

Historique du PNLAADA

Année	Événement jalon
1973	Un groupe de travail est mis sur pied par la Direction générale des services médicaux (DGSM) du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ou SNBS (aujourd'hui Santé Canada), le Programme des affaires indiennes et esquimaudes du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien ou MAINC (aujourd'hui Affaires indiennes et du Nord Canada ou AINC) et la Fraternité nationale des Indiens ou FNI (aujourd'hui l'Assemblée des Premières nations ou APN) afin de faire valoir les opinions des Indiens (sic) de partout au Canada en ce qui concerne le moyen le plus efficace de combattre l'alcoolisme.
1974	Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool chez les Autochtones (PNLAAA) est approuvé en décembre 1974 pour faire suite au rapport produit par le groupe de travail susmentionné. Il s'agit d'une initiative conjointe entre le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien ou MAINC (aujourd'hui AINC) et Santé et Bien-être (aujourd'hui Santé Canada). Le programme vise à soutenir les projets conçus et gérés par les communautés dans les domaines des services sociaux et de santé aux Autochtones (c.-à-d. Indiens et Inuits inscrits). Ces services axés sur la prévention et le traitement de l'alcoolisme ainsi que sur la désintoxication ont pour but d'interrompre et d'inverser les tendances destructrices de nature physique, mentale, sociale et économique. Le PNLAAA a été le programme pilote de ce qui est devenu plus tard le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et d'autres drogues chez les Autochtones (PNLAADA).
1975-1976	Le PNLAAA est implanté sur une période de trois ans, qui commence avec l'exercice 1975-1976.
1975	Le premier centre de traitement du programme est établi au Manitoba – Sagkeeng Alcohol Rehabilitation Centre.
1977	L'évaluation du PNLAAA de Clive Linklater est terminée. Le rapport recommande que le PNLAAA devienne permanent et que pendant les cinq premières années diverses approches et structures de mise en œuvre soient testées puis établies afin d'instaurer un programme viable à long terme. On recommande que le programme soit d'envergure nationale, doté d'un bureau central et que soient désignées des régions géographiques pour servir de zones de projet. Le rapport de Linklater repose sur une recommandation principale selon laquelle les projets devront être contrôlés, orientés, gérés et opérés par la communauté tandis que les autres services et structures de soutien nécessaires seront fournis. Le rapport recommande aussi que soient élaborés des façons et des moyens visant à créer et à intégrer une solide base culturelle à tous les projets. En outre, il préconise l'instauration d'une formation spéciale, la formation d'employés de soutien et la création d'autres outils de soutien, tels qu'un recueil de jurisprudence et des dossiers et comptes rendus améliorés. Et enfin, il propose l'implantation d'un centre de ressources et d'information centrale pour diffuser les connaissances acquises par les projets et leurs résultats.
1978	À l'automne 1978, le MAINC (aujourd'hui AINC) et SNBS (aujourd'hui Santé

	Canada) déposent au Secrétariat du Conseil du Trésor un Cadre de travail pour l'évaluation du PNLAAA.
1979	Le Cadre de travail pour l'évaluation du PNLAAA est approuvé par le Conseil du Trésor en février 1979.
1979	<p>Au printemps 1979, le PNLAAA fait appel aux services de Hickling-Johnson Management Consultants afin qu'ils effectuent une analyse organisationnelle du programme et proposent une orientation quant à la façon d'atteindre les objectifs du cadre d'évaluation. Le rapport final est déposé en juillet 1979. Ce rapport souligne de nombreux aspects positifs du PNLAAA et met ses résultats en lumière. Le programme a eu des retombées positives principalement parce qu'il répondait à un besoin social évident; parce que les administrateurs autant que les participants étaient très engagés dans le programme; parce qu'il était fortement axé sur l'initiative des clients et la prestation communautaire; et parce qu'il existait une bonne coopération entre les organismes participants. Dans les régions où ces caractéristiques sont les plus marquées, les résultats sont les plus favorables.</p> <p>Le rapport Hickling-Johnson fait remarquer qu'en raison de la nature provisoire du programme, sa base ne peut pas être solide – problème qui devient de plus en plus évident étant donné qu'il est financé de manière provisoire d'une année à l'autre, ce qui limite la planification et les efforts à plus long terme. Le rapport laisse entendre que le programme est trop vague et à caractère trop facultatif pour permettre une évaluation contrôlée de son développement et que sa structure organisationnelle le rend vulnérable aux interférences politiques puisque les rôles et responsabilités des divers directeurs et gestionnaires de projets ne sont pas bien définis. Hickling-Johnson conclut également que le programme a tendance à fonctionner comme un organisme satellite, sans systèmes de soutien appropriés et sans ressources financières suffisantes pour faire face à la magnitude du problème. En raison du fait que le programme fonctionne par projet, une situation malsaine s'installe alors que les projets doivent se faire concurrence pour obtenir des fonds qui sont limités, et ce, sans qu'on tienne compte des besoins qui varient d'une communauté à l'autre, ni de l'efficacité probable de l'approche d'un projet particulier.</p>
1979	La politique sur la santé des Indiens du gouvernement fédéral a des répercussions importantes sur la prestation des services de santé. Cette politique a pour objectif d'améliorer la qualité de la vie communautaire, de hausser le niveau de santé des Indiens et des Inuits afin qu'il se compare à celui des autres et de faire davantage participer les Indiens et les Inuits à la gestion de leurs propres programmes de soins de santé. La politique, adoptée par le gouvernement fédéral en septembre 1979, accorde une place importante à la création et au maintien d'une relation efficace entre le gouvernement et les populations indiennes et inuites du Canada. Avant 1979, des services de santé non assurés étaient offerts en fonction des besoins des Indiens inscrits et des Inuits vivant dans les réserves. Au mois d'août 1978, afin d'assurer un meilleur contrôle financier, de sanctionner les pratiques en cours et d'assurer l'uniformité dans toutes les régions, la Direction générale des services médicaux publie une ligne directrice intitulée

	<p><i>Lignes directrices relatives à la prestation de services médicaux et dentaires non assurés aux Indiens inscrits et aux Inuits.</i> Celle-ci suscite une vive opposition chez les Indiens. Ils réclament des services de santé gratuits et universels en évoquant les droits que leur confèrent les traités. Leur opposition amène le gouvernement, en février 1979, à déclarer un moratoire de six mois sur la ligne directrice afin de pouvoir se consulter sur la question des contrôles. Il n'en sort rien de concret. Le moratoire prend fin au mois de septembre 1979 et le gouvernement retire sa directive. Il annonce alors la Politique actuelle sur la santé des Indiens, ce qui entraîne la prestation de services de santé non assurés aux Indiens inscrits et aux Inuits peu importe leur solvabilité et, dans des cas particuliers, leur lieu de résidence.</p>
1980	<p>En mars 1980, le Conseil du Trésor prolonge le PNLAAA d'un an étant entendu qu'une proposition pour un programme permanent sera présentée au Comité du développement social en 1981-1982, laquelle comprendra un volet évaluation.</p>
1980	<p>En mai 1980, un groupe de travail est mis sur pied pour évaluer l'efficacité, l'efficience et la situation économique du PNLAAA. Il comprend des représentants de SNBS, du MAINC, de la FNI, d'Inuit Tapirisat Canada, de l'Association des femmes autochtones du Canada et des experts consultants privés dans le domaine de l'alcoolisme. Ce groupe de travail, appelé groupe principal d'évaluation, soumet son rapport à SNBS et au MAINC en septembre 1980. Ce rapport recommande de faire du PNLAAA un programme permanent et continu bénéficiant d'un financement suffisant dans chaque région pour remplir son objectif, à savoir, interrompre et inverser les tendances destructrices de nature physique, mentale, sociale et économique résultant de l'abus de l'alcool et d'autres drogues. Pour ce faire, le rapport propose que le programme permette à la population autochtone de participer au maximum.</p> <p>Le rapport recommande que le programme se poursuive mais comme entité distincte identifiable, sous l'administration de la Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être (maintenant Santé Canada).</p> <p>En ce qui a trait aux changements d'ordre organisationnel, le rapport recommande la décentralisation vers les régions de l'autorité, de la responsabilité et de la responsabilisation relatives au programme – en tenant compte du fait que chaque région est différente et que toutes ne sont pas prêtes à assumer la responsabilité de gérer le programme. Ainsi, le rapport recommande qu'un processus soit établi pour permettre aux régions : premièrement, de démontrer qu'elles sont prêtes à assumer la gestion d'un Programme régional de lutte contre l'abus de l'alcool chez les Autochtones; deuxièmement, de prouver qu'elles sont aptes à gérer le programme décentralisé; et troisièmement, de créer à l'échelle régionale un organisme sans but lucratif chargé d'assurer la pleine autorité, responsabilité et responsabilisation de la prestation de services de lutte contre l'alcoolisme aux Indiens et aux Inuits de la région.</p>

	<p>Le rapport du groupe principal d'évaluation recommande la mise sur pied d'une équipe d'évaluation et d'implantation à l'échelle nationale, laquelle examinera les propositions régionales selon des lignes directrices établies et autorisera la décentralisation vers les régions lorsque les critères et les conditions seront remplis.</p> <p>Le rapport recommande le démantèlement immédiat du Conseil consultatif national sur l'abus de l'alcool chez les Autochtones et que le Secrétariat national demeure en place seulement jusqu'à ce que les pouvoirs soient décentralisés et que les régions puissent gérer et administrer le programme. Le rapport recommande plutôt la création d'un conseil national pour la lutte contre l'abus de l'alcool et d'autres drogues chez les Autochtones, et ce, dans le but de conseiller les ministres (ou leurs délégués) en matière de politiques gouvernementales relativement aux programmes de lutte contre l'alcoolisme chez les Autochtones.</p> <p>En outre, le rapport présente de nombreuses recommandations sur l'administration du programme permanent proposé, lesquelles abordent entre autres les rôles des directeurs régionaux, l'allocation de ressources en années-personnes et des activités de soutien sous la forme de formation et d'information.</p> <p>Un aspect important du programme permanent de lutte contre l'abus de l'alcool proposé par le groupe principal d'évaluation est qu'il vise à améliorer la coopération avec les organismes et les programmes provinciaux et territoriaux, incluant l'allocation de fonds servant de capitaux d'amorçage pour promouvoir le développement des services existants et ainsi mieux cibler les peuples autochtones.</p>
1982	Le document de travail du Cabinet sur le PNLAADA du 17 février 1982 est soumis au Conseil du Trésor.
1982	<p>Le document de travail du Cabinet sur le PNLAADA est approuvé le 5 avril. L'objectif du PNLAADA est de soutenir les projets conçus et gérés par les communautés en matière de prévention et de traitement de l'alcoolisme et de désintoxication afin d'interrompre et d'inverser les tendances destructrices de nature physique, mentale, sociale et économique.</p> <p>Il s'agissait à l'origine d'un programme quinquennal de 154 millions de dollars qui a évolué, passant par une phase de croissance, une période de maturité et puis, par un transfert des responsabilités aux communautés qui en assurent alors la supervision.</p> <p>Le programme destiné à remplacer le PNLAADA initial doit inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des services de traitement non médicaux décrits comme des soins primaires postérieurs à la désintoxication, et des services de counselling axés sur la réadaptation sociale et culturelle. Les services de traitement sont également décrits comme des services de counselling psychologique et thérapeutique intensifs axés eux aussi sur la réadaptation sociale et culturelle, et habituellement offerts dans le cadre d'un programme de 28 jours.

	<p>En examinant les éléments du programme, les auteurs du document ont constaté que les traitements seraient offerts par des établissements de soins aux malades hospitalisés, des maisons de transition et des services de traitement communautaire (malades externes).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des activités de prévention et de suivi, incluant le counselling professionnel et paraprofessionnel. Il est pertinent que les programmes initiaux de prévention et de suivi du PNLAADA comprenaient une vaste gamme d'activités, et notamment des services d'aide, d'éducation et de counselling, offerts soit à l'ensemble de la communauté, soit au cas par cas. Les services communautaires comprenaient des services d'« entretien » qui devaient inclure le counselling, l'entraide et la thérapie individuelle ou collective. La présentation au Conseil du Trésor faisait également référence aux services « complémentaires », qui devaient viser les familles et les amis des personnes dépendantes. Dans le cadre des approches envisagées, on a déterminé que les services prévus pourraient être offerts par Alcooliques Anonymes ou inspirés des pratiques culturelles et spirituelles des Autochtones. • Des activités de soutien, comme la formation, la recherche-développement, le soutien organisationnel, le financement, et le fonctionnement et l'entretien des services concernés.
1982	La National Native Association of Treatment Directors (NNATD) est créée en 1982 avec le financement du PNLAADA. Le mandat général de la NNATD est de promouvoir des services de traitement des problèmes de consommation d'alcool et de drogues de grande qualité et d'élaborer de nouvelles ressources afin que le réseautage soit efficace.
1982	Le Conseil consultatif national sur l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones est constitué pour donner suite au rapport de mai 1980 du groupe principal d'évaluation qui recommandait la « création d'un conseil national pour la lutte contre l'abus de l'alcool et d'autres drogues chez les Autochtones, et ce, dans le but de conseiller les ministres (ou leurs délégués) en matière de politiques gouvernementales relativement aux programmes de lutte contre l'alcoolisme chez les Autochtones ». Le conseil national qui comprend un représentant de chaque comité consultatif régional supervise et finance la sélection des projets de recherche nationaux, suivant les recommandations des comités consultatifs régionaux.
1984	La Society of Aboriginal Addictions Recovery (SOAAR) est créée. Cet organisme représente les agents de prévention et les intervenants de première ligne du PNLAADA. L'organisme a pour mandat principal de favoriser l'échange d'information; il élabore également des outils et des procédures d'évaluation, crée des mécanismes pour agréer les travailleurs, définit et conçoit des occasions de formation et travaille sur les premiers modèles d'attestation et d'accréditation.
1984	Mise en œuvre du Programme national de personnages modèles autochtones, lequel est géré par Kahnawake et financé par Santé Canada.

	<p>Au cours de ses vingt premières années d'existence, le programme sera géré par une diversité de communautés et d'organismes. Les modèles d'identification sont des individus autochtones de partout au Canada qui font preuve de leadership dans leur communauté. Leurs paroles et leurs actions reflètent les sept traditions que sont la sagesse, l'amour, le respect, la bravoure, l'honnêteté, l'humilité et la vérité. Le premier modèle d'identification du programme a été Alwyn Morris, qui a remporté les médailles d'or et de bronze en kayak aux Jeux olympiques de 1984. John Kim Bell, chef d'orchestre respecté de réputation internationale et président-fondateur de la Fondation canadienne des arts autochtones, a été le second modèle d'identification du programme.</p>
1984	<p>La NNATD organise un atelier sur les techniques de counselling en loisirs thérapeutiques et en éducation physique au terme duquel les participants arrivent à la conclusion que le domaine nécessitant le plus d'amélioration dans la plupart des milieux de traitement a trait justement aux techniques de counselling en loisirs. C'est à partir de cette observation que s'élabore le projet de recherche sur les loisirs thérapeutiques et l'éducation physique.</p>
1984	<p>Hollow Water et ses communautés avoisinantes, Manigotan, Aghaming et Seymourville, entreprennent le processus de rétablissement à long terme en créant une équipe-ressource qui mènera à la mise sur pied du S.A.F.E. Training Program et à la création du modèle Processus holistique de réconciliation.</p>
1984-1985	<p>Création du Système de rapports sur les activités de traitement (SRAT). Ce système est le premier à saisir de l'information sur les taux d'occupation et autres données sur les programmes de traitement. L'entrée de données sur le client et le programme est obligatoire pour chaque centre de traitement du PNLAADA.</p>
1985-1986	<p>En 1985, paraît le film : <i>The Honour of All: The Story of Alkali Lake</i>. Le film comprend des entrevues personnelles approfondies réalisées auprès de quelque 80 membres de la communauté en 1984-1985. Il décrit l'approche communautaire qu'a adoptée Alkali Lake dans sa lutte pour la guérison et pour se libérer de l'alcoolisme de 1972 à ce jour, en 1984-1985. En 1985, Alkali Lake organise la première d'une série de conférences internationales axées sur la guérison des communautés autochtones et à laquelle 1 200 personnes participent. En 1986, une deuxième conférence attire environ 2 500 personnes de partout en Amérique du Nord et dans le monde.</p>
1987	<p>En mai 1987, le gouvernement fédéral annonce la mise en place d'un plan d'action quinquennal financé à hauteur de 210 millions de dollars pour freiner l'abus de drogues. L'initiative <i>Action contre les drogues</i> de la Stratégie nationale antidrogue est lancée par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, ministère qui à l'époque était chargé des initiatives fédérales de lutte contre l'abus de drogues. Plusieurs autres ministères participent aussi au premier effort interministériel visant à coordonner la réponse du Canada à son problème de consommation abusive de drogues. On croyait alors qu'il fallait une approche stratégique coordonnée pour lutter contre ce problème au pays. L'objectif général de la stratégie était de « réduire les préjudices causés par la consommation d'alcool et d'autres drogues aux</p>

	personnes, aux familles et aux communautés, grâce à une approche équilibrée acceptable pour les Canadiens. » Parmi les autres partenaires figurent les administrations provinciales et municipales, les entreprises, les autorités policières ainsi que des organisations professionnelles et bénévoles. Le gouvernement axe la stratégie sur six éléments principaux : éducation et prévention; lois, application et contrôle; traitement; coopération internationale; recherche et information; et portée nationale.
1987	La National Native Association of Treatment Directors produit son premier projet de recherche en septembre 1987, lequel s'intitule : <i>Therapeutic Recreation and Physical Development-Counsellors' Manual</i> . Le manuel démontre que les loisirs et l'éducation physique font partie intégrante du rétablissement complet des alcooliques.
1987	En octobre 1987, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social Canada (devenu Santé Canada) déclare la troisième semaine de novembre de chaque année Semaine de sensibilisation aux drogues (SSD) ou Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies (SNST). La SNST a pour objectif de sensibiliser la population aux personnes qui souffrent de dépendance dans l'ensemble du Canada.
1988	Le financement du PNLAADA est transféré au gouvernement des Territoires du Nord-Ouest en vertu du <i>Northwest Territories Health Transfer Agreement</i> de 1988. Chaque année, Santé Canada transfère des fonds supplémentaires aux deux territoires pour soutenir les activités de traitement et de formation.
1988	La communauté d'Alkali Lake, l'institut Nechi et le Four Worlds Development Project publient un essai s'intitulant <i>New Directions</i> à utiliser dans le cadre des processus de guérison communautaires, particulièrement ceux ayant trait à la révélation d'abus sexuel. Cette formation sera offerte aux communautés autochtones du Canada, des États-Unis ainsi qu'à l'échelle internationale.
1989	En février 1989, la National Native Association of Treatment Directors publie <i>In the Spirit of the Family: Native Alcohol & Drug Counsellor's Family System Treatment Intervention Handbook</i> . Le manuel a été conçu expressément pour faire connaître la méthode axée sur le rétablissement en matière d'abus de l'alcool et d'autres drogues. Ce manuel sert à donner une formation complète d'un bout à l'autre du Canada.
1989	En 1989, la Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies (SNST) est lancée par le Nechi Training, Research and Health Promotions Institute, avec le financement de la Direction générale des services médicaux (devenue la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits ou DGSPNI) dans le but de promouvoir des activités à l'échelle nationale. L'objectif de la SNST est de fournir de l'information et du matériel ainsi que de promouvoir des activités visant à sensibiliser la population aux toxicomanies et de prôner des modes de vie plus sains dans les deux langues officielles.
1989	Le 29 juin 1989, le Conseil du Trésor accorde l'autorisation financière et les ressources pour soutenir la planification préalable au transfert et pour financer les structures de gestion en santé communautaire. Il s'agit d'un premier pas vers le contrôle communautaire de l'administration des services

	de santé dans les collectivités.
1989	Début du projet <i>Three Wise Men</i> dans le cadre duquel trois (et plus tard quatre) individus offrent un soutien clinique et des conseils par l'entremise des programmes de traitement du PNLAADA. L'information obtenue grâce à l'expérience de ces trois/quatre individus a aussi permis d'orienter l'élaboration de la politique nationale et les politiques de surveillance du programme.
1990	Après bien des activités de lobbying, le Congrès international sur l'alcoolisme et les toxicomanies inclut un volet spécial sur les problèmes de toxicomanie des Autochtones lors de son congrès à Berlin. Ce forum auquel participent des Autochtones du Canada, de Nouvelle-Zélande et d'Australie donne lieu à une discussion qui sera le fondement de ce qui deviendra Healing Our Spirit Worldwide (HOSW) - <i>Avec le monde entier, libérons-nous corps et âme</i> - thème du congrès de 1992 à Edmonton.
Milieu des années 1990	Au milieu des années 1990, la DGSM finance la mise en vigueur de normes nationales et régionales pour le PNLAADA en matière de prévention et de traitement.
1991	Le mode de financement des centres de traitement de la DGSM est défini. Le plan de financement est entièrement axé sur des programmes aux hospitalisés - s'appuyant sur un budget annuel par espace lit comme allocation de base - puis adapté selon la taille (pour réaliser des économies d'échelle) et les coûts associés aux frais de transport supplémentaires pour l'achat de matériel (c.-à-d., indices d'éloignement).
1991	Dans le cadre d'un processus de demande de propositions géré par le PNLAADA, l'institut Nechi et la National Native Association of Treatment Directors sont choisis comme premiers organisateurs de la conférence Healing Our Spirit Worldwide (HOSW).
1992	Le premier rassemblement de HOSW a lieu à Edmonton, AB et attire 3 300 personnes de 17 pays. Le second a lieu à Sydney, Australie en 1994 et un troisième à Rotorua, Aotearoa (Nouvelle-Zélande) en 1998. Le HOSW s'établit solidement et devient un mouvement international culturel et spirituel célébrant la ténacité et la résilience des peuples autochtones de partout dans le monde dans leur lutte contre l'abus de l'alcool et d'autres drogues. Après le troisième rassemblement, HOSW aura lieu tous les quatre ans.
1993	Bien que le Cabinet du gouvernement fédéral ait approuvé le cadre de la politique du transfert de la santé le 16 mars 1988, le premier transfert de programme de centre de traitement du PNLAADA n'a eu lieu qu'en 1993. Les premiers objectifs du Transfert sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Permettre aux communautés de concevoir des programmes de santé, d'établir des services et d'allouer des fonds selon les priorités en santé communautaire; • s'assurer que les communautés font preuve de souplesse dans la prestation des programmes et des services de santé; • s'assurer que la santé et la sécurité publiques sont maintenues en offrant des programmes de santé et de traitement obligatoires; et • renforcer et améliorer la responsabilité des chefs des communautés

	<p>envers les membres de leur communauté.</p> <p>Le processus de transfert à la DGSPNI est souple, il permet aux communautés de prendre le contrôle de leurs services de santé au rythme qui correspond le mieux à leurs besoins. Il permet également de changer pour l'une ou l'autre des approches. Les communautés peuvent passer de l'approche intégrée en matière de services de santé communautaires au transfert des services de santé (dans les phases de planification préalable au transfert ou de transition) et vice versa, en respectant certaines conditions.</p>
1993	<p>En octobre 1993, Santé Canada réalise le document <i>Enquête et étude sur l'abus des vapeurs de solvants parmi les jeunes des communautés des Premières nations et des Inuits</i>.</p>
1994	<p>Vers la fin de 1994, le Conseil du Trésor accorde l'autorisation financière et les ressources pour soutenir l'Approche des services intégrés de santé communautaire. Une communauté qui choisit cette Approche obtient moins de contrôle qu'avec le Transfert, mais un plus grand contrôle que si elle continue à fonctionner selon les Accords généraux de contribution. Une communauté qui adopte l'Approche de services intégrés de santé installe sa propre structure d'administration des services de santé, mais partage la responsabilité d'offrir les services avec la DGSPNI. Tant que les services de santé obligatoires sont fournis, les communautés ont la possibilité de changer les objectifs et les activités d'un programme, d'augmenter les ressources d'un service, et de réduire les ressources d'un autre selon les priorités de la communauté.</p> <p>Objectifs de l'Approche axée sur l'intégration des services de santé communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aider les Premières nations et les communautés inuites à améliorer leur capacité de gérer les ressources de santé et d'en prendre le contrôle; et • faciliter et encourager l'engagement de la communauté dans la planification et la mise en œuvre des programmes et des services de santé.
1995	<p>En 1995, Santé Canada, par l'entremise de Grandir ensemble et (ou) l'Initiative sur les abus de solvants, se lance dans la mise sur pied de plusieurs centres de traitement autochtones pour adolescents aux prises avec l'abus de solvants. Au départ, six centres voient le jour (un existait déjà) dans diverses régions du Canada. Le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ) vise à améliorer la qualité de vie et les capacités fonctionnelles des personnes ayant une dépendance aux solvants, en réduisant au minimum les effets et les risques associés à l'utilisation de ces produits. Son volet axé sur la sensibilisation renseigne les travailleurs communautaires et les familles sur cette toxicomanie et fournit des services de suivi aux clients et à leurs familles. La DGSM entreprend la phase d'implantation de six (6) nouveaux centres de traitement, tel qu'annoncé par le ministre de la santé en mai 1995. On annonçait 90 nouveaux lits en plus d'un financement pour le Sagkeeng Solvent Treatment Centre pouvant atteindre un maximum de 3,3 millions de dollars</p>

	par année. Les six nouveaux centres et Sagkeeng formeront un système national de services de traitement de l'abus de solvants desservant les Premières nations et les Inuits partout au Canada.
1995	<p>En 1995, le gouvernement fédéral annonce sa Politique sur le droit inhérent à l'autonomie gouvernementale, laquelle présente une troisième option aux communautés leur permettant de mieux contrôler les services de santé. Voici les principales caractéristiques de la politique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance que le droit inhérent est un droit autochtone qui existe sous la Section 35 de la Constitution; • le droit inhérent sera exercé à l'intérieur du cadre constitutionnel existant, harmonisé avec les autres domaines de compétences et résolu par des négociations; • on doit inclure les provinces et les territoires dans les négociations où sont abordés des aspects se répercutant sur leurs domaines de compétences; • le financement devrait être une responsabilité que se partagent les administrations fédérale, provinciales, territoriales et autochtones.
1996	En juillet 1996, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits se lance dans l'implantation de centres de traitement permanents du PNLASJ.
1996	La Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) dépose son rapport final en novembre 1996. Le rapport de 4 000 pages en cinq volumes couvre un large éventail d'enjeux; ses 440 recommandations appellent à des changements radicaux dans la relation entre les Autochtones et les non-Autochtones et les gouvernements du Canada. Bien que le rapport ne mentionne pas l'abus de l'alcool et des drogues, il accorde une place importante à la santé en général et surtout aux séquelles laissées par les pensionnats indiens.
1996	En 1996, on entreprend l'Évaluation générale du PNLAADA. L'évaluation a pour but de déterminer l'efficacité globale du programme; d'orienter l'élaboration de recommandations stratégiques pour en renforcer le contenu; et de favoriser une mise en œuvre plus efficace du programme à l'échelle communautaire.
1997	Le 1 ^{er} avril 1997, le territoire du Yukon reprend la gestion et la prestation des programmes de santé universels (qui étaient sous la responsabilité de Santé Canada depuis octobre 1954) dans une entente mutuelle entre les deux gouvernements. Le Conseil des Premières nations du Yukon participe à l'entente. Plus tôt, en avril 1993, Santé Canada avait transféré la gestion de l'hôpital général de Whitehorse à l'Administration territoriale du Yukon.
1996-1997	Définition d'un motif de financement pour résoudre les problèmes d'abus de solvants. Les régions font face à des lacunes en matière de résolution des problèmes d'abus de solvants et n'ont pas facilement accès à des services de traitement. On veut assurer la qualité des services en implantant et en imposant un processus d'accréditation. On définit des normes en matière de services de traitement pour les jeunes que tous les centres de traitement de l'abus de solvants doivent respecter pour recevoir un plein financement.
1998	En 1998, d'autres ressources financières sont allouées, ce qui permet

	d'ajouter trois centres de traitement au réseau du PNLASJ.
1998	<p>Le 7 janvier 1998, l'honorable Jane Stewart, alors ministre d'Affaires indiennes et du Nord, présente une déclaration de réconciliation et dévoile la réponse du gouvernement au rapport de la CRPA, laquelle s'intitule : <i>Rassembler nos forces, Le plan d'action du Canada pour les questions autochtones</i>. Le document établit un cadre d'action pour les mesures gouvernementales ultérieures qui comprend les interventions suivantes en lien avec les séquelles des pensionnats indiens et la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renouveler le partenariat : cet engagement comprend une Déclaration préliminaire de réconciliation reconnaissant les injustices historiques subies par les peuples autochtones ainsi que l'établissement d'un fonds de guérison de 350 millions de dollars pour atténuer les conséquences des abus subis dans les pensionnats. Parmi les autres éléments, notons la préservation et la promotion des langues autochtones; la sensibilisation du public aux traditions et enjeux autochtones; l'intégration de partenaires autochtones dans la conception, l'élaboration et la prestation des programmes; la volonté du gouvernement d'examiner les systèmes existants en vue de les améliorer; mieux répondre aux besoins des Autochtones en milieu urbain; et améliorer la collecte de données et l'échange d'information. • Renforcer les communautés et les économies et appuyer les gens : cet objectif prévoit l'allocation de ressources pour améliorer le niveau de vie dans les communautés autochtones en ce qui concerne le logement et les systèmes d'eau et d'égouts; la réforme de l'aide sociale, afin de diminuer la dépendance et de mettre l'accent sur la création d'emplois; une Stratégie quinquennale de développement des ressources humaines autochtones; l'expansion du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones; la réforme de l'éducation; plus d'attention aux besoins et aux programmes liés à la santé; un meilleur accès aux capitaux; et l'établissement de centres pour les jeunes vivant en milieu urbain.
1998	<p>Le 31 mars 1998, le gouvernement du Canada crée la Fondation autochtone de guérison en réponse à la Commission royale sur les peuples autochtones et conformément à l'initiative <i>Rassembler nos forces</i>. On accorde à la fondation un mandat d'une durée de onze ans qui prendra fin le 31 mars 2007 et en vertu duquel elle devra encourager et soutenir, au moyen de recherches et de contributions financières, des initiatives de guérison autochtones communautaires pour atténuer les séquelles de la violence physique et sexuelle subie dans le régime de pensionnats indiens du Canada, incluant les répercussions intergénérationnelles. De nombreux projets financés par la Fondation s'intéresseront aux problèmes d'abus de l'alcool et des drogues en s'associant à des centres de traitement du PNLAAADA déjà en place : St. Paul Treatment Centre, Tsow-Tun Le Lum, Wilp Si'satxw House of Purification Society, Native Addiction Council of</p>

	Manitoba, Nelson House Medicine Lodge et Salteaux Healing and Wellness Centre Inc. On s'attaque aussi au problème de l'abus de l'alcool et des drogues en créant des ressources à l'aide de recherches dirigées par la Fondation : <i>Addictive Behaviours Among Aboriginal People in Canada</i> et <i>FAS Among Aboriginal People in Canada: Review and Analysis of the Intergenerational Links to Residential Schools</i> .
1998	Mise sur pied du Youth Solvent Abuse Committee (YSAC) qui s'investit dans l'élaboration d'un modèle d'accréditation officiel et de lignes directrices relatives aux meilleures pratiques, ou les plus prometteuses. L'YSAC est un réseau d'appui qui excelle dans l'échange d'information et permet au Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes d'être bien représenté et respecté à l'échelle nationale. L'YSAC est aussi un chef de file sur le plan international; en effet, le comité a créé des liens avec de nombreuses organisations qui sont à la recherche de conseils ou des meilleures pratiques dans le domaine du traitement de l'abus de solvants.
1998	L'Examen général du PNLAADA décrivant les conclusions et les 37 recommandations de l'examen est présenté en 1998.
1998	Un Comité national de partenariat est créé en réponse à l'Examen général national du PNLAADA de 1998, de même que des comités régionaux de partenariat. Le comité national comprend des représentants des Premières nations, des Inuits et de Santé Canada. La représentation de tous les comités régionaux comprend les membres reconnus du comité national. Le Comité national de partenariat a pour mandat de superviser l'implantation des recommandations de l'Examen général.
1999	Le financement du PNLAADA est transféré au gouvernement du Nunavut lors de sa création en 1999. Chaque année, Santé Canada transfère des fonds supplémentaires aux deux territoires pour soutenir les activités de traitement et de formation.
1999	En 1999, la DGSM diffuse un document d'orientation, la <i>Politique sur le Transfert des Programmes de traitement pour l'abus d'alcool, d'autres drogues et de solvants</i> , lequel décrit les conditions en vertu desquelles les programmes de traitement non médicaux financés par le PNLAADA fournissant des services à l'échelle nationale et régionale pourraient être transférés aux Premières nations qui en assureraient le contrôle. Les lignes directrices de la politique concernent aussi les Programmes nationaux de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ). Voici quelques conditions à respecter : <ul style="list-style-type: none"> • Les centres de traitement du PNLAADA et ceux du PNLASJ doivent être accrédités par un organisme d'accréditation national reconnu s'ils entreprennent un transfert. • Les centres de traitement doivent être incorporés et leur conseil d'administration doit représenter plus d'une communauté ou au minimum tout un bassin de population, où on peut supposer qu'une Première nation compte plusieurs réserves qui englobent une vaste population dispersée dans une région géographique extrêmement large ou dans laquelle la communauté est tellement éloignée que le partage d'un centre avec d'autres communautés

	<p>ou l'accès des clients à des centres à l'extérieur gérés par plusieurs communautés ne constitue pas une solution pratique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des résolutions des conseils de bande sont exigées de toutes les communautés représentées dans le transfert. • Les centres doivent faire officiellement rapport chaque année aux communautés des Premières nations, effectuer une vérification intégrée et fournir un rapport sur les programmes obligatoires à la DGSM (c.-à-d., au ministre de la Santé) qui comprend des données provenant d'un système de gestion de l'information acceptable (le Système d'information sur l'abus des substances ou son équivalent et les taux d'occupation pour toute l'année). • Les fonds destinés au programme de base doivent servir pour les traitements non médicaux en centre, qui sont considérés comme obligatoires. La DGSM stipule qu'il est possible de couvrir aussi les services auxiliaires, comme les services de proximité et le suivi, mais seulement lorsque les taux d'occupation sont maintenus à 80 % ou plus au cours de l'année. • La planification préalable au transfert ne nécessiterait qu'un examen du plan de fonctionnement du centre ainsi que de ses politiques et procédés plutôt qu'un processus complet de planification de transfert semblable à ce qui est produit quand il y a transfert des responsabilités aux communautés. Au lieu d'un plan de préparation aux situations d'urgence, on exigerait un plan d'évacuation d'urgence. • En 1999, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) constitue un groupe consultatif national pour évaluer la nécessité de créer un registre national des traitements de l'abus de substances destinés aux Premières nations et aux Inuits. Conformément aux recommandations de l'Examen général du PNLAADA, le groupe recommande l'élaboration d'un registre de programme contenant l'information sur la disponibilité de services faisant partie d'un plein continuum, c'est-à-dire, la prévention, les soins et le suivi, pour les Premières nations et les Inuits. • Aussi en 1999, la Direction des programmes de santé des Inuits et des Premières nations commande une étude sur la mesure d'impact des traitements et les méthodes de collecte des données des programmes de traitement de la toxicomanie chez les Premières nations et les Inuits.
1999	Accréditation : la première cohorte d'enquêteurs des Premières nations est formée et, en novembre, les premiers centres pilotes sont choisis (Nimkee, Sagkeeng et White Buffalo).
2000	Le 31 janvier 2000, le Comité national de partenariat (qui a commencé ses travaux en 1998) est incorporé et devient la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD).
2000	Ouverture de trois nouveaux centres de traitement du PNLASJ : Charles J. Andrew (ATL), White Swan (AB), Eagle's Path (SK).

2000	Le 29 novembre 2000, CBC diffuse « l’Il never stop sniffing gas » à l’émission The National, un reportage sur des jeunes de Davis Inlet et Sheshatshiu au Labrador qui inhalent de l’essence.
2000	<p>En novembre 2000, les chefs Rich (Innu de Sheshatshiu) et Tshakapesh (Innu Mushuau) demandent l’aide des gouvernements fédéral et provincial pour résoudre la crise dans leur communauté mettant en jeu des enfants aux prises avec l’abus de solvants. Le ministre de la Santé s’engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • amener les enfants à risque des deux communautés dans un environnement sécuritaire et protégé afin de procéder à leur évaluation médicale et psychosociale et à la désintoxication; • aider financièrement les Innu à élaborer et implanter des programmes de traitement axés sur la famille; • établir un centre de désintoxication autochtone au Labrador; et • examiner d’autres initiatives à long terme afin de réparer le tissu social et culturel des deux communautés.
2000	<p>Pour donner suite à une série de rencontres fédérales/provinciales/innues, un communiqué est diffusé le 26 novembre 2000, et une entente signée le 12 décembre 2000, à l’échelon ministériel et au niveau des fonctionnaires supérieurs. Ces documents engagent Santé Canada à travailler en collaboration avec la province de Terre-Neuve-et-Labrador sur les aspects suivants touchant les Innus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amener les enfants à risque des deux communautés dans un environnement sécuritaire et protégé afin de procéder à leur évaluation médicale et psychosociale et à la désintoxication ; • aider financièrement les Innus à élaborer et implanter des programmes de traitement axés sur la famille ; • établir un centre de désintoxication autochtone au Labrador; et • examiner d’autres initiatives à long terme afin de réparer le tissu social et culturel des deux communautés. <p>Dans l’intérêt des Innus, tant en ce qui concerne les interventions d’urgence que pour offrir des mécanismes de soutien et s’assurer que l’environnement favorise la guérison, on élabore une approche complète qui sollicitera l’engagement et la participation directe des Innus. L’approche sera menée de concert par les gouvernements fédéral et provincial. Un groupe de travail technique mixte fédéral et provincial a été mis sur pied pour élaborer des plans d’action visant une intervention immédiate en situation de crise ainsi que pour concevoir des solutions à long terme. Le groupe est soutenu par une équipe d’experts professionnels qui lui fournissent des conseils et valident les processus et les plans.</p>
2001	En mai 2001, un groupe de travail est formé afin de formuler des recommandations à l’intention de Santé Canada relativement à la réaffectation de crédits pour améliorer et renouveler de façon proactive le système du PNLAADA. Les intervenants faisant partie du groupe de travail comprennent notamment des représentants de la National Native Addictions Partnership Foundation, du groupe de travail régional du Manitoba, du Youth

	Solvent Abuse Committee et de Santé Canada. On recommande entre autres que la Première nation Sagkeeng offre des services de traitement des toxicomanies aux familles.
2001	<p>En juin 2001, le Cabinet approuve une approche multidisciplinaire pour intervenir dans la crise qui touche les Innus du Labrador. Cette stratégie vise, entre autres, un meilleur accès à un éventail de services de santé et de guérison dans les communautés; l'amélioration des services de maintien de l'ordre; l'inscription des Innus, conformément à la Loi sur les Indiens; et la création de réserves innues. La SGGIL est une initiative horizontale à laquelle prennent part trois ministères fédéraux : Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC - chef), Santé Canada et Sécurité publique et Protection civile Canada (SPPCC) / GRC.</p> <p>Santé Canada a reçu 20,07 millions de dollars sur trois ans (de 2001-2002 à 2003-2004) pour mettre en œuvre une stratégie de santé communautaire complète qui se penche sur la prévention et la promotion de la santé (santé maternelle et de l'enfant), sur les symptômes (toxicomanies) et sur les causes sous-jacentes (problèmes de santé mentale comme les traumatismes et la perte). La stratégie offre un continuum de services de santé en soutenant des programmes communautaires à l'aide d'équipes professionnelles et en intégrant les services de santé fédéraux aux services de santé provinciaux.</p> <p>La province de Terre-Neuve-et-Labrador joue un rôle de premier plan dans la prestation de services sociaux et de soins de santé primaires aux Innus et travaille avec le gouvernement fédéral et les Innus du Labrador pour réaliser les ententes communes conclues en novembre et décembre 2000.</p>
2001	Les centres de traitement du PNLAADA n'ayant pas fait l'objet d'un transfert reçoivent du financement pour leur processus d'accréditation – les centres peuvent utiliser 5 % de leur budget ou le montant alloué pour leur évaluation qui correspond à 10 % de leur budget.
2002	Début 2002, Santé Canada approuve la recommandation du comité consultatif sur le renouvellement des programmes de toxicomanie visant la création d'un centre de traitement familial pour la Première nation Sagkeeng, lequel sera hébergé dans l'ancien Virginia Fontaine Memorial Centre.
2003	En mai 2003, la DGSPNI se voit allouer un financement réparti sur cinq ans de la Stratégie canadienne antidrogue (SCA), montant qui s'élève à 5,3 millions de dollars. Ce financement a pour objectifs principaux d'offrir des programmes de formation agréés accessibles aux intervenants en toxicomanie inuits et des Premières nations avec l'intention d'accréditer jusqu'au deux-tiers de la main-d'œuvre dans ce domaine sur une période de cinq ans. Le financement vise également l'amélioration de la qualité des soins dans les services en toxicomanie et à offrir des cours d'orientation à tous les nouveaux intervenants en toxicomanie.
2004	Pour faire suite à l'évaluation de 2001 du Programme national de personnages modèles autochtones, il est rebaptisé Programme national des modèles autochtones. Le programme est revu afin que sa portée soit plus

	<p>nationale et qu'il représente mieux les trois groupes autochtones du Canada. L'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) est choisie pour gérer le programme pendant une période de cinq ans dans le cadre d'un processus de demande de propositions entrepris en 2004.</p>
2004	<p>L'option recommandée dans le Mémoire au Cabinet, laquelle a été approuvée en principe par le comité du Cabinet en décembre 2004, propose d'améliorer la Stratégie globale de guérison des Innus du Labrador (SGGIL) afin de la rendre plus globale. Le rapport de décisions enjoint les ministres de revenir au Cabinet en 2009 afin de présenter un rapport sur l'implantation et les résultats de l'évaluation et d'obtenir l'approbation d'un fond permanent.</p>
2004-2005	<p>Un appel de propositions est lancé. Les régions soumettent alors des projets proposant des programmes de formation agréés pour les intervenants en toxicomanie du PNLAADA. Chaque région reçoit 55 000 \$ pour la formation axée sur les priorités régionales. Parmi les exemples d'activités régionales, mentionnons : formation en matière de prévention de la toxicomanie chez les jeunes; création d'un comité de certification pour les intervenants des programmes de santé mentale et de mieux-être pour les Autochtones; certification de spécialistes et maintien à la méthadone; et protocoles de gestion des cas, de communication et d'éducation en matière de désintoxication.</p> <p>La SCA a commandé une analyse du contexte des centres de traitement affiliés au PNLAADA pour examiner les normes de dotation ainsi que les besoins relatifs à la certification, à la formation et à la prestation de services dans les régions. Les résultats font ressortir l'importance de s'attaquer à l'apparition de nouvelles drogues (à savoir, le crystal meth) et de tenir compte des troubles concomitants qui ont précédé la toxicomanie ou en sont les conséquences. Les résultats font valoir la nécessité d'une stratégie en matière de ressources humaines qui soit intégrée et interdisciplinaire et qui soit financée à long terme afin d'offrir des possibilités de formation et de certification, des hausses de salaire, de développer l'emploi et de faire avancer la recherche dans le domaine des toxicomanies.</p>
2005	<p>En février 2005, le gouvernement fédéral s'engage à verser un montant supplémentaire de 40 millions de dollars répartis sur deux ans à la Fondation autochtone de guérison et prolonge son mandat jusqu'au 31 mars 2009. Ce montant supplémentaire de 40 millions de dollars permet à la fondation de poursuivre environ 24 % de ses projets en cours pour deux autres années.</p>
2005	<p>La première rencontre du Comité consultatif sur le mieux-être mental (CCMM) a lieu en juin 2005. Le comité a pour mandat d'élaborer un plan d'action stratégique en vue d'améliorer la santé mentale des Premières nations et des Inuits et d'orienter l'élaboration des politiques et programmes de mieux-être mental au cours des trois à cinq prochaines années.</p>
2006	<p>Le 10 mai 2006, le Cabinet approuve la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens. Une partie de la Convention comprend un engagement de 125 millions de dollars à verser à la Fondation autochtone de guérison. Ce financement prolonge le mandat de la FAG jusqu'en septembre 2012.</p>

2006	L'ébauche d'un plan d'action stratégique est présentée au CCMM en février 2006 et sa version finale est déposée le 23 juin 2006.
2008	<p>Le 6 mars 2008, la DGSPNI envoie un courriel aux régions pour savoir si elles manifestent de l'intérêt pour les équipes du mieux-être mental (EMM). Il s'agit d'équipes communautaires centrées sur le client et multidisciplinaires offrant une panoplie de services et de soutiens en santé mentale et en toxicomanie aux communautés des Premières nations et des Inuits, lesquels sont adaptés à leur culture. Les équipes du mieux-être mental appartiennent aux communautés qui les définissent et les gèrent. Les équipes intégreront des approches cliniques traditionnelles et culturelles autochtones et occidentales dans les services en mieux-être mental, couvrant tout l'éventail de soins, de la prévention au suivi.</p> <p>Le concept des EMM s'appuie sur une vision intégrée de la prestation des services (plurigouvernementale, multisectorielle). Dans le contexte du partage des compétences fédérales, provinciales et territoriales, il est important qu'il y ait participation et engagement des services, organismes et pouvoirs provinciaux.</p>
2008	<p>Le 8 mai 2008, le ministre de la Santé annonce qu'il engagera 30,5 millions de dollars sur cinq ans, et 9,1 millions de dollars sur une base permanente, dans le cadre du Plan d'action en matière de traitement de la Stratégie nationale antidrogue (SNA). L'objectif est d'améliorer la qualité, l'efficacité et l'accessibilité des services en toxicomanie pour les Premières nations et les Inuits, particulièrement pour les jeunes, les femmes et les familles.</p> <p>L'investissement de la SNA de la DGSPNI cible quatre principaux domaines :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Développement de la main-d'œuvre 2) Élargir et consolider les services de toxicomanie 3) Équipes du mieux-être mental 4) <i>Addictions Information Management System (AMIS)</i> - système de gestion de l'information sur les toxicomanies
2008	La première réunion du Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations (CCLTPN) se tient en mai 2008 à Edmonton, Alberta. Le comité a pour mandat de contribuer à l'élaboration d'un cadre national de renouvellement du PNLAADA afin de s'assurer que les services en toxicomanie offerts aux Premières nations aux cours des années à venir sont efficaces et adaptés à leur culture.
2009	Le forum de recherche sur le mieux-être mental et le renouvellement du PNLAADA a lieu à Ottawa le 23 février 2009. Le forum vise à améliorer la collaboration et le consensus entre les chercheurs travaillant sur les documents de renouvellement du PNLAADA. Parmi les participants à l'atelier comptent cinq chercheurs associés aux équipes sur le renouvellement du PNLAADA et (ou) du mieux-être mental, des représentants de l'APN, de la FANPLD et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.
2009	Le cadre de la politique d'accréditation et le mode de financement de la direction générale sont approuvés par le Comité exécutif de la direction générale dans l'intention de promouvoir l'amélioration continue de la qualité

	en accréditant les services aux Premières nations et aux Inuits.
2009	Les évaluations des besoins régionaux menées sous contrat par les régions de Santé Canada sont terminées au cours de l'été 2009. Les évaluations des besoins régionaux constituent une source essentielle de renseignements sur le statut du PNLAADA, information recueillie dans le cadre d'un vaste processus de participation auquel ont entre autres pris part les membres des collectivités.
2010	<p>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 accueillent conjointement le Forum national sur le renouvellement du PNLAADA les 12 et 13 janvier 2010 à Ottawa. Le forum réunit un large éventail de partenaires du PNLAADA (environ 70 personnes), comprenant des membres de la communauté, des fournisseurs de services, des techniciens en santé de l'APN, des membres de la FANPLD et des représentants des initiatives nationales en santé mentale et toxicomanie, pour discuter des efforts continus de renouvellement du PNLAADA à la lumière des évaluations des besoins régionaux effectuées.</p> <p>Les objectifs du forum sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. déterminer les principales priorités nationales de programme et de politiques relatives au renouvellement du PNLAADA à partir des conclusions des évaluations des besoins régionaux, et d'autres données probantes de la culture autochtone et de la culture dominante; 2. créer un milieu propice à la collaboration et à la résolution de problèmes entre partenaires, concernant les principaux défis du PNLAADA; 3. renforcer les relations de travail entre les partenaires du PNLAADA grâce à un milieu de travail axé sur la collaboration; 4. accroître la mobilisation et le soutien du processus de renouvellement du PNLAADA chez les partenaires; 5. examiner les approches pertinentes en matière de mobilisation et de validation en ce qui concerne le cadre de renouvellement du PNLAADA; et 6. établir un réseau de partenaires du PNLAADA pour faire progresser le processus de renouvellement.
2010	Le site Internet sur le renouvellement du PNLAADA est lancé le 15 avril 2010. Le site est conçu pour assurer une communication claire et la collaboration alors que se poursuit toujours le travail visant le renouvellement du cadre du PNLAADA.