

Voies d'accès aux soins pour des
cheminements de guérison :
modèle systémique pour orienter le
renouvellement du PNLAADA

Document de travail

Préparé pour le
Comté consultatif de lutte contre la toxicomanie chez les Premières nations

Août 2010

David Brown, Wayne Skinner et Peter Menzies

Table des matières

A. Introduction.....	4
1. Contexte du renouvellement du PNLAADA.....	4
2. Objet du document de travail.....	4
3. Aperçu du document.....	5
B. Prémisses.....	6
1. Quelques hypothèses	6
2. Défis des systèmes et besoins régionaux.....	8
3. Stratégie nationale de traitement.....	10
C. Visualiser les cheminements et les voies d'accès aux soins.....	17
D. Considérations de mise en œuvre.....	33
1. Décisions relatives au continuum de soins	33
2. Soutenir les liens	34
3. Échange de connaissances.....	36
4. Développement communautaire.....	38
5. Le rôle du PNLAADA.....	40
E. Résumé	41

A. Introduction

1. Contexte du renouvellement du PNLAADA

La démarche de renouvellement du PNLAADA (Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones) est fondée sur des données probantes en matière de toxicomanies chez les Premières nations; elle nécessite un examen approfondi, pertinent sur le plan culturel, du PNLAADA. Elle met en jeu des évaluations des besoins régionaux, une série de documents de recherche, ainsi que la participation d'un comité consultatif national. Le processus de renouvellement vise, de façon systématique, à améliorer, à mettre à jour et à valider les services de prévention et de traitement dans les réserves, en mobilisant les communautés des Premières nations, les fournisseurs de services, les organismes représentatifs et d'autres intervenants. En dernier ressort, ce processus de renouvellement vise l'élaboration d'une vision stratégique qui orientera la planification du programme et la prestation des services pour les cinq à dix prochaines années. À cette fin, il faut créer un modèle conceptuel de continuum de soins, adapté à la culture, pour le système de services de prévention et de traitement du PNLAADA.

Dans ce document, nous franchissons les quelques premières étapes en vue d'esquisser un tel modèle. Ce faisant, nous avons tenu compte d'autres documents produits dans le cadre du processus de renouvellement, notamment les rapports sur la prévention, l'intégration et les pratiques culturelles, en accordant une attention particulière à la synthèse des récentes évaluations des besoins régionaux effectuées pour le PNLAADA. Les rapports régionaux mettaient l'accent sur l'intégration de la culture aux services et aux soutiens en toxicomanie, la réponse aux besoins des familles et des jeunes, l'offre d'une formation et de salaires suffisants aux travailleurs, et l'agrément des centres de traitement. On insistait aussi sur le besoin de renforcer des volets particuliers du continuum de soins, de même que sur la nécessité de se pencher sur les aspects structurels des politiques, du financement, de la gouvernance et de la coordination du PNLAADA.

2. Objet du document de travail

Le présent document de travail a pour objet de présenter et de définir un modèle conceptuel qui reflète et exprime les réalités des communautés des Premières nations, tout en explorant des liens potentiels avec la Stratégie nationale (canadienne) de traitement. La Stratégie nationale de

traitement fournit un ensemble général de principes et de concepts clés à l'échelle des systèmes, pour la création d'un continuum de soins axé sur la réduction des risques et des méfaits, au sens large, liés à la toxicomanie. Appliquer la Stratégie nationale de traitement dans le contexte des communautés des Premières nations du Canada pose des défis importants. Toutefois, nous tentons ici de les relever le mieux possible, dans un document conceptuel sur les systèmes. Les récentes évaluations des besoins régionaux effectuées à travers le Canada facilitent ce travail en fournissant le contexte directeur qui oriente le document.

On peut exprimer ces défis par trois questions : premièrement, les principes et les concepts sont-ils pertinents au renouvellement du PNLAADA, étant donné les facteurs historiques, géographiques, culturels et de compétences à prendre en considération ? Deuxièmement, les descriptions ou les représentations visuelles de la Stratégie nationale de traitement, notamment son modèle à niveaux, reflètent-elles bien les façons autochtones de comprendre le monde ? Enfin, comme la Stratégie nationale de traitement est encore en pleine évolution, quelles leçons peut-elle tirer du processus de renouvellement du PNLAADA pour créer des systèmes interreliés plus conviviaux de prévention et de traitement des problèmes de toxicomanie ?

3. Aperçu du document

Voici comment est structuré ce document. La partie (B) décrit les hypothèses et concepts qui éclairent la réflexion sur les systèmes de service et de soutien dans le contexte des Premières nations. Nous y présenterons des hypothèses sur le rôle primordial de la culture et de la communauté, les recommandations et conclusions des documents et sommaires relatifs aux évaluations des besoins régionaux et produits pour le PNLAADA, les principaux concepts et principes de la Stratégie nationale de traitement, et les thèmes formulés dans le cadre de l'analyse documentaire préparatoire à ce document. Dans la partie (C), nous voulons utiliser les éléments essentiels de la Stratégie nationale de traitement et les étendre, par des moyens plus nettement centrés sur la communauté et les points de vue des gens qui cheminent à travers les services et soutiens formant l'ensemble du continuum de soins. Nous présentons un modèle compatible avec la SNT, mais qui possède une forme et une orientation bien à lui. Dans la partie (D), nous discutons d'enjeux relatifs à la mise en œuvre en déterminant des choix et défis éventuels qui méritent un peu plus d'attention. Enfin, la partie (E) résume l'ensemble de la discussion et soumet quelques suggestions pour les étapes à venir.

B. Prémisses

1. Quelques hypothèses

Dans ce document, nous émettons certaines hypothèses sur les principaux résultats désirés d'un continuum de soins axé sur la consommation d'alcool et d'autres drogues, et des services et soutiens qui en font partie. D'une manière générale, l'objectif présumé est d'améliorer la santé et d'accroître le mieux-être des personnes, des familles et des communautés des Premières nations par l'utilisation prédéterminée de politiques et pratiques de promotion de la santé, de prévention et d'intervention.

Plus précisément, nous supposons que les systèmes et les programmes sont jugés efficaces du moment qu'ils favorisent la réduction des risques et méfaits, en particulier la réduction de la mortalité et de la morbidité en tant que conséquences primaires ou secondaires de la toxicomanie. D'un point de vue holistique, il s'agirait notamment d'agir sur les aspects spirituels, affectifs, physiques, psychologiques et sociaux des problèmes de consommation et de toxicomanie.

En outre, on peut prendre pour acquis que les approches traditionnelles et culturelles de la prévention et du traitement de la toxicomanie sont grandement appréciées par les membres des Premières nations, qu'elles proviennent des traditions particulières à certaines communautés des Premières nations ou de valeurs communes susceptibles d'être partagées par les Autochtones à travers le Canada, l'Amérique ou même le monde. Les évaluations des besoins régionaux formulent des détails importants et donnent un profil thématique des besoins. Nous tentons donc ici de présenter un modèle de système où la culture et les pratiques traditionnelles, au cœur du continuum de soins, sont étroitement liées aux commentaires exprimés au cours du processus d'évaluation approfondie des besoins entrepris par le PNLAADA et la DGSPNI dans le cadre du renouvellement. Connaissant l'importance primordiale accordée à la communauté dans la culture des Premières nations, nous croyons qu'il revient à chaque communauté de négocier et de définir la culture selon des moyens qui lui sont propres, notamment lorsqu'il s'agit de réunir ou de séparer divers types de culture ou de pratiques culturelle. Cela est étayé par la constatation, au cours du processus d'évaluation des besoins, d'un fort consensus à l'effet que la culture, la tradition et la spiritualité sont parties intégrantes du renouvellement du PNLAADA.

La diversité chez les communautés des Premières nations exige une attention toute particulière; la combinaison des approches de guérison incombe donc aux communautés et aux régions. Il ne s'agit pas seulement d'agencer les méthodes et approches existantes, mais encore d'élaborer des approches novatrices, toujours dans l'esprit de la culture et des valeurs des Premières nations, qui offrent des solutions nouvelles et créatives aux problèmes liés à la dépendance. Il se crée alors des perspectives d'évaluation et de recherche, qui combinent les connaissances autochtones avec des méthodes scientifiques officielles, constituant une nouvelle base de données probantes complète et exhaustive. On peut ainsi établir une stratégie nationale permettant de déterminer :

- ce qui devrait compter comme résultats désirés en matière de promotion de la santé, de prévention et de traitement pour sa propre communauté;
- quels programmes et stratégies d'intervention devraient être utilisés pour atteindre ces résultats; et
- quels moyens devraient être utilisés pour valider ces choix d'intervention.

Par ailleurs, cela prépare le terrain pour que chacune des communautés des Premières nations mette en œuvre l'ensemble précis de services et de soutiens le plus pertinent à son contexte local.

Le rapprochement délibéré et réfléchi de diverses méthodes d'aide et de guérison, par des moyens prédéterminés qui peuvent être élaborés, mis en œuvre et étudiés avec soin, présente beaucoup de potentiel. Une telle approche peut générer de nouvelles connaissances et compétences propres à améliorer les moyens d'aborder la prévention et le traitement des problèmes de toxicomanie dans les communautés des Premières nations et au-delà. C'est cet esprit qui oriente le renouvellement du PNLAADA, et ce désir qui vibre à travers les recommandations des évaluations des besoins régionaux.

Enfin, il est courant chez les administrations non autochtones de privilégier l'individu, dans une approche centrée sur le client, alors que dans le contexte des Premières nations, il est important de refléter la priorité qu'on accorde à la communauté. C'est cette même importance qui ressort avec tant d'évidence dans les documents d'information élaborés à l'appui du processus de renouvellement, qui reconnaissent la nécessité de renouveler le rôle primordial de la culture et de la tradition dans le rétablissement et la guérison. Bien que les méthodes occidentales centrées sur le client puissent quelquefois (et on trouve des exceptions significatives) envisager le mieux-être

individuel indépendamment du contexte communautaire, une approche centrée sur la communauté reconnaît le milieu communautaire et familial comme le noyau essentiel au développement et au fonctionnement sains des êtres humains. Cette méthode plus naturelle considère la communauté et la famille comme clientes, au même titre que la personne à risque de problèmes liés à la toxicomanie, ou qui en subit déjà les méfaits.

Pour ces raisons, la terminologie employée dans ce document reflète et fait valoir une approche essentiellement communautaire.

2. Défis des systèmes et besoins régionaux

Nous avons d'abord mené une analyse documentaire dans le cadre d'un projet distinct, afin de préparer les sujets de ce document de travail. Devant concentrer cette analyse sur des questions relatives aux systèmes, nous n'avons pas abordé en détail les types de programmes de prévention ou d'intervention, mais surtout les enjeux, entourant le choix et l'intégration des programmes. Ainsi, nous avons cherché à dégager les enjeux thématiques et les principaux défis des systèmes, en parcourant une sélection de documents de recherche et de politique. Nous avons donc relevé un ensemble de quatre défis primordiaux pour les systèmes, qui semblent sous-jacents aux enjeux thématiques trouvés dans la documentation.

Ces défis laissent supposer que, lorsqu'ils élaborent, adaptent ou mettent à jour un système de services et de soutiens lié à la toxicomanie, les intervenants doivent :

- prendre en considération les facteurs historiques et les agencements de systèmes existants et reconnaître les différences qui existent entre les communautés des Premières nations;
- trouver des moyens d'appuyer les Premières nations dans leurs efforts pour combiner des approches traditionnelles de promotion de la santé, de prévention et de traitement avec d'autres approches, en harmonie avec les résultats désirés par la communauté sur le plan de la santé et la façon autochtone de voir le monde;
- trouver des moyens d'appuyer les Premières nations dans leurs efforts pour pouvoir tableer sur leurs forces lorsqu'il leur faut mobiliser la communauté, développer et échanger des connaissances, et contrer efficacement la toxicomanie, les problèmes de santé mentale et autres problèmes connexes qu'elles décèlent dans leur milieu;

- agencer les points d'accès et les voies d'accès aux services de telle manière que les communautés, les familles et les gens des Premières nations suivent des cheminements accessibles, empreints de respect et efficaces à réaliser les objectifs désirés pour leur santé, d'un bout à l'autre du continuum de soins.

Nous ne pouvons relever entièrement ces défis dans ce document, mais il explore comment la Stratégie nationale de traitement pourrait offrir un cadre permettant d'aborder les systèmes.

Toutefois, cela nous oblige aussi à réfléchir sur la façon de remanier la SNT afin qu'elle s'harmonise mieux au contexte des Premières nations.

Parallèlement au processus d'analyse documentaire, une série complète d'évaluations des besoins régionaux a été menée à travers le pays. À mesure que les rapports de ces évaluations ont été préparés et soumis, treize thèmes se sont dégagés. Leur étude efficace donnera son orientation au renouvellement.

Voici les domaines prioritaires relevés dans les évaluations des besoins régionaux :

1. Culture et pratiques traditionnelles
2. Développement communautaire
3. Prévention et promotion de la santé
4. Évaluation, orientation et intervention communautaire
5. Soins préalables / prétraitement
6. Services d'intervention ou de traitement
7. Suivi
8. Services et soutiens en matière de santé mentale
9. Développement du personnel
10. Gouvernance et coordination des systèmes
11. Interventions pharmacologiques et abus de médicaments d'ordonnance
12. Collecte de données et recherche
13. Parité salariale

La plupart de ces domaines prioritaires concernent des éléments précis du continuum de soins (4, 5, 6, 7, 8, 11), tandis que d'autres portent sur le besoin d'une main-d'œuvre renouvelée (9, 13).

Les plus importantes, en ce qui concerne les systèmes, sont peut-être les priorités se rapportant à un cadre plus exhaustif pour le renouvellement du PNLAADA, qui comprend la culture et la tradition (1), étend la portée du système au développement communautaire, à la prévention et à promotion de la santé (2, 3), sans oublier la nécessité de pouvoir surveiller et améliorer les systèmes (12) et de pouvoir les gérer et les coordonner efficacement (10). Ensemble, ces

éléments prioritaires offrent des points d'ancrage autour desquels peut se greffer et se développer le renouvellement du PNLAADA.

3. Stratégie nationale de traitement

Plutôt qu'une directive concrète de mise en œuvre de services et de soutiens liés à la toxicomanie, la Stratégie nationale de traitement (SNT) est un ensemble de concepts et de principes destinés à guider l'élaboration d'un vaste continuum de soins (GTSNT, 2008). Les concepts directeurs essentiels de la SNT (tableau 1) et son « modèle à niveaux » connexe reflètent l'idée de plus en plus générale que les services et les soutiens en toxicomanie doivent passer à un modèle plus complet qui répond aux besoins de toute personne qui subit les méfaits de la consommation d'alcool et d'autres drogues, plutôt que de traiter uniquement les cas les plus graves de dépendance chimique. Dans cette optique, le traitement spécialisé en toxicomanie fait partie d'un cadre plus vaste de services qu'il doit soutenir et avec lesquels il doit s'harmoniser efficacement.

Les participants autochtones ont utilisé leurs connaissances, leurs compétences et leurs traditions pour élaborer la Stratégie nationale sur le traitement et ont joué un rôle central dans la conception de sa vision et des notions qui l'inspirent ainsi que des valeurs et des recommandations qui lui sont liées. L'analyse documentaire et les évaluations des besoins régionaux révèlent des points de vue et des opinions qui, tout en n'étant pas en tous points identiques à ceux de la SNT, leur ressemblent beaucoup par l'esprit des termes employés, les enjeux de base définis et les propositions avancées.

Tableau 1 : Principes directeurs de la Stratégie nationale de traitement

Il n'y a pas de mauvais point d'accès

Une personne peut avoir accès au continuum de services et de soutiens à partir de n'importe quel niveau. Elle devrait ensuite être dirigée vers les services et les soutiens appropriés du même niveau ou de tout autre niveau.

Coordination des liens

La coordination des voies d'accès incombe au système, et non pas à l'utilisateur. Afin de s'assurer que ce principe est mis en pratique, tous les secteurs devraient faire un dépistage systématique chez tout le monde afin de repérer ceux qui ont des problèmes de consommation et de les diriger vers des services d'évaluation complets, s'il y a lieu.

Disponibilité et accessibilité

Les utilisateurs devraient trouver les services et les soutiens de tous les niveaux, et y avoir accès, à une distance raisonnable de leur lieu de résidence ou encore grâce à d'autres moyens (par ex., télésanté, services en ligne ou mobiles).

Appariement

Les personnes devraient être appariées aux services et aux soutiens dont l'intensité correspond le mieux à leurs besoins et à leurs forces. L'appariement repose non seulement sur des procédures de dépistage et des outils d'évaluation normalisés, mais aussi sur des processus qui respectent le choix des personnes concernant le type de soins susceptibles de donner les meilleurs résultats (en fonction de leur pertinence culturelle, du groupe linguistique et d'autres facteurs).

Choix et admissibilité

Lorsque plus d'un service ou soutien répond aux besoins d'une personne, cette dernière devrait pouvoir choisir entre les différents services et soutiens auxquels elle est admissible. Une personne devrait pouvoir avoir recours à des services et à des soutiens à l'intérieur d'un niveau et d'un niveau à un autre, bien qu'elle soit principalement rattachée à un niveau en particulier à un moment donné.

Souplesse

Une personne devrait être dirigée d'un niveau inférieur à un niveau supérieur (intensification) ou d'un niveau supérieur à un niveau inférieur (diminution) selon ses besoins.

Capacité de réaction

Les personnes et leurs besoins évoluent au fil du temps et des événements. Tout au long de son cheminement à l'intérieur d'un système, l'utilisateur devrait recevoir l'aide dont il a besoin (par ex., de l'information, de l'aiguillage, des évaluations, des traitements) pour passer progressivement aux services et aux soutiens de niveaux inférieurs.

Collaboration

Le cheminement d'une personne dans les voies du système devrait être facilité par une collaboration entre les fournisseurs des différents types de services et de soutiens. La collaboration devrait se faire tant au niveau clinique (par ex., grâce à des protocoles de services partagés entre différents fournisseurs) qu'aux niveaux administratif et organisationnel (par ex., au moyen de partenariats et d'ententes entre les organismes), et l'utilisateur des services devrait toujours y participer.

Coordination des renseignements du système

Les systèmes d'information sur la santé devraient permettre le partage facile d'information entre les différents systèmes afin de faciliter la prestation des services, ainsi que la planification des systèmes, la surveillance et l'évaluation.

L'essence de ces principes s'accorde au nouveau point de vue qui donne le ton au renouvellement du PNLAADA. L'approche exhaustive de la SNT met fortement et explicitement l'accent sur les initiatives communautaires de prévention et de traitement, notamment en ce qui concerne la mobilisation des familles. Elle reflète aussi un mouvement de pensée tendant à donner un plus grand rôle à d'autres types de fournisseurs de services et de soutien, et cessant de tabler uniquement sur des services de traitement hautement spécialisés, susceptibles de ne convenir qu'aux personnes souffrant de problèmes particulièrement complexes et graves.

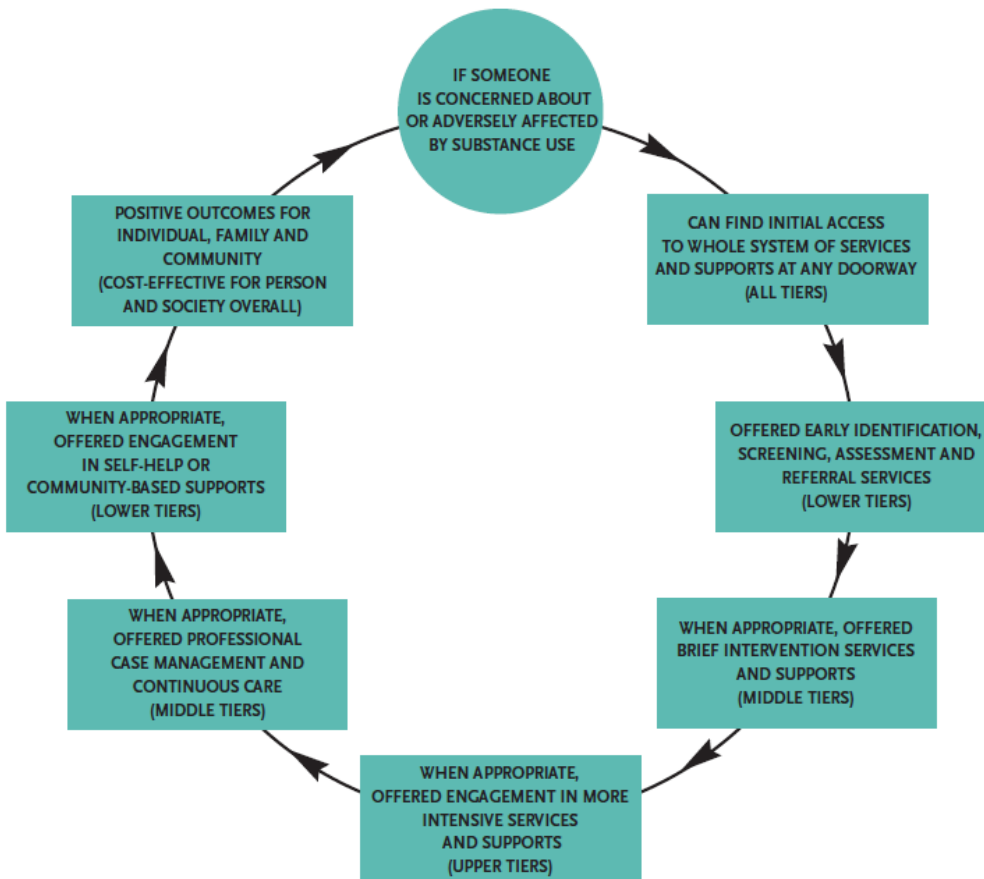
Un élément important de la SNT, qu'on retrouve ailleurs dans la documentation, est l'accent mis sur l'accessibilité, la souplesse et l'appariement de toute personne subissant les méfaits d'une consommation problématique au type de services et de soutiens dont elle a le plus besoin à une étape donnée de son cheminement de guérison. La *figure 1* ci-dessous illustre comment la SNT a conceptualisé les cheminements (GTSNT, 2008) en fonction de ces principes.

La SNT table aussi sur l'idée que les interventions de prévention ou de traitement se produisant avant ou peu de temps après le début des habitudes de consommation ont plus de chances d'être rentables et de réussir que celles mises en œuvre après l'aggravation des problèmes. De plus, la SNT reflète le mouvement en faveur d'une plus grande intégration des services et des soutiens à travers tout le continuum de soins. Enfin, la SNT souligne la nécessité de constituer des réseaux capables de canaliser les échanges de connaissances, de même que la nécessité d'une infrastructure capable de soutenir la surveillance et l'évaluation des programmes et des systèmes.

Un des moyens d'expression de ces concepts et principes par la Stratégie nationale de traitement est son modèle à niveaux, adapté de celui du Royaume-Uni et de l'OMS. Chacun des cinq niveaux de la SNT peut être considéré comme un élément comportant des volets particuliers de services et de soutiens pour répondre aux besoins des gens souffrant de divers types de problèmes de consommation ou qui en sont à divers stades de traitement de ces problèmes. Il importe de souligner que les cinq niveaux de la SNT se différencient les uns des autres principalement par l'éventail de gens nécessitant leurs services et leurs soutiens. Par exemple, le niveau 5 comprend les services et les soutiens que requièrent uniquement les gens souffrant de problèmes complexes et graves de toxicomanie. Les autres niveaux du modèle comportent les

services et les soutiens susceptibles de répondre aux besoins de plus grands groupes de gens, qui présentent des niveaux modérés de risque ou des problèmes modérément graves. Toutefois, les personnes sont toujours ancrées au niveau 1, et ses sources familiales et communautaires de prévention et de soutien, même lorsque leur cheminement de guérison les déplace temporairement vers un ou plusieurs autres éléments du système de soins.

Figure 1: NTS Care Journey Diagram



French on next page

Figure 1 : Diagramme des cheminements de santé de la SNT

	SI UNE PERSONNE EST PRÉOCCUPÉE PAR LA CONSOMMATION OU EN SUBIT LES MÉFAITS	
RÉSULTATS POSITIFS SUR LES PLANS INDIVIDUEL, FAMILIAL ET COMMUNAUTAIRE (RENTABLE TANT POUR L'INDIVIDU QUE POUR LA SOCIÉTÉ DANS SON ENSEMBLE)		ELLE PEUT FACILEMENT AVOIR UN PREMIER ACCÈS À L'ENSEMBLE DU SYSTÈME (QUEL QUE SOIT LE NIVEAU)
SI NÉCESSAIRE, RECOURS AUX GROUPES D'ENTRAIDE OU AUX SOUTIENS COMMUNAUTAIRES (NIVEAUX INFÉRIEURS)		PRESTATION DE SERVICES TOUCHANT LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE, LE DÉPISTAGE, L'ÉVALUATION ET L'AIGUILLAGE (NIVEAUX INFÉRIEURS)
SI NÉCESSAIRE, PRISE EN CHARGE PROFESSIONNELLE ET SOINS CONTINUS (NIVEAUX INTERMÉDIAIRES)		SI NÉCESSAIRE, INTERVENTION BRÈVE, SERVICES ET SOUTIENS (NIVEAUX INTERMÉDIAIRES)
	SI NÉCESSAIRE, RECOURS À DES SERVICES ET SOUTIENS INTENSIFS SUPPLÉMENTAIRES (NIVEAUX SUPÉRIEURS)	

Tandis que la SNT offre un aperçu global et un ensemble général de recommandations, le renouvellement du PNLAADA permet et requiert plus de précision sur ce qui doit être fait, et la manière de le faire. Dans les parties du document qui suivent, nous nous efforçons de remodeler les concepts et représentations de la SNT de sorte que les communautés des Premières nations puissent examiner et appliquer les aspects du modèle à leur convenance. Le cadre décrit ici va plus loin que la SNT, sans perdre de vue son essence et ses recommandations. Grâce aux recommandations et commentaires des régions, ainsi qu'à une documentation abordant précisément les questions autochtones, le processus de renouvellement du PNLAADA nous donne l'occasion de disposer d'un ensemble de stratégies et d'actions requises mieux articulé.

La prochaine partie décrit comment l'information éclairant ce processus a permis une réflexion et une planification dérivées des forces, des faiblesses, des occasions et des défis particuliers au contexte des Premières nations du Canada, et capables d'y réagir. Un modèle commence à se dessiner, où on peut situer les priorités de système relevées dans l'évaluation des besoins régionaux, en y ajoutant la prévention et l'intervention précoce, et qui permet de bien comprendre les services de suivi, le tout, dans le cadre de soins continus visant à faire le pont entre le système de traitement officiel et les communautés desservies. Ce modèle exige que la famille et la communauté soient considérées comme partie intégrante du processus de renouvellement et que la culture soit reconnue comme essentielle. Cela exige aussi une approche plus vaste, plutôt que simplement professionnelle, et holistique quant à son point de vue et à son orientation.

C. Visualiser les cheminements et les voies d'accès aux soins

Tandis que la continuité des cheminements et la présence constante de la communauté constituent en grande partie la vision projetée de la SNT, la terminologie verticale implicite du *modèle à niveaux* peut se révéler problématique. En particulier, elle ne saisit pas bien le caractère continu et illimité des cheminements de guérison. Elle ne clarifie pas non plus le principe selon lequel la famille et la communauté demeurent des parties essentielles de la vie des gens, même lorsqu'ils entreprennent d'autres activités de guérison, y compris celles qui sortent du cadre géographique de la communauté. La terminologie des « niveaux » renforce l'imagerie verticale; un point de départ utile est peut-être donc de considérer les niveaux comme des *éléments*

comportant des *volets* de services et de soutiens pour répondre aux besoins des gens présentant des types particuliers de risques ou de problèmes liés à la toxicomanie, ou en sont à des stades particuliers de traitement de ces risques ou problèmes.

Deux notions sont au cœur du modèle décrit ici. Premièrement, *le modèle est celui d'un continuum de soins qui répond aux besoins de toutes les personnes mises à risque par la consommation ou en subissant les méfaits à un point donné de leur vie ou de leur cheminement de guérison* — au lieu de ne s'adresser qu'à la personne aux prises avec une grave dépendance chimique. Deuxièmement, *les cinq éléments du modèle se distinguent l'un de l'autre principalement par l'éventail de gens nécessitant leurs services et leurs soutiens*. En d'autres termes, les éléments sont définis par les diverses populations et leurs différents besoins. Le nombre relatif de personnes nécessitant les divers services et les coûts de prestation de ces services peuvent donc être pris en considération au moment de la planification des programmes et de l'affectation des ressources.

La représentation circulaire de la *figure 2* illustre les segments de la communauté qui nécessitent des interventions distinctes face aux risques et méfaits liés la toxicomanie. Dans la *figure 3*, cette illustration du continuum est poussée une étape plus loin, pour suggérer les types généraux de services et de soutiens requis pour chaque élément défini par la population qui a besoin des services à ce niveau. Ces concepts sont décrits plus en détail dans le *tableau 2*. Lorsqu'on interprète les diagrammes, le tableau et le texte qui suivent, il convient de noter que ces populations ne s'excluent pas l'une l'autre, mais sont plutôt imbriquées l'une dans l'autre.

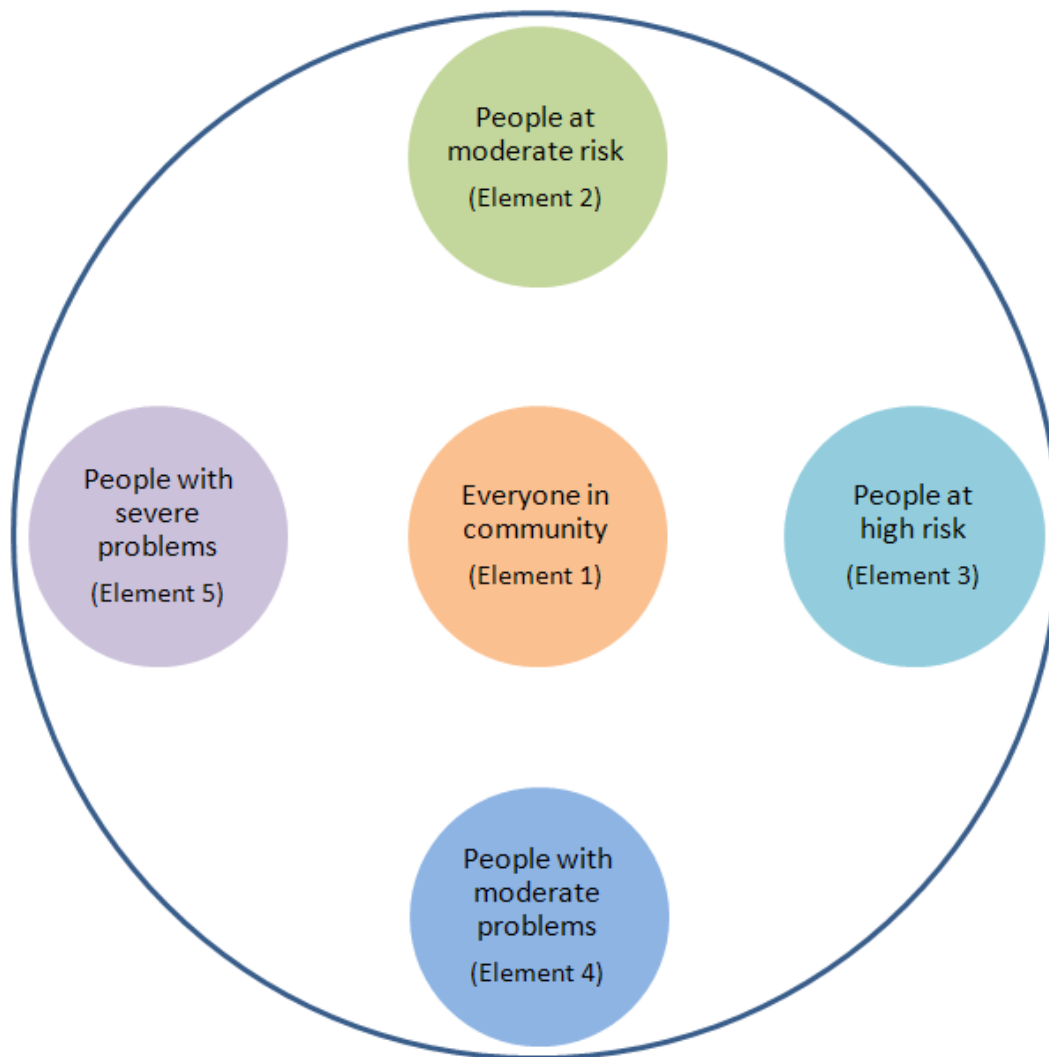
De ce point de vue, toute personne dans la communauté peut bénéficier des services et des soutiens de l'élément 1. Les services et les soutiens de l'élément 2 s'adressent aux consommateurs d'alcool ou d'autres drogues présentant au moins un risque modéré d'en subir les méfaits. Les volets de l'élément 3 profiteront particulièrement aux consommateurs à risque élevé, mais pas encore en traitement. Les services et soutiens des éléments 4 ou 5 profiteront respectivement aux consommateurs souffrant de problèmes dont la gravité (ou la complexité) est au moins modérée ou élevée.

Les gens peuvent avoir besoin d'aide pour accéder aux bons éléments, ou pour passer d'un élément à un autre. Il est donc important d'avoir en place des moyens de facilitation des soins (FS). Que ce soit par prise en charge officielle ou par l'une ou l'autre forme de soutien communautaire ou professionnel, « les efforts délibérés et soutenus pour maintenir le lien avec les clients, en particulier – et c'est couramment le cas – lorsque les divers volets de services ne sont pas bien intégrés » (traduction) (Heire et Skinner, 2010), constituent une part essentielle de la facilitation des soins.

On a placé la prévention universelle et le soutien social au centre, au cœur du contexte familial et communautaire, pour mieux refléter l'importance de ce dernier; cela fait partie de l'élément 1, dans un cercle plus grand contenant des éléments de soins caractérisés en général par le dépistage et l'intervention communautaires précoces (élément 2), la réduction du risque secondaire (élément 3) et la prestation de traitement actif lorsque des méfaits graves liés à la toxicomanie se font ressentir (éléments 4 et 5). Le cercle d'éléments se termine par le retour de la personne vers les services et soutiens communautaires (éléments 1 et 2), pour être réintégrée et fonctionner efficacement dans sa communauté. Les cinq éléments peuvent être décrits plus en détail comme suit.

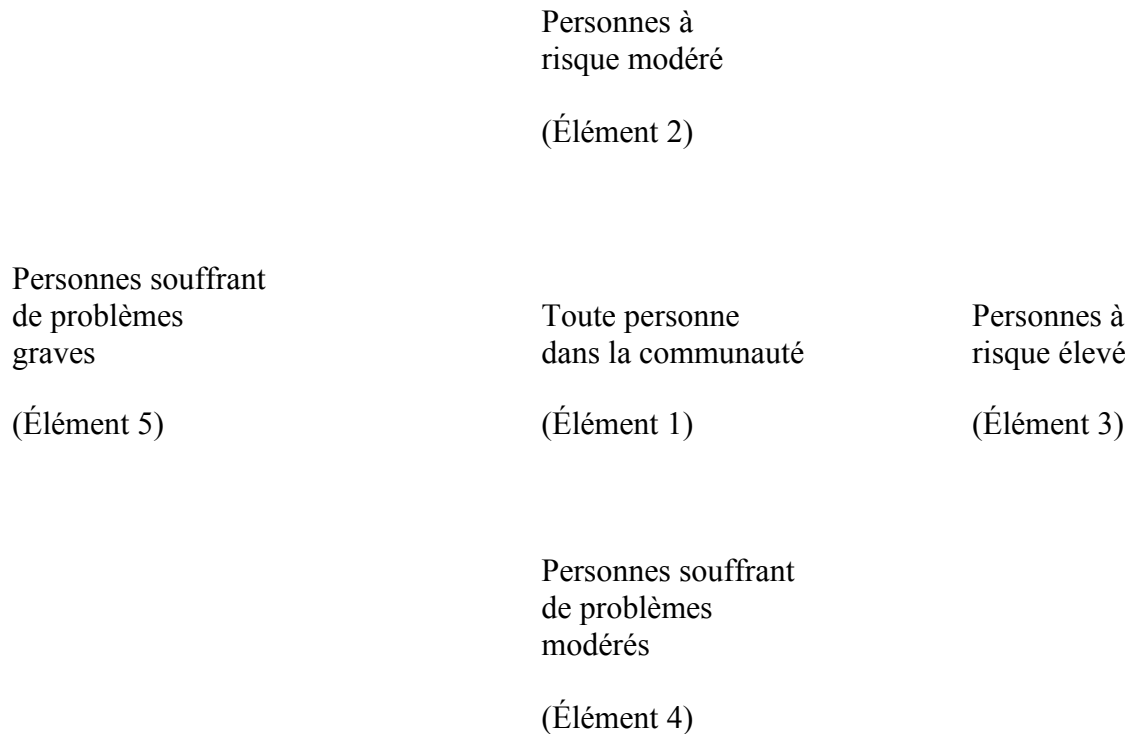
Figure 2: Population segments requiring distinct service and support elements, and the corresponding elements

(See French on next page)



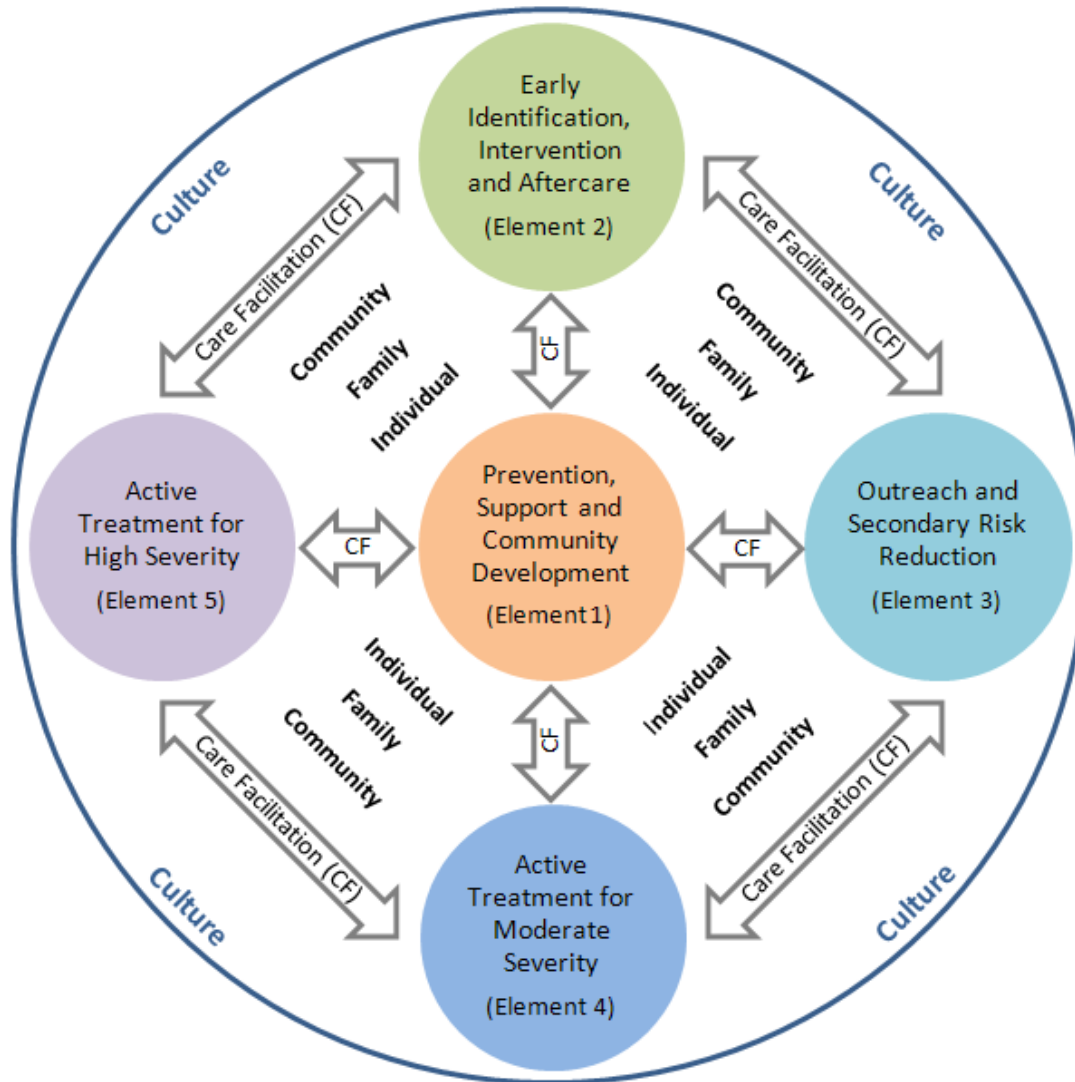
Note that these populations are not mutually exclusive, but rather are nested within each other. For example, everyone that could benefit from Elements 2-5 are in the first place always members of the overall community. Similarly, populations experiencing moderate or severe substance use problems are by definition subsets of the populations at moderate or high risk. They are separated here in order to make it easier for the reader to relate them to particular service and support elements (see Figure 3).

Figure 2 : Segments de population nécessitant des éléments de services et de soutiens distincts, et éléments correspondants.



Notons que ces populations ne s'excluent pas l'une l'autre, mais sont plutôt imbriquées l'une dans l'autre. Par exemple, toute personne pouvant bénéficier des éléments 2 à 5 est d'abord et toujours membre de l'ensemble de la communauté. Dans le même ordre d'idées, les populations aux prises avec des problèmes de toxicomanie modérés à graves sont par définition des sous-ensembles des populations à risque modéré ou élevé. On les sépare ici afin d'aider le lecteur à les associer à l'un ou l'autre élément particulier de services et de soutiens (voir la figure 3).

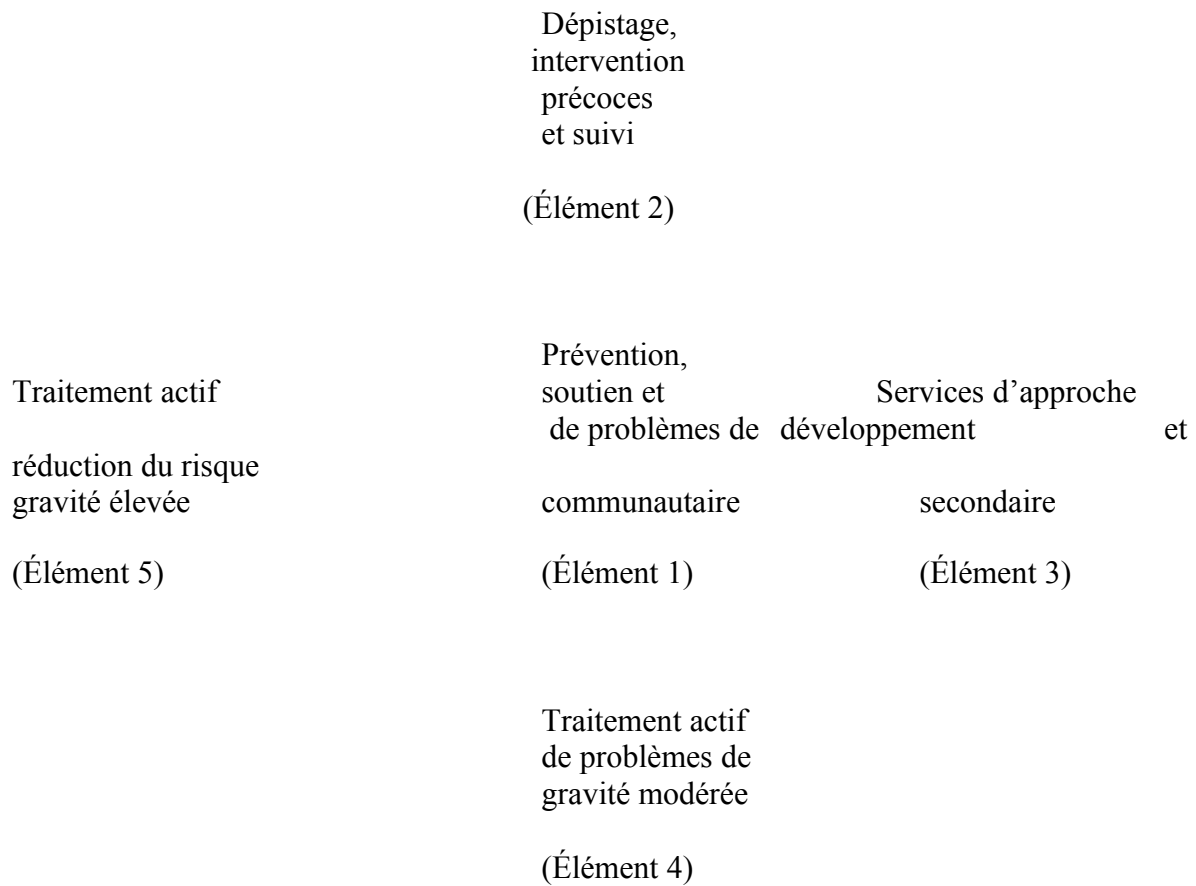
Figure 3: System model based on population-defined care elements



Culture = Culture; Care Facilitation (CF) = Facilitation des soins (FS);
 Community = La communauté. Family = La famille. Individual = La personne. CF = FS.

See other French on next page

Figure 3 : Modèle systémique fondé sur les éléments de soins définis selon la population



Document de travail sur le modèle systémique

Table 2: Continuum of Care - Overview and System Planning Questions

Major Care Elements	1	2	3	4	5
Defining Population Segment ¹	everyone	people at moderate risk	people at high risk	people with moderate problems	people with severe problems
Characteristic Service and Support Components	Universal Prevention	Early Identification	Addressing Secondary Risks	Engagement, Stabilization and Withdrawal Management	
	Self-Care	Brief Intervention	Community Outreach	Assessment, Goal Setting and Care Planning	
	Social Support	Risk assessment and Pre-treatment Support		Active Treatment and Discharge Planning	
	Community Development	Relapse Prevention and Continuing Care		Relapse Prevention and Continuing Care	
		Referral to more specialized or appropriate services and supports			Treatment Centre
Questions					
People	Which individuals, families and communities require each component?				
Providers	For each component, what kind of people can provide needed help?				
Settings	In what kind of settings can each component be provided?				
Approaches	For each component, what mix of approaches is appropriate?				
Linkages	How can each component be linked to the others within and across elements?				
Resources	What resources are needed to sustain these linkages effectively?				

¹ Note that these populations are not mutually exclusive, but rather are nested within each other. For example, everyone that could benefit from Elements 2-5 are in the first place always members of the overall community. Similarly, the populations experiencing moderate or severe substance use problems are by definition subsets of the populations at moderate or high risk.

See French on next page.

Tableau 2 : Continuum de soins – aperçu et questions de planification des systèmes

Principaux éléments de soins	1	2	3	4	5
Segment de population ¹	Toute personne	Les personnes à risque modéré	Les personnes à risque élevé	Les personnes souffrant de problèmes modérés	Les personnes souffrant de problèmes graves
Volets caractéristiques de services et de soutiens	Prévention universelle	Dépistage précoce	Réduction des risques secondaires	Participation, stabilisation et gestion du sevrage	
	Autosoins	Intervention brève	Services d'approche communautaire	Évaluation, établissement des objectifs et planification des soins	
	Soutien social	Évaluation du risque et soutien préalable au traitement		Traitement actif et planification du congé	
	Développement communautaire	Prévention des rechutes et soins continus		Prévention des rechutes et soins continus	
		Orientation vers des services et soutiens plus spécialisés ou appropriés			Centre de traitement
Questions					
Les gens	Quelles personnes, familles et communautés ont besoin de chaque volet ?				
Les fournisseurs	Pour chaque volet, quel type de gens peut offrir l'aide nécessaire ?				
Les contextes	Dans quel type de contexte chaque volet peut-il être offert ?				
Les approches	Pour chaque volet, quelle combinaison d'approches est appropriée ?				
Les liens	Comment chaque volet peut-il être lié aux autres, d'un élément à l'autre ?				
Les ressources	Quelles ressources sont nécessaires pour maintenir efficacement ces liens ?				

¹ Notons que ces populations ne s'excluent pas l'une l'autre, mais sont plutôt imbriquées l'une dans l'autre. Par exemple, toute personne pouvant bénéficier des éléments 2 à 5 est d'abord et toujours membre de l'ensemble de la communauté. Dans le même ordre d'idées, les populations aux prises avec des problèmes de toxicomanie modérés à graves sont par définition des sous-ensembles des populations à risque modéré ou élevé.

Élément 1

La prestation des services et des soutiens de l'élément 1, notamment la prévention et le soutien par la famille et la communauté, est à la base du modèle. Les volets de services et de soutiens de l'élément 1 « constituent des efforts d'ordre général qui s'appuient sur les systèmes et les réseaux naturels de soutien aux personnes, aux familles et aux collectivités. Ils constituent une assise pour une population en santé et reposent sur des critères d'admissibilité qui permettent à tous d'y avoir recours » (GTSNT, 2008). Les réseaux communautaires de soutien sont constitués notamment des pairs, des voisins, des collègues de travail, des camarades de jeu et, bien sûr des familles; ils se situent dans les voisinages, les lieux de travail, les lieux récréatifs, les organismes confessionnels et les foyers.

Les fournisseurs de services de prévention et de soutien social sont la famille et les autres membres de la communauté ou les travailleurs communautaires. Les Autochtones vivent la famille et la communauté comme un ensemble de relations épanouissantes qui peut également constituer une source essentielle de prévention universelle. Ces relations peuvent aussi offrir un premier contexte pour aider la personne à prendre conscience de son problème de consommation, de même que pour l'encourager à entreprendre une démarche de guérison grâce à divers services et soutiens. Même lorsque de telles démarches amènent les gens à sortir physiquement de leur communauté, ils peuvent encore ressentir que la famille et la communauté constituent leur plus importante source de soutien continu.

Il faut reconnaître que le soutien accordé sous la forme de soins interpersonnels est vital tout au long du parcours de soins et, par conséquent, tout au long des éléments du présent modèle. Les soins interpersonnels constituent un catalyseur important pour un renouvellement permanent (au moyen de l'enseignement, de l'apprentissage et de la guérison) ainsi que pour une vie saine.

L'élément 1 est également un point de convergence pour le développement communautaire. Un rôle clé du développement communautaire est de nourrir une compréhension commune de la façon dont un stigmate peut nuire à la capacité des communautés de participer activement à des stratégies de prévention et d'intervention. Le développement communautaire est traité de façon détaillée plus loin dans le présent article.

Élément 2

Les volets de services et de soutiens de l'élément 2 visent à répondre aux besoins des gens qui présentent des niveaux de risque à tout le moins modérés liés à leur consommation d'alcool ou d'autres drogues. Dans certains cas, la personne n'est pas seulement à risque, mais commence déjà à subir des méfaits modérés ou graves, notamment une possible dépendance chimique. Lorsque des méfaits de niveau modéré ou grave se font sentir, les volets de services et de soutiens associés au traitement actif sont aussi à envisager (voir les *éléments 4 et 5* ci-dessous). Les volets de services et de soutiens caractéristiques de l'*élément 2* dont la population à risque modéré a besoin sont (a) le dépistage précoce, (b) l'intervention brève, (c) l'évaluation du risque et le soutien préalable au traitement, (d) la prévention des rechutes et les soins continus, ainsi que (e) l'aiguillage vers des services et soutiens plus spécialisés ou appropriés.

Le dépistage précoce consiste à détecter un problème éventuel de toxicomanie chez une personne, afin de faire une exploration plus poussée avant que le problème ne s'aggrave. Il peut se réaliser au moyen d'outils officiels validés pour des populations données comme les femmes, les jeunes ou les groupes culturels tels que les peuples des Premières nations. Toutefois, le dépistage précoce peut aussi parfois se réaliser à l'aide de moyens moins officiels, par ex., engager une conversation aidante pour amener la personne à découvrir elle-même ses propres risques ou problèmes. Dans l'une comme dans l'autre approche, il faut procéder avec soin et avoir la formation appropriée.

L'intervention brève consiste en un ensemble de discussions d'aide limité dans le temps, entre un consommateur d'alcool ou d'autres drogues et quelqu'un en qui il a confiance et qu'il respecte; il s'agit d'aider la personne à se fixer des objectifs pour modifier ses comportements de consommateur et de la motiver à atteindre ces objectifs. On utilise souvent une méthode empruntée à la technique d'entrevue motivationnelle, et cela requiert une formation minimale de la part de l'intervenant. Habituellement, les interventions brèves sont menées par un fournisseur de services de santé ou sociaux connu de la personne, mais elles pourraient aussi être dispensées accessoirement par d'autres personnes, comme le personnel du service des urgences ou d'autres personnes travaillant dans la communauté locale. Les interactions de ce type ne requièrent souvent qu'une à trois séances de moins d'une heure chacune.

Le dépistage précoce et l'intervention brève sont des liens essentiels dans le continuum de soins : ils mobilisent et commencent à aider des gens susceptibles d'avoir un problème de consommation, mais qui n'ont pas (encore) eu recours aux services spécialisés en traitement de la toxicomanie. Pour ce faire, on peut créer un contact avec les gens lorsqu'ils accèdent aux services locaux habituels tels que les services de santé communautaire ou d'urgence, d'aide au logement, les services sociaux ou les services de travailleurs communautaires du PNLAADA. Ainsi, le dépistage précoce et l'intervention brève peuvent réduire le nombre des personnes qui auront en dernier ressort besoin de traitement spécialisé, en s'attaquant aux problèmes de consommation plus tôt dans l'histoire de la toxicomanie. Les interventions brèves et le dépistage précoce peuvent aussi aider de nombreuses personnes présentant des problèmes de consommation moins graves, qui ne tireraient pas nécessairement profit d'un traitement plus intensif (par exemple, des personnes aux habitudes de consommation dangereuses, mais non dépendantes).

Les faits tendent à montrer qu'il serait mieux, pour les personnes ayant encore besoin d'aide pour gérer leur consommation après quelques séances d'intervention brève, de les orienter vers des services de counselling et de soutien plus spécialisés, comme des groupes d'entraide ou une consultation plus officielle en toxicomanie. Comme point de départ, l'intervention brève peut être bénéfique à des gens ayant une dépendance chimique; toutefois, ils auront besoin tôt ou tard de services plus intensifs (voir les éléments 4 et 5). Ainsi, les fournisseurs de services d'intervention brève doivent évaluer constamment les risques chez leurs clients et savoir où les orienter lorsque les risques ou méfaits se révèlent plus grands qu'ils ne l'avaient d'abord soupçonné. Cela s'applique tout autant aux risques et méfaits associés aux problèmes de santé spirituelle, mentale et physique qu'à ceux qui résultent directement de la consommation d'alcool ou d'autre drogues. Les personnes des groupes à risque modéré ou élevé, que l'on oriente vers un traitement actif (voir les éléments 4 et 5), peuvent avoir besoin d'un soutien préalable.

L'évaluation du risque et le soutien préalable visent non seulement à préparer et à motiver le client à vivre un traitement bénéfique, mais également à réduire le risque de complications à venir ou de conséquences immédiates plus importantes, s'il poursuit sa consommation abusive.

Outre les sources de soutien communautaire et familial, il existe des moments, dans leurs cheminements, où les gens, toujours à risque modéré ou élevé, peuvent bénéficier de services de

prévention des rechutes et de soins continus (voir les éléments 4 et 5 pour une explication plus approfondie) après avoir suivi des types de traitement plus intensifs ou spécialisés. Cela peut se traduire par des services et soutiens fournis par une variété de professionnels de la santé et autres professionnels connexes (notamment des travailleurs du PNLAADA, des fournisseurs de services de santé mentale, d'aide au logement et de services sociaux) œuvrant dans la communauté. Il peut très bien s'agir des mêmes fournisseurs qui dispensent les services de dépistage précoce et d'intervention brève. L'objectif est de faciliter la démarche à plus long terme des personnes et des familles vers la guérison et le retour à une vie communautaire constructive.

Élément 3

Il importe de reconnaître la nécessité que les communautés et les systèmes répondent aux besoins des personnes pouvant être les plus à risque de subir des méfaits liés à la toxicomanie, même si elles ne sont pas encore prêtes à entreprendre un traitement plus actif. Il s'agit notamment de personnes à risque élevé de subir des conséquences néfastes, en particulier lorsque la consommation augmente les risques et la gravité de dommages physiques qu'ils peuvent subir, même si ces derniers ne sont pas directement liés à cette consommation. Notre argument ici est que si on réduit ces risques et méfaits secondaires au moyen de services d'approche et par d'autres moyens, la personne pourra recouvrer suffisamment la santé pour être en mesure et désireuse de chercher un traitement pour son problème de consommation. Qui plus est, contrer les risques et méfaits secondaires constitue une stratégie de santé publique essentielle, étant donné que cela réduit le risque dans la population en général (par ex., en limitant la propagation de maladies infectieuses). Les services et soutiens de l'élément 3 sont donc « conçus pour les personnes aux prises avec des problèmes de consommation et qui sont susceptibles de souffrir de méfaits secondaires (par ex., VIH, victimisation). Ils comprennent les interventions communautaires actives, la gestion des risques et des services d'évaluation et d'aiguillage de base » (GTSNT, 2008).

Éléments 4 et 5

Aux deux derniers éléments correspondent des services et soutiens qui répondent aux besoins de personnes subissant au moins des niveaux modérés de méfaits liés à la toxicomanie. Les deux éléments se distinguent l'un de l'autre par le degré d'intensité et de spécialisation du traitement requis par les clients, pour s'attaquer à divers niveaux de gravité et de complexité se manifestant au cours de leur cheminement de santé.

Les services des volets de l'élément 4 sont plus intensifs que ceux de l'élément 3 et peuvent recourir à des intervenants spécialisés en toxicomanie. L'élément 4 offre des volets de services plus actifs, mais ne requérant pas nécessairement les soins en établissement, ni soutien ou participation à temps plein. Ces services peuvent être communautaires ou offerts sous forme de consultation externe dans le cadre de programmes qui comportent un volet résidentiel. L'élément 4 constitue aussi une importante ressource intermédiaire pour les gens qui terminent un programme de traitement plus intensif en établissement (élément 5). Une étape de suivi ou une seconde phase de soins offrant un soutien actif et structuré favorise une transition plus progressive vers le retour dans la communauté, et permet de poursuivre le travail de rétablissement.

À la différence des volets de services de l'élément 4, ceux de l'élément 5 offrent un traitement actif aux personnes dont les problèmes de consommation atteignent une gravité et une complexité des plus élevées. Ces cas comportent ordinairement une forte dépendance chimique, des problèmes d'une acuité (méfaits graves imminents) et d'une chronicité (risques et méfaits persistants) élevées, assortis de conditions de vie particulièrement difficiles, et l'aide offerte par les autres éléments ne suffit plus. Les types de services offerts par les volets de l'élément 5 sont les mêmes que ceux mentionnés ci-dessus pour l'élément 4, mais sont habituellement dispensés avec considérablement plus d'intensité et de spécialisation professionnelle.

L'élément 5 comprend les services en établissement qui, aux yeux de la plupart des gens, constituent l'essence même du traitement de la toxicomanie. Nombre de gens peuvent témoigner de bienfaits propres à sauver la vie qu'ils ont reçus dans un programme de traitement offert en établissement par le PNLAADA. Ces ressources représentent des carrefours importants de services de traitement offerts aux membres des Premières nations. Toutefois, en l'absence de ressources pour assurer la prévention, l'intervention précoce ou les soins continus, les services de

traitement en résidence ont dû trop longtemps assumer en solitaires le fardeau d'aider les personnes à effectuer un changement majeur dans leur vie, souvent très loin du soutien familial et communautaire.

Les volets de services correspondant aux éléments 4 et 5 comprennent (a) la participation, la stabilisation et la gestion du sevrage; (b) l'évaluation, l'établissement d'objectifs et la planification des soins; (c), le traitement actif et la planification du congé; et (d) la prévention des rechutes et les soins continus.

Participation, stabilisation et gestion du sevrage

Obtenir la participation du client est une tâche présente dans toutes les facettes d'un système de soins renouvelé, mais cela pose des défis particuliers aux éléments 4 et 5. Se lier avec efficacité et compassion aux clients et les amener à participer au traitement est une tâche essentielle que chaque programme et service doit savoir accomplir avec compétence. Une fois cette participation obtenue, les tâches immédiates à accomplir consistent à stabiliser la personne. Dans bien des cas, cela comporte la gestion active du sevrage, pour lequel on peut avoir recours à des traitements médicaux et à des réseaux de soutien social pour aider les gens à se sevrer en toute sûreté de la consommation d'alcool ou d'autres drogues.

Évaluation, établissement d'objectifs et planification des soins

L'évaluation commence au début de la chaîne de prestation des services et ouvre la voie à une meilleure participation et à l'achèvement du traitement. Grâce à l'évaluation continue, « le client et le clinicien établissent la nature et la gravité des problèmes, les forces et les appuis sociaux du client et son degré de disposition au changement. » (Traduction) (CAMH). L'évaluation se distingue du dépistage et se produit ordinairement après celui-ci (voir ci-dessus). À mesure que les besoins et les objectifs du client sont définis, on peut mieux planifier les soins en fonction de la personne, comme en ajoutant très tôt des dispositions pour répondre aux besoins prévus de la personne à la fin du traitement actif. Par exemple, on pourrait planifier le suivi concernant les réseaux de soutien permanent tels que les groupes de pairs (par ex., l'assistance à des réunions sur les 12 étapes).

Traitement actif et planification du congé

Un ensemble complet de services de traitement actif spécialisés destinés aux membres des Premières nations doit offrir une gamme de possibilités. On privilégiera surtout des services fondés sur la culture et les traditions autochtones, sans toutefois délaissier la possibilité de trouver et d'obtenir d'autres services hors de ce contexte, si la personne est intéressée à les recevoir et qu'ils peuvent être appropriés à son cas. Il peut s'agir de choisir entre un contexte résidentiel ou non. La principale fonction du traitement actif est d'aider les gens qui terminent ces programmes à poursuivre leur vie sans cette souffrance et ce dysfonctionnement invalidants qui ont nécessité leur admission. À cette fin, planifier ce qui surviendra après la fin de la période de traitement est une partie fondamentale du travail. Cela devient davantage nécessaire et possible à mesure que la date de congé approche, car le processus lui-même aide la personne à réfléchir de plus en plus intensément à son propre cheminement de guérison et à son rétablissement, et à se fixer des objectifs à ce sujet.

Prévention des rechutes et soins continus

L'objectif premier de la prévention des rechutes est qu'à la fin du traitement actif, la personne présente moins de risque de revenir aux comportements problématiques qui ont entraîné son admission. Lorsque les problèmes sont particulièrement graves ou complexes, il importe d'offrir des voies d'accès aux soins continus. Cela suppose de préparer le client à s'autogérer et à faire face à la pression sociale l'incitant à retomber dans ses habitudes de consommation. Il est essentiel pour ce processus d'autogestion de mobiliser le soutien social de la famille et de la communauté. Cela doit comporter un suivi assuré par les intervenants du traitement, avec le soutien des familles, des réseaux de pairs, des services d'entraide et un accès à des ressources communautaires comme des services de logement et des services éducatifs et d'emploi conçus pour offrir à la personne une vie communautaire où elle se sentira productive, appuyée et appréciée.

Dans les deux éléments 4 et 5, il est de plus en plus important de bien comprendre toute la personne, et non pas seulement son comportement dépendant. La complexité des problèmes, dans la vie de chaque personne, doit être comprise et intégrée à la planification et à la prestation

des soins si l'on veut que les efforts consacrés au traitement et à la guérison portent fruit. La prestation des volets de services des éléments 4 et 5 requiert donc un personnel clinique formé à cerner et à traiter divers problèmes, et les programmes au sein desquels ils travaillent doivent former des partenariats efficaces avec les fournisseurs d'autres services sociaux et de santé.

D. Considérations de mise en œuvre

1. Décisions relatives au continuum de soins

La diversité qui existe chez les Premières nations élimine d'emblée la possibilité de proposer une *approche de style « recette de cuisine »*; on ne peut donner simplement aux communautés une recette miracle pour faire les choix essentiels en matière de soins. Ce document adopte plutôt une *approche de « cahier d'exercices »*, comportant une série de questions auxquelles chaque communauté pourra répondre pour elle-même lorsqu'elle prendra des décisions concernant son propre continuum de soins. Ces questions repères sont énoncées dans le *Tableau 2* ci-dessus. Une communauté peut déterminer différemment et indépendamment la façon de gérer l'une ou l'autre fonction du continuum de soins. Elle aura donc avantage à répondre à chacune des questions pour chaque fonction distincte.

Par exemple, au sein des communautés des Premières nations, les *fournisseurs* de services de prévention universelle et de soutien continu peuvent être des aînés, des membres de la famille immédiate ou élargie, des voisins, des pairs ou des travailleurs sociaux communautaires. Cela est particulièrement complexe car, dans le contexte des Premières nations, la communauté et la famille peuvent s'étendre au-delà de la communauté immédiate de résidence. Pour certaines personnes, des parties importantes de la famille et de la communauté peuvent habiter dans la grande région ou dans des grands centres urbains, et cela influe sur les choix qu'elles sont susceptibles de faire concernant le lieu où se dispenseront la prévention et le soutien, et les personnes qui s'en chargeront.

De plus, on pourrait choisir diverses approches ou combinaisons d'approches à adopter pour faire de la prévention, de même que pour offrir un soutien continu. Certaines communautés peuvent privilégier les pratiques traditionnelles ou encore faire coexister ces pratiques avec des approches plus courantes. Les communautés doivent également décider elles-mêmes comment

lier ou intégrer la prévention et le soutien continu à d'autres fonctions du continuum de soins et comment s'assurer au mieux que les facteurs permettant de soutenir ces liens sont en place.

Chaque communauté pourrait aussi faire des choix comparables, quoique distincts, pour chacune des autres fonctions majeures. Ainsi, en plus de prendre des décisions en matière de prévention universelle et de soutien continu, chaque communauté devra répondre aux questions évoquées plus haut et présentées dans le tableau 2 à l'égard du dépistage précoce, de l'intervention brève, de la réduction des risques secondaires, du traitement actif (pour les cheminements de complexité élevée et modérée), de la posture ou du suivi. Dans la population en général, de même que dans de nombreuses communautés des Premières nations, certaines de ces fonctions sont assurées par des intervenants des professions de la santé ou connexes, qui œuvrent à partir de centres situés hors du contexte communautaire. Mais de nombreux aspects, même officiels, du traitement pourraient sans doute être dispensés dans la communauté par des travailleurs en toxicomanie et d'autres membres de la communauté, ou par des dispensateurs de soins en visite, si on dispose du financement suffisant pour combler les postes actuels et en ouvrir de nouveaux.

Dans le même ordre d'idées, diverses approches et combinaisons d'approches pourraient être utilisées dans la communauté, comprenant des approches culturelles, des approches occidentales confessionnelles ou cliniques, voire des méthodes orientales. Chaque communauté dispose (ou devrait disposer) d'un riche éventail de possibilités à partir desquelles agencer son propre continuum de soins. Dans l'ensemble, les questions du tableau 2 offrent un plan préliminaire des questions que les communautés sont susceptibles de vouloir se poser. Toutefois, on ne peut préjuger des réponses qui conviendraient le mieux à chacune.

2. Soutenir les liens

La création et le maintien de liens entre les éléments décrits plus haut constitue une partie importante de tout continuum de soins. Comme on l'a déjà noté, étant donné la diversité parmi les Premières nations et la valeur inhérente qu'elles attribuent à l'autodétermination des communautés, il est impossible de spécifier quels mécanismes chacune d'elles devra adopter. Toutefois, on peut émettre certaines suggestions concernant les facteurs structurels susceptibles d'influer sur la solidité des liens. Les liens entre les divers volets du continuum de soins, tant à

l'intérieur d'un élément que d'un élément à un autre, doivent se produire à des niveaux divers, et, en dernier ressort, ils concernent des relations entre des gens qui jouent divers rôles.

Les facteurs structurels façonnant les relations de travail se divisent en quatre grands secteurs : l'engagement, la compréhension, la responsabilisation et les ressources. Les relations de service et de soutien entre les fournisseurs et leurs organismes ou communautés le long du continuum seront plus solides si un sentiment d'engagement réciproque est entretenu. Autrement dit, la relation se trouve renforcée par un dialogue explicite permanent sur la façon dont « nous travaillons ensemble vers le même objectif. » De telles relations auront également plus de chances de persister et d'entraîner de meilleurs résultats sur le plan de la santé si les divers intervenants s'entendent sur la définition des problèmes et des solutions. Une telle entente sera favorisée par des discussions continues et, peut-être, une formation réciproque sur ce que les partenaires de service et de soutien considèrent comme les résultats les plus importants en matière de guérison et les moyens les plus appropriés d'atteindre ces résultats.

De plus, de tels partenariats, le long du continuum, seront vraisemblablement renforcés par une responsabilité réciproque tout autant ressentie que mise en pratique. Autrement dit, on peut avoir besoin de mécanismes tels que des lettres d'entente ou des protocoles pour exprimer et confirmer clairement la répartition du contrôle et des responsabilités que l'on a convenu d'adopter. Enfin, la disponibilité de partenaires s'efforçant d'établir et de maintenir des relations de travail constructives le long du continuum ne s'obtient pas sans investir des ressources. Il faut du temps et une infrastructure pour mettre sur pied et maintenir une telle structure.

Il est particulièrement crucial de canaliser un financement accru adéquat vers les intervenants du PNLAADA œuvrant dans les communautés. Ces intervenants sont généralement isolés et constamment sur appel et essaient d'aider des gens qui ont des problèmes liés à la toxicomanie, mais pour lesquels ils n'ont pas toujours l'expertise nécessaire (p. ex. en ce qui concerne la protection de l'enfance). Ils doivent gérer des relations complexes avec le chef, le conseil et les membres de la famille et, souvent, malgré la lourdeur de leur tâche, leur formation et leur supervision sont limitées, ils ne savent pas toujours comment prendre soin d'eux-mêmes et ils peuvent avoir des difficultés personnelles qui drainent leur énergie affective et mentale. Il est vital de se doter d'un système qui se soucie du bien-être des intervenants du PNLAADA et qui leur

offre diverses formes d'aide, comme des vidéoconférences, des réunions mensuelles, une supervision mensuelle et des équipes de mieux-être mental.

De même, la mise en œuvre nécessite un niveau de dotation qui est proportionnel à l'ampleur du travail à effectuer. À ce titre, il est essentiel de donner aux intervenants du PNLAADA une formation reconnue et préalable aux interventions. Si ces intervenants ne reçoivent pas une aide adéquate, le système tout entier est condamné à échouer.

3. Échange de connaissances

Concevoir des choix de plans de prévention et d'intervention fondés sur des données probantes est considéré, dans tout le champ de pratique de la toxicomanie au Canada, comme un défi de taille, et à juste titre. La nécessité d'utiliser les meilleures données probantes ou les pratiques exemplaires suscite immédiatement des divergences quant aux styles de connaissances, aux critères pour les données probantes et aux résultats désirés pour les programmes. Interpréter la documentation de recherche et se tenir au fait des derniers développements dans ce domaine peut également exiger des ressources considérables de la part des communautés et des organismes, sans oublier que la mise en œuvre de nouvelles approches engendre des coûts en perfectionnement du personnel.

La prestation de services et de soutiens le long du continuum de soins devrait se fonder sur des hypothèses étayées par une efficacité démontrée. Toutefois, les résultats d'une recherche portant sur l'ensemble de la population ne peuvent pas être généralisées automatiquement aux peuples des Premières nations. La documentation de recherche contient beaucoup de promesses, mais également beaucoup d'incertitudes, qu'on ne pourra dissiper qu'avec du financement supplémentaire. Par exemple, l'efficacité des interventions brèves axées sur les soins primaires, en alcoolisme, semble aujourd'hui fortement étayée par des recherches portant sur la population en général. Cependant, peu d'études ont examiné l'efficacité de l'intervention brève au sein des populations autochtones. Il s'agit donc pour le moment d'une pratique prometteuse dans le contexte des Premières nations, bien qu'elle demeure encore insuffisamment étudiée chez cette population.

Cet exemple illustre la nécessité d'une stratégie novatrice pour adapter les pratiques prometteuses au contexte culturel autochtone en les évaluant d'abord, puis, si les conclusions sont positives, en les diffusant plus généralement afin qu'elles soient adaptées et appliquées dans d'autres communautés des Premières nations. À cette fin, la principale stratégie d'échange des connaissances en matière de lutte contre les risques et méfaits liés à la toxicomanie, dans les communautés des Premières nations, peut consister à promouvoir le dialogue approfondi et permanent entre les praticiens communautaires, plutôt qu'entre les communautés et les chercheurs.

Dans une telle stratégie, l'échange de connaissances devient un échange d'apprentissages entre les gens œuvrant à la prévention et au traitement dans les communautés des Premières nations d'une même région, ainsi qu'une occasion de s'interroger les uns les autres sur toute forme de données probantes jugée pertinente et nécessaire. Ce partage d'expériences devrait idéalement entraîner une confirmation des principes de base et des pratiques établies, la transmission des connaissances et compétences d'une communauté à l'autre, et d'un praticien à l'autre, et catalyser l'exploration de stratégies novatrices de prévention et de traitement destinées à répondre aux besoins non comblés. Les centres régionaux de traitement, les conseillers régionaux du PNLAADA et, en particulier, les *Regional Addictions Partnership Committees* (comités régionaux de partenariat pour la lutte contre les dépendances) (RAPC) pourraient servir de pivot pour canaliser ces discussions et promouvoir des changements de pratiques fondés sur de nouvelles idées, susceptibles d'être ancrées solidement dans les modes de connaissances autochtones.

En plus de faciliter l'échange d'idées entre les communautés d'une région donnée, le conseiller régional, les centres de traitement et les RAPC pourraient aussi servir de liens réciproques entre la base de connaissances locale et les chercheurs. Pour ce faire, il faudrait examiner les nouvelles recherches sur l'efficacité relative des stratégies de prévention et de traitement, puis adapter cette information pour la rendre utile aux praticiens communautaires. Il faudrait aussi assumer un rôle complémentaire : recueillir les pratiques prometteuses de l'expérience des praticiens communautaires et les communiquer à l'ensemble du domaine de la toxicomanie. De plus, en puisant aux sources de la recherche officielle et du savoir autochtone, les conseillers régionaux et les centres de traitement pourraient servir de ressources auprès des communautés qui s'efforcent

constamment de recueillir des commentaires sur le travail de prévention et d'intervention communautaires.

Pour ce qui est des aspects de l'échange de connaissances qui touchent le perfectionnement des travailleurs, il peut être utile d'améliorer le rôle assumé par les RAPC et les centres régionaux de traitement du PNLAADA, afin qu'ils fournissent des outils de formation permanente aux travailleurs en toxicomanie dans la région. Il faudrait alors non seulement diffuser de l'information et des manuels parmi les travailleurs et les autres praticiens, mais aussi assurer l'éducation permanente et la pratique supervisée, appuyées par la consultation et l'apprentissage continu sur le terrain. La formation dans les centres pourrait aborder des sujets comme les troubles concomitants, l'abus d'opiacés et la méthadone. Les travailleurs en toxicomanie du PNLAADA pourraient ainsi être accrédités et mis à niveau tout au long de leur carrière. Autre avantage, ces nouvelles compétences peuvent être transférées à d'autres postes, contribuant par conséquent à hausser le niveau de qualification du personnel communautaire en général. Cette stratégie exigerait un nouvel investissement consacré explicitement à développer l'excellence du savoir et des compétences chez les travailleurs du PNLAADA.

Enfin, il peut exister des moyens d'améliorer la conception de chaque centre de traitement desservant les communautés de sa région. À mesure que l'occasion se présente, on pourrait attribuer aux communautés un plus grand rôle dans l'orientation des méthodes de traitement utilisées par les centres de leur région. Une telle collaboration explicite peut contribuer à améliorer le niveau de mobilisation de la communauté dans l'ensemble du continuum de soins.

4. Développement communautaire

La force des réseaux sociaux et des communautés est importante non seulement pour la prévention et le soutien social, mais aussi pour offrir un fondement communautaire à tous les aspects du continuum de soins. Le mieux-être communautaire repose sur des modèles solidement établis et efficaces de rapports parents-enfants et d'éducation des enfants, où la communauté prend part à l'éducation d'enfants sains de corps et d'esprit, capables de préserver les traditions et de construire un avenir où les communautés, les voisinages, les familles et les personnes s'épanouissent et prospèrent. Certaines familles et communautés ne réalisent peut-être pas leur plein potentiel de prévention universelle et de soutien continu en postcure, mais elles tireront

avantage de diverses formes de renforcement destinées à promouvoir des cheminements de guérison personnels. En fait, les familles et les communautés cheminent elles-mêmes vers la guérison.

Comme nous l'avons noté antérieurement, le développement communautaire, au sens large, doit être considéré comme une partie fondamentale de la prévention universelle. Cela peut aller de soutenir les efforts communautaires de promotion de la santé à s'attaquer aux vestiges du colonialisme. Une telle approche de la promotion de la santé et de la prévention découle d'un développement communautaire ascendant (qui part de la base), en particulier dans des communautés toutes particulières, plutôt que descendant (d'en haut vers la base).

Chez les Premières nations, le partage d'apprentissages sur la participation au développement communautaire local peut susciter un précieux échange régional de connaissances. Ensuite, c'est par le partage de l'expérience, des besoins et des aspirations entre les régions qu'on peut concevoir et édifier une perspective nationale. Les approches régionales et nationales feront leurs preuves en s'harmonisant aux efforts distincts et croissants des Premières nations, communauté par communauté.

Bien que cela exige temps et investissement, cette stratégie peut se révéler la plus efficace pour mettre sur pied des processus et des établissements qui favoriseront et stimuleront le sain développement communautaire. Cela ne veut pas dire d'abandonner les communautés ou de les laisser se débrouiller seules, ni de les assujettir à des stratégies intrusives axées sur des règles, valeurs et objectifs qui ne leur appartiennent pas. On peut plutôt leur offrir d'importantes ressources aux échelons national et régional, sous forme de services administratifs proposés dans le cadre de nouvelles collaborations régionales et nationales.

Le processus de renouvellement du PNLAADA pourrait en outre examiner des exemples vécus de résilience dans certaines communautés fortement axées sur la transmission de la culture traditionnelle, et également dans les communautés où on s'affaire à modeler et à recréer la culture afin de l'adapter aux réalités et aux perspectives contemporaines tout en entretenant la résilience. Cela peut même donner matière à réflexion sur la façon dont les communautés peuvent vivre leur culture et la transformer en divers agencements et permutations.

Au bout du compte, le développement communautaire est important parce qu'il cible les approches adoptées pour mieux refléter les déterminants sociaux de la santé. Il souligne la nécessité de développer des liens entre les divers déterminants sociaux de la santé : les répercussions qu'ils ont les uns sur les autres et comment ils s'influencent les uns les autres, et influencent la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues. Le développement communautaire tente d'attirer l'attention sur les déterminants sociaux de la santé et sur la nécessité de lier les services à la communauté en général, et il permet de comprendre comment chacun de ces services a un rôle à jouer pour contrer la consommation problématique (notamment les partenariats avec les services externes à la communauté). Enfin, il reconnaît explicitement que ces rôles doivent être coordonnés grâce à une approche systématique définie par la communauté.

5. Le rôle du PNLAADA

Certaines idées abordées dans ce document ont des implications pour le rôle important du PNLAADA à l'intérieur et en tant que facilitateur de l'ensemble du continuum de soins. Certaines orientations recommandées dans les rapports des évaluations des besoins régionaux et du Forum national sur le renouvellement du PNLAADA (janvier 2010) pourraient se réaliser à l'aide de modèles administratifs décentralisés dans lesquels les éléments essentiels sont contrôlés par chaque communauté pour refléter les valeurs et l'approche culturelle qui lui sont propres. De nombreux aspects de la prévention, des soins préalables, de l'évaluation, de l'aiguillage et des services de suivi pourraient même être gérés plus directement par la communauté. Dans le même ordre d'idées, certaines communautés peuvent désirer passer à un modèle de traitement qui soit plus communautaire que le traitement résidentiel régional (étant donné surtout la distance et les frais plus élevés pour se déplacer parfois vers les centres régionaux, et les frais connexes).

Le rôle du PNLAADA peut alors se centrer davantage sur l'apport de ressources financières, de savoir-faire, et d'autres formes de soutien pour s'attaquer aux problèmes cernés par les communautés particulières. Comme on l'a noté plus haut, les communautés peuvent alors partager l'expérience acquise, sur une base régulière, grâce à des structures d'échange de connaissances facilitées par le PNLAADA.

Indépendamment des changements particuliers effectués dans les processus, le PNLAADA devrait certainement continuer à appuyer la définition communautaire des problèmes et des solutions, tant à l'échelle régionale que nationale. Il peut aussi mieux financer la formation et établir des normes régionales pour son accréditation. Les efforts déployés pour soutenir la formation peuvent comprendre des mises à niveau régulières, l'établissement d'une base de données contenant des renseignements sur la toxicomanie et la santé mentale, et l'agrément de centres de traitement particuliers. Le rôle du PNLAADA devrait aussi consister à offrir des conseils sur les politiques, la recherche et les modèles de pratiques exemplaires, à créer des liens et à servir d'agent de liaison avec les établissements s'adressant à la population en général (c.-à-d., élaborer des ententes et des protocoles avec d'autres partenaires, notamment les ministères fédéraux, Santé Canada [DGSPNI], le Service correctionnel du Canada, Affaires indiennes et les gouvernements provinciaux) de façon que les communautés puissent accéder à ces services au besoin.

Par conséquent, dans le cadre d'un processus de renouvellement, il peut être utile d'approfondir le rôle du PNLAADA en tant que ressource sommaire pour les normes de formation, les documents de politique, la recherche, les pratiques exemplaires et la liaison avec les organismes provinciaux et fédéraux, notamment en ce qui concerne la facilitation de l'accès à ces services et programmes pour les clients des Premières nations qui en ont besoin à l'extérieur des réserves. Dans ce dernier cas, le PNLAADA pourrait offrir aide et leadership concernant les questions de paiement, de gestion des cas, de responsabilisation et de procédures. Enfin, il faut souligner qu'un financement adéquat doit être acheminé vers les communautés afin qu'elles soient en mesure de créer et de diriger leurs propres systèmes de soins.

E. Résumé

Dans ce document de travail, nous avons tenté d'adapter le modèle conceptuel de la Stratégie nationale de traitement au contexte des communautés des Premières nations. Chemin faisant, nous nous sommes inspirés d'une analyse documentaire préalable, en portant une attention particulière aux défis systémiques mis en lumière par cette analyse. Les rapports élaborés pour le

processus de renouvellement du PNLAADA, qui comportaient divers thèmes convergents, ont également influencé ce document.

Après avoir donné un aperçu de la Stratégie nationale de traitement, nous avons offert deux représentations visuelles circulaires du continuum de soins qui peuvent aider à dresser un plan pour des discussions ultérieures sur le renouvellement du PNLAADA. Ces représentations surmontent certaines des limites inhérentes à l'imagerie verticale du modèle à niveaux de la SNT. Toutefois, il demeure important de souligner que les communautés ont des décisions à prendre pour chaque fonction dans le continuum de soins, à propos de questions sur les fournisseurs, les contextes, l'approche et les liens. De telles décisions détermineront le choix du niveau de ressources requis dans une situation donnée et, par ricochet, la stratégie d'affectation de ces ressources pour soutenir les diverses fonctions tout au long du continuum de soins.

Nous avons poursuivi en discutant des facteurs susceptibles de renforcer les relations de travail afin d'enchaîner les diverses fonctions à travers le continuum de soins. Le thème des relations a ensuite été élargi pour englober une vision de l'échange des connaissances et du développement communautaire dans le contexte de l'amélioration des cheminements de santé et des voies d'accès aux soins liés à la toxicomanie. Tout au long de ce document, nous avons tenté de nous appuyer sur les points forts communautaires et régionaux. Nous avons insisté sur le rôle plus prédominant que doivent assumer les membres de la communauté, de pair avec les centres régionaux de traitement, tout en rejetant l'idée d'un modèle où toutes les formes de traitement actif ne reposent que sur les centres.

Enfin, nous avons tenté d'accorder une place prépondérante et respectueuse à la culture autochtone et aux pratiques traditionnelles, tout en reconnaissant la diversité des communautés autochtones. En outre, nous avons souligné la souveraineté de la communauté d'une Première nation à propos du choix qu'elle doit faire quant à la configuration de son propre continuum de soins. Chacune des configurations sera un agencement unique de moyens de soutenir les cheminements de santé et les voies d'accès aux soins, grâce à des combinaisons particulières de fournisseurs, de contextes, d'approches et de liens. Enfin, une démarche comme la nôtre ne peut que suggérer des services et soutiens en toxicomanie susceptibles d'être utiles à l'échelle

communautaire. Chaque communauté a le droit et la responsabilité de définir quels services et soutiens particuliers elle souhaiterait voir appliquer chez elle.

Nous avons axé la majeure partie de ce document sur un système de services et de soutiens pour les personnes, les familles et les communautés touchées par des problèmes liés à la toxicomanie. Il importe toutefois d'insister sur le fait que de tels problèmes ne surviennent pas isolément, mais plutôt en lien avec d'autres problèmes sociaux et de santé. Le plus évident est le lien entre la toxicomanie et la santé mentale. Les rôles joués par le traumatisme intergénérationnel, le développement de l'enfant, l'inégalité et la discrimination contribuent tous à nous faire comprendre que les problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues chez les membres des Premières nations sont très complexes. Cette complexité s'étend, au-delà de la santé mentale, à la santé physique, voire aux problèmes entourant les taux élevés de démêlés avec la justice, d'incarcération et de récidive.

Les problèmes et défis complexes sous-jacents à la toxicomanie, pour bien des gens, signifient qu'une approche systémique doit non seulement améliorer les stratégies particulières de prévention, de dépistage, de traitement et de soins continus pour les gens souffrant de tels problèmes, mais aussi s'étendre à travers la gamme de services qui offrent du soutien aux personnes aux prises avec des problèmes sociaux, économiques, juridiques, de santé, de loisirs, de formation, de carrière et d'emploi. Renouveler le système de traitement de la toxicomanie pour les membres des Premières nations requiert des stratégies qui vont au-delà d'une simple amélioration de la gamme de soins destinés à la prévenir et à la traiter; il faut également explorer ces problèmes dans un contexte global sociohistorique, en comprendre la complexité et avoir la capacité pratique de composer et de travailler efficacement avec des systèmes multiples et divers.

Sans l'ombre d'un doute, à mesure que les Premières nations exploreront leur potentiel à cet égard, d'autres autorités administratives au Canada auront beaucoup à apprendre d'elles. Et, plus important encore, les objectifs du renouvellement du PNLAADA se réaliseront : des communautés, des familles et des personnes s'épanouiront et s'enrichiront au contact de la culture et de la tradition, mettront de l'espoir dans leur vie et entreverront un avenir prometteur, libéré des problèmes de toxicomanie.