



Honorer nos forces :

*Cadre renouvelé pour aborder
la lutte contre la consommation
de substances chez les
Premières Nations au Canada*



Indigenous Services
Canada

Services aux
Autochtones Canada



Depuis juin 2015, la Fondation Autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD) a changé de nom pour devenir la Thunderbird Partnership Foundation, une division de FANPLD Inc. Pour plus d'information, consultez le site www.thunderbirdpf.org.

Fondation Autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances. (2011) Honorer nos forces : un cadre renouvelé pour aborder la lutte contre la consommation de substances chez les Premières Nations au Canada. Tiré de : <https://thunderbirdpf.org/hos-full>

Description de la couverture

Le tipi fait partie des structures culturelles qui abritent notre Connaissance Sacrée ainsi que les données probantes sur la culture Autochtone. Cette structure a une signification qui, selon sa conception, transmet des enseignements de vie et illustre les valeurs qui gouvernent la mise en oeuvre et l'interprétation du cadre de renouvellement et de ses éléments. Tout comme le tipi, *Honorer nos forces* communique un ensemble complet d'éléments, fondé sur une base culturelle solide qui incite à la collaboration entre les partenaires, les programmes, les services et les infrastructures dans le but de promouvoir des liens plus forts avec la famille et la communauté. Dans le présent document, on reconnaît également que la collaboration entre partenaires est nécessaire pour s'attaquer à la question des déterminants sociaux de la santé et de l'environnement autour et au sein des communautés. Ces forces combinées au sentiment d'identité collective contribueront à faire en sorte que nous progressions, tout en demeurant unis et en nous adaptant aux changements.

Table des matières

Résumé	4
Introduction	7
Principes directeurs	9
Environnement	10
Quelles sont les personnes touchées?	12
Autres facteurs à prendre en compte	15
Aperçu de l'approche globale	16
Éléments de soins	17
Élément 1—Développement communautaire, prévention universelle et promotion de la santé	19
Élément 2—Dépistage précoce, interventions brèves et soins de suivi	27
Élément 3—Réduction secondaire des méfaits	32
Élément 4—Traitement actif	36
Élément 5—Traitement spécialisé	45
Élément 6—Facilitation des soins	49
Soutien du continuum de soins	51
Perfectionnement de la main-d'oeuvre	53
Gouvernance et coordination des systèmes	58
Répondre aux besoins en santé mentale	62
Mesure du rendement et recherche	68
Approches pharmacologiques	74
Agrément	77
Prochaines étapes	79
Notes de bas de pages	82
Annexe A : Comité consultatif de lutte contre les dépendances chez les Premières Nations	83

Résumé

Les peuples des Premières Nations éprouvent des difficultés importantes, comme un taux de chômage élevé, la pauvreté, un faible niveau de scolarité, des logements insalubres, des services de santé trop éloignés, la perte de la langue et de la culture Autochtone et la marginalisation économique et sociale, qui continuent d'avoir des répercussions sur leur santé et leur mieux-être. Dans ce contexte, les problèmes de dépendance et les troubles de santé mentale associés demeurent parmi les symptômes les plus visibles et frappants de ces difficultés sous-jacentes. La consommation et l'usage nocif de substances ont toujours été considérés comme une priorité essentielle par les dirigeants et les membres des Premières Nations. En effet, une enquête nationale auprès des communautés des Premières Nations (menée de 2008 à 2010) a indiqué que le premier obstacle au mieux-être des communautés dans les réserves est la consommation et l'usage nocif d'alcool et de drogues (82,6 % des répondants), suivis du logement (70,7 %) et de l'emploi (65,9 %)¹.

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) est le principal réseau en place visant la prise en charge des problèmes de dépendance au sein des Premières Nations. Le PNLAADA est l'un des premiers programmes à avoir été créés pour répondre aux besoins des communautés. Ayant succédé au Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool chez les Autochtones (PNLAAA), un projet pilote datant de 1974, le PNLAADA a été approuvé par le Cabinet en 1982. Désormais, ce réseau de services de lutte contre la dépendance dans les réserves réunit 49 centres de traitement de l'alcoolisme et de la dépendance et plus de 550 programmes communautaires de prévention du PNLAADA. Depuis 1995, il compte également un réseau de neuf centres de traitement à demeure du Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ) partout au Canada². Dans le Nord, le financement du PNLAADA est transféré au gouvernement des Territoires du Nord-Ouest en vertu de l'accord de 1988 sur le Transfert en matière de santé des T.N.-O., et à celui du Nunavut en vertu de sa fondation en 1999. Les Premières Nations du Yukon reçoivent des fonds pour les volets de prévention et de traitement du PNLAADA par l'intermédiaire d'accords de contribution, mais aussi grâce à leur autorité en tant que Premières Nations autonomes. Les Autochtones et les Inuits du Nord soit se rendent à un centre de traitement de l'alcoolisme et des dépendances aux substances exploité par leur gouvernement territorial respectif, soit ils sont transportés au centre de traitement approprié le plus près situé au sud du 60^e parallèle, conformément à la politique du Programme des services de santé non assurés (SSNA).

Outre le PNLAADA et le PNLASJ, les Premières Nations ont également accès à des services liés à la dépendance et à la santé mentale dans l'ensemble du système de santé, dans les réserves et à l'extérieur, ainsi que dans de nombreux autres systèmes et secteurs, notamment les services sociaux, la protection de l'enfance, la justice, le logement, l'éducation et l'emploi.

Ces nombreux systèmes de soins sont confrontés à des besoins de plus en plus complexes : apparition de nouvelles drogues, croissance démographique rapide de la jeunesse Autochtone³ et augmentation du nombre de personnes souffrant de troubles mentaux et de la consommation de médicaments d'ordonnance dans certaines régions et communautés. Ces facteurs ont modifié de manière spectaculaire la structure sur laquelle les systèmes reposaient. En raison des nombreux systèmes et de la complexité croissante des besoins, l'une des

difficultés pour les communautés, les régions et les différents paliers de gouvernement consiste à coordonner les divers services et aides offerts de manière à s'assurer que les peuples des Premières Nations ont accès à un ensemble complet de soins centré sur les besoins des usagers.

Reconnaissant cette nécessité, 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 supervisé, en 2007, la réalisation par les communautés d'un examen complet des services et des aides en dépendance offerts aux peuples des Premières Nations du Canada. Cet examen a été dirigé à l'échelle nationale par le Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations (voir la liste des membres du Comité consultatif à l'annexe A), qui était chargé à la fois d'orienter le processus et d'élaborer un cadre national. L'examen s'est aussi inspiré du *Plan d'action stratégique concernant la santé mentale des Premières Nations et des Inuits* du Comité consultatif sur la santé mentale des Premières Nations et des Inuits élaboré en 2007 pour offrir des conseils stratégiques nationaux sur les efforts relatifs au mieux-être des Premières Nations et des Inuits. De 2007 à 2011, l'examen comprenait un large éventail d'activités de collecte de connaissances et de concertation, notamment des évaluations des besoins régionaux en matière de dépendance, un forum national, une série de rapports de recherche, des ateliers régionaux et un forum sur le Savoir Autochtone. Ces activités ont permis aux membres de la communauté, aux intervenants des centres de traitement, aux intervenants communautaires en dépendance, aux administrateurs de la santé, aux dirigeants des Premières Nations, aux Aînés, aux fournisseurs de services provinciaux, aux chercheurs et aux décideurs de contribuer à l'élaboration et à la création de cette approche renouvelée en ce qui a trait aux interventions communautaires, régionales et nationales en matière de dépendance chez les Premières Nations du Canada. Le document *Honorer nos forces : Cadre renouvelé pour aborder la lutte contre la consommation de substances chez les Premières Nations au Canada* a été rédigé sur la base de ce processus d'engagement et à l'aide des réactions recueillies.

Le *cadre Honorer nos forces* présente un ensemble complet de soins destinés à renforcer les interventions communautaires, régionales et nationales relatives à la dépendance. Il 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 aides appropriés sur le plan culturel et adaptés à leurs besoins à chaque étape de leur processus de guérison. La vision décrite dans le présent cadre contribuera à orienter la prestation, la conception et la coordination des services à tous les niveaux du programme. Cette approche reconnaît que la responsabilité d'un système de soins renforcé comprend la responsabilité de chacun de gérer sa propre santé, la responsabilité collective des peuples des Premières Nations, et une responsabilité de l'ensemble du système qui repose sur les personnes, les organismes, les ministères et d'autres partenaires. Le cadre se concentre sur la résolution des problèmes de dépendance; toutefois, il tient également compte des rôles importants que jouent la santé mentale et le mieux-être dans tous les aspects des soins, notamment dans la prévention, le dépistage précoce, l'intervention et le suivi. Il reconnaît aussi le caractère essentiel du développement communautaire et du renforcement des capacités pour l'autodétermination des services et des aides en matière de dépendance et de santé mentale.

Le continuum de soins décrit dans le présent cadre comporte six éléments de soins principaux. Ces six éléments ont pour but de répondre aux besoins des personnes, des familles et des communautés touchées par différents problèmes de dépendance. Ils visent également à répondre aux besoins de la population de tout âge et à ceux des groupes particuliers (comme les femmes, les jeunes et les personnes atteintes de troubles mentaux). Ces éléments sont les suivants :

- **Élément 1 :** Développement communautaire, prévention universelle et promotion de la santé—Il s'agit d'efforts généraux qui s'appuient sur les systèmes et les réseaux sociaux et culturels de soutien aux personnes, aux familles et aux communautés. Ces services de soutien, notamment le développement communautaire formel et informel, la prévention et les mesures de promotion de la santé sont fondamentaux pour la santé de la population et sont accessibles à l'ensemble de la communauté.
- **Élément 2 :** Dépistage précoce, interventions brèves et soins de suivi—L'élément 2 vise à répondre aux besoins des personnes qui présentent des risques au moins modérés liés à un problème de dépendance. Les services et les aides de cet élément servent au dépistage des personnes qui ont besoin de soins, à l'intervention et au soutien, le but étant d'intervenir avant que le problème de dépendance ne devienne plus grave. Ces services peuvent également offrir un suivi aux personnes qui ont déjà reçu des services intensifs (traitement actif ou spécialisé, par exemple).
- **Élément 3 :** Réduction des risques secondaires— L'élément 3 s'emploie à aider les personnes et les communautés qui présentent un risque élevé d'effets nocifs liés à un problème de dépendance, mais qui ne sont pas encore prêtes à bénéficier d'un soutien. Par exemple, les risques secondaires personnels sont les blessures, la victimisation sexuelle, la violence familiale, les accidents de voiture, le suicide, et la contraction du VIH ou du virus de l'hépatite C. Parmi les risques pour la communauté, on compte les crimes, les pertes de productivité, les besoins accrus par rapport aux ressources inadéquates en matière de santé, la protection de l'enfance et l'application de la loi. Ces services et aides visent à réduire les risques pour les personnes et les communautés par l'intermédiaire d'activités ciblées qui poussent les personnes à risque à participer et leur proposent des soins qui répondent à leurs besoins.
- **Élément 4 :** Traitement actif—L'élément 4 est axé sur les personnes ayant des problèmes de consommation de drogues ou d'alcool d'une gravité ou d'une complexité modérée. Cet élément comprend des services plus intensifs que ceux du précédent élément et peut inclure divers services de soutien (p. ex., la gestion du sevrage, la préparation au traitement, les programmes de traitement, les soins de suivi et la gestion de cas) offerts par différents fournisseurs de services. Ils peuvent être offerts dans la communauté ou faire partie de programmes de consultation externe. Le fait d'inclure une phase de suivi ou une deuxième phase de soins offrant un appui actif et une structure facilite la réintégration progressive dans la communauté pour poursuivre le travail de rétablissement.
- **Élément 5 :** Traitement spécialisé—Contrairement à l'élément 4, l'élément 5 offre un traitement actif aux personnes qui ont des problèmes de dépendance très complexes ou graves. Les personnes ayant recours aux soins de cet élément souffrent souvent de problèmes aigus ou complexes de consommation de drogues et d'alcool, d'un trouble de santé mentale diagnostiqué, d'une maladie mentale ou d'un autre trouble comme l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF), et elles ont généralement besoin de services spécialisés, telle qu'une gestion de sevrage, des soins psychiatriques et des activités culturelles.
- **Élément 6 :** Facilitation des soins—L'élément 6 vise à offrir un soutien actif et organisé aux clients et aux familles pour les aider à accéder aux services du bon élément, à passer d'un élément à un autre ou à leur proposer une large gamme de services et d'aides qui répondent à leurs besoins sanitaires et sociaux (aides culturelles, logement, emploi, formation professionnelle, éducation et compétences parentales). Qu'elle s'effectue au moyen d'une gestion de cas structurée ou d'autres formes de soutien communautaire ou professionnel, cette facilitation exige des efforts pour garder le contact avec les clients, surtout lorsque plusieurs composantes des services ne sont pas bien intégrées.

Au sein du cadre, on a également déterminé six aides essentielles dans le continuum de soins : le perfectionnement de la main-d'oeuvre, 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.

Si le cadre vise principalement à amener le changement au sein des programmes actuels du PNLAADA et du PNLASJ, il représente également un cadre basé sur les données visant à guider la conception, la prestation et l'évaluation des programmes de dépendance et de santé mentale destinés aux peuples des Premières Nations dans d'autres compétences, comme les provinces, les territoires, les gouvernements autonomes des Premières Nations et les programmes de santé transférés au sein des communautés Autochtones. Ce cadre bénéficie d'une large participation des peuples des Premières Nations dans tout le Canada

grâce aux réseaux des trois partenaires de ce processus, à savoir les techniciens sanitaires de l'APN et le système politique des Premières Nations, les réseaux de la FANPLD d'employés du PNLAADA et du PNLASJ, et les conseillers des programmes régionaux de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada.

Le cadre *Honorer nos forces* a l'avantage de disposer d'une équipe chargée d'orienter sa mise en oeuvre, de la défendre et de l'appuyer. Le Comité directeur du renouvellement du PNLAADA est un comité national formé de membres très variés représentant l'ensemble du Canada et issus des domaines suivants : prévention, traitement, culture, jeunesse, politiques, santé, soins infirmiers, santé publique et recherche. Il est chargé de diriger la mise en oeuvre des occasions de renouvellement du cadre. La facilitation et l'orientation du changement, lorsque celui-ci est possible, sont essentielles afin de maintenir la dynamique produite par les évaluations des besoins régionaux et la création du cadre.

FIGURE 1 : ÉLÉMENTS DE SOINS

Élément de soins	Élément 1	Élément 2	Élément 3	Élément 4	Élément 5
	Développement communautaire, prévention universelle et promotion de la santé	Dépistage précoce, interventions brèves et soins de suivi	Réduction des risques secondaires	Traitement actif	Facilitation des soins
Population cible	Tout le monde	Personnes à risque modéré	Personnes à risque élevé	Personnes à problèmes modérés	Personnes à problèmes graves
Composantes de services et d'aides	Développement communautaire Prévention universelle Promotion de la santé	Dépistage précoce Interventions brèves Aiguillage et gestion de cas Évaluation des risques et soutien prétraitement Soins de suivi	Activités de soutien communautaire Sensibilisation Évaluation et gestion des risques Dépistage, évaluation, aiguillage et gestion de cas	Dépistage, évaluation et aiguillage Gestion du sevrage et stabilisation Planification du traitement et préparation au traitement Gestion des cas Programmes de traitement spécialisés Planification du congé et soins de suivi	Coordination des soins Compétences culturelles Capacité et soutien communautaires
Élément 6 : Facilitation des soins					

Introduction

Processus de renouvellement

Honorer nos forces : Cadre renouvelé pour aborder la lutte contre la consommation de substances chez les Premières Nations au Canada présente un ensemble complet de services et d'aides composé de plusieurs compétences et partenaires et visant à renforcer les interventions communautaires, régionales et nationales en matière de dépendance et de troubles de santé mentale associés chez les peuples des Premières Nations au Canada.

Il existe actuellement de nombreux programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances financés par le gouvernement fédéral et destinés à améliorer le mieux-être physique, social, émotionnel et spirituel des Premières Nations et des Inuits. On compte notamment les programmes suivants : Pour des communautés en bonne santé, Grandir ensemble, PNLAADA—Volet traitement en établissement, PNLAADA—Volet communautaire et PNLASJ. Parmi les autres programmes qui ne sont pas inclus dans le processus de renouvellement, on compte le Programme de soutien en santé—Résolution des questions des pensionnats indiens (PSS-RQPI), ainsi que la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones (SNPSJA). Ces programmes varient sur le plan de la portée, de l'application et de la disponibilité, mais ils offrent généralement des services communautaires aux populations des Premières Nations vivant dans les réserves et aux Inuits qui vivent dans le Nord.

Les services de prévention et de traitement offerts aux Premières Nations ont continué d'évoluer tout au long de leur histoire. Au début, les services du PNLAADA étaient largement inspirés du modèle des Alcooliques Anonymes, la principale différence étant l'ajout d'une touche de culture Autochtone. Avec le temps, de nombreux centres de traitement ont adopté d'autres types d'interventions, notamment les thérapies cognitives et comportementales, tout en renforçant leurs interventions adaptées à la culture et en incorporant des services davantage axés sur la santé mentale. En outre, depuis l'agrandissement du réseau du PNLAADA en 1995 afin d'inclure les centres de traitement du PNLASJ, les communautés ont accès à de multiples programmes hautement novateurs et efficaces destinés aux jeunes des Premières Nations.

Si le PNLAADA et le PNLASJ ont affiché tant de réussites au fil des années, c'est en grande partie parce que les Premières Nations sont responsables des services; mais la créativité, le dévouement, la motivation et l'innovation du personnel du PNLAADA y sont également pour quelque chose. Les centres et le personnel du PNLAADA ont continué de montrer leur engagement à renforcer le programme en cherchant à obtenir, respectivement, leur agrément et leur certification. De plus, la création de postes d'intervenants communautaires au PNLAADA a contribué au développement du leadership local : de nombreux anciens employés du PNLAADA ont entrepris des études postsecondaires et ont obtenu des postes haut placés dans la communauté, ainsi que des fonctions dans les secteurs public et privé. Le document *NNADAP Storybook: Celebrating 25 Years* du PNLAADA montre également l'impact significatif que le PNLAADA a eu sur les communautés des Premières Nations.

Le PNLAADA a fait l'objet de plusieurs examens au cours de son histoire. Le dernier d'entre eux, l'examen général du PNLAADA de 1998, a produit 37 recommandations, dont la nécessité pour les communautés, les régions et les différents paliers de gouvernement de mieux coordonner les services et les aides pour répondre aux besoins des peuples des Premières Nations. Depuis cet examen, le caractère urgent et la complexité des problèmes dans les communautés n'ont fait qu'augmenter.

L'usage nocif de médicaments sur ordonnance est devenu un problème majeur dans bien des communautés, et l'on connaît désormais plus précisément les besoins thérapeutiques particuliers de certaines populations (comme les jeunes, les femmes et les personnes atteintes de troubles mentaux). De même, on a observé une augmentation du nombre de personnes qui indiquent spécifiquement que leur traumatisme et leurs problèmes connexes de consommation d'alcool et de drogues sont liés aux pensionnats indiens ou aux placements. La nécessité de mettre en oeuvre des mesures énergiques de promotion de la santé, de prévention, de dépistage précoce et d'intervention dans le cadre d'initiatives de développement communautaire destinées à la population des jeunes Autochtones en croissance rapide est largement reconnue.

En s'appuyant sur ces besoins et d'autres encore, le processus de renouvellement qui a été entrepris découle d'un partenariat entre l'Assemblée des Premières Nations (APN), la Fondation Autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD) et Santé Canada. Il a été dirigé à l'échelle nationale par le Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations, composé de chercheurs spécialisés en dépendance, de professionnels de la santé, d'Aïnés et de représentants des communautés des Premières Nations, qui ont guidé le processus et à qui on a demandé d'élaborer ce cadre national. Les réseaux régionaux ont également apporté un appui et des conseils importants, notamment le Réseau régional des techniciens de la santé de l'APN, les réseaux régionaux de la FANPLD, les bureaux régionaux de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada ainsi que leurs partenaires. Commencé officiellement en 2007, le processus de renouvellement a fait intervenir des activités très diverses visant à orienter l'élaboration d'une approche globale renforcée pour la prestation des services à l'échelle communautaire, régionale et nationale. Par exemple, on a effectué des évaluations des besoins régionaux en matière de dépendance, on a organisé un forum national afin de déterminer les objectifs prioritaires du renouvellement, on a publié une série de rapports d'études, et l'on a tenu un forum sur le Savoir Autochtone. Ces activités ont été menées avec la participation des intervenants communautaires et des personnes qui jouent un rôle direct dans la prestation des services aux clients à l'échelle locale.

Annoncée en 2007, la Stratégie nationale antidrogue (SNA) représente le plus important investissement dans le PNLAADA depuis sa création dans les années 1980. En vertu de la SNA, le gouvernement du Canada a engagé 30,5 millions de dollars sur cinq ans, et 9,1 millions de dollars de façon continue, pour améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des services liés aux dépendances offerts aux Premières Nations et aux Inuits. Les fonds obtenus par l'intermédiaire de la SNA permettent d'élaborer, d'enrichir, de renouveler et de valider les services liés aux dépendances dans les réserves, dont le PNLAADA et le PNLASJ. Le financement de la SNA a permis de soutenir des services dans des domaines particuliers afin de mieux répondre aux besoins actuels et futurs des personnes, des familles et des communautés Autochtones.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur le processus de renouvellement, notamment les évaluations des besoins régionaux, les rapports d'études et le Forum national sur le renouvellement du PNLAADA sur le site Web du renouvellement du PNLAADA à l'adresse suivante : <http://www.nnadaprenewal.ca>.

Initiatives parallèles

Au Canada, on s'intéresse de plus en plus à la santé mentale et à la dépendance ces dernières années. C'est ainsi que diverses initiatives parallèles ont orienté et soutenu le processus de renouvellement du PNLAADA. La mise à profit de ces initiatives parallèles et un effort de coordination favoriseront sans nul doute la mise en oeuvre continue du cadre *Honorer nos forces*. Ces initiatives incluent les suivantes :

Stratégie nationale antidrogue (2007) :

La SNA englobe la prévention, le traitement et l'application de la loi. En 2007, le gouvernement du Canada a investi 30,5 millions de dollars sur cinq ans et 9,1 millions de façon continue dans le cadre du Plan d'action de la SNA en matière de traitement pour améliorer les services de lutte contre les dépendances offerts aux Premières Nations et aux Inuits. L'investissement de la SNA a ouvert la voie au renouvellement, et il assure le soutien des activités de mise en oeuvre continue.

Plan d'action stratégique (2007) du Comité consultatif sur la santé mentale des Premières Nations et des Inuits (CCSM) :

Ce plan d'action a été créé par un comité national fondé afin d'offrir des conseils à Santé Canada sur les questions liées au mieux-être mental des Premières Nations et des Inuits, notamment la santé mentale, la prévention du suicide, les pensionnats indiens et les problèmes de dépendance. Le Plan d'action stratégique du CCSM préconise l'adoption d'une approche holistique, recommandant que les efforts individuels et communautaires en faveur de la santé et du mieux-être tiennent compte du fait que les aspects mentaux, physiques et sociaux du mieux-être sont interdépendants. Le processus de renouvellement du PNLAADA s'est inspiré de cette approche et s'y conforme.

Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada (2005) :

Ce cadre est le fruit de deux années de consultations menées dans l'ensemble du Canada par Santé Canada, ses partenaires fédéraux (Sécurité publique et Protection civile Canada et le ministère de la Justice Canada) et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Il souligne la nécessité d'adopter diverses approches pour lutter contre les problèmes de dépendance, et il comprend 13 domaines d'action prioritaires, dont l'alcool, le traitement, les jeunes, les Premières Nations et les Inuits, le perfectionnement de la main-d'oeuvre, l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale et les questions d'application de la loi.

Approche globale de la dépendance au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement (2007) :

Cette approche a été élaborée par un groupe de travail pancanadien chargé d'améliorer la qualité, l'accessibilité et les options de lutte contre la dépendance, ce qui fait partie des 13 priorités définies dans le Cadre national d'action. L'Approche globale de la dépendance présente les principes généraux et les concepts clés de la création d'un continuum de soins complet, et elle est axée sur la prise en charge des risques et des méfaits liés à la dépendance, notamment en mettant l'accent sur les initiatives communautaires de prévention et de traitement. L'Approche prévoit également l'implication des familles ainsi qu'un continuum de soins répondant aux besoins de toutes les personnes touchées par des problèmes de dépendance.

Vers le rétablissement et le mieux-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada (2009) :

Ce document définit le cadre de travail relatif à la toute première stratégie du Canada en matière de santé mentale. Élaboré par la Commission de la santé mentale du Canada, ce rapport définit sept objectifs afin de transformer le système de santé mentale de manière à ce qu'il permette à chaque habitant du Canada de parvenir au meilleur état de santé mentale et de mieux-être possible. Le processus de renouvellement du PNLAADA s'est inspiré de cette approche et il se conforme à ses principes. La Commission de la santé mentale peut également s'appuyer sur ce cadre de travail pour ses activités de planification stratégique.

Principes directeurs

Pour adopter une approche globale, il faut non seulement veiller à ce que le système contienne toutes les *parties* appropriées, mais aussi à ce qu'elle soit guidée par un ensemble de principes généraux, basés sur les réalités culturelles des Premières Nations. Nous avons défini les principes suivants d'après les recommandations de plusieurs Intervenants Culturels et d'Aînés recueillies lors du Forum sur le Savoir Autochtone pour le renouvellement du PNLAADA et en fonction d'une série d'ateliers régionaux de validation du cadre.

- **Centralité de l'esprit**—On entend par culture l'expression extérieure de l'esprit, et la revitalisation de l'esprit, visant à promouvoir la santé et le mieux-être des populations des Premières Nations. La culture comprend la reconnaissance à l'échelle du système que les cérémonies, la langue et les traditions sont importantes pour miser sur les forces et pour aider les personnes à se retrouver et à renouer avec le passé, la famille, la communauté et la terre.
- **Liens**—Des relations solides sont à la base des services et du soutien holistiques et intégrés. La santé des familles, des communautés et des systèmes repose sur des relations solides et durables. Ces liens existent entre les Autochtones, la terre et leur culture ainsi qu'entre les divers secteurs et compétences responsables de la prestation des soins de santé.
- **Accent sur la résilience**—Les traumatismes contribuent considérablement aux problèmes de dépendance et de santé mentale, mais il est important de reconnaître, d'appuyer et de favoriser les forces naturelles et la résilience des personnes, des familles et des communautés. Ces forces constituent le fondement de l'élaboration des politiques, des services et des aides en matière de santé.
- **Soutien holistique**—Les services et les aides holistiques prennent en compte tous les facteurs pouvant contribuer au mieux-être (p. ex., les facteurs physiques, spirituels, mentaux, culturels, émotifs et sociaux) au cours d'une vie, et visent l'atteinte d'un équilibre dans ces domaines et entre eux. Cela comprend la reconnaissance du fait que le mieux-être individuel est fortement lié au mieux-être de la famille et de la communauté, et qu'un ensemble complet et intégré de soins est nécessaire pour répondre aux besoins des populations des Premières Nations.
- **Accent mis sur la communauté**—On considère que la meilleure ressource de la communauté est la communauté elle-même en ce qui concerne l'orientation, la conception et la prestation des services. L'adoption d'une vision axée sur la communauté permettra de s'assurer que la diversité est respectée au sein des communautés et entre elles, et à améliorer la réactivité globale du système aux facteurs qui donnent à chaque communauté sa singularité.
- **Respect**—Le respect envers les clients, la famille et la communauté doit se traduire par une sollicitation continue de leur participation, à tous les niveaux, durant la planification et la prestation des services. Cette sollicitation doit également respecter le libre arbitre des personnes en leur permettant d'accéder aux soins lorsqu'elles sont prêtes à les recevoir, tout en essayant de concilier leurs besoins et leurs forces avec les besoins des familles et des communautés.
- **Équilibre**—Les données probantes et les méthodes Autochtones et conventionnelles doivent être prises en compte dans tous les aspects des soins (notamment dans la prestation, l'administration, la planification et l'évaluation des services) de manière à faire preuve de respect et à maintenir l'équilibre. Il est également important de garder à l'esprit que chaque personne se fonde sur ses propres suppositions au sujet de la santé et du mieux-être et à sa propre façon de voir les choses.
- **Responsabilité partagée**—La responsabilité individuelle, partagée et collective doit être reconnue dans le but de promouvoir la santé et le mieux-être parmi les peuples des Premières Nations. Cela commence par la responsabilité de chaque personne de prendre soin de sa santé. Cette responsabilité s'étend ensuite aux familles, aux communautés, aux fournisseurs de soins et aux gouvernements, qui partagent tous la responsabilité de s'assurer que les services, les aides et les systèmes sont efficaces et accessibles tant pour la population actuelle que pour les générations futures.
- **Compétence culturelle**—La compétence culturelle exige des fournisseurs de services, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves, qu'ils soient conscients de leurs propres perceptions et attitudes concernant les différences culturelles, et qu'ils connaissent et acceptent les réalités culturelles et environnementales de leurs clients. Pour ce faire, il est aussi nécessaire de traduire les Connaissances Autochtones en réalités actuelles afin d'éclairer et de guider l'orientation et la prestation des services de santé et des aides de façon continue.
- **Sécurité culturelle**—La sécurité culturelle va au-delà de la sensibilisation culturelle dans les services et comprend un examen des différences culturelles, historiques et structurales ainsi que des relations de pouvoirs dans le cadre des services offerts. Elle comporte un processus d'auto-examen continu et de croissance organisationnelle à l'intention des fournisseurs de services et du système dans son ensemble dans le but de répondre adéquatement aux besoins des peuples des Premières Nations.

Environnement

En 2011, on compte 630 communautés des Premières Nations au Canada. Ces communautés sont très variées, allant de vastes réserves, à proximité des grands centres urbains, à des réserves très petites et éloignées. Certaines de ces communautés disposent d'un gouvernement autonome et gèrent elles-mêmes leurs programmes de santé, bénéficient d'une bonne économie, jouissent d'un état de santé globalement bon, présentent des taux élevés de participation à l'éducation et à la vie communautaire et continuent de transmettre leurs connaissances culturelles, leur langue et leurs traditions à la génération suivante. Toutefois, de nombreuses autres communautés éprouvent des difficultés importantes, comme un taux de chômage élevé, des problèmes de pauvreté, un faible niveau de scolarité, des logements insalubres et des services médicaux et sociaux très éloignés.

Les problèmes de dépendance comme la consommation excessive d'alcool et la consommation de drogues, ainsi que leurs méfaits (par exemple, la violence, les blessures et l'éclatement des familles), sont toujours considérés comme des problèmes de santé prioritaires par les populations des Premières Nations. Ainsi, les constatations de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de 2008–2010 indiquent que pour les personnes sondées, le premier obstacle au mieux-être de la communauté dans les réserves, est la consommation excessive d'alcool et de drogues (82,6 % des répondants), suivis de l'hébergement (70,7 %) et de l'emploi (65,9 %)⁴.

Pour certains Autochtones, la consommation excessive d'alcool ou de drogue offrent une évasion temporaire, un moyen de composer avec les situations difficiles de la vie et les sources de stress permanentes. Un grand nombre de ces difficultés prennent leurs racines dans l'histoire de la colonisation, et notamment : la criminalisation de la culture et de la langue, les changements culturels rapides, la création du système des réserves, le passage du mode de vie actif au mode de vie sédentaire, le racisme et l'assimilation forcée à l'aide des pensionnats et des politiques de protection de l'enfance. Ces expériences ont affecté la santé et le mieux-être des communautés, et elles ont favorisé des statuts socio-économiques inférieurs, une alimentation moins bonne, des problèmes de violence, des conditions de surpeuplement et des taux élevés de dépendance. Quel que soit le statut social, économique ou géographique, il faut considérer que ces questions et leur contexte historique doivent être compris comme des problèmes auxquels sont confrontées les communautés des Premières Nations.

Plusieurs générations d'enfants des Premières Nations ont été envoyées dans des pensionnats. Parmi les quelques 80 000 anciens élèves qui vivent encore aujourd'hui, nombre d'entre eux souffrent d'avoir été coupés de leur langue et de leurs pratiques traditionnelles et des enseignements culturels. D'autres souffrent de séquelles post-traumatiques, causées par les maltraitances physiques, sexuelles et émotionnelles qu'ils ont subies durant l'enfance dans les pensionnats ou par des organismes de protection de la jeunesse qui les ont également retirés très jeunes de

leur environnement familial et de leur communauté. Ayant été retirés très jeunes de leur environnement familial, de leurs terres ancestrales et n'ayant donc eu aucun contact quotidien avec leurs parents et leur communauté, beaucoup d'entre eux n'ont pas de sentiment d'appartenance à une culture et n'ont pas acquis les compétences parentales et familiales nécessaires pour établir des relations saines avec leurs propres enfants.

Au vu des séquelles de la colonisation, le processus de décolonisation est devenu une question prioritaire pour les communautés et les dirigeants des Premières Nations. Celui-ci consiste pour les Premières Nations à reprendre possession de leur culture traditionnelle, à se redéfinir en tant que peuple et à réaffirmer leur identité. Ce processus comprend notamment le deuil et la guérison relativement aux pertes dues à la colonisation, le renouvellement des pratiques culturelles et l'amélioration de l'accès aux ressources de mieux-être mental, et les dirigeants et communautés des Premières Nations ont également appelé à la guérison, au rétablissement de la famille et au renforcement des communautés de soins. On a également réclamé l'adoption d'un processus parallèle de sensibilisation au sein de la société canadienne de manière à éliminer la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des Premières Nations, au niveau personnel comme au niveau structurel de la société. Ces efforts visant à fournir des programmes de guérison efficaces et à se réapproprier leur identité culturelle sont reconnus comme étant essentiels pour revitaliser les communautés et réduire la prévalence de l'alcoolisme et de la dépendance.

De nombreuses communautés des Premières Nations aspirent au mieux-être, c'est-à-dire une vision holistique de la santé qui favorise l'équilibre entre les aspects mentaux, physiques, émotionnels et spirituels de la vie. Cette perception de la santé, que l'on désigne parfois comme le mieux-être mental, comprend une solide estime de soi, la dignité personnelle, l'identité culturelle et le sentiment d'appartenance. Plusieurs membres des Premières Nations ont rapporté avoir peu de succès avec les services qui ne valorisent pas leur façon de savoir, et peuvent même les éviter, plus particulièrement en ce qui a trait à la santé et au mieux-être.

De même, on s'entend sur le fait que la culture est essentielle à la guérison, mais la définition de la culture et les pratiques culturelles varient d'une communauté à l'autre. La culture est intimement liée à la communauté, et on la décrit souvent comme une façon d'être, de savoir, de percevoir, de se comporter et, globalement, une manière de vivre dans le monde. On la considère dynamique parce que les croyances, les valeurs, les coutumes et les traditions transmises d'une génération à l'autre continuent de correspondre aux réalités et aux modes de vie actuels. L'expression de la culture peut prendre différentes formes : la langue, les méthodes de chasse, de pêche et de recherche d'aliments, les arts et l'artisanat, les relations interpersonnelles, les connaissances qui orientent la structure familiale, communautaire et de gouvernance, la cueillette et l'utilisation des remèdes traditionnels, les aliments traditionnels, le cheminement spirituel, les tambours, la danse, le chant et les cérémonies de guérison. Quelle que soit la forme d'expression, certains peuples des Premières Nations font une distinction entre la culture et la spiritualité. Pour d'autres cependant, on trouve le fondement de la culture dans les récits de création des Premières Nations du Canada, en considérant que l'esprit est l'énergie centrale et principale, la raison d'être et la motivation fondamentale de la vie. Par conséquent, il revient aux personnes, aux familles et aux communautés elles-mêmes de déterminer les pratiques culturelles à utiliser pour lutter contre les problèmes de dépendance et le rôle de la spiritualité au sein de ces pratiques.

Concepts essentiels

Voici la définition de trois termes employés tout au long de ce rapport; veuillez toutefois noter que ces définitions ne reflètent pas nécessairement la situation de tout le monde.

1. Problèmes de dépendance

On parle de « problèmes de dépendance » pour désigner les différentes préoccupations et les nombreux problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues. Il s'agit notamment de l'usage problématique de substances (usage nocif de substances psychoactives, ou usage dangereux comme la conduite en état d'ivresse, la consommation de substances pendant la grossesse ou la consommation excessive épisodique/usage nocif occasionnel d'alcool) et de la dépendance ou accoutumance à une substance (troubles liés à l'usage d'alcool et d'autres drogues selon la définition des systèmes de classification diagnostique comme le DSM-IV). En général, ces problèmes sont vécus aussi bien par les personnes que les familles et les communautés, et ils peuvent avoir des répercussions physiques, psychologiques, émotionnelles, comportementales, sociales, spirituelles, familiales et même judiciaires.

2. Services et aides

On parle de « services et d'aides » pour désigner un large éventail d'interventions ou de réponses offertes par le PNLAADA, le PNLASJ, les Aînés, les Intervenants Culturels, les professionnels de la santé, les organismes de santé publique, les travailleurs sociaux, la justice et autres fournisseurs de services pour lutter contre les problèmes de dépendance ou réduire les risques associés. Au nombre de ces interventions ou réponses, on compte les mesures de soins proactives mises en place par différents systèmes, tels que les services de prévention, de promotion de la santé, d'intervention et de soins de suivi. Ces services et aides comprennent également une multitude de fonctions et de ressources de soutien. Il est bien connu que les services officiels et les autres formes de soutien (personnel, familial, communautaire ou culturel) jouent souvent un rôle crucial dans le processus de guérison. L'intégration de ces multiples interventions ou réponses est l'une des difficultés majeures auxquelles tout système de soins est confronté.

3. Déterminants de la santé

Les « déterminants de la santé » sont des facteurs qui ont un lien avec la santé et qui l'influencent. Ils ne relèvent habituellement pas du domaine des programmes de santé. On les considère souvent comme étant la « cause profonde » des problèmes de santé. Il s'agit notamment des facteurs socio-économiques généraux comme le revenu, le niveau d'éducation, l'emploi, les conditions de vie, l'appui social et l'accès aux soins de santé. Le fait de comprendre l'incidence de ces facteurs et les relations qui les unissent favorise une vision plus holistique de la santé. Outre ces facteurs socio-économiques, on s'accorde généralement pour dire que les Premières Nations sont également touchées par différents facteurs de nature historique et propres à leurs cultures. Pour désigner ces facteurs supplémentaires, on parle parfois de déterminants de la santé propres aux Premières Nations ou aux Autochtones : perte de la langue et du lien avec la terre, sévices subis dans les pensionnats, racisme systémique, destruction de l'environnement et déconnexion culturelle, spirituelle, émotionnelle et mentale.



Quelles sont les personnes touchées?

Nourrissons et enfants

À l'aide des évaluations des besoins régionaux, un grand nombre de communautés des Premières Nations ont exprimé de grandes préoccupations quant au fait qu'un grand nombre d'enfants Autochtones sont exposés très tôt à l'alcool et aux drogues. Une enquête menée au Québec afin de déterminer les habitudes de consommation de substances chez les Autochtones a révélé qu'un tiers des répondants avaient commencé l'usage d'inhalants à l'âge de 10 ans ou avant, et que 58 % avaient commencé à en consommer entre 11 et 15 ans. L'enquête a aussi révélé que les enfants commencent à consommer de l'alcool et de la marijuana en très bas âge comparativement aux amphétamines, à la cocaïne, à l'héroïne et aux médicaments d'ordonnance. La première utilisation se produit généralement (pour 60 % des participants) entre 11 et 15 ans, et un peu plus de 20 % ont signalé avoir pris de l'alcool pour la première fois à 10 ans ou avant⁵. En outre, les évaluations des besoins régionaux ont montré que, même si l'on dispose de données limitées à ce sujet, l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF) demeure un problème préoccupant dans certaines communautés des Premières Nations.

Le rôle du développement des enfants en bas âge dans l'état de santé futur est bien connu⁶. Au cours des premières années de vie, les enfants acquièrent des attitudes et des aptitudes d'adaptation essentielles, c'est pourquoi il est logique de fournir à ces enfants les outils et le soutien dont ils auront besoin pour faire de bons choix concernant leur mode de vie. Un grand nombre d'interventions en matière de prévention et de promotion de la santé peuvent réduire la probabilité qu'ils soient atteints plus tard d'un problème de dépendance ou de maladie mentale. Pour cela, il faut réduire les facteurs de risque (p. ex., les problèmes scolaires, la maltraitance, la négligence familiale, les troubles psychologiques, le manque de liens affectifs avec les parents et le détachement de la culture et des modes de vie traditionnels) et favoriser les facteurs protecteurs (p. ex., la fierté liée à l'identité culturelle, le fait de parler une langue traditionnelle, la réussite scolaire, les capacités de lecture et d'écriture, l'accès à l'éducation secondaire, les activités de loisir et les liens avec un adulte ou un Aîné bienveillant). La prise en charge précoce de ces facteurs dès l'enfance permettra de réduire les risques de problèmes à l'avenir⁷.

Jeunes et adolescents

Les jeunes suscitent une grande inquiétude. En effet, les jeunes Autochtones représentent la population qui connaît la plus forte croissance au Canada, avec un taux de natalité annuel trois fois plus élevé que les Canadiens non autochtones. En 2006, l'âge moyen de la population Autochtone au Canada était de 27 ans, alors qu'il était de 40 ans pour les personnes non autochtones, soit un écart de 13 ans⁸. Entre 2002 et 2003, plus d'un jeune des Premières Nations sur quatre (soit 27,2 %) a déclaré s'être senti triste ou déprimé pendant deux semaines consécutives. Cette même étude a révélé que 21 % des jeunes des Premières Nations ont eu des pensées suicidaires et que 9,6 % ont déjà tenté de se suicider⁹. Selon l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) de 2008–2010, 51,1 % des jeunes des Premières Nations (de 12 à 17 ans) ont indiqué avoir consommé de l'alcool avec excès (cinq boissons alcoolisées ou plus durant la même journée/soirée) au moins une fois par mois au cours des douze derniers mois, et 10,4 % des jeunes ont indiqué avoir consommé de l'alcool de façon excessive au moins une fois par semaine au cours des douze derniers

mois¹⁰. Des enquêtes antérieures ont révélé que les jeunes des Premières Nations sont plus susceptibles de consommer n'importe quel type de drogue illicite et de commencer plus tôt que les autres jeunes Canadiens non autochtones. Le groupe le plus à risque pour l'alcool et les drogues chez les jeunes Autochtones est celui des hommes de 18 à 29 ans¹¹.

Bon nombre d'études ont montré l'efficacité des services de prévention, de sensibilisation, de dépistage précoce et d'intervention destinés aux jeunes et aux adolescents comme moyens rentables de réduire les futurs problèmes de dépendance¹². Ces démarches cherchent à réduire les facteurs de risque tout en favorisant les facteurs protecteurs. Étant donné que dans bien des cas, les services, en particulier les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, ne sont pas conçus pour les jeunes, les personnes qui assurent ces services, comme les travailleurs en santé mentale et en lutte contre les dépendances, sont rarement formées au travail auprès des jeunes. De fait, les jeunes font partie des segments de la population les moins bien servis et vont rarement chercher eux-mêmes les services officiels de santé mentale et de lutte contre les dépendances qui sont à leur disposition dans leur communauté.

Adultes

L'alcoolisme demeure la dépendance la plus répandue parmi les Autochtones adultes. Si l'abstinence de consommation d'alcool est courante chez les Premières Nations, la consommation excessive l'est aussi. Selon l'ERS de 2002–2003, les adultes des Premières Nations sont près de trois fois plus nombreux à indiquer qu'ils font des excès de boisson chaque semaine (16 %) que la population générale (6,2 %)^{13,14}. Toujours d'après l'enquête, 7,3 % des participants adultes ont signalé qu'ils consomment des drogues illicites, un taux deux fois plus élevé que celui des autres Canadiens adultes. De plus, l'alcool était en cause dans 80 % des tentatives de suicide et 60 % des épisodes de violence¹⁵. Si l'alcoolisme est un problème de longue date chez les Premières Nations, certaines communautés ont également constaté une augmentation de la consommation de drogues illicites et de médicaments sur ordonnance. On connaît mal l'envergure de l'usage nocif de médicaments sur ordonnance, mais dans certaines provinces, les Premières Nations ont indiqué qu'il s'agissait d'un problème hautement prioritaire, et dans d'autres, que cet excès commençait à prendre de l'ampleur.

Personnes âgées

Les personnes âgées représentent le plus petit groupe parmi les Premières Nations, et souvent l'un des moins bien pris en charge, car de nombreux services sont destinés aux adultes plus jeunes. Bien qu'il existe très peu de données de recherche pour ce groupe, certaines régions ont indiqué qu'il fallait lui accorder davantage d'attention, en particulier en ce qui concerne l'alcool et les médicaments sur ordonnance. Les membres de ce groupe peuvent présenter un ensemble unique de facteurs de risque de développer un problème de dépendance. Par exemple, les personnes âgées sont beaucoup plus susceptibles d'avoir vécu personnellement les pensionnats (et non par l'intermédiaire d'un parent) et d'avoir perdu un enfant en raison des retraits effectués par divers organismes d'aide sociale à l'enfance. Les évaluations des besoins régionaux ont montré qu'il est encore difficile pour de nombreuses personnes âgées de parler de leur expérience dans les pensionnats. Elles ont également révélé que ces personnes étaient peu enclines à considérer la consommation excessive de médicaments sur ordonnance ou le jeu comme étant problématiques.

Familles

Lorsqu'un enfant grandit dans un environnement où son identité culturelle est opprimée et où la consommation de substances est fréquente, il peut penser que la consommation d'alcool ou de drogues est un comportement « normal », ce qui augmente ses risques de reproduire ce comportement à l'âge adulte. Dans un milieu familial caractérisé par des traumatismes intergénérationnels, des deuils et des pertes, on observera également une érosion des valeurs culturelles se traduisant par une éducation inadéquate des enfants, un désintéressement des parents ou de la famille envers leurs responsabilités parentales, des problèmes de violence et de maltraitance, et une consommation problématique de substances psychoactives, qui sont tous des facteurs de risque qui contribuent à la dépendance. Les programmes de compétences parentales et les autres programmes de soutien destinés aux familles peuvent lutter contre ces problèmes d'une manière plus holistique en tenant compte à la fois du mieux-être des enfants et des parents à l'aide de programmes de guérison familiale et de programmes de compétences parentales traditionnelles à l'intention des membres de la famille immédiate et élargie.

La famille a la responsabilité d'offrir à l'enfant un environnement dans lequel il se sent aimé et en sécurité, qui lui permet de s'épanouir et dans lequel il est en contact avec la vie spirituelle, communautaire et culturelle. Pour les Premières Nations, le concept de la famille s'étend bien au-delà de la famille nucléaire, et il inclut plusieurs autres personnes qui participent à l'éducation des enfants (notamment les frères et sœurs aînés, les membres de la famille élargie et le clan). Pour les Autochtones, l'identité se forge grâce aux contacts avec la famille, et par extension, avec la communauté, la terre ancestrale et les systèmes de clan. Ces liens et ces aides favorisent l'acquisition chez l'enfant d'un fort sentiment de fierté de soi vis-à-vis de sa culture et de l'affirmation de son identité culturelle, et ils jouent un rôle important dans la prévention et le retardement de l'apparition de problèmes de consommation de substances et de la santé mentale.



Disparité entre les sexes

Le statut et les rôles sociaux attribués selon le sexe et imposés par la colonisation influent de façon négative sur beaucoup de questions de santé touchant les femmes des Premières Nations. Chez ces femmes, on observe des taux élevés de violence familiale, de monoparentalité, de harcèlement sexuel, d'inégalité, d'exploitation sexuelle et de pauvreté. Ces problèmes sont des facteurs qui contribuent à la dépendance et aux troubles de santé mentale, et ils ont d'importantes conséquences sur la vie des enfants, des familles et des communautés¹⁶. Les femmes font également face à des problèmes particuliers d'accès aux services, et peuvent ainsi être réticentes à y avoir recours en raison de préjugés, de discrimination, de la crainte de perdre leur enfant ou de l'absence de programmes destinés aux femmes. De plus, les obstacles liés au manque de services de garderie, de logements, de soutien du revenu et de moyens de transport sont parmi les obstacles les plus fréquents pour les femmes qui doivent être pris en considération dans la prestation et la planification des services. Auparavant, de nombreux services ciblaient principalement les besoins et les situations propres aux hommes. Il importe que la conception et la prestation des aides et services tiennent compte de la disparité entre les sexes, et notamment des situations particulières que vivent les femmes concernant les problèmes de dépendance et de santé mentale. On s'achemine désormais vers des services axés sur les femmes en tenant compte de leurs traumatismes passés ou présents ou des problèmes d'accès aux services auxquels de nombreuses femmes font face, ou du moins des services adaptés pour tenir compte des besoins et de la situation des femmes.

Il existe un réel besoin de services axés sur les femmes, mais il reste très important de continuer à offrir des programmes conçus et adaptés aux besoins des hommes de tous âges. Les hommes sont aussi touchés par la pauvreté, la violence physique et sexuelle et la perte de la langue et de la culture, et ils ont besoin de programmes qui pourront les aider à aborder ces questions sous-jacentes pendant leur processus de rétablissement. Les préjugés entourant les questions de violence physique et sexuelle peuvent être tout aussi difficiles à gérer pour les hommes que pour les femmes; c'est pourquoi il est essentiel de continuer à offrir des programmes adaptés aux hommes et aux femmes. De plus, les enseignements culturels traditionnels peuvent jouer un rôle important dans la restauration des forces définissant la disparité entre les sexes et le sentiment d'appartenance à la famille et à la communauté.

Santé mentale

La colonisation et l'expérience des pensionnats ont contribué à l'apparition de troubles de santé mentale et de problèmes de dépendance chez les populations des Premières Nations à des taux bien supérieurs à la moyenne de la population générale du Canada. Dans l'ERS de 2002–2003, 30 % des répondants des Premières Nations ont déclaré avoir ressenti de la tristesse ou avoir été déprimés pendant deux semaines ou plus au cours de la dernière année¹⁷. Des données récentes suggèrent également que les membres des Premières Nations ont deux fois plus de chances de consulter en raison d'un trouble mental que les autres Canadiens¹⁸, quoiqu'on estime que ce chiffre serait supérieur s'il existait davantage de services dans les communautés rurales et éloignées. En 2005–2006, les dépenses pour antidépresseurs couverts par le Programme des services de santé non

assurés (SSNA) étaient les plus importantes, totalisant un montant de 17,5 millions de dollars, les anxiolytiques arrivant en sixième place avec 5,5 millions de dollars¹⁹. Les données issues des SSNA montrent aussi que la dépression et l'anxiété sont les deux troubles mentaux les plus communs chez les populations des Premières Nations.

Les rapports entre la dépendance et les problèmes de santé mentale sont complexes. Il est généralement admis qu'une personne atteinte d'un trouble de santé mentale a plus de risques de consommer des substances comme tentative d'automédication, tout comme une personne souffrant d'une dépendance a davantage de risques de présenter ou de développer plus tard un trouble de santé mentale. De même, on admet généralement que les personnes atteintes de troubles concomitants de santé mentale obtiennent de moins bons résultats au traitement, qu'elles présentent de plus grands risques de subir des méfaits dus à leurs troubles, et que leurs besoins sont les moins bien satisfaits.

Personnes ayant des besoins particuliers

Les problèmes de dépendance peuvent toucher n'importe qui, mais le risque encouru et l'évolution de ces problèmes ne sont pas les mêmes pour tout le monde. Pour que les services et aides soient les plus appropriés et efficaces possible, ils doivent être adaptés aux besoins d'un groupe particulier, ou cibler ce groupe. De même, certaines personnes connaissent des risques et des difficultés supplémentaires. Voici quelques exemples de groupes qui présentent des besoins particuliers en matière de services :

- les personnes bispirituelles, gais, lesbiennes et personnes transsexuelles;
- les personnes handicapées;
- les personnes atteintes d'un trouble mental;
- les personnes séropositives pour le VIH/sida ou l'hépatite C;
- les personnes atteintes d'une déficience cognitive ou d'une lésion cérébrale acquise;
- les jeunes et adultes atteints d'un Trouble du spectre de l'alcoolisation foetale (TSAF);
- les personnes marginalisées, comme les sans-abri; et
- les personnes ayant des démêlés avec la justice.

Il est reconnu que ces populations peuvent ne pas être en mesure de se sentir pleinement connectées ou engagées dans la vie de la communauté. En raison de cette coupure, ces personnes ne sont pas toujours visées par les activités de prévention, et elles n'ont parfois pas accès aux services thérapeutiques. Elles peuvent aussi faire face à des obstacles distincts qui affectent leur capacité d'avoir accès aux services, sans compter que les services qui leur sont offerts ne répondent pas toujours à leurs besoins uniques et que leur communauté ne les soutient peut-être pas dans leur processus de rétablissement. Dans certains cas, les membres de ces groupes doivent déménager dans un centre urbain pour obtenir des soins adéquats, ou le soutien et l'accueil qu'ils ne reçoivent pas dans leur propre communauté. L'objectif à l'échelle du système est de répondre aux besoins de tous ces groupes en supprimant les obstacles, en luttant contre les préjugés, en offrant des soins adéquats et en engageant la participation de la communauté dans leur rétablissement.

Autres facteurs à prendre en compte

Usage nocif du tabac

Les maladies occasionnées par le tabac sont des problèmes importants pour les communautés des Premières Nations, où le taux de tabagisme est deux fois plus élevé que dans le reste du Canada. Selon l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations de 2008–2010, 43 % des adultes des Premières Nations fument tous les jours, et 13,7 % de plus se considèrent comme des fumeurs occasionnels²⁰. Par mesure de comparaison, le reste de la population canadienne compte 17,1 % de fumeurs quotidiens²¹. De plus, près de la moitié des fumeurs quotidiens est âgée entre 18 et 29 ans²², et la majorité des fumeurs des Premières Nations a commencé entre 13 et 16 ans²³.

À l'heure actuelle, les programmes antitabac (renoncement au tabagisme) dans les communautés des Premières Nations ont reçu très peu de financement de la part des divers programmes fédéraux. Quelques provinces offrent un soutien financier par l'entremise de partenariats communautaires avec des organismes provinciaux. Les efforts des communautés qui offrent un soutien se sont concentrés sur la prévention, l'abandon et l'éducation. Certaines communautés ont également choisi de faire la promotion d'un environnement sans fumée et ont interdit la consommation du tabac dans les lieux publics (p. ex., dans les bureaux des services sociaux et de santé, les bureaux du conseil de bande et parfois les centres de traitement). En outre, certains centres de traitement offrent un soutien aux clients qui essaient de renoncer au tabac, en plus de surmonter la dépendance à d'autres drogues, même si la vision générale dans bon nombre d'autres centres est que c'est trop d'en demander aux patients de tout arrêter en même temps.

Problèmes de jeu et autres comportements de dépendance

On parle de dépendance comportementale lorsqu'elle est liée à un comportement ou à une activité devenue compulsive ou destructive pour la vie de la personne. Les dépendances comportementales se distinguent des dépendances aux substances psychotropes par l'absence d'accoutumance physique, contrairement à l'alcool ou aux drogues. Par contre, les dépendances comportementales font intervenir une accoutumance psychologique, qui peut toutefois avoir des conséquences très néfastes et peut nécessiter des services de counselling, un traitement ou d'autres aides. Il existe une grande variété de dépendances comportementales, dont les plus courantes sont la dépendance sexuelle, le jeu compulsif, la dépendance à l'Internet, la dépendance au magasinage et l'alimentation compulsive.

La dépendance au jeu est un problème de plus en plus préoccupant pour bien des communautés Autochtones, et elle touche tous les groupes d'âge. Malheureusement, les personnes âgées semblent plus susceptibles d'avoir ces problèmes, car le jeu leur permet souvent d'échapper à l'ennui ou à la solitude. Dans le cadre de groupes de discussion communautaires, certaines personnes ont indiqué que les membres de la famille sont souvent au courant du problème de jeu, mais se sentent impuissants. Pour beaucoup, le jeu est une manière de combler un vide social parce qu'il représente une occasion de sortie. Par conséquent, très peu de gens perçoivent le jeu comme étant une forme de dépendance. Les programmes actuels du PNLAADA n'ont généralement pas de volet consacré à la dépendance au jeu. Cependant, certains centres de traitement ont choisi d'offrir des programmes de traitement propres à la dépendance au jeu. Ces programmes peuvent inclure des activités de sensibilisation, du counselling et des groupes de soutien, et ils sont souvent proposés en tant que services supplémentaires, en dehors du cadre du programme de base.



Aperçu de l'approche globale

Résumé de l'approche globale

L'approche globale visant à répondre aux problèmes sanitaires inclut un large éventail de services, d'aides et de partenaires qui jouent un rôle dans la lutte contre les problèmes de dépendance chez les Premières Nations. Il s'agit notamment des services et aides communautaires Autochtones (comme le PNLAADA, les services de soutien culturel et les réseaux de soutien social), ainsi que d'autres partenaires et compétences connexes (comme le logement, l'éducation, l'emploi et les services correctionnels fédéraux). Il ne fait aucun doute qu'un seul secteur ou une seule autorité ne suffit pas pour aider les personnes et leur famille. L'approche globale fournit un cadre dans lequel tous les services, aides et partenaires peuvent renforcer la portée et la coordination de leurs interventions de manière à prendre en charge les divers risques et méfaits liés à la dépendance chez les Premières Nations.

Les éléments de soins décrits dans *Honorer nos forces* reflètent une approche axée sur un continuum de soins qui prend en considération les divers services, aides et partenaires disponibles qui jouent un rôle dans la lutte contre la dépendance chez les Premières Nations. Cette approche vise à soutenir une meilleure réponse à l'échelle du système aux besoins des personnes et des communautés des Premières Nations qui présentent des risques d'éprouver des problèmes de dépendance ou qui en sont directement affectées. Cette approche est centrée sur ce qui suit :

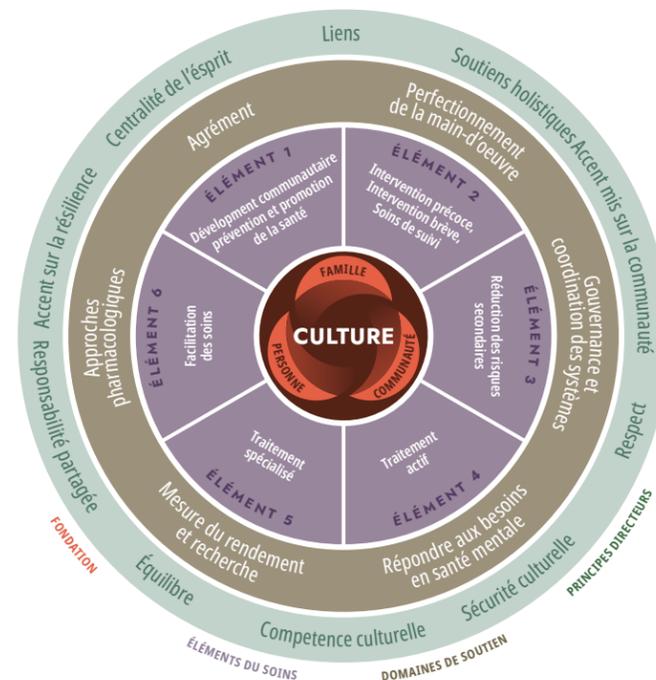
- offrir les services et les aides adaptés aux besoins des personnes touchées par des problèmes de dépendance à un moment précis de leur parcours de soins; et
- assurer la coordination entre les divers partenaires et secteurs pour fournir des services et des aides efficaces respectant la culture et axés sur la clientèle.

Les six éléments du continuum de soins ont pour but de répondre aux besoins des personnes, des familles et des communautés affectées par les divers problèmes de dépendance. Ces éléments visent également à répondre aux besoins de groupes cibles (p. ex., les femmes, les jeunes et les personnes atteintes de troubles mentaux concomitants). Ces éléments de soins sont les suivants : Développement communautaire, prévention et promotion de la santé;

Dépistage précoce, interventions brèves et soins de suivi; Réduction des risques secondaires; Traitement actif; Traitement spécialisé et Facilitation des soins. Au sein du cadre, on a également déterminé six aides essentielles dans le continuum de soins : le perfectionnement de la main-d'oeuvre, 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. Une description plus détaillée des éléments et des aides clés exposés dans ce modèle est disponible dans la section suivante. Chaque section se compose de quatre parties :

1. **Description** : résumé et raison d'être de la section, y compris une description de la population cible, les éléments et les partenaires clés. La description expose ce à quoi les services et les aides ressembleraient dans l'idéal.
2. **Éléments clés** : définition plus précise des principaux services et aides en fonction de chaque élément.
3. **Situation actuelle** : aperçu des services et aides actuellement disponibles, en mettant l'accent sur les points forts et les faiblesses.
4. **Possibilités de renouvellement** : recenser les occasions de renforcer le système actuel conformément à la description et aux éléments clés, tout en soutenant les points forts et les faiblesses du système actuel.

FIGURE 2: APPROCHE GLOBALE



Éléments de soins



La santé et le mieux-être doivent s'inscrire dans le contexte des communautés où habitent les peuples des Premières Nations et auxquelles ils sont liés pendant toute leur vie.

Les communautés des Premières Nations, avec l'appui de services et d'aides adaptés à leurs besoins et à leur culture, représentent le principal moyen de promouvoir des relations saines entre les personnes, les familles et les communautés.

Élément 1

Développement communautaire, prévention universelle et promotion de la santé

Description

Les services et les aides de l'élément 1 sont des efforts généraux concentrés sur la promotion et le renforcement du mieux-être des personnes, des familles et des communautés. Une communauté saine avec un soutien social fort aide à établir l'assise de tous les aspects du continuum de soins. En période de stress, lorsque les problèmes de dépendance surviennent le plus souvent, ces réseaux de soutien social peuvent offrir des soins et des encouragements essentiels pour la guérison sur le plan personnel, familial et collectif.

Les trois principales composantes de l'élément 1 sont les suivantes :

- le développement communautaire;
- la prévention universelle; et
- la promotion de la santé.

Les personnes pouvant fournir des services et des aides de l'élément 1 comprennent, mais sans s'y limiter, les membres de la communauté comme les parents, la famille et les amis, le personnel de tous les programmes communautaires et les dirigeants officiels et non officiels de la communauté.

Éléments clés

Développement communautaire

Le développement communautaire décrit les mesures délibérées prises par une communauté pour améliorer son mieux-être et son état de santé général. Les stratégies de développement communautaire qui obtiennent les meilleurs résultats sont les activités à long terme qui sont axées sur la communauté, planifiées, holistiques, qui favorisent le sentiment d'appartenance et renforcent l'estime de soi et les capacités au niveau de la communauté et qui tiennent compte du contexte économique et social général. Ce contexte peut comprendre l'influence du niveau de scolarité, les conditions de vie et de travail, la pauvreté, la connaissance de la culture et de la langue traditionnelles, l'environnement social, l'histoire de la colonisation et l'accès aux services de santé et de mieux-être.

La capacité communautaire est une base essentielle à la planification, la mise en place et l'évaluation efficaces des activités de développement communautaire. On entend par capacité communautaire les compétences pratiques et de renforcement d'équipe permettant d'obtenir le consensus de la communauté, les compétences en leadership, les connaissances et les ressources culturelles, et les connaissances et l'expertise en matière de santé et de mieux-être, aux fins de promotion de la santé mentale, de traitement et de prévention des dépendances.

Prévention universelle

En harmonie avec le développement communautaire, les approches de prévention universelle visent la population générale ou un groupe dans une région ou une communauté en particulier (comme les jeunes, les femmes enceintes ou les personnes âgées). Elles ont pour objectif particulier de promouvoir l'adoption de comportements sains et de prévenir, de réduire ou de retarder les problèmes de dépendance ou de consommation. Les initiatives de prévention qui fonctionnent bien sont celles qui cherchent à favoriser les facteurs protecteurs et à réduire les facteurs de risque. Ces initiatives sont positives, proactives et offertes à tout le monde, quel que soit le degré de risque.

Ces initiatives nécessitent la collaboration entre les divers services médicaux et sociaux, ministères et organismes. Voici quelques exemples d'intervention de prévention universelle :

- les programmes de prévention de la dépendance dans les écoles;
- les pratiques culturelles dans les communautés;
- les programmes familiaux et de compétences parentales;
- les campagnes médiatiques; et
- les politiques et stratégies de prévention de l'alcoolisme et de la dépendance au sein d'une communauté.

Ces activités sont souvent plus efficaces lorsqu'elles sont fondées sur des systèmes de valeurs et de culture Autochtones, planifiées en fonction des générations futures, et associées à d'autres stratégies ou cadres de travail médicaux et sociaux à l'échelle communautaire.

Promotion de la santé

La promotion de la santé est un processus d'habilitation des personnes pour leur permettre de mieux maîtriser et d'améliorer leur santé et ses déterminants. Ces efforts contribuent à soutenir les personnes qui aspirent à des modes de vie plus sains et plus sûrs, tout en créant des conditions qui favorisent ces modes de vie et restaurent des dynamiques familiales et communautaires saines et accueillantes. Les activités de promotion de la santé peuvent également renforcer les aptitudes et les connaissances et favoriser des changements d'attitude ou communautaires afin d'aider la population à suivre un mode de vie plus sain.

La promotion de la santé en matière de dépendance et de santé mentale peut être associée de différentes manières à des activités de prévention universelle. Ces activités peuvent inclure plusieurs approches destinées à développer l'estime de soi et une meilleure conscience de soi, à établir des barrières saines et à apprendre des techniques d'affirmation de soi. Ces approches et compétences peuvent représenter des facteurs clés de protection pour les personnes, les familles et les communautés et ainsi permettre de prévenir ou de réduire les problèmes de dépendance ou les troubles de santé mentale, ou de retarder la première consommation. Elles permettent également de sensibiliser les jeunes et les familles aux cycles ou habitudes de comportement (p. ex., la dépendance ou les maltraitements physiques, sexuelles et émotionnelles) qui sont les principaux facteurs de risque liés à ces problèmes. La sensibilisation constitue souvent une première étape importante pour briser ces modèles de comportement, aussi bien dans le présent qu'entre les générations.

La promotion de la santé peut également inclure une planification à long terme afin de s'assurer que les générations futures disposent du soutien adéquat. Elle peut aussi contribuer au développement d'une bonne politique de santé publique, à la création d'environnements favorables et, au besoin, à recentrer ou réorienter les services de santé. Au sein de la communauté, la promotion de la santé peut favoriser les activités de développement communautaire axées sur les besoins locaux et la planification communautaire, régionale ou interorganisations (p. ex., les évaluations des besoins fondées sur des approches participatives). Ce genre de promotion de la santé communautaire aborde les problèmes de façon multidimensionnelle et holistique et permet aux communautés de devenir le point central de la prise de décision et de la prestation des services de santé.

Situation actuelle

Les efforts de développement communautaire varient considérablement d'une communauté à une autre. Pour l'instant, une grande partie des efforts menés au sein des communautés des Premières Nations portent sur le développement économique. Toutefois, les ministères et les communautés reconnaissent de plus en plus que les efforts tirent nettement avantage de l'inclusion d'une insistance sur la santé mentale et le mieux-être.

Les séquelles intergénérationnelles des pensionnats peuvent entraîner des problèmes de santé mentale, ce qui peut réduire la capacité d'action collective. Malgré ces difficultés, certaines communautés ont réussi, avec l'aide de leurs dirigeants, à mettre en place des projets de développement communautaire axés sur la santé mentale ou la lutte contre les dépendances. Ces projets ciblent souvent le mieux-être des personnes, des familles et de la communauté dans le contexte général des déterminants sociaux de la santé. Ils favorisent le resserrement des liens et de l'identité culturelle au sein de la communauté au moyen d'enseignements traditionnels et de cérémonies. Toutefois, la portée de cette approche n'est pas toujours reconnue par les communautés elles-mêmes, ni par les chercheurs et les décideurs.

Un grand nombre d'intervenants de tous les milieux, y compris les travailleurs du PNLAADA, les coordonnateurs de Grandir ensemble, les intervenants en prévention du suicide, les représentants de la santé communautaire, les travailleurs auprès des jeunes et les enseignants, jouent un rôle dans la prévention, la promotion de la santé et le développement communautaire dans les communautés des Premières Nations. En tant qu'éléments essentiels du système de santé, certaines de ces personnes connaissent bien le travail de prévention et sont de véritables passionnés. Toutefois, bon nombre d'intervenants ont aussi de la difficulté à trouver le temps et le lieu pour mener des activités de prévention, de promotion de la santé et de développement communautaire, car ils sont débordés par les interventions en situation de crise, les besoins de traitement et les autres demandes, qui prennent souvent le pas sur ces activités. Les intervenants ont tendance par la suite à offrir un soutien de base aux clients sous forme de counselling et de transport des clients à leurs rendez-vous thérapeutiques.

Les intervenants communautaires en dépendance du PNLAADA diffèrent quant à leur capacité à assurer des rôles de prévention. Dans certains cas, les intervenants possèdent toutes les compétences pour faire du counselling, mais ils n'ont pas les qualifications officielles requises pour élaborer ou mettre en oeuvre des programmes de prévention. C'est pourquoi les travailleurs communautaires du PNLAADA constatent fréquemment que les activités de formation et d'accréditation ne sont pas orientées vers la prévention. Ces activités touchent plutôt le perfectionnement personnel dans un domaine de compétence, en insistant peu sur les interventions auprès de la population, le développement communautaire de même que les aspects théoriques et pratiques de la prévention et de la santé publique. Généralement, la formation annuelle des intervenants du PNLAADA se limite à renforcer leurs connaissances sur les dépendances et à parfaire leurs compétences et leurs approches concernant la prévention.

Bien que les travailleurs communautaires connaissent bien leur rôle, le système ne leur offre pas un grand nombre de ressources ou de descriptions de travail. Autre défi à relever : le financement de prévention communautaire prévu pour le PNLAADA est utilisé pour les salaires, tandis que les fonds de Grandir ensemble et de Pour des communautés en bonne santé sont souvent concentrés sur les activités du programme. Ces fonds ont permis de renforcer la collaboration au niveau communautaire et une plus grande intégration des fonds aux niveaux régional et national.

À l'heure actuelle, les activités de prévention sont principalement axées sur les écoles. Dans bien des cas, ces interventions se limitent souvent à des conférences, des événements participatifs et du matériel de lecture pendant la Semaine nationale de sensibilisation aux dépendances. De même, il existe des exemples d'activités de sensibilisation et de soutien qui sont offertes sous forme d'ateliers communautaires et d'événements.

De nombreuses communautés ont exprimé leur inquiétude quant au manque de soutien accordé à la prévention et à la promotion de la santé, tant du fait que les dirigeants ne reconnaissent pas leur importance et que le financement est limité. Par exemple, certaines communautés adoptent des politiques et des règlements dans le but de créer des collectivités sans alcool. Toutefois, lorsque ces règlements sont adoptés, leur mise en application et le commerce illicite d'alcool deviennent de gros problèmes. En général, les règlements ne sont pas très efficaces à moins qu'ils soient associés à une approche axée sur le mieux-être qui tient compte des conditions sanitaires et sociales complexes qui mènent à un problème de dépendance ou de santé mentale.

Dans le contexte communautaire, de nombreuses difficultés peuvent se présenter qui mettent en péril la mise en oeuvre des activités de prévention et de promotion de la santé. En particulier, il existe des inégalités de capacité entre chacune des communautés. Ainsi, si certaines communautés ont mis en place une approche intégrée et globale en matière de prévention, de nombreuses autres ne disposent pas des moyens nécessaires pour soutenir toute une gamme d'activités, notamment les petites communautés situées en région rurale ou éloignée qui ne peuvent s'offrir qu'un seul intervenant en dépendance à temps partiel. Le peu d'activités de prévention à grande échelle est souvent attribuable à un manque de connaissances, de ressources ou d'un plan coordonné pour appuyer des activités communautaires de prévention et de promotion de la santé adaptées sur le plan culturel.

Alkali Lake (Première Nation Esketemc) soins holistiques à l'échelle de la communauté

Bon nombre de communautés des Premières Nations peuvent servir d'exemple en matière d'élaboration d'approches de soins holistiques à l'échelle de la communauté. S'il existe un grand nombre de ces communautés, l'une d'entre elles, Alkali Lake (Première Nation Esketemc) située près de Williams Lake, en Colombie-Britannique se révèle un des cas les plus marquants. Considérant les taux élevés de dépendance à l'alcool, presque toute la communauté ayant été considérée dépendante, cette dernière a entrepris un processus de rétablissement afin d'améliorer la santé et la situation sociale, promouvoir le mieux-être des personnes et de la collectivité et revitaliser les enseignements et pratiques traditionnels. Mu par un leadership, un engagement et un soutien constants, ce processus, établi sur la sobriété d'une seule personne, a finalement gagné 95 pour cent des membres de la communauté, qui se disent maintenant sobres. Tout au long du processus, les membres sobres de la communauté s'efforçaient d'enrayer la contrebande d'alcool en collaborant avec la GRC. Un système de bons a en outre été mis en place en collaboration avec les magasins de Williams Lake, pour la nourriture et les autres produits de base; certains buveurs excessifs se sont vu attribuer ces bons en remplacement des fonds d'aide sociale.

Possibilités de renouvellement

Développement communautaire

- Adopter une approche globale du développement communautaire pour favoriser la prise en charge locale des services et des aides, tout en mettant l'accent sur le mieux-être mental au sein des communautés. Une telle approche devrait être conçue et menée par les membres de la communauté et ses dirigeants et accorder une attention particulière aux déterminants sociaux de la santé propres aux Premières Nations. Il serait également utile de mettre l'accent sur une meilleure collaboration avec les autres communautés, les programmes communautaires, les ordres de gouvernement et les autres ministères fédéraux (p. ex., Affaires Autochtones et Développement du Nord Canada, compte tenu de son rôle central dans le soutien des communautés touchant de nombreux déterminants de la santé).
- Mettre au point un mécanisme afin de recueillir et d'échanger des exemples de réussite, des difficultés rencontrées et des leçons tirées des activités locales de développement communautaire. Cela faciliterait les échanges régionaux de connaissances utiles grâce au partage des expériences, des espoirs et des besoins de chaque région. Cette approche demanderait un investissement de temps et d'argent, mais elle fournirait un moyen efficace de mettre en oeuvre des processus favorisant et renforçant le développement communautaire en matière de santé.
- Coordonner les services au sein de la communauté, y compris des partenariats avec les services de police et de justice, de protection de l'enfance, de logement, d'éducation, d'emploi et de formation, d'aide sociale et de santé et avec les programmes culturels et la gouvernance de la communauté qui permettraient d'assurer une approche multidimensionnelle axée sur le mieux-être de la communauté. Les moyens nécessaires pour soutenir cette collaboration seraient variables, par exemple, des équipes multidisciplinaires axées sur le mieux-être mental et des tables rondes sur le leadership composées de gestionnaires de programmes locaux.
- Engager des discussions continues au sein des communautés sur la culture afin de définir la place de la culture dans la conception et la prestation des services, et dans les efforts généraux de développement communautaire. Ces discussions pourraient favoriser le dialogue entre les communautés et les autres personnes (p. ex., les fournisseurs de services) et les organismes (p. ex., les ministères provinciaux et fédéraux) qui participent directement aux activités de mieux-être de la communauté, ce qui permettrait d'assurer le respect des différences culturelles dans toutes les relations.



- Assurer la continuité des soins au-delà de la prévention et du traitement en établissement. Selon cette approche et ce cadre, il pourrait falloir s'informer plus précisément sur le type de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances qui pourraient être offerts dans une communauté.
- Faire participer et soutenir de façon continue les parents et les familles de la communauté, en particulier ceux qui ont des enfants d'âge scolaire. Les parents et les familles ont besoin de soutien et d'assistance de la part des fournisseurs de services, des Aînés et des dirigeants de la communauté pour maintenir des conditions de mieux-être et de soutien intergénérationnelles. Une partie de ce soutien consisterait à inclure des activités de meilleure qualité et plus nombreuses pour les jeunes (p. ex., sports et loisirs) au sein de la communauté. De plus, le personnel des écoles pourrait avoir besoin de plus de formation pour être en mesure de travailler auprès des parents, des familles et des fournisseurs de services sociaux et de santé en vue de créer un réseau de personnes respectables et engagées pouvant servir de modèles aux jeunes.
- Offrir aux jeunes des occasions de rencontre et d'interaction entre eux et avec les autres générations par l'intermédiaire d'activités holistiques comme les arts, les sports, la danse, les percussions ou l'apprentissage de leur langue Autochtone. Les activités et les sports intergénérationnelles constituent de bonnes façons de partager des valeurs et des idées et de promouvoir des comportements sains. Les jeunes peuvent recevoir du soutien afin de créer et de mener des activités ou des programmes qu'ils considèrent bénéfiques pour eux.
- Mobiliser et soutenir les bénévoles de la communauté pour offrir des activités de développement communautaire, y compris des loisirs, des événements communautaires et diverses activités générales qui contribuent à renforcer le soutien communautaire, à promouvoir le mieux-être et à transmettre les connaissances.

Prévention universelle et promotion de la santé

- Énoncer clairement une stratégie de prévention universelle et de promotion de la santé, avec des résultats et des indicateurs définis qui sont pris en compte dans l'élaboration continue de politiques et de programmes. Cette stratégie supposerait que l'on ait une idée ou des indicateurs sur le mieux-être de la communauté et que l'on définisse les types de services et d'aides nécessaires pour atteindre cet objectif. Les éléments clés de cette approche auraient les buts suivants :
 - mettre l'accent sur la prévention ou la réduction des problèmes éventuels de dépendance en faisant appel à une approche multidimensionnelle faisant intervenir l'ensemble de la communauté dans le cadre général de la santé publique;
 - prévenir l'occurrence de problèmes multiples (p. ex., les problèmes de dépendance, le suicide et les troubles de santé mentale) en adoptant une approche multidimensionnelle axée sur le mieux-être de la communauté (p. ex., des programmes scolaires, médiatiques et de compétences parentales, et des politiques ou des outils de gestion ou d'autogestion de la santé);
 - réduire les facteurs de risque et renforcer les facteurs de protection;
 - inclure de nombreuses activités de promotion de la santé visant à mettre en place une politique de santé publique, à créer des environnements favorables, à renforcer les activités communautaires, à développer les compétences personnelles et, au besoin, à réorienter les services de santé;
 - mettre l'accent sur les effets hérités de la colonisation et les dénormaliser (violence latérale et communautaire, culpabilité, honte, etc.) en favorisant une transition vers des modes de vie plus sains reposant sur une base culturelle solide;

- mettre à profit les Connaissances courantes et Autochtones;
- renforcer les capacités au sein des communautés, en s'attachant à soutenir les communautés dans le besoin par le truchement de l'apprentissage partagé et du mentorat;
- favoriser les possibilités de dialogue avec la communauté sur les stratégies efficaces de prévention et de promotion de la santé;
- harmoniser ou relier des services de promotion et de prévention de la santé mentale existants et obtenir des fonds;
- accorder la priorité à la santé et au mieux-être des enfants et des jeunes;
- cibler des activités de prévention pour les groupes à risque élevé (voir l'élément 2); et
- offrir également des services et des aides de réduction des risques secondaires pour les personnes consommant de l'alcool et d'autres drogues (voir l'élément 3).
- Adopter des politiques sur l'alcool axées sur les communautés qui font la promotion de la santé, limitent l'accès à l'alcool, et réduisent les problèmes de conduite en état d'ébriété et les facteurs de risques environnementaux, et des mesures globales pour changer les valeurs et les normes liées à la consommation d'alcool. Ces politiques nécessiteront un suivi continu et devront évoluer en fonction des données disponibles et des valeurs et normes de la communauté.
- Fournir des outils et des ressources de gestion et d'autogestion de la santé qui aident les gens à prendre en charge leur santé et leur mieux-être. Ces outils et ces ressources pourraient comprendre la diffusion d'information pour aider les personnes et les familles à faire des choix éclairés concernant les services de santé et de mieux-être et pourraient également inclure un assortiment d'outils d'autogestion de la santé (p. ex., des livres, des cours par correspondance, des programmes informatiques et des sites Internet).
- Soutenir les familles et les proches ou toute personne affectée par une personne souffrant d'une dépendance. Il peut s'agir d'aides culturelles, de programmes axés sur la famille ou de réunions de groupes d'entraide (p. ex., les Co-dépendants Anonymous ou les Adult Children of Alcoholics). Ces types de soutien peuvent aider les personnes à adopter des comportements plus sains, à définir des limites, à avoir une meilleure estime d'eux-mêmes, à épauler un proche dans le processus de guérison de la dépendance et à aider les clients et leur famille à reconnaître les schèmes de comportement et à les briser.
- Renforcer la collaboration entre les approches de prévention et de promotion de la santé et les services thérapeutiques, les services pré- et post-traitement et les services d'intervention communautaire à tous les niveaux, l'objectif étant de trouver l'équilibre entre les besoins de toute la communauté en matière de prévention et de traitement et les activités de soutien, dans le but de promouvoir et de maintenir des comportements sains au sein des communautés.
- Coordonner les activités de prévention et de promotion de la santé avec les services provinciaux, et en partager les coûts. Cette approche permettrait de soutenir, à l'échelle provinciale, de nouvelles façons de travailler et d'échanger des connaissances sur les modèles de prévention et de promotion de la santé.

Voyages tribaux (Tribal Journeys)—Côte ouest de la Colombie-Britannique

Les voyages tribaux sont une pratique de plus en plus populaire parmi les communautés côtières des Premières Nations partout dans le monde. En effet, pendant deux semaines chaque été, des familles (tous âges) entreprennent un voyage en canot, sans alcool ni drogues, pour se rendre dans une communauté hôte. Ce voyage a une très grande valeur thérapeutique et fait la promotion d'un mode de vie sain, pas seulement durant le voyage, mais aussi pendant les mois qui le précèdent. Durant ces voyages, des Aînés et des détenteurs des connaissances, comme les fabricants de canot, les capitaines, les cueilleurs d'aliments traditionnels, les cuisiniers et les payeurs, soutiennent les voyageurs qui éprouvent des difficultés sur le plan spirituel, émotionnel, social, physique, culturel ou mental. Ces voyages sont ponctués de réunions d'équipe qui permettent aux voyageurs d'exprimer leurs émotions en cours de route. Les réunions de capitaines permettent de reconnaître les compétences de navigation et de partager ces connaissances avec ceux qui souhaitent apprendre. Dans chaque communauté des Premières Nations, les visiteurs, passant la nuit, sont logés et nourris. Le succès de ces voyages tribaux repose sur une assise culturelle solide, tenant compte des mondes anciens et modernes. La participation de tous les membres de la famille favorise la guérison intergénérationnelle et crée des liens à long terme. Les familles et les amis célèbrent sans alcool ni drogues, une pratique qui reflète des processus ancestraux solides.

Centre de Ressources des Premières Nations en Santé et Services sociaux (CRPNSSS)—Kahnawake, au Québec

Dans la communauté de Kahnawake, au Québec, le Centre de Ressources des Premières Nations en Santé et Services sociaux (CRPNSSS) a été créé afin de fournir aux dispensateurs de soins des communautés de l'information permettant de promouvoir la santé et le mieux-être des familles Autochtones. Un bulletin trimestriel bilingue donne de l'information sur les projets entrepris dans le cadre du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) pour le Québec. Les nombreuses ressources publiées comprennent des DVD documentaires, des brochures, des documents et des dates de conférences fournies par des organismes externes. Parmi les sujets traités, mentionnons la santé mentale, l'intimidation, la violence envers les enfants, la violence familiale, l'ETCAF, le suicide, le tabagisme, le SIDA et les infections transmises sexuellement, la grossesse à l'adolescence, etc. Une imposante base de données énumère les documents que les clients peuvent commander en ligne ou par téléphone. Sur son site Web, le Centre propose un catalogue présentant une liste exhaustive des ressources offertes.

Prévention d'usage nocif de médicaments sur ordonnance

Situation actuelle

L'usage nocif de médicaments sur ordonnance est devenu un problème majeur dans bon nombre de régions du Canada, que ce soit dans les réserves ou hors réserve. La consommation problématique de médicaments sur ordonnance désigne la prise de médicaments dans un but autre que la raison médicale pour laquelle ils ont été prescrits. L'usage nocif concerne souvent la prise de médicaments dans le but de planer, tandis que le détournement désigne une prise qui ne respecte pas la prescription.

En raison du peu de données de surveillance dont on dispose, on connaît mal l'envergure et la prévalence de l'usage nocif de médicaments sur ordonnance dans les communautés des Premières Nations, en particulier en ce qui concerne les sources d'approvisionnement illégales (vols, crime organisé, approvisionnement auprès d'un membre de la famille ou utilisation de l'ordonnance d'un proche, commande sur Internet). Toutefois, les Premières Nations ont indiqué dans certaines régions qu'il s'agissait d'un problème hautement prioritaire, et dans d'autres que cet usage nocif commençait à prendre de l'ampleur. Selon l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations de 2002–2003, la consommation de substances sans ordonnance (notamment la codéine, la morphine et les opiacés) affichait le deuxième taux de fréquence de consommation le plus élevé, après la marijuana, avec 12,2 % de la population ayant indiqué avoir consommé ces médicaments au cours de la dernière année.

Les médicaments sur ordonnance sont disponibles dans les communautés des Premières Nations par l'intermédiaire des sources suivantes : le Programme des services de santé non assurés (SSNA), les régimes d'assurance-médicaments provinciaux/paiements au comptant et fournisseurs illicites.

C'est pour cette raison que, malgré l'importance des données issues des SSNA pour déterminer l'envergure de l'usage nocif de médicaments sur ordonnance dans les communautés des Premières Nations, elles ont toutefois des limites. Par exemple, les données des SSNA ne prennent pas en compte les demandes de remboursement de médicaments réglées par d'autres régimes provinciaux, les paiements au comptant ni les achats sur Internet. Et dans certaines communautés, c'est l'approvisionnement illicite de médicaments sur ordonnance qui pose problème, par l'intermédiaire du crime organisé ou de consommateurs individuels.

L'usage nocif de médicaments sur ordonnance est déjà ciblé en priorité par le PNLAADA et plusieurs autres projets pilotes financés par Santé Canada. Ces projets pilotes ont permis de sensibiliser les populations à ce problème grâce à divers moyens, notamment des documents promotionnels, des ateliers conçus pour les jeunes, des événements communautaires et culturels ainsi que des activités sociales. Des exemples précis d'interventions des communautés visant à sensibiliser davantage les populations à l'usage nocif de médicaments sur ordonnance comprennent du porte à porte dans le but de faire l'éducation des membres de la communauté quant à une saine consommation de médicaments sur ordonnance et à

l'élimination de médicaments non utilisés ou expirés; un avis public dans le centre de soins de santé qui indique que les médecins ne prescriront aucune forme de stupéfiant, et que le counselling, les plans de traitement et les renvois à des ressources seront offerts aux personnes qui ont besoin d'aide en raison de chimiodépendances; amener les Aînés à être les champions et à appuyer les jeunes mères qui ont des problèmes de consommation de médicaments sur ordonnance tout en leur enseignant à préparer des repas nutritifs, traditionnels et abordables; et mettre en oeuvre des ateliers *Formation des formateurs-trices* afin d'accroître la capacité au sein de la communauté.

Les résultats de ces projets pilotes ont montré que certains éléments sont essentiels pour assurer le succès des interventions dans l'ensemble de la communauté : la mise en place d'un comité directeur ou consultatif pour guider les efforts de prévention à l'échelle de la communauté ou de la région, le soutien des chefs de conseil, la collaboration avec les services de police, les écoles, les services aux familles et les centres de santé, les consultations communautaires, l'utilisation des médias de masse, les approches fondées sur des équipes multidisciplinaires, et la sensibilisation de la population à l'importance du problème à l'aide de données locales.

Comme pour tous les types de dépendance, les études ont montré qu'il faut adopter une démarche globale pour lutter contre l'usage nocif de médicaments sur ordonnance. À l'heure actuelle, les activités relatives à ce problème sont menées dans cinq domaines principaux :

1. La collaboration multisectorielle—partenariats avec les programmes de lutte contre les dépendances, les services de police, les services infirmiers et les écoles.
2. Recherche et surveillance—détermination des habitudes de consommation et recherche sur les stratégies de prévention et de traitement les plus efficaces.
3. Réduction de la demande—initiatives de prévention pour réduire la demande en médicaments sur ordonnance, en particulier chez les jeunes. Les activités de prévention sont très similaires à celles décrites dans l'élément 1 pour toutes les substances, mais on a remarqué qu'il est souvent nécessaire de souligner les risques associés à la consommation de ces médicaments de façon autre que celle prescrite.
4. Réduction de l'approvisionnement—initiatives de prévention axées sur les sources légitimes et illicites. En vue de réduire l'approvisionnement, le SSNA dispose de plusieurs stratégies, notamment envoyer des avertissements aux pharmaciens concernant les ordonnances renouvelables, communiquer aux pharmaciens les antécédents pharmacologiques détaillés d'un client, analyser les habitudes de consommation de médicaments sur ordonnance tant à l'échelle du client que du programme, et créer un comité consultatif indépendant chargé d'examiner la question et de produire des recommandations sur la sécurité des clients.
5. Traitement, comme il est décrit dans les éléments 4 et 5.

Possibilités de renouvellement

Collaboration multisectorielle

- Adopter une approche multidimensionnelle à la gestion d'usage nocif de médicaments sur ordonnance, y compris l'exploration de la médecine traditionnelle et des autres médecines naturelles; améliorer l'accès aux services de consultation, réduire la pression exercée par les pairs et mettre en oeuvre des stratégies d'éducation et de prévention axées sur les jeunes, les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les agents de la paix et le grand public.
- Se focaliser sur la réussite à long terme en créant des liens entre les efforts de prévention et les changements structureux à tous les niveaux afin de changer les habitudes de la société concernant le recours aux médicaments sur ordonnance. Les constatations des projets pilotes communautaires fournissent de nombreux exemples d'approches qui ont bien fonctionné dans les communautés.
- Mettre en place une infrastructure de collaboration entre les Premières Nations et le personnel de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, le personnel du PNLAADA, les médecins, les pharmaciens, les services de police et les conseils de bande visant à diminuer l'obtention d'ordonnances multiples auprès de différents médecins. Cela suppose une meilleure sensibilisation des organismes de réglementation, tels que le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et les facultés de médecine, à l'égard des questions de santé des Premières Nations, et possiblement l'élaboration d'un système de détection précoce de la consommation et d'usage nocif de médicaments sur ordonnance dans les communautés des Premières Nations.

Surveillance et recherche

- Renforcer les données probantes montrant l'incidence et la prévalence d'usage nocif de médicaments sur ordonnance, y compris les sources d'approvisionnement illicites.

Prévention

- Travailler en partenariat avec les services judiciaires et sociaux et avec d'autres partenaires sectoriels à l'échelle nationale afin de coordonner l'élaboration de programmes de prévention communautaires pour les jeunes.
- Adopter des démarches concertées avec les médecins et les pharmaciens pour favoriser le bon usage des prescriptions à l'échelle communautaire.
- Fixer des limites de couverture des SSNA pour les clients ayant des problèmes connus d'usage nocif de médicaments sur ordonnance.
- Renforcer la surveillance des médicaments sur ordonnance des SSNA pour les clients à risque.

Traitement

- Appuyer les travailleurs communautaires, notamment à l'aide de formations spécialisées et d'une supervision clinique.
- Renforcer l'accès aux services de counselling appropriés à l'échelle locale dans la mesure du possible, en partenariat avec les médecins et les pharmaciens.
- Fournir un soutien ciblé aux services de santé et aux centres de traitement locaux pour assurer la bonne utilisation de substances telles que la méthadone ainsi que des approches de soins concertés.
- Prévoir d'autres solutions de traitement pour ceux qui ne sont pas à l'aise avec les pratiques de réduction des effets nocifs (comme la méthadone) et pour les régions rurales et éloignées.



L'engagement et la prestation de soins continus auprès des personnes qui présentent des risques de problèmes de dépendance ou de celles ayant déjà eu recours à des services plus intensifs sont indispensables à un système de soins.

La réduction et la prévention des problèmes exigent que les fournisseurs de soins, notamment les fournisseurs de services sociaux et de santé, les familles et les autres membres des communautés possèdent les compétences et les connaissances nécessaires pour intervenir, et pour reconnaître et appuyer ceux qui ont besoin de soins.

Élément 2

Dépistage précoce, interventions brèves et soins de suivi

Description

Les services et les aides de l'élément 2 favorisent le dépistage des personnes qui sont à risque de développer un problème de dépendance ou qui ont actuellement des comportements dangereux ou problématiques de dépendance, l'intervention auprès de ces personnes et leur soutien. L'élément 2 offre également des soins de suivi aux personnes et aux familles qui ont déjà bénéficié de services plus intensifs (traitement actif ou spécialisé).

Ces approches doivent être fortement associées aux services, aux aides et aux activités décrites à l'élément 1, car elles contribueront à la fois au dépistage et au soutien des personnes qui ont besoin d'aide. Les composantes clés de l'élément 2 sont les suivantes :

- prévention ciblée;
- dépistage précoce;
- interventions brèves;
- aiguillage et gestion de cas;
- évaluation des risques et soutien prétraitement; et
- soins de suivi.

Les personnes les plus habiles à offrir les services et les aides de l'élément 2 sont : le personnel de soins primaires et de soins d'urgence (p. ex., les médecins, les infirmières, les nutritionnistes, le personnel des centres de santé et les représentants en santé communautaire (RSC)), les intervenants en dépendance du PNLAADA qui travaillent dans la communauté, les intervenants culturels, les travailleurs sociaux, les visiteurs familiaux des programmes de soins de santé maternelle et infantile, les agents de la paix, les agents correctionnels, le personnel des centres d'accueil urbains pour les Autochtones, ainsi que d'autres aides communautaires et sociales (p. ex., les membres de la famille, les enseignants et les amis).

Éléments clés

Prévention ciblée

La prévention ciblée vise des populations particulières qui manifestent des signes précurseurs de dépendance ou qui présentent un risque de développer un problème de dépendance. Ces approches réduisent les facteurs de risque, font la promotion des facteurs de protection, limitent les risques d'invalidité, préviennent les problèmes de dépendance et favorisent les liens culturels et communautaires.

L'intervention axée sur ces populations présentant des risques élevés permettra de cibler le financement sur les personnes qui présentent le risque le plus élevé de développer un problème de dépendance ou tout autre problème sanitaire ou social qui pourrait avoir une incidence sur la santé générale et le mieux-être de la communauté. On comprend de plus en plus la nécessité d'insister sur les facteurs de risque, en particulier chez les jeunes. Les populations les plus à risque comprennent les personnes :

- souffrant d'un trouble mental;
- dont l'un des parents a ou a eu un problème d'alcoolisme ou de dépendance de substances;

- victimes de violence physique, sexuelle ou émotionnelle;
- faisant partie d'un gang de rue;
- 2ELGBTQI+; et
- qui ont vécu des traumatismes pendant l'enfance ou qui ont des problèmes familiaux, y compris les anciens élèves des pensionnats et leur famille.

Les programmes de prévention ciblée sont notamment les programmes de soutien communautaire visant les familles ou les communautés à risque, les interventions centrées sur les jeunes, l'éducation ciblée en matière de santé et les programmes de marketing social visant à réduire la stigmatisation et la discrimination.

Dépistage précoce

Le dépistage précoce fait intervenir diverses méthodes de dépistage des personnes qui ont ou risquent d'avoir développé un problème de dépendance (et dans certains cas un problème de santé mentale). Le dépistage est un processus qui permet de déterminer si une personne souffre de problèmes de dépendance (ou de troubles de santé mentale), mais aussi les risques encourus par cette personne, sa famille ou sa communauté, et de savoir s'il faut effectuer une évaluation plus approfondie (voir l'élément 4 pour obtenir de plus amples renseignements sur les évaluations détaillées). Le dépistage peut être exécuté par différentes personnes, comme les professionnels de soins primaires, les intervenants de la protection de l'enfance, les agents de la paix, les amis et les membres de la famille, et dans des contextes variés (p. ex., à l'école, dans les centres de loisirs ou au travail).

Le dépistage précoce des problèmes de dépendance et de santé mentale peut faciliter le traitement précoce et la gestion autonome et est important pour réduire les troubles de dépendance ou de santé mentale réels ou potentiels.

Interventions brèves

Les interventions brèves désignent des conversations de soutien de courte durée entre la personne qui a un problème de consommation et une personne qui lui inspire confiance et respect. Ces conversations de nature structurée ou non structurée peuvent aller d'une discussion de moins de cinq minutes avec un ami à une série de conversations structurées d'une durée d'une heure avec un professionnel de la santé ou un Aîné. Elles visent à aider la personne à se fixer des objectifs pour adopter des comportements plus sains liés à sa consommation.

Les mécanismes clés existant à cette fin sont notamment les rétroactions personnalisées sur les habitudes de consommation de substances et les conséquences sur la vie ou la santé d'un client. Ces interventions brèves sont principalement effectuées par des fournisseurs de services sociaux et de santé qui connaissent la personne. D'autres personnes y ont aussi recours, dans divers contextes, comme les infirmières et le personnel des salles d'urgence, les enseignants, les conseillers scolaires, les parents et les autres membres de la famille. En abordant le problème de consommation ou de santé mentale à l'aide d'un dépistage précoce et d'interventions brèves, on peut empêcher le problème de s'aggraver et de se compliquer.

Aiguillage et gestion de cas

Il est important que les fournisseurs de services sachent où envoyer les clients lorsqu'il devient clair qu'ils ont besoin d'un soutien plus important pour lutter contre un problème de dépendance (voir les éléments 4 et 5). Dans ce cas, on peut devoir adresser le client à un autre professionnel pour une évaluation plus approfondie, ou l'aiguiller directement vers des services thérapeutiques, si la situation le justifie. Il peut également être nécessaire qu'un fournisseur de soins assume le rôle d'un gestionnaire de cas ou assure la liaison avec les services de gestion de cas pour veiller à la prestation appropriée des services et des aides. La gestion des cas est abordée plus en détail dans l'élément 6.

Évaluation des risques et soutien prétraitement

L'évaluation des risques et le soutien prétraitement sont nécessaires pour de nombreux clients qui présentent un risque modéré à élevé de dépendance, qui ont besoin d'un traitement. Ces services donnent l'occasion au fournisseur de services d'évaluer la réceptivité et la motivation du client par rapport au traitement, ainsi que tout facteur de risque ou habitude de comportement qui pourraient conduire plus tard à un problème de dépendance.

L'évaluation des risques et le soutien prétraitement peuvent aider à déceler les éventuelles entraves à la participation au traitement et à motiver le client. Ce soutien peut également aider le client à se préparer avant de commencer le processus de traitement et permet souvent d'examiner de façon holistique les besoins du client et de travailler avec les autres fournisseurs et secteurs de services, ainsi qu'avec la communauté et les réseaux de soutien de la personne. Par exemple, un jeune qui présente un risque de développer un problème de dépendance est beaucoup plus susceptible d'accepter l'aide de son enseignant ou de son entraîneur sportif que d'un intervenant du PNLAADA qu'il ne connaît pas.

Soins de suivi

De nombreuses personnes ayant recours à des services thérapeutiques intensifs ont besoin d'une aide holistique tout au long de leur vie de la part de divers fournisseurs de services, mais aussi de leur communauté et des réseaux de soutien sociaux. Le soutien après l'intervention est communément appelé soins de suivi. Ces services ont pour objectif de soutenir les personnes et leur famille ou leurs proches au cours du processus de guérison et du retour à une vie communautaire positive. Les soins de suivi peuvent comprendre les services et les aides offerts par :

- divers professionnels de la santé et autres (p. ex., les intervenants du PNLAADA, les fournisseurs de services en santé mentale, en logement et en ressources humaines, les travailleurs sociaux et les fournisseurs de services de soutien culturel), tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves;
- les groupes d'entraide au sein de la communauté destinés aux personnes en rétablissement (p. ex., les Alcoolistes Anonymes et les Narcotiques Anonymes, les cérémonies de huttes de sudation ou d'autres cérémonies traditionnelles) ou aux membres de la famille ou toute autre personne proche d'une personne souffrant d'un problème de dépendance (p. ex., les Co-dépendants Anonymes ou les Adult Children of Alcoholics);
- toute une gamme d'approches qui utilisent la technologie (p. ex., les téléconférences, les vidéoconférences et les consultations par Internet avec des professionnels de la santé et des groupes d'entraide).

Pour que les soins de suivi soient efficaces, il faut reconnaître que la première intervention (par exemple, un traitement) constitue la première étape d'un long processus de rétablissement. L'adoption d'une approche de soins à long terme nécessite souvent une attention particulière à la prévention des rechutes et une gestion de cas dynamique. Cette approche favorise un engagement continu à l'égard du client et met à contribution la communauté et le réseau de soutien culturel et social, ainsi que les principaux déterminants sociaux des secteurs de la santé (p. ex., le logement, l'emploi, l'éducation et les conditions de vie).

Le soutien offert par la famille, le réseau de pairs et les amis, ainsi que l'accès au logement, à l'éducation, à l'emploi et aux occasions de célébrer son identité culturelle aident à être productif et à se sentir bien ancré dans la communauté. Par exemple, les stratégies de suivi efficaces peuvent inclure le suivi par les dispensateurs de traitement, des aides supplémentaires pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale concomitants, un milieu de vie *sûr* favorisant le rétablissement et du soutien pour les personnes qui déménagent dans un centre urbain ou une autre communauté.

Situation actuelle

Un accès accru à des services de prévention ciblée, de dépistage précoce et d'intervention sont nécessaires au sein de nombreuses communautés des Premières Nations. Comme pour la prévention universelle et la promotion de la santé (voir l'élément 1), les personnes les mieux placées pour fournir ces services et ces aides ne sont souvent pas formées adéquatement, ou elles manquent de temps ou d'espace pour s'occuper des activités de prévention.

Les services s'adressant aux personnes qui ont développé ou qui risquent de développer un problème de dépendance sont reconnus comme étant nécessaires dans tous les aspects de la vie communautaire. Il est également évident qu'il faut des fonds et des occasions de formation pour s'assurer que les fournisseurs de services et les membres de la communauté se sentent prêts à fournir ces services et ces aides.

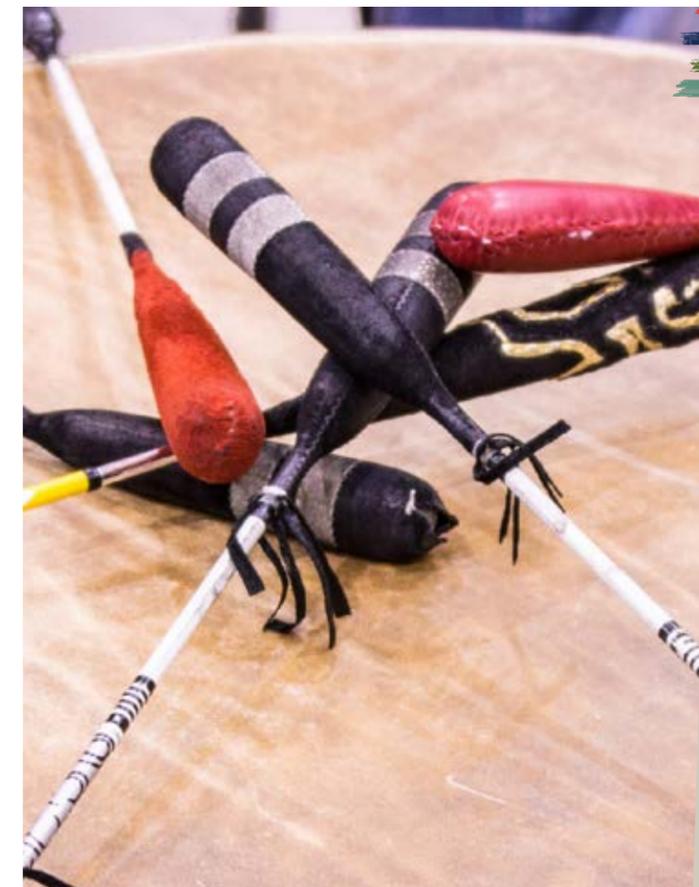
Bon nombre d'outils de dépistage et d'évaluation se focalisent principalement sur les limites du client et ce qui manque dans sa vie. Les nouveaux outils de ce type commencent à s'intéresser de plus en plus aux points forts des clients, mais à ce jour, on les utilise surtout avec les jeunes. On reconnaît que, dans bien des cas, les processus actuels de dépistage, d'évaluation et d'aiguillage prennent trop de temps, sont déficients ou trop restrictifs. Le PNLASJ a élaboré une approche de dépistage et d'évaluation plus exhaustive, ainsi que des outils qui tiennent compte des forces de la personne, de son identité culturelle et de sa résilience.

Les services de soins de suivi présentent un décalage important au sein des divers programmes de lutte contre les dépendances, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves. Les travailleurs communautaires se heurtent à de lourdes charges de travail et à d'autres préoccupations plus urgentes. Parfois, un manque de formation ou de ressources culturelles accessibles et à prix abordable est aussi un obstacle à la prestation de soins de suivi. Lorsque ces services ne sont pas accessibles, de nombreux clients doivent se tourner vers des groupes d'entraide, leur famille et leur communauté pour poursuivre leur processus de guérison. Dans certains cas, la personne qui retourne dans sa communauté n'obtient pas nécessairement ces aides, ou elle peut encore avoir besoin d'aide concernant divers problèmes liés à sa dépendance.

Possibilités de renouvellement

Dépistage précoce et intervention

- En harmonie avec les activités de prévention universelle (voir l'élément 1) et les services de réduction des risques secondaires et d'aide (voir l'élément 3), élaborer une approche à long terme coordonnée pour la prévention ciblée qui vise des groupes particuliers dont le niveau de risque est beaucoup plus élevé que la moyenne, immédiatement ou tout au long de leur vie. Ceci peut comprendre diverses approches, dont les suivantes :
 - des interventions destinées aux jeunes, comme des programmes de développement personnel, des cérémonies culturelles qui célèbrent la puberté et le rite de passage, l'éducation par les pairs, les initiatives de sensibilisation, les initiatives antigang, le dépistage précoce et les interventions en milieu scolaire;
 - des interventions ciblées s'adressant à certains groupes, notamment les femmes enceintes et les personnes bispirituelles, gaies, lesbiennes, bisexuelles et transsexuelles;
 - des programmes de soutien communautaire et à domicile ciblant les personnes ou les familles à risque, tels que des services pour personnes traumatisées en milieu familial ou des services de soutien pour les familles monoparentales;
 - une éducation ciblée sur la santé, telle que de l'information sur certaines substances, notamment sur les effets de la consommation excessive d'alcool, la détermination des conséquences de la colonisation sur les comportements liés à la santé et la promotion d'un mode de vie sain adapté à la culture;
 - des cérémonies culturelles qui aident les personnes à déterminer leur nom spirituel et leur clan; et
 - des programmes de marketing social ciblés, tels que des campagnes de promotion de la sobriété et antidrogue.
- Utiliser des outils de dépistage de base relatifs aux problèmes de dépendance et de santé mentale, créés en fonction de données probantes et adaptés à la culture. Ces outils fourniraient à l'ensemble des professionnels de la santé et travailleurs communautaires une série de questions de dépistage qui pourraient être utilisées avec chaque client pour déterminer s'il souffre de dépendance et si une évaluation plus approfondie est nécessaire.
- Mettre au point des outils de dépistage précoce et d'interventions brèves holistiques et adaptés à la culture pour aider les personnes qui ont un problème de dépendance. Il pourrait s'agir d'outils normalisés qui :
 - permettraient de reconnaître les forces du client, de sa famille et de sa communauté;
 - seraient facilement adaptables pour répondre aux besoins des différentes régions et populations;
 - prendraient en considération les problèmes concomitants de santé mentale;
 - seraient assez souples pour répondre aux besoins diversifiés des régions et des communautés; et
 - se conformeraient aux lignes directrices et aux guides de travail et de formation afin de soutenir les membres de la communauté, les fournisseurs de services et autres fournisseurs de soins, dans les réserves et hors réserve, à fixer des objectifs de changement des comportements de dépendance de leurs clients. Pour plus de détails sur le dépistage et l'évaluation, voir l'élément 4.



- La création de ces outils et de ces approches nécessitera une collaboration entre bon nombre d'intervenants qui travaillent dans les communautés des Premières Nations (comme les intervenants du PNLAADA, les membres de la communauté, les intervenants culturels et les cliniciens), afin de déterminer les possibilités de créer de nouveaux outils de dépistage, d'évaluation et d'intervention brève. Il pourrait aussi être nécessaire que le personnel de soutien obtienne la formation appropriée pour saisir les données et effectuer des vérifications d'assurance de la qualité de toutes les données saisies.
- Il faudrait aussi, dans la mesure du possible, associer les services de dépistage précoce à la gestion de cas (voir l'élément 6) et aux aides à la réduction des risques secondaires (voir l'élément 3). Par exemple, lorsqu'une dépendance est dépistée, l'évaluation initiale devrait également déterminer les effets nocifs secondaires et fournir de l'information aidant les gestionnaires de cas à faire les aiguillages appropriés. Cela supposerait une bonne coordination avec les divers autres services et aides.

Soins de suivi

- La reconnaissance des soins de suivi doit être considérée comme une priorité devant faire partie intégrante du continuum de services. Il est nécessaire de créer des partenariats entre les communautés, les centres de traitement et l'ensemble des intervenants en santé, en justice et en travail social pour assurer leur collaboration dans l'élaboration d'une stratégie visant à soutenir un modèle de soins de suivi à l'échelle des communautés. Ce modèle reconnaît que, pour bon nombre de personnes, le rétablissement est un processus continu et que les clients ont besoin d'un soutien holistique et soutenu.
- Il faut aussi s'assurer que les efforts communautaires sont soutenus par des services plus spécialisés et que les lignes directrices en matière d'aiguillage sont claires et bien comprises.
- Un modèle de soins de suivi complet et efficace pourrait inclure les éléments suivants :
 - formation en prévention des rechutes destinée aux intervenants communautaires et aux membres de la communauté;
 - étroite collaboration avec d'autres services connexes (comme les services cliniques et culturels pour soutenir le mieux-être mental);
 - accent mis sur les membres de la famille et autres proches de la personne aux prises avec des problèmes de dépendance;
 - démarches flexibles offrant aux clients du soutien dans les réserves et hors réserve;
 - solide capacité de gestion de cas pour faciliter l'accès aux services;
 - modèles d'entraide communautaires et technologiques (sur Internet, par téléphone, par vidéoconférence);
 - centre de réadaptation transitoire et sécuritaire;
 - soutien à l'éducation, au perfectionnement professionnel et à la recherche d'emploi;
 - bilans continus (gestion du rétablissement) par les fournisseurs de services et les réseaux de soutien; et
 - accès accru pour les clients à des programmes d'intervention et de prévention des rechutes moins intensifs, en services de consultation externe ou dans la communauté. Pour plus de renseignements sur les soins de suivi, voir l'élément 4.

« Nemi'simk, Seeing Oneself »— Nouvelle-Écosse

« Nemi'simk, Seeing Oneself » était un projet communautaire pour les adolescents, établi en partenariat avec les communautés Mi'kmaq de la Nouvelle-Écosse, proposant de brèves interventions personnalisées visant à traiter l'usage nocif d'alcool. Grâce à l'intégration des connaissances liées aux sciences Autochtones et occidentales, le projet a mis sur pied une intervention brève visant l'usage nocif d'alcool et de drogues chez les adolescents Autochtones qui glissent vers des comportements risqués liés à la consommation d'alcool. Les interventions étaient offertes en deux séances de 90 minutes par des animateurs scolaires qualifiés. On a noté chez les participants à ces interventions personnalisées une baisse dans la fréquence de la consommation d'alcool et des cuites d'un soir ainsi que des problèmes liés à l'alcool et, parallèlement, des taux accrus d'abstinence d'alcool ont été constatés.

Rencontres AA par vidéoconférence—Première Nation Shamattawa, au Manitoba

Depuis juin 2010, la Première nation Shamattawa tient, avec l'aide de l'hôpital Selkirk, des rencontres régulières Alcooliques anonymes (AA) qui sont diffusées par vidéoconférence à un groupe de communautés. Ces rencontres assurent un soutien à la Thompson Addictions Foundation du Manitoba, ainsi qu'à un grand nombre de communautés rurales qui n'ont pas accès à des groupes de soutien locaux. Les rencontres AA par vidéoconférence ont pris de l'ampleur et maintenant quatre autres communautés des Premières Nations tiennent de ces rencontres. Ces communautés utilisent les services de télésanté et de vidéoconférence dans les postes de soins infirmiers locaux. On a beaucoup recours à cette pratique dans la région du Manitoba comme moyen d'aider les membres des communautés à assister aux rencontres AA sans avoir à sortir de leur communauté.

Les personnes qui font un usage de substances pouvant les exposer à des risques ou y exposer les autres (p. ex., la consommation excessive d'alcool, la conduite en état d'ébriété et la consommation de drogues dans des environnements à risque élevé) ont besoin d'un éventail de services et d'aides adaptés aux différences culturelles.

Ces services et aides comprennent l'engagement actif des gens dans un vaste éventail de contextes et les soutiennent à obtenir des soins qui répondent à leurs besoins, à leurs priorités et à leurs motivations. Pendant ce temps, d'autres initiatives peuvent faire intervenir une réponse à l'échelle de la communauté aux facteurs environnementaux.

Élément 3

Réduction des méfaits secondaires

Description

Les services et les aides de l'élément 3 sont destinés à répondre aux besoins des personnes qui présentent un risque élevé d'effets nocifs liés à la dépendance. Ces comportements à risque peuvent mettre la personne ou les autres en danger et entraîner une série de conséquences négatives qui comprennent, sans toutefois s'y limiter : la violence, les blessures, la victimisation sexuelle, l'abandon des études, la violence conjugale, les gangs, la conduite en état d'ébriété, le suicide, le partage d'aiguilles, la contraction du VIH, la mise au monde d'un enfant atteint de l'ETCAF, la perte d'emploi, l'éclatement de la famille, les enfants pris en charge par l'État et la criminalité dans la communauté.

Les services et les aides de l'élément 3 font participer activement les gens dans un vaste éventail de contextes et les aident à obtenir des soins. Certaines personnes qui ont un problème de dépendance ne sont pas forcément prêtes ou disposées à recevoir des services plus intensifs. De même, les services ne conviennent peut-être pas aux besoins de ces clients, en particulier les services qui exigent une abstinence totale. La prestation de services de soutien et de réduction des méfaits secondaires augmente la probabilité pour les personnes à risque de connaître un certain changement de vie et réduit les risques et les méfaits liés à leurs comportements.

Les principaux éléments d'une approche efficace de réduction des méfaits secondaires sont les suivants :

- soutiens communautaires;
- sensibilisation;
- évaluation et gestion des risques; et
- dépistage, évaluation, aiguillage et gestion de cas.

Les personnes les mieux placées pour offrir les services et les aides de l'élément 3 sont, entre autres, les intervenants en santé mentale et en lutte contre les dépendances qui travaillent dans la communauté, les intervenants culturels, les travailleurs sociaux, les visiteurs familiaux des programmes de soins de santé maternelle et infantile, les mentors du Programme de lutte contre l'ETCAF, les agents de la paix, les agents correctionnels, les intervenants des collectivités à l'extérieur des réserves, le personnel des centres d'accueil urbains pour les Autochtones, et une large gamme d'autres aides communautaires et sociales (comme les membres de la famille, les Aînés, les enseignants et les amis).

Éléments clés

Activités de soutien communautaire

La communauté en général est le lieu privilégié de soutien en ce qui a trait à la réduction des méfaits secondaires, que ce soit par des moyens officiels ou non officiels.

Un grand nombre de communautés possèdent de vastes connaissances et une grande expérience en matière de mieux-être et de rétablissement. Les personnes qui entretiennent des liens étroits avec la communauté par l'intermédiaire d'activités de groupe (telles que les rassemblements, les célébrations et les cérémonies Autochtones) et qui maintiennent de bons rapports avec la famille et la terre peuvent être moins portées à faire un usage à risque de substances et ainsi, présenter moins de risques secondaires.

De même, la communauté peut entreprendre diverses activités officielles de réduction des méfaits, comme des campagnes contre la conduite en état d'ébriété, des interventions de dépistage de la consommation d'alcool et de drogues par des professionnels de la santé, et des politiques de gestion ou de réglementation de l'alcool. Ces approches peuvent être formalisées dans le cadre de plans de réduction des risques qui prennent en compte les besoins de la communauté et qui définissent une gamme de services et d'aides permettant de répondre aux besoins des personnes à risque.

Sensibilisation

La sensibilisation désigne toute une gamme d'activités communautaires visant à améliorer la santé et à réduire les risques de dépendance chez les particuliers et les familles qui ne bénéficient généralement pas de ces services ou qui n'y ont pas facilement accès. La plupart du temps, les activités de sensibilisation visent à entrer en contact avec les personnes qui ont un problème de dépendance, au lieu d'attendre qu'elles se présentent dans un centre de services. Les activités de sensibilisation efficaces sont celles qui aident les clients à déterminer les changements qu'ils se sentent prêts à faire dans leur mode de vie, et à avoir recours aux différents services sociaux et de santé. Ces activités peuvent inclure plusieurs approches destinées à fournir ou à renforcer les compétences, les connaissances, les ressources et les aides dont les personnes ont besoin pour vivre plus sainement et en sécurité.

Les activités de sensibilisation peuvent être menées dans toutes sortes de situations, comme les soins primaires, les activités récréatives, les rassemblements communautaires, les cercles de parole, les activités culturelles éducatives ou les visites à domicile.

Évaluation et gestion des risques

L'évaluation des risques s'inscrit dans la planification des soins. Elle exige la participation des clients et des aides sociales et communautaires, ainsi que le partage de l'information et des protocoles entre les services. Une fois que les risques ont été déterminés, on élabore des plans de gestion des risques avec les clients et les personnes qui les soutiennent et on les met en oeuvre afin de prévenir des méfaits immédiats. Par exemple, s'il y a des préoccupations concernant la sécurité des enfants d'une mère toxicomane, les services sociaux effectuent normalement une évaluation plus approfondie des risques. Dans ce cas, les programmes et les services de réduction des méfaits secondaires pourraient créer des plans de sensibilisation immédiats visant à répondre aux besoins particuliers de la cliente. Ces plans pourraient inclure un dépistage, une intervention brève et un aiguillage (p. ex., du soutien offert dans le cadre d'un programme de mentorat pour les mères à risque ou par le réseau de soutien social et culturel).

Dépistage, évaluation, aiguillage et gestion de cas

Tout comme pour le dépistage précoce, l'intervention et les soins de suivi (voir l'élément 2), la réduction des méfaits de la dépendance demande une bonne compréhension de tous les facteurs influant sur les comportements de consommation des clients. Il est possible d'agir en ce sens dans le cadre des activités de dépistage, d'évaluation et d'aiguillage vers les services et les aides qui répondent le mieux aux besoins des clients et qui tiennent compte de leurs forces et de leur disposition à changer leurs comportements. Il est également essentiel de respecter le choix éclairé de chaque personne concernant le type d'approche qui lui convient le mieux. Ces services peuvent être offerts par différents fournisseurs de services et membres de la communauté, en particulier lorsque ces derniers sont formés à cela et qu'ils connaissent les ressources disponibles. De plus, il n'est pas toujours nécessaire d'aiguiller les clients vers des services officiels. Dans certains cas, il peut s'agir d'intervenants

culturels ou de groupes d'entraide. Pour coordonner ces services et activités de soutien, le gestionnaire de cas a souvent besoin d'accéder aux types de services nécessaires et de fournir des soins permanents (pour obtenir d'autres renseignements sur la gestion de cas, voir l'élément 6).

Situation actuelle

Les problèmes de dépendance et leurs répercussions occasionnent des coûts élevés sur le plan social et financier pour les membres des Premières Nations, les familles, les communautés et la société en général.

Les programmes de réduction des méfaits secondaires sont actuellement limités dans de nombreuses communautés, en particulier dans les communautés isolées ou éloignées, où les services sont généralement assurés par les intervenants en dépendance du PNLAADA. Dans bien des cas, ces services sont offerts séparément, sans beaucoup d'efforts de coordination.

La mise en place d'activités de réduction des méfaits peut s'avérer difficile dans certaines communautés. De nombreuses communautés observent des modèles d'abstinence et favorisent l'interdiction de la consommation de substances psychoactives. Souvent, ces approches ne tolèrent pas la consommation modérée à moindre risque dans le but de réduire la consommation, nécessaire pour de nombreuses approches proposées pour réduire les méfaits secondaires. Le soutien répandu de l'abstinence totale au sein de nombreuses communautés peut constituer un obstacle à l'exploration d'autres aides à la réduction des méfaits, et doit faire l'objet de plus amples discussions, particulièrement en raison de la persistance des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues.

D'autres questions ont été soulevées lors de l'évaluation des besoins des régions concernant la dotation, la formation, l'attribution des rôles, les politiques propres à chaque programme et les ressources financières. Tous ces éléments peuvent influencer sur la qualité des services de réduction des méfaits secondaires offerts dans une communauté. Bien qu'il y ait encore des débats sur la pertinence des activités de réduction des méfaits en tant qu'approche de lutte contre les problèmes de dépendance, les communautés semblent s'entendre sur le fait qu'elles ont grand besoin des services de cet élément, et elles sont disposées à discuter de stratégies de réduction des effets nocifs secondaires.

Politiques de réglementation relatives à l'alcool— Première Nation de Mattagami, en Ontario

Dans certaines communautés Autochtones, des stratégies de réglementation relatives à l'alcool ont été conçues pour promouvoir la consommation modérée et réduire les problèmes liés à l'usage nocif d'alcool. Par exemple, en 1993, la Première Nation de Mattagami, en Ontario, a établi un règlement concernant le service d'alcool, un permis pour occasion spéciale étant exigé, ainsi qu'une approbation de la bande pour l'utilisation d'un bâtiment désigné, comme la salle communautaire. On cherchait un équilibre entre un régime « sec » et un régime « liquide », en exigeant qu'en plus des boissons alcoolisées, on serve sur les lieux des boissons non alcoolisées ou peu alcoolisées. De plus, le règlement exigeait que le personnel soit formé et que, dans l'établissement, des affiches indiquent que les personnes en état d'ébriété se verraient refuser le service d'alcool, que les mineurs n'y avaient pas accès (ou seulement jusqu'à une certaine heure), et qu'il n'y aurait pas de « dernière tournée ». Une évaluation a révélé que ce règlement était efficace pour réduire le service d'alcool aux jeunes, ainsi que le nombre de batailles lors des événements communautaires. Des évaluations de suivi dans d'autres communautés des Premières Nations ont aussi révélé une baisse des problèmes rapportés relatifs à la consommation d'alcool.

Le programme « Circle of Life »—Terrace, Colombie-Britannique

Le programme Circle of Life est offert par le Kermode Friendship Centre situé à Terrace en Colombie-Britannique. Il s'adresse aux femmes en âge de procréer des Premières Nations et met principalement l'accent sur les femmes qui consomment actuellement de l'alcool ou des drogues, qui ont un antécédent d'usage nocif d'alcool ou de drogue, qui ont donné naissance à un enfant atteint l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF), qui sont elles-mêmes atteintes de l'ETCAF ou qui ont un membre de leur famille qui en est atteint. Le programme est conçu pour rendre toutes les femmes des Premières Nations aptes à faire des choix de mode de vie plus sain durant les années où elles sont susceptibles de procréer, de façon à réduire le nombre de nouveau-nés exposés à l'alcool ou aux drogues dans la communauté. La façon de procéder est de jumeler les femmes des Premières Nations à des pairs qui les comprennent et les aident à adopter et à maintenir des choix de mode de vie sain, et qui les mettent en contact avec leurs systèmes de soutien personnel ainsi qu'avec les services communautaires. À la fin de ce programme de mentorat de trois ans, les femmes auront développé les aptitudes à maintenir un plan de vie sain, tant pour elles-mêmes que pour leur famille. Les compétences visées peuvent être le budget, le rôle de parent, la planification familiale, les aptitudes sociales, la confiance en soi et le respect d'un plan de rétablissement. Circle of Life est un écho du projet à succès Birth to Three Project (projet pour les enfants de la naissance à trois ans) mis en oeuvre en 1991 par l'University of Washington School of Medicine (l'école de médecine de l'Université de Washington), adapté pour les femmes Autochtones.

Possibilités de renouvellement

Une approche renforcée de réduction des méfaits pourrait inclure :

- La connaissance des coûts et des conséquences associés aux problèmes de dépendance au niveau communautaire. Cela faciliterait la planification et la prestation de services à l'échelle communautaire et régionale en partenariat avec les unités de santé, les services infirmiers et les services provinciaux.
- La réalisation d'une évaluation des besoins communautaires en ce qui a trait à la prestation de services et d'aides aux personnes qui font face à des problèmes de dépendance. Cette évaluation inclurait la détermination des types de services et d'aides qui sont offerts aux personnes à risque dans une communauté donnée (p. ex., les personnes qui ne sont pas prêtes à commencer un traitement ou pas en état d'en suivre un, ou celles qui ont déjà bénéficié des services dans le passé, mais qui ont encore besoin d'aide) et de ce qui doit être mis en place.
- L'élaboration d'un plan de réduction des méfaits qui tient compte des résultats de l'évaluation des besoins. Un tel plan serait coordonné avec les activités de prévention universelle (voir l'élément 1) et de prévention ciblée (voir l'élément 2), et il comprendrait une évaluation des services déjà en place à l'échelle de la communauté. Ce plan devrait inclure les services d'une large gamme de partenaires (comme les services de soins primaires, de police et de protection de l'enfance, les enseignants, les services d'aide au revenu et le système judiciaire). Voici des exemples d'activités clés de réduction des méfaits :
 - des campagnes médiatiques et de marketing social adaptées aux différences culturelles où les communautés collaborent avec de nombreux professionnels de la santé afin d'influer de manière positive sur les normes communautaires et le comportement individuel;
 - des programmes de surveillance et de sensibilisation de quartier pour cerner les personnes ayant un problème de dépendance qui présentent un danger pour elles-mêmes ou la communauté, et leur offrir du soutien;
 - des politiques de gestion de l'alcool pour réglementer l'accès à l'alcool, favoriser une consommation modérée et encourager des habitudes de consommation sécuritaires;
 - des approches de santé publique associées aux stratégies de promotion de la santé et de prévention de la dépendance au sein de programmes qui abordent les comportements à risque (p. ex., les relations sexuelles protégées, l'abandon du tabac et les habitudes alimentaires saines);
 - l'identification de personnes pouvant servir de modèles dans la communauté, qui affichent des modes de vie sains, par exemple, qui ne consomment ni alcool ni drogues;
 - des approches ciblées telles que les dépistages et les interventions brèves en matière de consommation excessive épisodique d'alcool (usage nocif occasionnel);
 - des approches centrées sur les jeunes, comme des programmes offerts dans les écoles, davantage d'activités récréatives, des activités antigang et culturelles; et
 - des services pour les utilisateurs de drogues injectables, au besoin, comme des programmes d'échange de seringues, des programmes de maintien à la méthadone et le test de dépistage anonyme du VIH/sida.
- Disposer d'une large gamme de professionnels qui possèdent la formation et les compétences requises pour aider les personnes à risque d'effets secondaires nocifs, afin que les clients qui présentent ces risques puissent être décelés à temps.
- Entretenir des partenariats avec les organismes existants et entre les programmes communautaires qui offrent des services de réduction des méfaits aux clients des Premières Nations. Bien qu'une relation officielle ne soit pas requise, les organismes qui ont un mandat de réduction des méfaits secondaires, en particulier auprès des clients des Premières Nations, seraient d'une grande aide aux programmes du PNLAADA. Quelques exemples de ces organismes sont le Réseau canadien Autochtone du sida, la Stratégie ontarienne Autochtone sur le VIH/sida et la Healing Our Spirit BC Aboriginal HIV/AIDS Society.



Pour soutenir les personnes qui font un usage excessif d'alcool et des drogues, ainsi que leurs proches nécessite un éventail d'approches centrées sur le client et culturellement compétentes tout au long du parcours de guérison.

Ces services et ces aides misent sur les forces individuelles, familiales et communautaires, tiennent compte des besoins holistiques des clients et sont offerts dans différents contextes, soit dans les communautés, les centres de traitement et dans la nature.

Élément 4

Traitement actif

Description

Les services et les aides de l'élément 4 sont destinés à répondre aux besoins des personnes qui ont un problème de dépendance modéré à grave. L'élément 4 est constitué de diverses approches, comme le counselling, l'éducation, la thérapie de groupe et les approches culturelles, qui sont souvent plus intensives que les approches abordées dans les autres éléments.

L'objectif d'un traitement actif est de réduire la dépendance à l'alcool et aux drogues ainsi que les conséquences néfastes pour la santé et la société liées à la consommation de ces substances. Pour soutenir les personnes qui font un usage excessif d'alcool et des drogues, ainsi que leurs proches nécessite un éventail d'approches centrées sur le client et culturellement compétentes tout au long du parcours de guérison. Ce type de traitement requiert souvent toute une gamme de services thérapeutiques et de soutiens destinés à aider les personnes à adopter des comportements plus sains, à renforcer les liens avec leur famille et leur communauté, et à diminuer leurs comportements compulsifs et habitudes de dépendance.

Aspects clés d'une approche efficace du traitement actif :

- Dépistage, évaluation et aiguillage;
- Gestion du sevrage (y compris la prise en charge médicale) et stabilisation;
- Planification du traitement et préparation au traitement;
- Gestion de cas;
- Programmes de traitements spécialisés; et
- Planification du congé et soins de suivi.

Les services et les aides de traitement actif sont généralement dispensés par des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux, des Aînés et des Intervenants Culturels dans des établissements de consultation externe, de jour ou de soir, en milieu résidentiel ou dans la nature. Ces professionnels peuvent être des conseillers en dépendance, des travailleurs communautaires du PNLAADA, des psychologues, des travailleurs sociaux, des gestionnaires de cas, des Intervenants Culturels, des intervenants des centres d'accueil urbains pour les Autochtones, et pour certains services (comme la gestion du sevrage), le personnel infirmier et médical.

Éléments clés

Dépistage, évaluation et aiguillage

Le dépistage et l'intervention précoces constituent une étape initiale importante pour les soins du client. Ils sont généralement effectués par un professionnel de la santé ou une personne en qui la personne a confiance. Le dépistage consiste à déterminer si une personne présente un problème de dépendance ou de santé mentale, notamment si elle est à risque, et si elle a besoin d'une évaluation plus approfondie (voir l'élément 2).

À l'étape de l'évaluation, le client et le travailleur de la santé s'appuient sur une série structurée de questions ou de critères pour définir la nature et la gravité du ou des problèmes, ainsi que les forces du client, les aides,

les ressources, l'ouverture au changement et l'état de santé mentale. Cette évaluation est généralement effectuée par un professionnel qualifié dans la communauté, dans la région ou dans un centre de traitement. L'objectif est principalement de déterminer si le client a besoin d'aides supplémentaires et de l'orienter vers la source appropriée. Il est important de sélectionner des options d'intervention adaptées au niveau de besoin du client. Pour être efficace, l'évaluation doit être basée sur une relation thérapeutique qui permet d'établir des liens, d'accroître la motivation du client et d'élaborer un plan de traitement fondé sur la collaboration. Pour en savoir plus sur le dépistage et l'évaluation, voir l'élément 2.

Gestion du sevrage et stabilisation

Lorsqu'une personne consomme régulièrement des drogues ou de l'alcool et qu'elle arrête d'en consommer, elle souffre de symptômes de sevrage, qui peuvent se manifester sur le plan physique ou psychologique, voire les deux. Les symptômes du sevrage varient d'une personne à l'autre selon certains facteurs, tels que le type de substance dont la personne est dépendante, la durée et la fréquence de la consommation et les problèmes de santé connexes. On détermine généralement si la personne a besoin d'une prise en charge médicale après une évaluation effectuée par un professionnel de la santé qualifié. Par exemple, les personnes qui consommaient de grandes quantités d'opiacés (héroïne, OxyContin®), d'analgésiques ou d'alcool, seuls ou avec d'autres substances, peuvent nécessiter une prise en charge du sevrage sous surveillance médicale. Dans la majorité des cas, les personnes souffrant de symptômes de sevrage modérés occasionnés par la consommation d'alcool ou de drogues ainsi que les personnes qui consomment de la cocaïne, de la marijuana, des opiacés ou de la méthamphétamine nécessitent peu ou pas de soutien médical, et peuvent bien souvent effectuer leur gestion de sevrage sans être hospitalisées.

La gestion du sevrage et la stabilisation font référence aux processus de soutien qui aident les clients à se désaccoutumer de la consommation d'alcool ou d'autres drogues. Ces services constituent la première étape importante d'un long processus de rétablissement au cours duquel l'accès opportun aux services adaptés à la culture du client s'avère nécessaire. Les services de gestion du sevrage et de stabilisation peuvent comprendre :

- Des approches médicales (p. ex., celles proposées par les provinces, habituellement en milieu hospitalier ou dans des centres de désintoxication);
- Des approches non médicalisées ou peu médicalisées, par exemple la gestion du sevrage culturelle, sociale, mobile ou à domicile, qui peut être offerte dans les communautés, sur les terres ou au sein d'un foyer. Selon les symptômes, des bilans et l'administration de médicaments par une équipe de soins primaires peuvent faire partie de ces approches;
- Des aides à la stabilisation pour les personnes souffrant d'effets psychologiques durables après une cure de désintoxication réussie (p. ex., syndrome postsevrage aigu). La surveillance continue, l'évaluation, la gestion de cas et la planification du traitement sont des services qui peuvent entrer dans le cadre de ces aides. Ils peuvent être proposés dans plusieurs établissements, notamment les centres de réadaptation pour toxicomanes, les centres de traitement en établissement et les services de consultation externe, de jour ou de soir.

Planification du traitement et préparation au traitement

La planification du traitement comprend l'établissement des buts et des objectifs et la détermination d'une série complète de traitements par étapes et intégrés pour chaque sujet en question. Le plan est adapté aux besoins, à l'état de préparation, aux préférences et aux buts personnels du client et il devrait être relié à l'ensemble des efforts de planification des soins (voir l'élément 6). Il devrait aussi tenir compte des aides culturelles, communautaires et familiales et des relations dont il bénéficie. Il implique également le renforcement de l'espoir et de la motivation, en mettant l'accent, par la même occasion, sur les techniques de gestion du stress sans avoir recours aux substances chimiques. Il est essentiel que le client joue un rôle actif dans ce processus et qu'il ait l'occasion de participer directement à la définition de la stratégie de traitement. L'accès aux soutiens et aux ressources de la collectivité et des organismes est nécessaire aux soins préalables au traitement. Il est crucial pour les travailleurs chargés de l'aiguillage des clients de collaborer étroitement avec les intervenants communautaires, les responsables du traitement et les autres organismes et ressources disponibles afin d'aider le client à se préparer au traitement.

Gestion des cas

La gestion de cas est une approche axée sur le client qui consiste, pour un fournisseur de services (p. ex., un responsable de l'aiguillage, un Aîné ou un gestionnaire de cas) ou une équipe de fournisseurs de services, à coordonner divers services sociaux et médicaux de manière à répondre aux besoins particuliers de chaque client. Elle peut également comprendre des partenariats multidisciplinaires pour soutenir le client, allant de la préparation au traitement jusqu'aux soins de suivi. Pour en apprendre davantage sur la gestion des cas, voir l'élément 6.

Programmes de traitement

Les programmes de traitement proposent aux clients une gamme de services et d'aides en vue de diminuer leur dépendance à l'alcool ou aux drogues et d'améliorer leur qualité de vie globale. Ces activités de traitement peuvent avoir lieu à différents endroits (p. ex., les centres de traitement en établissement, les consultations directes dans la communauté, ou

les programmes de consultation externe, de jour ou de soir) ou dans le cadre de programmes de guérison sur les terres. Elles peuvent également prendre différentes formes, comprendre divers modèles et approches, et avoir des intensités, des spécialisations et des durées variables.

Certaines méthodes de traitement doivent inclure des activités de sensibilisation et répondre, avec sensibilité, aux besoins du client, y compris les éventuels problèmes de santé mentale, l'âge, le sexe, la substance faisant l'objet d'usage nocif, la langue, la culture et les conditions de comorbidité. L'approche de traitement peut avoir recours aux médicaments, à une thérapie comportementale (consultation individuelle ou en groupe, ou psychothérapie cognitivo-comportementale) ou à un ensemble d'activités culturelles.

Planification du congé et soins de suivi

Lorsqu'un client a terminé son traitement, il est important de renforcer les bases solides établies par le processus de traitement. Ce processus de soins continus correspond à une période de traitement moins intensif, généralement appelé soins de suivi. Les soins de suivi sont souvent déterminés au moment de la planification du congé au centre de traitement, mais ils s'inscrivent également dans les efforts de planification des soins effectuée à n'importe quel moment au cours du processus de guérison du client ou de la famille.

Lorsque le client quitte une situation de traitement structuré, la planification du congé est un processus d'orientation qui concerne notamment le retour du client dans sa communauté et sa famille, l'accès aux services de gestion de cas, les liens avec des services dans des secteurs sociaux déterminants pour la santé (p. ex., le logement, l'emploi, l'éducation, les conditions de vie et l'appui social); ou un aiguillage vers un programme plus intensif et plus spécialisé. Il est également important que la planification du congé soit entamée dès l'admission du client dans un centre de traitement afin d'avoir suffisamment de temps pour organiser les soutiens nécessaires après le traitement. Cette planification consiste à veiller à ce que le client dispose de réseaux de soutien continu sous forme de groupes d'entraide par les pairs (p. ex., participation à des réunions fondées sur les douze étapes ou lien avec des ressources communautaires) et, si besoin est, de logements de transition. Pour en savoir davantage sur les soins de suivi, consulter l'élément 2.

Native Alcohol and Drug Abuse Counselling Association of Nova Scotia (NADACA)—Eskasoni, Nouvelle-Écosse

La NADACA offre un large éventail de services à 13 communautés de la Nouvelle-Écosse, du Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick. Les services comprennent la sensibilisation communautaire par des travailleurs de district, de l'éducation à l'école et des programmes de prévention. En Nouvelle-Écosse, la NADACA fournit des traitements pour l'usage nocif d'alcool et de drogue, à la hutte Mi'kmaw de 15 lits, située à Eskasoni et à la résidence de 7 lits Eagle's Nest Recovery House à Shubenacadie. Eagle's Nest offre un programme de transition pour aider les personnes à poursuivre leur rétablissement dans un milieu sans alcool ni drogues, après les premières étapes de traitement au Mi'kmaw Lodge. Les consultations individuelles constituent la base des programmes de la NADACA, qui emploient autour de 20 conseillers qualifiés travaillant auprès des 12 bandes de la Nouvelle-Écosse. Dans l'optique d'un programme de rétablissement complet, la NADACA présente aux clients diverses possibilités telles que de la formation à l'emploi et de l'orientation professionnelle, des groupes AA et du perfectionnement. Les travailleurs des services d'approche de la NADACA proposent aux enfants et aux jeunes des occasions de vivre des expériences enrichissantes dans leur communauté, grâce à des activités telles que les clubs de garçons et filles, les arts martiaux, la natation et le ballet. Un programme de diversion est offert aux deux centres de traitement, afin d'aider les clients après leur traitement, en leur proposant de nombreuses occasions d'adopter des comportements sains, grâce entre autres à des programmes culturels, des billets pour spectacles et autres divertissements. Grâce aux programmes comme ceux destinés aux enfants et aux jeunes, les centres de traitement sont dorénavant considérés comme des milieux de guérison et non de maladie.

Situation actuelle

Les services de traitement de la dépendance proposés aux populations des Premières Nations sont principalement assurés par des intervenants communautaires en dépendance et un réseau national de programmes de traitement gérés par les organisations ou les communautés des Premières Nations. Bien qu'ils soient régis au niveau local, les centres de traitement en établissement sont perçus comme étant des ressources nationales, et de nombreux centres acceptent des personnes envoyées de toutes les régions du Canada. Dans certaines communautés, il existe également des équipes multidisciplinaires qui offrent des services de santé mentale et de lutte contre la dépendance.

La capacité des intervenants à répondre aux besoins thérapeutiques de leurs clients est variable. À cela s'ajoute la complexité grandissante des besoins des clients, notamment le taux élevé de troubles concomitants, la consommation de drogues illégales et l'usage nocif de médicaments sur ordonnance. La capacité des intervenants locaux à satisfaire les besoins complexes des clients est directement liée aux facteurs suivants :

- L'accès à des établissements éducatifs où ils peuvent acquérir et perfectionner des compétences fondamentales;
- Un soutien et une formation continus;
- Une supervision clinique; et
- Des réseaux d'aiguillage appropriés.

La surcharge de travail, les conditions de travail stressantes et les faibles salaires jouent également un rôle.

Dans toutes les régions, les facteurs qui ont une incidence sur la capacité des travailleurs influent également sur la capacité de répondre aux besoins des clients au niveau local et sur la façon de satisfaire ces besoins. Ceci est particulièrement vrai pour les jeunes ou les clients ayant des besoins plus complexes, tels que ceux qui ont des problèmes de santé mentale et de dépendance plus complexes. Les intervenants communautaires en dépendance sont les plus susceptibles d'aiguiller des clients vivant dans des réserves vers un centre de traitement. Toutefois, le niveau d'interaction et de communication entre les intervenants communautaires en dépendance et les centres de traitement, avant, durant et après le traitement, est décrit comme étant limité. Un problème similaire existe concernant les sources d'aiguillage à l'extérieur des réserves telles que les centres d'accueil, les travailleurs sociaux, les conseillers et les psychologues.

L'absence d'une approche uniforme et rationalisée de l'évaluation et de l'aiguillage des clients a toujours été reconnue comme un défi tant par les communautés que les centres de traitement. Dans certains cas, on utilise des outils d'évaluation et d'aiguillage différents et incompatibles. En outre, certains outils d'évaluation nécessitent une formation, ou des frais y sont rattachés, ce qui crée des obstacles pour leur utilisation constante. Par le truchement des évaluations des besoins régionaux, tant les communautés que les centres de traitement ont demandé une approche plus normalisée afin de réduire le chevauchement des efforts et de faire en sorte que les clients reçoivent les services appropriés à leurs besoins et points forts.

Globalement, les intervenants communautaires en dépendance affirment consacrer beaucoup de temps au processus d'aiguillage, alors que le personnel des centres de traitement est frustré parce qu'il doit accueillir des clients « inappropriés », mal orientés par les services communautaires et provinciaux.



Les 58 centres de traitement des Premières Nations offrent tous des services de traitement de l'alcoolisme et de la dépendance en milieu hospitalier, en consultation externe ou de jour, qui sont adaptés à la culture. La plupart utilisent différentes méthodes de traitement—souvent un mélange d'approches culturelles et courantes—ainsi que des techniques relatives aux aptitudes à la vie quotidienne et des techniques de prise en charge autonome. La durée des programmes varie, s'échelonnant en général sur une période de 29 à 42 jours. À l'heure actuelle, il existe dix programmes destinés aux familles et douze pour les jeunes, neuf sont axés principalement sur l'usage nocif de solvants et 17 sont adaptés selon le sexe. Ces centres de traitement sont accessibles de façon continue ou ponctuelle.

Étant donné la nature souvent chronique des problèmes de dépendance, qui sont caractérisés par le risque élevé de rechutes, un seul traitement ne suffit généralement pas. La plupart des personnes qui suivent un traitement ont besoin de plusieurs tentatives de traitement et d'un soutien continu après l'intervention.

Un accès limité à des services de gestion de sevrage offerts par les provinces a été reconnu comme un obstacle à la prestation de soins efficaces aux clients. Là où ces services sont offerts, certaines

communautés ont fait part de préoccupations relativement à l'adaptation aux différences culturelles de ces services, ainsi que des difficultés pour y accéder en raison des longues listes d'attente.

Dans certains cas, pour assurer un accès approprié, il faut clarifier les responsabilités en matière de financement de ces services entre le gouvernement fédéral et les provinces. Lorsque la gestion médicale du sevrage n'est pas offerte par la province, certaines communautés ont exprimé leur souhait d'offrir elles-mêmes des services de gestion du sevrage. Ce secteur de services est très complexe et il exige une approche globale pour assurer la sécurité du client.

Tout comme les intervenants communautaires en dépendance, les centres de traitement font face à un nombre élevé de clients ayant des besoins de plus en plus complexes. Certains centres se sont efforcés de créer des programmes spécialisés pour satisfaire ces besoins, axés notamment sur l'usage nocif de médicaments et les problèmes de santé mentale. La capacité des centres de traitement à satisfaire les besoins plus complexes de la clientèle est directement liée à leur accès à des formations spécialisées, à de la supervision clinique et souvent à d'autres aides psychologiques et médicales. Tant que l'accès à ces soins spécialisés ne sera pas assuré, la capacité de prendre en charge les cas plus complexes restera limitée, et c'est la même chose à l'échelle communautaire.

Les programmes de traitement d'usage nocif de médicaments sur ordonnance sont pour la plupart fondés sur les connaissances relatives au traitement de la dépendance en général, les traitements comportementaux combinés à des médicaments s'étant avérés efficaces dans ce contexte. Bien qu'on utilise la méthadone dans le traitement d'usage nocif de médicaments sur ordonnance, on a besoin de davantage de formation, de services et d'aides. Dans certains cas, le traitement à la méthadone suscite des tensions au sein des communautés. Il arrive souvent que l'on fournisse de la méthadone sans accompagnement psychosocial complémentaire pour répondre aux autres besoins et objectifs des clients. Dans un grand nombre de communautés, l'abstinence est perçue comme étant la seule façon valable de traiter les dépendances. Cette réticence à la méthadone provient en partie d'une mauvaise perception des méthodes pharmacologiques, ainsi que des cas où l'on a effectué des évaluations et des prescriptions inappropriées et d'un manque d'aides complémentaires adéquates. De nombreux centres de traitement n'acceptent pas les clients qui prennent de la méthadone, et lorsqu'ils les acceptent, ils doivent être stabilisés à une dose précise et être surveillés de près. Les raisons pour lesquelles certains centres de traitement n'acceptent pas les clients qui prennent de la méthadone sont notamment les suivantes :

- Accès restreint aux services d'un médecin qui est autorisé à prescrire des médicaments;
- Accès restreint aux services de pharmaciens qualifiés qui sont capables de préparer et distribuer de la méthadone;
- Condition stipulant que le client doit être suffisamment stabilisé pour recevoir des doses de méthadone à emporter, afin de ne pas avoir à se déplacer tous les jours pour en obtenir une dose quotidienne;
- Doutes concernant les effets de la méthadone sur la participation au traitement;
- Quantité limitée de doses à emporter que peut délivrer une pharmacie, ce qui entraîne des déplacements continus pour aller à la pharmacie; et
- Le transport du client pour obtenir des services médicaux est un service qui n'est pas normalement offert.

À moins que les programmes de traitement ne soient en mesure de fournir les médicaments aux personnes durant le traitement, la coordination et la prestation des services de soutien nécessaires à la gestion des doses présentent un obstacle à la participation du client aux soins requis.

Les centres de traitement, dotés de cinq à 30 lits, sont établis dans des régions éloignées, des zones rurales et en milieu urbain. L'état matériel de centres de traitement fait l'objet de préoccupations dans de nombreuses régions, certains centres disposant de fonds limités pour effectuer l'entretien de base, et à plus forte raison des rénovations importantes. Ces dernières années, ils ont bénéficié d'un financement limité pour l'entretien des bâtiments. Cependant, on a signalé que ce financement était insuffisant par rapport aux besoins.

Dans certaines communautés, les établissements avec séjour ont été reclassés en centres de consultation externe. Ce reclassement a été effectué pour répondre aux besoins des communautés. Toutefois cela a occasionné un réaménagement des programmes dont la portée est devenue locale ou régionale, au lieu d'être des ressources nationales. Dans d'autres régions, les centres de traitement n'ont pas été reclassés en services de consultation externe, et « le centre » est devenu un endroit sécuritaire où peuvent se rendre les clients, en particulier lorsqu'ils ne sont pas en sécurité dans leur communauté.

On dispose d'un nombre limité de données détaillées sur l'utilisation de tous les centres de traitement. Les données qui existent indiquent des variations importantes des taux d'occupation des lits, allant de listes d'attente de trois mois à des centres qui fonctionnent bien au-dessous de leur capacité. En outre, les coûts par lit sont très variables, en particulier lorsque les économies d'échelle, les coûts de déplacement et les coûts de fonctionnement associés au traitement sont inclus.

Bien que les centres de traitement soient constamment désignés comme étant des ressources importantes pour appuyer le mieux-être de la population, on reconnaît de plus en plus le fait qu'ils doivent être accompagnés de services efficaces dans la communauté.

« Caring for the Circle Within »— Première Nation Kwanlin Dün, Yukon

Caring for the Circle Within est un projet pilote organisé par la Première Nation Kwanlin Dün au Centre de guérison de Jackson Lake en 2010. Il vise à répondre aux besoins spirituels, mentaux, émotionnels et physiques des participants relatifs à l'usage excessif de drogues, aux effets des pensionnats indiens, aux questions de deuil et de perte, à la violence et aux traumatismes. L'objectif de Caring for the Circle Within est d'offrir un environnement de soutien holistique et compatissant, ancré dans l'environnement naturel, qui combine des approches de guérison traditionnelles et modernes en vue de favoriser l'équilibre et l'autonomie. Ce programme intensif comporte une activité de séjour dans la nature, un élément fondamental du processus de guérison. Les participants au programme ont indiqué que le temps passé dans la nature renforce la confiance, permet d'acquérir de nouvelles habiletés et inspire de la fierté envers la culture locale et les traditions. La participation des Aînés et d'autres membres de la communauté dans tous les aspects du programme a beaucoup contribué à son succès.

Possibilités de renouvellement

Dépistage, évaluation et aiguillage

- Utiliser des outils normalisés d'évaluation de la santé mentale et de la dépendance. Ces outils seraient complets et appropriés à la culture, et il serait facile de les adapter aux besoins particuliers des différentes régions et populations.
- Utiliser des outils d'évaluation culturelle servant à connaître les besoins spirituels, communautaires ou culturels du client. Ces outils aideraient à mieux faire comprendre l'importance des liens spirituels entre le client et sa famille, son clan et sa communauté, et à les évaluer.
- Mettre en place des systèmes d'aiguillage électroniques simplifiés pouvant comprendre des réservations en ligne; ces systèmes aideraient les travailleurs responsables de l'aiguillage à trouver rapidement les programmes qui ont des lits ou des places disponibles.
- Utiliser des trousseaux d'aiguillage normalisés qui comprennent des outils de dépistage, tels que les suivants :
 - une liste de vérification par observation et une liste de questions de dépistage prête à l'usage sur la santé émotionnelle du client, le diagnostic, les ordonnances et la capacité à vivre au sein d'un groupe ou à faire partie d'un processus intensif de groupe;
 - un formulaire destiné au client pour déterminer les ressources mentales, physiques, émotionnelles et spirituelles auxquelles il a accès dans sa propre communauté;
 - un formulaire médical normalisé qui comprend des données démographiques, les besoins en soins dentaires et des renseignements sur les médicaments psychoactifs (prescrits par un psychiatre ou un médecin et approuvés par le centre avant l'admission du client);
 - un outil de dépistage rapide des troubles de santé mentale; et
 - des outils d'évaluation culturelle.
- Fournir des renseignements de base aux travailleurs communautaires et aux responsables de l'aiguillage sur la façon appropriée d'offrir des services et des aides avant le traitement et de planifier le traitement.
- Lorsque c'est possible, assurer le lien avec les tribunaux qui traitent de questions de détournement de médicaments et de santé mentale. Les possibilités offertes par ces modes d'aiguillage spécialisés comprennent des périodes d'incarcération moins longues. Les liaisons devraient inclure une interface de « première ligne » avec les tribunaux qui traitent de dépendance, ainsi que la planification des soins de suivi.

Gestion du sevrage

- Collaborer avec les services de gestion médicale du sevrage disponibles à l'extérieur des réserves, en améliorant la coordination et l'échange d'information entre les services, et en s'attaquant aux principales lacunes en matière de services (p. ex., pour les jeunes et les femmes). L'élaboration de protocoles d'entente entre organismes et de protocoles de gestion du sevrage adaptés à la culture peut être nécessaire.
- Adopter une approche à l'échelle du système pour la gestion non médicalisée ou peu médicalisée (p. ex., consulter un médecin ou faire appel à une infirmière pendant une cure de sevrage à domicile) du sevrage, au sein de la communauté et dans les centres de traitement. Cette approche pourrait comprendre des protocoles pouvant être adaptés facilement aux besoins et aux ressources de chaque communauté. Cette méthode tiendrait compte de la gravité du problème, de la ou des substances consommées et des risques pour la santé, et inclure au besoin des médicaments, des cérémonies et des aides axés sur la culture. Elle comprendrait des aides à la stabilisation et à la préparation au traitement ainsi que des services médicaux restreints, au besoin.
- Envisager des services et aides concernant la stabilisation des personnes souffrant d'effets psychologiques durables après une cure de désintoxication (p. ex., syndrome postsevrage aigu). Cette approche chercherait à inclure divers services de gestion postsevrage et des programmes de préparation au traitement pour les clients qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas accéder immédiatement à des services plus intensifs. Ces services et aides seraient proposés dans plusieurs établissements, tels que les centres de réadaptation pour toxicomanes ou dans une clinique de consultation externe, de jour ou de soir. Ces services sont essentiels au processus de transition d'un client dans le cadre de la gestion du sevrage, lorsque l'accès aux services appropriés n'est pas possible.

Planification du traitement et préparation au traitement

- Adopter une approche coordonnée pour la planification du traitement et la préparation au traitement destinée aux clients et à leur famille. Cette approche serait reliée aux ressources communautaires, comme les centres de réadaptation pour toxicomanes ou les programmes de consultation externe, de jour ou de soir, et aux services de soutien à la gestion de cas et à la stabilisation. Cette approche tenterait de trouver les personnes clés pour épauler le client afin d'accélérer sa guérison et pour participer à la planification du traitement fondée sur les points forts du client. Elle pourrait également se pencher sur les besoins des enfants ou des autres personnes à charge et les aides qui leur sont offertes lorsque leur parent ou fournisseur de soins primaires doit quitter la maison pour suivre un traitement.
- Effectuer des bilans prétraitement auprès des clients qui attendent d'être admis dans un centre de traitement. Ce type de soutien peut amener le client à se sentir prêt à commencer le traitement et améliorer les probabilités de succès du traitement.

Gestion des cas

- Adopter des approches de gestion de cas axées sur la communauté qui comprennent des équipes ou des partenariats multidisciplinaires et intergouvernementaux pour soutenir les clients, de la préparation au traitement jusqu'aux soins de suivi. Pour en apprendre davantage sur la gestion des cas, voir l'élément 6.

Traitement

Renforcement des approches de soins

- Adopter des approches normalisées pour l'admission dans les centres, conformes aux trousseaux d'aiguillage universelles normalisées mentionnées ci-dessus et comprenant, au besoin, un dépistage et une évaluation de la santé médicale et mentale.
- Les méthodes de prestation des soins doivent être flexibles et adaptées aux besoins de la clientèle à tous les niveaux du traitement. Elles doivent également refléter les forces propres au client et ses liens avec sa culture. La recherche de façons de renforcer la participation du client dans le processus de traitement permettra d'obtenir de meilleurs résultats. Pour atteindre cet objectif, il faut notamment examiner l'incidence, sur la participation du client et la réussite du traitement, de la conception de l'environnement, du modèle de dotation, du savoir-faire culturel, de l'accent mis sur les forces du client et du soutien de la famille et de la communauté.
- Adopter une approche de supervision clinique à l'échelle du système, en particulier lorsqu'il s'agit de problèmes concomitants de santé mentale, pour les centres de traitement et les intervenants

communautaires. Cette approche pourrait comprendre un soutien en personne pour les communautés des Premières Nations, assuré à tour de rôle, et un soutien par des moyens technologiques (p. ex., vidéoconférences, courriels ou ligne téléphonique 24 heures) pour fournir aux travailleurs supervision clinique, conseils et orientation.

- Explorer les possibilités de créer des méthodes de traitement pratiques, fondées sur des données cliniques et des pratiques exemplaires et pouvant être adaptées aux besoins communautaires ou culturels.
- Appliquer des politiques d'admission dans les centres de traitement qui favorisent l'accès aux clients selon leur état de préparation au changement, les besoins pharmacologiques en matière de santé mentale ou de dépendance et les problèmes non résolus avec la justice ou les systèmes de protection de la jeunesse.
- Reconnaître l'importance de la famille et la nécessité de collaborer avec les familles avant, durant et après le séjour du client en traitement pour maximiser les chances de réussite. Ce point est particulièrement important pour les jeunes, mais il est également important pour tous les clients.
- Adopter des politiques en matière de transport pour raison médicale pour les SSNA éclairées par des données probantes fondées sur la pratique et les résultats des clients, afin de leur permettre d'accéder aux services qui correspondent le mieux à leurs besoins (sans être limités aux plus proches) et les aident à retourner chez eux s'ils ne terminent pas le traitement. Ces politiques favoriseraient aussi un retour au traitement, même s'il y a eu une tentative récente, et offriraient un appui à la famille, selon les besoins afin qu'elle participe au traitement.



Soutien accru des pratiques culturelles

- Adopter à l'échelle du réseau une démarche adaptée à la culture qui soutient les pratiques culturelles au sein des programmes de traitement, grâce à des politiques, à la conception des programmes et à la prestation des services.
- Mettre en place des politiques en matière de SSNA qui appuient le rôle de la culture dans l'état de santé et le processus de guérison, autrement dit qui :
 - offrent des honoraires aux Intervenants Culturels comparables aux honoraires payés aux autres fournisseurs de services approuvés par les SSNA;
 - prennent en charge les frais de déplacement, y compris les visites des Intervenants Culturels et des Aînés afin d'offrir un soutien culturel; et
 - reconnaissent le droit des communautés à définir le concept d'Intervenant Culturel et à sanctionner certains Intervenants Culturels.
- Approfondir la recherche sur les diverses méthodes de traitement, et leur portée, qui sont les plus susceptibles d'aider les membres des Premières Nations, leur famille et leur communauté à vaincre d'usage nocif de médicaments sur ordonnance, notamment la recherche sur les formes de traitement sans médicament, fondées sur la culture.
- Élaborer des protocoles culturels pour orienter les relations entre les Intervenants Culturels et les communautés/programmes de traitement. Ces protocoles se concentreraient sur la dynamique entre les pratiques culturelles et les exigences des programmes, et entre les Intervenants Culturels et les autres membres du personnel des programmes et les clients. Dans ces protocoles, on pourrait définir :
 - les attentes des responsables du programme de traitement et celles des Intervenants Culturels, ainsi que les rôles et les responsabilités de chacun;
 - la base de compétences et de connaissances requise des Intervenants Culturels pour aider à mieux comprendre leur rôle par rapport à celui des professionnels de la santé mentale; et
 - les normes de pratique qui définissent les droits des clients, notamment le droit de participer aux pratiques culturelles, les processus de résolution de conflits et les procédures de règlement des griefs, l'étendue ou les limites de la pratique, les méthodes de guérison désignées, la diversité des pratiques, le dépistage et l'évaluation, les ressources et le matériel de soutien des pratiques culturelles, la recherche, la formation, la gestion de l'information, la tenue des dossiers et la rémunération.

Collaboration accrue et partage du savoir

- Collaborer avec les services de soins de première ligne pour mieux servir les clients ayant d'autres problèmes de santé (p. ex., douleurs chroniques, tuberculose ou diabète ainsi que les femmes enceintes). Cette collaboration comprend des relations plus étroites avec le personnel infirmier et les médecins et pourrait aussi faire intervenir des diététistes et autres travailleurs de la santé.
- Accroître les possibilités d'échanges de connaissances concernant les méthodes efficaces, et améliorer l'accès aux renseignements sur les différentes pratiques provenant du reste du Canada ou d'autres pays. Pour ce faire, il faudra tenir des réunions ou téléconférences entre fournisseurs de services, organiser des forums de discussion en ligne, créer une base de données sur les renseignements cliniques sur les dépendances et la rendre accessible dans tout le réseau, ou encore instaurer une *Communauté de Pratique*.

Élargir et renforcer le continuum

- Il faut fixer des objectifs à l'échelle du système afin de répondre aux besoins de toutes les populations, d'éliminer les obstacles, de combattre les préjugés, d'offrir des soins adéquats et d'engager la participation totale de la communauté.
- Déployer des efforts continus pour élargir et renforcer le continuum de services et d'aides dans les communautés des Premières Nations, en considérant le traitement en établissement seulement comme une *étape* de la gamme de services. Ces efforts nécessiteront un dialogue continu entre communautés, fournisseurs de services, autorités régionales et organismes nationaux de financement sur les questions relatives à la conception des programmes et à la configuration des services. Les discussions pourraient comprendre les éléments clés suivants :
 - solutions de rechange au traitement en établissement, y compris les approches communautaires, les programmes axés sur la terre, les services de consultation externe et les programmes de jour/de soir;
 - services à seuil plus bas pour les clients qui ne sont pas prêts à s'abstenir ou qui ont des problèmes de consommation modérés;
 - adaptation des services en fonction des besoins des différents groupes linguistiques et culturels;
 - options de traitement communautaires pour les collectivités rurales et éloignées, notamment le recours aux services ambulatoires ou aux équipes multidisciplinaires; et
 - utilisation optimale des ressources existantes, y compris une approche à l'échelle du système concernant les centres de traitement dont le fonctionnement est inférieur à la capacité, ainsi que la prise en compte des moyens de renforcer la capacité des programmes pour permettre l'admission régulière des clients.
- Adopter une démarche de services et d'aides spécifique à certains groupes en fonction des besoins régionaux et nationaux. Cette démarche pourrait inclure, entre autres :
 - des services propres à chaque sexe;
 - des services centrés sur les jeunes;
 - des services destinés aux familles; et
 - des services axés sur la santé mentale.

- Accroître le soutien multidisciplinaire au personnel du PNLAADA/PNLASJ et offrir plus de services spécialisés. Cela pourrait inclure l'élaboration de processus et de politiques en matière de gestion de cas, la supervision clinique, la prestation directe des services et la formation. Cette approche pourrait également favoriser des liens solides avec les services d'intervention d'urgence et les services de traitement des dépendances offerts dans les centres, les services spécialisés en santé mentale et les services juridiques.
- Déployer des efforts pour améliorer les structures matérielles en augmentant les fonds d'immobilisation des centres de traitement, et en prévoyant des locaux dans les bâtiments pour les pratiques culturelles, par exemple, des salles munies de ventilateurs ou de prises d'air pour laisser s'échapper la fumée, des espaces pour accueillir de grands groupes, des bureaux plus nombreux et des zones pour les activités physiques.

Planification du congé et soins de suivi

- Renforcer les relations entre les centres de traitement et les responsables de l'aiguillage (ou les communautés) à toutes les étapes du traitement du client, selon la définition et l'appui des politiques élaborées. Les conseillers des centres de traitement pourraient se servir des outils de vidéoconférence ou de téléconférence pour mettre le client en relation avec le travailleur de la santé local dans le cadre des soins de suivi ou du processus de planification du congé. Il y a d'autres occasions de renforcer ces liens, comme les forums de réseautage annuels pour les intervenants en dépendance et les formations polyvalentes.
- Mieux prendre en compte les déterminants sociaux de la santé dans la planification du congé et les soins de suivi grâce à une plus grande collaboration avec les services sociaux et une attention accrue aux aptitudes à la vie quotidienne, au quotient émotionnel ou à la formation professionnelle au sein des programmes, mais aussi en tant qu'aspects clés de la planification des soins de suivi.
- Soutenir davantage la prévention des rechutes, plus particulièrement selon le modèle de Marlatt, avec un traitement qui met l'accent sur les déterminants immédiats de la consommation (p. ex., les situations à haut risque, les attentes par rapport aux résultats et les habiletés d'adaptation) et les antécédents cachés (p. ex., le mode de vie, les pulsions et les états de manque), et qui cherche à renforcer les aides familiales, communautaires et culturelles.
- Élaborer et soutenir des programmes communautaires de soutien par les pairs pour épauler les clients et leur famille dans le processus de guérison.
- Utiliser les nouveaux moyens électroniques pour soutenir les clients (courriel, médias sociaux, services téléphoniques, forum de discussion en ligne anonyme pour les soins de suivi), et offrir des programmes de « rappel » ou de mise à jour pour les anciens clients qui risquent de rechuter.

Tsow-tun Le Lum Treatment Centre—Colombie-Britannique

Le Tsow-tun Le Lum Treatment Centre (centre de traitement Tsow-tun Le Lum) est un centre de traitement en établissement situé sur l'île de Vancouver en Colombie-Britannique qui reçoit du financement du PNLAADA et de Service correctionnel du Canada. Outre son programme de six semaines de lutte contre la dépendance, le centre offre un programme de gestion des traumatismes de cinq semaines aux personnes survivantes de violence physique, psychologique et sexuelle, y compris les anciens élèves de pensionnats et leur famille. Le centre adopte une approche de services centrée sur le client et sur ses points forts, qui est largement reconnue pour son usage de modèles thérapeutiques tant contemporains que traditionnels. Parmi les services offerts, mentionnons la présence d'un thérapeute qualifié en santé mentale, qui fournit de l'aide aux clients, de la supervision clinique et du soutien au personnel; la présence d'un Aîné résident, qui propose un processus de guérison traditionnel et donne des conseils 24 h sur 24, 7 jours sur 7; ainsi que d'autres traitements intégrant des méthodes traditionnelles et spirituelles dans toutes les facettes des soins. Les clients reconnaissent toujours, dans les évaluations après traitement, que l'aide spirituelle traditionnelle constitue un point fort primordial et une partie essentielle du programme.

Nelson House Medicine Lodge—Culture et cérémonie

Paving the red road to wellness (dérouler le tapis rouge au mieux-être), cette vision de la Nelson House Medicine Lodge (NHML), guide vraiment la résurgence de la culture et de la tradition crie, tout au long des jours, des semaines et des saisons, au profit des clients, du personnel et de la communauté de ce centre de traitement d'usage nocif d'alcool et de drogues du nord du Manitoba. Les activités culturelles comprennent l'observance de la cérémonie de purification, les prières et chants sacrés, des enseignements traditionnels, des cérémonies quotidiennes de huttes de sudation et d'importantes activités saisonnières, le tout sous la direction d'Aînés cris. La NHML est un volet du PNLAADA, pour le traitement d'usage nocif d'alcool et de drogues, pour des patients hospitalisés, d'une durée de 17 semaines et offrant 21 lits. L'établissement reçoit des clients adultes hommes ou femmes, la plupart du temps Autochtones, mais parfois non autochtones. Les clients, le personnel, les membres du comité et la communauté en général participent, au printemps, en été et à l'automne, à des camps de jeûne, des cueillettes de plantes médicinales, ainsi qu'à la danse de l'hiver en hommage aux personnes qui s'engagent dans la voie de la sobriété et à la cérémonie de la Danse du Soleil. Le comité, le personnel et les clients ont un rôle important à jouer dans la réintroduction de la Danse du Soleil à la Nelson House, après 130 ans d'absence. En déroulant le tapis rouge au mieux-être, la NHML facilite et enrichit la restauration de la culture et de l'identité pour ses clients et les membres de la communauté, comme principal moyen de promouvoir la santé mentale, la voie vers une vie plus saine et plus heureuse.



Les personnes dont les besoins en matière de services sont complexes, notamment celles souffrant de problèmes de dépendance et/ou de santé mentale chroniques ou graves, ont besoin de services efficaces de dépistage, d'évaluation et d'aiguillage, spécifiques et adaptés à leur culture, de même que d'un soutien et d'une surveillance continue pendant toute la durée de leur processus de guérison.

Ceux qui ont accès à ces options de soins, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la communauté, profitent des liens solides qu'ils ont établis avec des réseaux de soutien, comme les membres de leur famille et de leur communauté.

Élément 5

Traitement spécialisé

Description

Les services et les aides de l'élément 5 sont conçus pour offrir un traitement spécialisé aux personnes qui ont des problèmes de consommation de substances complexes ou graves. Les personnes dont les besoins en matière de services sont très complexes, notamment celles souffrant de problèmes de dépendance et de santé mentale graves et de maladies chroniques, ont besoin de subir un dépistage, une évaluation et un aiguillage efficaces, ainsi que de services permanents, spécifiques et adaptés à leur culture, et d'un soutien et d'une surveillance continue. Ceux qui ont accès à ces options de soins, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la communauté, profitent des liens solides qu'ils ont établis avec leur réseau de soutien, comme les membres de leur famille et de leur communauté.

Les types de services de l'élément 5 sont les mêmes que ceux décrits dans l'élément 4, mais ils sont plus intensifs et requièrent des services professionnels spécialisés (comme des soins psychiatriques ou un sevrage médical).

Les principales composantes d'une approche efficace du traitement spécialisé sont les suivantes :

- la coordination des soins;
- les compétences culturelles; et
- la capacité et le soutien de la communauté.

Les services et les aides de traitement spécialisé sont généralement dispensés dans des établissements de soins spécialisés ou de courte durée. Les principaux fournisseurs de ces services sont les médecins, les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux et les intervenants culturels, qui apportent souvent leur soutien en assurant des services de gestion de cas solides et d'autres aides.

Éléments clés

Coordination des soins

La coordination des efforts en matière de soins, comme la gestion de cas et les équipes multidisciplinaires, facilitant la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé d'une manière adaptée à la culture est importante pour aider les clients ayant des besoins complexes. Cette approche collaborative est essentielle étant donné la quantité de services dont les clients ont besoin dans cet élément.

Compétences culturelles

Pour être compétents sur le plan culturel, les fournisseurs de services doivent, d'une part, avoir des connaissances et une ouverture sur les réalités culturelles de leurs clients et, d'autre part, être conscients de leurs propres perceptions et attitudes concernant les différences culturelles, notamment de la manière dont ces différences peuvent influencer sur le type de soin fourni.

Pour assurer la compétence culturelle des intervenants du système, il est nécessaire de traduire les connaissances autochtones en réalités actuelles afin que les principes et les connaissances culturelles puissent éclairer et guider l'orientation et la prestation des services de santé et des aides de façon continue.

Capacité et soutien communautaires

Les intervenants communautaires doivent disposer de la capacité et des aides nécessaires pour que les clients ayant des besoins hautement complexes obtiennent le soutien dont ils ont besoin en temps opportun. Cet élément permet aux fournisseurs de services formés qui ont accès aux ressources et aux outils dont ils ont besoin d'être plus en mesure de dépister et d'aiguiller efficacement les clients ayant des besoins complexes vers des services d'évaluation du problème de dépendance et de santé mentale, des services spécialisés et des soins de suivi. Cet élément vise également à s'assurer que les membres de la communauté connaissent et comprennent les problèmes de santé qui accompagnent couramment les problèmes de dépendance, et les types d'aides qui sont à leur disposition.

La collaboration entre secteurs de services (comme les systèmes de justice et d'éducation) et fournisseurs de services est également importante. Un solide réseau d'intervenants qui travaillent de concert faciliterait le cheminement du client dans le processus d'évaluation, d'aiguillage et de traitement et les phases de soins post-traitement. Toutefois, les communautés sont parfois forcées de faire preuve d'innovation pour trouver des méthodes de prestation de services intensifs et d'aides. Par exemple, elles pourraient avoir recours à la télépsychiatrie. Ce service pourrait être intégré aux services de soins de santé primaires dans le but d'offrir aux clients les soins médicaux de base dont ils ont besoin, et toute une gamme d'autres approches de guérison et d'aides culturelles de la communauté.

Keewatinook Okimakanak Telemedicine et K-Net—Ontario

Le réseau Kuhkenah (K-Net) met à la disposition des communautés des Premières Nations du Nord-Ouest de l'Ontario et d'autres régions canadiennes éloignées des technologies de l'information et des communications, ainsi que des infrastructures de télécommunication et du soutien informatique. K-Net s'est récemment joint à Keewatinook Okimakanak (KO) afin de procurer aux Premières Nations un accès au réseau ontarien de télémédecine, qui fournit des services cliniques, éducatifs et administratifs. Le programme de télémédecine KO Telemedicine (KO Telemedicine ou KOTM) est une initiative reliant les communautés des Premières Nations éloignées avec les fournisseurs de services de santé. Cette technologie permet de faciliter l'accès aux services et au soutien en psychiatrie. KOTM offre aussi un programme éducatif destiné aux travailleurs communautaires de première ligne et au personnel de la santé, leur offrant des séances de sensibilisation et de formation ainsi que du soutien, et un accès en ligne aux travailleurs leur permettant de transmettre et d'échanger des connaissances dans le domaine de la dépendance. Le service comprend en outre des visites d'Aînés offrant des enseignements pour les travailleurs et les autres membres de la communauté, par vidéoconférence, sur des sujets tels que la médecine traditionnelle et la narration de contes. K-Net est un programme de Keewatinook Okimakanak, un conseil tribal des Premières Nations établi sous la direction des bandes de Deer Lake, de Fort Severn, de Keewaywin, de McDowell Lake, de North Spirit Lake et de Poplar Hill, en vue de fournir à leur communauté divers services de soutien de deuxième niveau.

Situation actuelle

Les gouvernements fédéral, provinciaux et des Premières Nations jouent tous un rôle important dans le soutien des membres des Premières Nations qui ont besoin de services spécialisés, même si la plupart de ces services sont assurés et financés par les gouvernements provinciaux. De plus, il n'est pas rare que les clients qui ont besoin de services spécialisés n'y aient accès qu'après avoir eu des démêlés avec la justice.

La décision des provinces de s'écarter des services institutionnels pour se rapprocher des modèles de services communautaires a affecté les communautés des Premières Nations. Le besoin de traitements spécialisés et de services de soins plus intensifs soulève toujours des préoccupations tant au sein du PNLAADA/PNLASJ que des autres systèmes sociaux et de santé du pays. Par exemple, le nombre restreint de lits de soins psychiatriques entraîne souvent de très longues listes d'attente, ce qui constitue un obstacle quand vient le temps de trouver les services adéquats pour une personne dont les besoins sont hautement complexes.

Dans de nombreux cas, les clients dont les besoins sont complexes nécessitent le soutien d'un éventail de fournisseurs de soins, tant à l'intérieur de leur communauté qu'à l'extérieur. Ce genre de soutien exige souvent un échange de renseignements et la coordination entre divers fournisseurs de soins et, dans certains cas, diverses

compétences. Il n'est pas facile pour les fournisseurs de services et d'aides qui travaillent avec les clients de naviguer dans ces systèmes distincts. De même, les clients qui vivent dans des communautés éloignées peuvent pâtir de ces limitations ou retards au niveau des soins s'ils ont un accès réduit aux fournisseurs de soins de santé primaires et de services sociaux qui jouent un rôle essentiel dans l'évaluation et l'aiguillage vers les services spécialisés.

Bien que les ressources communautaires soient souvent inadéquates pour les personnes ayant des besoins complexes, certaines communautés ont accès à des services spécialisés. Toutefois, ces services sont le plus souvent offerts à l'extérieur des réserves. Le problème de la prestation des services hors réserve vient du fait que ces services peuvent ne pas être adaptés sur le plan culturel et que les personnes qui les reçoivent ne bénéficient pas du soutien de la communauté, de la famille et des réseaux culturels.

En outre, des clients ayant des besoins complexes sont dirigés vers des centres du PNLAADA ou du PNLASJ, alors que ces programmes ne leur conviennent pas. Même si l'approche n'est pas idéale, un grand nombre de centres font de leur mieux pour gérer les besoins complexes et concomitants du client afin d'éviter que celui-ci obtienne son congé avant la fin du traitement de la dépendance.



Possibilités de renouvellement

Coordination des soins

- Améliorer l'accès à des services spécialisés adaptés sur le plan culturel pour les clients des systèmes correctionnels fédéral et provinciaux. Des efforts doivent aussi être déployés pour assurer la liaison entre les clients et les services communautaires et les soutiens (comme la famille, la communauté et la culture) au moment de la remise en liberté. Cela assurerait la continuité des soins et le succès de la réintégration à la vie communautaire.
- Adopter des approches de dépistage, d'évaluation, d'aiguillage et de gestion de cas qui assurent des liens solides concernant les services et les aides parmi les communautés et les partenaires provinciaux et fédéraux.
- Utiliser des politiques et des accords officiels conçus pour coordonner l'éventail de services et d'aides dont les clients doivent bénéficier pour avoir accès à des services spécialisés dans toutes les sphères de compétences. Ces mesures contribueront à diminuer les lacunes en matière de services, à clarifier les rôles et les responsabilités et à augmenter les ressources afin de répondre aux besoins des clients. Les protocoles d'entente entre organismes et les conventions en sont quelques exemples.

Compétences culturelles

- Les plans de traitement et de soins devraient tenir compte de la vision du monde, des pratiques culturelles et des traditions des Premières Nations et des antécédents de traumatisme intergénérationnel. Par exemple, déterminer le rôle des traumatismes intergénérationnels sur les maladies mentales concomitantes. Cela permettrait d'améliorer le niveau de confort des clients pendant qu'ils reçoivent des soins à l'extérieur de la communauté que les résultats du traitement.
- Lorsque les fournisseurs de services spécialisés possèdent des compétences culturelles plus solides, ils sont en mesure d'assurer une prestation de soins culturellement adaptés. Par exemple, on pourrait adopter le cadre des compétences culturelles élaboré par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou l'adapter au contexte local. Ce cadre décrit les compétences culturelles essentielles à la prestation de soins aux Premières Nations des programmes d'études médicales de premier cycle, supérieures et de formation continue.
- Une formation interculturelle pourrait être proposée entre les intervenants du PNLAADA et du PNLASJ et les fournisseurs de services conventionnels, en soulignant le fait que les services et les aides proposés sont adaptés et sans danger sur le plan culturel. Cette formation pourrait être assurée dans le cadre des services d'éducation provinciaux et au moyen de cours de formation en collaboration avec les centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ et les communautés des Premières Nations.

Capacité et soutien communautaires

- Mener des activités de sensibilisation et d'éducation dans la communauté (accent sur la santé mentale et la maladie mentale) afin de réduire les préjugés et d'informer les clients de la façon dont ils peuvent accéder aux services.
- Promouvoir une gestion des cas axée sur la communauté et la capacité de sensibilisation qui fait intervenir des équipes ou des partenariats multidisciplinaires et multisectoriels. Les clients qui ont des besoins complexes à long terme ainsi que les priorités changeantes requièrent une approche d'équipe. Le plus utile serait de mettre en place un système de soutien à long terme qui utilise les services de plusieurs secteurs de façon coordonnée et stratégique. Il serait également utile d'utiliser les services limités offerts dans la communauté tout en évitant un épuisement total de ces services.
- Employer des politiques, des services et des aides qui favorisent la prestation de soins culturellement adaptés aux membres des Premières Nations qui ont des besoins hautement complexes. Cela suppose un ajustement des modèles de financement et de paiement afin d'inclure des éléments de soins Autochtones dans les plans de soins.
- Assurer la présence de services de soins de santé primaires—et idéalement de services de santé spécialisés—dans la communauté. Cet aspect est très important, en particulier pour assurer des évaluations et un aiguillage efficaces. Si les services sont limités dans la communauté en raison d'un manque de ressources, il faudrait explorer des solutions comme des services en ligne, des téléservices (comme la télépsychiatrie) ou des services ambulatoires.

Anishnawbe Health Toronto—Ontario

Anishnawbe Health de Toronto offre des services spécialisés aux Premières Nations inscrites et non inscrites, ainsi qu'aux populations inuits et métisses. La plupart des clients reçoivent de l'aide sociale et doivent, pour être admissibles, avoir un logement stable, ce qui comprend les hébergements de longue durée. Le service d'admission du centre sans rendez-vous est ouvert cinq jours par semaine, au cours desquels sont effectués des examens de présélection visant à dépister l'usage nocif d'alcool ou de drogues et les problèmes liés au jeu et à la santé mentale. Le service d'admission aiguille les clients vers des services de désintoxication et de santé mentale ou vers un programme en établissement. Un plan de traitement unique est élaboré pour chaque client, utilisant les consultations individuelles et de groupe, et les clients peuvent choisir des guérisseurs ou des conseillers traditionnels. La culture occupe une place importante tout au long du traitement, grâce à des enseignements et à des cérémonies traditionnelles ainsi qu'à une hutte traditionnelle de sudation. Un service de gestion de la médication est fourni sur les lieux par un psychiatre, ainsi que par une infirmière pour les injections à long terme. Un psychologue réalise des évaluations hebdomadaires. Les clients participent à des séances de formation et de sensibilisation sur des sujets tels que les aptitudes à la vie quotidienne, l'alimentation par rapport au budget, les soins personnels et l'estime de soi, la thérapie par l'art, l'activité physique et les saines aptitudes à la communication. Afin d'aider les clients lorsqu'ils ont quitté le programme, un « cercle de rencontre de suivi » se tient chaque semaine. Tous les services sont gratuits pour les clients et aucune carte d'identité de soins de santé provinciale n'est exigée.



Un système de soins efficace nécessite une coordination entre les nombreux services et aides offerts à la personne et à sa famille pendant tout le processus de guérison.

Ce système assure une communication constante et axée sur la collaboration ainsi qu'une planification et une surveillance des diverses options de soins répondant aux besoins holistiques particuliers d'un client. Il se fonde sur un vaste réseau de personnes, dont les fournisseurs de soins, les gestionnaires de cas, les amis ou les membres de la famille en vue d'offrir un soutien permanent permettant de faciliter l'accès aux soins.

Élément 6

Facilitation des soins

Description

Les personnes et les familles les plus susceptibles de développer des problèmes de dépendance peuvent bénéficier de toute une gamme de services et d'aides au cours de leur vie. Ces divers services et aides, qui évoluent avec le temps, peuvent comprendre les suivants :

- des services officiels de santé mentale et de lutte contre les dépendances;
- des services d'aides familiales et communautaires;
- des services d'aides culturelles; et
- des services et des aides répondant à d'autres besoins, par exemple dans les domaines du logement, de l'emploi, de l'éducation et des compétences parentales.

La facilitation des soins peut prendre la forme d'une gestion officielle des cas ou encore de divers types d'aides communautaires, professionnelles ou sociales. Quelle que soit la forme qu'il prend, un système de soins efficace nécessite une coordination entre les nombreux services et aides offerts à la personne et à sa famille pendant tout le processus de guérison. Ce système assure une communication constante et axée sur la collaboration ainsi qu'une planification et une surveillance des diverses options de soins répondant aux besoins holistiques particuliers d'un client. Il se fonde sur un vaste réseau de personnes en vue d'offrir un soutien permanent permettant de faciliter l'accès aux soins.

Les éléments clés d'une facilitation des soins efficace sont notamment les suivants :

- aides sociales et culturelles;
- évaluation et planification;
- collaboration et échange d'information;
- défense des intérêts; et
- suivi régulier.

Les personnes les mieux placées pour assurer la facilitation des soins sont, notamment, tous les fournisseurs de services qui participent aux soins du client (comme les intervenants communautaires en dépendance du PNLAADA, les gestionnaires de cas et le personnel des centres d'accueil urbains pour les Autochtones), ainsi que les membres de la communauté (y compris les Aînés et les Intervenants Culturels) qui peuvent aider les clients et leur famille à accéder aux soins dont ils ont besoin dans leur cheminement vers la guérison.

Éléments clés

Aides sociales et culturelles

Les aides sociales et culturelles jouent un rôle essentiel pour le client ou sa famille dans le processus de guérison. Ces aides ne peuvent être considérées comme la principale source d'encouragement et de soins, mais elles peuvent les aider à déterminer les options de soins, à accéder aux services et à maintenir les liens avec les autres types de soutiens et les fournisseurs de soins. Ce réseau comprend la famille, les amis et les membres de la communauté.

Évaluation et planification

Après le dépistage et l'évaluation (voir les éléments 2, 3 et 4), de nombreuses personnes peuvent aider à mettre au point un plan de soins personnalisé qui soit adapté et qui reflète les forces, les valeurs et les objectifs de la personne ou de la famille en fonction des ressources et des services disponibles. Les plans de soins précisent les principaux services et soutiens offerts tout au long des différentes étapes du parcours de soins. Ces plans définissent les différents types de services et d'aides, à savoir officiels et non officiels, y compris les options de soins ayant trait aux principaux déterminants sociaux des secteurs de la santé (p. ex., le logement, l'emploi, l'éducation, les conditions de vie et l'appui social). Les plans de soins doivent être fréquemment révisés avec les clients et adaptés au fur et à mesure que les besoins évoluent (p. ex., en ajoutant des soins de suivi à la fin du traitement).

Collaboration et échange d'information

Le fait de tisser des relations et de partager les renseignements et les ressources avec les clients, leur famille et d'autres services communautaires permet de former des partenariats utiles au sein de la communauté. Les fournisseurs peuvent ainsi utiliser au mieux les ressources et les aides limitées, améliorer la capacité communautaire et individuelle, et éliminer ou réduire les retards ainsi que les chevauchements inutiles. Cette approche peut se traduire en des activités aussi simples que de fréquentes réunions entre les fournisseurs de services sociaux et de santé. Un travailleur communautaire pourrait aussi être désigné comme responsable exclusif de la gestion des cas dans le domaine du mieux-être. Pour favoriser l'accès aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves, il pourrait s'avérer nécessaire d'instaurer une aide à la gestion des cas sur le plan régional.

Modèle de gestion des cas Tui'kn—Première Nation Eskasoni, Nouvelle-Écosse

La Première Nation Eskasoni a été la première communauté Autochtone du Canada atlantique à mettre en place une équipe de gestion des cas pluridisciplinaire et pluriministérielle. Après une succession d'événements malheureux au sein des cinq communautés des Premières Nations de Cap-Breton, et grâce aux fonds alloués par le gouvernement et les communautés, cette formule a été adoptée dans les communautés environnantes de Membertou, Potlotek, Waycobah et Wagmatcook; il s'agit du partenariat Tui'kn. Le modèle de gestion des cas Tui'kn est une approche de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances qui consiste à aider les personnes, les familles et les communautés à rétablir et à maintenir l'équilibre et le mieux-être. En constituant ces équipes communautaires pluridisciplinaires, les cinq communautés ont élaboré un mécanisme qui permet de proposer un modèle de soins holistiques simplifié, accessible, efficace, coordonné et qui comble les lacunes dans le domaine de la santé, de la santé mentale, du mieux-être et de la lutte contre la dépendance. Grâce à ces équipes, les demandes de clients qui auraient pris des mois à aboutir après avoir passé par plusieurs organismes peuvent maintenant être traitées de façon efficace, coordonnée, collaborative et rapide.

Défense des intérêts

Cet élément comprend la défense des intérêts du client et de sa famille afin d'améliorer la continuité, l'accessibilité, la reddition de comptes et l'efficacité des ressources et des services mis à leur disposition. La défense des intérêts peut s'effectuer à l'échelle individuelle ou communautaire. Elle influence parfois l'élaboration de politiques en vue d'améliorer la prévention, la promotion de la santé, le dépistage précoce et les services de traitement.

Suivi régulier

Le suivi régulier permet d'observer la progression du client. Au besoin, il implique la modification des objectifs et des plans de soins afin de mieux servir et soutenir le client dans son processus de guérison.

Situation actuelle

Les systèmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances sont fragmentés et nécessitent une meilleure coordination. Les services et les aides proposés varient d'une communauté à l'autre et sont offerts par différents ordres de gouvernement, et la collaboration est souvent limitée. La facilitation des soins officielle existe depuis longtemps dans de nombreuses communautés. Les membres de la communauté et de la famille assument souvent des rôles importants dans le parcours de soins. Toutefois, compte tenu de la nature complexe et fragmentée des services proposés et du peu de connaissances sur les services qui existent, il peut être difficile de trouver les soins appropriés aux membres de la famille.

À l'heure actuelle, de nombreuses communautés ou certaines régions entières ne disposent d'aucune facilitation des soins officielle (p. ex., la gestion des cas). Cela signifie souvent que les clients ne sont pas au courant des services existants, notamment en ce qui concerne le logement, la formation professionnelle, les études ainsi que les aides communautaires et culturelles. Les communautés qui proposent des services de gestion des cas trouvent souvent que le système n'est pas coordonné et que la communication et l'échange d'information manquent d'efficacité.

Il arrive souvent que les intervenants perdent le contact avec les clients lorsque ces derniers quittent le centre de traitement. En

Sakwatamo Lodge— Melfort, Saskatchewan

Le Sakwatamo Lodge a développé un réseau de suivi des Aînés afin de favoriser des soins de suivi pour les clients qui achèvent leur programme et retournent à la maison, dans leur communauté. Les clients s'en retournant à la maison sont mis en lien avec l'employé du PNLAADA de leur communauté, afin qu'ils aient accès à divers programmes de suivi. Ils sont aussi mis en contact avec le réseau des Aînés, qui leur offre un soutien supplémentaire en matière de culture, de tradition et de transition vers un mode de vie sain. Les Aînés transmettent au client des connaissances et une sagesse particulières à la culture, et l'invitent à participer à différentes cérémonies visant à raffermir le client dans sa résolution et à réduire ses probabilités de rechute. Ces Aînés ont reçu une formation dans divers domaines de la dépendance et collaborent avec le personnel de Sakwatamo avant d'être de devenir membres du réseau de suivi.

outre, le manque de coordination entre les services peut signifier que les clients doivent patienter plus longtemps pour y accéder.

L'échange d'information entre les différents fournisseurs de services a soulevé des inquiétudes quant au respect de la vie privée dans les communautés des Premières Nations. En effet, les moyens adéquats de partager des renseignements sont souvent défaut. Et dans les communautés de taille plus modeste où tout le monde se connaît, il peut s'avérer difficile de respecter la confidentialité.

Possibilités de renouvellement

- Adopter une approche globale de la facilitation des soins qui soit bien définie et disponible à l'échelle communautaire et régionale. Ces approches doivent :
 - s'appuyer sur des outils d'évaluation et de dépistage adaptés à la culture et basés sur des données probantes;
 - chercher à coordonner l'accès aux services sociaux et de santé adéquats en fonction des besoins des clients et de leur famille;
 - respecter les lois relatives à la protection des renseignements personnels et à la confidentialité;
 - promouvoir l'accès à la formation et aux ressources pour les personnes qui assurent la facilitation des soins;
 - ériger un système d'aide pour le client au sein de sa famille, de sa communauté et de son milieu social;
 - nouer des partenariats avec les services spécialisés des autres communautés, provinces ou compétences; et
 - accorder une attention particulière aux membres de la famille et aux proches.
- Les gestionnaires de cas qui travaillent dans les services connexes et orientent les personnes vers les services du PNLAADA pourraient suivre une formation en compétences culturelles assurée par un institut des Premières Nations, ce qui est de plus en plus fréquent au sein des autorités sanitaires provinciales.
- L'utilisation d'outils d'évaluation et de critères de placement normalisés permettrait également d'améliorer l'échange d'information et l'utilisation des ressources disponibles, en orientant par exemple les personnes ayant des problèmes plus graves vers les services de traitement les plus intensifs.
- Mettre en place un système d'aiguillage global et coordonné permettant des recommandations entre les services situés à l'intérieur et à l'extérieur des réserves, ainsi qu'au sein des services de soins primaires, de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Ce système prendrait aussi en compte le rôle primordial joué par les membres de la communauté et les proches en matière de facilitation des soins. Lors des aiguillages, on préciserait les risques éventuels, la consommation de drogues, les antécédents du client (p. ex., les antécédents personnels et médicaux et les répercussions de la colonisation reliées au traumatisme intergénérationnel) et les autres problèmes auxquels le client fait face, en axant les efforts sur ses forces (en particulier son identité culturelle), de manière à faciliter la collaboration, l'échange d'information et la planification des soins avec tous les soutiens disponibles.
- Mieux sensibiliser les communautés à l'éventail de services et de soutiens qui existent, y compris aux critères d'admissibilité pour accéder à ces services. Le fait de mieux connaître ces services permettra aux familles et aux autres soutiens sociaux d'orienter les personnes vers les structures de dépistage, d'évaluation ou d'intervention appropriées. Ces efforts pourraient se matérialiser simplement sous la forme d'une brochure distribuée gratuitement dans les endroits publics.

Soutien du continuum de soins



La base d'un système de santé de qualité destiné aux clients : une main-d'oeuvre adéquatement qualifiée, bénéficiant d'un milieu de travail sain, d'un salaire et d'avantages sociaux concurrentiels et d'occasions de perfectionnement.

Perfectionnement de la main-d'oeuvre

Description

Une main-d'oeuvre qualifiée joue un rôle essentiel dans la qualité des soins prodigués aux clients. Une stratégie globale de gestion des ressources humaines contribue aux processus d'embauche et de recrutement et offre des possibilités concrètes de perfectionnement professionnel. Elle ouvre la voie à la satisfaction et à la rétention des employés. Une telle stratégie permettra de s'assurer que l'on dispose de la bonne composition d'employés ayant les qualifications et la formation requises pour assurer l'aide et les services de façon continue.

Les éléments clés d'une approche efficace du perfectionnement de la main-d'oeuvre comprennent les suivants :

- connaissances et compétences culturelles;
- recrutement;
- études et formation;
- agrément des intervenants;
- maintien de l'effectif;
- salaires et avantages sociaux; et
- mieux-être personnel.

Éléments clés

Connaissances et compétences culturelles

L'expertise et l'expérience nécessaires pour travailler dans un système de mieux-être mental chez les Premières Nations s'étendent au-delà des compétences cliniques et d'accompagnement thérapeutique. Les programmes du PNLAADA et du PNLASJ ont été conçus d'après la conviction fondamentale que les pratiques culturelles propres aux Autochtones, fondées sur une vision du monde indigène, indiquent la meilleure voie à suivre pour parvenir à la guérison. Que l'on travaille dans un centre communautaire ou dans un centre de traitement, il est nécessaire de posséder des bases solides sur les plans communautaire et culturel, ainsi qu'une bonne compréhension des pratiques culturelles de guérison.

Recrutement

Le processus de recrutement comprend divers aspects : attraction, filtrage et sélection des personnes qualifiées pour le poste. La capacité à attirer du personnel qualifié dépend souvent de la façon dont l'organisation est perçue par les candidats, ainsi que du salaire et des avantages sociaux proposés. Il est plus facile pour les organisations de recruter du personnel : lorsqu'elles disposent de politiques et de pratiques de ressources humaines bien administrées qui concilient les compétences occidentales reconnues avec le savoir traditionnel culturel; lorsqu'elles offrent des salaires et des avantages sociaux attractifs et lorsqu'elles font participer les employés au processus décisionnel. Lorsque le bassin de candidats qualifiés est limité (p. ex., dans les communautés rurales ou éloignées), il peut être difficile d'offrir aux employés l'assurance qu'ils auront la capacité et l'occasion de perfectionner leurs compétences au fil du temps. Ce problème doit être traité à l'aide de stratégies de recrutement et de maintien de l'effectif bien planifiées.

Études et formation

La formation continue et les études sont considérées comme un préalable dans le domaine de la lutte contre les dépendances en raison de la complexité du travail à l'échelle communautaire et des fréquentes avancées dans les domaines de la prévention et du traitement. Les défis grandissants et la diversité croissante des services et des programmes montrent que les capacités des fournisseurs de services doivent aussi évoluer. La formation spécialisée et pluridisciplinaire ainsi que les compétences culturelles prennent une place de plus en plus importante, voire indispensable pour la main-d'oeuvre, qui doit se tenir informée des questions émergentes en matière de dépendance et de santé mentale. Pour les groupes ayant des besoins précis ou spéciaux, tels que les jeunes et les femmes, les intervenants doivent suivre une formation et des études ciblées afin de répondre efficacement aux besoins des clients.

Agrément des intervenants

L'agrément constitue un élément clé qui améliore les compétences des intervenants en mieux-être mental. Ce processus implique la participation d'un tiers indépendant qui évalue et confirme le niveau de connaissances et de compétences d'un employé par rapport à un ensemble de normes prédéterminées. L'agrément présente plusieurs avantages : une augmentation de la reconnaissance professionnelle et une amélioration de la mobilité professionnelle ainsi que de la satisfaction et de la rétention de l'effectif.

Maintien de l'effectif

Le maintien de l'effectif découle de la mise en place de mesures appropriées en matière de ressources humaines. Cela dépend aussi de la capacité de l'organisation à créer un environnement de travail positif et encourageant. Bien que de nombreux facteurs influent directement sur le taux de maintien de l'effectif, les facteurs les plus importants sont la satisfaction des employés par rapport à leur travail, une relation saine avec le superviseur et des salaires compétitifs. En ce qui concerne les superviseurs, ils peuvent également favoriser le maintien de l'effectif en soulignant les mérites du personnel et en le faisant participer au processus d'élaboration de politiques et de prise de décisions.

Grille de salaires normalisée—Alberta

En 2004, la région de l'Alberta a mis au point une grille de salaires normalisée pour que les centres de traitement et les communautés des Premières Nations disposent d'une approche uniformisée concernant les salaires des membres du personnel du mieux-être mental. Un comité composé d'intervenants de la DGSPNI, des centres de traitement du PNLAADA et de programmes communautaires a mis au point un modèle de financement des salaires reposant sur l'encouragement en uniformisant les descriptions de travail et en créant une échelle salariale normalisée et unique. Grâce à cette initiative, les centres de traitement ont obtenu des fonds supplémentaires, car les niveaux de dotation, les salaires et le facteur d'éloignement ont été pris en compte. Le financement des programmes communautaires s'est basé sur le système d'information des tâches communautaires (SITC).

Salaires et avantages sociaux

Dans les centres de traitement comme dans le milieu communautaire, les salaires et les avantages sociaux des membres du personnel de la lutte contre les dépendances dépendent de deux facteurs : la disponibilité des fonds et les politiques et pratiques de l'employeur (descriptions de travail normalisées, grilles de salaires, etc.). Cet aspect fait partie de la gestion des ressources humaines, qui est administrée à l'échelle communautaire. En ce qui concerne les avantages sociaux, les programmes d'aide aux employés (PAE) peuvent offrir un soutien permettant de réduire le stress lié à la prestation de services communautaires complexes et de diminuer les risques d'épuisement de l'employé.

Mieux-être personnel

Sécurité psychologique

La sécurité psychologique se rapporte à une culture d'entreprise qui encourage le mieux-être mental. Le fait de disposer de politiques de travail saines, d'une atmosphère de confiance et de ressources visant à aider les employés encourage la sécurité psychologique et permet aux employés de se sentir à l'aise. Les organisations de santé et mieux-être mental peuvent améliorer le sentiment de sécurité psychologique des employés en leur demandant de répondre à des sondages et de fournir une rétroaction.

Pour favoriser et maintenir la sécurité psychologique de son personnel, l'organisation peut s'efforcer de reconnaître et d'aborder les problèmes de traumatisme indirect. Le traumatisme indirect peut être défini comme une réaction personnelle découlant de l'exposition répétée aux expériences traumatiques des clients, plus précisément lorsque celles-ci comprennent des éléments de violence et de sévices physiques. Le traumatisme indirect prend souvent du temps à se développer, mais s'il est négligé, il peut avoir des répercussions négatives sur le travail de l'employé et sur sa vie privée. En raison de la nature de leur travail, les professionnels aidants présentent des risques élevés de traumatisme indirect. Parmi les signes courants de traumatisme indirect, on peut citer notamment la colère, la dépression, la fatigue et les problèmes relationnels.

Autogestion de la santé

L'autogestion de la santé incombe à la fois à l'employé et à l'employeur. Il est essentiel pour les employés de gérer leur stress et de mettre en place un plan d'autogestion de la santé. Un bon plan d'autogestion englobe les besoins physiques, mentaux, émotionnels et spirituels du travailleur.

De nombreux centres faisant partie du réseau du PNLAADA et du PNLASJ ont recours aux plans annuels de mieux-être personnel dans le cadre des évaluations annuelles du rendement afin de s'assurer que l'autogestion de la santé est présente sur le lieu de travail. On peut également la promouvoir dans le cadre d'ateliers, de séances de formation ou de possibilités de perfectionnement professionnel.

Situation actuelle

Le PNLAADA et le PNLASJ comptent environ 1 500 employés qui travaillent dans les centres de traitement et les communautés. Même s'ils sont passionnés et dévoués dans le cadre de leur travail, ils sont parfois ignorés ou non appréciés à leur juste valeur.

Les intervenants communautaires en mieux-être mental sont employés par leur communauté. Leur salaire est souvent fixé par les autorités de financement et selon les ressources disponibles. Les communautés recrutent les employés et fixent les salaires en utilisant divers moyens (comme des échelles salariales et des descriptions de travail). Au regard de la plupart des évaluations des besoins à l'échelle régionale, il s'avère que les salaires représentent le principal obstacle à l'embauche et au maintien du personnel. Les ressources limitées et les questions stratégiques nuisent souvent aux efforts des communautés pour allouer chaque année des fonds pour les salaires.

Parmi les intervenants en mieux-être mental travaillant dans les réserves, le niveau de formation varie, certains ayant suivi des études complètes (p. ex., diplômes d'études supérieures), d'autres une formation limitée dans le domaine, et d'autres encore possédant des connaissances et des compétences culturelles ainsi que l'autorisation de la communauté pour organiser des cérémonies ayant trait aux traitements et à la prévention de la consommation de substances. Tous ces intervenants doivent relever le défi de se tenir au courant des questions émergentes et complexes en matière de dépendances. Au cours des dix dernières années, les intervenants en mieux-être mental et leurs employeurs ont reconnu l'importance de la formation et de l'agrément pour répondre aux normes et proposer des services de qualité adaptés à la culture en matière de prévention et de traitement de la dépendance.

Pour conserver leur agrément, les intervenants doivent se former en continu. Malheureusement, la formation aux services de prévention ou de traitement n'est pas effectuée de façon systématique et diffère d'une région à l'autre. Dans les petites communautés, l'accès au perfectionnement professionnel est parfois limité, voire inexistant.

Malgré les différences existant entre les régions, la plupart des intervenants en dépendance qui travaillent dans la communauté et dans les centres de traitement ont suivi une formation dans ce domaine, une formation menant à l'agrément ou un programme d'études menant à un diplôme. De plus, un nombre croissant d'employés des centres de traitement ont accès à la supervision et au soutien cliniques.

D'une manière générale, le recrutement et le maintien de l'effectif sont des problèmes courants pour les programmes de mieux-être mental. L'isolement et le manque de soutien communautaire sont également problématiques. Le taux élevé de roulement du personnel reste un obstacle important, certains employés expérimentés et compétents se dirigeant vers le système provincial ou démissionnant tout simplement de leur poste. Leurs raisons : des salaires insuffisants, une charge de travail excessive, des conditions de travail pénibles et un manque de soutien sur le plan culturel.

Possibilités de renouvellement

- La mise sur pied d'une stratégie nationale des intervenants en mieux-être mental qui respecterait la gouvernance locale permettrait de guider et de soutenir les employés dans tous les aspects de la gestion des ressources humaines en mieux-être mental.
- Des formations et des descriptions de travail basées sur les compétences pourraient favoriser le perfectionnement professionnel des employés et améliorer la qualité des services proposés. Les descriptions de travail génériques s'avèrent parfois très utiles pour plusieurs employeurs.
- Un environnement de travail sain est indispensable afin de soulager les pressions énormes auxquelles doivent faire face les intervenants en mieux-être mental. Un processus de collecte et de partage de stratégies qui favorise le mieux-être des travailleurs peut offrir un soutien supplémentaire au personnel des communautés comme au personnel des centres de traitement. Ce processus peut inclure des stratégies pour :
 - élaborer des plans de mieux-être destinés au personnel;
 - trouver des occasions pour les intervenants d'exprimer leurs opinions sur les décisions;
 - examiner et mettre au point des politiques pour soutenir la santé de la main-d'oeuvre;
 - organiser régulièrement des événements et remettre des récompenses visant à reconnaître le travail des intervenants;
 - assurer des moyens officiels pour que les employés fournissent et reçoivent des commentaires; et
 - créer des plans de perfectionnement pour les employés.
- Renforcer le réseautage parmi les employés sous forme de forums régionaux de réseautage ou d'échange d'information visant à :
 - communiquer les méthodes efficaces;
 - améliorer la coordination des services; et
 - encourager les réseaux de soutien professionnels officiels ou non.

Connaissances culturelles

- Détermination des moyens pour tisser des liens entre les connaissances culturelles, les compétences et les pratiques culturelles communautaires. Cette approche sera importante afin de renforcer les compétences culturelles au sein des services de santé mentale et de mieux-être.
- Reconnaître les connaissances et compétences culturelles dans les qualifications professionnelles liées aux services de santé mentale et de mieux-être.
- Prendre en compte les connaissances et compétences culturelles pour fixer les traitements et les salaires.
- Fournir ou faciliter le perfectionnement des connaissances et des compétences culturelles à l'aide de stratégies de perfectionnement professionnel et de sécurité psychologique axées sur la culture.

Recrutement et maintien de l'effectif

- Pour un recrutement à plus long terme, il faudrait proposer davantage d'occasions d'avancement à l'aide des moyens suivants :
 - une approche progressive du développement de carrière, pouvant mener à l'obtention de diplômes ou aux études postsecondaires;
 - des programmes d'éducation à distance;
 - un soutien à la formation au moyen de bourses d'études;
 - des formations cliniques guidées;
 - des activités qui favorisent la sécurité psychologique en milieu de travail;
 - un soutien professionnel adapté sur le plan culturel au moyen d'un programme d'aide aux employés qui offre la possibilité de consulter les Aînés et les Intervenants Culturels; et
 - un programme d'orientation à l'intention des nouveaux employés pour les inciter à s'engager.

Études et formation

- Mettre en permanence l'accent sur les études et la formation des intervenants, particulièrement en ce qui concerne les nouveaux problèmes (p. ex., l'usage nocif de médicaments sur ordonnance), les populations cibles (p. ex., les femmes, les jeunes et les personnes souffrant de troubles mentaux concomitants) et les aptitudes et compétences essentielles (p. ex., les stratégies de prévention et de promotion de la santé basées sur des données probantes). Cette formation peut être offerte par le biais d'une approche de supervision clinique, aussi bien à l'échelle de la région que de la communauté, et elle peut être améliorée en suivant des cours à distance ou par vidéoconférence, tout en bénéficiant d'une formation et de conditions de travail flexibles.
- Mettre l'accent sur la formation en santé mentale et en traitement des dépendances des autres fournisseurs de soins qui peuvent également prendre part à la prestation de soins au client. La famille, les membres de la communauté, les autres fournisseurs de services communautaires, le personnel médical et de soins primaires (p. ex., les nutritionnistes et les dentistes) et les fournisseurs de services à l'extérieur des réserves comptent parmi ces fournisseurs de soins. Cette formation pourrait porter sur les signes de dépendance ou de troubles de santé mentale, les services et aides disponibles, les considérations culturelles et communautaires et celles propres au domaine professionnel.
- Les partenariats entre communautés et groupes ou Aînés qui possèdent un savoir culturel, organismes de formation régionaux, écoles et universités, ainsi qu'avec les organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux permettraient d'apporter un réel soutien aux professionnels qui souhaitent se former. En outre, les programmes de formation disponibles au sein des établissements d'éducation devront proposer les cours et les formations nécessaires pour que la main-d'oeuvre puisse acquérir des compétences supplémentaires.
- Établir des partenariats avec les organismes d'accréditation ainsi que les écoles et les universités pour s'assurer que la formation et les normes d'accréditation sont accessibles et adaptées culturellement au travail des intervenants en mieux-être mental des Premières Nations.

Agrément

- Satisfaire les besoins et les exigences liés à l'adaptation culturelle des normes d'agrément pour les intervenants du PNLAADA et du PNLASJ.

Salaires et avantages sociaux

- Il faut réunir davantage de renseignements et de données d'analyse pour pouvoir appliquer sur le plan régional et communautaire à la main-d'oeuvre en mieux-être mental, des grilles de salaires et des descriptions de travail qui ont été approuvées par les dirigeants des Premières Nations. Ces grilles pourraient tenir compte des compétences cliniques et culturelles et leur établissement pourrait se baser essentiellement sur les données relatives à l'agrément.

Méthode de supervision clinique du Manitoba

Conformément à une recommandation de la Manitoba Regional Needs Assessment (évaluation des besoins de la région du Manitoba), la division manitobaine de Santé Canada a conclu, avec l'appui du Manitoba First Nation Addiction Committee, un contrat avec un thérapeute visant à assurer un soutien clinique et la formation pour les quatre centres de traitement du PNLAADA de la région. Depuis 2009, le thérapeute dispense de la supervision clinique directe ainsi que de la formation, et coordonne des ateliers et des séances d'information, selon les besoins propres à chaque centre. La formation et l'information touchent des sujets tels que le soutien aux clients aux prises avec des problèmes de prescription de médicaments et aux enfants souffrant d'un SAF ou des EAF. Ces activités ont permis de faciliter l'établissement de partenariats avec des organismes connexes, ce qui a permis d'accroître la collaboration et les échanges d'information.

L'élaboration et le maintien de services et d'aides communautaires holistiques en dépendance, qui reposent sur la culture, les valeurs et les traditions des Premières Nations, sont au cœur du mieux-être et de la santé communautaires.

Ces services et soutiens sont améliorés lorsqu'ils sont contrôlés et définis localement et tirent parti d'une collaboration entre les organes administratifs et les fournisseurs de soins.

Gouvernance et coordination des systèmes

Description

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.

Dans les réserves, la responsabilité de la gouvernance des services de prévention et de traitement des dépendances incombe souvent aux chefs et aux conseils des Premières Nations, aux conseils d'administration des centres de traitement, aux conseils tribaux et aux structures de l'autonomie gouvernementale des Premières Nations. En ce qui concerne la santé mentale et les dépendances, les groupes dirigeants sont chargés de deux principales fonctions : 1) s'assurer que la conception et la stratégie des systèmes répondent bien aux besoins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances; 2) encourager la reddition de comptes dans tous les aspects de la prestation des services.

Les éléments clés qui assurent à la fois la gouvernance et la coordination des systèmes sont notamment :

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

Éléments clés

Services de lutte contre les dépendances et les services de mieux-être mental dirigés par la communauté

Pour qu'un service de dépendance et de mieux-être mental soit stable et progressif, il doit être dirigé par les communautés des Premières Nations et incarner leurs cultures, leurs valeurs et leurs traditions.

Liens de collaboration interjuridictionnelle

L'efficacité d'un système de lutte contre les dépendances requiert l'établissement et le maintien de liens de collaboration interministérielle et interjuridictionnelle. Ce type de collaboration permet de mieux comprendre :

- Le rôle des déterminants sociaux de la santé et leur influence sur la prestation des services et la continuité des soins aux clients (p. ex., la santé mentale, les services correctionnels, le mieux-être de l'enfant);
- La coordination et la transition entre les services et les aides (p. ex., entre les centres de traitement provinciaux de sevrage et les services communautaires); et
- La façon dont les services peuvent répondre aux besoins particuliers des populations et des communautés des Premières Nations (compétences culturelles).

Il est essentiel de bien définir et de promouvoir le lien existant entre la reddition de comptes et la communication. Ce lien de collaboration exige que l'on détermine précisément les rôles et les responsabilités des organismes dirigeants et des fournisseurs de services dans les réserves, ainsi que ceux des fournisseurs de services régionaux, provinciaux et nationaux.

Liens et partenariats à l'échelle du système

D'importantes possibilités de collaboration existent entre les organismes de gouvernance, les fournisseurs de soins de santé et les fournisseurs de services sociaux. Dans certains cas, cette collaboration est favorisée par les conseils de santé ou les comités consultatifs qui coordonnent les services de santé (y compris les services du PNLAADA et du PNLASJ), ou par un organisme régional au sein du PNLAADA qui représente toutes les communautés des Premières Nations.

Le fait de consolider les liens entre les réseaux de lutte contre la consommation de substances et le mieux-être mental, les représentants communautaires, les programmes communautaires et les autres partenaires clés à l'échelle communautaire (organismes de recherche, d'élaboration des politiques et de défense des intérêts) offre la possibilité de défendre les intérêts des Premières Nations à l'échelle régionale et nationale.

Les réseaux régionaux et nationaux peuvent proposer :

- des occasions d'échanger et de perfectionner les connaissances;
- un forum traitant de l'évolution du domaine de la lutte contre la consommation de substances et le mieux-être mental; et
- un plaidoyer constant en faveur des programmes.

Ces éléments s'avèrent essentiels pour appuyer les systèmes communautaires de lutte contre la consommation de substances et le mieux-être mental.

Comité de cogestion de la région de l'Alberta—Région de l'Alberta

Depuis 1996, le comité de cogestion de la région de l'Alberta veille à ce que les Premières Nations de l'Alberta soient partenaires à part entière de Santé Canada en ce qui a trait à l'administration de la santé communautaire. Ce groupe représente la majorité des communautés de la région, et celles qui ne sont pas membres peuvent assister aux réunions du comité à titre d'observatrices. Le comité de cogestion compte six sous-comités qui font le lien avec des groupes de programmes de Santé des Premières Nations et des Inuits (SPNI) : services de santé non assurés; santé mentale et dépendance (PNLAADA et PNLASJ); enfants et jeunes; programmes de prévention; protection sanitaire; gouvernance et immobilisations. Les sous-comités sont coprésidés par un représentant d'une Première Nation et de la DSPNI, ce qui garantit un partenariat à part entière et la participation à toutes les prises de décisions. Grâce à ce comité, les dirigeants des Premières Nations et la DSPNI sont habilités à participer à titre de partenaire égal à l'administration des programmes de santé qui visent les communautés de l'Alberta.

Situation actuelle

La diversité fait partie des structures de gouvernance des membres des Premières Nations à tous les niveaux et selon les communautés : les conseils de bande, l'autonomie gouvernementale, les conseils tribaux régionaux, les organisations provinciales et territoriales, ainsi que les organisations Autochtones nationales axées sur la femme, et les citoyens souffrant de problèmes de consommation de substances et de santé mentale. Cette situation peut présenter des défis uniques lorsqu'il faut adapter les besoins en matière de service et de gouvernance à cette clientèle de nature diversifiée.

Les leaders et les décideurs des communautés contribuent indéniablement à diminuer les problèmes de dépendances 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 dépendance ou de santé mentale pourront être contestables, particulièrement en ce qui a trait à la responsabilité de l'établissement des politiques et des normes.

Les niveaux d'intégration et de collaboration entre les services de mieux-être mental communautaires et les services hors réserve ou provinciaux sont très hétérogènes. Dans certaines régions, la collaboration est officielle et bien établie, alors qu'elle est absente ou peu présente ailleurs. C'est particulièrement le cas pour les services de sevrage.

Plusieurs régions disposent actuellement de forums où les comités et les groupes de travail régionaux peuvent réseauter, définir les besoins et les problèmes et s'échanger des conseils en matière d'actions régionales ou provinciales. Citons également la Fondation Autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, qui défend, à l'échelle du pays, les intérêts des services de mieux-être mental culturellement adaptés aux Premières Nations et aux Inuits.

Le PNLAADA et le PNLASJ sont actuellement associés sur le plan national avec :

- l'Assemblée des Premières Nations;
- Inuit Tapiriit Kanatami;
- la Fondation Autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances;
- le Comité consultatif sur la santé mentale des Premières Nations et des Inuits; et
- l'Association Autochtone de la santé mentale du Canada.

Certains représentants du PNLAADA interviennent dans les systèmes conventionnels de lutte contre les dépendances par l'intermédiaire du *Cadre national d'action*, qui est dirigé par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les dépendances et d'autres partenaires (dont le comité directeur sur la Stratégie nationale sur le traitement, le groupe consultatif national sur le perfectionnement de la main-d'oeuvre, et le groupe de travail sur les indicateurs nationaux sur le traitement). Il existe cependant des différences considérables en matière d'organisation et de soutien des réseaux régionaux et de la mobilisation. La façon dont chaque réseau influence les systèmes et les politiques nationales varie également.

Sommet sur les dépendances chez les Premières Nations du Québec : Mobilisés autour d'un changement réel—Trois-Rivières Québec

Du 1^{er} au 3 février 2011, l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador (APNQL) tenait, en collaboration avec ses organismes et commissions régionaux, un sommet traitant des moyens de lutter contre la consommation de substances et les dépendances, dont le thème était « mobilisés autour d'un changement réel ». Les chefs des Premières Nations du Québec et du Labrador considéraient comme une priorité l'organisation de ce sommet, ayant constaté que leurs populations étaient peu informées quant à l'ampleur de la situation et aux solutions possibles. Devant l'urgence réelle et la nécessité d'agir, les chefs des Premières Nations ont décidé de tenir un événement qui allait non seulement présenter la situation actuelle concernant les dépendances, mais aussi encourager les participants à examiner les solutions possibles et à prendre des engagements décisifs. Le sommet d'une durée de deux jours a regroupé près de 400 peuples des Premières Nations. En plus des ateliers et des réunions plénières, les participants ont assisté à des exposés de personnalités motivantes oeuvrant dans le domaine de la lutte contre les dépendances. Parmi ces personnalités, mentionnons Mary Wilson, Commissaire à la Commission de divulgation de la vérité et de réconciliation du Canada, Marie-Pierre Labbé-Philippe, psychologue et neuropsychologue à Mashteuiatsh et Stanley Vollant, un médecin-chirurgien de Pessamit.

Possibilités de renouvellement

- Reconnaître, respecter et encourager l'idée que la guérison est liée à l'autodétermination.
- Reconnaître le rôle primordial de tous les aspects de la gouvernance, de la coordination du système et de la prestation de services pour les clients ou leur famille qui ont recours aux services, et pour l'obtention de résultats positifs pour les clients.
- Reconnaître le rôle primordial de la prise en charge locale et de la continuité culturelle pour le mieux-être et la santé de la communauté. Cela peut comprendre :
 - les indicateurs montrant les réalisations de l'autonomie gouvernementale;
 - le recours à la justice pour la revendication des terres des Premières Nations;
 - le niveau de prise en charge locale en matière de services de santé, d'éducation et de police;
 - les infrastructures communautaires consacrées à la préservation de la culture;
 - la prise en charge locale en matière de protection de l'enfance;
 - les capacités de la communauté pour tous les déterminants sociaux de la santé; et
 - la participation des femmes à la gouvernance.
- Reconnaître la société Autochtone et apporter du soutien aux communautés (lorsque c'est souhaitable) en encourageant les structures de gouvernance fondées sur les traditions, la propriété de terres de régime coutumier, la réconciliation intérieure et la guérison. Ces éléments sont au cœur de la cohésion sociale qui se base sur les obligations et les responsabilités indissociables sur lesquelles sont fondées les sociétés Autochtones.
- Organiser des formations sur la gouvernance pour les conseils de santé et les centres de traitement. Ces séances de formation axées sur les bonnes pratiques de gouvernance mettront l'accent sur l'élaboration de plans de travail et sur les façons d'améliorer la collaboration entre les partenaires clés (à l'interne, mais aussi sur les plans interministériel, interjuridictionnel et à l'échelle de tout le système).
- Mettre en place des réseaux pour le soutien, la défense des intérêts, l'amélioration des connaissances et l'échange d'information. Ces réseaux peuvent s'implanter au sein même des mécanismes de soutien pour garantir que les modifications apportées aux politiques et aux lois reflètent véritablement les besoins des services de santé mentale et de dépendance du PNLAADA et du PNLASJ et les problèmes de soutien liés aux besoins changeants de la communauté.
- Surveiller activement les modifications apportées aux lois qui ont des répercussions sur le domaine de la lutte contre les dépendances (notamment la fiscalité, les drogues illicites, le respect de la vie privée, les normes de travail, la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents et le bien-être de l'enfance).
- Une communication claire et cohérente devrait guider, puis alimenter les politiques et la prestation de services, notamment l'adoption de mesures visant à renforcer les capacités en communication au sein et dans l'ensemble des communautés.
- Encourager l'engagement des dirigeants des Premières Nations dans les efforts de réduction des problèmes d'alcoolisme et de dépendance :
 - en montrant par l'exemple ce que peut apporter un mode de vie sain;
 - en apportant une aide politique et un soutien à la gouvernance pour que la prestation de services soit assurée par des personnes compétentes bien rémunérées;
 - en respectant et en défendant les traités et les droits des Autochtones, et en aidant à tisser des liens avec les services multidimensionnels afin de combler les lacunes;
 - en tenant compte des besoins en matière de compétences culturelles dans les services au sein et à l'extérieur des organisations et des communautés des Premières Nations; et
 - en instaurant des méthodes pour gérer les griefs et les plaintes relatives aux services.

Pour servir des clients et des communautés avec des problèmes de dépendance et de santé mentale, il faut établir un éventail de services de soutien communautaire et médical qui met en oeuvre des approches culturelles et conventionnelles aux soins.

Cette approche repose sur les compétences des intervenants quant aux problèmes de santé mentale, la capacité de répondre à des besoins particuliers et l'établissement de liens solides entre les fournisseurs de soins de santé.

Répondre aux besoins en santé mentale

Description

Il est généralement admis que les dépendances et les problèmes de santé mentale sont étroitement liés et se manifestent souvent en même temps. Par exemple, les troubles de santé mentale peuvent mener à la consommation d'alcool ou de drogues, notamment lorsque la personne tente de faire face à une situation de détresse. De même, la consommation de substances peut provoquer des troubles de santé mentale, tels que la dépression et l'anxiété.

Le terme *troubles concomitants* exprime la combinaison de troubles mentaux et de dépendance. Parmi les problèmes de santé mentale communs, on compte les changements d'humeur, l'anxiété, les troubles de la personnalité et le syndrome de stress post-traumatique. Les personnes affectées par des troubles concomitants sont généralement en mauvaise santé (phénomène que l'on appelle aussi comorbidité élevée).

Pour prévenir les dépendances, il est crucial d'adopter une approche holistique en matière de mieux-être mental, en mettant l'accent sur les forces, la résilience et le rétablissement de la personne. Il existe de nombreuses approches systémiques permettant de répondre aux besoins liés à la santé mentale des clients ayant des problèmes de dépendance. Certaines méthodes favorisent l'aiguillage, la coopération et la collaboration entre les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, qu'ils soient dans les réserves ou à l'extérieur. D'autres méthodes ont plutôt recours à des aides spécialisées en santé mentale au sein des services de lutte contre les dépendances. Il existe également des services polyvalents pouvant répondre de façon plus globale aux besoins en matière de mieux-être mental des clients et de la communauté.

La fréquence des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance a d'importantes répercussions à la fois sur la prévention et le traitement des dépendances. Dans de nombreux cas, il vaut mieux traiter tous les problèmes à la fois, en adoptant des approches intégrées ou collaboratives.

Pour répondre efficacement aux besoins en matière de santé mentale au sein d'un système de lutte contre les dépendances, il faut :

- des réseaux solides d'aiguillage et de gestion des cas;
- des centres capables de traiter les troubles concomitants;
- des services communautaires de soutien au mieux-être mental;
- des approches Autochtones de la santé mentale; et
- une évaluation médicale et un soutien pharmacologique, au besoin.

Éléments clés

Réseaux solides d'aiguillage et de gestion des cas

Pour les clients ayant besoin à la fois de services en santé mentale et de services de lutte contre les dépendances, il est parfois nécessaire de se rendre dans deux endroits différents. Toutefois, les clients peuvent accéder aux services et aux aides grâce aux liens solides entre ces services à partir de plusieurs éléments de soins. Par exemple :

- des soins de suivi communautaires en matière de santé mentale et de dépendance pourraient être dispensés après un traitement intensif dans un établissement provincial de santé mentale ou dans un établissement communautaire de soins intensifs de courte durée;
- un accompagnement thérapeutique communautaire continu en matière de santé mentale, y compris pour les familles, pourrait être proposé après le traitement du PNLAADA ou du PNLASJ;
- des liens avec les services de soins de première ligne pourraient se tisser dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci, pour répondre aux problèmes de santé mentale; et
- un psychologue itinérant, ou la visite d'un Aîné, et un agent de prévention du PNLAADA pourraient travailler de concert avec le client et sa famille au sein de la communauté.

Ces exemples nécessitent tous la mise en place de mécanismes pour favoriser la collaboration. Certains de ces mécanismes comprennent des évaluations particulières à la culture, des évaluations normalisées, des protocoles précis pour la gestion des cas et une acceptation commune de la relation entre les troubles de santé mentale et ceux liés à la dépendance pour le client. Le fait de s'accorder sur l'importance de la culture et de la communauté pour le soutien du mieux-être peut aider les fournisseurs de services à collaborer pour répondre aux besoins du client. Cela peut élargir le réseau d'aides proposées au client.

Centres capables de traiter les troubles concomitants

Les services existants de lutte contre les dépendances peuvent répondre, en toute sécurité et efficacement, aux besoins des clients atteints de troubles concomitants, particulièrement les clients dont le niveau de gravité des troubles est moindre, si ces services disposent d'un personnel qualifié et d'un accès à la supervision clinique et aux services spécialisés d'aide culturelle permettant d'offrir un soutien individuel aux clients.

Il faut parfois accéder à des services médicaux en dehors du centre pour les clients dont l'approche de traitement est axée sur la prise de médicaments pour aider à gérer ses troubles mentaux. Toutefois, pour certains centres, la capacité de gérer des troubles concomitants spéciaux n'est pas toujours nécessaire ou possible. Il est souvent plus pratique pour tous les centres d'avoir un minimum de compétences qui leur permet de traiter les problèmes de santé mentale, et de compter sur les centres spécialisés qui sont en mesure de traiter les troubles concomitants spéciaux dans le cadre du continuum de services à l'échelle régionale et nationale.

Services de soutien au mieux-être mental fondé sur la communauté

Lorsqu'il existe des services de soutien solides dans la communauté qui sont flexibles et conçus pour atteindre les objectifs de mieux-être mental de la communauté, il n'est pas nécessaire de mettre en place des services spécialisés pour certains clients. Par exemple, la recherche suggère qu'en ce qui concerne les jeunes, un diagnostic et une intervention précoces en matière de troubles de santé mentale permettent d'en réduire la gravité et, donc, les risques d'apparition ultérieure d'un problème de dépendance.

Les services de soutien communautaires peuvent aussi aider d'autres clients avant qu'ils n'accèdent à des services spécialisés ou faciliter leur retour à domicile. Ce dernier point peut impliquer des services de soutien au sein de la communauté (comme des équipes multidisciplinaires proposant des soins de suivi aux familles). Pour de nombreuses personnes, les préjugés représentent souvent un obstacle majeur qui les empêche d'accéder à ces services, ce qui montre la nécessité d'instaurer des relations de confiance. Notons toutefois que les services de soutien en santé mentale favorisent l'accès à l'accompagnement thérapeutique ou à des services spécialisés pour les membres de la communauté.

Il est indispensable de tisser des réseaux et des liens avec les services provinciaux, particulièrement pour les clients atteints de troubles concomitants et d'autres troubles mentaux aigus. L'accès aux aides communautaires et culturellement adaptées en santé mentale est tout aussi important. Cela comprend les activités de prévention, de promotion de la santé, de dépistage précoce, d'intervention et de suivi, et les aides qui sont coordonnées et couplées aux efforts de développement communautaire.

Approches Autochtones de la santé mentale

Afin de refléter la diversité des besoins des clients, il est souvent nécessaire d'adopter des approches culturelles et Autochtones en parallèle avec les méthodes cliniques conventionnelles. Il revient au client, à la famille et à la communauté de définir les approches culturelles particulières à utiliser et le bon équilibre avec les autres méthodes. La détermination de ces approches doit également respecter la diversité au sein de la communauté des Premières Nations et s'adapter aux diverses méthodes de soins. Par exemple, certains Intervenants Culturels sont formés aux pratiques cérémonielles servant à l'évaluation et au diagnostic, et à l'utilisation des médecines naturelles, qui peuvent être un moyen important d'améliorer le mieux-être des personnes atteintes de troubles concomitants de dépendance et de santé mentale. Tout en se basant sur les préférences, les forces et les besoins du client, il faut considérer la médecine et les cérémonies Autochtones comme indissociables des autres aspects du soutien et des soins.

Évaluation médicale et soutien pharmacologique

Pour de nombreux clients, il est nécessaire de procéder à une évaluation médicale afin d'exclure les possibilités de maladies physiques qui peuvent causer ou aggraver les symptômes de trouble mental, et de déceler les problèmes liés à la santé mentale. Pour savoir s'il faut poser un diagnostic psychiatrique, il faut examiner la gravité des symptômes, la détresse qu'ils entraînent et le degré de perturbation de la vie de la personne, c'est-à-dire sa capacité d'établir et de maintenir des relations d'amitié, notamment, d'occuper un emploi et de prendre soin d'elle-même ou des autres. Selon les résultats de l'évaluation médicale, des médicaments pourront être prescrits afin de gérer les symptômes de la maladie mentale et de réduire les risques pour le client.

En plus des médecins, les infirmières praticiennes sont susceptibles de jouer un rôle important dans l'administration et la prescription des médicaments. Dans certaines régions, le personnel infirmier peut renouveler les ordonnances de médicaments psychiatriques pour traiter divers troubles de santé mentale (p. ex., la dépression, l'anxiété ou la schizophrénie) alors que dans d'autres régions, il est également autorisé à prescrire de tels médicaments. Certains clients ne peuvent donc pas recevoir de nouvelles ordonnances dans les réserves. Cependant, de nombreuses communautés, en particulier les communautés rurales et éloignées, constatent fréquemment que l'accès aux évaluations médicales, à la prescription d'ordonnances et aux aides psychologiques, sociales et culturelles complémentaires est problématique.



Situation actuelle

Depuis toujours, la santé mentale et les dépendances sont perçues et traitées comme des pathologies distinctes et disposent chacune de leur propre système de soins. Certains ont exprimé leur inquiétude concernant le fait de fusionner les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, car ils craignent qu'en essayant de gérer les troubles mentaux au sein des programmes de lutte contre les dépendances, on finisse par perdre les compétences spécifiques et l'attention portée aux dépendances. Les questions structurales liées à l'intégration des systèmes sont complexes, mais il est néanmoins essentiel d'améliorer la collaboration entre les services de santé mentale et ceux de lutte contre les dépendances afin de répondre aux besoins des clients. On répondrait ainsi également à la demande des clients et des communautés, qui réclament des services plus efficaces, plus holistiques et plus centrés sur le client.

Le nombre élevé de troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de dépendances exige une solide collaboration au sein des services et entre eux, ainsi qu'un travail de dépistage, d'aiguillage et d'évaluation, et des méthodes de traitement. On observe que les services de santé mentale et les services de dépendances commencent à collaborer au sein de certaines communautés des Premières Nations. Toutefois, les aides nécessaires à l'intégration des plans de traitement sont souvent inexistantes. Ces aides comprennent des évaluations propres à la culture, des évaluations normalisées, des protocoles pour la gestion des cas et le partage des renseignements, ainsi que des tests de dépistage adaptés aux troubles de santé mentale.

À l'heure actuelle, il existe très peu de services spécialisés dans la santé mentale. Les services de santé mentale sont limités et cloisonnés et sont souvent dispensés par divers organismes. Le manque de services en santé mentale est visible aussi bien dans les réserves qu'à l'extérieur. Même si le système de lutte contre les dépendances est bien établi dans les réserves à l'échelle nationale, les services en santé mentale y sont sous-développés et il existe peu de coordination entre les deux systèmes. En outre, il est difficile d'accéder aux services provinciaux de santé mentale en raison des longues listes d'attente. Ces services ne sont pas toujours adaptés à la culture des clients ou sûrs, et l'on note aussi parfois une absence de services spécialisés visant certaines populations, comme les jeunes.

Le système se retrouve dans une impasse non seulement lorsque les clients n'arrivent pas à avoir accès à des services plus spécialisés, mais lorsqu'il n'y a pas de services de santé mentale spécialisés ou lorsqu'il y a de longues listes d'attente, les soutiens locaux offerts aux clients ne permettent pas de répondre à leurs besoins.

Le nombre de centres de traitement capables de gérer les troubles concomitants est en augmentation. Dans tous les cas, il a fallu que le personnel suive une formation spécialisée et accède à la supervision clinique et souvent à d'autres aides psychomédicales. Si l'accès à ces aides est limité, ou si le centre éprouve des difficultés à recruter ou à retenir du personnel qualifié, la capacité de prise en charge des cas plus complexes restera un problème. Il en va de même sur le plan communautaire, où les agents de prévention ont besoin de plus de formation et de soutien pour répondre aux besoins des clients atteints de troubles concomitants.

L'emploi des médicaments pour la santé mentale est un nouveau domaine auquel de nombreux intervenants communautaires et centres de traitement ont dû faire face. Un important corpus de recherche soutient l'idée que les personnes atteintes de troubles concomitants ont de bien meilleurs résultats lorsqu'elles bénéficient d'une intervention en dépendance tout en recevant une médication *appropriée*, alors que les médicaments ou le counselling seuls sont moins efficaces. La détermination de la pertinence d'un médicament exige souvent le contrôle d'un professionnel de la santé mentale autorisé.

À l'heure actuelle, la politique de certains centres du PNLAADA restreint les médicaments pour la santé mentale. Toutefois, bien d'autres centres se sont adaptés aux besoins de leurs clients dans ce domaine. Ces centres ont signalé que l'obtention de l'agrément est particulièrement utile pour prodiguer des conseils sur les protocoles et les politiques de gestion de la pharmacothérapie.

Il existe des exemples d'initiatives communautaires de soutien au mieux-être mental, financées par des programmes tels que Grandir ensemble ou Pour des communautés en bonne santé. Elles sont cependant perçues comme insuffisantes pour répondre pleinement aux besoins de la communauté ou ne sont pas réalisées de manière systématique ou réfléchie (voir l'Élément 1 pour en savoir davantage sur les approches communautaires en matière de mieux-être).

Des équipes communautaires et multidisciplinaires de mieux-être mental offrent un éventail de soutiens et de services liés aux dépendances et à la santé mentale adaptés aux différences culturelles ainsi que des aides aux communautés des Premières Nations, y compris des services cliniques mobiles; l'accès à des services spécialisés de santé mentale; le développement communautaire et des programmes traditionnels ou culturels. La notion d'équipes de mieux-être de santé mentale appuie une approche intégrée de la prestation des services (plurijuridictionnel, plurisectoriel) pour créer un réseau de services de mieux-être mental à l'intention des Autochtones qui vivent dans les réserves et à l'extérieur. Les équipes de mieux-être mental relèvent de la communauté qui les définit et les utilise. Cela comprend des approches cliniques traditionnelles, culturelles et ordinaires des services de mieux-être mental, qui couvrent le continuum de soins.

Aide aux familles Dilico Anishnabek (Dilico Anishnabek Family Care)—Ontario

Afin de répondre aux demandes et aux besoins croissants, Dilico a effectué des recherches approfondies pour améliorer ses services et répondre aux besoins des personnes affectées par des troubles concomitants ou une dépendance aux médicaments, ainsi que pour offrir des services de traitement propres à chaque sexe. Ces recherches ont amené le centre à prendre des dispositions pour inclure les troubles concomitants dans sa mission, mais aussi dans le cadre du dépistage, de l'évaluation, de la planification du traitement, du contenu du programme, de la planification des sorties, et des compétences et de la formation du personnel, afin de pouvoir être considéré comme un programme capable de gérer les troubles concomitants. La prestation de services met maintenant l'accent sur la gestion des cas tout en incluant la prise de médicaments et en proposant de façon systématique un soutien clinique et des consultations. Le centre s'efforce également d'améliorer les services de soutien prétraitement et de soins de suivi pour améliorer le continuum de soins et mieux soutenir les clients ayant des besoins complexes.

Possibilités de renouvellement

- Afin de refléter la diversité des besoins des clients, il est important d'intégrer des approches culturelles et Autochtones aux méthodes cliniques conventionnelles au sein des services de santé mentale et des services de dépendance.
- Les intervenants en santé mentale et en dépendance doivent être compétents sur le plan culturel, avoir suivi une formation interdisciplinaire et avoir accès au réseautage. Plus particulièrement, les intervenants doivent posséder des compétences de base en matière d'accompagnement thérapeutique individuel et familial et de gestion des cas, et connaître les principaux problèmes liés aux dépendances et à la santé mentale.
- Adopter une approche de coordination communautaire à long terme des services de mieux-être mental, des aides et des intervenants. Cela peut demander :
 - l'élaboration de plans communautaires pour le mieux-être qui tiennent compte de la santé mentale, de la dépendance aux drogues et à l'alcool et du développement communautaire;
 - la création d'équipes multidisciplinaires adaptées aux besoins communautaires, comprenant des Intervenants Culturels et conventionnels, oeuvrant au sein et dans l'ensemble des collectivités; et
 - la désignation d'un-e coordonnateur-trice des initiatives pour le mieux-être au sein de chaque communauté, ayant pour mandat d'assurer le leadership de l'ensemble des activités liées à la santé mentale, à la dépendance aux drogues et à l'alcool et au développement communautaire. Ce-tte coordonnateur-trice devra posséder des connaissances et compétences précises et éventuellement assurer directement la prestation des services.
- Une évaluation et un dépistage plus fiables permettraient aux intervenants en dépendance de mieux cerner les besoins du client et de trouver la formule la plus adaptée parmi les services proposés. Le meilleur moyen d'y arriver serait d'envisager des outils ou des approches d'évaluation normalisés ainsi qu'une formation pertinente.
- Des dispositions souples en matière de financement permettront de renforcer les services de soutien (Autochtones et cliniques) en santé mentale sur le plan communautaire et aideront à répondre aux besoins des clients atteints de troubles concomitants, et à ceux de leur famille.
- Il est nécessaire de mettre en place une méthode systématique pour permettre aux programmes de traitement du PNLAADA et du PNLASJ de mieux répondre aux besoins des clients atteints de troubles concomitants. Cela permettra de se pencher à la fois sur les questions de santé mentale et sur celles liées aux dépendances tout au long du traitement, mais aussi dans le cadre des politiques et des procédures (p. ex., pour la prescription de médicaments et en cas d'urgence psychiatrique), du dépistage, de l'évaluation et de l'aiguillage, des procédures d'admission, et du séquençage et de l'analyse du traitement.
- Les réseaux d'aiguillage doivent simplifier l'accès aux services adaptés et permettre aux intervenants en dépendance et aux divers intervenants communautaires d'orienter plus facilement les clients vers des ressources spécialisées (par exemple, un médecin ou des services axés sur les troubles mentaux graves). Le fait d'entretenir des relations avec les ressources communautaires aidera également les intervenants à faciliter le retour au domicile des clients.
- Développer des services de traitement spécialisés pour les jeunes qui pourraient profiter de nouvelles méthodes de soins.
- Élaborer des politiques de transport pour raison médicale qui permettent au client d'accéder à des services de soins adaptés à ses besoins et qui favorisent un retour au traitement, même en cas de tentative préalable récente.

Équipe du mieux-être mental du conseil tribal de Nuuchah-nulth—Colombie-Britannique

Le conseil tribal de Nuuchah-nulth offre un soutien multidisciplinaire à 14 communautés des Premières Nations de l'île de Vancouver. L'équipe de mieux-être mental de Quu'asa représente un partenariat entre divers professionnels de la santé et des employés du soutien communautaire comme du personnel infirmier, des travailleurs en développement de l'enfance, des conseillers-cliniciens, des guérisseurs, des services de soutien externe et la GRC. L'équipe coordonne des traitements axés sur le client et sur ses points forts et en harmonie avec la culture, visant la santé mentale et la lutte aux dépendances. Des guérisseurs et une équipe multidisciplinaire coordonnent des cérémonies en travaillant de concert avec la communauté, et en faisant de la planification et de la consultation auprès des professionnels de la santé en matière d'approches de guérison adaptées à la culture. Les intervenants Quu'asa fournissent soutien, information et orientation en matière de prévention et de guérison adaptées à la culture dans les communautés, dans les lieux publics, dans les lieux de travail et dans le cadre d'entretiens individuels. Des guérisseurs expérimentés supervisent les rassemblements, les cérémonies et les activités culturelles de guérison et sont invités aux conférences de cas. Le programme est administré depuis quelques années et donne de bons résultats dans la diminution du suicide et des dépendances chez les jeunes et dans la promotion de la santé mentale.

Pour offrir un système de soins efficace, il est nécessaire de mener des recherches adaptées sur le plan culturel et d'assurer le suivi continu des résultats de programme comprenant non seulement des données sur la consommation individuelle d'alcool et d'autres drogues, mais également tous les facteurs qui contribuent au mieux-être des Premières Nations.

Cette méthode permet de communiquer les connaissances et de soutenir les programmes de mieux-être afin de mieux répondre aux besoins des clients et des communautés.

Mesure du rendement et recherche

Description

La mesure du rendement et la recherche servent à élaborer et à mettre en place des programmes et des services efficaces. Elles permettent de mettre au point des méthodes pour mieux répondre aux besoins des clients tout en rentabilisant au mieux les ressources existantes. La mesure du rendement est un outil important pour montrer aux clients, aux communautés et aux parties prenantes que le travail effectué dans le cadre des programmes de lutte contre la consommation des substances et le mieux-être mental a des répercussions positives sur le mieux-être des communautés des Premières Nations. Les activités de recherche coordonnées sont essentielles pour apporter des données probantes et une meilleure compréhension des raisons pour lesquelles le travail effectué fonctionne dans un certain contexte, du point de vue des Premières Nations. La recherche peut aussi servir à justifier les modifications à apporter.

Voici les éléments clés pour mieux mesurer le rendement et effectuer des recherches dans le cadre du système de lutte contre la consommation des substances et le mieux-être mental chez les Premières Nations :

- des renseignements sur la santé de la population;
- un système intégré de mesure du rendement;
- une stratégie de recherche; et
- le partage des connaissances.

Éléments clés

Renseignements sur la santé de la population

Ces renseignements portent sur l'état de santé (mesure des résultats) et sur les indicateurs des besoins en soins de santé (mesures socioéconomiques). Les mesures socioéconomiques incluent des renseignements sur les déterminants de la santé, ces données pouvant servir à la planification des besoins et à choisir des programmes axés sur l'amélioration de l'état de santé général.

Système intégré de mesure du rendement

Les mesures du rendement intégrées peuvent s'avérer un moyen efficace pour déterminer un changement nécessaire au sein d'une organisation. Les principales composantes d'un système intégré de mesure du rendement comprennent le suivi et la communication des données d'activités (p. ex., la disponibilité des services et les taux d'utilisation, les données et les résultats des clients). Cela s'effectue généralement par une tenue des dossiers systématique, comme la gestion de cas ou un système électronique. En outre, il est important de comparer ces données avec les indicateurs désignés en matière de ressources humaines, tels que le roulement, les griefs, l'assiduité et la satisfaction du personnel, afin d'y associer les répercussions sur les soins prodigués aux clients et les résultats des services.

Stratégie de recherche

Une stratégie de recherche bien définie détermine et finance les domaines de recherche les plus importants pour le mieux-être des clients et leur communauté. Des recherches précises sont alors nécessaires pour démontrer l'incidence des interventions culturelles. Il est important que la stratégie de recherche et les projets de recherche reconnaissent la culture Autochtone et reflètent les valeurs de la communauté en ce qui a trait aux principes de recherche contrôlée et détenue par la communauté.

La recherche peut aussi contribuer à élaborer de nouvelles méthodes de traitement ou des mesures visant à améliorer les soins dispensés à la communauté (p. ex., les soins concernant des dépendances particulières et les soins pour les clients ayant des besoins spéciaux). Elle peut aussi porter sur d'autres variables qui ont une incidence sur les soins et sur l'accès aux soins. Les études judicieuses portent généralement aussi bien sur la mesure du rendement que sur les stratégies de recherche.

Partage des connaissances

Le partage des connaissances permet de transmettre et d'intégrer les résultats des recherches et les renseignements dans les domaines de la recherche, des politiques et des pratiques à l'échelle communautaire, régionale et nationale. Il contribue à la mise au point de nouvelles méthodes de soins et à l'optimisation des services à tous les niveaux, à l'aide notamment de rencontres individuelles, de conférences et de forums électroniques.

Situation actuelle

Les données à l'échelle de la population des Premières Nations servant à la surveillance ou à la planification des programmes de lutte contre les dépendances sont actuellement limitées. Les recherches effectuées à l'échelle du Canada sur la consommation des substances et la santé mentale ne comprennent pas toujours les populations vivant dans les réserves. De plus, elles portent généralement sur un échantillon trop faible de la population, ce qui ne permet pas de préciser des données sur les membres des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves.

Les précédentes études menées afin d'obtenir des données à l'échelle de la population concernant la consommation des substances et la santé mentale chez les Premières Nations ont suscité certaines préoccupations : de faibles taux de participation, le fait que les outils du sondage et l'interprétation des résultats étaient peu adaptés à la culture, et le manque d'objectivité des outils de diagnostic. L'utilisation de ces données se révèle également une question très délicate, particulièrement lorsqu'il s'agit de refléter une vision globale du mieux-être. La source de données la plus crédible disponible à l'échelle de la population est l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations, la seule enquête nationale sur la santé des Premières Nations qui soit régie par celles-ci au Canada. Cette enquête recueille des données fondées sur les conceptions occidentales et traditionnelles de la santé et du mieux-être.

Les recherches portant exclusivement sur les programmes de lutte contre les dépendances auprès des Premières Nations font souvent intervenir des organismes partenaires à l'échelle locale, régionale, nationale et internationale, et elles se fondent sur les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP) des données issues de la recherche. Les processus communautaires et les protocoles culturels doivent être respectés, dans la mesure où la recherche est d'intérêt communautaire.

Certaines communautés des Premières Nations ont mis au point des indicateurs qui portent sur le mieux-être plutôt que sur la maladie, et elles pourraient recueillir des données sur la santé à l'échelle familiale ou communautaire plutôt qu'individuelle.

En l'absence de données exhaustives, il s'avère difficile d'évaluer précisément les lacunes, les besoins et les priorités en matière de services, ou encore de formuler des recommandations concernant la meilleure manière d'affecter les ressources.



Honorer nos forces : Cadre renouvelé pour aborder la lutte contre la consommation de substances chez les Premières Nations au Canada

Centre de traitement Nimkee NupiGawagan (Nimkee NupiGawagan Healing Centre)—Ontario

Ce centre s'est allié au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) et à l'Université Carleton pour rechercher des indicateurs de la durée des séjours des clients. Ce projet de recherche confirme la validité de l'usage d'indicateurs pour suivre l'engagement des clients de 12 à 17 ans dans le programme de traitement de quatre mois, propre à chaque sexe, dans le but d'améliorer les résultats du traitement. Cette recherche a révélé de nombreux facteurs influençant l'engagement des clients, leur maintien et l'achèvement du traitement. De plus amples recherches sur la durée du programme et sur la longueur du séjour des clients permettraient de normaliser les indicateurs et leur signification en vue de prises de décisions cliniques éclairées. Ce serait important, car le taux moyen d'achèvement du traitement chez les jeunes à l'échelle nationale est d'environ 50 pour cent, alors que le Nimkee NupiGawagan Healing Centre obtient un taux annuel d'achèvement du traitement de 100 pour cent chaque année pendant trois ans et de 90 pour cent à long terme.

Il n'existe pas d'ensemble d'indicateurs prédéfinis pour orienter la collecte de données ou la mesure du rendement au sein du système de consommation des substances et le mieux-être mental des réserves. Dans certains cas, la population n'est pas au courant des avantages que représente la collecte de données, ni de l'infrastructure nécessaire pour la soutenir. Un système électronique de base conçu pour la collecte des données est actuellement en cours d'élaboration, mais d'ici sa mise en oeuvre, les données sur le rendement resteront très peu fiables, dans les centres de traitement comme dans les communautés.

Dans le processus de renouvellement actuel, on a relevé de nombreuses lacunes en matière de recherche et d'information. On a donc convenu qu'il était primordial d'améliorer la qualité des données probantes pour actualiser les programmes. Ce processus ainsi qu'une base de recherche émergente ont servi à valider les Connaissances Autochtones et les pratiques traditionnelles au sein des services de dépendance. Toutefois, les définitions des termes « Connaissances Autochtones » ou « données probantes Autochtones » demeurent vagues. Au sein du PNLAADA et du PNLASJ, il existe peu d'ouvrages ou de documents traitant du rôle de la culture dans le mieux-être mental, ou de la structure, des processus et des résultats des programmes se fondant sur la culture. Il s'agit de domaines qui requièrent une attention particulière et un soutien conséquent du milieu de la recherche.

On a besoin de recherches de grande envergure pour constituer une base de données probantes concernant les Premières Nations, et ce besoin a été reconnu comme étant prioritaire. On s'intéresse beaucoup aux moyens de confirmer l'efficacité des stratégies existantes par la recherche. Cela contribuerait à déterminer les modalités thérapeutiques

les plus adaptées en fonction des groupes (p. ex., les femmes et les jeunes) et des différentes substances (p. ex., la méthadone et les médicaments) au sein des Premières Nations. Précisons également que très peu de recherches ont été effectuées sur la prévention de l'usage des substances au sein des communautés des Premières Nations. Les résultats des évaluations des besoins régionaux et des forums de recherche ont révélé que l'on s'intéresse beaucoup à la recherche sur le rôle de la culture dans la guérison, ainsi qu'aux façons d'intégrer les méthodes Autochtones dans les méthodes thérapeutiques conventionnelles. Certaines communautés ont déclaré avoir l'impression d'avoir été « examinées sous toutes les coutures », mais les obstacles à la recherche les plus fréquemment cités sont l'accès à du financement, des chercheurs spécialistes de la culture et le manque de participation des communautés dans la définition des projets de recherche. Les avis concernant les méthodes de recherche utilisées dans les communautés sont aussi variés que les domaines qui restent à étudier scientifiquement. Par exemple, il faudrait déterminer la pertinence et la signification de la recherche du point de vue de la communauté, et pas seulement du point de vue clinique.

Pour conclure, on considère aussi que les occasions de partage des connaissances encourageant l'intégration de stratégies basées sur des données probantes sont généralement insuffisantes. On a constaté un désir d'avoir davantage d'occasions d'échanger des connaissances entre les fournisseurs de service pour discuter de ce qui fonctionne bien pour leurs clients. Il semble également qu'on souhaite discuter de la recherche concernant certains domaines de programme et recevoir de l'information sur des sujets précis, comme les traitements cliniques, afin d'aider les clients qui ont des problèmes touchant les médicaments sur ordonnance.



Possibilités de renouvellement

Renseignements sur la santé de la population

- Des méthodes améliorées de collecte de données sur la population sont essentielles pour appréhender l'envergure des problèmes de dépendance, les tendances et les évolutions démographiques, ainsi que les enjeux régionaux. Ces données contribueront à planifier en fonction des besoins, et à améliorer la surveillance nationale ainsi que le partage des données. Ces données doivent être recueillies et utilisées d'après les résultats des renseignements disponibles à l'échelle de la population, comme l'*Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations*, et en partenariat avec les communautés.

Mesure du rendement intégrée

- Employer des processus bien conçus et continus à l'échelle de la communauté ou du centre de traitement qui appuient une méthode systématique de collecte et de gestion des données sur les clients et les programmes.
- Mettre en place un ou plusieurs systèmes de gestion des données dans la communauté ou le centre de traitement qui appuient la collecte et la communication des renseignements sur les indicateurs de rendement clés à l'échelle communautaire, régionale et nationale. À mesure que ces systèmes évolueront, il pourrait exister des possibilités de coordonner les systèmes de données à l'échelle de la province.
- Offrir des occasions continues de renforcement de la capacité et de formation afin de disposer d'un système solide de mesure du rendement conçu en collaboration avec les communautés qui soit utile pour celles-ci.
- Analyser régulièrement les données relatives aux mesures du rendement à tous les niveaux et les utiliser pour la conception et la mise en oeuvre du système.

Femmes Autochtones consommatrices de drogues en conflit avec la loi : une étude sur l'importance de l'image de soi dans le processus de guérison (Aboriginal Women Drug Users in Conflict with the Law: A Study of the Role of Self-Identity in the Healing Journey)

Peu de recherches se sont penchées sur la manière dont la guérison des femmes est touchée par la stigmatisation liée à la consommation de drogues, à l'activité criminelle et au fait d'être Autochtone au Canada. Se fondant sur la documentation actuelle et sur l'expertise pratique, la Fondation Autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et l'Université de la Saskatchewan ont entrepris une étude conjointe sur ce sujet. Grâce au financement initial de l'Institut de la santé des Autochtones, faisant partie des Instituts de recherche en santé du Canada, plus de 100 femmes Autochtones du Canada ont partagé leurs impressions sur leur processus de guérison dans les centres de traitement du PNLAADA, y compris celles qui ont suivi en entier le traitement du PNLAADA. L'étude révèle que la guérison de l'usage nocif de drogues exige de tenir compte du besoin des femmes de rétablir, et dans certains cas d'établir pour la première fois, une saine image de soi en tant que femme Autochtone. Cette démarche implique la compréhension des répercussions néfastes de la stigmatisation. D'autre part, les dispensateurs de traitement du PNLAADA ont donné un aperçu de leur rôle dans la constitution (ou reconstitution) de l'image de soi chez les femmes et de ses répercussions sur leur guérison. L'étude visait à apporter des connaissances nouvelles dans le domaine du traitement, connaissances permettant d'alléger le fardeau de mauvaise santé des femmes Autochtones au Canada. Un important outil d'application des connaissances a été créé à partir des découvertes de l'étude, il s'agit d'une chanson, accompagnée d'un vidéoclip, intitulée *From Stiletos to Moccasins* (des talons hauts aux mocassins) ainsi que l'atelier d'intervention en santé correspondant. En donnant la parole aux femmes, souvent réduites au silence en ce qui touche leur expérience, ces produits établissent un lien entre les répercussions néfastes de la stigmatisation et les bienfaits de la résilience qu'apporte l'identité culturelle.

Stratégie de recherche

- Il est nécessaire de définir une stratégie de recherche coordonnée pour s'assurer que les études portant sur les Premières Nations sont menées de façon systématique et continue dans le cadre du système global de lutte contre les dépendances dans les réserves. Cette stratégie permettrait d'améliorer :
 - la compréhension de *ce qui fonctionne bien* en matière de prévention et de traitement des dépendances auprès des Premières Nations;
 - la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes;
 - le perfectionnement professionnel;
 - les politiques, par exemple, l'association des programmes de lutte contre la consommation des substances et des programmes de santé mentale; et
 - la détermination des secteurs de recherche prioritaires, comme les stratégies de prévention, les modalités thérapeutiques, ainsi que la recherche portant sur des groupes particuliers, comme les femmes et les jeunes, sur certaines substances et sur les moyens de garantir la *réussite* du traitement.

Cette stratégie serait fondée sur les priorités déterminées par le processus de renouvellement du PNLAADA et en fonction des activités de participation à la recherche de la Fondation Autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD), et elle cherche à collaborer avec de nombreux organismes de recherche, tels que les Instituts de recherche en santé du Canada.

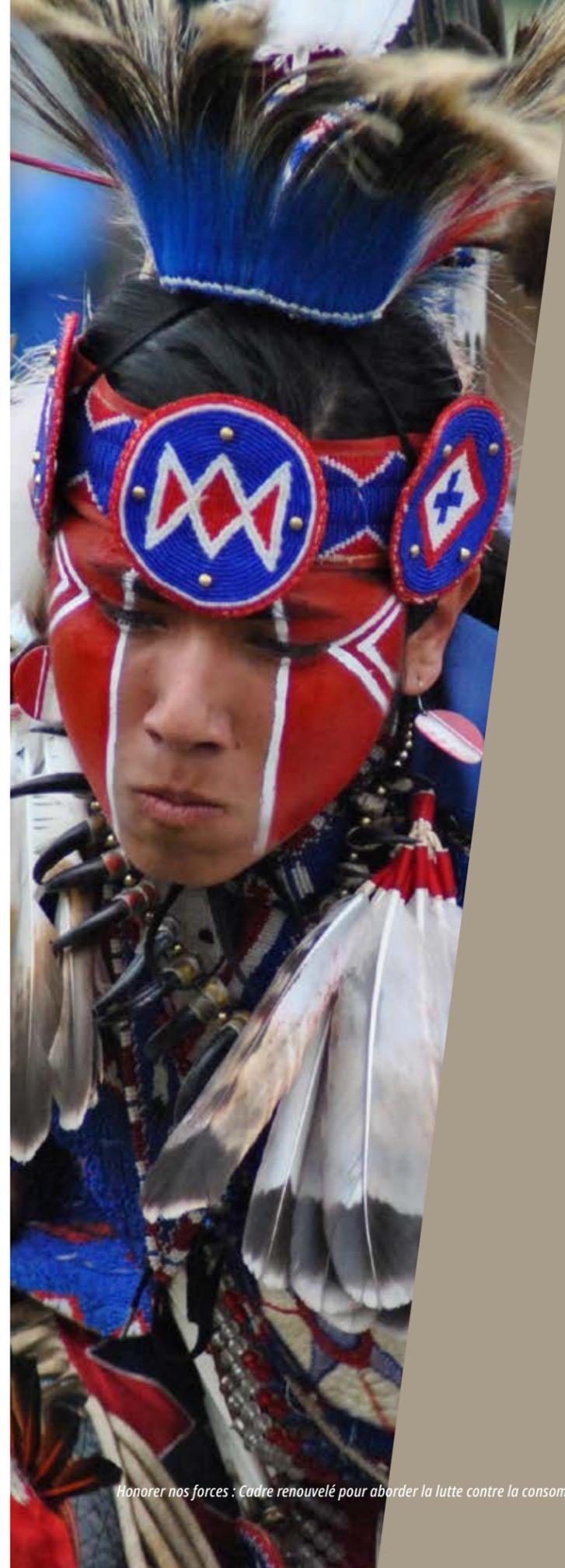
- La démarche suivie pour l'ensemble de la recherche mentionnée dans la stratégie doit aussi refléter les cultures et les valeurs Autochtones. Voici quelques-uns des éléments clés de cette démarche :
 - inclure les méthodes de recherche Autochtones;
 - s'assurer que la recherche est *fondée* sur des connaissances culturelles et qu'elle *intègre* des approches conventionnelles culturellement adaptées, le cas échéant;
 - développer les connaissances et les modèles de pratique Autochtones;
 - établir des partenariats de recherche Autochtones et assurer la diffusion des résultats par des chercheurs Autochtones;
 - s'assurer que les recherches sont effectuées d'après les données de l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations; et
 - s'assurer de l'échange des connaissances avec les collectivités.
- Renforcer la capacité des communautés à mettre au point et à soutenir des programmes efficaces fondés sur des données probantes. Dans ce but, on peut s'appuyer sur l'apprentissage partagé et le mentorat, le soutien et la formation offerts par des réseaux régionaux, des résultats de recherche plus fiables provenant du système global de lutte contre les dépendances dans les réserves, et des mesures incitant davantage à appliquer les pratiques exemplaires.

Partage des connaissances

- Encourager l'échange d'information et le mentorat entre les communautés qui fonctionnent bien et celles qui éprouvent des difficultés.
- Mettre en oeuvre une approche planifiée en matière de partage des connaissances qui soutienne les réseaux et les processus et qui examine la recherche et les données de rendement. L'objectif serait d'améliorer l'efficacité et la rentabilité des programmes. Certains réseaux pourraient :
 - réunir un ensemble diversifié de partenaires, à la fois des Praticiens Conventionnels et Culturels, tandis que d'autres pourraient être Autochtones uniquement;
 - inclure des partenaires participant à tous les aspects du système, comme des universités, des chercheurs, des responsables de politiques, des entreprises privées, des intervenants en santé mentale et en dépendances, des directeurs de programme et des Aînés; et
 - contribuer à l'application des connaissances pour s'assurer que les résultats des recherches sont communiqués, et discuter de la manière de diffuser les données utiles à la population.

Pour appuyer ces réseaux, on pourrait employer divers moyens : vidéos, sites Internet, résumés des discussions, réunions des réseaux régionaux et nationaux, conférences et séances de formation ponctuelles, etc. Les domaines à privilégier en matière de partage des connaissances sont les mêmes que pour la recherche, à savoir les pratiques Autochtones et culturelles prometteuses.

- Les examens par les pairs et les examens externes (p. ex., l'obtention de l'agrément) peuvent donner un aperçu des progrès d'une organisation en matière d'amélioration de la qualité.



La formation, les services de soutien et la communication des renseignements sont essentiels à la mise en oeuvre d'une approche sécuritaire et adéquate de l'emploi approprié de médicaments pour appuyer le rétablissement de la dépendance dans les communautés des Premières Nations.

Cette approche met l'accent sur la collaboration entre plusieurs personnes, dont le client, les fournisseurs de services médicaux, les intervenants en mieux-être mental et les services de soutien culturel, afin d'assurer que les clients reçoivent les soins dont ils ont besoin.

Approches pharmacologiques

Description

Les médicaments peuvent jouer un rôle central dans le traitement des problèmes de dépendance et favoriser la guérison d'une dépendance. Lorsqu'ils sont prescrits et administrés correctement, ils peuvent accroître les chances du client de réduire sa consommation de substances, voire d'atteindre la sobriété. On utilise parfois des médicaments sur ordonnance dans le traitement des dépendances, soit comme substitut de la substance consommée, soit pour aider la personne à réduire ou à cesser la consommation excessive. Les médicaments peuvent également jouer un grand rôle dans le traitement des problèmes de santé mentale (voir la section sur les besoins en matière de santé mentale dans ce chapitre pour obtenir d'autres renseignements sur l'emploi des médicaments dans le traitement des problèmes de santé mentale).

La pharmacothérapie peut faire partie du traitement pour les clients qui ont besoin d'inclure des médicaments dans leur processus de guérison. Les éléments clés de la pharmacothérapie sont les suivants :

- Évaluation médicale;
- Suivi et surveillance;
- Coordination des soins; et
- Démarches pluridisciplinaires.

Parmi les fournisseurs de services se trouvent des personnes autorisées à prescrire des médicaments, comme les médecins et, pour certains médicaments, les infirmiers praticiens. Divers fournisseurs de soins de santé, comme les infirmiers, les pharmaciens et les intervenants culturels spécialisés, peuvent également recommander des médicaments sans ordonnance. Les travailleurs communautaires en mieux-être mental peuvent également jouer un rôle important auprès des clients qui prennent des médicaments en assurant le suivi et la surveillance des effets secondaires.

Éléments clés

Évaluation médicale

La plupart du temps, les évaluations médicales sont effectuées par les fournisseurs de soins primaires de la communauté, comme les médecins généralistes et les infirmiers praticiens. L'évaluation médicale est nécessaire afin de déterminer les besoins médicamenteux du client, sa traçabilité et le caractère adapté d'un médicament donné. Les besoins du client sont déterminés par l'examen des symptômes et selon que ces symptômes pourraient être soulagés ou contrôlés par des médicaments. La traçabilité est liée à la tolérance de la personne à un médicament en fonction de son état de santé et de son diagnostic, et le caractère adapté fait référence à sa capacité à prendre le médicament en toute sécurité sans subir d'effets secondaires physiques importants.

Suivi et surveillance

Une personne qui prend un médicament sur ordonnance doit faire l'objet d'un suivi par un professionnel de la santé qualifié qui surveille les symptômes et les effets secondaires éventuels. Il est indispensable d'évaluer le niveau de tolérance du client au médicament afin de s'assurer que la posologie est adéquate. Cette surveillance régulière effectuée par un professionnel de la santé peut également offrir une occasion de déterminer les autres services dont le client a besoin.

Coordination des soins

Certains clients doivent parfois être stabilisés à l'aide de médicaments avant de pouvoir commencer le traitement (p. ex., des clients atteints de troubles de santé mentale). Dans cette situation, les services communautaires doivent parfois offrir un soutien important en gestion des cas, aiguiller le client vers les services adéquats et l'aider à prendre des décisions éclairées. La coordination des soins suppose notamment que les médecins responsables de l'aspect pharmacologique des services collaborent avec le client ou les autres fournisseurs de soins de santé.

La pharmacothérapie peut être intégrée au plan de traitement général du client afin de s'assurer que la prise de médicaments vient en complément d'autres approches de guérison, comme les médecines naturelles et traditionnelles.

Démarches pluridisciplinaires

La démarche de soins en équipe pluridisciplinaire est souvent la plus efficace pour prendre en charge tous les aspects des besoins du client. Cette approche facilite l'échange de connaissances entre les professionnels de la santé et les autres fournisseurs de services et assure la coordination des plans de soins, en particulier pour les clients sous médicament. Elle facilite aussi la création de partenariats à long terme entre médecins, infirmiers en pratique avancée, pharmaciens et communautés pour soutenir les intervenants en dépendance dans le cadre d'une démarche holistique. Elle relie la continuité des soins, les aides de suivi, la supervision et la consultation pour les fournisseurs de soins quotidiens de la personne. De plus, elle permet au médecin qui prescrit le médicament de savoir si le client prend des remèdes traditionnels, de manière à éviter les risques d'interaction médicamenteuse. L'approche en équipe favorise aussi l'intégration des Aînés et des autres aides culturelles.

Situation actuelle

L'utilisation des médicaments sur ordonnance est un sujet très épineux chez les Premières Nations, conséquence de la colonisation, de la prépondérance de la pensée, du langage et du traitement médicaux, et du fait que le système médical connaît mal les difficultés complexes que vivent les personnes, les familles et les communautés des Premières Nations et les processus culturels nécessaires à la prise en charge personnelle. Ces problèmes renforcent la conviction que les services de pharmacothérapie ne sont pas toujours adaptés à la culture. De plus, les médecines Autochtones et complémentaires sont de plus en plus reconnues pour leur valeur thérapeutique préventive et curative (p. ex., pour soulager le stress, l'anxiété et la dépression, acquérir des habiletés d'adaptation et renforcer la résistance). On reconnaît également que toutes les approches n'ont pas forcément besoin d'employer des médicaments.

Toutefois, la pharmacothérapie peut être utile dans d'autres formes de traitement, et certains médicaments sur ordonnance peuvent aider les personnes à résister aux pulsions pendant la première année d'abstinence. Les traitements de substitution aux opiacés, par exemple, à la méthadone et au Suboxone® (combinaison de buprénorphine et de naloxone) sont très efficaces pour les clients, leur famille et leur communauté lorsque de solides plans de gestion des cas sont en place. Grâce à ces traitements, qui permettent d'améliorer l'état de santé général du client et de contrôler les symptômes ou l'état de manque, les clients sont plus susceptibles d'avoir accès aux services de santé et de mener une vie plus saine. Ces clients ont moins de risque de contracter le virus de l'hépatite C ou le VIH et ils entretiennent de meilleures relations avec leur famille et leurs amis.

Le traitement de substitution aux opiacés, à savoir à la méthadone et au Suboxone® et à la naltrexone (le traitement au Revia® atténue les états de manque d'alcool), est très utile pour aider les clients à suivre jusqu'au bout un traitement de la dépendance. Le fait d'aller jusqu'au bout du programme de traitement constitue l'un des plus importants facteurs de réussite pour parvenir à la sobriété à long terme. Les médicaments comme ceux susmentionnés aident les clients à gérer les symptômes de sevrage et à commencer le traitement le plus tôt possible, et accroissent leurs chances d'aller jusqu'au bout du traitement. Pour ces raisons, il est reconnu que la prise de médicaments est importante dans la prise en charge des aspects physiques de la dépendance. Pour que l'approche demeure holistique, d'autres aspects du traitement doivent aborder les besoins d'ordre émotionnel, spirituel et mental.

Les aides sont limitées pour soutenir les clients qui prennent des médicaments et qui souhaitent également avoir recours aux services de traitement du PNLAADA :

- Le personnel chargé du traitement n'a pas suivi une formation spécialisée sur la façon de gérer les clients qui prennent des médicaments dans le cadre de leur processus de rétablissement d'une dépendance.
- Le personnel chargé du traitement a besoin d'un plus grand appui des médecins qui connaissent les médicaments utilisés dans la lutte contre les dépendances.

Possibilités de renouvellement

- Fournir de l'information sur la pharmacothérapie aux fournisseurs de services afin de préciser le champ d'activité, les méthodes de dépistage, les protocoles, ainsi que les étapes à suivre pour demander l'assistance d'un professionnel de la santé et d'un intervenant culturel spécialisé. Au besoin, on pourrait offrir des formations et des activités d'application des connaissances à tous les niveaux pour améliorer la connaissance des méthodes de traitement pharmacologique et des approches de la médecine traditionnelle.
- Offrir de la formation sur les troubles de santé mentale aux travailleurs en mieux-être mental, aux infirmiers, aux médecins et aux représentants en santé communautaire pour mettre à jour leurs connaissances sur les traitements les plus récents (tant pour la thérapie comportementale que la pharmacothérapie). Ces formations permettraient ensuite aux intervenants du PNLAADA d'informer les médecins en cas de problème de santé mentale ou de dépendance pouvant nécessiter une pharmacothérapie.
- Former les médecins et autres personnes autorisées à prescrire des médicaments sur les facteurs qui influent sur les problèmes de dépendance et les troubles de santé mentale chez les peuples des Premières Nations, y compris les éventuelles différences culturelles dans la compréhension et le traitement de ces problèmes, ainsi que les conditions particulières à prendre en compte pour offrir un soutien pharmacologique. Cela peut exiger une coordination avec les organismes professionnels et de réglementation professionnelle, en plus des autres partenaires engagés dans la prévention et les autorités sanitaires locales et provinciales.
- Reconnaître le rôle et l'utilité des approches d'équipe, en intégrant les Aînés et les aides culturelles dans le cadre des approches multidisciplinaires. Cela permettrait l'échange de connaissances entre les professionnels de la santé et les autres fournisseurs de services et assurerait la coordination des plans de soins. Cela encouragerait également l'échange de renseignements, le dialogue et le travail d'équipe pour lutter contre les préjugés et les craintes associés à la prise de médicaments.

- Intégrer les clients eux-mêmes à l'équipe et encourager l'échange d'information et le dialogue entre médecins, communautés, familles et clients, dans le but de créer un environnement sûr qui favorise la résolution des difficultés.
- Mettre en place des centres de traitement dotés de médecins, de pharmaciens et de professionnels de la santé qui ont de l'expérience dans le traitement des dépendances et qui peuvent orienter l'élaboration des politiques et des programmes, en plus de participer au traitement des clients.

Méthode de gestion de la douleur Siksika (Siksika Pain Management Approach)—Alberta

La clinique de la douleur chronique de la Première Nation Siksika est un modèle de collaboration réussie. La clinique a rassemblé une équipe pluridisciplinaire (un médecin, un conseiller, des pharmaciens, un orthésiste et un Aîné) pour travailler avec les membres de la communauté souffrant de douleur chronique en les évaluant individuellement et en formulant des recommandations concernant les traitements possibles. Leur mission consistait également à évaluer si les médicaments étaient pris de façon appropriée et à donner des conseils, notamment concernant les méthodes existantes pour aider les clients à gérer la douleur. Les membres de l'équipe multidisciplinaire ont constaté qu'ils se sentaient plus à l'aise et qu'ils acquéraient davantage de compétences dans le domaine de la douleur chronique et de l'usage de médicaments grâce au solide appui des Aînés.

Programme de traitement d'entretien à la méthadone de la Première nation d'Oromocto—Oromocto Nouveau-Brunswick

La Première Nation d'Oromocto ne pouvait pas commencer à se rétablir tant que l'épidémie d'usage nocif de drogues n'était pas traitée. Tous les ménages et tous les programmes de la réserve en étaient touchés, en effet, 85 pour cent de la communauté souffrait d'une dépendance aux drogues, et la plupart des membres se piquaient. La Première Nation d'Oromocto était une communauté en crise, en raison de la dépendance aux opiacés; elle a cependant reconnu le problème et a demandé désespérément à obtenir un programme de traitement d'entretien à la méthadone (TEM) sur la réserve. Cette approche pharmacologique dans le traitement des dépendances était le tout premier programme de TEM pour une Première Nation du Canada atlantique. Par ailleurs, la stratégie a intégré des éléments de culture traditionnelle au traitement médical occidental, comme la fabrication de tambours. De plus, des consultations individuelles ainsi que des soins de santé primaires ont été fournis à la communauté.



Il est nécessaire d'établir des normes nationales applicables aux centres de traitement et aux services de santé communautaires qui respectent la culture des Premières Nations, afin de promouvoir des services de qualité et d'assurer la sécurité des clients et des intervenants en mieux-être mental.

Cette approche aide à maintenir des normes en matière de prestation de soins qui favorisent une amélioration continue de la qualité des services de santé mentale et mieux-être.

Agrément

Description

L'obtention d'un agrément est un processus d'amélioration de la qualité axé sur la sécurité des clients et la qualité de la vie professionnelle. Dans le cadre de ce processus, les centres de traitement des dépendances sont évalués en fonction des normes nationales d'excellence. Ces normes mesurent le rendement clinique et opérationnel ainsi que la qualité de la gouvernance. Cela permet de déterminer clairement les points forts, les domaines à améliorer et les niveaux de risque au sein d'une organisation. L'obtention de l'agrément dépend de la capacité de l'organisation à respecter les normes nationales, et de la qualité des services offerts aux clients.

En général, le processus d'obtention de l'agrément s'étale sur trois ans et commence par une autoévaluation de l'organisation en fonction des normes d'excellence. La seconde étape consiste normalement à faire évaluer l'organisation par des pairs externes. Ils s'entretiennent avec le personnel à tous les niveaux de l'organisation ou du service de santé, y compris les responsables de la gouvernance, les cadres, les employés et les partenaires, mais aussi les clients et leur famille.

Voici quelques-uns des éléments clés d'une solide méthode d'obtention de l'agrément :

- Évaluation du niveau de préparation de l'organisation;
- Choix de l'organisme d'accréditation;
- Autoévaluation et compilation de données probantes;
- Examen par les pairs;
- Rapport et recommandations; et
- Suivi et amélioration continue.

Éléments clés

Évaluation du niveau de préparation de l'organisation

La première étape du processus consiste à rassembler des renseignements pour savoir dans quelle mesure l'organisation est prête à obtenir l'agrément. Le conseil d'administration et le personnel sont généralement invités à discuter des risques et des avantages potentiels de l'agrément. Pour obtenir l'agrément, il faut parvenir à un consensus au sein de l'organisation dès le début du processus. Le niveau de préparation prend également en compte la capacité de l'organisation concernant les politiques, la planification et la mesure des indicateurs de l'ensemble de l'organisation, des processus définis en matière de prestation de services et des relations avec les partenaires.

Choix de l'organisme d'accréditation

Il est important d'étudier toutes les possibilités en matière d'agrément, étant donné qu'il existe de nombreux organismes d'accréditation dans chaque domaine de spécialité. Chaque organisation doit trouver un organisme qui répond à ses besoins et qui est conforme aux politiques d'accréditation de Santé Canada. Il y a plusieurs facteurs importants à prendre en compte, comme le coût, le niveau de détail des normes, les échéances à respecter pour les rapports et les exigences du processus.

Autoévaluation et compilation de données probantes

Après avoir choisi son organisme d'accréditation, il faudra un certain temps à l'organisation pour comprendre la structure des normes et la façon dont les processus seront évalués dans le cadre de cette structure. À cette étape du processus, il faut prendre le temps de rassembler les renseignements concernant les politiques, les pratiques et les données probantes pour appuyer la notation organisationnelle basée sur un ensemble de normes.

Examen par les pairs

L'examen par les pairs est généralement effectué après l'envoi de l'autoévaluation organisationnelle à l'organisme d'accréditation. Un certain nombre d'examineurs (de un à trois) rendront visite à l'organisation pour rassembler davantage d'information. À cette étape du processus, ils mèneront des entrevues auprès des employés, des membres du conseil d'administration, des clients et des anciens clients.

Rapport et recommandations

La qualité des programmes de lutte contre les dépendances est évaluée en examinant la structure, les processus et les résultats. La *structure* concerne le fait de disposer des ressources et de l'infrastructure nécessaires pour mener à bien la mission de l'organisation, par exemple, disposer des ressources humaines et financières et des programmes requis pour dispenser des soins, mais aussi des locaux, de la gouvernance, des normes et des politiques nécessaires. Les *processus* désignent la prestation des services de santé, à savoir son fonctionnement, les intrants-tâches-extrants et les soins eux-mêmes. Les *résultats* correspondent à ce qui en découle, par exemple, la satisfaction des clients et du personnel, l'efficacité des soins, l'utilisation efficace des ressources et la mesure de l'effet des services sur la santé des clients.

En se basant sur les données de l'autoévaluation de l'organisation et les renseignements recueillis lors de l'examen par les pairs, l'organisme d'accréditation rédige un rapport sur ses constatations. Ce rapport est souvent formulé sous forme de recommandations pour l'amélioration continue de la qualité. Le temps écoulé entre l'examen par les pairs et la production du rapport peut varier de quelques jours à plusieurs mois, selon les organismes.

Suivi et amélioration continue

À cette étape, l'organisation s'efforce d'appliquer les recommandations formulées dans le rapport et de modifier ses politiques, ses pratiques ou ses aides environnementales. Il est possible que l'organisme d'accréditation veuille effectuer une nouvelle visite de l'organisation ou qu'il lui demande de démontrer comment elle a appliqué les recommandations.

Situation actuelle

Les centres de traitement faisant partie du réseau du PNLAADA et du PLASJ et les services de santé communautaires du PNLAADA reçoivent l'agrément de l'un des trois principaux organismes suivants :

- Agrément Canada (AC)
- Commission on Accreditation of Rehabilitation (CARF)
- Canadian Accreditation Council (CAC)

Santé Canada a rédigé un document-cadre sur l'obtention de l'agrément qui explique les caractéristiques clés de l'agrément. Ce document sert de guide aux programmes dont l'agrément n'est pas obligatoire, et il donne aussi des détails sur les aides destinées à inciter les programmes à entamer le processus d'accréditation et à répondre aux critères.

Le processus doit être engagé par un centre de traitement des Premières Nations (ou par un service communautaire de lutte contre les dépendances faisant partie d'un service de santé communautaire) et être géré par un organisme d'accréditation non gouvernemental. Les centres qui souhaitent entamer le processus d'accréditation auprès d'un tel organisme peuvent obtenir une aide financière de Santé Canada.

L'agrément et ses avantages sont de plus en plus populaires auprès des programmes de lutte contre les dépendances chez les Premières Nations, et un nombre croissant d'organisations sont fières de l'avoir obtenu avec succès et de satisfaire aux normes d'excellence. Cette tendance issue de la communauté s'est accentuée, et l'agrément est désormais considéré comme le modèle à suivre pour les centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ. La popularité actuelle de l'agrément est due en grande partie au souhait des organismes des Premières Nations de fournir des services de santé de grande qualité à leurs clients.

L'agrément comporte cependant certains défis comme des coûts plus élevés et une charge de travail accrue pour le personnel pendant le processus d'accréditation. Certains centres remettent également en question la pertinence des programmes d'accréditation qui portent essentiellement sur les services de santé. En effet, le fait de mettre l'accent sur la sécurité des patients ne se traduit pas de la même manière dans un centre de traitement des dépendances dans la communauté ou en établissement que dans un centre de soins médicaux aigus. Si l'on veut que l'agrément soit perçu comme étant utile, les normes doivent être adaptées aux services communautaires. En outre, certains se disent préoccupés par le fait que le financement de l'agrément ne couvre pas entièrement les coûts relatifs à l'application des recommandations.

Même si l'agrément concerne toutes les structures, il ne remplace pas l'évaluation de certains programmes. Par exemple, l'agrément n'indique pas la meilleure méthode à appliquer pour la prestation d'un service de soins de santé ou le traitement des dépendances (c'est-à-dire que son objectif n'est pas d'évaluer une théorie particulière ou une approche culturelle à la prestation de soins de santé). En revanche, l'agrément analyse la façon dont l'organisation utilise sa connaissance des pratiques exemplaires pour orienter sa prestation de services, ainsi que la façon dont l'organisation contrôle et mesure l'efficacité.

Possibilités de renouvellement

- Les centres de traitement ont besoin d'aide pour assumer les coûts liés à la conformité des normes d'accréditation. Cette aide doit être attribuée de façon équitable, évolutive, adaptable et durable. Elle doit couvrir les frais relatifs à la mise en place de l'agrément et ceux découlant du processus d'application des recommandations.
- Les normes d'accréditation qui sont adaptées à la culture des Premières Nations pourraient constituer un cadre holistique au sein du processus d'accréditation. Il est également nécessaire d'intégrer la pertinence culturelle dans les évaluations.
- Il faut améliorer de façon continue les processus et les normes d'accréditation pour disposer de normes qui correspondent aux pratiques holistiques des Premières Nations en matière de santé et de guérison. Ce simple fait contribuerait à garantir que les normes seront mieux adaptées au fonctionnement et aux réalités des programmes et des infrastructures de lutte contre les dépendances des Premières Nations.
- L'évolution constante du processus d'accréditation permettrait de s'assurer que l'on respecte les meilleures normes possibles dans un secteur en perpétuel changement. Les normes doivent être des critères d'excellence.
- Le fait d'encourager le partage des connaissances liées à l'obtention de l'agrément entre les centres permettra de diffuser à grande échelle les pratiques menant à la réussite. Il faudrait étudier la mise en place d'un centre national de ressources pour les programmes ou d'un centre d'excellence qui compterait des champions de l'agrément, l'objectif étant de promouvoir l'agrément au sein des organisations et des communautés des Premières Nations.

Agrément du centre Wanaki, Québec

Le centre Wanaki est un centre de traitement de onze lits pour les patients hospitalisés adultes situé à Maniwaki, au Québec. Ce centre offre aux membres des Premières Nations s'exprimant en anglais ou en français une expérience de traitement en établissement axée sur la culture. Le centre Wanaki est agréé depuis 1999, et l'expérience d'agrément s'est avérée très positive. L'agrément a aidé à veiller à ce que le personnel se concentre continuellement sur la qualité des soins offerts à leurs clients ainsi que sur l'évaluation des soins. Le changement le plus significatif découlant de l'agrément se situe sur le plan de la gestion et de l'observation de la médication des clients. Cela comprend l'ajout d'un contact prétraitement aux services, pendant lequel on répertorie les médicaments et on demande au client s'il connaît ses médicaments et pourquoi il les prend. Le registre des médicaments est mis à jour à l'arrivée du client au centre et tous les médicaments du client sont mis sous la responsabilité d'un seul membre de l'équipe clinique. Le centre Wanaki a obtenu sans frais les services d'un pharmacien qui rencontre les clients à leur arrivée, passe en revue leurs médicaments et répond à leurs questions. Le rapprochement des registres des médicaments des clients est effectué continuellement. Les clients sont également observés lorsqu'ils prennent leurs médicaments, et leurs réactions sont notées et surveillées. En outre, un processus de rapport d'incident a été mis en oeuvre afin de faire le suivi des erreurs d'administration de médicaments, ce qui a entraîné une amélioration de la qualité à cet égard. Ces rapports sont examinés tous les matins par les membres de l'équipe clinique.

Prochaines étapes

Prochaines étapes

Honorer nos forces décrit une vision qui s'applique à un continuum de services et d'aides complets visant à orienter les interventions communautaires, régionales et nationales en matière de dépendance auprès des peuples des Premières Nations au Canada. Cette vision reconnaît que le renforcement du système de soins incombe à la fois à diverses compétences (à l'échelon communautaire, provincial et fédéral) et aux nombreux fournisseurs de soins, y compris la famille et les membres de la communauté, les fournisseurs de services communautaires, les professionnels de soins primaires, le personnel médical et les fournisseurs de services à l'extérieur des réserves. Dans le cadre de cette vision, on tente surtout de s'assurer que les personnes, les familles et les communautés bénéficient des options de soins les plus efficaces et appropriées sur le plan culturel à toutes les étapes de leur processus de guérison. La culture, la famille et la communauté sont au cœur de cette approche, ainsi que le rôle important des déterminants sociaux de la santé propres aux Premières Nations dans la redynamisation des communautés et la réduction des problèmes de dépendance. Cette approche tient également compte du lien entre la santé mentale et les problèmes de dépendance, et elle reconnaît qu'il faut adopter une démarche intégrée en matière de programmes à l'échelle du système pour répondre au mieux aux besoins des clients et des communautés.

Le renouvellement est l'occasion pour les partenaires à tous les niveaux d'engager le dialogue concernant la vision de changement, notamment sur la manière de soutenir et de faciliter ce changement. Ces échanges doivent prendre en compte les rôles importants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, mais également des organismes régionaux et nationaux. Ils doivent également reconnaître le rôle d'entraide des personnes, des familles et des communautés et leur importance dans la mise en oeuvre d'une approche de soins globale et renforcée. Pour concrétiser cette vision, il sera nécessaire d'assurer un engagement permanent, de collaborer et d'établir des partenariats durables. L'engagement et la collaboration dépendront, à leur tour, d'un leadership efficace dans l'ensemble du système.

Le Comité directeur du renouvellement du PNLAADA a été formé en 2010 afin d'orienter la mise en oeuvre du cadre *Honorer nos forces*. En vue d'atteindre ce but, il va collaborer avec divers réseaux et diverses compétences pour ouvrir le dialogue sur le renouvellement, demander des ressources supplémentaires, établir des liens et contribuer à guider les efforts connexes, et superviser diverses activités de mise en oeuvre dans le but de soutenir une approche renforcée à l'échelle du système en matière de prestation de services et de planification. Les membres de cette équipe constituent un large échantillon représentatif de l'ensemble du Canada dans des domaines tels que la prévention, le traitement, la culture, la jeunesse, les politiques, la santé, les soins infirmiers, la santé publique et la recherche. Tout comme pour le Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations, le Comité directeur est soutenu par les partenaires nationaux du renouvellement (APN, FANPLD et Santé Canada). Guidés par le Comité consultatif, les partenaires nationaux du renouvellement assument la responsabilité d'user de leur créativité dans le cadre des mécanismes à leur disposition pour : faire de la sensibilisation et réunir de l'information sur les besoins au sein du système, collaborer de façon stratégique avec différents partenaires en vue d'améliorer ce système, demander les ressources requises pour concrétiser la vision du cadre, et suivre les progrès réalisés dans la mise en oeuvre et en tenir informés les partenaires.

Si l'on reconnaît que la mise en oeuvre complète de tous les aspects du système décrits dans le cadre dépendra d'une augmentation des ressources, il existe toutefois des possibilités d'influencer le changement de façon positive, d'optimiser l'emploi des ressources existantes et de mettre à profit les partenariats afin de mieux répondre aux besoins des Premières Nations. Ainsi, à l'aide des évaluations des besoins régionaux et de l'investissement de la Stratégie nationale antidrogue, de nombreuses communautés et régions ont d'ores et déjà commencé à renforcer leurs services et aides pour répondre aux besoins de la communauté.

Jusqu'ici, ce qui fait la force du processus de renouvellement, ce sont ses liens avec un grand nombre de réseaux régionaux et nationaux de santé et de mieux-être des Premières Nations. Ces réseaux ont fourni des conseils sur le processus, ils ont participé à la définition de la vision du cadre et ils ont favorisé l'engagement auprès des communautés des Premières Nations. Les principaux réseaux sont notamment l'APN, le Réseau national des techniciens de la santé des Premières Nations, le conseil d'administration de la FANPLD et ses réseaux régionaux, les comités régionaux de partenariat sur la lutte contre les dépendances, y compris les groupes consultatifs, les comités de cogestion et les organisations tripartites, le Comité sur l'usage nocif de solvants chez les jeunes, ainsi que les bureaux régionaux et les conseillers régionaux en mieux-être et en lutte contre la dépendance de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada. Ces réseaux garderont un rôle essentiel grâce à leur soutien continu et au leadership qu'ils fournissent dans le cadre du processus, ce qui pourra inclure l'emploi du cadre comme outil à l'échelle régionale et nationale pour entreprendre des discussions avec les grands fournisseurs de soins de santé, d'autres fournisseurs de services et diverses autorités partenaires pour accroître la collaboration et établir des partenariats en vue de satisfaire les besoins des Premières Nations.

Le Comité directeur, les réseaux régionaux et le réseau national jouent chacun un rôle essentiel pour faciliter la mise en oeuvre, mais il est important de souligner que les solutions de renouvellement doivent venir des membres des Premières Nations, à qui appartient la vision du cadre. Ce sont eux qui doivent guider sa mise en oeuvre. De nombreux membres des Premières Nations, fournisseurs de services, Aînés, jeunes et Intervenants Culturels ont d'ores et déjà prouvé que le changement était possible par leurs actes désintéressés et leurs efforts sans relâche afin de promouvoir le mieux-être des communautés et de la population. Le renouvellement donne également l'occasion de s'appuyer sur ces efforts et de commencer à modifier les systèmes. Cela part souvent d'un petit groupe de personnes qui s'approprient collectivement le changement, lequel se transforme ensuite en communautés de solutions.

Le changement étant la responsabilité de tous, la mise en oeuvre du cadre doit donner les moyens aux personnes, aux communautés et aux organisations de comprendre leur rôle et l'influence qu'ils peuvent avoir sur cette nouvelle approche des soins. Pour cela, il faudra créer des outils ou des guides pour faciliter la compréhension de la vision du renouvellement, y compris de son usage en tant que cadre de pratique exemplaire afin d'orienter la conception, la prestation et la coordination des services de lutte contre les dépendances et de santé mentale à l'échelle communautaire et régionale. Il faudra également établir un processus de rétroaction régulier et des mécanismes d'engagement par l'intermédiaire des réseaux, du Comité directeur et des partenaires nationaux du renouvellement (APN, FANPLD et Santé Canada).

Honorer nos forces présente une vision complète du renouvellement des services liés à la dépendance chez les Premières Nations, mais il est entendu que le cadre doit être considéré comme un document évolutif qui pourra être adapté ou révisé en fonction des nouvelles données probantes Autochtones et conventionnelles, et selon l'évolution des besoins et de la situation des populations des Premières Nations. Avec le temps, il faudra également intégrer les programmes liés au tabagisme, au jeu et aux autres comportements de dépendance. Il faudra également mener des activités d'élargissement et développer un continuum de services et d'aides en santé mentale²⁴ entièrement intégré, lequel nécessitera des ressources supplémentaires ainsi qu'un engagement important des communautés des Premières Nations et des dirigeants.

Les occasions de renforcer le système de soins ne manquent pas. Dans de nombreuses communautés des Premières Nations, il existe bon nombre d'enseignements culturels qui racontent que le Créateur a donné à tous un avenir afin de pouvoir changer les choses, mais que cette promesse s'accompagne de responsabilités. Chaque personne participant à la vision de ce cadre a donc une décision à prendre. La manière dont chacun décide de gérer sa responsabilité face à l'avenir dépend de sa réponse à cette question : « quel changement positif allons-nous apporter collectivement, que va-t-on accomplir? » Notre vision commune de l'avenir ne peut pas être créée de façon limitée ou avec des contraintes comme le manque de financement ou des obstacles à la mise en oeuvre du changement. La vision collective du changement que nous recherchons doit être alimentée par le courage afin d'inclure toutes les possibilités, dépassant même notre imagination. Le courage est une caractéristique cruciale du leadership, et il est nécessaire pour s'assurer d'être prêt le moment venu, pour prendre des risques stratégiques, pour ouvrir de nouvelles voies et pour chercher sans cesse à élucider l'inconnu. En réalité, c'est dans ce qui est pour l'instant inconnu que nous attendent les réponses que l'on cherche. Les nombreux jeunes qui composent la population des Premières Nations comptent sur nous, qui les devançons sur ce chemin vers l'avenir, pour leur laisser chaque jour des traces qui les conduiront à la libération des méfaits des drogues, de l'alcool et des séquelles persistantes de la colonisation. Chaque instant, chaque effort compte. Nous devons « honorer nos forces » avec la conviction qu'en réunissant nos efforts, le changement est possible.



Notes de bas de pages

- 1 Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) (2011). *Résultats du rapport préliminaire sur l'Enquête régionale sur la santé : Phase 2—Adultes, jeunes, enfants*. Ottawa (Ontario) : CGIPN. Veuillez noter qu'au moment de la rédaction de ce rapport, des constatations préliminaires de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) étaient disponibles. Ces constatations ont été utilisées lorsque cela était possible. Lorsque les données étaient incomplètes, les données de l'Enquête régionale sur la santé de 2002–2003 ont été utilisées. Pour connaître les plus récentes données de l'ERS, veuillez consulter le site Web du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations : <http://www.fnigc.ca/>.
- 2 Le nombre de centres et de programmes communautaires du PNLAADA et du PNLASJ a été mis à jour en février 2011. Veuillez noter que ces données peuvent changer. Communiquez avec Santé Canada pour connaître les données actuelles.
- 3 Statistique Canada. (2008). *Peuples Autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières Nations, Recensement de 2006*. n° 97-588-XIF au catalogue.
- 4 Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). (2011). *Résultats du rapport préliminaire sur l'Enquête régionale sur la santé : Phase 2—Adultes, jeunes, enfants*. Ottawa (Ontario) : CGIPN.
- 5 Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). (2008). *Alcool, drogues et inhalants : Portrait des consommateurs et des habitudes de consommation chez les Premières Nations du Québec*. Wendake (Québec) : FNQLHSSC.
- 6 McCain, M. N. et Mustard, J. F. (1999). *Early years study: Reversing the real brain drain*. Ontario : Publications Ontario.
- 7 Ibid.
- 8 Statistique Canada. (2008). *Peuples Autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières Nations, Recensement de 2006*. n° 97-588-XIE au catalogue.
- 9 Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2007). *Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations (2002–2003)*. Ottawa : Assemblée des Premières Nations/Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations.
- 10 Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). (2011). *Résultats du rapport préliminaire sur l'Enquête régionale sur la santé : Phase 2—Adultes, jeunes, enfants*. Ottawa (Ontario) : (CGIPN).
- 11 Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2007). *Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations (2002–2003)*. Ottawa : Assemblée des Premières Nations/Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations.
- 12 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, (2008). *Toxicomanie au Canada : Pleins feux sur les jeunes*. Ottawa : Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- 13 Ibid.
- 14 Adlaf, EM, Begin, P. et Sawka, E. (Eds). (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits. Rapport détaillé*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- 15 Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2007). *Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations (2002–2003)*. Ottawa : Assemblée des Premières Nations/Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations.
- 16 Boyer, Y. (2006). *Discussion Paper Series in Aboriginal Health: Legal Issues. No. 4. First Nations, Métis, and Inuit Women's Health*. Saskatchewan, Native Law Centre, Université de la Saskatchewan.
- 17 Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2007). *Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations (2002–2003)*. Ottawa : Assemblée des Premières Nations/Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations.
- 18 Agence de la santé publique du Canada (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*. Ottawa, Ont. : Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux.
- 19 Santé Canada. (2007) *Services de santé non assurés—Rapports annuels : 2005–2006*. Ottawa.
- 20 Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). (2011). *Résultats du rapport préliminaire sur l'Enquête régionale sur la santé : Phase 2—Adultes, jeunes, enfants*. Ottawa (Ontario) : (CGIPN).
- 21 Statistique Canada. (2010). Cartes reliées aux indicateurs de la santé. N° 82-583-XIE, au catalogue. Vol. 2010, n° 1.
- 22 Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). (2011). *Résultats du rapport préliminaire sur l'Enquête régionale sur la santé : Phase 2—Adultes, jeunes, enfants*. Ottawa (Ontario) : (CGIPN).
- 23 Environics Research Group. (2004). *Baseline study among First Nations on-reserve and Inuit in the north*. Ottawa : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada.
- 24 Selon le Plan d'action stratégique du Comité consultatif sur la santé mentale, la santé mentale désigne « le parcours d'une vie pour atteindre le bien-être et l'équilibre du corps, de l'intelligence et de l'esprit. La santé mentale comprend l'estime de soi, la dignité personnelle, l'identité culturelle et la connectivité en présence d'un bien-être harmonieux du physique, de l'émotionnel, du mental et du spirituel. La santé mentale doit être définie en fonction des valeurs et croyances des Inuits et des Premières Nations. » Comité consultatif sur la santé mentale. (2007). *Plan d'action stratégique concernant la santé mentale des Premières Nations et des Inuits*. Ottawa, Comité consultatif sur la santé mentale.

Annexe A

Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations

Le Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations (CCLTPN) est un organisme temporaire composé de représentants communautaires, régionaux et nationaux en santé mentale et en dépendances ayant pour mandat d'élaborer le document *Honorer nos forces : Cadre renouvelé pour aborder la lutte contre la consommation de substances chez les Premières Nations au Canada*. Le comité comprend des membres du Comité consultatif sur la santé publique de l'Assemblée des Premières Nations, ainsi que des chercheurs en la dépendance, des professionnels de la santé, des Aînés et des représentants des communautés des Premières Nations. En plus d'élaborer un cadre national, le comité aidera les régions à effectuer les évaluations des besoins régionaux.

Coprésidentes

Carol Hopkins (coprésidente)—Fondation Autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances

Winona Polson-Lahache (coprésidente)—Assemblée des Premières Nations

Comité consultatif

Jim Dumont—Aîné

D^r Malcolm King—Instituts de recherche en santé du Canada, Institut de la santé des Autochtones/Université de l'Alberta

D^{re} Kim Barker—Assemblée des Premières Nations

D^r Peter Menzies—Centre de dépendance et de santé mentale

Shannelle Alexander—Première nation de Kitselas, programme communautaire PNLAADA

D^r Laurence J. Kirmayer—Université McGill

Colleen Anne Dell, Ph. D.—Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les dépendances/Université de la Saskatchewan

Chris Mushquash—Université Dalhousie

Rose Pittis—Dilico, Ojibway Health Services

D^r Richard MacLachlan—Université Dalhousie

D^r Brian Rush—Centre de dépendance et de santé mentale/Université de Toronto

Rod McCormick, Ph. D.—Université de la Colombie-Britannique

D^{re} Christiane Poulin—Santé des Premières Nations et des Inuits, Région de l'Atlantique

D^r Lorne Clearsky—Université de Calgary

Secrétariat

Carol Hopkins (coprésidente)—Fondation Autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances

Winona Polson-Lahache (coprésidente)—Assemblée des Premières Nations

Marie Doyle—Santé Canada

Darcy Stoneadge—Santé Canada

Natalie Jock—Santé Canada

Christine Wilson—Santé Canada

Lynn Kennedy—Santé Canada



© Sa Majesté la Reine du chef du Canada,
représentée par la ministre de la Santé, 200X. Veuillez
ajouter l'avis explicatif ici. Voir ci-après. SC Pub. :
110115; Cat. : H14-65/2011F; ISBN : 978-1-100-97997-7