Use Survey Summary of Results 2011, Health Canada).

http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogués/stat/_2011/summary-sommaire-eng.php

23 Office of the Chief Coroner, Ontario Forensic Pathology Service. Ontario Opioid Related Toxicity (2010-2015). Note: The 2015 figure is preliminary figure, and subject to change

24 Canadian Institute for Health Information, Canadian Centre on Substance Abuse. Hospitalizations and Emergency Department Visits Due to Opioid Poisoning in Canada – Data Tables. Ottawa, ON: CIHI; 2016

25 Government of Canada. Joint Statement of Action to Address the Opioid Crisis. November 19, 2016. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-abuse/opioid-conference/joint-statement-action-address-opioid-crisis.html>

26 Mamakwa, S. et al (2015). Evaluation of 6 remote First Nations community-based buprenorphine programs in Northwest Ontario (in press).

27 Kanate et al (2015) Community-wide measures of wellness in a remote First Nations community experiencing opioid dependence: *Evaluating outpatient buprenorphine-naloxone substitution therapy in the context of a First Nations healing program* (2015).

28 Canadian Centre on Substance Abuse, Canadian Drug Summary, July 2015 <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Prescription-Opoids-2015-en.pdf>

En ce qui concerne les substances faisant le plus souvent l'objet d'abus, Williams (2009) dans une évaluation des besoins pour le PNLAADA dans la région de l'Ontario a fait remarquer ce qui suit... *Les conclusions des études de tous les champs d'enquête confirment que l'alcool est toujours classé la substance faisant l'objet de plus d'abus dans les collectivités des Premières Nations en Ontario, suivi de près par le cannabis (sous forme de marijuana et de haschich), ainsi que de la cocaïne et de l'oxycodone, (notamment l'oxycontin et le percocet). Toutefois, les conclusions de l'étude indiquent aussi fermement que la consommation de substances multiples est répandue chez les gens des Premières Nations en Ontario, notamment l'alcool et l'oxycodone.* Bien que les données propres à l'Ontario ne soient pas disponibles actuellement, les données pancanadiennes suggèrent que ces tendances pourraient être en hausse,²⁹ car des centres de traitement signalent que les opioïdes constituent maintenant la deuxième substance faisant le plus objet d'abus derrière l'alcool chez les clients adultes, suivis du cannabis. Chez les jeunes, l'abus de cannabis dépasse désormais l'abus d'alcool.

L'accès au traitement contre la dépendance aux opioïdes reste encore extrêmement difficile; à cela s'ajoute le fait que les collectivités des Premières Nations éprouvent des difficultés à accéder au financement pour des services de transport leur permettant d'aller se faire prendre en charge ailleurs dans des services hors de la communauté. Thunderbird Partnership Foundation a suivi les préoccupations de la Police provinciale de l'Ontario faisant état d'une hausse en laboratoires de la méthamphétamine en cristaux dans le sud de l'Ontario, ainsi que des spécialistes en toxicomanie offrant des services communautaires liés à la thérapie de remplacement des opioïdes, qui de leur part ont fait le constat selon lequel les ados entamant la consommation de drogues, le font par voie intraveineuse. En outre, le taux du syndrome d'abstinence néonatale a quadruplé au cours des dix dernières années et on le signale dans 30% de naissances dans certaines villes du nord de l'Ontario.³⁰

29 - NNADAP/NYSAP 2016/17 Annual Report Infographics

30 - The Mental Health of Children and Youth In Ontario: A Baseline Scorecard. March 2015 ICES

FORCES ET RÉUSSITES DU PNLAADA

Depuis 2007, date à laquelle on a mis en branle le processus de renouvellement du PNLAADA visant à élaborer une vision de l'orientation du programme au cours des cinq à dix années qui suivaient, un certain nombre d'importantes réussites et de forces ont été recensées, grâce à des évaluations et examens, lesquelles réussites et forces se présentent comme suit :

- **Très peu de chevauchement ou double emploi entre les programmes de lutte contre les problèmes liés à la santé mentale et aux toxicomanies.**

³¹

- De **nouvelles ressources** telles que l'accès au traitement au Suboxone ; les travailleurs en santé mentale des enfants autochtones grâce au financement du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario ; le Fonds d'intégration des services de santé de Santé Canada ; et les équipes de Développement du mieux-être communautaire.³²

- **Meilleures options de traitement**, notamment l'accès à des thérapies de substitution des opioïdes à l'aide de Suboxone, des améliorations en télésanté mentale et le traitement par l'approche des soins sensibles au traumatisme;³³ et une gamme améliorée des options de traitement (par exemple au sein des collectivités et des centres de traitement), notamment des programmes traditionnels et culturels.^{34 25}

31 - First Nations and Inuit Mental Health and Addictions Cluster Evaluation 2005/6 – 2009/10 Final Report (September 2012). Health Canada.

32 - Final Report of the Update of the 2009 Ontario Region First Nations Addictions Service Needs Assessment (March 2015) Mariette Sutherland and Dr. M. Maar for Chiefs of Ontario.

33 - Ibid

34 - First Nations and Inuit Mental Health and Addictions Cluster Evaluation 2005/6 – 2009/10 Final Report (September 2012). Health Canada.

35 - National Native Alcohol and Drug Abuse Program Treatment Centre Outcome Study (Phase II) 2012 Summary Report, Final Draft (April 2013). Mental Wellness Division. Inter-professional Advisory and Program Support Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada

- **Capacité globale améliorée** : les prestataires de services communautaires sont mieux renseignés par rapport aux opioïdes et autres thérapies de substitution aux opiacés ; la certification des intervenants en toxicomanie a augmenté, tout comme l'accréditation des centres de traitement; et dans certaines communautés, ces efforts sont appuyés par des équipes de développement de mieux-être communautaire.^{36 37} En outre, en dépit des investissements au compte-gouttes, la portée de la prestation des services du PNLAADA de l'Ontario a connu des améliorations incroyables. Il s'agit notamment de l'accréditation de tous les centres de traitement résidentiels, la certification de la majorité des intervenants des centres de traitement auprès d'organismes de certification externes et le perfectionnement professionnel continu des travailleurs des centres de traitement et communautaires. Des ressources supplémentaires pour faire face aux insuffisances liées à la parité salariale et au programme permettraient à ce que plusieurs des recommandations formulées dans *Honorer nos forces et le Cadre du continuum du mieux-être mentale des Premières Nations* soient mises en œuvre.

- **Réduction de la stigmatisation liée au traitement de problèmes de santé mentale et des toxicomanies.**³⁸

- **Meilleure connaissance** des causes profondes des toxicomanies comme étant liées aux conséquences de la fréquentation d'un pensionnat indien et aux traumatismes multigénérationnels.³⁹

- **Davantage de participation dans des programmes et services de lutte contre les problèmes de santé mentale et de toxicomanies et adoption accrue de comportements sains grâce aux programmes de lutte contre les toxicomanies.**^{40 41} Les mesures du mieux-être sont évaluées par les centres de traitement à l'admission et à la sortie par rapport à des interventions culturelles à l'aide de l'Évaluation du mieux-être des autochtones^{MC}, protocole lancé en juin 2015 et premier instrument en son genre au monde. Ces mesures comprennent les suivantes: Espoir, Appartenance, Sens et But.

- **Contrôle accru des services par les collectivités**⁴³

- Reconnaissance accrue de l'importance de la culture et des traditions comme constituant les piliers essentiels des programmes de lutte contre les problèmes de santé mentale et des toxicomanies et, au sein des communautés, volonté et mobilisation accrues au tour de la mise au point de ces services ;

- **Environnement de partenariats et de collaboration amélioré et occasions accrues de partage d'information en matière de santé mentale et de toxicomanies.**⁴⁶

- **Nouvelles orientations politiques servant de cadre approprié permettant de mener des actions et provoquer des changements transformateurs** (p.ex., *Honorer nos forces et le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*).^{47 48}

-
- 36 - Final Report of the Update of the 2009 Ontario Region First Nations Addictions Service Needs Assessment (March 2015) Mariette Sutherland and Dr. M. Maar for Chiefs of Ontario.
- 37 - Santé mentale et lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations et les Inuits - Évaluation du groupe 2005/06 - 2009/10 - Rapport final- (septembre 2012). Santé Canada.
- 38 - Final Report of the Update of the 2009 Ontario Region First Nations Addictions Service Needs Assessment (March 2015) Mariette Sutherland and Dr. M. Maar for Chiefs of Ontario.
- 39 - Ibid
- 40 - First Nations and Inuit Mental Health and Addictions Cluster Evaluation 2005/6 - 2009/10 Final Report (September 2012). Health Canada
- 41 - National Native Alcohol and Drug Abuse Program Treatment Centre Outcome Study (Phase II) 2012 Summary Report, Final Draft (April 2013). Mental Wellness Division. Inter-professional Advisory and Program Support Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada
- 42 - Ibid
- 43 - Ibid
- 44 - Ibid
- 45 - Final Report of the Update of the 2009 Ontario Region First Nations Addictions Service Needs Assessment (March 2015) Mariette Sutherland and Dr. M. Maar for Chiefs of Ontario.
- 46 - First Nations and Inuit Mental Health and Addictions Cluster Evaluation 2005/6 - 2009/10 Final Report (September 2012). Health Canada
- 47 - Ibid
- 48 - Final Report of the Update of the 2009 Ontario Region First Nations Addictions Service Needs Assessment (March 2015) Mariette Sutherland and Dr. M. Maar for Chiefs of Ontario.





LACUNES ET DÉFIS NÉCESSITANT UNE MOBILISATION IMMÉDIATE DE RESSOURCES

Les domaines clés auxquels nous nous sommes attardés ci-après ont été identifiés comme étant ceux qui nécessitent de l'investissement immédiat en ce qui concerne le renforcement des capacités, et cela suite à un examen approfondi des diverses sources de données utilisées dans le cadre du présent projet. Des investissements dans ces domaines permettront de disposer des ressources nécessaires permettant d'évoluer vers la prestation d'un continuum de soins, tel que relevé dans *Honorer nos forces*.

Il convient également de noter que des études ont révélé qu'il existe un important retour social sur investissement (IRSI) en matière d'investissements liés au renforcement des capacités, tel que décrit dans le présent rapport. Par exemple, un programme pilote dans un Centre de traitement a fait le constat selon lequel chaque dollar de financement d'investi dans une année donnée résultait en 3,85 \$ de rendement social sur trois ans.⁴⁹ Une autre étude a estimé à 4,21 \$ pour 1 \$ d'investi le retour social sur investissement (RSI) résultant de la prestation des services de traitement des toxicomanies sensibles aux traumatismes, et fondés sur la culture, destinés aux femmes enceintes et aux mères pendant un an, suivi d'appui pendant deux années supplémentaires. Les auteurs ont en outre fait remarquer que : « *vu le profil des femmes concernées et les chances de réussite de ces dernières si elles ont l'appui nécessaire, le retour social sur investissement (RSI) pourrait être à hauteur de 25 \$ pour 1 \$ d'investi.* »⁵⁰

49 - Social Return on Investment NNADAP Treatment Centre Pilot (2015), Health Canada;

50 - Social Return On Investment (SROI) Case Study: Minwaashin Lodge Addictions Treatment Centre

I. PARITÉ SALARIALE

I.1 NÉCESSITÉ DE LA PARITÉ SALARIALE

De nombreuses sources soulignent la nécessité de parvenir à la parité salariale et promouvoir le perfectionnement de la main-d'œuvre, de disposer d'une main-d'œuvre dûment formée et agréée qui soit compensée financièrement conformément aux barèmes de salaires provinciaux équivalents, lesquels tiennent compte des normes établies des Premières Nations.^{51 52 53 54 55}

Pendant des décennies, le manque de parité salariale entre les conseillers en toxicomanie du PNLAADA/PNLASJ et d'autres conseillers conventionnels du même domaine a été identifié comme constituant un problème au Canada. En 1991, Santé Canada a mis en place une grille de rémunération financière de base pour les centres de traitement à l'aide d'une formule de financement,⁵⁶ qui depuis lors n'a fait l'objet d'aucune évaluation, ni de reformulation, et à ce moment-là, les salaires se trouvaient à un niveau au moins 10% plus faible que ceux des intervenants conventionnels.⁵⁷ À un moment donné, les formules de financement ont été abandonnées et il semble que le même montant de fonds était versé chaque année, avec de faibles augmentations annuelles. En outre, le financement destiné à la stratégie nationale antidrogue n'est pas un financement de base et ne peut être utilisé à des fins d'améliorations salariales.⁵⁸ Bien que le présent document s'applique précisément à la région de l'Ontario, pour fins de comparaison, les salaires à l'échelle du Canada seront examinés en premier lieu. Il est ressorti d'un examen général du PNLAADA en 1998 le constat selon lequel à l'échelle nationale, les salaires étaient faibles et, dès lors, les centres de traitement éprouvaient d'énormes difficultés à recruter et à maintenir en poste le personnel.⁵⁹ En outre, un examen financier lié au rapport susmentionné soulignait par ailleurs que " le niveau des ressources identifiées en 1982 comme étant nécessaires au déploiement d'une stratégie adéquate et complète pour faire face à la problématique de l'abus d'alcool et de drogues chez les Premières Nations et les Inuits avait été atteint et dépassé pour ce qui est des volets prévention et

formation du PNLAADA, mais pas *en ce qui concernait le traitement*" (c'est nous qui mettons en italiques). Le rapport fit en suite savoir que, "dans l'ensemble, les dépenses liées au PNLAADA avaient atteint leur sommet au milieu des années 1990, avant de régresser plus récemment du fait des transferts et autres accords intégrés. Il convient de rappeler que les baisses liées aux dépenses du PNLAADA s'attribuent aux seuls transferts. Cependant, les dépenses liées au programme de santé communautaire, un autre domaine touché pas les accords de transfert, ont plus que doublé entre 1990-91 et 1995-96; en même temps, les ressources du PNLAADA diminuaient de 10,7 % et les programmes se renforçaient dans d'autres domaines de prestation de service, mais pas au sein du PNLAADA. Les ressources nécessaires au traitement par tête en 1995-96 se situaient à 83,4 % de ce qui était recommandé pour l'exercice 1986-87 à l'échéance du programme, et cela en termes de dollars réels, et non en dollars courants, pour parvenir à un niveau comparable de pouvoir d'achat."⁶⁰

Depuis lors, la question de salaires faibles et la nécessité d'atteindre la parité salariale entre les intervenants en toxicomanie conventionnels et ceux du PNLAADA a été soulevée à plusieurs reprises dans de nombreux examens et initiatives de recherche concernant le PNLAADA.

Une rémunération juste et équitable permet aux programmes de recruter et maintenir des travailleurs qualifiés et dévoués en poste, favorisant ainsi l'efficacité dans le traitement. Toutefois, pour stabiliser la dotation en personnel, le PNLAADA doit offrir des

51 Honouring Our Strengths: A Renewed Framework to Address Substance Use Issues among First Nations People in Canada (2011) AFN, NNAPE, Health Canada.

52 Ontario Region First Nations Addictions Service Needs Assessment, Final Report (March 28, 2009). Williams Consulting.

53 Final Report of the Update of the 2009 Ontario Region First Nations Addictions Service Needs Assessment (March 2015) Mariette Sutherland and Dr. M. Maar for Chiefs of Ontario

54 First Nations Mental Wellness Continuum Framework (January 2015) AFN, Health Canada

55 Improving Mental Health Services and Supports in the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) (2009), McCormick and Quantz.

56 Memorandum: NNADAP Treatment Formula – Centres Meeting Minimum Standards (February 12, 1991) Government of Canada.

57 Ontario Regional Addictions Partnership Committee (ORAPC), Briefing Note for the Chiefs of Ontario, July 18, 2013

58 ORAPC, Briefing Note for the Chiefs of Ontario, July 18, 2013

59 National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) General Review, Final Report (1998), NNADAP, pg.

60 NNADAP General Review: A Financial Review of the National Native Alcohol and Drug Abuse Program 1983-84 to 1996-97, (1998), NNADAP, pg. viii.

salaires aussi compétitifs que ceux pratiqués par d'autres employeurs potentiels, tel que relevé dans un document soulignant les principales constatations et conclusions découlant de l'Examen du PNLAADA 1998 avant la parution de celui-ci.⁶¹ Avant l'*Accord de Kelowna*, le Secrétariat de la santé de l'Assemblée des Premières Nations (APN) et le Comité des chefs sur la santé avaient identifié sept priorités en matière de santé, dont en premier lieu, la durabilité des ressources humaines et programmes y relatives; la parité salariale pour les employés de bande des Premières Nations étant l'une des considérations.⁶² La Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD) s'est fait l'écho de ces conclusions en 2005, en ces termes: « le financement pour la prise en charge des salaires s'en trouve souvent trop limité pour permettre de maintenir en poste du personnel hautement qualifié ». ⁶³ S'agissant des éléments de programme liés au renouvellement du PNLAADA devant être mis au point, il fut également recommandé en 2005 ce qui suit:

Entreprendre un examen et une révision des salaires, afin qu'il soit mise au point, le cas échéant, une grille de salaires plus compétitifs liés à l'expérience et à la formation, la taille de la population de la communauté, ainsi qu'aux indices ayant trait à l'éloignement et aux risques pour l'environnement, et que le financement se fondant sur cette grille soit mis à la disposition des programmes de traitement et des programmes de prévention. ⁶⁴

La Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD) a été mandatée par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) à effectuer un examen et une analyse des salaires des intervenants en toxicomanie dans les systèmes fédéral et provinciaux, à l'issue desquels une ébauche de rapport fut élaborée en 2007. Le rapport réaffirmait des conclusions antérieures selon lesquelles les salaires n'avaient pas atteint la parité avec ceux des intervenants conventionnels et qu'il fallait mettre au point des grilles de rémunération normalisées et équitables.⁶⁵ Dans ce même rapport, il est fait des références à deux documents de la DGSPNI non publiés, à savoir, un rapport (2004) et une présentation Powerpoint (2007). Tous ces deux documents s'accordent à relever que

les salaires pratiqués au PNLAADA étaient encore bien en deçà de ceux du système provincial à des niveaux équivalents, chose qui rend extrêmement difficile la tâche d'attirer et de maintenir en poste du personnel; la présentation de 2007 faisant valoir en outre que remédier à l'enjeu de la parité salariale permettrait également :

- d'appuyer la mobilité verticale et servir de mesures incitatives à l'avancement professionnel ;
- d'améliorer la qualité des services ;
- d'augmenter le nombre de programmes fondés sur des données probantes ; et en fin de compte,
- d'atteindre des niveaux de services [et de parité salariale] comparables à ceux des provinces.

Celui-ci faisait par ailleurs valoir que l'Alberta et le Manitoba avaient fait des efforts dans le sens de remédier au problème de parité salariale pour les intervenants du PNLAADA, notamment en proposant des échelles de parité salariale prévoyant des taux de rémunération à ces derniers qui soient comparables à ceux de leurs homologues provinciaux; la grille de l'Alberta ayant été entièrement mis en œuvre en 2004.

La nécessité d'effectuer un examen et une révision approfondis des salaires fut soulevée de nouveau en 2009 dans un document de recherche qui étudiait les possibilités d'améliorer l'intégration des programmes de santé mentale et de toxicomanies au sein du PNLAADA. Les auteurs recommandaient entre autres une révision des salaires que l'on versait aux intervenants des programmes de prévention et de traitement des problèmes liés à la santé mentale et aux toxicomanies, l'élaboration d'une grille de salaires nationale basée sur la formation, l'expérience et autres indices de l'éloignement, l'augmentation du financement alloué aux intervenants PNLAADA, des remboursements concurrentiels des frais de scolarité, déplacement, subsistance et de documentation, etc., une nécessité qui fut soulignée de nouveau dans un document de travail de 2010 concernant le renouvellement du PNLAADA. Un énième rapport portant sur divers évaluations de besoins et plans de formation nationaux et régionaux réalisé entre 2004 et 2013 en présentait des préoccupations semblables; les conclusions de celui-ci mettant en évidence d'importantes disparités entre les salaires versés aux travailleurs PNLAADA-PNLASJ par rapport à ceux des intervenants en toxicomanies conventionnels à l'échelle du pays.

61 NNADAP General Review, NNADAP Review Steering Committee, circa 1998, pg. 14, cited in NNAPF (October 2007) Review of Aboriginal, Provincial, Federal and International responses concerning Wage Parity / Salary Scales pertaining to the Addictions Workforce.

62 Health Background Paper, Health Sectoral Session, Assembly of First Nations, November 2004, pg. 2, cited in Review of Aboriginal, Provincial, Federal and International responses concerning Wage Parity / Salary Scales pertaining to the Addictions Workforce (October 2007), NNADAF.

63 NNADAP Renewal Framework – Implementing the Strategic Recommendations of the 1998 General Review of the National Native Alcohol and Drug Abuse Program, National Native Addictions Partnership Foundation, streamlined edition, 2005, pg. 59.

64 Ibid

65 NNAPF (2007)

66 Improving Mental Health Services and Supports in the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) (2009), McCormick and Quantz, pg 39.

67 Bobet, E. (2010). Renewing NNADAP: Common themes from the regional needs assessments reports and the January 2010 NNADAP national renewal forum. Discussion paper prepared for NNADAP Regional Partners and members of the First Nations Advisory Panel.

68 Wage Parity Review of NNADAP-NYSAP Addictions Counsellor Level I-III & Case Manager/Program Manager, January 20, 2013

1.2 ÉLARGISSEMENT DU CHAMP D'ACTIVITÉS ET RÉSULTATS DE TRAITEMENT AMÉLIORÉS

Il est généralement reconnu que les salaires de tous les intervenants en toxicomanie ont été faibles et continuent de l'être, que les agréments varient d'un intervenant à l'autre, que ce genre de travail est souvent perçu comme relevant d'un statut inférieur, qu'il n'offre aucune ou très peu de possibilités de mobilité verticale (échelons de carrière) définies, et que dès lors, le recrutement et le maintien en postes de travailleurs s'en trouvent impactés.⁶⁹ Cela nonobstant, par rapport aux intervenants conventionnels, les intervenants en toxicomanies PNLAADA et PNLASJ (intervenants affectés au traitement et travailleurs communautaires) ont considérablement élargi leur champ d'activités afin de répondre aux besoins changeants des collectivités des Premières Nations et des Inuits, notamment en évoluant des programmes résidentiels génériques aux programmes de traitement communautaires de jour, de consultations externes et autres services et mesures de soutien fondés sur le territoire, ainsi qu'en créant davantage de liens de coopération permettant de mieux prendre en charge les clients entamant le traitement et ayant une prescription d'agoniste opioïde, des prescriptions pour un diagnostic du trouble psychologique ainsi que pour des maladies chroniques.

De nombreuses collectivités ne disposent que d'un seul travailleur PNLAADA s'occupant d'une vaste gamme de services et programmes de soutien, lesquels comprendraient les suivants : intervention en cas de crise, évaluation et aiguillage vers un service de gestion du sevrage et de traitement résidentiel, renvois vers des programmes de traitement des problèmes liés à la santé mentale et d'autres programmes de santé et des services sociaux, planification du traitement, thérapie de soutien et de counseling (modèles individuel et de groupe), gestion de cas, visites à domicile, soins de suivi, exposés et ateliers de sensibilisation, coordination d'événements/activités communautaires, sensibilisation au problème de suicide/prévention du suicide et intervention en cas de suicide, assistance en cas de deuil, lutte contre le jeu, traitement de désaccoutumance au tabac, lutte contre le SAF/EFA, programmes culturels, lutte contre la violence latérale, promotion de la santé, lutte contre l'abus sexuel, violence familiale, traitement des troubles concomitants, services aux diabétiques et de nutrition, et autres services pour faire face aux abus des substances du jour.⁷⁰

En outre, le PNLAADA et le PNLASJ prennent en charge des cas de traumatismes intergénérationnels notamment en officialisant leur approche de lutte contre les troubles concomitants, en collaborant avec des services de la protection de l'enfance afin de mieux répondre aux besoins des femmes et des familles traitant leurs problèmes de toxicomanies comme conditions pour recouvrer leurs enfants des familles d'accueil et en réponse à la législation changeante liée aux peines d'absolution sous conditions en vertu desquelles un traitement est ordonné pour certaines infractions criminelles.

La main-d'œuvre du PNLAADA et PNLASJ répond à ces défis en poursuivant des programmes d'enseignement et de formation de haute qualité aboutissant à la certification, et le taux de certification à l'échelle nationale n'a cessé d'augmenter. En 2014, 54 % des travailleurs à l'échelle du Canada avaient déjà obtenu la certification à l'échelon national, dont 78 % des intervenants des centres de traitement,⁷¹ ce qui n'est forcément pas le cas pour la main-d'œuvre du système conventionnel. Selon le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substance :

bien que plus de 50 programmes d'abus de substances ou de toxicomanies sont offerts dans des universités et collèges du Canada, les diplômés qui en sont issus ne constituent que la minorité au sein de la main-d'œuvre des interventions en toxicomanies.⁷² (sans soulignement dans l'original)

Le nombre croissant d'intervenants agréés PNLAADA/PNLASJ semble avoir contribué à l'amélioration des résultats du traitement. Par exemple, le taux d'achèvement du traitement par les clients (dans les centres de traitement) s'est amélioré, passant de 66% en 2005⁷³ à 75% en 2012.⁷⁴ En 2012, les résultats du traitement des clients du PNLAADA et PNLASJ

69 Ogborne A. and Graves G. (2005) Optimizing Canada's Addiction Treatment Workforce: Results of a National Survey of Service Providers, Canadian Centre on Substance Abuse, pg. 2.; NNAPF (October 2007) Review of Aboriginal, Provincial, Federal and International responses concerning Wage Parity / Salary Scales pertaining to the Addictions Workforce.

70 Ontario NNADAP Funding Issues and Worker Retention Incentives. (October 2013) Ontario Regional Addictions Partnership Committee.

71 Health Canada, Certification Information Roll-Up, FY 2013-2014.

72 <http://www.ccsa.ca/eng/topics/Workforce-Development/Pages/default.aspx>

73 Health Canada, 16 year review of The Addictions Recovery System and Substance Abuse Information System databases, 2005

74 Health Canada, NNADAP and YSAP Treatment Outcome Study, Phase 2, 2012.

affichaient ce qui suit :

- 71,2 % de clients avaient mis fin à la consommation d'alcool après le traitement; 67,4 % avaient mis fin à la consommation de cannabis; 81,8 % avaient arrêté l'usage de cocaïne; et 72 % avaient cessé le mésusage d'opioïdes.
- Parmi ceux ayant consommé ces substances après le traitement, 94,9 % d'entre eux les consommaient moins qu'avant le traitement.
- Les mesures de soutien post traitement les plus sollicitées étaient de 71,4 % culturelles/sociales et 72,2 culturelles/spirituelles, et
- 90 % des clients avaient signalé qu'après le traitement, ils avaient plus de contrôle sur leur vie, des relations plus positives, ils pouvaient demander de

l'aide quand ils en avaient besoin et qu'ils avaient un but bien précis dans la vie.⁷⁵

Fort de ces constatations, pour les intervenants en toxicomanies du PNLAADA et autres membres du personnel du PNLAADA qui appuient les services et programmes de lutte contre les toxicomanies, la parité salariale est hautement prioritaire.

73 Health Canada, 16 year review of The Addictions Recovery System and Substance Abuse Information System databases, 2005

74 Health Canada, NNADAP and YSAP Treatment Outcome Study, Phase 2, 2012.

75 Ibid

1.3 ANALYSES DE LA PARITÉ SALARIALE POUR LES INTERVENANTS EN TOXICOMANIES AU CANADA ET DANS LA RÉGION DE L'ONTARIO

Plusieurs analyses ont été réalisées au fil des ans ayant pour but de déterminer ce que constituerait une grille salariale juste et équitable pour les intervenants en toxicomanies PNLAADA, par rapport aux salaires que gagnent leurs homologues du système conventionnel. Les données sur les salaires versés aux travailleurs du PNLAADA ont été recueillies au fil des ans par le biais de nombreuses enquêtes et autres évaluations des besoins, tant nationales que provinciales.⁷⁶ Les données sur les taux de rémunération provinciaux ont été recueillies à l'aide de divers moyens : recherches dans des bases de données des banques d'emploi provinciales reliées aux salaires des familles, conjoints et autres conseillers connexes – le code 4153 de la CNP s'appliquant aux travailleurs en toxicomanies; revue des conventions collectives des travailleurs en toxicomanie ; et recherches d'offres d'emploi destinées aux travailleurs en toxicomanies.

Ces analyses se fondent sur (mais sans s'y nécessairement limiter) les documents suivants :

- Examen des réponses autochtones, provinciales, fédérales et internationales au sujet de la parité salariale/ Barèmes des traitements de la main-d'œuvre des interventions en toxicomanies effectué par la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD) – octobre 2007

- Wage Parity Review of NNADAP-NYSAP Addictions Counsellor Level I-III & Case Manager/Program Manager, (20 janvier 20 2013)
- Investing in NNADAP, Ontario Regional Addictions Partnership Committee (ORAPC), Chiefs of Ontario – February 2015- Investir dans le PNLAADA, l'Ontario Regional Addictions Partnership Committee (ORAPC), les Chiefs of Ontario – février 2015
- Investing in NNADAP Draft Rationale and Case Example (2014) Ngwaagan Gamig Treatment Centre Analysis - Investir dans l'Ébauche de justification et Exemple de cas PNLAADA (2014) Analyse du centre de traitement Ngwaagan Gamig
- NNADAP Resourcing and Wage Parity (May 31, 2016).

76 Wage Parity Review of NNADAP-NYSAP Addictions Counsellor Level I-III & Case Manager/Program Manager, January 10, 2013

Dans la région de l'Ontario, plus précisément, il est clair que le manque de parité salariale continue de constituer un problème. Des rapports déjà cités, lesquels comprennent des données relevant de l'Ontario, évoquent ces préoccupations,⁷⁷ de même que des rapports propres à l'Ontario. Par exemple, en 2009, une Évaluation des besoins en matière des services de prise en charge des problèmes liés à la toxicomanie chez les Premières Nations faisait état de ce que le manque de parité salariale contribuait au roulement du personnel.⁷⁸ Pourtant, en Ontario, les taux de certifications sont en augmentation et la majorité des intervenants en toxicomanie sont détenteurs d'un diplôme collégial ou universitaire (soit 76 % selon une enquête ORAPC 2007 auprès des travailleurs), mais la problématique du taux de roulement du personnel demeure un défi permanent.⁷⁹ Les données ayant servi au calcul des niveaux auxquels devront se situer les salaires des conseillers en toxicomanie du PNLAADA de la région de l'Ontario pour atteindre la parité avec les salaires des travailleurs conventionnels sont ainsi qu'il suit :

- 1) En 2015, le salaire moyen d'un intervenant en toxicomanies du PNLAADA en Ontario était estimé par l'ORAPC à \$ 35 000,50, selon une échelle applicable en fonction du nombre d'années d'expérience et de la formation suivie, allant de \$ 20 001 à 50 000 \$.⁸⁰
- 2) En 2010 (dernière mise à jour en janvier 2013) un Examen de la parité salariale pour les conseillers en toxicomanies niveaux I- III & des gestionnaires de cas/gestionnaires de programmes du PNLAADA-PNLASJ (voir ci-dessus) avait porté sur l'examen des salaires des travailleurs en toxicomanies du PNLAADA et ceux des travailleurs conventionnels non-PNLAADA dans plusieurs provinces, au terme duquel il fut proposé l'échelle salariale ci-dessous applicable aux conseillers en toxicomanies du PNLAADA en 2009, soit : \$ 35 437 - \$ 47 130.
Mise à jour jusqu'en 2016, avec une augmentation annuelle de l'ordre 2 %, la fourchette se situerait maintenant entre **\$ 40 705 et \$ 54 138, la moyenne se situant à \$ 47 422.**⁸¹
- 3) En 2014, le dossier de lobbying de l'ORAPC estimait que l'échelle salariale applicable à un travailleur en toxicomanie conventionnel, sur la base de l'Échelle salariale du Syndicat des employés et employées de la Fonction publique de l'Ontario pour un conseiller en toxicomanie non certifié, serait de \$ 47 892 - \$ 55 048,50, laquelle, lorsqu'on se sert pour calculer la parité des salaires des travailleurs du PNLAADA, donnerait un taux de rémunéra-

tion variant entre **\$ 48 827 et \$ 57 272** en 2016 (une augmentation annuelle de 2 % comprise), le salaire moyen étant de **\$ 53 050.72.**⁸²

- 4) En 2015, ORAPC proposait une échelle de rémunération aux Chiefs of Ontario pour l'exercice 2014 (mise à jour depuis 2009 et basée sur une comparaison des descriptions de fonctions avec des descriptions des postes et niveaux de rémunération similaires hors-réserve) de \$ 41 081 à \$ 54 637. Avec une augmentation annuelle de 2 %, la fourchette de 2016 se situerait entre **\$ 42 741 - \$ 56 875**, pour un salaire moyen de **\$ 49 808.73.**⁸³
- 5) En 2016, selon des données de la région de l'Ontario, une échelle de **\$ 40 286 - \$ 59 467** fut recommandée, et la moyenne serait de **\$ 49 877** (à l'exception des travailleurs sans certification).⁸⁴
- 6) ORAPC recommandait un salaire moyen (mai 2016) de \$ 58 625.⁸⁵
- 7) Une grille de salaire et de rémunération mise au point pour un centre de traitement pour jeunes en 2015, reprise en 2016 avec une augmentation de 2 %, ce qui donne une fourchette de \$ 44 552 \$ 53 243, avec une moyenne de \$ 48 897.⁸⁶

77 NNAPF (October 2007) Review of Aboriginal, Provincial, Federal and International responses concerning Wage Parity / Salary Scales pertaining to the Addictions Workforce; Wage Parity Review of NNADAP-NYSAP Addictions Counsellor Level I-III & Case Manager/Program Manager, January 20, 2013; Investing in NNADAP, Ontario Regional Addictions Partnership Committee (ORAPC), Chiefs of Ontario – February 2015; Investing in NNADAP, Rationale and Case Example, Ngwaagan Gamig Treatment Centre Analysis; NNADAP Resourcing and Wage Parity, ORAPC, May 31, 2016

78 Ontario Region FN Addictions Service Needs Assessment, Final Report, (June 2009), Williams Consulting.

79 ORAPC Addiction Counsellors Survey (2007). Preliminary results.

80 Final 2015 Ontario NNADAP Workforce Survey Results, ORAPC, approved March 2016.

81 Wage Parity Review of NNADAP-NYSAP Addictions Counsellor Level I-III & Case Manager/Program Manager, January 20, 2013

82 Investing in NNADAP Draft Rationale and Case Example, 2014

83 Investing in NNADAP, Ontario Regional Addictions Partnership Committee (ORAPC), Chiefs of Ontario – February 2015

84 NNADAP Resourcing and Wage Parity, ORAPC, May 31, 2016

85 Ibid

86 Salary and Remuneration Grid for a Youth Treatment Centre (2015)



14 ESTIMATIONS DES COÛTS DE L'ATTEINTE DE LA PARITÉ SALARIALE POUR LES CONSEILLERS EN TOXICOMANIE DE LA RÉGION DE L'ONTARIO

Dans l'espoir de déterminer si les chiffres ci-dessus sont représentatifs des salaires que l'on jugerait justes et équitables pour les travailleurs en toxicomanies du PNLAADA dans la région de l'Ontario, nous avons effectué une analyse comparative des données sur les salaires des employés en toxicomanies du système conventionnel et celles liées aux salaires des conseillers en toxicomanie du PNLAADA.

8) **Exemple 1** : Un ensemble de calculs est indiqué ci-dessous à la grille 1, ceux-ci sont basés sur l'échelle de salaires du code CNP 4153 en 2013 (qui comprend les travailleurs en toxicomanie) pour la région de l'Ontario et des données figurant en ligne dans les documents :

<https://www.jobbank.gc.ca/marketreport/wages-occupation/2265/22437> le salaire varie de 15,15 \$ à \$36,40 de l'heure, avec un taux médian de 25,00 \$. La grille suppose 2 080 heures de travail par an.

Grille 1 : Code de la CNP 4153 de l'Ontario : Thérapeutes conjuguax/thérapeutes conjugales, thérapeutes familiaux/thérapeutes familiales et autres conseillers assimilés/conseillères assimilées (mise à jour jusqu'en 2015)

Conseiller/conseillère	Classification et exigences	Salaire de base (2013)	Salaire de base mis à jour jusqu'en 2016 (2 % d'augmentation annuelle)
Niveau1 -	bas de l'échelle	31 512 \$	33 441 \$
Niveau 2-	médiane	52 000 \$	55 183 \$
Niveau 3 -	haut de l'échelle	75 712 \$	80 346 \$
	Moyenne		56 323 \$

<http://noc.esdc.gc.ca/English/noc/QuickSearch.aspx?ver=11&val65=4153>

9) **Exemple 2** : L'auteur a retrouvé une récente convention collective entre le Syndicat canadien de la fonction publique et les Services de santé mentale de Durham, qui échoit en 2019, au site suivant : http://www.sdc.gov.on.ca/sites/mol/drs/ca/Pages/default_en.aspx. Depuis le 1er avril 2016, le taux horaire de rémunération pour un travailleur

de santé mentale et de proximité en toxicomanie autochtone variait de 25 62 \$ à 26 39 \$. À 2 080 heures par an, la plage de salaire serait de **\$ 53 289,60 à \$ 54 891,20**, avec une moyenne de **\$ 54 090,40**. On notera également avec intérêt le salaire versé à un spécialiste du soutien par les pairs, un poste qui exige probablement moins de formation officielle. Le taux horaire pour cet emploi est de 25,28 \$ à 25,68 \$, ce qui donne un salaire annuel de **\$ 52 582,40 à 53 414,40 \$**.

10) **Exemple 3** : Une autre convention collective était accessible au lien ci-dessus; à savoir celle entre le Syndicat canadien de la fonction publique et les services communautaires de toxicomanies et de santé mentale d'Haldimand-Norfolk pour la période allant du 1er avril 2012 au 31 mars 2015, dont la dernière grille salariale fut en vigueur jusqu'au 1er octobre 2014. Il s'agit du poste de conseiller en toxicomanie. Les augmentations de

traitement ont lieu sur une période de cinq ans. Le taux horaire de rémunération à raison de 2 080 heures par an converti en salaire et ramené à la fourchette de salaire applicable en 2016, assorti d'une augmentation annuelle de 2 %, donne une plage de salaire de : **\$ 50 141 à \$ 62 671**, avec une moyenne de **\$ 56 406**.

11) **Exemple 4** : ORAPC avait pu retrouver une grille salariale de 2012 ayant trait aux travailleurs en toxicomanie relevant de l'Unité de négociation des soins en établissement et des services de santé. La fourchette de salaire à ce moment-là était de \$ 47 736

87 Ontario NNADAP Funding Issues and Worker Retention Incentives. (October 2013) Ontario Regional Addictions Partnership Committee

à \$ 57 304. Ramenée à 2016 à raison d'une augmentation annuelle de 2 %, la fourchette serait de **\$ 51 671 à \$ 62 027**, la moyenne étant de l'ordre de **\$ 56 849**.⁸⁷

- 12) **Exemple 5** : Le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies a fourni des chiffres liés aux salaires pour des emplois comparables à l'île du Prince Édouard. les plages et les salaires moyens liés à chacun desdits postes sont de l'ordre de **\$ 42 307 à \$ 43 908 – et le salaire moyen s'élève à t\$ 43 107,50**.⁸⁸

- 13) **Exemple 6** : Le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies a fourni des chiffres liés aux salaires pour des emplois comparables au Cap-Breton, en Nouvelle-Écosse. Les plages et les salaires moyens sont de l'ordre de **52 978 à 64 938 \$ – le salaire moyen s'élève à \$ 58 958**.

⁸⁸ Canadian Executive Council on Addictions Salaries for Addiction Workers, provided by the Thunderbird Foundation October 2016.

⁸⁹ Ibid

Tous ces chiffres (numéros 1 à 13) figurent au tableau 1, ci-dessous.

Tableau 1 : Comparaison des plages de salaires proposés et actuels pour les intervenants en toxicomanie, mises à jour jusqu'en 2016

DESCRIPTION

*Remarque : Les salaires ne comprennent pas les avantages et les totaux ont été arrondis. Les estimations sont basées sur une semaine de travail de 40 heures.	PLAGE DE SALAIRES	SALAIRE ANNUEL MOYEN
1. Plage de salaires actuels ORAPC pour les conseillers en toxicomanie PNLAADA	20 001 - 50 000	35 000
Comparators		
Salaires proposés liés aux évaluations de renouvellement PNLAADA		
2. Plage de salaires proposés pour les conseillers en toxicomanie PNLAADA en fonction de la parité salariale Examen de la rémunération des conseillers en toxicomanie PNLAADA-PNLASJ niveaux I à III & des gestionnaires de programme/gestionnaires de cas PNLAADA-PNLASJ	40 705 \$ - 54 138 \$	47 422 \$
3. Dossier de lobbying ORAPC portant estimation de l'échelle salariale des intervenants en toxicomanie. basée sur l'échelle salariale du Syndicat des employés et employées de la fonction publique de l'Ontario applicable aux conseillers en toxicomanie non certifiés	48 827 \$ - 57 272 \$	53 050 \$
4. Échelle salariale ORAPC pour les conseillers en toxicomanie PNLAADA, basée sur une comparaison des descriptions de fonctions avec des descriptions des postes et niveau de rémunération similaires hors-réserve	42 741 \$ - 56 875 \$	49 808 \$
5. Échelle salariale proposée ORAPC pour les conseillers en toxicomanie PNLAADA à l'aide de données 2016 de l'Ontario	40 286 \$ - 59 467 \$	49 877 \$
6. Salaire moyen proposé ORAPC pour un travailleur supplémentaire en mai 2016		58 625 \$
7. Grille de rémunération d'un centre de traitement pour jeunes	44 552 \$ - 53 243 \$	48 897 \$
Résumé des traitements proposés pour le PNLAADA		
Moyenne de l'échelle salariale proposée (moyennes des chiffres des rangées 2 à 7, colonne 2)	40 286 \$ - 59 467 \$	
Moyenne de salaires globaux proposés (moyenne des chiffres des rangées 2 à 7, colonne 3)		51 280 \$
comparaisons de salaires des intervenants conventionnels		
8. Code 4153 de la CNP de l'Ontario : Thérapeutes conjugaux/thérapeutes conjugales, thérapeutes familiaux/thérapeutes familiales et autres conseillers assimilés/conseillères assimilées (exemple 1 ci-dessous)	33 441 \$ - 80 346 \$	56 334 \$
9. Convention collective entre le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP et les Services de santé mentale de Durham : intervenant de proximité en santé mentale et toxicomanies chez les autochtones (exemple 2, ci-dessous)	53 290 \$ - 54 891 \$	54 090 \$
10. Convention collective entre le SCFP et les services communautaires de toxicomanies et de santé mentale d'Haldimand-Norfolk: conseiller en toxicomanie (exemple 3, ci-dessus)	50 141 \$ - 62 671 \$	56 406 \$
11. Unité de négociation des soins en établissement et des services de santé SEFPO (2012) bonifié de 2 % en 2016 (exemple 4, ci-dessous)	51 671 \$ - 62 027 \$	56 849 \$
12. Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies: travailleurs en toxicomanie à l'Î.-P.-É.	42 307 \$ - 43 908 \$	43 107.50 \$
13. Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies : Intervenants en toxicomanie au Cap Breton, Nouvelle-Écosse	52 978 \$ - 63 463.50 \$	58 958 \$
Résumé des comparaisons de traitements des intervenants conventionnels		
14. Moyenne de l'échelle salariale des intervenants conventionnels (à partir de la moyenne des chiffres de 8 à 13)	47 471 \$ - 61 463.50 \$	
15. Moyenne de salaires globaux des intervenants conventionnels (moyenne de l'échelle de salaires à la ligne 14, colonne 2, et le calcul de la moyenne de chaque salaire des lignes 8 à 13, colonne 3)		54 384 \$

en fonction des niveaux de formation et des certifications. Étant donné que ces mêmes postes sont syndiqués, ceux-ci peuvent s'en trouver rémunérés à des niveaux plus élevés par rapport aux postes similaires, non syndiqués. En outre, l'augmentation annuelle de 2 % ayant servi à la mise à jour des salaires en 2016 où requis est basée sur des prévisions salariales du gouvernement fédéral pour 2016, lesquels se situent entre 1,8 % et 2,1 %.

⁹⁰Néanmoins, ces dernières constituent des échelles pertinentes et comparables à celles liés aux postes d'intervenants en toxicomanies. Le Tableau 2 ci-dessous en résume les conclusions de l'analyse.

Tel qu'indiqué dans le tableau 2, le résumé des résultats provenant des diverses sources de données fait état de ce que pour atteindre la parité des salaires avec ceux versés aux conseillers conventionnels, les salaires annuels moyens d'un conseiller en toxicomanie PNLAADA, serait d'environ 56 894 \$. Cela porte à croire donc que la plupart des salaires proposés antérieurement par le PNLAADA, et les analyses pertinentes y relatives, devant permettre d'atteindre la

parité salariale seraient faibles. Toutefois, le salaire annuel moyen des intervenants conventionnels se rapproche assez étroitement du plus récent chiffre proposée par ORAPC, lequel est de l'ordre 58 625 \$ (tableau 1, ligne 5 et annexe A). Ce chiffre semble raisonnable, étant entendu que tous les travailleurs en toxicomanies, aussi bien du système conventionnel qu'autochtones, sont généralement plutôt sous-payés, tel que relevé précédemment, et que le champ de pratique des conseillers en toxicomanie PNLAADA a connu une expansion importante pour répondre aux besoins existants et nouveaux, tant au sein des communautés que dans des centres traitement, sans oublier que les résultats du traitement s'en sont trouvés, eux aussi, améliorés en conséquence.

⁹⁰ Government of Canada, Wage Forecasting for Collective Bargaining in 2016 http://www.labour.gc.ca/eng/resources/info/publications/collective_bargaining/wage_forecast.shtml

⁹¹ Osborne A. and Graves G. (2005) Optimizing Canada's Addiction Treatment Workforce: Results of a National Survey of Service Providers, Canadian Centre on Substance Abuse, pg. 2.; NNAPF (October 2007) Review of Aboriginal, Provincial, Federal and International responses concerning Wage Parity / Salary Scales pertaining to the Addictions Workforce.

⁹² Ontario NNADAP Funding Issues and Worker Retention Incentives. (October 2013) Ontario Regional Addictions Partnership Committee

Tableau 2 : Résumé : Salaires des intervenants en toxicomanie : PNLAADA (proposés) et des intervenants conventionnels (actuels)

	Échelle salariale	Salaire moyen proposé		Échelle salariale	Salaire annuel moyen
Salaires moyens proposés PNLAADA: issus des travaux sur la parité salariale liés au renouvellement du PNLAADA (Tableau 1, pg. 33)	40 286 \$ – 56 647 \$	51 280 \$	Mainstream Actual Average Salaries (Table 1, pg. 33)	33 441 \$ – 80 346 \$	56 894 \$

1.5 WAGE PARITY ANALYSIS FOR OTHER NNADAP STAFF POSITIONS

Outre les conseillers en toxicomanies, un certain nombre d'autres membres du personnel sont à l'emploi du PNLAADA/PNLASJ, notamment mais sans s'y limiter des gestionnaires/superviseurs de programmes, des gestionnaires de cas et du personnel administratif, ainsi que dans des centres de traitement, notamment des directeurs exécutifs, coordonnateurs de programme, conseillers de soutien, préposés à la prise en charge, accompagnateurs, cuisiniers, personnel d'entretien et comptables. La question de la parité salariale avec leurs homologues

du système conventionnel a été soulevée comme constituant également un souci pour ce personnel et compte tenu des conclusions de l'analyse sur les salaires des intervenants en toxicomanies, on peut raisonnablement se permettre de supposer que la parité salariale constitue en effet un enjeu pour les autres membres du personnel.

Bien qu'il y ait eu très peu d'analyses sur la parité salariale se rapportant à ces postes par rapport à celles touchant des intervenants en toxicomanies, il s'est néanmoins effectué certains travaux à ce sujet.

Par exemple, un document de l'ORAPC, mis au point en mai 2016 faisait ressortir des salaires proposés liés à tous ces postes afin que les traitements pratiqués au PNLAADA puissent être au même pied d'égalité que ceux des intervenants du système conventionnel. Ledit document se fondait sur des offres d'emploi permettant de faire des estimations sur des salaires versés pour des postes relevant du système conventionnel. Il fut également

effectué une analyse des coûts liés à divers postes dans un centre de traitement pour jeunes dans l'Ouest du Canada, laquelle analyse peut servir à des fins comparatives (les estimations ont été ramenées de 2015 à 2016 et à 2% d'augmentation). Nous sommes également tombés sur deux conventions collectives récentes portant sur quatre des catégories d'emploi indiquées ci-dessus.

Tableau 3 : Comparaison des salaires proposés et actuels pour les autres postes (2016)

Titre du poste	Source	Échelle salariale	Salaires annuels moyens proposés et actuels
		* Basée sur une semaine de travail de 40 heures	
Directeur exécutif / Directeur de centre traitement	ORAPC		92 000 \$ (proposé)
	Centre de traitement pour jeunes	87 975 \$ - 114 604 \$ (proposé)	101 209,50 \$ (proposé)
Assistant(e) administratif (ve)	ORAPC		45 000 \$ (proposé)
	Centre de traitement pour jeunes	23 338 \$ - 37 537 \$ (proposé)	\$30 407, 50 \$ (proposé)
	Convention collective entre le SCFP et les Services de santé mentale de Durham	43 680 \$ - 48 755 \$ (actuel)	46 217 \$ (actuel)
	Convention collective entre le SCFP et l'ACSM d'Ottawa-Carleton	50 690 \$ - 52 520 \$ (actuel)	51 605 \$ (actuel)
Gestionnaire de cas/navigateur de système. ⁹⁵	ORAPC		53 000 \$ (proposé)
	Convention collective entre le SCFP et l'ACSM d'Ottawa-Carleton	68 869 \$ - 75 795 \$ (actuel)	72 332 \$ (actuel)
Ouvrier d'entretien	ORAPC		36 230 \$ (proposé)
	Centre de traitement pour jeunes	37 450 \$ - 44 861 \$ (proposé)	41 155,50 \$ (proposé)
	SCPF et la convention collective de Durham Mental Health Services	42 224 \$ à 43 389 \$ (réel)	42 806 \$ (réel)
Cuisinier	ORAPC	42 224 \$ to 43 389 \$ (réel)	36 230 \$ (proposé)
	Centre de traitement pour les jeunes	35 362 \$ à 42 273 \$ (proposé)	38 871,50 \$ (proposé)
Surveillant de nuit	ORAPC		34 756 \$ (proposé)
	SCPF et la convention collective de Durham Mental Health Services	35 196 \$ à 37 461 \$ (réel)	36 328 \$ (réel)

Il convient de noter que les salaires issus des conventions collectives sont liés à des postes syndiqués dont les rémunérations pourraient être plus élevées par rapport à des postes non syndiqués. En outre, l'une des prévisions de dépenses du Centre de traitement pour jeunes – notamment celle liée au poste d'assistant(e) administratif(ve) – est relativement faible si l'on s'en tient aux prévisions issues d'autres sources. Dans l'ensemble toutefois, l'échelle salariale présentée au Tableau 3 indique que les salaires proposés d'ORAPC sont raisonnables et comparables aux salaires actuels et proposés pour des postes de personnel semblables.

I.6 AVANTAGES SOCIAUX DES EMPLOYÉS

Par avantages sociaux (prestations directes), on entend une rémunération facultative, non salariale, offerte aux employés en plus de leur salaire ou traitement. Même s'il est coûteux d'offrir à ses employés un régime complet d'avantages sociaux, cela peut être extrêmement profitable. La plupart d'employeurs y trouvent surtout un moyen d'attirer et de retenir un personnel hautement qualifié. Aussi convient-il de souligner que les plus petites entreprises, avec moins d'employés payent beaucoup plus par tête par rapport aux plus grands employeurs. Cela s'explique par le fait que la réduction des charges de l'assureur et la capacité des grands employeurs à assumer un plus grand risque permettent de réduire la part des charges qui reviennent à l'assureur.⁹⁷

Un rapport de la Chambre de commerce de l'Ontario en 2011 faisait état de ce qu'en moyenne, les prestations étaient de l'ordre de 34,6 % des charges par rapport au pourcentage des traitements versés en 2007. De ce total, des régimes parrainés par l'employeur en représentaient 23,6%, comme indiqué ci-dessous; tandis que les coûts statutaires, dont les Premières Nations sont exonérées (Indemnisation des travailleurs, Assurance-emploi, Régime de pensions du Canada et Régimes d'assurance-maladie provinciaux) en représentaient 11 %.

Prestations couvertes par des régimes parrainés par l'employeur

- Régimes d'assurance-vie, des soins de santé, des soins dentaires et d'invalidité de courte et de longue durée – 11 %

- Épargne, prestation de retraite, primes et intéressement – 12,6 %

Le même rapport établit les projections de coûts suivantes liées aux modifications anticipées aux primes annuelles au fil du temps (basées sur des changements démographiques et des faibles rendements des investissements) :

- Augmentations liées à l'assurance-vie de 3 %
- Augmentations liées à l'assurance-invalidité à long terme de 6 %
- Augmentations liées aux dépenses en santé autres que les médicaments de 5 % (s'appliquent à 20 % des dépenses totales en santé)
- Augmentations des dépenses liées aux médicaments de 15 % (s'appliquent à 80 % des dépenses totales en santé)
- Augmentations liées aux soins dentaires de 5 %.

Sur la base de ces informations, le coût lié aux prestations directes proposé par ORAPC,⁹⁹ soit 18 % de la masse salariale brute, est tout à fait raisonnable et pourrait même être faible.

⁹⁶ <http://hrcouncil.ca/hr-toolkit/direct-benefits.cfm>

⁹⁷ Cost Trends in Health Benefits for Ontario Businesses: Analysis for Discussion. Commissioned 97 by the Ontario Chamber of Commerce for release at the Ontario Economic Summit, 2011. <http://www.occ.ca/Publications/Cost-Trends-in-Health-Benefits-Report.pdf>

⁹⁸ Ibid

⁹⁹ NNADAP Resourcing and Wage Parity, ORAPC, May 31, 2016

I.7 RÉSUMÉ

Dans l'ensemble, il ressort de cette analyse que les salaires et les avantages sociaux proposés par ORAPC aux travailleurs du PNLAADA afin d'atteindre la parité salariale dans la région de l'Ontario sont raisonnables. (L'annexe A présente les budgets liés à la parité salariale établis par ORAPC en 2016). Ceux-ci comprennent des améliorations salariales proposées pour le personnel en place (tant communautaire et que celui des centres de traitement), ainsi que des charges estimatives liées aux ressources humaines supplémentaires nécessaires, aux fins de la mise en œuvre du continuum complet des services relevés dans *Honorer nos forces*. Le Tableau 4 ci-dessous présente les estimations de coûts liées à la parité salariale ayant trait aux ressources humaines nécessaires actuelles et nouvelles.

DANS L'ENSEMBLE, IL RESSORT DE CETTE ANALYSE QUE LES SALAIRES ET LES AVANTAGES SOCIAUX PROPOSÉS PAR ORAPC AUX TRAVAILLEURS DU PNLAADA AFIN D'ATTEINDRE LA PARITÉ SALARIALE DANS LA RÉGION DE L'ONTARIO SONT RAISONNABLES.

Tableau 4 : Résumé des coûts estimatifs liés à la parité salariale (Budgets ORAPC, 2016, annexe A)

Remarque : Ces estimations ne comprennent pas les coûts de programme, de fonctionnement, et les dépenses en immobilisations ou administratives.

Parité salariale	Coûts estimatifs
Coûts liés à la parité salariale pour le personnel en place	
1. Parité salariale applicable aux seuls intervenants communautaires en place (conseillers, gestionnaires et personnel administratif), y compris les avantages sociaux)	4 582 318 \$ (Voir Remarque 1)
2. Parité salariale pour les centres de traitement applicable aux seuls intervenants en place, y compris les avantages sociaux.	1 554 003 \$ (Voir Remarque 2)
Coût total lié à la parité salariale applicable aux seuls intervenants en place	6 136 321 \$
Coûts de la parité salariale liée aux nouvelles ressources humaines requises	
3. Parité salariale applicable aux ressources humaines en santé communautaires supplémentaires requises (conseillers, gestionnaires, intervenants d'appoint, personnel préposé à la prise en charge, et personnel administratif), y compris les avantages sociaux	26 133 521 \$ (Voir Remarque 3)
4. Parité salariale pour les centres de traitement applicable aux ressources humaines en santé communautaires supplémentaires requises, y compris les avantages sociaux	3 020 116 \$ (Remarque 4)
Coût total lié à la parité salariale pour le nouveau personnel requis	29 153 637 \$
COÛTS TOTAUX LIÉS À LA PARITÉ SALARIALE (PERSONNEL EN PLACE ET NOUVEAUX PERSONNEL REQUIS)	35 289 958 \$

Remarque 1 : Les chiffres ci-dessus sont des estimations basées sur des chiffres liés à la population des Premières Nations vivant dans les réserves ; et le nombre d'intervenants du PNLAADA, gestionnaires/coordonnateurs embauchés dans chaque Première Nation. Le coût de la parité salariale a été calculé en soustrayant les coûts réels liés au personnel en place au niveau communautaire – conseillers, gestionnaires et personnel administratif (6 838, 100 \$) – Annexe A, Budget 1 – des coûts estimatifs de l'atteinte de la parité salariale pour le même personnel (11 420,418 \$) – Annexe A, Budget 2 – d'où le chiffre de **4 582,318 \$**.

Remarque 2 : Le coût actuel lié au personnel en place dans les centres de traitement a été estimé – sur la base des coûts fournis par trois centres de traitement – à 1 151, 639 \$. Divisé par trois, cela se traduit en un coût moyen par centre s'élevant à 383 879 \$ (Annexe A – Budget 4). Multiplié par 11 centres, nous aboutissons à un coût estimatif total réel de dotation en personnel de 4 222, 669 \$. ORAPC a également calculé des coûts de l'atteinte de la parité salariale pour le personnel en place dans trois centres de traitement en établissement (Annexe A, Budget 5), ceux-ci s'élèvent à 1 575, 456 \$, et à raison d'un coût moyen de 525 152 \$ par centre, et un total de 5 776, 672 \$ pour 11 centres. En soustrayant le coût réel estimatif lié au personnel en place en vue de l'atteinte de la parité salariale (4 222,669 \$) du coût estimatif de l'atteinte de la parité salariale pour le même personnel (5 776, 672 \$), on aboutit au coût d'investissement total estimatif de pour la mise en œuvre de la parité salariale pour le personnel en place.

Remarque 3 : L'estimation a été calculée en soustrayant les coûts liés au salaire et aux avantages sociaux estimés pour atteindre la parité salariale pour les ressources humaines en places et les ressources humaines supplémentaires requises au niveau communautaire (37 553,939 \$) – Annexe A, Budget 3 – du coût estimatif de l'atteinte de la parité salariale pour le personnel existant (11 420,418 \$) – annexe A, Budget 2 – pour aboutir au montant de **26 133,521 \$**.

Remarque 4 : Trois centres de traitement ont calculé le coût de dotation en personnel supplémentaire sur la base des nouvelles ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre du continuum complet de soins, à des niveaux de parité salariale. Cela comprendrait des postes du personnel qui s'occupera des besoins liés à l'agrément, tels que la gestion des données ayant trait à l'évaluation et aux résultats ; travailler avec des familles avant et après le traitement ; assumer des fonctions de gestion des cas en vue de la facilitation des soins et la transition de soins conformément aux recommandations d'Honorer nos forces ; et assumer des fonctions de sensibilisation en vue de la prévention et l'intervention précoce, ainsi que de la continuité des soins. Le coût moyen estimatif lié aux traitements et aux avantages sociaux par centre s'élèverait à 799 708 \$. Multiplié par 11 centres, le montant total requis serait de l'ordre de 8 796 788 \$ (Voir annexe A, Budget 6). En soustrayant les coûts estimatifs de l'atteinte de la parité salariale pour le personnel en place, qui est de l'ordre de 5 776 672 \$ (Annexe A, Budget 5), on aboutit au montant total nécessaire à l'investissement de **3 020, 116 \$**.

Il convient de noter que la dotation en personnel supplémentaire, entraîne des besoins supplémentaires en espace et équipements.



2. PERFECTIONNEMENT DE LA MAIN-D'ŒUVRE

2.1 AGRÉMENT

Six organisations canadiennes offrent des services d'agrément aux professionnels en toxicomanies et de domaines connexes:

- Fédération canadienne d'agrément des conseillers en toxicomanie (FCACT)
- Conseil canadien de certification professionnelle (CCCP)
- Association canadienne de counseling et de psychothérapie (ACCP)
- Société médicale canadienne sur l'addiction (SMCA)
- Employee Assistance Professionals Association (EAPA)
- Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada

À l'échelle nationale, le champ d'activités des intervenants en toxicomanie s'est accrue et la main-d'œuvre du PNLAADA et du PNLASJ poursuit de plus en plus des études et des formations de haute qualité leur donnant droit à l'agrément. En 2013, 54 % de tous les intervenants à l'échelle du Canada avaient obtenu leur agrément, 78 % de ceux-ci étant issus des centres de traitement. Dans la région de l'Ontario, 73 % des intervenants des centres de traitement avaient reçu leur agrément, et 74 % de tous les intervenants du PNLAADA ayant répondu à une enquête sur la main-d'œuvre du PNLAADA intervenue en 2014 étaient admissibles à l'agrément, ce après avoir reçu un type quelconque de diplôme ou grade d'études postsecondaires, et 64 % de ceux qui n'étaient pas agréés signalaient qu'ils envisageaient d'obtenir leur agrément.^{101 102}

Comme l'affirme *Honorer nos forces*, le processus d'agrément permet aux intervenants d'acquérir des connaissances et des compétences précieuses.¹⁰³

Davantage d'intervenants en toxicomanies, particulièrement ceux œuvrant au sein des communautés devraient être encouragés et soutenus à obtenir leurs agréments. En guise de reconnaissance de l'importance que revêtent la formation et l'agrément, Santé Canada a annoncé une initiative visant à favoriser la fidélisation des conseillers agréés PNLAADA, par l'entremise du financement lié à la Stratégie nationale antidrogue en mai 2008.

Toutefois, bon nombre de conseillers communautaires agréés PNLAADA en Ontario ont encore du mal à recevoir leur prime de fidélisation de leur employeur des Premières Nations. Un peu plus de la moitié d'entre ces derniers ont pu bénéficier de l'initiative d'incitation sous forme d'un montant forfaitaire ou ajouté à leurs salaires. Ceux qui n'avaient pas bénéficié de l'initiative ont fait savoir que les fonds prévus à cet effet furent soit réinvestis dans la programmation, soit absorbés par la Première Nation où ils furent alors dépensés dans des programmes de formation. Dans certains cas, l'intervenant ne pouvait dire où étaient passés les fonds destinés à l'incitation. Ces situations ont donc engendré des conflits entre les employés et leurs superviseurs ou dirigeants au tour des primes de fidélisation.¹⁰⁴

Il s'agit ici d'un défi systémique, dans la mesure où, jouissant de leur droit de fixer eux-mêmes les salaires

100 Health Canada, Certification Information Roll-Up, FY 2013-2014.

101 Ibid

102 2014 Ontario NNADAP Workforce Report, ORAPC, Approved June 10, 2015

103 Honouring Our Strengths, A Renewed Framework to Address Substance Use Issues Among First Nations People in Canada (2011) AFN, NNAPF, Health Canada, pg. 66.

104 Retaining Ontario NNADAP Workers, ORAPC, November 2013.

versés au personnel, les Premières Nations se retrouvent avec un personnel communautaire non-PNLAADA recevant des salaires plutôt faibles; et des chefs et des conseils d'autre part qui sont confrontés à la situation difficile de payer une catégorie d'employés (PNLAADA) à des niveaux de parité, tandis que d'autres bénéficient des plus faibles taux de rémunération. Cependant, il existe des exemples où des communautés des Premières Nations se sont engagées dans des processus pouvant leur permettre de voir dans quelle mesure assurer la gestion des salaires et autres

modes de rémunération pour tous les employés d'une manière qui tienne compte de la parité. Ces efforts et stratégies peuvent davantage faire l'objet d'étude par les collectivités des Premières Nations et s'en inspirer afin d'assurer la rémunération de leurs employés d'une manière qui récompense les efforts consentis par ces derniers dans l'avancement de leurs connaissances et compétences, tout en respectant les droits des communautés à fixer les salaires de leurs effectifs, comme tout employeur.

2.2 CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES CULTURELLES

Les connaissances culturelles traditionnelles tirées d'une vision du monde autochtone, lesquelles représentent une immense valeur pour les Premières Nations aux prises avec des problèmes de toxicomanie, sont tout aussi importantes que celles acquises par le biais de l'éducation formelle (y compris l'agrément et d'autres formes d'études postsecondaires).¹⁰⁵ Les connaissances et compétences culturelles devraient être reconnues, appréciées et bien rémunérées au même titre que les connaissances et compétences occidentales e du système conventionnel,¹⁰⁶ et un nombre croissant de recherches témoigne de l'importance et de l'efficacité des approches culturelles à la guérison.¹⁰⁷ Comme l'a indiqué la FANPLD en 2013,

*aucunement différente de la vision du monde occidentale qui reconnaît les niveaux de connaissances universitaires par rapport aux normes d'évaluation et d'affiliation professionnelle ; la vision du monde autochtone a autant de mérite de par le statut et la sagesse des aînés et guérisseurs traditionnels dans les communautés autochtones et les centres de traitement.*¹⁰⁸

Les possibilités de mise en œuvre dont fait état le *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations* comprennent le renforcement des niveaux de compétences culturelles des ressources humaines, la mise au point des normes liées à l'accréditation et l'agrément afin de renforcer accès, qualité et sécurité des services de santé dans l'ensemble du continuum des soins.¹⁰⁹ C'est en reconnaissance du rôle important que joue la culture dans le travail lié à la lutte contre les toxicomanies, que la FANPLD a mis au point la grille qui suit. Celle-ci répertorie les connaissances et compétences propres à la culture, ainsi que les droits des communautés à la pratique culturelle dans une grille selon des niveaux se rapportant à d'autres types d'études et d'expérience, laquelle grille pourrait servir de barème des traitements.

105 Honouring Our Strengths, A Renewed Framework to Address Substance Use Issues Among First Nations People in Canada (2011) AFN, NNAPF, Health Canada. pg. 66

106 Wage Parity Review of NNADAP-NYSAP Addictions Counsellor Level I-III & Case Manager/Program Manager, January 20, 2013

107 Hopkins, C. & Dumont, J. (February 2010). Cultural Healing Practice within National Native Alcohol and Drug Abuse Program/Youth Solvent. Addiction Program Services. Discussion Paper for the Mental Health and Addictions Division, Community Programs Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada

108 Ibid

109 First Nations Mental Wellness Continuum Framework, Implementation Opportunities (July 2014)

Tableau 5 : Énoncé de qualités

CONSEILLER EN TOXICOMANIES

NIVEAU	Niveau I :	Niveau II:	Niveau III:
ÉDUCATION	possède le niveau d'éducation pertinent (non agréé) et n'a AUCUNE expérience précédente liée à la lutte contre les toxicomanies	Possède le niveau d'éducation pertinente, au moins un an d'expérience liée à la lutte contre les toxicomanies préféré, et n'a AUCUNE responsabilité de supervision clinique	Possède le niveau d'éducation pertinente, de l'expérience liée à la lutte contre les toxicomanies Et n'a AUCUNE responsabilité de supervision clinique.
AGRÈMENT	Détient un diplôme ou grade pertinent d'un programme de lutte contre les toxicomanies obtenu à l'issu d'au moins deux années de formation	Détient un diplôme ou grade pertinent d'un programme offrant une formation en toxicomanies obtenu à l'issu d'au moins deux années de formation	Détient un Bac obtenu à l'issu de trois ou quatre ans de formation en travail social ou dans un programme universitaire lié aux services sociaux ou toxicomanies auprès d'un établissement d'enseignement postsecondaire agréé
EXPÉRIENCE	Volonté d'obtenir l'agrément en tant que conseiller en toxicomanies auprès de l'un d'organismes d'agrément canadiens reconnus (p. ex. FNWACC, FCACT, CCPF, etc.), avec emphase sur la compétence culturelle au cours des trois (3) premières années à l'emploi.	Agrément en tant que conseiller ou spécialiste en toxicomanies auprès de l'un d'organismes d'agrément canadiens reconnus (p. ex. FNWACC, FCACT, CCPF, etc.), avec emphase sur la compétence culturelle	Agrément en tant que conseiller ou spécialiste en toxicomanies auprès de l'un d'organismes d'agrément canadiens reconnus (p. ex. FNWACC, FCACT, CCPF, etc.),avec emphase sur la compétence culturelle.
CONNAISSANCES/CAPACITÉS CULTURELLES	1 à 2 ans d'expérience de travail en bonne et due forme (par exemple vérification des références par rapport au rendement)	3 à 5 ans d'expérience de travail en bonne et due forme (par exemple vérification des références par rapport au rendement)	Au moins trois à cinq ans (5 à10 ans pour une installation de traitement) d'expérience de travail en bonne et due forme (par exemple vérification des références par rapport au rendement).
	Reconnaissance des connaissances et compétences propres à la culture/ droits à la pratique culturelle sanctionnés par la collectivité.	Reconnaissance des connaissances et compétences propres à la culture/ droits à la pratique culturelle sanctionnés par la collectivité.	Reconnaissance des connaissances et compétences propres à la culture/ droits à la pratique culturelle sanctionnés par la collectivité.

2.3 RÉMUNÉRATION POUR LES GUÉRISSEURS TRADITIONNELS ET LES PRATICIENS DE LA CULTURE

Il convient de rappeler que les communautés accordent une grande valeur au travail des guérisseurs traditionnels et autres praticiens de la culture. Beaucoup d'entre ces derniers n'ont peut-être pas une éducation occidentale formelle en matière de lutte contre les toxicomanies, certes, mais le travail important que font ceux-ci doit être reconnu et apprécié, et l'on doit s'assurer d'affecter des ressources permettant de donner effet à cette reconnaissance, notamment sous forme de rémunération, le cas échéant.¹¹⁰ Tel qu'indiqué dans le Cadre de guérison traditionnelle de l'ASPN pour la Colombie-Britannique,

les politiques qui appuient les guérisseurs traditionnels font l'objet d'étude afin de permettre à ce que les guérisseurs traditionnels soient non seulement reconnus pour leur travail important, mais rémunérés, au besoin. Il s'agit des politiques pouvant s'assimiler à ce qui s'applique actuellement aux médecins du système conventionnel, mais avec un accent particulier sur des formes de rémunération non traditionnelles telles que des cadeaux, des honoraires, le paiement des frais de voyage et autres méthodes de compensation permettant à ces guérisseurs de combler leurs besoins vitaux. Depuis un certain temps, le soutien aux efforts d'agrément par les guérisseurs traditionnels a été reconnu comme constituant une priorité. Il convient d'axer les efforts à cet effet sur le soutien des communautés afin que celles-ci puissent identifier et utiliser leurs guérisseurs.¹¹¹

Cette question a également été soulignée dans les Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (AA#22).

Nous en appelons à ceux qui peuvent faire changer les choses au sein du système des soins de santé canadien à reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et s'en servir dans le traitement des patients autochtones en collaboration avec des guérisseurs et des aînés autochtones lorsque ces patients autochtones en font la demande.

¹¹⁰ First Nations Health Authority, Traditional Wellness Strategic Framework (2014), British Columbia. http://www.fnha.ca/wellnessContent/Wellness/FNHA_TraditionalWellnessStrategicFramework.pdf

¹¹¹ Ibid





3. AUTRES BESOINS LIÉS AU RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Des investissements supplémentaires sont nécessaires pour mettre en œuvre un continuum de soins global, notamment : des ressources destinées à la gouvernance et à la coordination des systèmes; pour couvrir les coûts des programmes, de fonctionnement et d'immobilisations; et les frais de traitement supplémentaires liés au transport pour raison médicale, aux services ambulatoires et autres services ayant trait aux services de lutte contre l'abus de médicaments sous ordonnance.

3.1 | GOUVERNANCE ET COORDINATION DES SYSTÈMES

Le Cadre Honorer nos forces fait valoir ce qui suit:

« Il est primordial d'assurer une solide gouvernance et une bonne coordination des systèmes pour mettre au point et maintenir un continuum de services au sein d'une communauté des Premières nations ». ¹¹²

Ce dernier fait également remarquer que :

« les leaders et les décideurs des communautés contribuent indéniablement à diminuer les problèmes de toxicomanie au sein de la communauté. Sans une définition claire des structures de gouvernance, les rôles entre un organisme chargé de la gouvernance des communautés des Premières nations et un service de toxicomanie ou de santé mentale pourront être contestables, particulièrement en ce qui a trait à la responsabilité de l'établissement des politiques et des normes. » ¹¹³

Alors, un modèle complet permettant de bâtir et de maintenir une approche systémique s'impose. Il pourrait s'agir de mettre en place un organisme de planification régional qui aiderait non seulement à soutenir des partenariats pangouvernementaux et entre les réseaux, ainsi qu'au sein de ceux-ci, mais aussi à assurer le renforcement des capacités permettant

d'appuyer la planification du développement communautaire, des mécanismes d'échange de connaissances, l'éducation et la formation, des mécanismes de planification concertée, et la coordination des exigences en matière de présentation de rapports et des systèmes de données.

Davantage de souplesse dans la planification et la programmation

L'autonomie gouvernementale et le contrôle communautaire sur des services et autres mesures de soutien constituent des éléments clés d'une communauté en bonne santé. ^{114 115 116} Ce qui signifie que les communautés doivent déterminer elles-mêmes leurs propres besoins et priorités en ce qui concerne l'ensemble des services et mesures de soutien dont elles ont besoin, tout en étant à même de concevoir et assurer la prestation des programmes d'une manière qui réponde à leurs besoins et leurs priorités, et se servir de leurs connaissances culturelles et s'appuyer sur leurs forces.

¹¹² Honouring Our Strengths, A Renewed Framework to Address Substance Use Issues Among First Nations People in Canada (2011) AFN, NNAPE, Health Canada. pg. 72.

¹¹³ Ibid, pg. 73

¹¹⁴ First Nations and Inuit Mental Health and Addictions Cluster Evaluation 2005/6 – 2009/10 Final Report (September 2012). Health Canada.

¹¹⁵ Honouring Our Strengths: A Renewed Framework to Address Substance Use Issues among First Nations People in Canada (2011) AFN, NNAPE, Health Canada.

¹¹⁶ First Nations Mental Wellness Continuum Framework (January 2015) AFN, Health Canada

Au sein des communautés, le fonctionnement des programmes en « silos » peut avoir pour conséquence un manque de coordination et de partage de l'information. Comme le fait valoir le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, il existe des marges de manœuvre au sein des structures de financement existantes pouvant permettre une modification des programmes ou du financement direct afin de satisfaire aux priorités communautaires, mais celles-ci ne sont toujours pas bien comprises. Ainsi donc, Il faut sensibiliser davantage les communautés quant à la marge de manœuvre dont elles disposent, afin qu'elles puissent tirer profit des possibilités connexes qui s'offrent à elles. Il s'impose également une plus grande souplesse au niveau communautaire, laquelle permettrait de soutenir la mise en place d'un continuum de soins répondant aux besoins uniques des collectivités.

Il est vrai que des programmes ont connu davantage de contrôle local, de souplesse et d'expression culturelle, mais, il n'en demeure pas moins qu'il faille une cession de la gestion des programmes aux mains des communautés, assortie d'un financement stable et à long terme pour des services et des programmes de lutte contre les toxicomanies. Dans certains cas, il se pose notamment un problème d'ententes de financement qui fait obstacle au contrôle local des services et l'appropriation communautaire de ces derniers. Tel qu'indiqué dans *Santé mentale et lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations et les Inuits - Évaluation du groupe*, Santé Canada 2012, *les directeurs de la santé communautaire au sud du 60e parallèle ont fait remarquer que bien que les accords de financement actuels permettent aux collectivités de choisir des programmes qui sont appropriés pour la communauté, ils ne favorisent pas suffisamment la conception de programmes par celle-ci (soulignement ajouté).* Le Rapport d'évaluation des besoins de l'AMO 2015 le confirme en faisant valoir ce qui suit :

bien qu'il existe nombre d'exemples de programmes communautaires élaborés de manière proactive par les collectivités elles-mêmes, ceux-ci souffrent d'un manque chronique de financement et de ressources, et ne sont souvent que des projets à court terme. Par conséquent, celles-ci se trouvent souvent dans l'obligation de devoir puiser dans des ressources et enveloppes destinées à d'autres projets d'appui et de soutien aux services nécessaires au traitement et à l'intervention. Actuellement, les communautés ont commencé à s'approprier les problèmes liés aux toxicomanies, cependant, elles se butent toujours à l'obstacle majeur qu'est le manque de financement.

Il existe plusieurs possibilités de mise en œuvre découlant d'un financement majoré souple : du financement supplémentaire (par exemple, miser sur des ressources dans l'ensemble du continuum au moyen d'un modèle d'investissement commun) ; moins de financement limité dans le temps et en silos (p. ex., s'assurer du renforcement des liens entre les organismes de financement fédéraux ainsi qu'entre les organismes de financement fédéraux, provinciaux et territoriaux) ; et du financement souple (par exemple, à l'aide des plans de mieux-être communautaires qui servirait de cadre au regroupement des ressources existantes en grappes et à la réduction ou élimination des silos). 117

Le développement communautaire constitue un élément important de renforcement des capacités pour définir, mettre au point, appliquer et évaluer des services et autres mesures de soutien requis. Des compétences qui permettent d'appuyer ces activités sont notamment celles liées au renforcement de l'esprit d'équipe, à la prise de décisions, ainsi qu'à la planification. Des plans de mieux-être communautaires constituent des outils essentiels en ce sens qu'ils pourraient permettre aux collectivités de remanier leurs programmes et services dans un continuum, et pour ce faire, certaines communautés auront besoin de soutien et de ressources leur permettant de mettre au point et déployer leurs plans.

DANS CERTAINS CAS, IL SE
POSE NOTAMMENT UN
PROBLÈME D'ENTENTES DE
FINANCEMENT QUI FAIT
OBSTACLE AU CONTRÔLE
LOCAL DES SERVICES ET
L'APPROPRIATION
COMMUNAUTAIRE DE CES
DERNIERS

117 First Nations Mental Wellness Continuum Framework (January 2015) AFN, Health Canada

Les centres de traitement, eux aussi, ont besoin d'accéder à des modèles de financement plus souples, afin de leur permettre de faire face aux contextes changeants, satisfaire aux besoins sans cesse croissants et mettre en œuvre un continuum de soins complet. Comme l'a démontré l'analyse sur la parité salariale plus haut dans le présent document, le personnel des centres de traitement et des programmes autochtones gagnent généralement moins que leurs homologues non autochtones. Dans le même ordre d'idée, les résultats du sondage faisaient valoir que les centres et les programmes dirigés par les Autochtones semblent recevoir moins de financement en moyenne que les centres et les programmes conventionnels, comme l'indiquent les tableaux 6 et 7 ci-dessous.

**Tableau 6: Budgets de fonctionnement annuels:
Centres et programmes dirigés par des Autochtones
(N = 12)**

\$1,800,000
\$1,800,000
\$1,155,577
\$920,000
\$800,000
\$800,000
\$800,000 for MH &A
(\$5,000,000 for entire agency)
\$788,464
\$600,128
\$500,000
\$468,424
\$200,000
Average: \$886,049

**Tableau 7: Budgets de fonctionnement annuels:
Centres et programmes non autochtones (N = 7)**

3 000 000 \$
2 769 256 \$
1 300 000 \$
1 205 063 \$
1 000 000 \$ +
465 000 \$
400 000 \$
Moyenne: 1 448 474 \$

Des organisations dirigées par les autochtones ayant répondu à l'enquête ont également identifié plusieurs domaines nécessitant davantage d'investissements, notamment l'infrastructure, les ressources humaines et des besoins particuliers en matière de services. Ces derniers comprennent les services culturels, la guérison familiale, les services sensibles aux traumatismes, ainsi que les services destinés aux personnes ayant des besoins spéciaux, à l'instar des femmes enceintes, jeunes à risque élevé et autres personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale complexes. Ci-dessous quelques exemples des commentaires de ces derniers:

- *Les clients désirent disposer des services de guérison communautaire, guérison familiale*
- *Les clients ont besoin de la participation et du soutien de la famille / des travailleurs*
- *Besoin de plus d'événements et de cérémonies culturels*
- *Nous avons besoin de soutien aux traitements de toxicomanies qui soient sûrs au plan culturel*
- *Des lacunes dans des services pour les jeunes à risque élevé, les femmes enceintes (TSAF), besoin de thérapeutes familiaux et comportementaux, conseillers dédiés au désaccoutumance au tabac et au jeu compulsif*
- *Notant des besoins accrus en matière de services sensibles aux traumatismes de prise en charge de problèmes complexes de santé mentale. c'est-à-dire, TSPT.*
- *Nécessité d'accroître l'accès aux évaluations neurologiques, c'est-à-dire l'ETCAF/les troubles neurologiques du développement liés à l'alcool (TNDA).*

Il serait également utile d'offrir des programmes de formation sur la gouvernance aux conseils de la santé, ainsi qu'aux centres de traitement. ; lesquels programmes de formation porteraient sur des pratiques de bonne gouvernance et l'élaboration de plans de travail, mais aussi sur des moyens de renforcer des relations de collaboration entre partenaires clés (aussi bien à l'interne, qu'interministérielles, intergouvernementales et à l'échelle du système.)

Un autre obstacle au traitement efficace identifié est celui du manque de souplesse dans des politiques de transport pour raison médicale de la DGSPNI, lesquelles empêcheraient et d'accéder aux types de soins appropriés, selon les besoins du client, et un retour au traitement au besoin, même à un centre où le client se serait récemment fait prendre en charge.

Appui à la gestion des données et respect des normes d'accréditation

En guise d'appui à la bonne gouvernance et à la coordination systémique, des centres de traitement et des programmes communautaires ont davantage besoin des capacités de gestion des données, ainsi que des capacités leur permettant de satisfaire aux normes d'accréditation. Il s'agit notamment du développement des capacités pour des centres de traitement liées au Système de gestion de l'information sur les toxicomanies (SGIT), étant donné que Santé Canada a reçu des demandes de financement pour la formation; ainsi des capacités liées au remaniement du flux de travail ayant trait à la gestion de cas. Le SGIT est une ressource unique et on ne peut plus utile, car il s'agit d'une base de données nationale qui détient des données sur les toxicomanies, la santé mentale et le mieux-être mental des Premières Nations au Canada. Toutefois, afin de s'assurer que l'on se sert systématiquement du SGIT pour répondre aux besoins liés aux données permettant d'orienter le processus décisionnel, la planification et la conception de programmes, ainsi que l'évaluation et l'accréditation de programmes; les utilisateurs du système ont besoin d'aide pour réaligner et attribuer des responsabilités à l'échelle de leur flux de travail. Des programmes de formation en gestion de cas permettraient d'appuyer les centres de traitement à assurer le renforcement de leurs capacités en matière d'évaluation des clients et d'utilisation des résultats qui en découlent pour mettre au point des plans de soins de clients appropriés. La formation liée au fonctionnement et à l'utilisation du SGIT permettrait d'assurer un processus

cohérent de saisie de données et d'établissement de rapports.

L'accréditation permet d'évaluer les centres de traitement de la toxicomanie par rapport aux normes nationales d'excellence qui mesurent la performance clinique, et autres performances liées aux opérations et à la gouvernance. Il existe plusieurs organismes d'accréditation au Canada. À ce jour, cent pour cent des neuf centres de traitement résidentiels PNLAADA dans la région de l'Ontario ont démontré leur crédibilité en obtenant l'accréditation, contre 62 % des programmes de traitement non autochtones au Canada. Les programmes d'accréditation exigent des centres de traitement de démontrer qu'ils se sont conformés aux normes d'excellence en présentant d'éléments probants sur les résultats des services, et entre autres choses, de démontrer comment ils assurent la sécurité du client. Le taux d'achèvement de traitement par les clients s'est également amélioré dans l'ensemble de l'évolution des changements, passant de 66 % en 2005 à 75 % en 2012. Cependant, les centres de traitement ont besoin du soutien continu leur permettant de supporter les coûts liés au respect continu des normes d'accréditation et d'intégrer les améliorations nécessaires au maintien desdites normes et la qualité des soins.

118 Honouring Our Strengths: A Renewed Framework to Address Substance Use Issues Among First Nations People in Canada (2011) AFN, NNAPF, Health Canada.

119 An unpublished report of the Canadian Executive Council on Addictions, 2011.



Un autre aspect important pour lequel l'on a besoin de soutien est celui de la mise au point des programmes visant à renforcer des capacités de gestion des risques. Les résultats du processus d'accréditation servent de rétroaction sur les recommandations et chaque recommandation fait l'objet d'évaluation pour les risques. En plus de l'évaluation des risques prévue par le processus d'accréditation, les normes d'accréditation exigent également que des fournisseurs de services, tels que les centres de traitement, disposent d'un programme de gestion des risques à l'effet de procéder à une évaluation régulière et systématique des risques et en atténuer tous risques liés aux services à la clientèle, à la gestion des ressources, ainsi qu'en ce qui concerne la conformité légale et réglementaire. Bien que la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, devenue Thunderbird Partnership Foundation se tâche d'offrir du

soutien par l'entremise des exemples de modèles et des politiques de gestion des risques, les centres de traitement ont toujours besoin d'aide sous forme de formation leur permettant de renforcer leur capacité dans l'utilisation de ces ressources de manière cohérente.

Il faut également du soutien à l'échange de connaissances se rapportant à l'accréditation entre centres de traitement, de sorte que ces centres puissent partager leurs succès. Cela pourrait se faire par le biais d'un mécanisme qui encourage un recours aux champions de l'accréditation et de partage des connaissances.

3.2 COÛTS DE PROGRAMME, DE FONCTIONNEMENT ET D'IMMOBILISATIONS (IMPORTANTES ET DE MOINDRE ENVERGURE)

Coûts de programmes et de fonctionnement

Il convient de noter que les faibles augmentations au financement annualisé affecté aux centres de traitement n'ont pas évolué selon les augmentations des frais de fonctionnement des établissements nécessaires pour combler les besoins. Par exemple, les frais des aliments, services publics, télécommunications, vérifications, ainsi que ceux liés aux exigences en matière de santé et de sécurité et aux TI ont connu une hausse de plus de 2 % et sont estimés à environ 23 % pour les centres de traitement. Pour certains de ces centres, ces frais sont encore plus élevés. Il ressort de l'Annexe B, Budget 1, par exemple, que les frais de fonctionnement ont connu une hausse de plus de 50 % du chiffre d'affaires depuis 1992, ce qui signifie que le financement affecté au traitement a été réduit. Il est donc nécessaire de couvrir suffisamment les frais liés au programme et au fonctionnement aussi bien au niveau communautaire que des centres de traitement afin de s'assurer que le traitement demeure au cœur des priorités et que celui-ci ne se trouve pas miné du fait des coûts de fonctionnement sans cesse croissants. Les besoins en matière d'immobilisations

quotidiens des services de traitement communautaires supplémentaires, souvent situés au sein des centres de santé communautaires, sont couverts par les budgets de la DGSPNI alloués à la santé communautaire. Cependant, tous les services de lutte contre les problèmes liés à la toxicomanie et la santé mentale et autres services de mieux-être communautaires ne

ÉTANT DONNÉ QUE LE PNLAADA S'EST
ÉLARGI POUR OFFRIR AUX CLIENTS DES
SOINS DE JOUR ET AUTRES SERVICES
AMBULATOIRES DAVANTAGE CIBLÉS OU DES
PROGRAMMES D'INTERVENTION PRÉCOCE,
CELUI-CI FAIT **FACE À DES DÉFIS**
CROISSANTS DE TROUVER ASSEZ D'ESPACE
POUR ABRITER CES SERVICES AU SEIN DE
L'INFRASTRUCTURE COMMUNAUTAIRE
EXISTANTE.

sont pas abrités par ou logés dans les centres de santé communautaires. Étant donné que le PNLAADA s'est élargi pour offrir aux clients des soins de jour et autres services ambulatoires davantage ciblés ou des programmes d'intervention précoce, celui-ci fait face à des défis croissants de trouver assez d'espace pour abriter ces services au sein de l'infrastructure communautaire existante.

Le Tableau 6, ci-dessous, indique les estimations des frais de programme/fonctionnement, issues des divers projets de budget examinés.

Tableau 8 : Frais de programme et de fonctionnement estimatifs requis liés aux services communautaires PNLAADA dans la région de l'Ontario

	Coût estimatif
1. Service communautaire : coûts estimatifs de programme/-fonctionnement relatifs à la parité salariale applicable aux seuls intervenants déjà en place	1 359,162 \$ (Voir remarque 1)
2. Service communautaire : coûts estimatifs de programme/-fonctionnement relatifs à la parité salariale applicable aux intervenants supplémentaires requis	7 751,468 \$ (Voir remarque 2)
3. Centres de traitement: coûts estimatifs de programme/-fonctionnement relatifs à la parité salariale applicable aux intervenants en place et à des intervenants supplémentaires requis	4 570,312 \$ (Voir remarque 3)
Coûts estimatifs totaux de programme et de fonctionnement relatifs à des intervenants supplémentaires requis	13 680,942 \$

*Remarque 1 : les coûts actuels de programme/-fonctionnement au niveau communautaire sont estimés à 2 028 250 \$ – Annexe A, Budget 1. Les coûts de programme et de fonctionnement au niveau communautaire liés à la parité salariale applicable aux intervenants en place ont été estimés par ORAPC à \$ 3 387,412 – Annexe A, Budget 2, en soustrayant les coûts actuels (réels) des coûts de programme et de fonctionnement supplémentaires requis pour atteindre la parité salariale, ce qui donne le chiffre de **1 359,162 \$** aux titres des coûts de programme et de fonctionnement requis pour mettre en œuvre la parité salariale pour les employés actuels.*

*Remarque 2 : L'estimation a été faite en soustrayant les coûts de programme et de fonctionnement au niveau communautaire liés à la parité salariale applicable aux intervenants en place et aux nouvelles ressources humaines (RH) requises (11 138,880 \$) – Annexe A, Budget 3, des coûts de programme et de fonctionnement liés à la parité salariale applicable aux seuls intervenants déjà en place (3 387,412 \$) – Annexe A, Budget 2 – pour en arriver au chiffre de **7 751,468 \$** requis pour l'engagement des nouvelles ressources humaines (RH) nécessaires.*

*Remarque 3 : Les centres de traitement reçoivent 9 724, 069 \$ par an de financement global PNLAADA/PNLAASJ/SNA dans la région de l'Ontario. On estime qu'environ 47 % de fonds supplémentaires seraient requis pour couvrir les coûts de programme et de fonctionnement liés à la prise en charge et des augmentations de traitement à des niveaux de parité et du personnel supplémentaire recruté pour assurer la mise en œuvre d'Honorer nos forces – Voir l'Annexe B, Budget 2, ce qui porterait le montant par an à **4 570 312 \$**. Il s'agit là d'une approximation seulement de ce qui est requis; il faudrait mener d'autres études avant d'établir le chiffre final.*

Ressources pécuniaires allouées aux démarches de guérison traditionnelles

Les méthodes de guérison traditionnelles doivent s'intégrer pleinement dans le continuum des soins, notamment en ce qui concerne le dépistage, l'évaluation, le traitement et la mesure de résultats. Des programmes culturels ont été mis en œuvre, et ils le sont encore d'ailleurs dans une plus grande mesure dans des centres de traitement et au niveau communautaire (par exemple des programmes axés sur le territoire), mais afin d'appuyer ces derniers, il faut assurer le financement des ressources culturelles, notamment pour ce qui est des investissements en immobilisations, lesquels permettent de fournir des ressources adéquates à une gamme complète de méthodes de guérison adaptées au contexte culturel.

Un besoin précis, tant majeure que de moindre envergure, qui se fait sentir est celui des investissements en immobilisations afin de faciliter des programmes « axés sur le territoire ». Certains des équipes de mieux-être mental et des programmes communautaires de lutte contre l'abus de médicaments sur ordonnance dépendent de la culture et des milieux dans la nature (terrestres) pour la prestation de leurs services. Ces milieux prévoient et des camps permanents disposant d'un certain nombre de bâtiments pouvant abriter cuisine, espace de réunion, cabine de couchage; et d'autres des camps de fortune pour mineurs faits des tentes ou des tee-pees. Le besoin qu'ont en commun les camps rattachés au territoire est celui de petits biens d'équipement permettant d'accéder aux sites à l'extérieur des collectivités des Premières Nations, des biens d'équi-

pement tels que des bateaux/moteurs de bateau, motoneiges, véhicules tout terrain, scies à chaîne, canoës, bâches de tee-pee, matériel de chasse, entrepôt d'aliments, etc. Thunderbird Partnership Foundation mène actuellement une étude devant déboucher sur la mise au point d'un « Modèle de prestation de services des Premières Nations pour des programmes rattachés au territoire ». Le modèle comprendra un examen des coûts associés à la mise en place et au fonctionnement des sites de prestation de service tels que des « camps rattachés au territoire ».

Coûts d'immobilisations destinées à l'amélioration des installations

Pour ce qui est des centres de traitement, comme l'indique ci-dessous le Tableau 8, la plupart des neuf centres résidentiels PNLAADA/PNLASJ avaient été construits à la fin des années 1980 ou au début des années 1990. De ceux-ci, seul un a eu un rapport de l'état des installations au cours de la dernière décennie. Deux centres ont fourni des rapports d'inspection des bâtiments récents (2015). Ces deux ont signalé des problèmes sur l'état des bâtiments nécessitant des investissements en immobilisations pour y faire face. Des informations sur la nécessité d'effectuer une analyse complète des coûts en immobilisations n'étaient pas disponibles au moment de l'élaboration du présent rapport, mais il importe d'étudier ces besoins et y donner suite.

121 First Nations Mental Wellness: Mobilizing Change through Partnership and Collaboration (2015). Brenda M. Restoule and Carol Hopkins Thunderbird Partnership Foundation, Jennifer Robinson Assembly of First Nations, Patricia K. Wieb Health Canada. Canadian Journal of Community Mental Health, vol. 34, no. 4.

122 Kanate et al (February 2015) Community-wide measures of wellness in a remote First Nations community experiencing opioid dependence: Evaluating outpatient buprenorphine-naloxone substitution therapy in the context of a First Nations healing program. Canadian Family Physician. 61.

123 Prescription Drug Abuse Strategy: Take A Stand. (2010). Chiefs of Ontario



Tableau 7 : Rapports sur les installations et de l'État des installations PNLAADA/PNLASJ de la région de l'Ontario

Treatment Centre	Adresse	Type de programme	Année de construction	Dernier Rapport de l'État des installations
Reverend Tommy Beardy Memorial	B.p. 131 Muskrat Dam ON P0V 3B0	familial	1991	2000
Native Horizons Treatment Centre	130 New Credit Road Hagersville, ON N0A 1H0	Alcool et drogues 18 + et admission familiale à l'été	1988	2013
Pavillon de ressource-ment Sagashtawao	B.p. 99 Moosonee, ON P0L 1Y0	Alcool et drogues 18 + et admission familiale à l'été	1991	2000
Centre de traitement des toxicomanies Benbowopka	B.p. 568 Blind River, ON P0R 1B0	Alcool et drogues 18 +	1990 certaines structures originales datant de 1926	2005
Dilico Anishnabek Treatment Centre	200 Anemki Place FWFN Thunder Bay ON P7J 1L6	Alcool et drogues 18 +	1989	
Centre de traitement contre l'abus d'alcool et d'autres drogues Migisi	B.p. 1340 Kenora, ON P9N 3X7	Alcool et drogues 19+	1989	2005
Centre de récupération Ngwaagan Gamig, Inc.	B.p. 81 56 Pitawanakwat St Wiwemikong ON P0P 2J0	Alcool et drogues 18+	1991	2000
Centre de traitement de l'abus de solvants Ka-Na-Chi-Hih	1700 Dease Street Thunder Bay, ON P7C 5H4	Solvant 16 à 25 ans		2001
Centre de guérison Nimkee Nupi Gawagan	RR1 Muncey, ON N0L 1Y0	Solvant 12 à 17 ans		Le plan de travail de la PN fait état d'une demande d'argent, approuvé; travaux en cours

3.2 CAPACITÉ EN MATIÈRE DES SERVICES DE LUTTE CONTRE L'ABUS DE MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE, L'ABUS D'OPIOÏDES SANS PRESCRIPTION ET L'ABUS DE CANNABIS

Un continuum complet et suffisamment financé de services nécessiterait une hausse de financement permettant de répondre aux besoins des personnes aux prises avec le problème d'abus de médicaments sur ordonnance (AMO), d'abus d'opioïdes sans prescription, ainsi que d'abus de cannabis. Un financement suffisant et à long terme demeure nécessaire pour soutenir l'accès aux programmes communautaires de lutte contre l'abus de médicaments sur ordonnance (AMO), (les traitements de substitution des opioïdes à base de méthadone ou de Suboxone®, le traitement rattaché au territoire et autres traitements culturels en sont quelques exemples), ainsi que l'accès aux soins infirmiers, et aux ressources affectées aux immobilisations et au programme. Ces programmes enregistrent déjà des

bons résultats, de même que des mesures de soutien aux femmes ayant accouché et aux bébés de celles-ci, touchés par le problème d'AMO. Les centres de traitement ont également besoin d'une capacité renforcée leur permettant de voir des clients sous méthadone ou sous Suboxone®.

Parmi les centres et programmes dirigés par des Autochtones ayant répondu à l'enquête et ayant signalé avoir des restrictions liées aux admissions au programme, un nombre important d'entre eux-ci n'accepte pas de clients sous méthadone (46%) et, dans une moindre mesure, sous Suboxone (31%). En outre, quatre, soit 31%, d'entre ces derniers ne sont en général pas en mesure d'accepter de femmes enceintes ou de femmes enceintes au-delà du troisième trimestre de

grossesse, bien que l'un d'entre eux a signalé accepter parfois les femmes enceintes au cas par cas. En ce qui a trait aux services résidentiels, précisément les 11 pavillons de ressourcement/centres de traitement dirigés par les autochtones ayant signalé des restrictions aux admissions de clients, l'un d'entre ceux-ci ne peut servir de clients sous méthadone, un autre ne peut servir de clients sous méthadone, sauf dans le cas des femmes enceintes, deux d'entre ces centres ne peuvent servir de clients qui sont soit sous Suboxone® soit sous méthadone, et deux autres sont en mesure de servir les clients sous Suboxone® mais pas sous méthadone. Deux autres ne peuvent servir du tout de femmes enceintes, et un autre ne sert rien que des femmes enceintes jusqu'à leur quatrième mois de grossesse. Il s'agit là des constatations plutôt préoccupantes. Dans le contexte actuel de la crise d'opioïdes, il s'avère prioritaire de procéder au renforcement des capacités dans ce domaine.

Plusieurs études de recherche ont été menées sur les meilleures pratiques de gestion de l'AMO, notamment sur des études faisant état de meilleurs résultats pour les enfants des femmes enceintes prenant la buprénorphine et la naloxone, par opposition à la méthadone, et sur d'autres encore rapportant des améliorations importantes au mieux-être de la collectivité dans une Première Nation éloignée, suivant une approche globale, notamment celle faisant appel à une combinaison de counseling intense en matière de toxicomanie, des stratégies de guérison des Premières Nations et de la thérapie de substitution par buprénorphine-naloxone.¹²⁶

On s'intéresse également de plus en plus à la mise en œuvre des stratégies globales et adaptées aux réalités culturelles de réduction des méfaits. Un survol récent des documents de recherche pertinents s'est intéressé sur des stratégies autochtones de réduction de méfaits dans des programmes de traitement en résidence luttant contre l'usage d'opioïdes et de cannabis.¹²⁷ L'une des principales constatations de celui-ci fut la nécessité d'intégrer les meilleures pratiques; ces dernières faisaient valoir ce qui suit: «*les pratiques fondées sur la culture constituent une priorité, tout comme l'intégration des pratiques occidentales et traditionnelles. La pratique innovatrice et axée sur l'intégration en est la voie à suivre.*» Les stratégies efficaces tiendront compte des éléments suivants:

1. Les services tiennent compte des complexités liées à l'accès aux services (par exemple, la stigmatisation, les effets du traumatisme, la violence latérale, les obstacles à l'accès, la méfiance à l'égard des services de santé);
2. Les services engagent les centres de traitement dans des conversations portant sur les contraintes auxquelles ils font face (p. ex. la stigmatisation, le besoin en formation et d'autres activités liées au renforcement des capacités permettant de prendre en charge des clients sous Suboxone® ou méthadone et /ou des femmes enceintes, l'approche d'interdiction adoptée par de nombreuses communautés, les contraintes liées au financement);
3. Les options de traitement sont soigneusement analysées visant l'appui de la personne entière comme orientation de l'approche;
4. Au-delà du rétablissement: la guérison à l'intention des peuples autochtones (p. ex., s'orienter vers les connaissances et les enseignements autochtones, restaurer les identités autochtones et reconnaître les forces et la fierté culturelle)
5. Traitement familial flexible et éclairé sur le plan culturel
6. Appui du gouvernement et adoption de politiques de mise à l'échelle rapide (par exemple par le biais de la collaboration et la coopération interministérielles concernant le financement et la mise en œuvre des programmes)
7. Exploration de méthodes de traitement novatrices et équilibrées quant au rapport coût/efficacité.

124 Wiegand et al. (2015). Methadone vs Maternal Buprenorphine and Naloxone. *Obstetrics and Gynecology*. 125:2

125 Dooley et al (April 2016) Buprenorphine-naloxone use in pregnancy for treatment of opioid dependence Retrospective cohort study of 30 patients. *Canadian Family Physician*. 62

126 Kanate et al (February 2015) Community-wide measures of wellness in a remote First Nations community experiencing opioid dependence: Evaluating outpatient buprenorphine-naloxone substitution therapy in the context of a First Nations healing program. *Canadian Family Physician*. 61.

Il convient de noter que le financement que l'on affecte actuellement à la lutte contre l'AMO ne repose que sur des propositions et ne répond pas aux exigences des communautés. Des centres de traitement offrent des services aux personnes touchées par l'abus de médicaments sur ordonnance. Des traitements communautaires, y compris mais sans s'y limiter, des traitements rattachés aux territoires sont nécessaires dans la lutte contre l'AMO.

Thunderbird Partnership Foundation a mis au point un plan détaillé de gestion de l'AMO, lequel prévoit un certain nombre de champs d'action prioritaires (Annexe E). L'organisation a également mis au point un plan et un budget liés au

mieux-être communautaire par l'entremise de la culture et le traitement communautaire (annexe F), ainsi qu'un modèle de traitement communautaire au Suboxone®, assortis d'un budget (annexe G). Ces trois documents constituent des ressources utiles à la planification et à l'élaboration de programmes dans le contexte de la crise des opioïdes et des défis inhérents à la légalisation attendue du cannabis.

128 Hopkins, C., Katt, M., Cirone, S. & Chase, C. Thunderbird Partnership Foundation: Priorities for PDACC

4. RÉSUMÉ DES INVESTISSEMENTS IMMÉDIATS REQUIS AUX FINS DE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Le Tableau 8 ci-dessous, résume le coût annualisé estimatif du renforcement des capacités du PNLAADA de la région de l'Ontario, notamment des coûts liés à la parité salariale applicable au personnel en place, au personnel supplémentaire requis à des niveaux de parité salariale, et des coûts liés à la programmation et au fonctionnement, ainsi qu'à l'administration.

Tableau 8 : Résumé des coûts estimatifs liés au renforcement des capacités dans la région de l'Ontario

Coût de mise en œuvre de la parité salariale pour le personnel en place	Coûts d'embauche de nouveau personnel requis à de niveaux de parité salariale	Coûts de programme ou de fonctionnement liés au personnel en place et au nouveau personnel requis à des niveaux de parité salariale	Total partiel	Coûts administratifs à 10 %	COÛT ESTIMATIF TOTAL ANNUEL
6 136,321 \$	29 153,637 \$	13 680,942 \$	48 970,900 \$	4 897,090 \$	53 867,990 \$

Remarque : Les chiffres ont été arrondis à l'unité supérieure. Aussi, les besoins en investissements supplémentaires suivants n'ont pas été inclus aux coûts estimatifs ci-dessus.

- Besoins d'investissements en immobilisations devant encore faire l'objet d'évaluation
- Coûts d'activités nécessaires à l'amélioration de la gouvernance et la coordination des systèmes
- Coûts des ressources culturelles, telles que les aînés/guérisseurs culturels
- Coûts spécifiques liés au renforcement des capacités pour la gestion des données et pour répondre aux exigences d'accréditation, au de-là de la dotation supplémentaire en personnel

- Coûts liés au traitement de l'abus des médicaments sur ordonnance au niveau des centres communautaires et de traitement, au de-là de la dotation supplémentaire en personnel
- Coûts liés aux services supplémentaires de transport médicaux et au traitement ambulatoire dans les centres de traitement et au niveau communautaire. Coûts liés au matériel supplémentaire et aux meubles, etc. Coûts liés aux nouveaux modèles de dotation.

5. 5. RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL TECHNIQUE MIXTE

Conformément à l'énoncé de travail du présent projet, une analyse et un examen de la documentation ont été effectués afin d'appuyer les recommandations ci-après, donner de l'orientation relativement aux politiques et aux programmes à l'intention des dirigeants à l'APN, Chefs de l'Ontario (COO) et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Le présent projet ne prétend pas avoir identifié tous les coûts pertinents et nécessaires, mais ci-dessus, nous en présentons ceux traités dans la documentation ayant fait l'objet d'examen. Des lacunes supplémentaires ont été relevées au cours du présent travail : bon nombre de celles-ci sont décrites dans la section suivante du rapport et des recommandations y relatives formulées pour examen futur.



Remarque : les recommandations tenant compte des Appels à l'action précis de la Commission de vérité et de réconciliation sont marquées d'une plume d'orange.

PARITÉ SALARIALE ET PERFECTIONNEMENT DE LA MAIN-D'ŒUVRE

1. Que le montant proposé aux fins de la parité salariale pour le personnel en place du PNLAADA/PNLASJ soit accepté et mis en œuvre.
2. Que le montant proposé aux fins de recrutement de nouvelles ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre du continuum complet de soins à des niveaux de parité salariale soit accepté.
3. Que les incitatifs de maintien en poste soient maintenus comme reconnaissance des qualifications supplémentaires obtenues par le personnel agréé.
4. Que les besoins régionaux continuent de définir les priorités en matière de formation continue de l'effectif du PNLAADA/PNLASJ et un engagement budgétaire établi afin de garantir le maintien en poste de la capacité.

COÛTS DE PROGRAMMES ET DE FONCTIONNEMENT

5. Que les budgets des services communautaires et des centres de traitement soient augmentés tel qu'indiqué dans le document afin de couvrir les frais de programmes et de fonctionnement requis.

PRISE EN CHARGE FONDÉE SUR LA CULTURE

-  6. Que les coûts reliés à la mise en œuvre intégrale de la prise en charge basée sur la culture dans les centres de traitement et au niveau communautaire soient évalués et traités comme élément essentiel de la transformation en profondeur et la mise en œuvre du continuum du mieux-être
-  7. Suite à ce qui précède, que les politiques de la DGSPNI soient adaptées, en tant que de besoin, afin d'appuyer un rôle pour la culture en matière de la santé et la guérison en fournissant des ressources (telles que des honoraires professionnels) aux praticiens de la culture et aux aînés, comparables à celles pratiquées chez d'autres prestataires professionnels ; couvrant les frais de déplacement, tant pour des praticiens de la culture que pour des aînés visitant des centres de traitement afin d'apporter du soutien culturel ; et en reconnaissant le droit de la communauté à définir qui elle considère comme praticien culturel et à " sanctionner " des praticiens culturels particuliers.
-  8. Que des protocoles culturels soient établis permettant d'orienter les relations entre les praticiens de la culture et des programmes communautaires ou de traitement.

INVESTISSEMENTS EN IMMOBILISATIONS

- 9. Que les besoins en immobilisations des centres de traitement aux fins d'amélioration et de mises à niveau des installations nécessaires soient évalués et dotées de ressources, au besoin.
-  10. Que les besoins en immobilisations dans les centres de traitement et dans les collectivités aux fins de la mise en œuvre d'une gamme complète de services et des mesures de soutien tout au long du continuum des soins soient évalués et incorporés dans les budgets annualisés, notamment les coûts liés à de l'espace pour accueillir les ressources humaines supplémentaires requises, les coûts de programme axé sur la culture (par exemple les activités rattachées au territoire), et les coûts destinés aux soins sensibles aux traumatismes, ainsi qu'à l'utilisation accrue de la télésanté et autres technologies.
- 11. Que l'on étudie la possibilité d'utiliser des lignes d'écoute téléphoniques et des lignes d'assistance téléphoniques existantes dans la perspective de leur mise en œuvre possible comme ressource utile dans des centres de traitement.

GOVERNANCE ET COORDINATION DES SYSTÈMES

- 12. Que l'on modifie les ententes de financement actuelles des centres de traitement afin d'accorder à ceux-ci la marge de manœuvre dont ils ont besoin pour faire face à l'évolution des contextes, aux besoins croissants et mettre en œuvre un continuum complet de soins.
- 13. Que les coûts liés au renforcement des capacités des communautés leur permettant d'accéder au financement plus souple soient évalués et mis en œuvre.
- 14. Que les coûts soient évalués et mis en œuvre afin de mettre au point un modèle régional efficace d'appui à la gouvernance et la coordination des systèmes.
- 15. Que les coûts requis pour appuyer les centres de traitement à continuer à satisfaire aux exigences de conformité liées aux normes en matière d'accréditation soient ajoutés aux allocations budgétaires annualisées des centres de traitement.
- 16. Que des ressources devraient aussi être mises en place ayant trait à un programme de gouvernance pour le Système de gestion de l'Information sur les toxicomanies (SGIT) afin d'appuyer les améliorations et le développement permanents du système.
- 17. Que les ressources nécessaires au renforcement des capacités liées au SGIT soient évaluées et incorporées dans les budgets annuels des centres de traitement.
- 18. Que le système SGIT développe des capacités permettant de répondre aux besoins communautaires.

SERVICES AMBULATOIRES

19. Que les coûts liés à la prestation d'un continuum complet de soins destinés aux patients externes soient évalués en ce qui concerne les centres de traitement et les programmes communautaires, et incorporés dans les budgets annuels.

TRANSPORT POUR RAISON MÉDICALE

20. La DGSPNI révisé et modifie ses politiques en matière de transport pour raison médicale afin de favoriser l'accès aux types de soins appropriés, selon les besoins du client, et soutenir un retour au traitement, le cas échéant, même dans des cas où il y aurait eu une tentative récente de traitement.

LUTTE CONTRE LE MÉSUSAGE DES OPIACÉS ET LES RISQUES Y RELATIFS

21. Qu'un engagement de financement des programmes communautaires de traitement par agonistes opioïdes puisse faire l'objet d'évaluation et d'ajout dans des enveloppes destinées à la santé communautaire.
22. Que les politiques fédérales soient révisées afin de s'assurer que buprénorphine et naloxone constituent le traitement de première ligne dans le cadre de la thérapie de remplacement des opioïdes, et que l'on mette en place des stratégies de distribution permettant de s'assurer que les utilisateurs ont accès à la naloxone lorsqu'ils en ont besoin.
23. Qu'un engagement de financement de programmes communautaires de prévention de la consommation abusive d'opioïdes venant en aide aux femmes en âge de procréer soit mis en place.
24. Que l'on définisse l'engagement de financer des programmes communautaires, axés sur la culture, destinés aux mères et aux enfants ayant des antécédents du syndrome de sevrage néonatal.
25. Que les actions prioritaires de Thunderbird Partnership Foundation en ce qui concerne la gestion de la problématique de l'abus de médicaments sur ordonnance (AMO) soient adoptées pour la région de l'Ontario ; et qu'un budget détaillé y relatif et un plan d'action pour en assurer la réalisation soient élaborés et mis en œuvre.

STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE

26. Que la stratégie de mise en œuvre planifiée et échelonnée ayant trait aux recommandations soit adoptée tel qu'indiqué.





6. PROPOSED

The proposed implementation strategy in relation to the recommendations is outlined in the chart below:

[illegible]

A. Parité SALARIALE

- Fondée sur l'étude de cas de l'Ontario, mettre en œuvre la parité salariale à l'échelle nationale

B. Investissements en immobilisations

- Investir dans le renforcement des capacités et des projets d'immobilisations de moindre envergure afin de soutenir des programmes adaptés à la culture en les dotant et de plus d'espace à l'intérieur des bâtiments/sur le territoire ou au pays, et des ressources matérielles / équipements de programmes
- Prévoir des espaces de bureau supplémentaires pour le renforcement des capacités/pour répondre à l'accroissement des effectifs en ressources humaines

C. Frais de fonctionnement

- Bonifier le budget de fonctionnement du PNLAA/DA/PNLASJ pour tenir compte des augmentations des coûts liés à l'hydro-électricité, au chauffage, l'eau, au téléphone, l'accès à Internet, et aux assurances

PHASE 2 - FONCTIONNEMENT (HNF : CONTINUUM DE SOINS & CAPACITÉ DE LA MAIN-D'OEUVRE) >>

D. Renforcement des capacités

- Investir dans des effectifs en ressources humaines supplémentaires chargés du mieux-être mental (toxicomanie & santé mentale) pour les centres communautaires & de traitement permettant de répondre aux besoins actuels.
- Investir dans des praticiens de savoirs autochtones & des compétences culturelles.
- Investir dans des programmes culturels / de traitement.
- Investir dans des services communautaires de traitement du mésusage d'opiacés & de réduction des méfaits.
- Investir dans le renforcement des capacités en vue de la prestation d'un continuum de programmes/-services (c'est à dire des services ambulatoires/sur le territoire / des services de prévention des crises et d'interventions en cas de crises)

PHASE 3 - MESURE DU RENDEMENT & RECHERCHE >>>>>>

E. Investir dans le renforcement des capacités permettant d'assurer la gestion des données & dans des stratégies liées à la mesure du rendement

F. Accréditation - appui en faveur du respect des normes d'accréditation

G. Investir dans le système national de gestion de l'information sur les toxicomanies

PHASE 4 - GOUVERNANCE & COORDINATION DES SYSTÈMES >

H. Appui en faveur de la mise en oeuvre intégrale du Continuum de soins en renforçant les effectifs des communautés, la capacité d'appuyer les partenariats aux fins de prestation des services, ou en faveur des approches de soins en collaboration.



LACUNES ET DÉFIS LIÉS AUX INVESTISSEMENTS FUTURS

Un certain nombre de lacunes et des défis liés aux investissements futurs sur la mise au point d'un continuum de soins complet ont également été identifiés. Il s'agit des suivants.

COORDINATION ET COLLABORATION EFFICACES ^{129 139 131 132 133}

Les bailleurs de fonds fédéraux et provinciaux ont tendance à opérer séparément les uns des autres, ce qui crée des lacunes dans les services et se répercute sur la continuité des soins. Certains partenariats existent avec les gouvernements provinciaux et des services du système conventionnel (tels que des services de santé mentale et de désintoxication). Dans certaines régions, les communautés et les conseils tribaux sont de plus en plus impliqués dans l'impulsion du changement et la mise en place de partenariats novateurs, tels qu'avec des ONGs, réseaux locaux d'intégration des services de santé, médecins, pharmaciens, hôpitaux, équipes de santé familiale et d'autres ; ceux-ci doivent être développés davantage. Des partenariats au niveau régional et communautaire sont tout aussi importants, ne serait-ce que parce qu'ils peuvent donner lieu à davantage d'investissements provinciaux dans des programmes des Premières Nations et permettre de réduire les lacunes actuelles liées à la programmation. À titre d'exemple, les partenariats pourraient permettre d'en arriver à un système d'aiguillage global et coordonné, permettant à ce que des renvois puissent être échangés entre des ressources dans et hors des réserves, ainsi qu'entre des services liés aux soins primaires, aux toxicomanies et à la santé mentale.

Le cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations cite comme exemple la Colombie-Britannique où il existe une étroite collaboration entre organisations de la santé des Premières Nations et les autorités de santé provinciales et régionales offrant des services de prise en charge de problèmes liés aux troubles mentaux aigus; autrement dit, *une plus grande collaboration a encouragé les autorités de santé provinciales et régionales à assumer plus de responsabilités en faveur des collectivités des Premières Nations dans le cadre des missions qui leur sont assignées; et... les services provinciaux se fondent de plus en plus sur des priorités recensées par les collectivités elles-mêmes et alignés sur les services existants afin de combler les lacunes ...* **On ne peut suffisamment souligner l'importance de la collaboration entre tous les secteurs et administrations.**

129 Ontario Region First Nations Addictions Service Needs Assessment, Final Report (March 28, 2009). Williams Consulting.

130 Final Report of the Update of the 2009 Ontario Region First Nations Addictions Service Needs Assessment for Chiefs of Ontario. M. Maar for Chiefs of Ontario

131 Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada (2011) APN, FANPLD, Santé Canada

132 Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (Janvier 2015) APN, Santé Canada

133 Santé mentale et lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations et les Inuits - Évaluation du groupe 2005/06 - 2009/10, Rapport final.

Il faut faire appel à une approche systémique afin de s'assurer de l'accessibilité à un continuum complet de services et de mesures de soutien. Comme l'a signalé le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) s'agissant des services de lutte contre les toxicomanies:

«les différentes autorités administratives ont mis sur pied leur propre système de services et de soutiens sans s'attarder à la cohérence et à la coordination entre les autorités administratives et à l'intérieur de celles-ci. Cela a eu pour effet une fragmentation et un manque de cohérence entre les éléments, au lieu du système de services et de soutiens intégré.»¹³⁴

Il s'agit là d'un problème particulièrement aigu pour les membres des Premières Nations, lesquels peuvent avoir besoin des soins financés par plusieurs administrations (fédérale et provinciales). dans la mesure où il peut être difficile de savoir à qui s'adresser pour accéder aux services et même après y avoir accédé, il peut être tout

aussi difficile de parcourir les divers programmes et services dont on a besoin, qui souvent ne communiquent pas efficacement les uns avec les autres.

Les soins doivent également s'offrir dans un environnement sécuritaire et adapté aux réalités culturelles. Pour que cette transformation ait lieu, il faut favoriser des relations de collaboration entre des partenaires clés (aussi bien à l'interne qu'interministériels et intergouvernementaux). Des relations plus solides entre, d'une part, les centres de traitement et des travailleurs (ou communautés) de renvoi et des services sociaux et autres services d'emploi, d'autre part, favoriseraient également les soins suivis efficaces, un besoin constamment cité comme étant hautement prioritaire.

134 National Treatment Strategy Working Group (CCSA). (2008). A Systems Approach to Substance Use in Canada: Recommendations for a National Treatment Strategy.

MISE EN ŒUVRE DE L'ENSEMBLE DE SERVICES HOLISTIQUES DU CONTINUUM

135 136 137 138 139 140 141 142

Ceci comprend notamment le développement communautaire, la promotion de la santé, la prévention, le dépistage et l'intervention précoces, la réduction de risques secondaires, l'intervention en cas de crises, le traitement (y compris le traitement sensible aux traumatismes), la facilitation des soins (plans de traitement intégrés et de services de gestion de cas), ainsi que les services de soins de suivi.

Pour ce qui est de la mise au point d'un continuum complet de soins, il y a un besoin urgent de financement permettant de soutenir les besoins des personnes touchées par des problèmes liés à l'abus de l'alcool et des drogues et aux toxicomanies, ainsi que des **personnes atteintes de problèmes de santé mentale**. Un continuum complet de soins appuierait l'accès aux services appropriés de lutte contre les toxicomanies, ainsi qu'aux services et mesures de soutien liés à la santé mentale pour des personnes souffrant des problèmes concomitants de santé mentale, étant donné qu'entre 75 et 100 % des personnes sollicitant un traitement pour des problèmes de toxicomanie font également face à des problèmes concomitants de santé mentale. Les services de lutte contre les toxicomanies sont généralement mieux développés et plus faciles d'accès que ne le sont ceux liés aux problèmes de santé mentale, souvent offerts dans le cadre des SSNA et les services de santé mentale provinciaux (hors réserve). Des services de soutien spécialisés de santé mentale, tels que la psychiatrie et la psychologie ne sont pas facilement accessibles dans les communautés. Les services de désintoxication médicalement supervisée, eux

aussi, ne sont souvent accessibles qu'à l'extérieur des réserves par le biais du système provincial de santé grand public.

Pour remédier à ces lacunes, il convient de procéder ainsi qui suit : adopter une approche coordonnée d'aiguillage, de planification des services et de traitement ; mettre en place des programmes de formation par rotation de postes du personnel, permettant à celui-ci d'assurer la gestion des troubles concomitants; faciliter l'accès aux services appropriés de traitement , notamment des services spécialisés; mettre au point des politiques de transport pour raison médicale permettant l'accès aux types appropriés de soins selon les besoins du client, tout en appuyant un retour au traitement si nécessaire, même dans des cas où il y aurait eu une tentative récente de traitement ; et améliorer la capacité des centre de traitement PNLAADA à assurer la gestion des médicaments psychotropes.

135 Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada (2011) APN, FANPLD, Santé Canada.

136 NNADAP Gap Paper: Improving Mental Health Services and Supports in NNADAP (septembre 2009), McCormick, R & Quantz, D.

137 Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (janvier 2015) APN, Santé Canada

138 Possibilités de mise en oeuvre du Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (juillet 2014)

139 Santé mentale et lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations et les Inuits - Évaluation du groupe 2005/06 - 2009/10 - Rapport final- (septembre 2012). Santé Canada

140 Ontario Region First Nations Addictions Service Needs Assessment, Final Report (March 28, 2009). Williams Consulting.

141 Final Report of the Update of the 2009 Ontario Region First Nations Addictions Service Needs Assessment for Chiefs of Ontario. M. Maar for Chiefs of Ontario.

142 Final Report, Prescription Drug Abuse Strategy: Take a Stand. (18 novembre 2010) Comité consultatif des Chiefs of Ontario.

On pourrait assurer la formation du personnel, au moins en partie, par le biais de la télé-médecine. On pourrait également remédier au défi d'accès aux services de soutien spécialisés de la santé mentale, tels que la psychiatrie et la psychologie, dans les collectivités en favorisant un recours accru à la télé-médecine.

L'enjeu de la capacité pour faire face aux troubles de santé mentale peut également être résolu par le recours aux connaissances fondées sur la culture appropriées et aux praticiens de la culture jouissant des droits de pratique dans ce domaine, lequel comprend également l'utilisation de remèdes naturels et le recours aux pratiques cérémonielles. Il faut davantage de soutien afin de permettre la décolonisation des approches de soins de santé mentale pour y incorporer les savoirs et pratiques culturels autochtones en s'assurant de la disponibilité de fonds adéquats permettant la sous-traitance des praticiens de la culture, assurer la formation du personnel afin qu'il puisse veiller à une approche multidisciplinaire respectueuse qui fait appel aux pratiques culturelles, et appuyer les praticiens autochtones à mieux comprendre la nature des substances pouvant entraîner une dépendance.

La formation culturelle permettrait d'éduquer les prestataires de services du système conventionnel (p. ex. les médecins) sur des facteurs de risque liés aux problèmes de toxicomanies et de santé mentale chez les peuples des Premières Nations, tout comme des informations sur l'importance du rôle des aînés et des mesures de soutien culturelles dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire.

Le Traitement sensible aux traumatismes s'annonce très prometteur et son application devrait être beaucoup plus répandue.¹⁴³ Des ressources supplémentaires seront requises pour la formation et la mise en œuvre de cette approche de traitement dans l'ensemble du système de service.

Il faut également des **services cliniques** permettant de renforcer les capacités des paraprofessionnels et assurer la formation, l'encadrement clinique et la consultation.

Les Possibilités d'auto assistance et de soutien entre pairs constituent d'autres éléments dans un continuum : Celles-ci pourraient comprendre l'auto-évaluation des niveaux de risque liés aux problèmes de toxicomanies à l'aide de des outils d'évaluation du risque communautaires ou individuels, et en adaptant des programmes tels que les Premiers soins en santé mentale pour les Premières Nations, ainsi qu'au moyen de la mise en œuvre des groupes de soutien par les pairs. Les groupes de soutien

par les pairs apportent du soutien à l'adaptation aux nouveaux modes de vie ou aux modes de vie en évolution; offrent espoir, encouragement et compréhension permettant aux uns à se reconnaître aux histoires, préoccupations, et problèmes des autres, et en apprécier les succès des pairs du groupe.

Le manque de **soins de suivi** complets est cité avec insistance comme constituant une lacune dans les documents examinés dans le cadre du présent rapport. Les services de soins de suivi ont toujours été prévus dans les différents budgets insuffisants des quatre dernières décennies. Les lignes directrices ayant trait aux soins de suivi ont été mises au point et les composants principaux de ces dernières sont notamment: l'accès aux services cliniques, dont à un personnel formé et qualifié ; les services de gestion de cas; la sensibilisation ; les stratégies de surveillance, notamment des contacts réguliers pendant les premiers six à 12 mois ; et la participation à des activités d'entraide et avec des pairs supérieurs.

D'autres éléments requis pour des soins de suivi efficaces identifiés dans Honorer nos forces comprennent les suivants :

- Liens renforcés entre les centres de traitement et les travailleurs (ou communautés) référents dans toutes les phases du traitement du client, tels qu'articulés et appuyés par l'élaboration de politiques.
- Les conseillers des centres de traitement pourraient se servir de la télé/vidéoconférence pour mettre le client en contact avec le prestataire de soins local dans le cadre du processus de planification des soins de suivi ou du congé. D'autres possibilités d'appui de ces liens comprennent les forums de réseautage annuels pour intervenants en toxicomanies et les possibilités de formation par rotation de postes.
- Meilleure reconnaissance des déterminants sociaux de la santé en matière de planification des soins de suivi ou du congé à travers une plus grande collaboration avec les services sociaux et en portant un intérêt accru sur les compétences de la vie, l'intelligence émotionnelle ou la formation professionnelle, tant au sein des programmes que comme volet clé de la planification des soins de suivi.

143 Social Return on Investment (SROI) Case Study: Minwaashin Lodge Addictions Treatment Centre

144 Substance Abuse Aftercare and Post Treatment Follow-up (October 2001) Substance Abuse Program Office: Florida Department of Children and Families - Soins de suivi et suivi post-traitement en toxicomanie (octobre 2001) - Bureau du Programme de lutte contre la toxicomanie : ministère des Enfants et des Familles de Floride

- Un appui renforcé à la prévention des rechutes, en mettant l'accent sur le mieux-être, tel que défini par le Cadre de mieux-être autochtone et fondé éventuellement sur le modèle de Marlatt qui met l'accent sur les déterminants immédiats de l'usage (p. ex., des situations à risque élevé; l'attente de résultats, et des habiletés d'adaptation); les antécédents inconnus (par exemple, des facteurs liés au style de vie, les pulsions et envies irresistibles); et vise à renforcer les ressources de soutien aux familles, communautés et à la culture.
- Développement et appui aux programmes de soutien par les pairs communautaires afin d'aider les individus et les familles au cours du processus de rétablissement.
- Recours à de nouvelles méthodes électroniques pour soutenir les clients (p.ex., courriel, les médias sociaux, téléphone, forums de discussion anonymes en ligne sur les soins de suivi) et mise en place des programmes de « rappel » ou de remise à niveau destinés aux anciens clients à risque de rechute.¹⁴⁵

Pour ce qui est des autres éléments du continuum des soins, il convient de noter que selon un Rapport de synthèse national des MRC 2012-13 de la DGSPNI¹⁴⁶ l'Ontario accusait un retard par rapport à d'autres provinces en ce qui a trait aux éléments suivants, ce qui présenterait des opportunités d'investissement :

- ✓ Programmes en milieu scolaire pour appuyer la prise de conscience sur l'abus de substances et des toxicomanies (59,4 % des communautés en Ontario/63,8% des communautés à l'échelle nationale)
- ✓ Groupes de soutien au rétablissement des toxicomanies (48,5%/60,7%)
- ✓ Intégration de services liés à la promotion du mieux-être mental (78,2%/81,9%)
- ✓ Intégration de services liés au traitement de la toxicomanie et des soins de suivi (75,2%/79,3%)
- ✓ Intégration de services liés à la désintoxication (69,4 % / 60 %)
- ✓ Intégration de services liés à la prévention du suicide (69,3%/79,3%)
- ✓ Intégration de services liés à l'intervention en cas de crises (70,3%/74,8%)
- ✓ Intégration de services liés au traitement des troubles de santé mentale et aux soins de suivi (74,3%/77,2%).

145 Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada (2011) APN, FANPLD, Santé Canada.

146 Community-Based Reporting Template (CBRT) National Summary Report for the 2012-13 Reporting Year Surveillance, Health Information Policy and Coordination Unit, Strategic Policy Planning and Information Directorate, First Nations & Inuit Health Branch (FNIHB), Health Canada. Sommaire du rapport National de l'année de déclaration 2012-13 sur le Modèle de rapport par communauté - Unité de la surveillance, des politiques d'information sur la santé et de la coordination, Direction des politiques et de la planification stratégique et de l'information, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada

UTILISER DAVANTAGE LA TÉLÉMÉDECINE ^{147 148 149}

On pourrait faire davantage appel à la télémédecine à des fins d'évaluation, de formation, d'encadrement et de consultation, ainsi que pour le traitement et le suivi. Auparavant, la question de la couverture des coûts des consultations de télémédecine (téléconsultations) pour les clients des Premières Nations en vertu du programme des SSNA constituait un obstacle à la fourniture de services. Cependant, ce problème fut résolu en mars 2015. La couverture étant donc désormais une réalité, les mesures de soutien et autres services liés à la télémédecine pourraient être développés davantage.

Le Réseau Télémédecine Ontario (RTO) en est un moyen idéal pour assurer la prestation de ces services, en particulier pour ce qui est des clients vivant dans des localités rurales ou éloignées. Soixante-neuf des 133 Premières Nations disposent déjà d'un RTO ou alors elles sont sur le point d'en mettre sur pied un. Il en est de même de tous les 12 Centres autochtones d'accès aux soins de santé dans la région de l'Ontario et de 19 sites de la Nation métisse.

Tel que décrit dans *Honorer nos forces*, Keewaytinook Okimakanak Telemedicine et K-Net—Ontario en est un exemple utile de la manière dont cela pourrait fonctionner. Il

s'agit d'un programme de Keewaytinook Okimakanak (KO), un Conseil tribal des Premières Nations établi par les dirigeants des bandes de Deer Lake, Fort Severn, Keewaywin, McDowell Lake, North Spirit Lake et Poplar Hill.

K-Net offre des services de technologies de l'information et de communication, des infrastructures de télécommunication et de l'appui en matière d'application à ces collectivités des Premières Nations partout au nord-ouest de l'Ontario, ainsi que dans d'autres régions éloignées au Canada. K-Net a récemment conclu un partenariat avec KO afin d'offrir aux Premières Nations l'accès au Réseau Télémédecine Ontario pour des services cliniques, éducatifs et administratifs. KO Telemedicine (KOTM) constitue un programme complet de télémédecine, reliant des collectivités éloignées des Premières Nations avec des fournisseurs de services de santé. Cette technologie a permis de faciliter l'accès aux services et

147 Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada (2011) APN, FANPLD, Santé Canada.

148 Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (janvier 2015) APN, Santé Canada

148 Résultats finaux de l'Enquête sur la main-d'œuvre du PNLAADA de l'Ontario 2015, ORAPC, approuvés mars 2016.

mesures de soutien psychiatriques. KOTM comprend également un programme d'éducation facilitant l'accès aux séances éducatives, à la formation et au soutien pour les intervenants communautaires et au personnel de santé de première ligne, tout en assurant le partage de connaissances destinées aux intervenants de toxicomanie, ainsi qu'avec ces derniers grâce à un accès en ligne. Le service offre également les visites des Aînés - programme prévoyant des présentations d'enseignements par un aîné sur des sujets tels que la médi-

cine traditionnelle et des contes par vidéoconférence aux membres et aux agents communautaires. Ce modèle de partenariats pourrait être élargi afin d'offrir des services et mesures de soutien semblables aux Premières Nations et aux centres de traitement à l'échelle de la province.

LA CAPACITÉ PERMETTANT DE RÉPONDRE AUX BESOINS DES POPULATIONS DIVERSES, NOTAMMENT CEUX DES ENFANTS, JEUNES, FAMILLES, FEMMES, HOMMES, PERSONNES ÂGÉES, ET DES PERSONNES AYANT DES BESOINS SPÉCIAUX, AINSI QUE DES **MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ DE LGBTQ2S** ^{150 151 152 153}

Différents groupes de personnes ont des besoins particuliers auxquels les services doivent être adaptés. Par exemple, les femmes victimes d'abus sexuel peuvent se sentir plus à l'aise auprès d'une travailleuse; elles peuvent également avoir besoin des services de garde d'enfants et/ou de moyens de transport leur permettant de participer aux programmes. Les femmes enceintes ou allaitantes qui sont toxicomanes peuvent avoir besoin de mesures de soutien spécifiques, telles que des soins améliorés permettant de renforcer les liens affectifs mère-enfant.

Il est fort probable que des aînés aient pu vivre directement le traumatisme des pensionnats et que leurs enfants leur aient été retirés par les organismes de protection de l'enfance. Alors, il s'avère nécessaire de travailler avec toute la famille quand un individu est aux prises avec la toxicomanie, les jeunes en particulier.

150 Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations du Canada (2011) APN, FANPLD, Santé Canada.

151 Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (janvier 2015) APN, Santé Canada

152 Santé mentale et lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations et les Inuits - Évaluation du groupe 2005/06 - 2009/10 - Rapport final- (septembre 2012). Santé Canada.

153 Résultats finaux de l'Enquête sur la main-d'œuvre du PNLAADA de l'Ontario 2015, ORAPC, approuvés mars 2016.

MODÈLES EFFICACES DE PRESTATION DE SERVICES ET MESURES DE SOUTIEN DANS DES **COLLECTIVITÉS RURALES ET ÉLOIGNÉES** ¹⁵⁴

Les communautés rurales et éloignées connaissent davantage de lacunes en matière de programmes par rapport à d'autres localités, pourtant les gens vivant dans ces communautés sont plus sujets aux problèmes liés à la santé mentale et la toxicomanie en raison de l'isolement et d'accès limité aux services et mesures de soutien. Dans certaines collectivités éloignées, par exemple, il existe très peu de services communautaires (voire aucun) dédiés à la prise en charge de problèmes de toxicomanie. Comme déjà constaté dans le rapport de l'AMO de 2005:

il ne serait pas superflu de dire que tous les maillons du continuum sont quasiment absents et des aiguillages hors de ces communautés se butent souvent à de longues listes d'attente.

Même comme il peut s'avérer difficile de mettre en œuvre un continuum complet de soins dans des collectivités éloignées ou rurales, des modèles novateurs et efficaces de soins sont en train d'être mis au point, notamment des services de traitement mobiles et/ou des équipes multidisciplinaires, ainsi que le recours accru à la télémedecine.

154 Improving Mental Health Services and Supports in the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) (2009), McCormick and Quantz

DONNÉES PRÉCISES SUR LA NATURE, LA PRÉVALENCE ET L'INCIDENCE DES PROBLÈMES LIÉS AUX TOXICOMANIES ET À LA SANTÉ MENTALE

155 156

On dispose de très peu de données démographiques propres aux Premières Nations pour avoir trait aux problèmes de toxicomanie et de santé mentale pouvant servir à soutenir la planification et le suivi des programmes et des résultats des services. Les données existantes ne prennent pas souvent en compte les populations autochtones vivant sur des réserves

et les échantillons s'avèrent souvent trop petits pour permettre de déterminer les besoins des Premières Nations vivant hors réserve.

155 Improving Mental Health Services and Supports in the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) (2009), McCormick et Quantz

156 Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada (2011) APN, FANPLD, Santé Canada.

MESURES DU RENDEMENT PRÉCISES ET UTILES

157 158 159 160 161

La constatation de la nécessité de disposer d'un programme d'assurance de la qualité remonte à 1998 dans le cadre de l'examen national du PNLAADA. Ceci a été abondamment réitéré, dans plusieurs rapports ultérieurs. Il existe un intérêt particulier pour valider l'efficacité des approches d'intervention au moyen de la recherche, notamment l'élaboration d'indicateurs propres aux Premières Nations, ainsi que des processus qui leur sont propres relatifs au suivi de données sur la santé mentale et des toxicomanies respectueux de l'autonomie des Premières Nations.

Des mesures du rendement précises permettraient d'effectuer une évaluation globale de l'efficacité et l'efficience des services et mesures de soutien liés à la toxicomanie, et déterminer des possibilités d'amélioration. Ces mesures du rendement devraient être bien conçues et constituer un processus permanent, axées sur les forces et mises au point en collaboration avec les communautés. Des renseignements reliés aussi bien aux clients qu'aux programmes devraient être recueillis et gérés au sein des collectivités et des centres de traitement. Une analyse continue des données devrait permettre d'orienter la conception du système, la prestation, et l'amélioration des

résultats en mieux-être. À mesure que ce ou ces systèmes évoluent, des possibilités de coordination avec des systèmes de données provinciales pourraient se présenter. Idéalement, les systèmes devraient s'harmoniser avec les processus de planification communautaire, ainsi qu'avec le travail sur les normes se déroulant au sein de la DGSPNI; ainsi le fardeau que représente la production de rapports pour les communautés s'en trouverait allégé. D'autres exigences comprendront les suivantes : travailler avec les communautés afin de s'assurer que le système est compatible avec des valeurs qui leur sont propres et utiles; le renforcement des capacités et des possibilités de formation permanents ; et une analyse continue des données sur la mesure du rendement à tous les niveaux, afin de permettre l'orientation permanente des améliorations à la conception et au développement continu du système.

157 Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones. (PNLAADA)-Examen général, Rapport final (1998), PNLAADA.

158 Improving Mental Health Services and Supports in the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) (2009), McCormick et Quantz.

159 Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada (2011) APN, FANPLD Santé Canada.

160 Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (janvier 2015) APN, Santé Canada

161 Santé mentale et lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations et les Inuits - Évaluation du groupe 2005/06 - 2009/10 - Rapport final- (septembre 2012), Santé Canada.

STRATÉGIES COORDONNÉES EN MATIÈRE DE RECHERCHES ET D'ÉCHANGE DES CONNAISSANCES

162 163

Il faut mettre sur pied des stratégies coordonnées, systémiques et durables en matière de recherche et d'échange des connaissances, afin notamment de bâtir une base de données probantes complète des programmes et services les plus efficaces liés à la prévention et la prise en charge de la toxicomanie, soutenir une planification, évaluation et mise en œuvre efficaces des programmes, appuyer le perfectionnement requis de la main-d'œuvre, favoriser l'intégration des programmes de santé mentale et de toxicomanie et déterminer des domaines prioritaires de recherche, tels que des stratégies de prévention et la

recherche sur des populations précises. Les activités de recherche doivent également porter sur les savoirs et la culture autochtones et être respectueuses des principes PCAP (propriété, contrôle, accès et possession) en matière de recherche liée aux Premières Nations, afin de s'assurer que celles-ci ont le contrôle des processus de collecte de données dans leur communautés, ainsi que de l'utilisation qui en est faite.

162 Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada (2011) APN, FANPLD Santé Canada.

163 Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (janvier 2015) APN, Santé Canada



RECOMMANDATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR EXAMEN ULTÉRIEUR

FORMATION ET PERFECTIONNEMENT

1. Que des programmes de formation à long terme faisant appel à des stratégies d'éducation à distance soient mis au point afin de renforcer les capacités des travailleurs, qui pour la plupart souhaitent s'appuyer sur leurs connaissances culturelles et compétences cliniques.
2. Qu'un mécanisme d'échange de connaissances se rapportant à l'accréditation entre centres de traitement soit mis au point, de sorte que les centres puissent partager leurs succès.

MESURES DU RENDEMENT ET RECHERCHE

3. Qu'un réseau de partenariats - communautaires, régionaux et provinciaux - soit mis sur pied afin de concevoir et mettre en œuvre une approche efficace, liée à la recherche, mesure du rendement et à l'échange des connaissances, en collaboration avec les collectivités des Premières Nations et les centres de traitement disposant déjà d'une politique de recherche portant sur les processus d'évaluation éthiques, l'examen de méthodes de recherche et le respect des principes de PCAP (voir Gouvernance et coordination des systèmes ci-dessous).
4. Des ressources sont nécessaires pour permettre de renforcer les capacités en vue de l'utilisation des évaluations axées sur la culture et culturellement éclairées ; par exemple, l'Évaluation du mieux-être des autochtones^{MC} (mesure du mieux-être du point de vue culturel et axée sur les forces), le Drug Use Screening Inventory - inventaire de dépistage de drogues (DUSI ; mesure la toxicomanie, la santé mentale et le traumatisme) et l'Enquête nationale sur les médicaments sur ordonnance (différents modules mesurant la prévalence, les habitudes de consommation de drogues et l'incidence de l'abus de médicaments sur ordonnance).

RECOURS À LA TÉLÉMÉDECINE

5. Que le modèle de partenariats de la KO Télémédecine (KOTM) soit élargi afin de fournir des services et mesures de soutien semblables destinés aux Premières Nations et dans des centres de traitement à l'échelle de la province.
6. Que la télémédecine soit utilisée pour fournir la formation sur les questions de santé mentale au personnel du PNLAADA.
7. Que l'utilisation de la télémédecine soit élargie afin de favoriser l'accès aux services de soutien spécialisés de la santé mentale tels que des services de psychiatrie et de psychologie au sein des collectivités des Premières Nations.
8. Que des possibilités de formation en matière de compétences culturelles soient développées en faveur des prestataires de services alliés (p. ex. les médecins) portant sur les facteurs de risque liés aux problèmes de toxicomanie et de santé mentale chez les peuples des Premières Nations, notamment des informations sur l'importance du rôle des aînés et des mesures de soutien culturel dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire. Ceci pourrait se faire par le biais des programmes d'éducation en ligne telle que celui mis au point par le Réseau canadien de recherche et d'intervention sur la dépression (RCRID) destiné aux médecins et portant sur le syndrome de stress post-traumatique (SSPT).



ANNEXE A: (ORAPC PROPOSED NNADAP BUDGETS ONTARIO REGION) - ORAPC: BUDGETS PROPOSÉS DU PNLAADA DE LA RÉGION DE L'ONTARIO

1. PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES : EFFECTIF ACTUEL (CONSEILLERS, GESTIONNAIRES DE PROGRAMME ET PERSONNEL ADMINISTRATIF) ET COÛTS DE PROGRAMME

Ressourcement PNLAADA (mai 2016)

Programmes communautaires et niveaux salariaux actuels

Catégorie	A	B	C	D	E	
Populations dans les réserves	Moins de 500	501-2000	2001-5000	5001-10000	10001-20000	TOTAUX
# de collectivités des Premières Nations	81	36	8	1	1	129
# de travailleurs (conseillers)	1	1	2	4	5	
# de postes (conseillers)	81	36	16	4	5	144
Niveaux actuels						
35 000 Conseiller	2 835 000	1 330 000	560 000	140 000	175 000	5 040 000
42 000 Gestionnaire/superviseur de programme			336 000	42 000	42 000	420 000
35 000 Gestionnaire de cas					35 000	35 000
30 000 Bureau			240 000	30 000	30 000	300 000
Total (salaire)	2 835 000	1 330 000	1 136 000	212 000	282 000	5 795 000
0.18 Avantages	510 300	239 400	204 480	38 160	50 760	1 043 100
0.35 Coûts du programme	922 250	465 500	397 600	74 020	98 700	2 028 250
Coûts permanents des immobilisations						0
TOTAL	4 337 550	2 034 900	1 736 080	324 360	431 460	8 866 350
0.10 Frais d'administration	433 755	203 490	173 808	32 436	43 146	886 635
Besoins en immobilisations non récurrents						0
TOTAL	4 771 305	2 238 390	1 911 888	356 796	474 606	9 752 985

Remarque: Remarque 1 : Les chiffres ci-dessus sont des estimations basées sur des chiffres liés à la population des Premières Nations vivant dans les réserves ; et le nombre d'intervenants du PNLAADA, gestionnaires/coordonnateurs embauchés dans chaque Première Nation. Un certain nombre de Premières Nations ne disposent pas d'intervenants PNLAADA communautaires.



2. PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES : PARITÉ SALARIALE APPLICABLE À L'EFFECTIF EN PLACE (CONSEILLERS, GESTIONNAIRES DE PROGRAMME ET PERSONNEL ADMINISTRATIF) ET COÛTS DE PROGRAMME

RESSOURCEMENT PNLAADA (mai 2016)

Programmes communautaires --Parité salariale uniquement

Catégorie		A	B	C	D	E	
Populations dans les réserves		Moins de 500	501-2000	2001-5000	5001-10000	10001-20000	TOTAUX
# de collectivités des Premières Nations		81	38	8	1	1	129
# de travailleurs (conseillers)		1	1	2	4	5	
# de postes (conseillers)		81	38	16	4	5	144
Salaire proposé							
58 625	Conseillers	4 748 625	2 227 750	938 000	234 500	293 125	8 442 000
73 282	Gestionnaire/superviseur de programme			586 256	73 282	73 282	732 820
53 500	Gestionnaire de cas					53 500	53 500
45 000	Administration			360,000	45 000	45 000	450 000
Coût total au titre de salaires		4 748 625	2 227 750	1 884 256	352 782	464 907	9 678 320
0,18	Avantages sociaux	854 753	400 995	339 166	63 501	83 683	1 742 098
0,35	Coûts du programme	1 662 019	779 713	659 490	123 474	162 717	3 387 412
Coûts permanents des immobilisations							0
TOTAL		7 265 396	3 408 458	2 882 912	539 756	711 308	14 807 830
0.10	Frais d'administration	726 540	340 846	288 291	53 976	71 131	1 480 783
Besoins en immobilisation ponctuels							0
TOTAL		7 991 936	3 749 303	3 171 203	593 732	782 438	16 288 613

Remarque: Les chiffres ci-dessus sont des estimations basées sur des chiffres liés à la population des Premières Nations vivant dans les réserves ; et le nombre d'intervenants du PNLAADA, gestionnaires/coordonnateurs embauchés dans chaque Première Nation. Un certain nombre de Premières Nations ne disposent pas d'intervenants PNLAADA communautaires.

3. PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES – RESSOURCEMENT ET PARITÉ SALARIALE APPLICABLE À L'EFFECTIF EN PLACE ET AUX RESSOURCES HUMAINES SUPPLÉMENTAIRES REQUISES

RESSOURCEMENT PNLAADA (mai 2016)

Programmes communautaires : Ressourcement et Parité salariale

Catégorie	A	B	C	D	E	
Populations des réserves	Moins de 500	501-2000	2001-5000	5001-10000	10001-20000	TOTAL
# de collectivités des Premières Nations	81	38	8	1	1	129
# de travailleurs (en place)	1	1	2	4	5	
# de travailleurs (requis)	1	1	1	2	2	
Salaire proposé						
58 625 Conseillers	9 497 250	4 455 500	1 407 000	351 750	410 375	16 121 875
# de travailleurs (en place)			1	1	1	
# de travailleurs (requis)	0.25	1				
73 282 Gestionnaire/superviseur de programme	1 483 961	2 784 716	586 256	73 282	73 282	5 001 497
# de travailleurs (en place)					1	
# de travailleurs (requis)			1	1	2	
53 500 Gestionnaire de cas	0	0	428 000	53 500	160 500	642 000
# de travailleurs (en place)						
# de travailleurs (requis)			1	1	1	
47 000 Préposé à l'admission	0	0	376 000	47 000	47 000	470 000
# de travailleurs (en place)						
# de travailleurs (requis)		1	1	1	1	
47 000 Travailleur des soins de suivi	0	1 786 000	376 000	47 000	47 000	2 256 000
# de travailleurs (en place)						
# de travailleurs (requis)	0.50	1	1	1	2	
Travailleur d'appoint	1 903 500	1 786 000	376 000	47 000	94 000	4 206 500
# de travailleurs (en place)			1	1	1	
45 000 # de travailleurs (requis)	0.50	0.50				
Administration	1 822 500	855 000	360 000	45 000	45 000	3 127 500
35 000 # de travailleurs (en place)						
# de travailleurs (requis)		0.50	1	1	1	
0.18 Réceptionniste	0	665 000	280 000	35 000	35 000	1 015 000
0.35 Coût total au titre de salaires	14 707 211	11 667 216	3 909 256	664 532	877 157	31 825 372
Avantages sociaux	2 647 298	2 100 099	703 666	119 616	157 888	5 728 567
Coûts du programme	5 147 524	4 083 526	1 368 240	232 586	307 005	11 138 880
0.10 Coûts permanents des immobilisations						0
TOTAL	22 502 032	17 850 840	5 981 162	1 016 734	1 342 050	48 692 818
Frais d'administration	2 250 203	1 785 084	598 116	101 673	134 205	4 869 282
Besoins en immobilisations non récurrents						0
TOTAL	24 752 235	19 635 925	6 579 278	1 118 407	1 476 255	53 562 100

4. CENTRES DE TRAITEMENT – COÛTS ESTIMATIFS POUR L'EFFECTIF EN PLACE, AINSI QUE POUR LES PROGRAMMES/LE FONCTIONNEMENT

Budgets actuels	A	B	C	D	E	F	TOTAL
Coût total au titre des salaires budgétisé				263 379.00	1 041 083.00	448 065.00	
Coût total au titre des avantages sociaux budgétisé				6 927.00		49 792.00	
Coûts totaux au titre des salaires et des avantages sociaux			383 476.00	270 306.00		497 857.00	1 151 639

Remarque : Le coût estimatif moyen au titre des salaires et avantages sociaux coûte s'élève à 383 879 \$ (\$ 1 151 639 divisé par 3). Multiplié par 11 centres, on en arrive à un coût estimatif moyen global au titre des salaires et avantages sociaux de \$ 4 222 669.

5. CENTRES DE TRAITEMENTS – PARITÉ SALARIALE APPLICABLE À L'EFFECTIF EN PLACE UNIQUEMENT

ORAPC

RESSOURCEMENT PNLAADA (mai 2016) - Centres de traitement – Parité salariale uniquement

Centre de traitement		A	B	C	D	E	F	G	TOTAL
		1	1	1	0	0	0	0	3
	# de lits de traitement	12	8	15					35
	# de patients en traitement de jour		4						4
Wage Proposed	# de travailleurs (en place)	1	2	3	0	0	0	0	
58 625	Conseillers en traitement	58 625	117 250	175 875	0	0	0	0	351 750
	# de travailleurs (en place)	1.00	0.50	1					
92 000	Directeur général	92 000	46 000	92 000	0	0	0	0	230 000
	# de travailleurs (en place)	0.50	0.50	1					
45 000	Administration	22 500	22 500	45 000	0	0	0	0	90 000
	# de travailleurs (en place)	1	1	1					
73 282	Coordonnateur du programme	73 282	73 282	73 282	0	0	0	0	219 846
	# de travailleurs (en place)			3					
47 000	Conseillers affectés au soutien	0	0	141 000	0	0	0	0	141 000
	# de travailleurs (en place)		1	1					
47 000	Préposé à l'admission	0	47 000	47 000	0	0	0	0	94 000
	# de travailleurs (en place)	2	4						
34 756	Préposés	69 512	139 024	0	0	0	0	0	208 536
	# de travailleurs (en place)	1	1	1					
36 230	Cuisiniers	36 230	36 230	36 230	0	0	0	0	108 690
	# de travailleurs (en place)	1	0.16	1					
36 230	Entretien	36 230	5 797	36 230	0	0	0	0	78 257
	# de travailleurs (en place)			0.25					
35 000	Teneur de comptes	0	0	8 750	0	0	0	0	8 750
	Coût total au titre des salaires	315 919	445 056	574 160	0	0	0	0	1 335 132
0.18	Avantages	56 865	80 110	103 349	0	0	0	0	240 324
	Coûts totaux au titre des salaires et avantages								1 575 456
	ETP (en place)	7.50	10.16	12.25					

6. CENTRES DE TRAITEMENT: RESSOURCEMENT ET PARITÉ SALARIALE APPLICABLE AUX RESSOURCES HUMAINES EN PLACE ET AUX NOUVELLES RESSOURCES HUMAINES NÉCESSAIRES

Centre de traitement		A	B	C		E	F	G	TOTAL
Salaire proposé	# de centres de traitement	1	1	1		0	0	0	3
	# de lits de traitement	12	8	15					
	# de patients en traitement de jour	0	4	0					
	# de travailleurs (en place)	1	2	3	0	0	0	0	
	# de travailleurs (requis)	1	1	2	0	0	0	0	
	58 625 Conseillers en traitement	117 250	175 875	293 125					586 250
	# de travailleurs (en place)	1.00	0.50	1		0	0	0	
	# de travailleurs (requis)		0.50		0				
	92 000 Directeur général	92 000	92 000	92 000		0	0	0	276 000
	# de travailleurs (en place)	0.50	0.50	1					
	# de travailleurs (requis)	0.50	0.50		0	0	0	0	
	45 000 Administration	45 000	45 000	45 000					135 000
	# de travailleurs (en place)	1	1	1		0	0	0	
	# de travailleurs (requis)				0				
	73 282 Coordonnateur de programme	73 282	73 282	73 282		0	0	0	219 846
	# de travailleurs (en place)			3					
	# de travailleurs (requis)			2	0	0	0	0	
	47 000 Conseillers affectés au soutien	0	0	235 000					235 000
	# de travailleurs (en place)					0	0	0	
	# de travailleurs (requis)		1	1	0				
	58 000 Coordonnateur culturel	0	58 000	58 000		0	0	0	116 000
	# de travailleurs (en place)		1	1					
	# de travailleurs (requis)	0.50			0	0	0	0	
	47 000 Préposé à l'admission	23 500	47 000	47 000		0	0	0	117 500
	# de travailleurs (en place)					0	0	0	
	# de travailleurs (requis)		1		0				
	58 000 Gestionnaire de cas	0	58 000	0					58 000
	# de travailleurs (en place)								
	# de travailleurs (requis)		1	1	0				

	Centre de traitement	A	B	C	D	E	F	G	TOTAL
47 000	Travailleur d'appoint	0	47 000	47 000					94 000
	# de travailleurs (en place)	2	4						
	# de travailleurs (requis)	2		2					
34 756	Préposés	139 024	139 024	69 512	0			0	347 560
	# de travailleurs (en place)	1	1	1					
	# de travailleurs (requis)			0.75					
36 230	Cuisiniers	36 230	36 230	63 403	0			0	135 863
	# de travailleurs (en place)	1	0.16	1					
	# de travailleurs (requis)								
36 230	Entretien	36 230	5 797	36 230	0			0	78 257
	# de travailleurs (en place)			0.25					
	# de travailleurs (requis)								
35 000	Teneur de comptes	0		8 750	0			0	8 750
	# de travailleurs (en place)	0	-						
	# de travailleurs (requis)	0		1					
34 756	Services d'entretien	0	0.50	34 756	0			0	52 134
	# de travailleurs (en place)		17 378						
	# de travailleurs (requis)			2					
60 000	Aîné	0	1.00	120 000	0			0	180 000
	# de travailleurs (en place)		60 000						
	# de travailleurs (requis)		1.00	1					
35 000	Commis à l'admission	0	35 000	35 000	0			0	70 000
	# de travailleurs (en place)								
	# de travailleurs (requis)		1.00	1					
80 000	Supervision clinique	0	80 000	80 000	0			0	160 000
	Coût total au titre des salaires	490 056	630 181	912 924	0			0	2 033 156
0.18	Avantages	88 210	113 433	164 326	0			0	365 969
	Coût total au titre des salaires et avantages sociaux	578 266	743 614	1 077 250					2 399 125
	ETP (en place)	7.50	10.16	12.25	0.0	0.0	0.0	0.0	
	ETP (requis)	4.00	7.50	12.75	0.0	0.0	0.0	0.0	

Remarque: Coût estimatif moyen au titre de salaires et avantages sociaux : 2 399 125 \$ divisé par 3 = 799 708 \$ x 11 centres = \$ 8 796 791.



ANNEXE B : COÛTS DE PROGRAMME ET DE FONCTIONNEMENT DES CENTRES TRAITEMENT

I. CENTRES DE TRAITEMENT : EXEMPLE DE CAS : AUGMENTATION DES COÛTS DE FONCTIONNEMENT SUR 23 ANS DANS UN CENTRE DE TRAITEMENT

Exemple de cas réel

BASÉ SUR LES ÉTATS FINANCIERS VÉRIFIÉS

Exercice financier se terminant en	1992	1999	2014	Moyenne annualisée sur 23 ans	Valeur accumulée en dollars sur 23 ans
Revenu au titre de prévention/traitement	459 140 00 \$	489 377 00 \$	691 880 00 \$	2,20 %	232 740 00 \$
Dépenses précises					
Dépenses de bureau et dépenses générales	19 528 00 \$	18 841 00 \$	34 047 00 \$	3,23 %	14 519 00 \$
Aliments	18 076 00 \$	25 556 00 \$	51 112 00 \$	7,95 %	33 036 00 \$
Services publics	10 654 00 \$	9 966 00 \$	24 991 00 \$	5,85 %	14 337 00 \$
Téléphone	6 146 00 \$	5 402 00 \$	11 293 00 \$	3,64 %	5 147 00 \$
Assurance	2 566 00 \$	1 705 00 \$	16 672 00 \$	23,90 %	14 106 00 \$
Vérification	4 855 00 \$	3 125 00 \$	15 920 00 \$	9,91 %	11 065 00 \$
Total de ces dépenses précises liées au fonctionnement	61 825 00 \$	64 595 00 \$	154 035 00 \$	54 48 %	92 210 00 \$

2. CENTRE DE TRAITEMENT : EXEMPLE DE CAS: BUDGET REQUIS AU TITRE DU MODÈLE D'HONORER NOS FORCES EN MATIÈRE DE DOTATION RESPECTANT LA PARITÉ SALARIALE

Budget requis au titre du modèle de dotation PROPOSÉ

Description

Description	SSNA			
	COÛT DIRECT	Budget	Traitement	Prévention
Traitements & avantages sociaux du programme				
Salaires:				
Postes à temps plein du personnel de direction & effectifs du programme de traitement	974 940 00 \$	618 940 00 \$	356 000 00 \$	
Postes à frais partagés : administration et avantages sociaux à 15 % (IA/AE/pension/ régime d'assurance maladie complémentaire)	155 990 40 \$	99 030 40 \$	56 960 00 \$	

2. CENTRE DE TRAITEMENT : EXEMPLE DE CAS: BUDGET REQUIS AU TITRE DU MODÈLE D'HONORER NOS FORCES EN MATIÈRE DE DOTATION RESPECTANT LA PARITÉ SALARIALE (CONT.)

	COÛT DIRECT	Budget	Traitement	Prévention	SSNA
					Transport pour raison médicale
Fonctionnement précis du programme					
Outils et matériels du programme		16 000 00 \$	8 000 00 \$	8 000 00 \$	
Perfectionnement et formation du personnel à temps plein et à temps partiel x 2 000,00 \$/an		38 000 00 \$	25 000 00 \$	13 000 00 \$	
Coûts liés aux travailleurs occasionnels & aux véhicules		23 000 00 \$			23 000 00 \$
Déplacement		17 400 00 \$	8 000 00 \$	9 400 00 \$	
Matériel & fournitures de bureau		18 000 00 \$	12 800 00 \$	5 200 00 \$	
Contrats d'entretien liés au générateur, déneigement, et aux inspections		14 000 00 \$	10 000,00 \$	4 000 00 \$	
Remplacements des immobilisations mineures		12 000 00 \$	8 000 00 \$	4 000 00 \$	
Services professionnels		8 000 00 \$	4 500 00 \$	3 500 00 \$	
Affranchissement, expédition & fret		4 800 00 \$	2 800 00 \$	2 000 00 \$	
Téléphone/Fax/Communications		14 000 00 \$	9 950 00 \$	4 050 00 \$	
Édition & Impression		12 000,00 \$	7 000 00 \$	5 000 00 \$	
Assurance		19 000 00 \$	8 000 00 \$	6 000 00 \$	5 000 00 \$
Services professionnels: services des psychologues/psychiatres		7 200 00 \$	7 200 00 \$		
Honoraires de vérification		23 000 00 \$	18 000 00 \$	5 000 00 \$	
Réparations et entretien de véhicules & bâtiments		30 000 00 \$	14 000 00 \$	8 000 00 \$	8 000 00 \$
Services publics - électricité/propane/carburant		30 000 00 \$	24 000 00 \$	6 000 00 \$	
Coût des aliments dans le cadre des programmes		66 000 00 \$	62 000 00 \$	4 000 00 \$	
Locations		3 000 00 \$	1 000 00 \$	2 000 00 \$	
Produits d'entretien		5 500 00 \$	3 500 00 \$	2 000 00 \$	
Processus d'accréditation		63 000 00 \$	45 000 00 \$	18 000 00 \$	
Publicité & Promotion		12 000,00 \$	8 000,00 \$	4 000,00 \$	
SOUS-TOTAL COÛTS DIRECTS		1 566 830,40 \$	1 004 720,40 \$	526 110,00 \$	36 000,00 \$

2. CENTRE DE TRAITEMENT : EXEMPLE DE CAS: BUDGET REQUIS AU TITRE DU MODÈLE D'HONORER NOS FORCES EN MATIÈRE DE DOTATION RESPECTANT LA PARITÉ SALARIALE (CONT.)

				SSNA
	COÛT DIRECT	Budget	Traitement	Prévention
				Transport pour raison médicale
FRAIS D'ADMINISTRATION/GESTION DE BANDE - (MAX 10 % au titre de salaire + avantages, 2 % lié au déplacement)				
Frais d'administration/de gestion				
Matériel et fournitures de bureau	6 500 00 \$	\$4,000.00	\$2,500.00	
Déplacement	4 000 00 \$	\$2,000.00	\$2,000.00	
Matériel informatique	4 200 00 \$	\$2,100.00	\$2,100.00	
Téléphone et communications	4 000 00 \$	\$2,000.00	\$2,000.00	
Location de matériel et d'équipements	1 500 00 \$	\$750.00	\$750.00	
Entretien et réparations (matériel et équipement de bureau)	5 000 00 \$	\$2,500.00	\$2,500.00	
Affranchissement, expédition	2 400 00 \$	\$1,200.00	\$1,200.00	
Frais d'administration	3 600 00 \$			\$3,600.00
Gouvernance/Conseil d'administration	12 000 00 \$	\$8,000.00	\$4,000.00	
Frais bancaires liés aux services financiers	2 100 00 \$	\$1,300.00	\$800.00	
SOUS-TOTAL (ADMINISTRATION /GESTION DE BANDE)	\$45,300.00	\$23,850.00	\$17,850.00	\$3,600.00
BUDGET TOTAL	1 612 130 40 \$	\$1,028,570.40	\$543,960.00	\$39,600.00
Le BUDGET actuel de l'exercice 2016	855 717 00 \$			
(comprend les fonds non essentiels à hauteur de 150 000,00 \$)				
Différence sous le modèle de dotation proposé	756 413 40 \$			

47 % de fonds supplémentaires requis

Également inférieur au montant requis au titre de la parité salariale applicable aux conseillers à hauteur de 864 000,00 \$, montant n'ayant pas été reçu par tous les centres.
(9 postes x 4 000 00 \$ x 24 ans)

ANNEXE C: ÉCHELLES DES SALAIRES ET TRAITEMENTS

1. ÉCHELLES SALARIALES CONVENUES PAR LES DIRECTEURS DES CENTRES DE TRAITEMENT EN 2015

		Taux salarial	Actuel	Comparaison	
Poste		Devrait être de	Niveau	Système conventionnel	
Gouvernance			Bas de l'échelle	Échelle inférieure	Échelle supérieure
Administration	Directeur exécutif	92 000,00 \$	64 685,00 \$	96 000,00 \$	145 000,00 \$
	Adjoint administratif	45 000,00 \$	35 000,00 \$	38 938,00 \$	54 400,00 \$
	Secrétaire	37 000,00 \$	26 000,00 \$	33 910,00 \$	42 354,00 \$
Programmation	*Aîné	130 000,00 \$		130 000,00 \$	
	Coordonnateur culturel	58 625,00 \$	43 088,00 \$	50 000,00 \$	69 000,00 \$
	Coordonnateur de programme	73 282,00 \$	48 000,00 \$	62 000,00 \$	71 000,00 \$
	Conseiller en traitement	58 625,00 \$	35 237,00 \$	42 593,85 \$	71 000,00 \$
	Préposé à l'admission	47 000,00 \$	33 926,00 \$	49 631,40 \$	57 084,30 \$
	/au suivi				
Personnel de soutien	Préposés	34 756,00 \$	26 000,00 \$	33 871,00 \$	\$42,354.00
	Cuisiniers	36 230,00 \$	28 000, 00 \$		
	Entretien	34 756,00 \$	28 000,00 \$		
	RSC	46 000,00 \$	36 000,00 \$		

* actuel - un seul à ce poste

2. ÉCHELLES SALARIALES PROPOSÉES PNLAADA ÉCHELLES SALARIALES PNLAADA, 2015-16 PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES

	Expérience	Agrée	Éducation	Base	Augmentation	Augmentation
Travailleur en toxicomanie (prévention/éducation/soutien)	1-2 ans	NON	Diplôme d'études secondaires	30,000	31,650	33,296
Addictions Counsellor -Level I	1-2 ans	Agrée	Diplôme de 2 ans	40,286	42,495	44,714
Addictions Counsellor-Level II	3-5 ans	Agrée	Diplôme de 2 ans	46,933	49,148	51,365
Addictions Counsellor-Level III	5-10 ans	Agrée	Bac de 3-4 ans	53,581	56,528	59,467
Program Manager/Supervisor/Coordinator	5-10 ans	Agrée	Bac de 3-4 ans	66,359	70,009	73,650
Treatment Director	5-10 ans	Agrée	Bac de 3-4 ans	78,030	82,322	86,602
Case/Program Manager	5-10 ans			52,731	55,998	59,264

ANNEXE D: LISTE DE CYCLES ET DE LITS DES CENTRES DE TRAITEMENT DE L'ONTARIO

Taux d'occupation et clients servis en 2014-2015 : Santé Canada : DGSPNI (septembre 2016) – taux d'occupation à 100 %			# de clients résidentiels servis par an à 100 % de taux d'occupation	Clients externes servis par an
Nom du centre	# de lits	# de cycles/an		
Anishnawbe Health Toronto				297
Centre de traitement Benbowopka	16	10	160	
Centre de traitement résidentiel pour adultes Dilico	20	8	160	
Ka-Na-Chi-Hih	12	2 Phases de traitement (Phase I = 17 semaines, Phase II = aucune durée précisée) Les clients peuvent rester de 6 mois à 2 ans	24 (max)	
Migisi	14	10	140	
Native Horizons	15	7	105	108 (moyenne approximative)
Ngwaagan Gamig Recovery Centre Inc.	8	10	80	224
Nimkee Nupigawagan Healing Centre	9	3	27	
Reverend Tommy Beardy (Muskat Dam)	20	6	120	
Sagashtawao	12	8	96	
Conseil tribal Fort Frances				175 (patients externes et patients au prétraitement)
Totaux partiels			792	804
Total			1596	

Remarque : Certains centres n'ont pas signalé de clients externes.

ANNEXE E : THUNDERBIRD PARTNERSHIP FOUNDATION : ACTIONS PRIORITAIRES SUR L'AMO

(Document soumis au PDACC en mai 2016, préparé par : Mme Mae Katt, IAA, la Dre Sharon Cirone, la Dre Claudette Chase et Mme Carol Hopkins).

PRIORITÉS D'ACTION

1. La gouvernance et la coordination des systèmes doit soutenir la gouvernance de services au sein des communautés des Premières nations par les membres desdites communautés eux-mêmes.

- Il est primordial d'assurer une solide gouvernance et une bonne coordination des systèmes pour mettre au point et maintenir un continuum de services au sein d'une communauté des Premières nations.
- Les éléments clés qui assurent à la fois la gouvernance et

la coordination des systèmes sont notamment:

- Les services de lutte contre les toxicomanies dirigés par la communauté;
- Des liens de collaboration interjuridictionnelle;
- Des liens et des partenariats à l'échelle du système.

(Honouring Our Strengths: A Renewed Framework to Address Substance Use Among First Nations in Canada, p 72)

2. Les prestataires de soins et les établissements de médecine en toxicomanie des Premières Nations devraient mettre au point un cours de formation en ligne et un système de soutien clinique à distance sur la buprénorphine à l'intention des médecins généralistes œuvrant dans les collectivités des Premières Nations.

- ▶ Sioux Lookout dispose d'un certain nombre de médecins, infirmiers/infirmières praticien(ne)s et infirmier(e)s jouissant de plusieurs années d'expérience en matière de prescription et de délivrance de la buprénorphine dans les collectivités des Premières Nations.
- ▶ Ces praticiens sont capables d'offrir des cours de formation et du soutien clinique au moyen d'un réseau de mentorat à distance.

3. Les médecins en toxicomanie doivent être soutenus lorsqu'ils sont invités dans des communautés des Premières Nations afin de leur permettre de prêter main-forte aux collectivités des Premières Nations avec leurs programmes communautaires de traitement à la buprénorphine

- ▶ Actuellement, un groupe de médecins en toxicomanie de Toronto et Sudbury se rendent par avion régulièrement dans des collectivités isolées de Sioux Lookout pour mener des séances d'orientation sur la buprénorphine.
- ▶ Ces derniers ont besoin d'être soutenus parce que les médecins de famille n'ont simplement pas de temps pour des séances d'orientation sur la buprénorphine lors de leurs visites éclair par avion.
- ▶ Le programme est financé par l'OMCO, lequel couvre les frais de déplacement Toronto - Thunder Bay, ainsi que par l'Autorité régionale de la santé de Sioux Lookout, qui offre une allocation quotidienne aux médecins en toxicomanie.

4. On devrait permettre aux infirmières et infirmiers praticiens de prescrire la buprénorphine.

- ▶ Actuellement, plusieurs infirmiers praticiens travaillent dans des collectivités rurales et du nord isolées ayant des taux très élevés de toxicomanie et faisant face à un accès limité aux médecins en toxicomanie.
- ▶ La buprénorphine est beaucoup plus sûre que la méthadone ou d'autres opioïdes puissants.
- ▶ Si les infirmiers praticiens sont autorisés à prescrire la buprénorphine, cela renforcerait considérablement la capacité de traitement dans le Nord.

5. Le Programme des SSNA de la DGSPNI, Santé Canada doit s'assurer d'un financement opérationnel durable et stable pour des programmes de lutte contre l'abus des médicaments sur ordonnance, notamment le traitement à la buprénorphine, le rétablissement de la toxicomanie, le counseling sur la prévention des rechutes, ainsi que pour des programmes axés sur la culture et rattachés au territoire.

- ▶ Actuellement, Santé Canada limite à moins d'un mois le nombre de jours, par patient, que les infirmières peuvent voir dans le cadre de l'administration de buprénorphine
- ▶ Le financement de Santé Canada alloué aux programmes communautaires de lutte contre l'abus de médicaments sur ordonnance est récemment passé des cycles de subventions d'un à des cycles de trois ans.
- ▶ Il faut un financement durable de programmes afin de favoriser la mise au point des programmes viables permettant de faire face aux maladies chroniques complexes, à l'instar de la dépendance aux médicaments sur ordonnance.

6. Santé Canada devrait offrir des programmes de formation et du soutien au rétablissement du traumatisme intergénérationnel ou historique et du TSPT. On devrait allouer des fonds permettant de :

- ▶ tenir des lacs à l'épaule (retraites) pour des dirigeants de Chef et le Conseil de bande (une demande de financement à cet effet a été faite directement par le grand chef Isadore Day);
- ▶ de la formation des intervenants des programmes de lutte contre l'abus de médicaments sur ordonnance en matière de prise en charge sensible au traumatisme
- ▶ des Programmes de soins de suivi appuyant la guérison des individus, familles et communautés du SSPT et de la transmission du traumatisme historique.
- ▶ L'abus de médicaments sur ordonnance et autres toxicomanies sévissant avant cette épidémie récente, y compris les troubles causés par la consommation d'alcool, sont symptomatiques des problèmes sous-jacents, du deuil et de la douleur.

7. Les autochtones devraient bénéficier du soutien dans la mise en place de programmes de traitement locaux, axés sur la communauté.

- ▶ La buprénorphine s'impose comme une alternative efficace et viable du traitement à la méthadone dans les communautés autochtones.
- ▶ Selon les règlements du programme des services de santé non assurés, les médecins demandant la buprénorphine pour les patients des Premières Nations doivent confirmer que le médicament sera administré dans le cadre d'un programme de traitement communautaire ayant la capacité de le stocker dans un lieu sûr.
- ▶ Cela permet à ce que les patients puissent recevoir des conseils et du soutien appropriés, et que des protocoles de prescription et d'administration standard et sûrs soient en place.
- ▶ Dans la localité de Sioux Lookout, environ 1500 patients vivant dans des collectivités éloignées des Premières Nations ont été traités dans des programmes communautaires de traitement à la buprénorphine, lesquels programmes ont bénéficié de l'appui solide des dirigeants communautaires.

- Le traitement à la buprénorphine est initié soit par le médecin de soins primaires communautaires, soit par des médecins en toxicomanie en milieu urbain par le biais de la télémédecine ou par des suppléants qu'on fait venir par avion dans les régions éloignées.
- Le médecin de soins primaires poursuit la prescription une fois que l'état du patient s'est stabilisé.
- La buprénorphine est administrée au quotidien sous la supervision des infirmières, des infirmières praticiennes ou des agents communautaires.
- Chacune de ces communautés a mis sur pied un programme de rétablissement mobilisant des intervenants en santé mentale communautaire qui offrent tant des services de counseling classique que de guérison traditionnelle adaptés au contexte culturel.
 - i. Cette approche globale a permis à de nombreux patients de mettre fin à leur consommation d'opioïdes et reprendre le travail, l'école et retourner à leurs familles.
 - ii. Kanate et collègues (2015) ont documenté des résultats remarquables liés à un programme de buprénorphine dans la Première Nation de North Caribou Lake
 - iii. Un an après le lancement du programme, les accusations criminelles et les évacuations médicales (Medevac) ont connu une baisse, le programme de distribution de seringues a délivré moins de la moitié de son volume précédent et les taux de fréquentation scolaire se sont accrus.

Sources bibliographiques

1. Kanate, D. Folk, D., Cirone, S., Gordon, J., Kirlew, M., Veale, T., Bocking, N., Rea, S., & Kelly, L. (2015). Community-wide measures of wellness in a remote First Nations community experiencing opioid dependence. Evaluating outpatient buprenorphine-naloxone substitution therapy in the context of a First Nations healing program. *Can Fam Phys*, 61(2):160-165.
2. Organisation mondiale de la santé. Département de la santé mentale et de toxicomanie, Organisation mondiale de la santé, Organe international de contrôle des stupéfiants, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (2009). *Principes directeurs applicables au traitement pharmacologiquement et psychosocialement assisté des personnes dépendantes aux opiacés*.

8. On devrait proposer aux patients des Premières Nations vivant dans les réserves et prenant part à des programmes liés à la thérapie par substitution d'opioïdes hors réserve d'intégrer des programmes communautaires de rétablissement de l'abus de médicaments sur ordonnance (AMO). On devrait soutenir tous les patients demandant à retourner ou à intégrer un programme de lutte contre l'AMO dans leurs communautés, afin qu'ils puissent faire la transition du traitement d'entretien à base de méthadone (TEM) à la

buprénorphine. Le Collège des médecins et chirurgiens devrait encourager tous les fournisseurs du TEM à faciliter la transition à la prescription de la buprénorphine, lorsque les patients des Premières Nations en font la demande.

Le choix du patient devrait être appuyé, les soins centrés sur le patient devraient être obligatoires.

- Beaucoup de patients des Premières Nations suivant le TEM font face à des obstacles importants pour se rendre à leurs communautés d'origine ou pour retourner et y vivre aux fins de l'entretien à la méthadone.
 - i. Certains patients signalent se heurter à la résistance des fournisseurs du TEM à faire la transition vers la prescription de buprénorphine.
- De nombreuses communautés prennent en charge les frais de transport coûteux de leurs membres communautaires afin de permettre à ceux-ci de se rendre à des « cliniques de traitement à la méthadone » et des pharmacies se trouvant hors des réserves communautaires.
 - ii. Les Premières Nations qui mettent au point et assurent la gestion des programmes communautaires peuvent ramener les membres issus de leurs communautés vers leurs propres programmes de prescription de buprénorphine

9. Les jeunes devraient avoir accès aux services spécifiquement adaptés à leurs besoins en matière de développement.

- Il existe très peu de prestataires de services liés au traitement des problèmes de toxicomanie, et plus précisément de traitement médical de troubles liés aux opioïdes, qui offrent aux jeunes des services précis, ou à tout le moins, qui intègrent des services adaptés aux besoins des jeunes.
- les jeunes, jusqu'à l'âge de 25, ont des défis propres à la population adulte.
 - «la pleine maturité du cerveau humain n'est atteinte qu'à la mi-vingtaine, au moins »
- La majorité des jeunes atteints de troubles liés à la toxicomanie souffrent aussi des troubles concomitants de santé mentale, tels que les troubles de l'anxiété et de l'humeur.
- Les jeunes de la rue, sans-abri et marginalisés font souvent face à des problèmes psychologiques et sociaux complexes.
- En voici deux excellents exemples de services adaptés aux besoins des jeunes:
 - un programme en milieu scolaire au Dennis Franklyn Cromarty High School à Thunder Bay
 - la Toronto Opiate Support Team (TOST) - équipe de soutien aux efforts de lutte contre l'abus des opioïdes

10. Les médecins de famille, infirmières praticiennes et autres cliniciens proposant la thérapie par substitution d'opioïdes devraient prescrire buprénorphine/naloxone et pouvoir accéder à des possibilités de formation sur la prestation aux jeunes des services qui leur sont propres.

- ▶ En voici quelques raisons pour lesquelles les jeunes ne sollicitent pas souvent des services auprès de leur médecin de famille ou d'autres fournisseurs de soins de santé :
- ▶ Ils ont des inquiétudes concernant la confidentialité ou la stigmatisation ;
- ▶ Ils n'ont pas de prestataires de soins primaires ou ils ont perdu le contact avec leur fournisseur habituel ; et
- ▶ ils ne sont souvent pas au courant des options de traitement.
- ▶ Les médecins de famille et d'autres fournisseurs ne se sentent pas souvent en confiance pour prodiguer des soins cliniques aux adolescents et aux jeunes aux prises avec des problèmes d'abus d'alcool et de drogues, ainsi que des troubles concomitants de santé mentale.
- ▶ De nombreux prestataires de soins primaires travaillent dans des lieux qui ne sont pas résolument voués à la prestation de services propres aux jeunes.

11. Tout adolescent ou jeune, notamment de moins de 25 ans, et dont la communauté d'origine est une Première Nation, sollicitant des soins pour des troubles liés aux opioïdes, devrait bénéficier d'une gamme complète d'options de traitement, y compris le traitement axé sur l'abstinence et/la thérapie par substitution d'opioïdes (TSO). On devrait offrir des conseils à tous ceux qui consentent à la thérapie par substitution d'opioïdes quant à la durée du traitement à laquelle s'attendre, ainsi que la possibilité d'en diminuer progressivement la TSO tout au long du traitement. Les avantages de la buprénorphine par rapport à la méthadone pour ce qui est de la thérapie par substitution d'opioïdes chez les jeunes devraient être discutés.

- ▶ Il existe un nombre croissant d'essais cliniques liés aux interventions thérapeutiques auprès d'adolescents et jeunes aux prises avec des troubles liés aux opioïdes.
- ▶ Il existe bien des cas cependant, où les patients préfèrent la buprénorphine, où leurs attentes vis-à-vis du traitement ou les circonstances entourant leur vie ou lieu géographique font en sorte que la buprénorphine soit préférable à la méthadone.
- ▶ Beaucoup de jeunes gens sont préoccupés par la durée trop longue du traitement, ce qui est typique de la méthadone; ils s'inquiètent des effets secondaires, notamment la sédation. Aussi sont-ils préoccupés par la stigmatisation et la régulation de la méthadone, par rapport à la buprénorphine.
- ▶ Il existe des preuves anecdotiques et une base pharma-

cologique permettant de soutenir l'usage de la buprénorphine par rapport à la méthadone par les patients anticipant de diminuer progressivement et de cesser la TSO.

- ▶ Beaucoup de jeunes gens sollicitant un traitement pour l'abus de médicaments sur ordonnance (AMO) ont connu des plus courtes durées d'usage, et une progression considérablement moins marquée vers une consommation à risque plus élevé (IV, usage, usage à dose élevée, usage quotidien).
- ▶ C'est inquiétant lorsque la durée de la thérapie par substitution d'opioïdes (TSO) est exponentiellement plus longue que la durée d'utilisation d'opioïdes illicites.
- ▶ On devrait offrir à tous les jeunes suivant la TSO la possibilité, tout en les soutenant, de diminuer progressivement et arrêter la thérapie.

12. Buprénorphine devrait être désignée comme traitement de première ligne dans la prise en charge des femmes autochtones enceintes.

- ▶ Les femmes peuvent regagner plus facilement leur domicile pour être avec leur famille et recevoir du soutien de leur communauté.
- ▶ Le traitement connaît les mêmes résultats que d'autres prises en charge par opioïdes suivies de patientes enceintes.
- ▶ Des études révèlent que la prise en charge à la buprénorphine par rapport à la méthadone du syndrome d'abstinence prénatale permet d'en réduire la durée et la gravité.

13. Le traitement doit adopter un angle sexospécifique.

- ▶ Le contrôle social à travers des organismes de services sociaux et autres prestataires de soins de santé constitue des politiques en matière de drogues plutôt punitives, lesquelles politiques pénalisent les femmes deux, voire trois fois plus. On ne peut prétendre vouloir protéger les enfants en incarcérant leurs mères pour usage de drogues et il est impossible d'assurer le bien-être des enfants en les séparant de leurs mères à la naissance.
- ▶ Les efforts de traitement doivent répondre aux besoins des femmes, par exemple, on doit mettre à leur disposition des services de garde, éliminer les critères d'exclusion des femmes enceintes, venir en aide aux femmes allaitantes et répondre aux besoins des personnes transgenres
- ▶ Les activités de traitement pour des mères et leurs nouveau-nés doivent prendre en compte l'accès aux soins de santé, tout en accordant une attention sur la pauvreté

ANNEXE F: MIEUX-ÊTRE COMMUNAUTAIRE AU MOYEN DE TRAITEMENT CULTUREL ET COMMUNAUTAIRE

MIEUX-ÊTRE COMMUNAUTAIRE AU MOYEN DU TRAITEMENT CULTUREL ET COMMUNAUTAIRE

Préparé par Mae Katt, IP

INTRODUCTION

Un héritage de politiques historiques telles que les pensionnats au Canada a entraîné un traumatisme généralisé et une déconnexion des Premières Nations, Autochtones, Métis et des Inuits au Canada de leurs foyers, familles, terres, ainsi que de leur culture. La complexité des problèmes liés au traumatisme intergénérationnel, à la violence et à la maltraitance est telle qu'il faille envisager de changer de façon radicale les méthodes de guérison et la prestation des programmes initiés et mis en œuvre par chaque communauté.

« Nous demandons au gouvernement fédéral, aux gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'aux gouvernements autochtones de reconnaître que la situation actuelle sur le plan de la santé des Autochtones au Canada est le résultat direct des politiques des précédents gouvernements canadiens, y compris en ce qui touche les pensionnats ... » (Vérité et réconciliation, 2015 P. 322)

(Vérité et réconciliation, 2015. P. 322) Thunderbird Partnership Foundation (TPF) a forgé des partenariats communautaires, gouvernementaux et non gouvernementaux afin de promouvoir « Recours à la culture comme fondement » et le Cadre du continuum de mieux-être mental des Premières Nations (CCMMPN) afin d'aider les communautés à améliorer leur mieux-être (ou leur rétablissement).

« Nous demandons aux intervenants qui sont à même d'apporter des changements au sein du système de soins de santé canadien de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de patients autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, lorsque ces patients en font la demande ... » (Truth & Reconciliation. 2015. P. 322)

Cet article présente une approche de partage de « preuves fondées sur la pratique » en matière de dépendance aux opioïdes, traitement par agonistes opioïdes, traumatismes, deuil et perte, ainsi qu'un message d'Espoir, de Sens, d'Appartenance et de But afin de revitaliser et appuyer le mieux-être individuel et communautaire au moyen de l'approche axée sur les forces.

CULTURE COMME INTERVENTION

MODÈLE D'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

Un modèle d'engagement communautaire a été conçu et mis au point à la faveur d'un partenariat avec des professionnels de la santé, lequel a été présenté à un certain nombre de Premières Nations afin de les aider à atteindre les objectifs suivants:

1. Assumer l'autorité sur la guérison et le mieux-être de la communauté par l'entremise du chef et du conseil ayant compétence en matière de programmes de mieux-être communautaire;
2. Repérer et se servir des forces de la communauté, des équipes de santé en place, de l'histoire, des enseignements et des valeurs locaux permettant de mettre au point et exécuter des initiatives communautaires, ainsi que des initiatives culturelles et rattachées sur le territoire pour reconstruire les familles et les communautés touchées par la toxicomanie et les traumatismes historiques;
3. Créer des partenariats avec des prestataires cliniques tels que les médecins, les infirmières, les infirmiers praticiens, les travailleurs sociaux, les psychologues et les détenteurs de connaissances traditionnelles permettant d'offrir des interventions communautaires mettant à profit le traitement par agonistes opiacés, (avec Suboxone®) afin de créer un parcours de mieux-être pour les clients, familles et communautés.

PROCESSUS D'ENGAGEMENT

Sur invitation de l'autorité déléguée de la communauté - en général le directeur de la santé - une équipe d'experts offrira des séances d'information de 2 jours sur place à l'équipe de santé communautaire, aux membres de la communauté, au conseil de bande, aux aînés, gens de la tradition, membres du clergé et aux conseillers, enseignants, professionnels de la santé et autres.

L'ÉQUIPE

Le/les médecin(s) possédant expérience et spécialisation en toxicomanie; infirmière praticienne experte en toxicomanie; chargés de l'application des connaissances de Thunderbird Partnerships Foundation; courtiers de connaissances du Centre canadien sur les dépendances et des analyste des politiques en toxicomanie de l'Assemblée des Premières Nations, liaison clinique d'Indivior Canada et autres au besoin

L'EMPATHIE COMME INTERVENTION

Les informations sont présentées sur les domaines précis suivants:

1. Traitement pour adolescents au sein d'une école secondaire des Premières nations et soins sensibles aux traumatismes.
2. Traitement communautaire par Suboxone et impact: Indicateurs de mieux-être communautaire
3. Pharmacologie de Suboxone® (buprénorphine / naloxone)
4. La culture comme fondement
5. Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (CCMMPN)
6. Pratiques exemplaires et élaboration de politiques
7. Accès au traitement par agonistes opioïdes au Canada
8. Documentaire sur les programmes communautaires liés au Suboxone® dans le Nord de l'Ontario.

programs in Northern Ontario.

Recherche YouTube sur: "**Rings of Fire**" ou sur le titre non diffusé "**In This Heaven**" peuvent être montrés - 47 minutes

S'ENGAGER AVEC LES LEADERS COMMUNAUTAIRES

L'équipe reconnaît les principes de l'autonomie gouvernementale et que l'autorité hiérarchique en matière de prise de décision est le chef et le conseil. L'équipe fera (si elle est invitée) une présentation au conseil afin de tenter d'obtenir auprès de celui-ci une résolution du conseil de bande permettant de lancer un programme de traitement communautaire.

ÉCHANTILLON DE RÉOLUTION DU CONSEIL DE BANDE

Attendu que (nom de la Première Nation) a tenu des séances d'éducation et d'information avec les communautés et les dirigeants portant sur la lutte contre les effets sociaux et sur la santé des opioïdes illicites causés par les membres qui en sont dépendants, et à laquelle Première Nation il a été autorisé de prodiguer un traitement communautaire au Suboxone® et d'offrir des services d'appui reliés au soins de suivi aux clients suivant le traitement;

Attendu que (nom de la Première Nation) est une collectivité rurale (ou éloignée) et a besoin des fonds de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits afin de lui permettre de soutenir la prestation du programmes, le counseling et l'administration de Suboxone®, y compris le remboursement du coût du médicament par le programme des Services de santé non assurés (SSNA);

ORGANISATIONS PARTICIPANTES Attendu que (nom de la Première Nation) a examiné les options de traitement et a déterminé qu'un programme communautaire mis au point et offert au sein de la communauté, en collaboration avec des professionnels de la santé, constitue l'approche choisie par la communauté et les membres du conseil de bande;

Par conséquent, qu'il soit résolu que le chef et le conseil de (nom de la Première Nation) ont autorisé un programme de traitement communautaire au Suboxone® dans la collectivité et demandent à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et à d'autres ministères d'appuyer pleinement (au besoin) notre décision et à coopérer pleinement en matière de planification, d'appui aux politiques et de financement d'un programme communautaire de traitement au Suboxone®.

ORGANISATIONS PARTICIPANTES

Les professionnels de la santé (médecins, infirmières praticiennes) ont de l'expérience en matière de prestation de programmes liés au Suboxone® axés sur les adolescents et les collectivités qui connaissent un grand succès en Ontario. Les approches cliniques sont intégrées à la culture de la communauté et aux programmes rattachés à la terre et respectant les valeurs et les croyances propres à chaque communauté.

Thunderbird Partnership Foundation s'engage à travailler

avec les Premières Nations afin de renforcer la capacité des communautés à lutter contre la consommation de substances et les toxicomanies, au moyen d'une approche holistique de guérison et de mieux-être qui valorise culture, respect et compassion.

L'Assemblée des Premières Nations appuie les Premières Nations en cernant les obstacles à la santé et en créant des possibilités au moyen de la mise au point de politiques et de défense d'intérêts auprès des gouvernements.

Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances est un organisme national à but non lucratif ayant pour mandat de réduire les méfaits liés à la drogue. Il favorise un environnement d'application des connaissances où les données probantes servent à orienter politiques, pratique et action.

Indivior Inc. a développé Suboxone® (Buprénorphine / Naloxone) destiné au traitement de la dépendance aux opioïdes et œuvre en partenariat avec les gouvernements, les décideurs politiques et les professionnels de la santé sur la valeur du traitement au bureau et axé sur la communauté.

TERMINOLOGIE

Par programme rattaché au territoire, on entend un mode de vie autochtone enraciné dans le savoir traditionnel, où tout est connecté et lié à la terre et à l'eau.

La guérison rattachée sur le territoire décrit un ensemble de pratiques de guérison adaptées à la réalité culturelle dont les activités culturelles et territoriales font partie du processus. L'accent est mis sur le renouvellement de la relation et du lien de la personne avec la terre afin de rétablir l'équilibre et l'identité.

RÉSUMÉ

Une visite d'engagement communautaire de deux jours peut s'effectuer afin de demander aux Premières Nations et aux experts de faire des présentations à l'équipe de santé, aux professionnels, aux aînés et aux leaders communautaires en vue de discuter du processus et des avantages de l'établissement d'un modèle de traitement communautaire. Dans le passé, l'équipe a eu à effectuer un certain nombre de visites à travers le pays, aboutissant à la création de programmes de traitement communautaires ayant ramené leurs membres depuis des villes et des

métropoles à des environnements plus favorables dans leur communauté d'origine. Grâce à un contrôle local, les clients sont soutenus, employés, encadrés et des programmes de guérison leur sont offerts, facilitant ainsi à ces derniers de maintenir leur cheminement vers le mieux-être.

Le budget prévoit que Thunderbird Partnership Foundation embauchera des experts cliniques (médecins et infirmières praticiennes) et mobilisera ses propres agents d'application de connaissances traditionnelles à se rendre dans les communautés des Premières Nations en vue d'y expliquer une approche réussie de traitement par agoniste d'opioïdes conformément au Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (CCMMPN).

Les autres organisations participantes disposent déjà de ressources en place.

BUDGET

Honoraires professionnels:

Les services cliniques coûtent
1000 \$ / jour x 2 jours x 2 cliniciens
= 8 000 \$ x 10 visites **40 000,00 \$**

Savoir traditionnel de Thunderbird Partnership Foundation
1000 \$ / jour x 2 jours x 10 visites **20 000,00 \$**

Voyage et hébergement
Voyage moyen 2 000 \$
x 3 personnes x 10 visites **60 000,00 \$**

Coût total lié à l'engagement communautaire **120 000,00 \$**

ANNEXE G: MODÈLE DE TRAITEMENT COMMUNAUTAIRE AU SUBOXONE

INTRODUCTION

L'Ontario dispose de 133 Premières Nations offrant un certain nombre de programmes et de services dans les réserves. Les Premières nations ont des Conseils de Bande actifs jouissant d'une longue histoire de diversification de l'emploi, de développement économique et de prestation de programmes de santé et de services sociaux destinés à servir la communauté et à offrir des options à ses membres. Compte tenu du contexte actuel marqué par la dépendance aux et de surdoses d'analgésiques opioïdes, le leadership s'attèle à trouver des options de traitement pour les membres aux prises avec des problèmes de dépendance aux opiacés. L'un des principaux objectifs de ces derniers consiste à veiller à ce qu'une main-d'œuvre stable soit disponible pour de futures possibilités de formation et d'emploi, ainsi que pour bâtir des familles en bonne santé.

Les dirigeants des Premières Nations et les travailleurs communautaires ont mis en évidence la nécessité d'élargir les options de traitement s'offrant à ceux des membres de la communauté dépendants aux opiacés (oxycodone, morphine, codéine, fentanyl, hydromorphone, héroïne). Pendant des années, les Premières Nations ont connu des taux élevés d'accoutumance aux opiacés, notamment à un médicament connu sous le nom d'OxyContin®, ce qui a entraîné par la suite la recherche par de nombreux membres de la collectivité d'autres substances, le médicament OxyContin® ayant été remplacé par OxyNEO® (dont on dit qu'il est moins inviolable).

De plus, après tant d'années de traitement à la méthadone, les membres ont exprimé le besoin d'essayer un autre traitement de substitution à l'aide d'un médicament appelé Suboxone®. Les clients souhaitant passer de méthadone à Suboxone® doivent être sous moins de 60 mg de méthadone par jour pour être admissible au traitement.

Ce document décrit les coûts et les phases de prestation d'un programme de traitement par Suboxone® comportant un programme de sevrage progressif et un programme d'entretien de 30 jours, ainsi que le coût d'initiation de 20 personnes à Suboxone® lors de chaque cycle de traitement.

TRAITEMENT COMMUNAUTAIRE AU SUBOXONE®

Le médicament de substitution Suboxone® est approuvé au Canada depuis décembre 2007 pour la prise en charge de la dépendance aux opiacés. Il ressort des données ce qui suit: s'agissant précisément du traitement de la dépendance aux opiacés, Suboxone® peut s'avérer être quelque peu supérieur à méthadone; cela s'explique en partie par l'action de celle-ci, ainsi que par la sécurité et la facilité d'administration du médicament en milieu communautaire. Actuellement, ce médicament est entièrement couvert et par les Services de santé non assurés et par le Programme d'assurance-médicaments de l'Ontario pour tous ceux qui demandent de poursuivre ce traitement.

Une équipe de traitement expérimentée est disponible pour travailler avec les leaders communautaires et des intervenants en santé communautaires en vue d'offrir un programme de traitement communautaire par Suboxone® dans n'importe quelle Première nation. L'équipe de traitement a de l'expérience dans l'utilisation de Suboxone® comme médicament du traitement de substitution aux opiacés et d'entretien à court terme.

La durée du traitement et de l'entretien par Suboxone® est déterminée par:

- durée de l'abus d'opioïdes par les clients et la quantité de celles-ci consommée par jour
- antécédents de drogue et d'alcool du client (plusieurs substances sur plusieurs années prendraient plus de temps)
- voies d'ingestion de drogues opiacées (les personnes qui utilisent des drogues par voie intraveineuse ont des besoins plus complexes)
- antécédents d'événements traumatisants dans la vie et présence de troubles concomitants tels que la dépression, l'anxiété, le trouble de stress post-traumatique, le chagrin non résolu et le deuil compliqué

PARTICIPANTS AU PROGRAMME

Les critères d'inclusion au programme sont les suivants:

- a) avoir 16 ans ou plus
- b) répondre aux critères de dépendance aux opioïdes selon le manuel DSM-V
- c) jouir d'une santé physique et mentale stable
- d) être en mesure de donner un consentement éclairé (comprendre le plan de traitement)
- e) s'il s'agit d'une femme, consentement à se soumettre à un test de grossesse (on peut se servir de la formulation de Subutex)
- f) consentement à s'abstenir de prendre des benzodiazépines et de l'alcool
- g) consentement à se soumettre à des tests urinaires aléatoires de dépistage de drogues (habituellement aux journées 1, 30 et 90)

CRITÈRE D'EXCLUSION

Les personnes suivantes ne pourront participer au programme:

- a) les personnes pouvant présenter un trouble médical non traité (par exemple une hépatite aiguë, une maladie cardiaque instable, une maladie hépatique ou rénale)
- b) les personnes allergiques ou sensibles aux composants du médicament - buprénorphine ou naloxone
- c) les personnes aux prises avec un problème psychiatrique grave nécessitant un traitement immédiat ou présentant un risque imminent de suicide
- d) habitudes actuelles de consommation de benzodiazépines (Ativan®, Valium®, clonazépam) et d'alcool empêchant une participation sûre au programme

PHASE DE PLANIFICATION

Premièrement, le chef et le conseil décident de s'attacher les services de l'équipe de traitement en contactant le coordonnateur de l'équipe de traitement. Une fois la date du traitement choisie, la Première nation fournira un lieu de traitement et du personnel de soutien pour aider l'équipe de traitement lors de l'induction, de la visite de suivi et en apportant du soutien aux clients pendant tous les aspects du traitement.

L'équipe de santé communautaire est généralement le principal groupe impliqué lors de cette phase. En voici les différentes étapes qui interviennent dans la planification:

- repérer les clients nécessitant ou demandant un traitement

par Suboxone® contre la dépendance aux opiacés

- méthode de sélection de clients - 20 clients ou moins à chaque admission
- la liste des noms, date de naissance, numéro de carte-santé (pour les demandes d'examen de laboratoire) et le numéro de statut à 10 chiffres (pour obtenir les médicaments) est fournie au coordonnateur de l'équipe de traitement et au gestionnaire de cas
- examens de laboratoire effectués dans le laboratoire le plus proche dans la province
- la date du traitement est sélectionnée de commun accord
- les ordonnances préparées, signées par un médecin ou une infirmière praticienne et acheminées à la pharmacie pour livraison au centre de santé communautaire à la date de début du traitement (étiquetées, assorties de la posologie correcte)
- lancer un modèle de traitement à faible dose et à court terme - dose maximale de 16 mg (couverture à 92% des récepteurs opioïdes à 16 mg); l'objectif étant de stabiliser les symptômes de sevrage et éliminer le besoin
- médicaments auxiliaires disponibles pour chaque client - couverts par le programme des SSNA moyennant numéro de statut: clonidine, Gravol®, trazadone, ibuprofène
- achat de trousses de dépistage de drogues dans l'urine
- conseiller aux clients de ne pas prendre d'opiacés avant minuit la veille du début du traitement.

PHASE DE TRAITEMENT -

sevrage progressif de 30 jours

- l'induction dure 2-3 jours - le premier jour, on commence avec une «dose-test» de 4 mg pour s'assurer qu'il n'y a pas d'allergie à Suboxone®; la dose maximale le premier jour est de 2 mg (monographie de nouveau produit)
- jours 2 et 3, augmentations de dose afin de contrôler les symptômes de sevrage et l'envie de la substance
- évaluer les symptômes de sevrage avec l'échelle clinique de retrait des opiacés (COWS)
- les clients qui sont en retrait modéré peuvent commencer le traitement (score de 13 ou plus)
- les deux premiers jours, les clients auront des symptômes de sevrage - augmenter la dose de Suboxone® jusqu'à la cible de 16 mg
- effectuer l'examen physique, relever les antécédents médicaux et de consommation de drogues
- toutes les doses suivent le principe de directly observed therapy - traitements sous observation directe pendant 10 jours (infirmière autorisée ou infirmière auxiliaire autorisée à surveiller) jusqu'à ce que le client atteigne la stabilisation
- formation sur place par une infirmière d'un prestataire de soins non réglementé (habituellement un travailleur communautaire existant) qui adminis-

- trera Suboxone® quotidiennement aux clients
- évaluation COWS effectuée lorsque les scores de retrait sont supérieurs à 5 (habituellement 7 - 10 jours)
- après le jour 2 - il faut moins d'une heure par jour pour obtenir les médicaments
- réunions de gestion de cas tenues et résumés de clients offerts le troisième jour en vue d'évaluer les progrès réalisés.

PHASE D'ENTRETIEN - 6 à 12 mois

- commencer la dose d'entretien à la dose maximale du client, par ex. 8 mg, 12 mg, 16 mg et rester là jusqu'à 9 mois, puis entamer lentement le sevrage progressif
- les fournisseurs de soins non réglementés administreront Suboxone® et les médicaments auxiliaires
- tenue de dossiers et stockage sécurisé des médicaments (généralement un coffre)
- ajuster la dose en fonction de la perception du client et l'intensité des épisodes d'envies fortes
- communication du coordinateur de l'équipe de traitement avec clients, fournisseurs de soins non réglementés, infirmières et médecin.

CULTURE COMME FONDATION

- Soins continus dans un contexte culturel - un plus grand maintien en poste des effectifs grâce aux soins de soutien avec la culture comme fondement
- Des soins et des conseils sensibles aux traumatismes vécus, assortis d'une éducation sur les traumatismes, la colonisation et l'éducation en matière de drogues, sont offerts par la Première nation et les fournisseurs de services en place
- Des renvois vers des centres de traitement existants peuvent être envisagés pour certains clients

MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

Chaque client fera l'objet d'un examen de ses antécédents médical et de consommation de drogues, d'un examen physique ciblé et il subira des tests de laboratoire avant le début du traitement. Cela permettra de déterminer l'aptitude médicale du client et déceler tout problème médical préexistant nécessitant un traitement et l'aiguillage vers des spécialistes. Tout résultat anormal sera examiné par le coordonnateur de l'équipe de traitement, lequel consultera le médecin ou l'infirmière praticienne, et un plan de suivi pour le client mis au point en collaboration avec les prestataires de soins médicaux appropriés.

Chaque client recevra une copie du document «Programme de Suboxone communautaire - Politiques et procédures pour les clients». Chaque client signera alors le contrat de

traitement pour entrer dans le programme et un formulaire de consentement à la divulgation des renseignements (si requis).

Aux jours 1 et 2, les clients se rendront au centre de santé afin d'entamer la phase d'induction et ajuster leurs posologies à la gamme optimale (prend habituellement 2 à 3 jours). Une fois la dose optimale atteinte, les clients continueront à se rendre chaque jour au centre de santé pour recevoir leur dose de Suboxone®. L'augmentation et la diminution posologiques de la drogue se font dans la communauté. L'objectif visé est de s'assurer que tous les clients sont à la dose la plus faible possible de Suboxone® afin de leur permettre de commencer le traitement d'entretien jusqu'à ce qu'ils se sentent suffisamment rétablis pour pouvoir cesser la prise de Suboxone® et ne pas ressentir une forte envie des opiacés pouvant entraîner une rechute.

Chaque client sera évalué quotidiennement avant l'administration de Suboxone®. Un score COWS (Clinical Opiate Withdrawal Scale) sera obtenu avant que le client ne reçoive sa dose de Suboxone®. Si des symptômes de sevrage sont présents, une ordonnance pour un médicament accessoire sera faite pour usage à domicile. Après avoir fait l'objet d'une évaluation individuelle, le client recevra de l'ibuprofène, du Graval®, de la clonidine et de la trazadone (aux plus fortes doses, par exemple, ibuprofène 600 mg toutes les 6 heures, clonidine 0,2 mg toutes les 6 heures, comprimés de trazadone 50 mg - jusqu'à 4 comprimés au coucher (le sevrage provoque de l'insomnie).

Il incombera à la communauté de fournir du soutien culturel aux clients, lequel devrait porter sur des sujets liés aux cérémonies, au counseling et à l'éducation tels que: les techniques d'adaptation, les déclencheurs et envies fortes, la prévention des rechutes et l'amélioration de la motivation. Les techniques d'adaptation permettront aux clients à se concentrer sur le divertissement comme des activités de loisir, la culture, la spiritualité et la méditation, la vie quotidienne, notamment les soins personnels, la nutrition et les techniques de détente. La prévention des déclencheurs et des rechutes permettront d'assurer la gestion des déclencheurs émotionnels, communautaires et environnementaux.

DURÉE DU PROGRAMME

Chaque séance de traitement consiste en une phase d'initiation et une phase d'entretien dont la durée est estimée à 12 à 24 mois. Le programme débutera à une date déterminée par la communauté et l'équipe de traitement. Environ 20 clients par contingent peuvent être traités. Étant donné que le nombre réel de personnes demandant un traitement est inconnu, le processus pour des contingents ultérieurs au

traitement peut déjà être mis en branle dès que les dirigeants en déterminent le besoin.

SOMMAIRE DES FRAIS DE PROGRAMME

L'équipe de traitement lancera le traitement par Suboxone® dans la communauté pendant une visite de 3 jours, puis elle effectuera une visite de suivi communautaire (1 à 3 jours) au cours des deux premiers mois afin de s'assurer que le dosage convient et que les clients sont évalués pour tout trouble concomitant émergent tel que l'anxiété, la dépression et le chagrin. Il faut une infirmière sur place pendant les 10 premiers jours afin de surveiller les clients et observer les clients quant aux effets secondaires. Une phase d'entretien sera nécessaire pour la plupart de clients et chacun de ceux-ci est évalué individuellement par l'équipe de traitement.

Les coûts sont basés sur le temps et le personnel profession-

nels requis pour fournir des soins sur place jusqu'à ce que les patients se stabilisent pendant le traitement (habituellement 10 jours).

Tout le personnel travaillant dans un programme de traitement communautaire devrait suivre une formation gratuite de six heures sur Suboxone®, avec certificat délivré à l'issu, au site Web: www.suboxonecme.ca

Le coût total de chaque programme de traitement par Suboxone® est de 22 500 \$, ce qui représente environ 1 000 \$ par client initié au traitement par Suboxone® dans une collectivité des Premières nations. Si 12 séances de traitement sont complétées pour une prise en charge de 240 clients, le coût total de celles-ci sera de 270 000 \$.

**BUDGET DE L'ÉQUIPE DE TRAITEMENT PAR SUBOXONE®
(POUR 20 CLIENTS)**

HONORAIRES PROFESSIONNELS:

Médecin/infirmière praticienne 2 @ 1250 \$ / jour x 3 jours	7 500 \$
Professionnel de santé réglementé (IA et IPA) 1 @ 900 \$ / jour x 10 jours	9 000,00 \$
VOYAGE ET HÉBERGEMENT:	
En moyenne 2 000 \$ / déplacement x 3 personnes	6 000 \$
COÛT TOTAL POUR 20 CLIENTS	22 500,00 \$
COÛT TOTAL POUR 12 GROUPES	
12 groupes pour traitement par Suboxone® (max 240 clients) @ 22 500 \$ /groupe x 12 visites	270 000,00 \$

ANNEXE H: SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

(Veuillez noter que ce texte est une traduction de l'anglais; la bibliographie qui suit est restée dans la langue de départ).

1. A Path Forward: BC First Nations and Aboriginal People's Mental Wellness and Substance Abuse – 10 Year Plan (2013) The First Nations Health Authority, the British Columbia Ministry of Health and Health Canada
2. Aboriginal/First Nation and Métis Mental Health and Addictions Framework (January 2011), Northeast LHIN, Ontario.
3. Adler, T. (October 16, 2005). The impact of residential schooling on Aboriginal parents as first teachers. Presentation at the Native Mental Health Conference, Symposium on Early Care and Education.
4. Bobet, E. (2010). Renewing NNADAP: Common themes from the regional needs assessments reports and the January 2010 NNADAP national renewal forum. Discussion paper prepared for NNADAP Regional Partners and members of the First Nations Advisory Panel.
5. Canadian Alcohol and Drug Use Survey Summary of Results 2011. Health Canada). http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogués/stat/_2011/sommaire-sommaire-eng.php
6. Canadian Centre on Substance Abuse, Canadian Drug Summary (July 2015) <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Prescription-Opioids-2015-en.pdf>
7. Canadian Executive Council on Addictions Salaries for Addiction Workers, provided by the Thunderbird Foundation October 2016.
8. Canadian Institute for Health Information, Canadian Centre on Substance Abuse. Hospitalizations and Emergency Department Visits Due to Opioid Poisoning in Canada – Data Tables. Ottawa, ON: CIHI; 2016
9. Community-Based Reporting Template (CBRT) National Summary Report for the 2012-13 Reporting Year.
10. Surveillance, Health Information Policy and Coordination Unit, Strategic Policy Planning and Information, First Nations & Inuit Health Branch (FNIHB), Health Canada.
11. Cost Trends in Health Benefits for Ontario Businesses: Analysis for Discussion. Commissioned by the Ontario Chamber of Commerce for release at the Ontario Economic Summit, 2011. <http://www.occ.ca/Publications/Cost-Trends-in-Health-Benefits-Report.pdf>
12. Daud, A., Skoglund, E., & Rydelius, P (2005) Children in families of torture victims: transgenerational transmission of parents' traumatic experiences to their children. *International Journal of Social Welfare* 14 (1), 23–32.
13. Dell, C.A., Roberts, G., Kilty, J., Daschuk, M., Hopkins, C. & Dell, D. (March 28, 2012), Researching Prescription Drug Misuse among First Nations in Canada: Starting from a Health Promotion Framework. *Substance Abuse Research and Treatment*. 2012; 6: 23–31.
14. Dooley et al (April 2016) Buprenorphine-naloxone use in pregnancy for treatment of opioid dependence Retrospective cohort study of 30 patients. *Canadian Family Physician*. 62
15. Fast Facts on the mental health of Aboriginal peoples. In *Canadian Psychiatry Ajourd'hui*. Volume 3. 2007.
16. Final 2015 Ontario NNADAP Workforce Survey Results, ORAPC, approved March 2016.
17. First Nations Health Authority, Traditional Wellness Strategic Framework (2014), British Columbia. http://www.fnha.ca/wellnessContent/Wellness/FNHA_TraditionalWellnessStrategicFramework.pdf
18. First Nations Mental Wellness Continuum Framework (January 2015) AFN, Health Canada
19. First Nations Mental Wellness Continuum Framework Implementation Opportunities (July 2014)
20. First Nations Mental Wellness: Mobilizing Change through Partnership and Collaboration (2015). Brenda M. Restoule and Carol Hopkins: Thunderbird Partnership Foundation; Jennifer Robinson: Assembly of First Nations, Patricia K. Wieb: Health Canada. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 34: 4.
21. First Nations Regional Health Survey (RHS) Phase 2 (2008/10) Ontario Region Final Report (2012). Ontario Region Report on the Adult, Youth and Children Living in First Nations Communities
22. Government of Canada. Joint Statement of Action to Address the Opioid Crisis. November 19, 2016. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-abuse/opioid-conference/joint-statement-action-address-opioid-crisis.html>
23. Government of Canada (February 12, 1991). NNADAP Funding Formula
24. Government of Canada, Wage Forecasting for Collective Bargaining in 2016 http://www.labour.gc.ca/eng/re-sources/info/publications/collective_bargaining/wage_forecast.shtml
25. Health Canada, Certification Information Roll-Up, FY 2013-2014
26. Health Canada (2005) 16 year review of The Addictions Recovery System and Substance Abuse Information System databases
27. Health Canada (September 2012). First Nations and Inuit Mental Health and Addictions Cluster Evaluation 2005/6 – 2009/10 Final Report.
28. Health Canada (2012) NNADAP and YSAP Treatment Outcome Study, Phase 2.
29. Health Canada (September 2016). Ontario Treatment Centre Bed and Cycles Listing: 2014-2015 Occupancy Rates and Clients Served.
30. Honouring Our Strengths: A Renewed Framework to Address Substance Use Issues among First Nations People in Canada (2011) AFN, NNAPF, Health Canada.
31. Hopkins, C. & Dumont, J. (February 2010). Cultural Healing Practice within National Native Alcohol and Drug Abuse Program/Youth Solvent. Addiction Program Services. Discussion Paper for the Mental Health and Addictions Division, Community Programs Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada
32. Hopkins, C., Katt, M., Cirone, S. & Chase, C. Thunderbird Partnership Foundation: Priorities for PDACC
33. Investing in NNADAP Draft Rationale and Case Example (2014) Ngwaagan Gamig Treatment Centre Analysis.
34. Investing in NNADAP (February 2015) Ontario Regional Addictions Partnership Committee (ORAPC), Chiefs of Ontario
35. Johnson Research (February 2018) Harm Reduction Strategies in Opioid and Cannabis Usage in Residential Treatment: A Literature of Indigenous Articles and Reports
36. Kanate et al (February 2015) Community-wide measures of wellness in a remote First Nations community experiencing opioid dependence: Evaluating outpatient buprenorphine-naloxone substitution therapy in the context of a First Nations healing program. *Canadian Family Physician*. 61.
37. Kirmayer LJ, Brass GM, Tait CL. (2000) The mental health of Aboriginal peoples: transformations of identity and community. *Can J Psychiatry*. 45(7):607-616.
38. Mamakwa, S. et al (2015). Evaluation of 6 remote First Nations community-based buprenorphine programs in Northwest Ontario (in press).
39. McCormick & Quantz (2009) Improving Mental Health Services and Supports in the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP)
40. Mental Wellness Teams: Key Learnings from 8 Projects (July 2014), Health Canada.
41. Memorandum: NNADAP Treatment Formula – Centres Meeting Minimum Standards (February 12, 1991) Government of Canada.
42. Multi-Year Budget Analysis (October 2016) Executive Director of Ngwaagan Gamig Recovery Centre.
43. National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) General Review, Final Report (1998), NNADAP.
44. National Native Alcohol and Drug Abuse Program Treatment Centre Outcome Study (Phase II) 2012 Summary Report, Final Draft (April 2013). Mental Wellness Division. Inter-professional Advisory and Program Support Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada
45. National Native Alcohol and Drug Abuse Program Proposed Funding Arrangements, Revised to March 31, 1991, ARA Consultants.
46. NNADAP General Review: A Financial Review of the National Native Alcohol and Drug Abuse Program 1983-84 to 1996-97, (1998), NNADAP.
47. NNADAP/NYSAP 2016/17 Annual Report Infographic.
48. NNADAP Renewal Framework – Implementing the Strategic Recommendations of the 1998 General Review of the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (2005). National Native Addictions Partnership Foundation, streamlined edition.
49. NNADAP Resourcing and Wage Parity (May 31, 2016). ORAPC.
50. NNAPF (October 2007) Review of Aboriginal, Provincial, Federal and International responses concerning Wage Parity / Salary Scales pertaining to the Addictions Workforce.
51. National Treatment Strategy Working Group (CCSA). (2008). A Systems Approach to Substance Use in Canada: Recommendations for a National Strategy. Canadian Centre
52. Northeast Local Health Integration Network (NELHIN) Addiction Services Review (March 9, 2016). Prepared by VIRGO Planning and Evaluation Consultants: Rush, B. Kirby C. & Furlong, A.
53. Office of the Chief Coroner, Ontario Forensic Pathology Service. Ontario Opioid Related Toxicity (2010-2015). Note: The 2015 figure is preliminary, and subject to change
54. O'Grady, A. & Graves G. (2005) Optimizing Canada's Addiction Treatment Workforce: Results of a National Survey of Service Providers, Canadian Centre on Substance Abuse.
55. Ontario NNADAP Workforce Report 2014 (Approved June 10, 2015) Ontario Regional Addictions Partnership Committee (ORAPC)
56. Ontario NNADAP Funding Issues and Worker Retention Incentives. (October 2013). ORAPC.
57. Ontario Region First Nations Addictions Service Needs Assessment, Final Report (March 28, 2009). Williams Consulting.
58. Ontario Regional Addictions Partnership Committee (ORAPC), Briefing Note for the Chiefs of Ontario, July 18, 2013
59. Ontario Regional Addictions Partnership Committee (ORAPC), Addiction Counsellors Training Survey, Preliminary Results.
60. Prescription Drug Abuse Strategy: Take A Stand (2010) Chiefs of Ontario.
61. Regional Presentation on Key Renewal Achievements and Plans to Date, Presentation to Chiefs of Ontario, Honouring Our Strengths: National Renewal Forum (January 24, 2012), ORAPC
62. Retaining Ontario NNADAP Workers (November 2013), ORAPC.
63. Royal Commission on Aboriginal Peoples, (1995). Choosing Life: Special Report on Suicide among Aboriginal People. Ottawa: Canada.
64. Salary and Remuneration Grid for a Youth Treatment Centre (2015) provided by the Thunderbird Foundation September 2016.
65. Social Return on Investment NNADAP Treatment Centre Pilot (2015), Health Canada;
66. Social Return on Investment (SROI) Case Study: Minwaashin Lodge Addictions Treatment Centre
67. Substance Abuse Aftercare and Post Treatment Follow-up (October 2001) Substance Abuse Program Office: Florida Department of Children and Families
68. Sutherland, M & Maar, M (March 2015). Final Report of the Update of the 2009 Ontario Region First Nations Addictions Service Needs Assessment for Chiefs of Ontario.
69. The Mental Health of Children and Youth in Ontario: A Baseline Scorecard. (March 2015) ICES
70. The Truth and Reconciliation Commission of Canada Calls to Action (2015).
71. Wage Parity Review of NNADAP-NYSAP Addictions Counsellor Level I-III & Case Manager/Program Manager, (January 20, 2013)
72. Wesley-Esquimaux, C.C. & Smolewski, M. (2004) Historic Trauma and Aboriginal Healing. Prepared for the Aboriginal Healing Foundation. Canada.
73. White, J. & Jodoin, N. (2004) Aboriginal Youth: A Manual of Promising Suicide Prevention Strategies. Centre for Suicide Prevention: Calgary, Alberta.
74. Wiegand et al. (2015). Methadone vs Maternal Buprenorphine and Naloxone. *Obstetrics and Gynecology*. 125:27
75. Williams Consulting (June, 2009). Ontario Region FN Addictions Service Needs Assessment, Final Report, (June 2009).
76. Yehuda, R., Schmeidler, J., Wainberg, M., Binder-Byrnes, K and Duvdevani, T. (Sept, 1998) Vulnerability to Posttraumatic Stress Disorder in Adult Offspring of Holocaust Survivors. *American Journal of Psychiatry*. 155:1163-1171.
77. YSAC Mental Health (June 2016). Addictions Management Information System.



