

*Programme national de lutte contre l'abus de
l'alcool et des drogues chez les Autochtones*

EXAMEN DU PROGRAMME DE PRÉVENTION DU PNLAADA : SOMMAIRE DES PRINCIPALES CONCLUSIONS

*ADAPTÉ DU RAPPORT INTÉGRAL : SCAN AND ANALYSIS OF
ON RESERVE SUBSTANCE ABUSE ADDICTIONS PREVENTION
PROGRAMMING*

Heather Gifford, Ph. D.

Juillet 2009

Remerciements

D'entrée de jeu, je tiens à remercier les participants à la recherche qui ont donné si généreusement de leur temps pour me parler de leur travail auprès du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA). Sans vous, cette recherche n'aurait pu être réalisée. Nombre d'entre vous avez consacré une bonne partie de votre vie à ce travail et je salue la sagesse que vous en avez acquise et vous suis reconnaissante de me la faire partager aussi ouvertement.

En deuxième lieu, je désire remercier la Direction générale de la Santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), et dire un merci tout particulier à l'équipe dévouée de la Direction des programmes communautaires pour leur soutien tout au long du processus. L'apport de l'équipe des politiques a été capitale dans la conduite d'un processus de recherche qui produira un important corpus de connaissances axées sur des données probantes afin d'aider au renouvellement du PNLAADA. Je souligne la contribution de Darcy Stoneadge et le remercie pour son soutien pratique au cours de la recherche, pour son don de ressources et pour avoir toujours été là pour répondre à mes questions.

Je tiens également à souligner le soutien et l'encouragement reçus du Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations, et à remercier tout particulièrement les coprésidents Dennis Wardman et Carol Hopkins, pour leurs commentaires sur les versions préliminaires de ce rapport. Le comité compte des membres autochtones de nombreux groupes nationaux qui ont un intérêt particulier pour l'avancement du PNLAADA. Merci de m'avoir permis de mener cette recherche, d'avoir fourni des commentaires sur le rapport et d'en avoir très bien accueilli les conclusions. Mes remerciements vont également à Dennis Wardman, Lorne Clearsky et Chelsea Crowshoe qui m'ont aidée à venir au Canada pour cette recherche et pour mener d'autres travaux de recherche autochtones, et à créer une occasion de renforcer le partenariat de recherche entre la Nouvelle-Zélande et le Canada.

Je vous souhaite à tous et au PNLAADA un avenir des plus prometteurs.

Heather Gifford, M.H.P., Ph. D.

Table des matières

1. Résumé.....	5
2. Contexte	9
3. Objet du projet de recherche.....	10
4. Méthodes de recherche	11
4.1 Recherche et analyse documentaires	11
4.2 Entrevues avec des témoins privilégiés	11
4.3 Analyse	12
5. Résultats.....	13
5.1 La toxicomanie dans les communautés des Premières nations.....	13
5.1 Définitions de la prévention.....	14
5.2 Ce qui fonctionne en prévention des toxicomanies	17
5.2.1 Utiliser des données probantes avec des populations autochtones : problèmes et défis.....	17
5.2.2 Formuler les données probantes selon une approche universelle, sélective et ciblée.....	19
5.2.3 Principales données probantes	24
5.2.4 Principes généraux de prévention	30
5.3 Modèles de prévention propres aux Premières nations.....	32
5.4 Résultats des entrevues avec les témoins privilégiés.....	33
5.4.1 Défis liés aux systèmes	33
5.4.2 Défis liés au programme	35
5.4.3 Défis liés à la communauté	38
6. Conclusions et recommandations	41
6.1 Conclusions.....	41
6.2 Recommandations.....	41

6.2.1 Amélioration de la planification et du financement.....	41
6.2.2 Interventions fondées sur des données probantes	44
6.2.3 Surveillance et évaluation	47
Bibliographie.....	49

1. Résumé

Il est connu que l'usage problématique de substances telles que l'alcool, le tabac, les médicaments d'ordonnance et les drogues illicites, constitue un problème de santé prioritaire et constant pour les communautés autochtones et les organismes représentant les Premières nations du Canada. Le principal programme fédéral à traiter et à prévenir ce problème chez les Premières nations est le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA), un réseau national de programmes contre la toxicomanie chez les Autochtones en place depuis presque 30 ans. Malgré que le PNLAADA possède de grandes forces, incluant la prestation de services adaptés à la culture, les examens précédents de ce programme ont noté de sérieux obstacles au succès de sa mise en œuvre.

Le présent rapport résume les principales conclusions d'une étude plus détaillée effectuée pour la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada : *Scan and Analysis of on Reserve Substance Abuse Addictions Prevention Programming* (Gifford, 2009). Ce rapport énonce les grandes lignes et l'objet de la recherche ainsi que les méthodes utilisées; on y présente un résumé des résultats d'une analyse documentaire sur les données probantes, y compris une discussion sur l'utilisation de ces données dans les programmes autochtones sur l'abus d'alcool ou d'autres drogues destinés aux Premières nations. Le rapport traite également des conclusions tirées des entrevues auprès de témoins privilégiés, plus particulièrement en ce qui concerne les défis liés aux systèmes, au programme et à la communauté. Il se termine par des recommandations pour le renouvellement du programme de prévention du PNLAADA fondées sur une analyse intégrée des données de cette étude.

La recherche ne prévoyait pas un examen systématique des initiatives de prévention déployées actuellement dans les réserves; il faudrait, pour donner encore plus de poids au corpus autochtone de données probantes, établir un lien avec ces initiatives de prévention. Ce que cette recherche apporte, c'est un ensemble de principes pour la collecte de données probantes, un nouveau cadre de travail pour la mise en place d'activités de prévention, un sommaire des principaux défis à la mise en œuvre actuelle du programme

de prévention et des recommandations pour le renouvellement fondées sur les meilleures données probantes existantes et les principales données provenant des témoins privilégiés.

Une approche d'étude d'évaluation qualitative a été appliquée pour faire ressortir les défis et les lacunes au sein du PNLAADA, et des recommandations ont été faites pour orienter son renouvellement au cours des 10 prochaines années. Ce rapport succinct traite plus particulièrement du volet prévention du PNLAADA. Il tente de mettre à jour les données concernant l'efficacité de la prévention en toxicomanie et de présenter les résultats d'une analyse du contexte des programmes de prévention, notamment des activités primaires, secondaires et tertiaires dans l'ensemble du Canada. Une recherche documentaire, axée spécifiquement sur les Autochtones, consistant en une revue des documents officiels et non officiels (littérature grise) des 10 dernières années a été effectuée. Le but de l'exercice était de relever les travaux de recherche actuels fondés sur des données probantes en lien avec les programmes de prévention et les pratiques exemplaires en prévention de la toxicomanie. Une recherche primaire a également été menée au moyen d'entrevues avec des témoins privilégiés afin de déterminer les forces et les faiblesses du programme de prévention actuel. Bien que certaines références initiales aient été incluses dans le présent rapport, il n'y a pas de renvois pratiques aux points sommaires; on encourage le lecteur à lire les notes en bas de page et le rapport intégral pour obtenir des références complètes à la documentation analysée et aux données recueillies à partir de la recherche primaire.

Les commentaires des participants sur le programme ont fait ressortir d'importants défis à tous les échelons : fédéral, provincial et communautaire. Un certain nombre de changements sont requis pour renouveler ce programme national et l'harmoniser aux meilleures données probantes actuelles afin de répondre aux préoccupations des communautés, des gestionnaires, des décideurs et des bailleurs de fonds.

L'une des principales recommandations des conclusions est de passer d'un cadre de prévention primaire, secondaire et tertiaire à un modèle de prévention universelle, sélective et ciblée; il s'agirait de situer l'intervention préventive dans un cadre de santé publique plus large et de distinguer clairement la prévention du traitement. Un tel

changement permettrait de favoriser une approche concertée, à plusieurs niveaux et pancommunautaire du mieux-être. Il faut renforcer et bien délimiter le cadre de prévention avant de tenter d'intégrer la prévention au traitement dans un modèle général de continuum des soins. La définition révisée de la prévention doit comprendre des mesures visant à prévenir ou à retarder le début de la consommation ainsi que des mesures de protection contre les risques et de réduction des méfaits associés à l'offre et à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

On aborde brièvement dans ce rapport, et plus en profondeur dans le rapport détaillé, les défis que pose l'utilisation des données probantes pour éclairer la pratique, aussi bien dans la population en général que chez les Autochtones. Malgré les données probantes diverses sur l'efficacité d'approches et de stratégies particulières de prévention de la toxicomanie et de réduction de ses méfaits, la documentation permet de relever plusieurs thèmes et principes qui éclairent les programmes de prévention dans leur ensemble. À la lumière de ces données probantes actuelles, on a élaboré une série de principes qui ont servi à éclairer les recommandations sur le renouvellement du programme.

On a déterminé trois principaux domaines stratégiques d'intervention : *l'amélioration de la planification et du financement, les interventions fondées sur des données probantes et la surveillance et l'évaluation*. La sixième partie de ce rapport contient des recommandations complètes à cet effet.

Amélioration de la planification et du financement. Les principaux éléments requis pour planifier et élaborer efficacement les programmes, comme les données pertinentes, leur utilisation et les conclusions de l'évaluation des résultats, manquent présentement de vigueur. On devra renforcer la collecte et l'analyse des données nationales et locales pour faire en sorte que la planification et l'analyse des besoins soient efficaces. La clarté des stratégies formulées, de même que la cohérence de la théorie et des cadres du programme aideront à en orienter la mise en œuvre et l'évaluation. Le succès du programme est amplement documenté par ses extrants; on doit évaluer systématiquement les résultats du programme pour en déterminer l'efficacité et orienter les investissements et les développements futurs. On manque présentement de ressources pour mettre en œuvre des programmes efficaces, durables et adaptés à la culture; les niveaux de financement devront être accrus pour permettre la mise en œuvre efficace de programmes fondés sur

des données probantes. Comme domaine de spécialité, on semble accorder beaucoup d'importance au traitement et aux toxicomanies; les approches liées au traitement et à la prévention sont souvent fondées sur une théorie unique, comme, par exemple, l'approche axée sur l'abstinence. Il sera essentiel d'élargir les approches non seulement pour veiller à ce qu'une série d'interventions données, visant divers niveaux, soient fondées sur les meilleures données probantes, mais aussi pour veiller à ce que des troubles concomitants tels que les problèmes de santé mentale soient pris en considération dans le cadre d'une approche intégrée. La communication entre une gamme d'intervenants qui participent au renouvellement du programme sera essentielle à son succès continu. La mise en œuvre des recommandations de ce rapport à l'échelle locale ou de la bande constituera une part très importante du succès de l'examen. Les fournisseurs de services de santé tribaux et les dirigeants devront discuter plus en profondeur de ce qui fonctionne présentement et des niveaux de financement suffisants pour permettre la mise en œuvre de résultats à l'échelle locale.

Les interventions fondées sur des données probantes feront en sorte que les programmes existants, de même que ceux que l'on planifie pour l'avenir, seront bien éclairés par les commentaires de la communauté, ainsi que par la théorie et les connaissances autochtones, tout autant que par les meilleures données probantes scientifiques occidentales; cela tendra aussi à produire des résultats plus efficaces. La complexité de la consommation d'alcool et d'autres drogues, le fait que la toxicomanie soit un sujet de grande préoccupation pour les communautés des Premières nations, l'impact des méfaits connexes et les progrès des connaissances en prévention signifient que les réponses doivent se fonder sur les meilleures données probantes disponibles. De plus, on a démontré qu'une gamme importante d'interventions dans ce domaine produisait des résultats positifs dans divers milieux, et on recommande d'étendre leur mise en œuvre. L'utilisation sélective et adaptée de certaines d'entre elles dans les communautés des Premières nations, de concert avec l'élaboration de nouvelles connaissances et de nouveaux modèles de pratiques autochtones seront essentielles au développement d'une base autochtone de connaissances en recherche. Afin d'enrichir la base de données probantes, il sera primordial de renforcer le programme de recherche du PNLAADA pour veiller à la mise à jour de ces données, à la large diffusion des travaux de recherche, au perfectionnement des chercheurs autochtones et à l'examen régulier des programmes. La

mobilisation des communautés, en reconnaissant un éventail de droits et de processus autochtones dans le programme de renouvellement et en utilisant de multiples approches, fera en sorte que les données probantes reflètent divers points de vue et s'intègrent à tous les niveaux du programme; en outre, on s'harmonisera ainsi aux lignes directrices des IRSC (Instituts de recherche en santé du Canada) pour la recherche en santé chez les peuples Autochtones. Les travailleurs du PNLAADA desservent des populations diverses aux besoins très importants, touchées par les faibles niveaux de scolarité, les mauvaises conditions de logement, le chômage et les problèmes de santé mentale; le changement de mentalité vers le développement communautaire et la prévention, qui requiert un juste équilibre entre les réponses aux situations d'urgence et les interventions préventives, représente un défi de taille. On devra élargir les perspectives de formation offertes au personnel travaillant à la mise en œuvre du programme afin d'y intégrer une approche axée sur la santé publique ou la population, ainsi qu'une formation sur l'utilisation des données probantes et l'évaluation.

La surveillance et l'évaluation offriront une boucle de rétroaction sur les données aux bailleurs de fonds et aux communautés, permettant un processus itératif d'examen et de révision au besoin. L'évaluation systématique et continue susceptible d'éclairer l'examen régulier du programme est présentement limitée. Pour l'évaluation, il sera essentiel d'élaborer des modèles logiques ou de programmes et des outils de planification, à l'échelle des interventions communautaires, comportant des stratégies et des résultats mesurables. L'évaluation devrait comprendre l'évaluation formative, l'évaluation du processus et l'évaluation des résultats. À cet égard, il faudra davantage de ressources et de soutien au développement. Ce soutien peut reposer sur des partenariats de recherche concertée avec le programme de recherche du PNLAADA, et sur la mise en valeur du potentiel communautaire par le soutien de l'évaluation formative et la formation du personnel.

2. Contexte

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) est un exemple de programme de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) contrôlé en grande partie par des

communautés et des organismes inuits et des Premières nations. L'objectif du PNLAADA est d'aider les Premières nations et les Inuits, de même que leurs communautés, à établir et à mettre en œuvre des programmes qui visent à contrer et à éliminer les taux élevés d'alcoolisme, de toxicomanie et de mauvais usage de solvants chez les populations cibles des réserves. La plupart des activités du PNLAADA entrent dans les champs d'intervention suivants : la prévention, le traitement, la recherche et le développement. Le PNLAADA en est à sa 27^e année d'existence; il comprend plus de 500 programmes communautaires de lutte contre l'abus de l'alcool et d'autres drogues et finance environ 730 emplois de travailleurs communautaires du PNLAADA. Les activités du volet prévention couvrent trois principaux domaines : la prévention, visant à prévenir l'apparition de graves problèmes causés par l'abus d'alcool et d'autres drogues; l'intervention, s'attaquant aux problèmes d'abus, le plus tôt possible après leur apparition; et le suivi, qui vise à prévenir la résurgence des problèmes d'abus d'alcool et d'autres drogues.

3. Objet du projet de recherche

L'objet global du projet de recherche était de cerner les défis ou lacunes des programmes existants et de recommander des domaines de renouvellement qui orienteront les travaux de la DGSPNI visant à renforcer le volet prévention du PNLAADA, et ce, au cours des dix prochaines années.

Plus précisément, le projet de recherche a mis l'accent sur les activités suivantes :

- relever les pratiques et stratégies exemplaires existantes, fondées sur des données probantes, pour prévenir la toxicomanie en milieu autochtone et non autochtone;
- cerner les lacunes et les défis auxquels doit faire face le volet prévention du PNLAADA; et
- proposer diverses stratégies et mesures à court et à long terme pour renforcer le volet prévention du PNLAADA au cours des dix prochaines années.

4. Méthodes de recherche

On a employé la méthodologie de recherche standard pour une étude d'évaluation qualitative, notamment une recherche et une analyse documentaires, des entrevues avec des témoins privilégiés et une analyse thématique. Notons qu'on a adopté une approche autochtone à toutes les étapes de la recherche, en mettant l'accent sur la documentation autochtone. Aussi, dans la mesure du possible, on a mené les entrevues en personne pour respecter les protocoles autochtones, et l'analyse s'est fondée sur les concepts autochtones de la santé et du mieux-être, de même que sur les déterminants sociaux et culturels de la santé autochtone. Tous les participants ont eu la possibilité d'examiner la documentation avant que le rapport final ne soit soumis.

4.1 Recherche et analyse documentaires

La recherche et l'analyse documentaires, remontant jusqu'à 1996, ont examiné les documents officiels et la littérature grise dans les domaines suivants :

- renseignements particuliers au PNLAADA (fournis par la DGSPNI);
- principes menant à des programmes efficaces de prévention des toxicomanies;
- recherches liées aux programmes de prévention et fondées sur des données probantes;
- pratiques exemplaires documentées en prévention des toxicomanies;
- stratégies de prévention autochtones, municipales, provinciales, fédérales et internationales, fondées sur des données probantes, y compris les évaluations de telles stratégies; et
- nouvelles approches de prévention qui s'annoncent prometteuses.

Les critères de sélection incluaient les articles de revue soumis à l'examen des pairs, les méta-analyses des données probantes existantes, les données probantes canadiennes et les méthodologies autochtones. Au total, on a examiné 57 rapports et articles entre août et octobre 2008. Une description complète des critères utilisés pour la recherche documentaire apparaît dans le rapport détaillé (Gifford, 2009).

4.2 Entrevues avec des témoins privilégiés

On a rencontré et interrogé personnellement 31 travailleurs liés au PNLAADA dans cinq provinces : Colombie-Britannique, Alberta, Ontario, Québec et Nouvelle-Écosse. Les

participants comptaient 19 femmes et 12 hommes. La majorité était autochtone. Ce qui nous a frappé dans l'échantillon est l'ancienneté d'un bon nombre de ces intervenants au PNLAADA, neuf des personnes interrogées y œuvrant depuis plus de 20 ans, dix d'entre elles depuis plus de dix ans, et aucune n'ayant moins de 12 mois d'expérience au sein du programme.

Tous les participants possédaient un certain type de formation officielle en matière de lutte contre les dépendances, variant entre des cours de courte durée et des diplômes d'études supérieures tels que la maîtrise. Les témoins rencontrés venaient d'une gamme diverse de situations; certains, occupant des postes de direction, avaient déjà travaillé comme intervenant de première ligne. Sept des personnes interrogées travaillaient à l'échelle nationale, soit avec Santé Canada ou en tant que conseillers auprès du PNLAADA comme consultants; dix témoins travaillaient régionalement dans un certain nombre de communautés, et 14 œuvraient directement auprès de communautés données dans des réserves. Ces communautés variaient en taille, leur population pouvant compter moins de mille à plus de huit mille habitants.

4.3 Analyse

On a analysé la documentation afin de relever d'éventuels modèles autochtones de prévention des toxicomanies et de constituer des données probantes sur l'efficacité des programmes autochtones de lutte contre les toxicomanies. On a ensuite examiné les données obtenues grâce aux entrevues, pour y dégager des thèmes pertinents aux questions de recherche. Le guide d'entrevue servait de cadre analytique descriptif, en quelque sorte pour regrouper les sujets. Dans ce projet de recherche, on donnait la priorité aux thèmes auxquels les participants pouvaient croire ou qui signifiaient quelque chose pour eux, qui se répétaient de nombreuses fois à travers les données, présentaient un caractère tout particulier ou un intérêt spécial pour la discussion sur le renforcement du volet prévention du PNLAADA.

Un énoncé plus détaillé des méthodes de recherche, notamment de l'analyse et des limites, apparaît dans le rapport intégral (Gifford, 2009).

5. Résultats

5.1 La toxicomanie dans les communautés des Premières nations

L'abus d'alcool ou d'autres drogues est un problème fréquent et une source importante de préoccupations pour les populations autochtones du Canada.

Voici ce que révèlent les principales données présentées dans le rapport détaillé¹ :

- environ le quart des gens des Premières nations déclarent avoir des problèmes d'alcool;
- environ les trois-quarts des gens des Premières nations croient que l'abus d'alcool constitue un problème dans leur communauté;
- un plus faible pourcentage de gens des Premières nations se déclarent consommateurs d'alcool comparativement aux non-Autochtones;
- un taux plus élevé de consommation occasionnelle excessive d'alcool sur une base hebdomadaire et mensuelle;
- des méfaits de la consommation d'alcool beaucoup plus nombreux (par ex., cirrhose du foie, accidents de la route et suicide ou automutilation);
- le taux de tabagisme chez les Premières nations est le double de celui de la population en général;
- un plus grand nombre de jeunes Autochtones que de jeunes non-Autochtones semblent consommer la plupart des drogues (y compris l'alcool); et
- des taux inquiétants d'usage à mauvais escient de médicaments d'ordonnance dans les communautés des Premières nations.

Au niveau individuel ou au microniveau, la pauvreté, le faible rendement scolaire, l'instabilité de la structure familiale, le chômage, les abus sexuels, la faiblesse des réseaux de soutien social, le tempérament et l'influence des pairs sont tous des facteurs liés à une consommation problématique plus élevée d'alcool et d'autres drogues. Au

¹ Les données utilisées dans le rapport détaillé (Gifford, 2009) proviennent notamment de *l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations* de 2002-2003, administrée par l'Assemblée des Premières nations, de *l'Enquête auprès des peuples autochtones*, de Statistique Canada, et d'une gamme d'auteurs cités dans la documentation universitaire, notamment : MacMillan, MacMillan, Offord et Dingle, 1996; Santé Canada, Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, 2005; Thatcher, 2004; Blackstock, Clarke, Cullen, D'Hondt et Formsma, 2004; Adelson N, 2005.

macroniveau, le racisme, la colonisation, les effets des pensionnats indiens, le traumatisme intergénérationnel, la rupture sociale, le désavantage socioéconomique, l'accessibilité des drogues, l'insuffisance des politiques et réponses du gouvernement fédéral, les obstacles aux soins de santé tels que les barrières de langue et le manque de services sensibles à la culture sont tous définis comme des facteurs expliquant les taux élevés de toxicomanie. Ce rapport ne s'étendra pas sur les raisons de ces taux élevés de toxicomanie. Nous avons relevé toutefois un certain nombre de sources qui énoncent des facteurs contributifs socioculturels et politiques.²

5.1 Définitions de la prévention

Selon les présentations du PNLAADA au Conseil du Trésor, les communautés des Premières nations doivent avoir accès à des initiatives de prévention primaire, secondaire et tertiaire en matière de toxicomanie. Les initiatives de prévention primaire doivent consister en une série d'activités de sensibilisation entreprises pour prévenir l'apparition de graves problèmes liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues. Les initiatives de prévention secondaire doivent consister en une série d'activités s'attaquant aux problèmes d'abus d'alcool et d'autres drogues le plus tôt possible après leur apparition. Les initiatives de prévention tertiaire sont conçues pour aider les gens à prévenir la résurgence d'un problème de toxicomanie après le traitement.

Bien que les termes de prévention primaire, secondaire et tertiaire soient encore largement utilisés dans les activités de prévention, le moment est venu de reconsidérer ces définitions. En particulier, on propose de situer l'intervention préventive dans un cadre général d'intervention en mieux-être, en la distinguant du traitement (c.-à-d., le diagnostic de cas, le traitement standard pour des troubles connus) et de l'entretien (c.-à-d., l'observance du traitement à long terme pour prévenir les rechutes; les services de suivi, notamment la réadaptation). Il faudrait alors remplacer les expressions « prévention primaire », « prévention secondaire » et « prévention tertiaire » par les expressions « prévention universelle », « prévention sélective » et « prévention ciblée », définies par

² Thatcher, 2004; Adelson N, 2005; Blackstock, Clarke, Cullen, D'Hondt, et Formsma, 2004; Loxley et coll., 2004; Institut de promotion de la formation, de la recherche et de la santé des Nechi, 1998; la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (avec l'aide de Richard Thatcher, Ph. D.), 2008. [voir la note bibliographique]

l'Institute of Medicine (IOM) (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2008).

Les interventions de prévention universelle s'adressent au grand public ou à toute une population qui n'a pas été classée en fonction d'un risque individuel. À titre d'exemples d'interventions à ce niveau, notons le contrôle de l'offre, la modification des habitudes de consommation d'alcool, la taxation du tabac, la formation de serveur d'alcool, les programmes axés sur l'alcool et la conduite automobile et la législation sur la fumée secondaire du tabac. Parce que les programmes universels sont positifs, proactifs et sont offerts indépendamment de la situation de risque, leur potentiel de stigmatisation des participants est réduit au minimum, et ils peuvent être mieux acceptés et adoptés. Une base de plus en plus vaste de données probantes empiriques démontre l'efficacité de ce type d'intervention.

La prévention sélective s'adresse à des sous-populations particulières dont le niveau de risque est de beaucoup supérieur à la moyenne, qu'il s'agisse d'un risque imminent ou pour toute la vie. Cette forme de prévention répond à la nécessité croissante de déterminer les facteurs de risque décelables pour comprendre le début et la progression de la toxicomanie, en particulier chez les jeunes. Mettre l'accent sur les populations vulnérables offre le grand avantage suivant : cela permet de canaliser le financement vers les personnes les plus à risque, de définir clairement les populations par l'analyse des besoins et les données connexes, et de réduire la disparité des résultats sur le plan de la santé. Voici quelques exemples de programmes d'intervention sélective : programmes de soutien familial et communautaire pour les familles ou communautés à risque, interventions s'adressant aux jeunes en particulier, programmes ciblés d'éducation sur la santé, et programmes de marketing social.

La prévention ciblée vise à déceler les personnes qui présentent des indicateurs en corrélation élevée avec le risque individuel de développer une toxicomanie plus tard dans la vie (comme les troubles psychiatriques, l'échec scolaire, le comportement asocial, etc.) ou qui présentent des signes avant-coureurs de consommation problématique d'alcool ou d'autres drogues (mais ne correspondent pas aux critères cliniques définissant la dépendance) et à leur adresser des interventions précises. Les indicateurs de risque

individuel accru chez les jeunes peuvent être la baisse des résultats scolaires, les troubles de comportement, et l'aliénation par rapport aux parents, à l'école et aux groupes de pairs positifs. Les efforts de prévention ciblée ne visent pas nécessairement à prévenir le début de la consommation, ni la consommation d'alcool ou d'une autre drogue, mais à prévenir le développement (rapide) d'une dépendance, à diminuer la fréquence de la consommation et à prévenir la consommation « dangereuse » (par ex, en incitant à la modération plutôt qu'à la consommation excessive occasionnelle d'alcool). Le passage au cadre proposé par l'IOM et, en particulier, à l'approche ciblée, permettra aux communautés d'élargir l'approche théorique actuelle pour y intégrer la réduction des méfaits. Voici des exemples de prévention ciblée : éducation sur les drogues, activités de réduction des méfaits, interventions brèves par des professionnels de la santé, développement des aptitudes sociales et formation aux interactions parent-enfant pour les enfants présentant des problèmes précoces de comportement.

En résumé, le passage au cadre de prévention universelle, sélective et ciblée permettra d'élargir la portée du programme, d'effectuer des interventions ciblées et de favoriser diverses approches; en outre, ce changement repose sur des preuves scientifiques.

Le cadre de l'IOM aide à classer la population visée, mais il ne va pas jusqu'à définir la raison d'être du programme de prévention. L'auteure propose une définition possible pour le travail de prévention au PNLAADA : la prévention fait référence aux mesures qui préviennent ou retardent le début de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues (y compris le tabac) et aux mesures de protection contre les risques et de réduction des méfaits associés à l'offre et à l'usage de drogue, de tabac et d'alcool. Si l'on ajoute à cela des cadres de données probantes et une justification claire de l'approche à utiliser pour la mise en œuvre des stratégies, on obtiendra un volet prévention s'approchant encore plus d'un modèle de pratique bien défini et fondé sur des données probantes.

5.2 Ce qui fonctionne en prévention des toxicomanies

5.2.1 Utiliser des données probantes avec des populations autochtones : problèmes et défis

Une discussion détaillée sur les problèmes et défis liés à l'utilisation de données probantes « scientifiques occidentales » auprès de populations autochtones apparaît dans le rapport détaillé, et plusieurs auteurs importants sont cités³ (Gifford, 2009, page 20). Nous résumons ce thème ci-dessous, en accordant une attention particulière à l'intégration des données probantes des études d'évaluation occidentales aux connaissances et approches autochtones.

L'utilisation de données probantes pour éclairer les programmes autochtones de prévention des toxicomanies est un domaine encore en développement et non exempt de contraintes. En particulier, la recherche, la pratique et les politiques sont ordinairement établies pour toucher la population entière, sans égard particulier aux effets différents qu'elles produisent sur les populations autochtones. Toutefois, devant la restriction des ressources, il est de plus en plus impératif d'utiliser une gamme des meilleures données probantes disponibles pour financer et élaborer les services de santé.

Actuellement, les programmes de prévention offerts par le PNLAADA dans les réserves utilisent une gamme de ce qu'on pourrait décrire grosso modo comme des données probantes empiriques, qui intègrent les connaissances traditionnelles et pratiques acquises au fil du temps et du travail auprès des communautés. La majorité des participants à l'étude ont déclaré ne pas avoir utilisé de données probantes provenant d'une étude d'évaluation pour éclairer l'élaboration du programme. Certaines approches utilisées pour traiter la toxicomanie et adaptées de méthodes s'adressant à la population en général, par exemple, celle des 12 étapes d'Alcooliques Anonymes, sont largement acceptées dans de nombreuses communautés des réserves; cela ne signifie pas nécessairement que toute approche adoptée est appuyée par des données probantes à plus grande échelle.

³ Loxley, et coll., 2004; Centre de recherche sur les toxicomanies de la C.-B., pour le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2006; Blackstock, Clarke, Cullen, D'Hondt, et Formsma, 2004; Hallfors, Hyunsan, Sanchez, Khatapoush, Kim, et Bauer, 2006; Weiss, Murphy-Graham, Pertrosino, et Ghandi, 2008; McGrath, Sumnall, McVeigh, et Bellis, 2006; Embry, 2000.

On conclut que les meilleures données probantes disponibles devraient jouer un plus grand rôle dans l'élaboration d'interventions dans les réserves. La toxicomanie est un problème social complexe et une source importante de préoccupations pour les communautés des Premières nations, et ses méfaits ont des répercussions importantes. Le développement des connaissances en prévention signifie que les réponses doivent se fonder sur un éventail de données probantes. Celles-ci peuvent comprendre les connaissances traditionnelles, l'évaluation systématique des interventions existantes et les données scientifiques comme celles obtenues grâce à une étude d'évaluation. Des questions persistent sur la validité et la rigueur de certaines des recherches menées pour démontrer l'efficacité; les décideurs et les bailleurs de fonds devraient prendre garde à une application trop rigide des données probantes « scientifiques ». Toutefois, on devrait tenir compte des données probantes scientifiques générales, car un nombre important d'initiatives ont démontré leur efficacité dans divers contextes, y compris en milieu autochtone, et on recommande d'en étendre la mise en œuvre.

L'équilibre entre, d'une part, les connaissances et les approches autochtones et, d'autre part, l'adoption et l'adaptation de modèles fondés sur des données probantes conventionnelles, se justifie déjà par les pratiques actuelles. Présentement, les fournisseurs autochtones, si toutefois ils ont accès aux données probantes, doivent s'appuyer sur celles s'appliquant à la population en général pour élaborer les programmes, car les données probantes particulières aux Autochtones sont encore en développement. L'établissement d'une base de connaissances autochtones en recherche sur ce qui fonctionne en matière de prévention de la toxicomanie chez les Premières nations, par une application plus généralisée des données probantes existantes aux communautés des Premières nations, le développement des connaissances et modèles de pratique autochtones, et la diffusion de ces résultats par les chercheurs autochtones, signifie que des modèles typiquement autochtones deviendront partie intégrante de la base de données probantes.

Pour l'élaboration future des programmes, on suggère les mesures suivantes :

- prendre en considération des principes tels que les droits de la personne, les déterminants sociaux et culturels, les droits des Autochtones, et envisager des cadres

de travail qui réduisent les inégalités, lorsqu'on choisira les données probantes qui éclaireront l'élaboration des programmes;

- utiliser toutes les méthodes disponibles pour déterminer les meilleures données probantes, notamment l'ampleur de l'effet et les compétences scientifiques, ainsi que la portée du programme, les résultats, sur le plan de la prévention, qui se généralisent au fil du temps, des personnes, des comportements et des lieux, pour atteindre un maximum d'efficacité préventive;
- examiner les retombées possibles; examiner notamment le rendement;
- combler le fossé entre la science et la pratique en renforçant les capacités à tous les niveaux;
- utiliser les meilleures données probantes pour éclairer les initiatives autochtones de prévention.

5.2.2 Formuler les données probantes selon une approche universelle, sélective et ciblée

Cette partie décrit, par des diagrammes, comment les diverses approches s'intègrent au cadre de prévention universelle, sélective et ciblée. Notons que l'approche universelle, sélective et ciblée définit à quel degré les interventions seront **ciblées**; toutefois, dans la pratique, les interventions peuvent franchir les niveaux. Par exemple, les initiatives de marketing social peuvent être à la fois du domaine de la prévention universelle et être des interventions sélectives ciblées; les interventions axées sur l'alcool et la conduite automobile peuvent être universelles (par les lois), sélectives (par le marketing social, les campagnes visant les jeunes) et ciblées (par des programmes de soutien personnalisé visant à réduire la consommation problématique d'alcool).



Social marketing = Marketing social

E.g. Mass Media Campaigns = Par ex., campagnes médiatiques de masse

**Comprehensive Multipoint Interventions Targeted to Whole Population =
Interventions exhaustives multipoints visant toute la population**

E.g. Federal Tobacco Strategy = Par ex., stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme

UNIVERSAL PREVENTION = PRÉVENTION UNIVERSELLE

Healthy Public Policy = Politique publique favorisant la santé

E.g. Alcohol and tobacco Regulatory Frameworks = Par ex., règlements sur l'alcool et le tabac

Harm reduction = Réduction des méfaits

E.g. Supply Management, Safe Drinking Guidelines = Par ex., gestion de l'offre, information sur la consommation d'alcool sans danger



Targeted Social marketing = Marketing social ciblé

E.g. Youth Campaigns or Campaigns targeting First Nations = Par ex., campagnes visant les jeunes ou les Premières nations

Community Wide Interventions Targeted to At-Risk Groups = Interventions à l'échelle communautaire visant les groupes à risque

E.g. Multi-Point Interventions on Reserve Including Schools, Media, and Homes; Policies may Include School-Based and youth Specific Programs = Par ex., interventions multipoints dans les réserves, comprenant les écoles, les médias et les foyers; les politiques peuvent comporter des programmes en milieu scolaire et conçus pour les jeunes

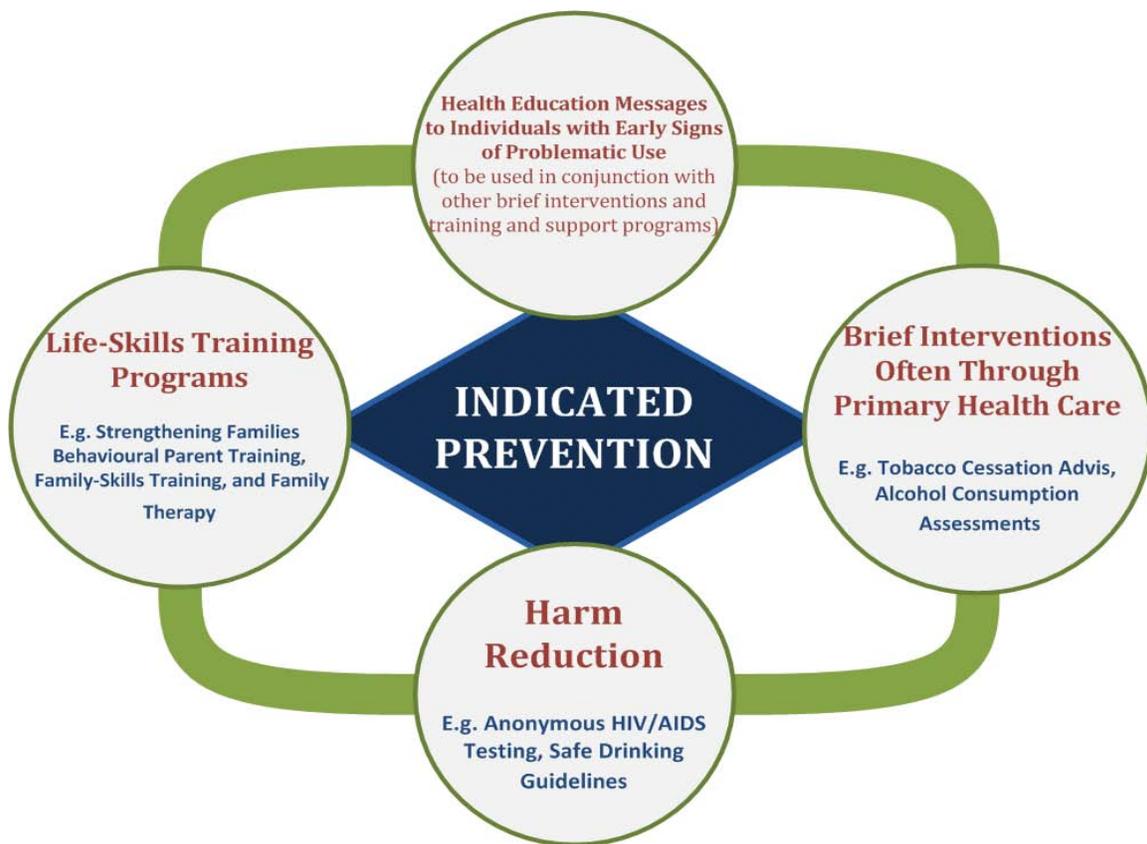
SELECTIVE PREVENTION = PRÉVENTION SÉLECTIVE

Health Public Policy = Politique publique sur la santé

E.g. Policy Development for Specific Populations Such as Tobacco Tax on Reserve = Par ex., politiques élaborées pour des populations précises, comme la taxe sur le tabac dans les réserves

Harm reduction = Réduction des méfaits

E.g. Smoking Guidelines for Pregnant Women, Safe drinking Guidelines for Women and Youth = Par ex., information sur le tabagisme pour les femmes enceintes; information sur la consommation d'alcool sans danger pour les femmes et les jeunes



Health Education Messages to Individuals with Early Signs of Problematic Use = messages d'éducation à la santé pour les personnes montrant des signes avant-coureurs de consommation problématique

(to be used in conjunction with other brief interventions and training and support programs) = (à utiliser avec d'autres interventions brèves et des programmes de formation et de soutien)

Life-Skills Training Programs = Programmes de formation en dynamique de la vie

E.g. Strentghening Families, Behavioural Parent Training, Family-Skills Training, and Family Therapy = Par ex., renforcement des familles, formation comportementale pour les parents, développement des compétences familiales et thérapie familiale

INDICATED PREVENTION = PRÉVENTION CIBLÉE

Brief Interventions Often through Primary Health Care = Interventions brèves, souvent par les services de santé primaires

E.g. Tobacco Cessation Advis, Alcohol Consumption Assessments = Par ex., conseils pour arrêter de fumer, évaluations de la consommation d'alcool

Harm reduction = Réduction des méfaits

E.g. Anonymous HIV/AIDS testing, Safe Drinking Guidelines = Par ex., dépistage anonyme du VIH / SIDA, information sur la consommation d'alcool sans danger

5.2.3 Principales données probantes

Cette partie décrit les principales données probantes à l'appui d'interventions précises.

Programmes spécialement conçus pour les jeunes

Les études sur les programmes de lutte contre les toxicomanies chez les jeunes indiquent que lorsqu'ils offrent un contenu de qualité en dynamique de la vie, mettent l'accent sur l'esprit d'équipe et les méthodes de prestation interpersonnelles, notamment les approches axées sur l'autoréflexion, et permettent un contact intense avec les jeunes, ils peuvent entraîner une réduction constante et durable dans leur consommation d'alcool et d'autres drogues (Springer, Sale, Hermann, Sambrano, Kasim et Nistler, 2004).

De plus, les locaux pour les loisirs sans surveillance après l'école, ainsi qu'une gamme d'activités communautaires et d'organisations d'élèves, sont des facteurs associés à une réduction du tabagisme et de la consommation abusive d'alcool (VanderWaal, Powell, Terry-McElrath, Bao et Flay, 2005).

Alors que la plupart des témoins privilégiés interrogés axaient leurs approches préventives sur les jeunes, aucune donnée probante de recherche à ce propos n'a été répertoriée en particulier dans les populations autochtones, et peu de programmes avaient effectué des évaluations systématiques. De futures études visant à lier les programmes existants aux meilleures données probantes pourront aider à renforcer la base de données probantes autochtone.

Interventions en milieu scolaire

Les écoles sont un lieu de prédilection pour la prévention de la toxicomanie dans les communautés des Premières nations au Canada. Là encore, on n'a pas trouvé de données probantes localisées permettant de confirmer les travaux actuels des Premières nations dans ce domaine.

Selon Trimble et Beauvais (2001), dans une monographie collective spéciale sur la prévention de la toxicomanie chez les amérindiens et les communautés autochtones d'Alaska, il existe très peu de preuves de l'efficacité des programmes en milieu scolaire dans les communautés amérindiennes. Cela n'a rien d'étonnant, car les causes de la

toxicomanie sont multiples et interdépendantes. Les auteurs poursuivent en déclarant que les familles amérindiennes, comparativement aux familles non amérindiennes, ont démontré avoir une plus grande influence sur la vie de leurs enfants, et que toute initiative de prévention de la toxicomanie doit inclure la communauté, les familles et les écoles.

Dans la documentation générale, McGrath, Sumnall, McVeigh et Bellis (2006) ont constaté que, dans les programmes universels de prévention antidrogue en milieu scolaire, les approches interactives (par ex., jeux de rôle, apprentissage actif par observation et discussion) se révélaient plus efficaces à réduire la consommation que les approches non interactives. De plus, les pairs éducateurs peuvent contribuer à l'efficacité des programmes de prévention antidrogue. Des données probantes à court terme semblent montrer l'efficacité des programmes d'éducation normative, et les programmes efficaces tendent à comporter des éléments de rappel. Bien que les données probantes soient faibles à cet égard, les programmes scolaires pour les jeunes semblent plus efficaces lorsqu'ils sont dispensés à des élèves âgés de 11 à 14 ans. Certaines données probantes ont laissé entendre que les programmes de prévention en milieu scolaire visant les élèves à risque sont plus efficaces que ceux visant les populations générales d'écoliers. L'intégration d'une dimension biculturelle aux programmes d'acquisition de nouvelles compétences a démontré son efficacité à réduire la fréquence de la consommation de drogues chez les jeunes amérindiens.

Interventions communautaires

Les interventions axées sur la communauté enregistrent des succès variables. Selon les exemples fournis par Wandersman et Florin (2003), on peut produire des effets à l'échelle de toute la population grâce à des interventions axées sur la recherche et sur la communauté. Toutefois, ces auteurs déclarent que « les examens et les évaluations de tous les emplacements ont révélé un dossier de succès modeste et variable, nombre d'interventions ne démontrant pas de résultats » (traduction). À l'échelle communautaire, les interventions *ne démontrant pas* de résultats positifs tendaient à mettre l'accent sur l'éducation communautaire publique ou sur l'organisation ou la formation de leaders communautaires en prévention; celles *démontrant* des résultats positifs tendaient à être des interventions à volets multiples (par ex., programmes axés sur l'école, les politiques,

les parents et les médias). Dans leur analyse des données probantes, les auteurs ne recommandent pas l'abandon des interventions à l'échelle communautaire. Ils suggèrent plutôt « des améliorations poussées, notamment une meilleure formulation théorique, des mesures plus sensibles, des méthodes ou conceptions améliorées (ou différentes) et un usage plus répandu des "pratiques exemplaires" » (traduction) (Wandersman et Florin, 2003).

Les interventions à l'échelle communautaire, si on y ajoute les recommandations d'amélioration ci-dessus, se justifient dans le cadre du PNLAADA, car elles représentent un élément important. Le contrôle local de l'élaboration du programme est une conviction solide chez les communautés des Premières nations, et il est appuyé par des données probantes à plus grande échelle dans la documentation traitant de développement communautaire, ainsi que par le cadre de santé publique élaboré par l'Assemblée des Premières nations. De plus, intégrée à la prévention universelle, l'intervention communautaire est susceptible de rejoindre plus de gens, en rapprochant le programme d'un modèle de mieux-être s'adressant à l'ensemble de la population.

Interventions brèves

Brady, Sibthorpe, Bailie, Ball et Sumnerdodd (2002) font état de la faisabilité et de l'acceptabilité perçue de l'entrevue motivationnelle brève pour contrer la consommation dangereuse d'alcool dans un service de santé autochtone en milieu urbain. Ce type d'intervention s'harmonise bien au cadre de prévention du PNLAADA et pourrait être utilisé dans une approche intégrée de la prévention de la toxicomanie dans les réserves. Les omnipraticiens (médecins de famille) ont été formés à l'entrevue motivationnelle brève, et les intervenants en santé ont été formés aux autres aspects de l'intervention. La recherche a permis d'accroître la connaissance et l'acceptation générales du traitement des problèmes d'alcool à l'échelon du service de santé. Toutefois, l'étude a soulevé plusieurs questions qui soutiennent et menacent à la fois la mise en œuvre généralisée de l'intervention brève dans les services de soins primaires autochtones en milieu urbain (Brady et coll., 2002).

Comme bon nombre de communautés des Premières nations disposent de services de santé, une intervention brève efficace, comme celle utilisée pour contrer le tabagisme,

devrait constituer une part importante du volet prévention du PNLAADA.

Prévention des rechutes

La prévention des rechutes est un volet du cadre du PNLAADA, qui utilise largement la méthode de facilitation des douze étapes. La documentation n'offre pas autant de données sur l'efficacité de la prévention des rechutes qu'elle ne fournit d'études examinant la prévention primaire. Toutefois, une étude menée récemment, qui comparait deux programmes de suivi distincts par leur conception — le modèle de prévention des rechutes (PR) et le modèle de facilitation des douze étapes (FDE) — a conclu que des programmes de suivi de PR et de FDE, orchestrés avec soin, entraînent des changements de processus en corrélation positive avec des résultats améliorés (Brown, Seragianian, Tremblay et Annis, 2002).

Alors qu'on dispose de données probantes sur l'efficacité des modèles de prévention des rechutes, l'auteure recommande que la prévention des rechutes continue de faire partie du continuum de traitement et de soins, car ce type d'intervention ne s'intègre pas facilement au modèle de prévention universelle, sélective et ciblée.

Éducation des adultes sur les drogues

Le Service correctionnel du Canada (SCC) a mené une analyse documentaire sur l'efficacité de l'éducation sur les drogues et l'alcool. Le SCC a conclu que l'éducation sur les drogues et l'alcool tend à modifier les attitudes et les connaissances relatives à la consommation; toutefois, les données montrent qu'elle ne suffit pas, en général, à réduire les niveaux de consommation proprement dits. Cette conclusion souligne qu'il faut distinguer les niveaux de toxicomanie des personnes dirigées vers les programmes d'éducation. Selon le SCC, l'éducation pourrait être utile aux personnes souffrant d'un grave problème de toxicomanie si elle était intégrée à des programmes plus polyvalents (Service correctionnel du Canada, 1996).

Approches intégrées

Bien que n'étant pas axée uniquement sur la prévention, une approche intégrée de la prévention et du traitement, appliquée dans une communauté ou grâce à des interventions mobiles dans la communauté, peut s'annoncer prometteuse. Jiwa, Kelly et St-Pierre-

Hansen (2008) concluent que les programmes devraient couvrir la prévention, la réduction des méfaits, le traitement et le suivi. Selon eux, les facteurs de succès sont des solutions élaborées dans la communauté, beaucoup d'engagement et d'intérêt de la part de celle-ci, du leadership et un financement soutenu.

Certains programmes de prévention du PNLAADA adoptent présentement une approche intégrée; c'est le cas, en particulier, des programmes offerts par la *Native Alcohol and Drug Abuse Counselling Association of Nova Scotia*, le programme de santé mentale d'Akwesasne et le PNLAADA de Kahnawake. Tous ces programmes intègrent les aspects de la prévention aux déterminants généraux de la santé au moyen de partenariats de collaboration intersectorielle, et ils intègrent un certain nombre d'approches de prévention. Également, certains programmes travaillent directement avec les centres de traitement pour améliorer le continuum des soins.

Alors que certaines communautés entreprennent déjà une approche intégrée, de nombreuses autres sont incapables de travailler efficacement à la prévention parce que submergées par les besoins de traitement immédiats. Selon l'auteure, il faut consolider une approche nettement distincte de prévention, aux échelons national et communautaire, avant de tenter d'intégrer la prévention au traitement dans un modèle général de continuum des soins. Ainsi, on s'assurera que la prévention dispose d'une stratégie et d'une approche bien définies, qu'elle est convenablement pourvue en ressources et qu'elle se voit accorder une importance équitable dans l'ensemble du PNLAADA.

Réduction des méfaits

On trouve plusieurs exemples d'approches de réduction des méfaits utilisées par les communautés inuites et des Premières nations au Canada : gestion de l'offre, consommation réglementée, gestion de la consommation d'alcool, endroits plus sûrs, services liés aux drogues par injection (programmes d'échanges de seringues, lieux d'injection supervisés, traitement d'entretien à la méthadone, dépistage anonyme du VIH / SIDA), services aux femmes, programmes d'éducation et de prévention et modification du produit (Dell et Lyons, 2007).

Voici des difficultés liées à la mise en œuvre de mesures de réduction des méfaits dans les réserves : l'appui de la majorité en faveur de l'abstinence et de la prohibition, la stigmatisation, l'accès aux soins, la disponibilité des services, les barrières de compétence administrative et le financement, la protection de l'enfance (parents qui ont peur de se faire enlever leurs enfants à cause de leur usage de drogue), la taille de la communauté et une infrastructure de services limitée, ainsi que la pertinence culturelle (Wardman et Quantz, 2006; Dell et Lyons, 2007).

S'entendre sur une approche de réduction des méfaits n'est peut-être pas si difficile. Selon les résultats récents d'un sondage téléphonique auprès de 1 500 résidents des Premières nations dans les réserves, une très forte majorité de personnes ayant entendu parler de stratégies de réduction des méfaits de la consommation de drogues ou d'alcool appuieraient de telles stratégies pour leur communauté (Santé Canada, 2008). D'après cette étude, tout porte à croire que la réduction des méfaits serait facilement acceptée à l'échelle communautaire. Toutefois, il faudra un effort concerté de consultation et d'éducation auprès des principaux intervenants et responsables autochtones des programmes de prévention du PNLAADA, afin qu'ils conviennent d'étendre la gamme d'approches disponible pour contrer la toxicomanie dans les réserves.

Politique publique favorisant la santé

Les politiques et règlements relatifs à l'alcool et s'appliquant aux populations autochtones sont bien documentés et constituent un bon exemple d'initiatives de politiques publiques favorisant la santé. Une base de données empiriques probantes de plus en plus vaste démontre que le contrôle de l'offre est un dissuasif efficace de la consommation excessive d'alcool en Amérique du Nord; toutefois, dans sa forme extrême, la prohibition totale, cette politique se révèle inefficace à réduire les problèmes d'alcool dans les communautés autochtones (Gallaher, Fleming, Berger et Sewell, 1992; Levy et Kunitz, 1974; May, 1992; Dell et Lyons, 2007; Weibel-Orlando, 1990). Il existe une exception à ces données, les communautés éloignées, où la prohibition a atteint quelque succès dans la réduction des méfaits (Wood et Gruenewald, 2004).

Les possibilités de réglementer l'alcool par des politiques sont importantes et comprennent des mesures comme le contrôle de l'offre, la modification des habitudes de

consommation et la réduction des méfaits sociaux et physiques. La politique de réduction des méfaits de l'alcool dans la communauté autochtone (Aboriginal Community Alcohol Harm Reduction Policy) (ACAHRP) est un exemple de modèle d'élaboration de politiques de gestion de l'alcool. Élaborée par le Centre de toxicomanie et de santé mentale, cette approche utilise un modèle de concertation par consensus pour élaborer des politiques et règlements en partenariat avec les communautés autochtones (Gliksman, Rylett et Douglas, 2007). Son application a démontré ses effets dans plusieurs communautés, notamment dans la Première nation de Mattagami, la Première nation Moose Cree, la réserve indienne non cédée de Wikwemikong et dans la Première nation d'Aamjiwnaang (Lauzon, Gregoire, Gliksman et Douglas, 1998; Narbonne-Fortin, Rylett, Manitowabi, Douglas et Gliksman, 2001).

5.2.4 Principes généraux de prévention

Une évaluation de la documentation des dix dernières années a fait ressortir dix principes clés liés aux données probantes sur la toxicomanie. Ces principes clés offrent une base pour élaborer un cadre de principes qui servira à poursuivre le développement du volet prévention du PNLAADA⁴. Il reste du pain sur la planche, pour harmoniser les initiatives actuelles aux pratiques exemplaires et examiner les résultats du programme; la base de données probantes autochtone s'en trouvera renforcée. Nous encourageons fortement le lecteur non seulement à examiner le rapport détaillé, mais encore à revoir lui-même les données probantes qui concernent des approches particulières du programme avant de mettre en œuvre des politiques et des programmes. La liste ci-dessous présente les grands principes évoqués plus haut; ils sont classés en ordre séquentiel.

1. Recueillir des données exactes sur les besoins à l'échelle locale; distinguer les divers secteurs de problèmes de toxicomanie pour des communautés particulières.
2. Fonder la logique du programme sur les besoins de la communauté, les meilleures données probantes disponibles et l'utilisation d'outils de planification axés sur des résultats clairs.
3. Formuler clairement une stratégie et fonder cela sur une théorie de programme cohérente.

⁴ Pour une analyse documentaire approfondie des principes et lignes directrices généraux de la prévention de la toxicomanie, voir Gifford, 2009, p. 27.

4. S'assurer que les éléments suivants sont en place afin d'obtenir le plus d'efficacité possible :
 - un large éventail d'activités, d'approches et de stratégies pour tenir compte des variations de la consommation d'alcool ou d'autres drogues dans la population, c.-à-d., une perspective qui tienne compte du sexe, de la diversité;
 - un accent mis sur les facteurs de résilience ou de protection et les facteurs de risque;
 - une gamme d'interventions brèves et de stratégies qui garantissent la durée, l'intensité ou les éléments de rappel nécessaires;
 - une gamme de théories ou d'approches de programme, notamment les théories autochtones et la réduction des méfaits;
 - une combinaison d'approches ciblées et d'approches incluant toute la population, selon les besoins de la communauté;
 - une approche qui aborde les déterminants structureaux qui influencent les résultats sur les plans du comportement et de la santé;
 - un moyen pour les programmes d'influencer les cheminements de développement au cours de la vie;
 - l'objectif de prévenir, de retarder et de réduire la consommation de diverses substances, en particulier celles qui présentent la plus grande fréquence et les plus grands risques, comme l'alcool et le tabac;
 - l'objectif de réduire les schémas de consommation à risque; et
 - l'objectif de créer des milieux plus sûrs au moyen d'une variété d'initiatives bien conçues et exécutées en matière de règlements et de politiques.
5. Surveiller et évaluer le programme, notamment par une évaluation du processus et des résultats, et disposer d'un système de rétroaction des données.
6. Réviser le système selon une boucle de rétroaction.

5.3 Modèles de prévention propres aux Premières nations

On a examiné sept rapports importants, la majorité portant sur les Premières nations du Canada et étant l'œuvre d'auteurs autochtones⁵. Cette documentation a fait ressortir plusieurs thèmes se chevauchant, qui sont pertinents aux approches des Premières nations en matière de prévention de la toxicomanie :

- on doit reconnaître l'hétérogénéité des populations des Premières nations à travers le Canada;
- les communautés s'attendent à s'autogouverner et à s'autodéterminer en fonction des besoins locaux et d'approches culturelles distinctes;
- on reconnaît la valeur du savoir autochtone dans l'élaboration des stratégies de prévention;
- les pratiques culturelles autochtones sont considérées comme des forces qui sont bénéfiques aux consommateurs de services;
- l'intégration des connaissances et traditions autochtones aux interventions contemporaines en matière de toxicomanie est un domaine en développement;
- la promotion contemporaine, fondée sur des données probantes, de la santé, les pratiques culturelles et la guérison traditionnelles sont susceptibles de se chevaucher; toutefois, les services adaptés à la culture ont la priorité sur les services généraux;
- la plupart des approches insistent sur l'harmonie ou l'équilibre entre les aspects du soi et la communauté (comme les éléments spirituel, affectif, physique et intellectuel), laissant entendre qu'une approche globale / roue de médecine est essentielle aux modèles de prévention;
- on discute aussi d'interdépendance; la guérison doit reconnaître le lien entre les objets animés et inanimés, de même qu'entre les personnes, les familles et les communautés;
- on reconnaît et valorise les dépositaires traditionnels du savoir, tels que les guérisseurs et les aînés;
- de plus en plus, les communautés exigent une méthode d'intervention fondée sur les points forts, qui reconnaisse la résilience et les capacités communautaires; et

⁵ La Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, 2008; Graveline, 1998; Jiwa, Kelly et St Pierre-Hansen, 2008; Wardman et Quantz, 2006; Institut de promotion de la formation, de la recherche et de la santé des Nechi, 1998; De Leeuw et Greenwood, 2003; Assemblée des Premières nations, 2006.

- l'intervention doit être comprise dans son contexte et inscrite dans la compréhension du traitement colonial subi par les populations autochtones, des tendances gouvernementales et politiques actuelles, ainsi que des déterminants historiques et contemporains.

5.4 Résultats des entrevues avec les témoins privilégiés

On présente les résultats des entrevues avec les témoins privilégiés sous trois rubriques : les défis liés aux systèmes, les défis liés au programme et les défis liés à la communauté. Dans le rapport détaillé, des citations tirées de ces entrevues servent à souligner les thèmes et enjeux particuliers soulevés par les participants et à fournir des exemples pour illustrer les principaux domaines de préoccupation. On résume ci-dessous les principaux défis et lacunes du programme de prévention du PNLAADA.

5.4.1 Défis liés aux systèmes

Les problématiques liées aux systèmes relevées invariablement par les participants provenaient de cinq domaines principaux : niveaux de financement et accords de financement, communication et partenariat, mécanismes de soumission de rapports et de reddition de comptes, leadership et répercussions de la colonisation. Pour les besoins de ce rapport, les défis liés aux systèmes font référence aux volets du PNLAADA général, géré à l'échelle fédérale ou centrale, qui ne sont pas directement liés à la prestation du volet prévention du programme lui-même. Les défis du PNLAADA sont approfondis ci-dessous.

- Les niveaux de financement actuels sont insuffisants pour soutenir une approche complète de la prévention de la toxicomanie. Selon un participant, il faudrait un financement supplémentaire de 20 millions de dollars à seule fin de suivre le rythme de croissance et d'inflation subi depuis le milieu des années quatre-vingts. Les participants ont fait remarquer qu'ils attendent depuis longtemps un financement suffisant et la parité salariale.
- Les accords de financement tels que les ententes de transfert qui assurent l'autonomie locale, peuvent restreindre les possibilités de mise en œuvre d'une approche stratégique intégrée à l'échelle nationale, entraînant une baisse des activités axées

particulièrement sur les toxicomanies dans les communautés, à mesure que les autres services sont privilégiés.

- La diversité des accords d'une province à l'autre rendent les normes et approches nationales difficiles à réaliser.
- Les obstacles à tous les échelons, notamment aux échelons régional, provincial et fédéral, entravent l'efficacité de la communication et des partenariats.
- Le manque de clarté sur les rôles de soutien, la faiblesse des liens entre les divers niveaux du programme et le fort roulement de personnel signifient que le soutien et la communication ne sont pas toujours efficaces.
- Les exigences en matière de rapports et de reddition de comptes, de la part des bailleurs de fonds, limitent la portée des activités de prévention à des extraits recherchés, ce qui encourage peu les fournisseurs à viser les résultats ou l'efficacité des mesures.
- Au niveau central, on manque de leadership, de porte-paroles et d'une volonté politique de susciter les changements requis au programme de prévention du PNLAADA. Les participants ont commenté les progrès lents réalisés sur les enjeux et recommandations des rapports précédents.
- La colonisation des Premières nations a instauré un système qui ne favorise pas le mieux-être des Autochtones. Une histoire de colonisation, entraînant l'éloignement, la perte, le deuil et les préjudices culturels, a laissé aux communautés des Premières nations un héritage de problèmes sociaux et de santé, ainsi qu'une certaine méfiance à l'égard des intentions du gouvernement fédéral. En particulier, les politiques sur le bien-être social, l'administration et les processus décisionnels tribaux postcoloniaux, ainsi que la création de communautés dans des réserves, jouent un rôle dans les problèmes de toxicomanie persistants que l'on trouve dans les communautés des Premières nations des réserves.

Solutions

Alors que tous les éléments décrits ci-dessus représentent des défis importants pour le PNLAADA, les participants ont aussi fait ressortir ce qui, selon eux, constituent des inducteurs possibles de changement futur, notamment les éléments suivants :

- des occasions de partenariats et d'intégration avec une gamme d'intervenants, notamment des organismes conventionnels, d'autres services de lutte contre la toxicomanie et les services de santé publique, de même que de partenariats intersectoriels, nationaux et provinciaux;
- un leadership autochtone fort et visionnaire — jugé essentiel à l'adoption des changements requis et pour préparer les prochaines étapes;
- la mobilisation et le contrôle communautaires — considérés comme une part importante de l'action; et
- plutôt que de tout recommencer à zéro, tabler sur les modèles de pratiques exemplaires autochtones existants et en développement dans toutes les disciplines et compétences administratives.

5.4.2 Défis liés au programme

Pour les besoins de ce rapport, le programme fait référence au volet prévention du PNLAADA et comprend tout ce qui se rapporte directement à la prestation du PNLAADA, comme la planification, la mise en œuvre et l'évaluation.

Les problématiques liées au programme et relevées invariablement par les participants provenaient de six domaines principaux : accent mis sur le traitement, données médiocres, utilisation insuffisante des données probantes, stratégies de prévention restreintes, intégration aux autres programmes limitée et évaluation restreinte.

- La majorité des participants ont fait observer que la priorité au PNLAADA est donnée au traitement et non à la prévention. Alors que la moitié du budget est affectée à la prévention, on tend à mettre l'accent sur le traitement; cela entrave sérieusement le développement poussé du volet prévention de l'ensemble du PNLAADA.

- Les données disponibles sur lesquelles s'appuyer pour la planification sont limitées. Les plans sont définis de façon générale et centrés sur les extrants. Les communautés qui ont tenté d'améliorer la collecte des données n'ont pas été encouragées en ce sens par les bailleurs de fonds. Même lorsqu'on élabore des plans de prévention, ceux-ci sont compromis par les réalités quotidiennes des situations d'urgence et du travail de traitement.
- La majorité des participants ont déclaré ne pas utiliser de données probantes « scientifiques occidentales » dans leur planification du programme et leurs interventions. Ils ont discuté de la valeur et de la pertinence des données probantes pour le travail de prévention.
- Les activités de prévention se limitent surtout à des activités en milieu scolaire et à quelques mesures de sensibilisation et de soutien communautaires au moyen d'ateliers et d'activités de diversion. On a relevé peu d'exemples de stratégies plus générales de développement communautaire et pratiquement aucune initiative à l'échelle des politiques. Lorsqu'on met en œuvre des politiques, leur application pose un défi important. La question des approches de prévention restreintes illustre bien le peu d'importance accordée à la prévention dans l'ensemble du programme fédéral. Voici d'autres données probantes sur le peu de priorité accordé à la prévention : ressources restreintes, impératifs pressants, peu de planification et peu d'utilisation des données probantes à cette fin.
- L'intégration des programmes, aussi bien dans les réserves qu'à l'extérieur de celles-ci, varie grandement. On dénote en particulier de faibles niveaux d'intégration dans les communautés les plus isolées, tandis que d'autres se révèlent plus efficaces à cet égard.
- On n'effectue pas d'évaluation systématique et solide.

Bien qu'on trouve de nombreux exemples de problèmes liés au programme, un certain nombre de communautés tentent de travailler selon les lignes directrices de pratiques exemplaires. Le rapport détaillé contient plusieurs exemples de pratiques exemplaires (Gifford, 2009, p. 55) et mentionne notamment les organismes suivants : la Native Drug

and Alcohol Counselling Association of Nova Scotia (NADACA); le programme de santé mentale d'Akwesasne; *Healing our Spirit* (guérir notre esprit), un réseau de prévention du VIH en Colombie-Britannique; An Alcohol Policy Project (APP) (un projet de politique sur l'alcool) au bureau du gouvernement de Tl'etinqox-T'in en Colombie-Britannique; et le PNLAADA de Siksika et de Kahnawake. Alors que certains de ces fournisseurs et communautés sont à élaborer des pratiques exemplaires et ont déterminé le travail qui reste à faire, des services partagent un certain nombre de principes de travail communs s'harmonisant aux données probantes, comme les suivants :

- la coordination et l'intégration à travers les services;
- un fort accent mis sur la formation et le soutien;
- la capacité d'obtenir de la communauté des conseils et une orientation stratégique;
- des niveaux élevés d'engagement des travailleurs tel que démontré par leur ancienneté;
- un leadership fort et constant;
- une collecte des données et une recherche raisonnablement bien avancées;
- des niveaux élevés de mobilisation et de participation communautaires;
- des modèles bien définis, notamment des modèles logiques et de bons modèles autochtones;
- des réponses du programme qui varient selon les besoins communautaires;
- des plans qui comprennent les buts, les objectifs, les délais et les indicateurs de progrès; et
- une variété d'approches pour accroître la sensibilisation, comme la formation de serveur d'alcool, les campagnes, la communication et la promotion sur l'alcool et la sécurité routière.

Les exemples n'ont pas été évalués indépendamment par l'auteure; ils proviennent des données obtenues par les entrevues avec les participants ou de l'analyse documentaire. Aussi, ces programmes ne sont pas tous financés par le PNLAADA; toutefois, ce sont des programmes de prévention autochtones. Il est à noter que la liste n'est pas exhaustive et qu'il existe sans doute d'autres exemples inconnus de l'auteure. Elle s'excuse auprès des communautés qui ne sont pas mentionnées ici.

5.4.3 Défis liés à la communauté

Les défis liés à la communauté font référence aux problèmes et difficultés qui surviennent à l'échelon communautaire et ont des répercussions sur la prestation du programme. Il y a recoupement entre les défis et problèmes liés à la communauté et ceux liés au programme; par exemple, la complexité de la formation et des rôles pourrait s'appliquer aussi bien au domaine communautaire qu'à celui du programme. Il s'agit ici de souligner les différences et les défis communautaires auxquels font face les travailleurs qui tentent de mettre en œuvre des programmes dans une communauté.

- Il existe d'importantes différences de capacités et de potentiel entre les communautés, ce qui entraîne une application inégale du programme. Toutes les communautés n'ont pas la capacité ou le potentiel requis pour dispenser une pratique fondée sur des données probantes.
- Toutes les communautés ne se sont pas révélées en faveur des modèles de rétablissement à théories multiples; en particulier, on constate un conflit entre, d'une part, les modèles traditionnels ou culturels de rétablissement en usage dans certains centres de traitement et certaines communautés des réserves et, d'autre part, les modèles fondés sur des valeurs et croyances chrétiennes.
- Il y a divergence de données probantes sur la clarté des rôles. Dans certaines ressources bien développées et dans les descriptions de travail normalisées de certaines communautés, les rôles sont bien clairs, tandis qu'ailleurs, ils le sont peu. Dans certains cas, les travailleurs retiennent eux-mêmes leur rôle pour se protéger contre le stress lié au travail. La clarification des rôles a progressé quelque peu à l'échelle provinciale, et des manuels ont été élaborés à cet égard; toutefois, peu de données probantes témoignent de leur utilisation systématique.

- La base de compétences et de connaissances appliquée à divers rôles de prévention est variable. Certains travailleurs possèdent, par exemple, des compétences en counselling, tandis que d'autres n'ont aucune qualification officielle. Par moments, le temps d'abstinence constitue un critère principal d'embauche. Certains travailleurs du PNLAADA sont considérés comme n'ayant pas les compétences ni les connaissances appropriées pour s'occuper de clients aux besoins complexes et profonds, comme ceux qui présentent à la fois des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Il en résulte parfois qu'on n'oriente pas convenablement les clients et qu'on décèle mal les problèmes.
- Une vaste gamme de choix de formation s'offre d'un bout à l'autre du pays; plusieurs obstacles compromettent l'accès à la formation : la communauté est isolée; aucune approche uniforme pour le programme d'études; les méthodes d'enseignement ne conviennent pas nécessairement aux élèves; et les priorités des travailleurs et des communautés ne correspondent peut-être pas à celles du fournisseur de la formation. Le plus gros problème relevé à titre de problème unique est que la formation et l'agrément ne sont pas axés sur la prévention. Au lieu de cela, la formation porte principalement sur le développement personnel et les dépendances, et on met très peu l'accent sur les réponses à l'échelle de la population, le développement communautaire, la santé publique et la théorie de la prévention.
- Nombre de participants ont commenté la réticence des membres de la communauté à participer à des activités de prévention. D'autres ont déclaré qu'ils réussissaient tant bien que mal à mobiliser la communauté.
- Comme ils constituent une partie essentielle, fiable et disponible du système de santé des réserves, on demande souvent aux travailleurs du PNLAADA d'accomplir une série de tâches qui n'entrent pas dans leur rôle de prévention. Il leur faut notamment intervenir dans le traitement et les situations d'urgence dans les réserves, dans les cas d'accidents de la route et d'incidents liés à la violence familiale. Par moments, les attentes de la communauté à l'égard des travailleurs

sont irréalistes (par ex., l'abstinence totale) et s'expriment parfois dans l'intimidation et le non-respect.

- La planification et la mise en œuvre d'interventions permanentes à l'échelle de la communauté est rendue plus difficile par le cycle électoral à court terme des chefs et des conseils, qui occasionne souvent des changements de programmes et de dotation. La mise en œuvre de politiques qui s'adressent à toute la communauté et créent des milieux communautaires plus sûrs n'est pas toujours populaire, et les systèmes politiques présentement en place ne favorisent pas de tels changements. De plus, en présence de groupes fondés sur des alliances politiques, il est plus difficile de mobiliser la communauté dans des interventions qui la touchent dans son ensemble.
- Certains services sont considérablement restreints par les ressources financières limitées et les installations médiocres. On ne dispose pas d'un bassin de bénévoles pour assister les travailleurs en prévention dans la communauté. Certains participants ont fait observer que les activités culturelles requièrent souvent un niveau de ressources qui fait défaut dans certaines communautés; par conséquent, ces activités ne peuvent avoir lieu qu'une ou deux fois par année. Le problème des locaux insuffisants a aussi été soulevé, en particulier parce qu'on a besoin d'accueillir plus de participants à des activités communautaires.
- Les participants ont mentionné diverses modalités de supervision; toutefois, pour la majorité des personnes interrogées, il y a peu de supervision, en particulier de supervision clinique. Lorsqu'une supervision s'exerce, il s'agit le plus souvent de supervision administrative.

Les contextes communautaires fournissent un certain nombre de points forts et de défis pour la mise en œuvre efficace du volet prévention du PNLAADA; le moindre de ces défis n'est certes pas représenté par les différences de capacités et de potentiel entre les communautés. Le changement de mentalité vers le développement communautaire et la prévention, qui requiert un juste équilibre entre les réponses aux situations d'urgence et les interventions préventives, représente un défi de taille. On manque de ressources pour mettre en œuvre des programmes durables et adaptés à la culture, et les travailleurs

desservent des populations diverses dont les besoins sont extrêmes. Les travailleurs du PNLAADA interrogés se passionnent pour le travail de prévention et le comprennent bien, mais ont du mal à lui consacrer temps et espace. Certains croient que le système avec lequel ils travaillent ne laisse ni espace ni soutien pour mettre en œuvre une approche de prévention axée sur le développement communautaire ou la santé publique et, quelquefois, crée des obstacles à cette mise en œuvre.

6. Conclusions et recommandations

6.1 Conclusions

Les commentaires des participants sur le PNLAADA ont fait ressortir d'importants défis à tous les échelons du programme : fédéral, provincial et communautaire. Un certain nombre de changements sont requis pour renouveler ce programme national et l'harmoniser aux meilleures données probantes actuelles afin de répondre aux préoccupations des communautés, des gestionnaires, des décideurs et des bailleurs de fonds. Le présent rapport propose un cadre renouvelé pour orienter les initiatives de prévention, ainsi qu'un ensemble de principes fondés sur des données probantes pour mettre en œuvre les programmes de prévention. Des recommandations particulières se fondent sur les entrevues avec des témoins privilégiés aussi bien que sur des données probantes.

6.2 Recommandations

Ce rapport recommande trois principaux domaines stratégiques d'intervention : *l'amélioration de la planification et du financement, les interventions fondées sur les données probantes et la surveillance et l'évaluation*. Les principaux partenaires nationaux capables de soutenir la mise en œuvre de ces recommandations sont indiqués entre parenthèses.

6.2.1 Amélioration de la planification et du financement

1. Élargir les partenariats de collaboration en vue de renforcer le leadership autochtone et le soutien au renouvellement du programme. Il s'agirait notamment de rallier les partenaires au changement de paradigme dans l'approche du programme, pour passer d'une approche axée sur une seule théorie et centrée sur

- les toxicomanies à une stratégie visant le mieux-être de toute la communauté (Santé Canada, l'Assemblée des Premières nations, le Canada Aboriginal Aids Network, l'Association des médecins indigènes du Canada, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, les Instituts de recherche en santé du Canada, le Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations).
2. Élaborer une stratégie claire, ainsi qu'une théorie et un modèle cohérents pour le volet prévention du PNLAADA. Utiliser la meilleure base de données probantes possible et intégrer les définitions révisées de la prévention. Le passage à une approche universelle, sélective et ciblée pour orienter les interventions est proposé. À cela s'ajouterait l'adoption d'une définition qui comprend des mesures visant à prévenir ou à retarder le début de la consommation de drogues ainsi que des mesures de protection contre les risques et de réduction des méfaits associés à l'offre et à la consommation de drogues. Utiliser le savoir-faire extérieur, tel que la recherche en santé mentale et en prévention, pour offrir des conseils sur le modèle du programme. Ce dernier comprendrait une gamme d'approches : initiatives qui touchent toute la population, politiques publiques favorisant la santé, interventions visant toutes les étapes de la vie, réduction des méfaits et réglementation (Santé Canada, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, les représentants provinciaux et régionaux, le Centre de toxicomanie et de santé mentale, les groupes de recherche en prévention, la santé publique).
 3. Examiner l'investissement actuel dans le programme de prévention du PNLAADA en vue d'assurer la disponibilité des fonds pour mettre en œuvre les recommandations du présent examen et d'examens antérieurs, pour les cinq prochaines années, et pour veiller à ce que le budget révisé comprenne les rajustements liés à l'inflation et à la croissance des programmes. Un rapport interne précédent soumis à Santé Canada recommandait une augmentation de 20 millions de dollars comme rajustement pour tenir compte de l'inflation et de la croissance (Santé Canada, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, le Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations).

4. Améliorer les mécanismes provinciaux de coordination et de soutien en vue de mettre en œuvre l'orientation stratégique au niveau provincial. Rendre ce soutien accessible à tous les travailleurs en prévention présentement en poste et à toutes les communautés. La communication et les processus décisionnels devraient circuler plus efficacement entre tous les niveaux ([Santé Canada](#), [la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances](#), [le Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations](#), [les représentants provinciaux et régionaux](#)).
5. Allouer un nouveau financement à un nombre restreint de projets pilotes qui favoriseront des modèles de pratiques exemplaires nouveaux, et d'autres déjà en élaboration, pour la prévention des toxicomanies chez les Premières nations. Les projets pilotes devront être communautaires, disputables et alloués selon des critères bien précis comme l'utilisation d'une base de données probantes, un modèle clairement formulé et la capacité de la communauté de livrer des résultats. L'évaluation des projets devrait mettre à l'épreuve la faisabilité, la transférabilité, la rentabilité, le processus et les résultats, et tabler sur une base de données probantes autochtone ([Santé Canada](#), [la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances](#), [le Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations](#), [les représentants provinciaux et régionaux](#)).
6. Améliorer la collecte des données à l'échelle locale et nationale en vue de permettre la distinction des divers niveaux de toxicomanie, l'exactitude des données sur les besoins locaux et l'amélioration de la surveillance nationale ([Santé Canada](#), [l'Assemblée des Premières nations](#), [Statistique Canada](#), [les Instituts de recherche en santé du Canada](#)).
7. Améliorer les réseaux d'information à l'échelle locale, régionale, provinciale-territoriale et fédérale en vue de permettre à toutes les communautés de participer à la planification des décisions et des changements à l'échelle du système, ce qui comprend la participation des travailleurs du PNLAADA eux-mêmes. On pourrait y parvenir en veillant à ce que les réseaux de courriel soient renforcés, à ce que les réunions de réseautage régional se poursuivent au besoin, à ce que des réunions se tiennent pour permettre un accès facile aux communautés ayant des

budgets limités et à ce que du temps soit alloué pour la consultation efficace (Santé Canada, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, le Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations, les représentants provinciaux et régionaux).

6.2.2 Interventions fondées sur des données probantes

8. Établir une stratégie de recherche coordonnée dans le volet prévention du PNLAADA pour veiller à ce que les recherches soient effectuées d'une manière systématique et durable dans l'ensemble du PNLAADA. Un programme de recherche peut comprendre : une surveillance longitudinale de la santé de la population; l'accès à la recherche en prévention, notamment aux données probantes; le soutien des méthodologies autochtones; la création de partenariats de recherche autochtones; la traduction des connaissances à l'intention des communautés; et des recherches pour améliorer la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du programme (Santé Canada, l'Assemblée des Premières nations, Statistique Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, les chercheurs en prévention).
9. Élargir les approches du programme en vue d'y inclure une gamme de pratiques et de principes fondés sur des données probantes, qui s'harmonisent à la liste énoncée à la partie 6.1. Trois conditions sont nécessaires à l'adoption du cadre de données probantes. Premièrement, les recommandations de ce rapport deviennent partie intégrante du processus de renouvellement du programme à l'échelon fédéral; deuxièmement, le dirigeants autochtones appuient une approche fondée sur des données probantes à l'échelle nationale; troisièmement, on met en valeur le potentiel communautaire afin de permettre la mise en œuvre des données probantes au niveau de la prestation du programme (Santé Canada, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, le Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations, les représentants provinciaux et régionaux).
10. En constituant la base de données probantes et le renouvellement du programme, reconnaître le droit des communautés à l'autodétermination, reconnaître le rôle des aînés autochtones et des experts locaux dans l'élaboration des données probantes, soutenir ou renforcer les initiatives et programmes locaux et

reconnaître l'hétérogénéité des populations des Premières nations à travers le Canada (Santé Canada, l'Assemblée des Premières nations, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, le Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations, les représentants provinciaux et régionaux, les bandes et les conseils, les guérisseurs traditionnels et les spécialistes des cérémonies).

11. Prévenir, comme les données probantes l'indiquent, les problèmes multiples au moyen d'une approche à plusieurs volets (par ex., programmes scolaires, politiques, parentaux et médiatiques) dans le but de réduire les facteurs de risque liés au développement, d'accroître le mieux-être mental et d'améliorer les facteurs de protection. Les programmes devraient comprendre une approche touchant la communauté entière, car cela servirait à modifier l'ensemble du milieu social et culturel entourant la consommation d'alcool et d'autres drogues et profiterait à toute la communauté. De même, les programmes devraient disposer d'une gamme d'interventions brèves et de stratégies qui en assurent la durée, l'intensité, ou les éléments de rappel nécessaires. Les programmes devraient viser à prévenir, retarder ou réduire la consommation de diverses drogues, en particulier celles qui présentent la plus grande prévalence et les plus grands risques, comme l'alcool et le tabac. Les programmes devraient réduire les schémas de consommation à risque au moyen d'approches axées sur la réduction des méfaits et créer une variété d'initiatives de règlements et de politiques bien définies et appliquées (Santé Canada, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, le Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations, les représentants provinciaux et régionaux).
12. Examiner les choix d'agrément et de formation qui s'offrent présentement aux travailleurs en prévention du PNLAADA en vue de favoriser une élaboration de programmes mieux harmonisée aux connaissances et compétences nécessaires à la réalisation d'activités de prévention fondées sur des données probantes. Il sera essentiel d'inclure une formation dans le domaine de la santé mentale et, en particulier, du dépistage ou de l'évaluation, en reconnaissance du rôle important que joue la santé mentale dans l'usage à mauvais escient de l'alcool et des autres drogues. Une variété de choix de formation, notamment l'apprentissage à distance

- et des modules sur place, devrait être envisagée pour rehausser la formation et les compétences des travailleurs autochtones en prévention (Santé Canada, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, le Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations, les représentants provinciaux et régionaux, les fournisseurs actuels et potentiels de formation, les organismes d'agrément).
13. Après avoir renforcé le volet prévention du PNLAADA, intégrer les services de traitement et d'intervention communautaire du PNLAADA en collaborant afin (a) d'assurer une orientation appropriée vers le traitement et un suivi efficace, et (b) d'équilibrer les besoins de prévention et de traitement à l'échelle des communautés. Intégrer le volet prévention du PNLAADA aux équipes du mieux-être communautaire et aux groupes intersectoriels afin d'influencer les déterminants plus généraux de la santé (Santé Canada, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, le Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations, les représentants provinciaux et régionaux, les programmes de prévention et de traitement de la toxicomanie aux niveaux provincial et régional).
 14. Au besoin, mettre en valeur le potentiel communautaire en vue de permettre la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes. On devrait donner la priorité aux communautés dont les besoins, en matière de capacités et de mise en valeur du potentiel, sont les plus grands, au moyen d'une gamme de mécanismes comme l'apprentissage partagé et le mentorat, le soutien et la formation de la part des réseaux régionaux, une information plus efficace en matière de recherche de la part du programme de recherche du PNLAADA général, et de meilleures mesures incitant à travailler selon les pratiques exemplaires (Santé Canada, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, le Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations, les représentants provinciaux et régionaux).
 15. Améliorer les conditions de travail des travailleurs du PNLAADA dans les communautés, veiller notamment à mettre en route le processus de parité salariale, à mettre en place les qualités et la formation requises pour atteindre les

objectifs d'une pratique fondée sur les données probantes et offrir des services de soutien et de supervision, en vue d'habiliter les travailleurs à réaliser les attentes du PNLAADA (Santé Canada, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, le Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations, les représentants des employés et des employeurs).

6.2.3 Surveillance et évaluation

16. Veiller à ce que les communautés des Premières nations exercent leur droit d'appropriation, de contrôle, d'accès et de possession relativement aux données, pour toute activité de recherche, conformément aux lignes directrices des IRSC (Instituts de recherche en santé du Canada) pour la recherche en santé chez les peuples Autochtones (Santé Canada, l'Assemblée des Premières nations, Statistique Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, les chercheurs en prévention, les représentants provinciaux et régionaux).
17. Élaborer un cadre de résultats pour la soumission de rapports et la reddition de comptes relativement aux programmes de prévention du PNLAADA. On utilise des modèles de cadre de résultats dans un certain nombre de pays pour mesurer les priorités en matière de santé à l'échelle nationale; examiner les cadres de travail existants peut aider à élaborer le cadre du PNLAADA. Élaborer une logique de programme globale aidera aussi à relever les résultats à court, moyen et long termes (Santé Canada, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, le Comité consultatif de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations).
18. Veiller à ce que l'on dispose d'une combinaison innovante d'évaluations longitudinales qualitatives et quantitatives de référence et après intervention, afin de s'assurer que les idées du milieu pour le succès du programme sont intégrées aux données des résultats (Santé Canada, l'Assemblée des Premières nations, Statistique Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, les chercheurs en prévention, les représentants provinciaux et régionaux).
19. Intégrer l'évaluation du processus et des résultats aux activités de prévention au moyen d'un ressourcement supplémentaire, de partenariats de recherche concertée, de formation et de soutien (Santé Canada, l'Assemblée des Premières

- nations, Statistique Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, les chercheurs en prévention, les représentants provinciaux et régionaux).
20. Établir des réseaux et des processus visant à examiner les données provenant des évaluations afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacité du programme. Il existe de nombreux moyens novateurs de diffuser les conclusions de recherche, notamment la vidéo, les photos, les sites Internet, les rapports sommaires et les réunions régionales et nationales de réseautage (Santé Canada, l'Assemblée des Premiers nations, Statistique Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, les chercheurs en prévention, les représentants provinciaux et régionaux).

Bibliographie

- Adelson, N. (2005). The Embodiment of Inequity: Health Disparities in Aboriginal Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 96, 45-61.
- Assemblée des Premières nations (2006). *Santé publique pour les Premières nations : Un cadre pour l'amélioration de la santé de nos peuples et de nos collectivités*. Ottawa, Assemblée des Premières nations.
- Assemblée des Premières nations (2007). *Aperçu de l'ERS – Les données sélectionnées de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations*. Ottawa.
- Assemblée des Premières nations (2007). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003, Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières nations. Deuxième édition révisée*. Ottawa, Assemblée des Premières nations. Disponible à : <http://www.rhs-ers.ca/>.
- Blackstock, C., Clarke, S., Cullen, J., D'Hondt, J. et J. Formsma (2004). *Keeping the Promise: The Convention on the Rights of the Child and the Lived Experiences of First Nations Children and Youth*. Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières nations du Canada.
- Brady, M., Sibthorpe, B., Bailie, R., Ball, S. et P. Sumnerdodd (2002). The feasibility and acceptability of introducing brief intervention for alcohol misuse in an urban Aboriginal medical service. *Drug and alcohol Review* (21), 375-380.
- Brown, T., Seraganian, P., Tremblay, J. et H. Annis (2002). Process and outcome changes with relapse prevention versus 12-step aftercare programs for substance abusers. *Addiction*, 97 (6), 677-689.
- Canada. Service correctionnel du Canada (1996). *Revue de la littérature sur les techniques de traitement en toxicomanie*. Consulté le 20 janvier 2009 dans le site Internet du Service correctionnel du Canada à : www.csc-scc.gc.ca

Canada. Santé Canada, Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées (2005). *Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada*. Ottawa, Santé Canada.

Canada. Santé Canada (2008). *First Nations People Living On-Reserve: Health and Safety*. Présenté par les Associés de recherche Ekos. HC POR 07-44. Disponible à Bibliothèque et Archives Canada, collection électronique, collectionscanada.ca/electroniccollection/ N° Amicus 33959388.

Canada. Statistique Canada (1991). *Enquête auprès des peuples autochtones*. Ottawa, Statistique Canada.

Centre de recherche sur les toxicomanies de la C.-B., pour le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (2006). *Following the Evidence: Preventing Harms from Substance Abuse in BC*. Vancouver, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

De Leeuw, S. et M. Greenwood (2003). *Recognizing Strength, Building Capacity: Addressing Substance Abuse Related Special Needs in First Nations Communities of British Columbia's Hinterlands*. Centre d'excellence pour les enfants et adolescents ayant des besoins spéciaux. Prince George, Université du Nord de la Colombie-Britannique, Groupe de travail sur l'abus de substances.

Dell, C. A. et T. Lyons (2007). *Harm Reduction for Special Populations in Canada: Harm reduction policies and programs for persons of Aboriginal descent*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Embry, D. D. (2000). *The Next Generation Multi-Problem Prevention: A Comprehensive Science-Based, Practical Approach*. Tuscon, Arizona, PAXIS Institute, manuscrit en cours d'examen.

Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (2008). Concerns, Issues and Emerging Requisites For Undertaking Needs Assessments in First Nations. *International Symposium of Needs Assessment and Needs-based Planning for Substance Use Services and Supports*. Toronto, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances.

Gallaher, M. M., Fleming, D. W., Berger, L. R. et C. M. Sewell (1992). Pedestrian and Hypothermia Deaths among Native Americans in New Mexico. *JAMA*, 267(10), 1345-8.

Gifford, H. (2009). *Scan and Analysis of on Reserve Substance Abuse Addictions Prevention Programming*. Manuscrit inédit disponible sur demande auprès de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Gliksman, L., Rylett, M. et R. Douglas (2007). Aboriginal community alcohol harm reduction policy (ACAHRP) project (projet de politique de réduction des méfaits de l'alcool dans la communauté autochtone : une vision de l'avenir). *Journal of Substance Use & Misuse*, 42(12), 1851-1866.

Graveline, F. J. (1998). *Circle Works, Transforming Eurocentric Consciousness*. Halifax, Nouvelle-Écosse, Fernwood Publishing.

Hallfors, D., Hyunsan, C., Sanchez, V., Khatapoush, S., Kim, H. M. et D. Bauer (2006). Efficacy vs Effectiveness; Trial Results of an Indicated "Model" Substance Abuse Program: Implications for Public Health. *American Journal of Public Health*, 96 (12), 2254-2259.

Institut de promotion de la formation, de la recherche et de la santé des Nechi (1998). *Recherche documentaire. Stratégies relatives à l'évaluation des programmes de lutte contre l'abus des substances : examen de la question*. Ottawa, Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones.

Jiwa, A., Kelly, L. et N. St Pierre-Hansen (2008). Healing the community to heal the individual, Literature review of aboriginal community-based alcohol and substance abuse programs. *Le médecin de famille canadien* (54), 1-7 .

Lauzon, R., Gregoire, T., Gliksman, L. et R. Douglas (1998). Mattagami First Nation's policy to reduce alcohol related harm. *Canadian Journal of Native Studies*, XVIII(1), 37-48.

Levy, J. E. et S. J. Kunitz (1974). *Indian Drinking: Navajo Practices and Anglo-American Theories*. New York, NY, John Wiley & Sons.

Loxley, W., Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Haines, B., Scott, K., Godfrey, C. et coll. (2004). *The Prevention of Substance Use, Risk and Harm in Australia: A review of the evidence*. Canberra, Australie. Le National Drug Research Institute et le Centre for Adolescent Health.

May, P.A. (1992). Alcohol Policy Considerations for Indian Reservations and Bordertown Communities. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 4(3), 5-59.

MacMillan, H., MacMillan, A., Offord, D. et J. Dingle (1996). Aboriginal Health. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 155, 1569-1578.

McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J. et M. Bellis (2006). *Drug use prevention among young people: a review of reviews, Evidence briefing update*. National Institute for Health and Clinical Excellence. Disponible à : www.publichealth.nice.org.uk .

Narbonne-Fortin, C., Rylett, M., Manitowabi, S., Douglas, R. et L. Gliksman (2001). Achieving consensus for a policy action to reduce alcohol problems in the Wikwemikong Unceded Indian Reserve: Wikwemikong alcohol policy consensus. *Canadian Journal of Native Studies*, XXI (1), 161–177.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (novembre 2008). *Prevention Responses to Drug Use in the EU*. Consulté le 23 janvier 2009. Disponible auprès de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.
<http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/responses-in-eu>.

Springer, F., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R. et M. Nistler (2004). Characteristics of Effective Substance Abuse Prevention Programs for High-Risk Youth. *The Journal of Primary Prevention*, 25 (2), 171-194.

Thatcher, R. W. (2004). *Fighting Firewater Fictions Moving Beyond the Disease Model of Alcoholism in First Nations*. Toronto, Presses de l'Université de Toronto.

Trimble, J. E. et F. Beauvais (2001). Health Promotion and Substance Abuse Prevention among American Indian and Alaska Native Communities: Issues in Cultural Competence. Washington DC, le Centre for Substance Abuse Prevention (centre de

prévention des toxicomanies) de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

VanderWaal, C. J., Powell, L. M., Terry-McElrath, Y. M., Bao, Y. et B. R. Flay (2005). Community and School Drug Prevention Strategy Prevalence: Differential Effects by Setting and Substance. *The Journal of Primary Prevention*, 26 (4), 299-320.

Wandersman, A. et P. Florin (2003). *Community Interventions and Effective Prevention*. Caroline du Sud, Rhode Island, Université de la Caroline du Sud.

Wardman, D. et D. Quantz (octobre 2006). Harm reduction services for British Columbia's First Nation population: a qualitative inquiry into opportunities and barriers for injection drug users. *Harm Reduction Journal*, 3 (30).

Weibel-Orlando, J. (1990). American Indians and Prohibition: Effect or Affect? Views from the Reservation and the City. *Contemporary Drug Problems*, 17(2): 293-322.

Weiss, C. H., Murphy-Graham, E., Pertrosino, A. et A. G. Ghandi (2008). The Fairy Godmother and Her Warts: Making the Dream of Evidence Based Policy Come True. *American Journal of Evaluation*, 29 (1), 29-47.

Wood, D. S. et P. J. Gruenewald (2004). *Alcohol Availability, Police Presence, and Violence in Isolated Alaskan Villages*. Document présenté aux réunions annuelles de l'Academy of Criminal Justice Sciences, Las Vegas, Nevada.