



# Comportements de dépendance chez les Autochtones au Canada



Collection recherche de la Fondation autochtone de guérison

© Fondation autochtone de guérison, 2007

Publié par :

Fondation autochtone de guérison  
75, rue Albert, pièce 801, Ottawa (Ontario) K1P 5E7  
Téléphone : (613) 237-4441  
Sans frais : (888) 725-8886  
Télécopieur : (613) 237-4442  
Courriel : [communications@ahf.ca](mailto:communications@ahf.ca)  
Site internet : [www.ahf.ca](http://www.ahf.ca)

Conception graphique et mise en page par :  
Fondation autochtone de guérison

Impression par :  
Dollco Printing

Version imprimée :  
ISBN 978-1-897285-38-1

Version électronique :  
ISBN 978-1-897285-48-0

L'utilisation du nom « Fondation autochtone de guérison » et du logo de la Fondation est interdite.  
La Fondation encourage cependant la reproduction du présent document à des fins non commerciales.

Ce projet de recherche a été financé par la Fondation autochtone de guérison (FADG), cependant les opinions exprimées dans ce rapport sont les opinions personnelles de l'auteur ou des auteurs.

This document is also available in English.

# Comportements de dépendance chez les Autochtones au Canada

Rédigé pour le compte de la  
Fondation autochtone de guérison

par

Deborah Chansonneuve

2007



---

## Table des matières

Hommages.....	iii
<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
Méthodologie .....	3
<b>Chapitre 1 : Retour sur le passé pour mieux progresser .....</b>	<b>5</b>
Pourquoi l'histoire autochtone a-t-elle de l'importance .....	5
Colonisation et ses incidences .....	7
Loi sur les Indiens .....	7
Lutte des Métis pour la reconnaissance de leur identité.....	9
Réinstallation forcée des Innus et des Inuit .....	9
Mise à mort des chiens .....	10
Maltraitance dans les pensionnats .....	11
Répercussions intergénérationnelles des sévices subis dans les pensionnats.....	14
Politique des pensionnats et droits de la personne.....	18
<b>Chapitre 2 : Comportements de dépendance et maltraitance dans les pensionnats .....</b>	<b>21</b>
Cycle des traumatismes et des dépendances .....	25
Prévalence et incidences de l'abus d'alcool et des substances psychoactives dans la population autochtone.....	29
Prévalence et incidences du jeu compulsif.....	31
Relations interpersonnelles et dépendance sexuelle.....	32
Résumé.....	33
<b>Chapitre 3 : La sagesse de la culture pour promouvoir la guérison.....</b>	<b>35</b>
Événements marquants du mouvement de rétablissement et de guérison .....	35
Modèles de guérison communautaires .....	42
La sagesse des enseignements culturels .....	44
Une approche autochtone visant la guérison et le rétablissement .....	44
Les sept enseignements sacrés Anishnawbe.....	46
Les six principes du savoir traditionnel inuit (Inuit Qaujimajatuqangit).....	49
Rompre le cycle des traumatismes et des dépendances : pourquoi la culture a-t-elle tant d'importance .....	50
Modèle de guérison communautaire .....	55
Mappage du processus de changement.....	57
<b>Chapitre 4 : Cinq histoires d'espoir .....</b>	<b>61</b>
Modèle de guérison de la collectivité d'Alkali Lake .....	62
Mouvement de guérison de la communauté Eskasoni.....	64
« Nemi'simk, Seeing Oneself », Modèle d'intervention précoce auprès des jeunes.....	66
Sacred Smoke, Programme de lutte contre le tabagisme/Promotion de la santé.....	67
Centre de traitement national our Inuit - Mamisarvik.....	69

<b>Chapitre 5 : Pratiques prometteuses d'intervention et de prévention dans le domaine de la lutte contre les dépendances.....</b>	<b>71</b>
<b>Chapitre 6 : Conclusion et continuation du cheminement de guérison .....</b>	<b>87</b>
<b>Appendice A : Fiches d'information .....</b>	<b>91</b>
Définitions et modèles conceptuels actuels.....	91
Reconnaître et traiter les comportements de dépendance et l'abus des substances psychoactives .....	94
Type de substances, signes et symptômes.....	95
L'alcool.....	96
Les substances inhalées .....	98
Les amphétamines et les méthamphétamines .....	100
Les opioïdes (héroïne, morphine, codéine, méthadone et d'autres médicaments d'ordonnance antidouleur comme l'oxycodone) .....	102
Les benzodiazépines.....	104
Le cannabis .....	106
Le tabac commercial .....	108
Un comportement compulsif : l'obsession du jeu.....	110
Un comportement compulsif : la dépendance sexuelle.....	112
Un comportement compulsif : les troubles alimentaires .....	114
<b>Appendice B : Liste des personnes ressources consultées .....</b>	<b>115</b>
<b>Appendice C : Bibliographie analytique .....</b>	<b>117</b>
<b>Références .....</b>	<b>129</b>

### Liste des figures

Figure 1) Cycle de vie.....	16
Figure 2) Cycle des traumatismes et des dépendances .....	28
Figure 3) Cercle d'influences holistique.....	43
Figure 4) Les quatre saisons du cheminement de guérison.....	56
Figure 5) Modèle de guérison communautaire.....	74

### Liste des tableaux

Tableau 1) Résultats spécifiques au niveau des apprentissages .....	6
Tableau 2) Application des sept enseignements anishnawbe à la programmation de prévention et d'intervention en matière de dépendances .....	48
Tableau 3) Inuit Qaujimagatuqangit.....	49
Tableau 4) Mappage de la démarche de guérison : un modèle conceptuel de la guérison holistique.....	59
Tableau 5) Liste de contrôle pour la mise en oeuvre des pratiques prometteuses en prévention et en intervention axées sur les dépendances.....	82

---

## Hommages

Ce rapport n'aurait pas pu être rédigé sans la collaboration et l'engagement de nombreuses personnes.

En premier lieu, hommage à la cliente qui, en partageant son histoire, témoigne de la capacité de guérison et suscite l'espoir que tout est possible même dans les circonstances les plus désastreuses, les plus difficiles. Son engagement dans un cheminement continu vers le rétablissement illustre bien la détermination et la résilience des personnes luttant pour se libérer de leurs comportements de dépendance. C'est également une confirmation du rôle crucial qu'exercent en première ligne ces nombreux intervenants dévoués, engagés, dont le soutien indéfectible, sans jugement préconçu, assuré aux personnes nous enrichit tous.

Des remerciements sincères sont formulés aux dix-huit personnes ressources consultées qui ont fourni l'apport inestimable de leur temps et de leur expertise. Ces personnes ressources représentent toute une richesse d'expériences dans le domaine de la recherche et des services de première ligne aux diverses populations autochtones; leurs connaissances approfondies et leurs observations, leurs impressions, ont été extrêmement précieuses pour l'élaboration de ce rapport. Pourtant, malgré la richesse des informations recueillies, nous sommes loin de refléter toutes les meilleures idées ou pratiques ou la riche complexité des approches culturelles inuites, métisses et de premières nations en matière de santé et de guérison; comme nous ne prétendons d'ailleurs pas avoir toutes les réponses ou les solutions dans le domaine de la prévention et du traitement des comportements de dépendance. Les lecteurs de ce rapport, ceux et celles qui s'en inspireront, sont invités à acquérir plus de connaissances sur la culture, l'histoire et le cheminement de guérison en consultant les ressources et les possibilités d'apprentissage complémentaires offertes dans leur communauté. La réadaptation des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance est l'effort, l'engagement de toute une vie, un long trajet menant vers la transformation et la guérison, une étape à la fois.

Cette expression de reconnaissance s'adresse également à la Fondation autochtone de guérison et à son équipe de recherche pour leur patience et leur professionnalisme pendant toute la durée de l'élaboration de ce rapport; sans leur appui, ce projet n'aurait pas pu se matérialiser.

La poursuite du *Mouvement de guérison autochtone* est assurée grâce à cette croyance inébranlable en la sagesse et en la beauté des enseignements culturels traditionnels. Les gardiens de ces enseignements sont de nombreux Aînés respectés au sein des collectivités inuites, métisses et de premières nations au Canada. Un témoignage spécial de gratitude revient à ces Aînés de la communauté d'Ottawa dont l'extraordinaire générosité, le bon sens pratique et l'interprétation judicieuse des enseignements traditionnels constituent une perpétuelle inspiration et un phare de longue portée. J'offre des remerciements bien particuliers à Irene Lindsay, grand-mère et Survivante des pensionnats, ainsi qu'à Jim Albert, Heather Sole, Paul Skanks, Angaangaq et Ina Zakal.

Ce rapport est dédié à tous ces Survivants et Survivantes dont le courage et la détermination démontrés dans leur démarche de guérison inspirent tous les autres qui luttent ardemment pour le rétablissement de leur équilibre.





---

## Introduction

« [TRADUCTION] Notre voix est notre médecine et nos histoires sont notre médecine; ensemble, nous formons un ballot d'histoires. »

Grand-mère mi'kmaq Heather Sole

### L'histoire de la guérison d'une cliente

« [TRADUCTION] Mon père était un alcoolique chronique. Ses parents ont eu sept enfants, dont cinq sont morts des suites de leur alcoolisme, y compris mon père. Ma mère a bu elle aussi; moi-même j'ai commencé à boire à l'âge de huit ans. J'ai été placée, des allers et des retours, dans des foyers de groupe et des familles d'accueil; dès l'âge de quinze ans, on m'ordonnait de participer aux Alcooliques Anonymes. J'ai commencé à utiliser des drogues IV à seize ans.

Partout, quand j'étais enfant, l'alcool, la toxicomanie, l'abus sexuel, c'était à l'état endémique; je ne connais personne qui y a échappé. On vivait encore dans des cabanes en papier goudronné dans la réserve. C'est vraiment inimaginable la pauvreté et l'isolement [qui y sévissaient].

J'avais seulement 15–18 mois quand mon père et son frère ont commencé à m'agresser sexuellement. Mon père avait déjà été accusé d'avoir agressé sexuellement deux autres filles, mais on m'a quand même laissée seule avec lui. Ensuite, j'ai continué à être victime d'agressions commises par mon beau-père et en famille d'accueil. Ces mauvais traitements se sont poursuivis jusqu'à l'âge de douze ans, mais avant l'âge de dix ans, j'avais eu mon premier client à Winnipeg.

Il faut que les gens sachent comment c'est arrivé; de cette façon, on peut faire marche arrière et briser le cycle. On doit comprendre que c'est une épidémie—ce cycle de mauvais traitements faits aux enfants et ensuite ces enfants reproduisant cette violence, la retournant contre eux-mêmes par la consommation d'alcool et de drogues. Maintenant, je le comprends, ce n'est pas juste arrivé à moi, mais à d'autres personnes aussi; il y a des tonnes de gens comme nous qui ont vécu cela. »

Le faisceau de documentations, de résultats ou de constatations fait de plus en plus ressortir que la programmation la plus efficace en prévention et en intervention centrées sur les dépendances qui s'adresse aux Autochtones repose sur la sagesse des enseignements traditionnels inuits, métis et de premières nations articulés autour d'une approche holistique axée sur un mode de vie sain. En effet, le système des croyances autochtone a beaucoup à offrir comme enseignement d'une méthode englobante de rétablissement parce qu'il met l'accent sur le fait que :

- tous les aspects liés au mieux-être sont d'importance égale et interreliés, comprenant les dimensions physique, affective, mentale et spirituelle;
- l'équilibre, à la base du mieux-être, est le cheminement de toute une vie;

- la santé personnelle est une composante de la santé des familles, des collectivités, des nations et de l'environnement au complet.

Dans le contexte des comportements de dépendance, une approche autochtone commence par la prémisse que chaque dimension de la personne doit être traitée pour s'assurer qu'elle se sente mieux à long terme.

Une « bonne médecine » est ce qui fortifie la pensée, le corps, le coeur et l'esprit. Des histoires de guérison renforcent et inspirent les efforts de ceux et celles qui les entendent; ces histoires constituent la « bonne médecine » du mouvement de guérison.

Le présent rapport explore cinq aspects d'une approche autochtone appliquée aux dépendances. Cette orientation unique permet de considérer les comportements de dépendance dans le contexte plus global de l'histoire et de la culture des Autochtones. Il est divisé en six chapitres :

- Chapitre 1 fait un retour sur le passé pour analyser les injustices historiques et leurs incidences sur la santé collective des Autochtones au Canada.
- Chapitre 2 décrit les types de comportements de dépendance, leur prévalence et leurs incidences.
- Chapitre 3 fait ressortir les types de modèles de guérison et la façon dont la sagesse des enseignements et des pratiques traditionnels s'applique à la prévention et à la réadaptation centrées sur les dépendances.
- Chapitre 4 fait état de certaines histoires génératrices d'espoir, des récits mettant en évidence le caractère exceptionnel et particulier de l'approche culturelle autochtone.
- Chapitre 5 résume les pratiques les plus prometteuses d'une approche autochtone de la prévention et de l'intervention axées sur les dépendances que des personnes ressources consultées, à l'aide d'exemples de réussites, et des études documentaires nous font connaître.
- Chapitre 6 présente quelques-unes des prochaines étapes de l'évolution du cheminement de guérison.

Afin de bien ancrer le rapport dans l'expérience vécue, chaque chapitre commence par des extraits de l'histoire de guérison d'une cliente autochtone. Quant aux citations provenant de personnes ressources consultées et tirées d'ouvrages de documentation, elles s'intègrent au contenu. En appendice se trouvent une bibliographie analytique de ressources se rapportant à la lutte contre les dépendances, de même que des fiches d'information fournissant des renseignements complémentaires sur des substances toxico-manogènes et des types de dépendance.

Des progrès significatifs ont été faits au cours des trois dernières décennies dans les collectivités autochtones pour traiter l'un des problèmes de santé les plus pressants, généralisés et causes de problèmes sociaux depuis longtemps—à savoir les comportements de dépendance. Actuellement, il y a beaucoup d'histoires de personnes, de familles et de communautés qui ont progressé sur le chemin de la guérison. Le présent rapport fait état de certaines de ces histoires et il fait ressortir les pratiques à l'origine de leur réussite.

La Fondation autochtone de guérison (FADG) décrit le concept de meilleure pratique comme « [TRADUCTION] une pratique ou une activité prometteuse qui semble bien fonctionner et peut facilement être adaptée à toute une diversité de contextes » (Kishk Anaquot Health Research, 2003:66). En partageant des histoires de réussite autochtones et des pratiques prometteuses, ce qu'elles ont en commun, la vision du rapport se dégage comme suit :

- ✦ accroître la sensibilisation culturelle des prestataires de services oeuvrant auprès des clients et des collectivités autochtones;
- ✦ encourager la collaboration en élaborant un continuum complet d'interventions déterminées par la communauté, puisant son fondement dans la culture;
- ✦ augmenter la conscientisation de la beauté durable et de la sagesse des croyances et des pratiques culturelles des Autochtones pour les besoins de promotion et de préservation de la santé.

Le taux de réussite à long terme de la réadaptation ou de la guérison axée sur les dépendances, sans égard aux groupes de population, n'a jamais été positif. En revanche, vu la perspective différente, nouvelle et holistique en promotion de la santé de l'approche autochtone, la porte s'ouvre sur des promesses réelles, non seulement dans le cadre des programmes autochtones, mais également pour les programmes de prévention et de guérison partout ailleurs.

## Méthodologie

Ce rapport a été élaboré grâce au processus suivant :

1. entretiens et échanges avec dix-huit personnes ressources consultées (reportez-vous à l'Appendice B) appartenant au domaine de la lutte contre les dépendances et ayant de l'expérience au sein du milieu autochtone;
2. recension et étude de documents importants récents, notamment :
  - ✦ Fondation autochtone de guérison, Rapports d'évaluation intérimaires sur les activités de programme (Kishk Anaquot Health Research, 2002; 2003),
  - ✦ *Mapping the Healing Journey* [Le balisage de l'expérience de guérison] (Lane et coll., 2002),
  - ✦ Examen général 1998 du PNLAADA et le document de travail, Cadre pour le renouvellement (du PNLAADA) (National Native Addictions Partnership Foundation Inc. [NNAPF] [Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances Inc. (FANPLD)], 2000),
  - ✦ *Escaping the Legacy: Understanding Addictive Behaviours in Aboriginal Communities in Canada* (Barlow, 2004);
3. analyse bibliographique.

[NDT : Pour faciliter la lecture du présent document, le masculin est utilisé comme genre neutre et il représente les hommes et les femmes]



## Retour sur le passé pour mieux progresser

### Suite de l'histoire d'une cliente

« [TRADUCTION] Ma mère a été élevée dans un pensionnat et moi, j'ai été élevée dans des familles d'accueil et des foyers de groupe. Quand on parle des pensionnats, voici la citation qu'on rapporte : « [TRADUCTION] Il faut tuer l'Indien à l'intérieur de l'enfant pour sauver celui-ci ».

Tout le problème est exprimé dans ces paroles-là; c'est ce que les préjugés et les préjudices nous ont fait. Si on enlève des enfants, on retire de leur famille l'esprit et l'espoir et si on ne valorise plus et on n'aime plus ces enfants, on produit des gens qui ne savent plus ce qu'est l'amour ou la valorisation.

Cela remonte à bien longtemps. Il faut des générations pour défaire ce qui a été fait. Bien des gens ont essayé de me montrer un autre chemin, mais j'étais encore tellement confuse (troublée). Pour moi, c'était « tout ou rien »; dans un mouvement de va-et-vient, passant de l'abstinence à la rechute pendant des années. »

### Pourquoi l'histoire autochtone a-t-elle de l'importance

Dans l'histoire du Canada, aucun autre groupement de population n'a subi une attaque contre les droits de la personne aussi délibérée, aussi générale et prolongée, que celle dont les Autochtones ont fait l'objet. Pourtant, malgré la reconnaissance croissante des préjudices causés dans le passé, bien des Canadiens ignorent encore toute la portée de ces injustices ou des répercussions profondes qu'elles ont entraînées.

Approximativement quatre pour cent de la population canadienne ou plus d'un million de personnes ont une ascendance autochtone. De ce nombre, environ 62 pour cent sont d'origine ancestrale de première nation; 30 pour cent sont métis et 5 pour cent sont inuits (Statistics Canada [Statistique Canada], 2003). Du nombre approximatif de 105 000–107 000 personnes survivantes des pensionnats encore vivantes, 80 pour cent sont des Indiens inscrits, 9 pour cent des Métis, 6 pour cent des Indiens non inscrits et 5 pour cent des Inuit (Department of Indian Affairs and Northern Development [Affaires indiennes et du Nord Canada], 1998). Ces Survivants continuent d'inspirer et d'influencer le mouvement de guérison autochtone. Leur détermination à toute épreuve de rétablir la santé de leurs collectivités et d'être l'exemple vivant de leur propre démarche de guérison insuffle de l'espoir dans nos programmes de guérison.

Il est tout particulièrement important pour les personnes oeuvrant dans les domaines de la santé, de la justice et du service social de bien connaître l'histoire des Autochtones et l'expérience qu'ils ont vécue. L'Aîné Mohawk Paul Skanks pose les questions suivantes aux prestataires de services travaillant auprès des clients et des collectivités autochtones :

- Comment pouvez-vous desservir des gens que vous ne comprenez pas?
- Comment pouvez-vous être empathiques envers des clients sans tout d'abord avoir une bonne connaissance et compréhension des questions ou des préoccupations que ces personnes sollicitant

votre aide apportent avec elles ou de l'influence que les problèmes abordés auront sur elles et leur famille?

Avoir une bonne connaissance de l'expérience collective des Autochtones, particulièrement celle se rattachant aux séquelles des sévices subis dans les pensionnats et à leurs répercussions intergénérationnelles, est devenu la pierre angulaire du mouvement de guérison autochtone. La Fondation autochtone de guérison (FADG) a identifié bon nombre de résultats d'apprentissage visés dans le cadre de l'information/éducation portant sur les séquelles des pensionnats qui témoignent de toute l'importance accordée à cet aspect des programmes de guérison. Selon une étude d'évaluation entreprise par la FADG, les participants ayant participé aux programmes de guérison et ayant reçu de l'information sur les séquelles des pensionnats ont fait état des résultats suivants (Kishk Anaquot Health Research, 2002:245) :

**Tableau 1) Résultats spécifiques au niveau des apprentissages**

Apprentissage de l'histoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Capacité démontrée de cerner ce qui constitue la mentalité coloniale et la manière dont elle agit (stéréotypes, préjugés, partialité).</li> <li>✦ Connaître les écoles que les membres de la famille ou de la communauté ont fréquentées; savoir comment les élèves ont été obligés de fréquenter les pensionnats, ainsi que les conditions de vie et les normes scolaires qui les caractérisent.</li> <li>✦ Connaître le vécu des membres de la famille et de la communauté.</li> <li>✦ Être capable de déterminer les problèmes qui affectent les familles et la communauté et qui sont associés à l'expérience vécue dans les pensionnats.</li> </ul>
Comprendre les répercussions de l'expérience des pensionnats	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Être capable de poser un regard nouveau sur les parents et les grands-parents, afin de pouvoir cheminer vers le pardon.</li> <li>✦ Bien cerner les comportements personnels qui ont été appris au sein de la famille ou par le biais des pairs.</li> <li>✦ Être capable de faire émerger une image de soi; d'évaluer des stratégies de survie; d'utiliser les connaissances au sujet des séquelles pour se découvrir.</li> <li>✦ Faire des choix éclairés qui contribuent au bien-être physique, mental, émotionnel, et spirituel.</li> <li>✦ Se fixer des buts pertinents en matière de démarche personnelle de guérison, faire des plans réalistes, suivre et évaluer ses propres progrès.</li> </ul>
Appliquer ce que l'on a compris pour guérir les séquelles des pensionnats	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Offrir des suggestions innovatrices et une critique des démarches conçues pour mettre fin aux traumatismes subis dans les pensionnats.</li> <li>✦ Entreprendre une activité apte à démontrer que l'on est conscient de ses responsabilités en tant que Survivant en voie de guérison (par exemple, partager avec les autres, enseigner, participer dans des programmes contre le racisme);</li> <li>✦ Démontrer que l'on se soucie et que l'on veut aider les autres Survivants.</li> <li>✦ Utiliser une variété de formats, d'outils et de langues pour communiquer ce que l'on sait et ce que l'on comprend au sujet des séquelles des pensionnats.</li> </ul>

Cet apprentissage se rapportant aux expériences historiques vécues par les Autochtones est également d'une importance primordiale pour les prestataires de services et l'efficacité de leur intervention auprès des clients autochtones. Toutes les personnes ressources consultées ayant collaboré à la préparation de ce rapport s'entendent sur le fait que la formation, l'information, le perfectionnement professionnel portant sur les séquelles des pensionnats amélioreront la prestation des services.

### Colonisation et ses incidences

Afin de mieux comprendre de quelle façon les cultures indigènes qui étaient en plein essor pendant des milliers d'années ont commencé à s'effondrer, donnant prise à des taux épidémiques de comportements de dépendance, il est révélateur de faire un retour sur le passé et d'évoquer l'histoire à travers la lentille autochtone. Envisagés selon la perspective autochtone, les événements liés au contact avec les Européens témoignent d'une succession ininterrompue de terribles destructions. Avant l'arrivée des Européens, d'après des estimations, il y avait une population indigène florissante de plus de sept millions de personnes habitant dans ce que l'on appelle aujourd'hui l'Amérique du Nord. Quatre-vingt dix pour cent de cette population ont été décimés par des maladies comme la variole et la grippe, par la guerre, les déplacements ou les réimplantations et le vol des terres et des ressources entraînant la pauvreté et la famine.

Les origines de l'abus de l'alcool peuvent être décelées dans les débuts de l'histoire canadienne, dès le dix-septième siècle, au moment où les commerçants de fourrures européens ont introduit l'alcool. Avant cette importation, les Autochtones ne connaissaient pour ainsi dire pas l'ivresse, ni les actes de violence; il y avait « une fréquence très faible d'actes de violence » dans leurs collectivités (Dickason, 2002:261). Parallèlement à l'introduction de l'alcool, les nouvelles pratiques commerciales ont eu des conséquences très graves sur le régime alimentaire traditionnel; peu à peu, les aliments naturels, sains, obtenus rapidement grâce à la chasse, à la cueillette et à l'agriculture, ont été remplacés par des aliments préparés d'avance.

Le tabac, cultivé et utilisé avec beaucoup de respect pendant des milliers d'années comme une « médecine » sacrée à des fins rituelles, est devenu une substance vendue commercialement, susceptible d'entraîner une dépendance.

Le gouvernement du Canada, par le biais de ses politiques comme la *Loi pourvoyant la civilisation graduelle des Indiens* (titre officiel : *Acte pourvoyant à l'émancipation graduelle des Sauvages, à la meilleure administration des affaires des Sauvages et à l'extension des dispositions de l'acte trente-et-un Victoria, chapitre quarante-deux, S.C. 1869, c.6*), la *Loi sur les Indiens* (1876) et l'établissement des pensionnats (1892) a cherché délibérément à anéantir toutes traces de la culture autochtone, notamment les langues, les croyances, les coutumes et les traditions spirituelles. Les actes posés dans le cadre de ces politiques continuent d'avoir des conséquences profondes sur tous les membres des Premières Nations, les Inuit et les Métis.

### Loi sur les Indiens

La *Loi sur les Indiens* de 1876 expose en détail le système gouvernemental canadien dont le but était d'assurer le contrôle et l'assimilation des Autochtones. En vertu de cette loi, l'État a dénié aux membres des Premières Nations les droits de la personne fondamentaux et ceux-ci ont été à partir de ce moment-là considérés comme les pupilles de l'État.

Bien des Canadiens ignorent que le gouvernement sud-africain, alors qu'il concevait son propre système d'apartheid au milieu des années 1940, a planifié et emprunté sa vision du système des réserves indiennes du Canada. Voici certaines des caractéristiques de la *Loi sur les Indiens* :

- ✦ Les autochtones étaient empêchés de partir de la réserve ou de voyager à l'extérieur de la réserve sans obtenir préalablement l'autorisation écrite et signée d'un agent du gouvernement.
- ✦ Selon la *Loi sur les indiens*, le statut et les droits des femmes autochtones mariées à un homme non indien étaient révoqués ainsi que ceux de leurs enfants; toutefois, les femmes non-indiennes ayant marié un Indien, de même que leurs enfants, étaient reconnus comme Indien ayant statut légal, de plein droit.
- ✦ Les cérémonies spirituelles indiennes ont été criminalisées; toutes les personnes y prenant part risquaient d'être emprisonnées, tout comme les personnes appuyant de telles pratiques.
- ✦ Les chefs et toutes formes de gouvernance traditionnels ont été remplacés par des dirigeants et des fonctions gouvernementales ou de gestion choisis par le gouvernement canadien.
- ✦ Il est devenu illégal pour les autochtones de tuer leurs propres animaux d'élevage ou de vendre du poisson qu'ils avaient pris en dehors de la réserve.
- ✦ Des règlements qui touchaient des questions d'importance, dont les droits sur les héritages, comme des questions d'infimes détails, entre autres quelle espèce végétale pouvait ou ne pouvait pas être cultivée, à qui les récoltes pouvaient être vendues et pour quel prix, ont été imposés par des agents du gouvernement qui les ont fait exécuter.
- ✦ Des règlements administratifs ont été établis en 1888 pour empêcher les autochtones de prendre un prêt hypothécaire pour se procurer des machines agricoles; la raison invoquée par Hayter Reed, alors sous-ministre des Affaires indiennes, était qu'en forçant l'Indien à travailler le sol uniquement à l'aide d'outils manuels, il serait plus facilement amené à évoluer, passer de chasseur à paysan, et seulement à ce moment-là, devenir un homme moderne.
- ✦ En réponse aux tentatives des autochtones de s'organiser pour réunir des fonds destinés à des poursuites contre les injustices subies de 1900 à 1927, le gouvernement canadien a rendu illégal la collecte de fonds ou le versement d'une contribution financière à des Indiens à des fins politiques, y compris des revendications territoriales.

[TRADUCTION] Cette loi interdisait formellement toute une diversité d'activités comme la consommation d'alcool et l'exercice du droit de vote, que le citoyen ordinaire canadien prenait pour acquis. Elle déclarait aussi illégale la participation à des cérémonies, ce qui était considéré essentiel par de nombreux Indiens, notamment la Danse du Soleil pour les Indiens des Plaines et le potlatch pour ceux de la côte du Nord-Ouest. Par analogie, ce serait équivalent au fait d'édicter une loi s'adressant aux catholiques qui aurait pour but de réglementer la vie des catholiques canadiens, leur interdisant d'assister à la messe, ou



de promulguer chez les baptistes une loi frappant d'interdiction la pratique du baptême (Morrison et Wilson, 1995:608).

### **Lutte des Métis pour la reconnaissance de leur identité (ethnique)**

Le terme *Métis* signifie « sang-mêlé », ce qui fait référence au fait que la progéniture de sang-mêlé est issue d'une femme de descendance algonguine, ojibwe et crie et d'un commerçant de fourrures français et écossais. C'est au début du dix-huitième siècle que l'identité distincte métisse a commencé à émerger, alors que le commerce des fourrures était florissant. Qualifiée de « métisse », cette nouvelle nationalité a été définie par un mélange unique, une fusion des traditions culturelles et spirituelles de premières nations et de celles propres aux Européens tout en restant complètement distinctes l'une de l'autre.

Cette longue lutte pour l'obtention d'un territoire propre aux Métis, de même que pour la reconnaissance de leur identité distincte, s'est poursuivie jusqu'à aujourd'hui. C'est une histoire marquée par des promesses rompues et des conflits armés, le recours à la force pour faire reconnaître leurs droits, et même par la pendaison, désormais considérée comme infâme, du chef métis Louis Riel en 1885, déclaré coupable de haute trahison par le gouvernement canadien.

#### **Réflexion d'une personne ressource consultée**

« [TRADUCTION] Pour une personne métisse, la peine causée par l'exclusion provient du fait que nous n'avons jamais été complètement reconnus comme peuple de plein droit parce que le gouvernement a nié et n'a pas fait connaître notre histoire. Les gens ne savent pas qui sont les Métis; c'est comme les Basques en Espagne – ils ont leur propre culture, leur propre langue et leur histoire. Les Métis sont une nouvelle race, une nouvelle nation qui est issue de femmes cries ou ojibwe et d'hommes britanniques. Même la plupart des Métis ignorent pourquoi nous sommes considérés comme indigènes conformément à la constitution – c'est parce que nous sommes indigènes/natifs/autochtones du Canada. Les Métis n'existent nulle part ailleurs. Nous savons ce que sont les « médecines », mais nous ne connaissons pas les cérémonies parce que, pour nos ancêtres autochtones, les cérémonies étaient conduites par des hommes et les « médecines » faisaient partie du rôle des femmes. »

Susan Dahlseide

### **Réinstallation forcée des Innu et des Inuit**

Les Inuit habitent dans les régions éloignées de l'Arctique canadien, notamment le Nunavut et le Nunavik; quant aux Innu, ils résident dans les régions subarctiques orientales du Nordlabrador et du Québec. Les Inuit et les Innu n'étaient pas visés en vertu des dispositions de la *Loi sur les Indiens* vu que des contacts réguliers n'ont pas été établis avant le dix-neuvième siècle.

Même si la *Loi sur les Indiens* ne s'appliquait qu'aux Premières Nations, le mode de vie nomade des Inuit a également été brusquement et radicalement transformé par la politique gouvernementale canadienne. En vertu d'une politique visant la réinstallation forcée, les Inuit et les Innu ont été déplacés de leurs terres

ancestrales et de leurs territoires de chasse traditionnels pour être transplantés dans des établissements centralisés très éloignés qui avaient été aménagés par le gouvernement. Le premier « projet officiel de réinstallation des Esquimaux » a eu lieu entre les années 1934 et 1947 quand les Inuit de l'île de Baffin ont été transplantés à l'île Devon. Il s'agissait d'un « projet de colonisation » mis à exécution conjointement par la Compagnie de la Baie d'Hudson et le ministère de l'Intérieur du Canada. Bien que le motif officiel donné au moment de la réinstallation ait été d'éloigner les familles des régions où elles vivaient dans la misère, en réalité, on voulait plutôt réduire les coûts administratifs et d'exploitation commerciale. Ce premier projet de réinstallation a marqué le commencement d'un processus prolongé de déplacement et de transplantation dans l'Arctique. On a cherché à justifier après coup ces réinstallations en confirmant la croyance que les Inuit « auraient une situation plus avantageuse » (Royal Commission on Aboriginal Peoples [Commission royale sur les peuples autochtones], 1996:456).

La réinstallation forcée des Innu du Labrador a commencé en 1967 au moment où le gouvernement canadien a décidé d'établir des bases militaires et industrielles en territoire innu. Les Innu autrefois nomades ont dû partir de leurs terres ancestrales pour aller s'installer sur une île à Davis Inlet.<sup>1</sup>

Chassés de leurs terres auxquelles ils étaient liés physiquement et culturellement depuis 6000 ans, ces peuples ont vu apparaître des problèmes sociaux, dont les actes de violence, le suicide et les comportements de dépendance, qui ont commencé à se multiplier dans les collectivités inuit et innu.

L'éloignement des terres ancestrales a provoqué un deuil collectif profond, ressenti encore aujourd'hui. Quand le premier ministre de Terre-Neuve et du Labrador, Danny Williams, a présenté des excuses aux Inuit en janvier 2005 pour les conséquences désastreuses des réinstallations forcées, sa voix a été presque rendue inaudible par les sanglots de l'assistance (Canadian Broadcasting Corporation [Société Radio-Canada], 2005).

#### *Mise à mort des chiens*

Les chiens de traîneau, appelés « Qimmiit » par les Inuit, étaient au cœur même de la vie en Arctique depuis plus de 11 siècles. Chaque chien était capable de tirer 45 à 50 kilogrammes sur des distances allant jusqu'à 70 milles par jour. Ils pouvaient également flairer les trous d'air des phoques, assurer un moyen de défense de première ligne contre les ours polaires et repérer la piste des boeufs musqués pour les chasseurs inuits.

Aujourd'hui, le chien de traîneau inuit ou « huskie » a presque disparu, leur nombre de plus de 20 000 chiens en 1950 ayant diminué à 279 inscrits actuellement. La mise à mort massive des chiens de traîneau qui a eu lieu du milieu des années 1950 jusqu'à la fin des années 1960 dans les territoires de l'arctique, mieux connus aujourd'hui comme le Nunavut et le Nunavik (Nord du Québec), est pratiquement inconnue du grand public. Cette période coïncide avec celle où les réinstallations ou transplantations forcées des Inuit ont atteint leur paroxysme. Selon des rapports récents, un nombre aussi élevé que 20 000 chiens ont été massacrés, un acte que des fonctionnaires ont décrit comme une mesure nécessaire pour assurer la protection des collectivités contre les maladies et les attaques attribuées aux chiens. Par ailleurs,

---

<sup>1</sup> À la demande des Innu, une deuxième relocalisation les a amenés à déménager de Davis Inlet pour s'installer en 2002 dans la nouvelle communauté de Natuashish.

des entretiens avec plus de 100 résidants du Nunavik, témoins de la mise à mort des chiens, indiquent que les Inuit n'ont pas été suffisamment consultés et qu'ils n'ont pas consenti à cette extermination, tout comme il n'y a eu aucune considération accordée aux répercussions sociales d'une telle intervention. Voici le point de vue apporté par Susie Aloupa, témoin Inuk, dans son témoignage :

[TRADUCTION] Je crois que huit de nos chiens ont été tués. Nous avons été informés par les enseignants et les missionnaires que tous les chiens devaient être abattus. Ce n'était pas concevable, vu que nous n'avions pas de magasin, pas de motoneige; nos chiens devaient être abattus! Comment allions-nous pouvoir survivre? J'avais plusieurs jeunes enfants sous ma charge et leur père n'avait pas d'autre choix que d'accepter cette mise à mort. Nous avons su que la police, par qui nous étions « iligasutuq » (intimidés), devait se charger de la mise à mort. Nous avons su aussi qu'un jeune enfant avait été attaqué et tué à Kangirsuk et que c'était la raison invoquée pour cette mise à mort des chiens, même si personne n'avait été attaqué par des chiens dans notre communauté (citation dans Makivik Corporation, 2005: section D, para. 10).

Un film récemment produit, *Echo of the Last Howl*, a eu recours à des séquences d'un documentaire et à une reconstitution historique pour bien dépeindre les effets déchirants qu'a eu ce massacre et toute la gravité de la perte des chiens de traîneau pour les gens du Nunavik. La perte de ces chiens et l'abandon de la chasse comme mode de vie ont entraîné une dépendance économique croissante et ils ont contribué à l'inactivité physique. Le traumatisme provoqué par le fait d'avoir été témoin de la tuerie brutale de leurs animaux, de se sentir impuissants à l'empêcher, est une souffrance psychologique que de nombreux Inuit éprouvent encore aujourd'hui. La Corporation Makivik qui administre les revendications territoriales des Inuit du Québec a recueilli des douzaines d'histoires des témoins de ce massacre et elle a produit un film. Elle a aussi présenté un rapport de ses résultats (d'enquête) au gouvernement canadien, réclamant une enquête complète, des excuses officielles et une compensation.

### Maltraitance dans les pensionnats

Le *Guide du programme* de la Fondation autochtone de guérison définit « pensionnat » comme suit : « [TRADUCTION] Le régime des pensionnats au Canada, fréquenté par des élèves autochtones. Ce terme peut également désigner les écoles industrielles, les pensionnats, les foyers scolaires, les maisons d'hébergement, les logements chez un particulier, les écoles résidentielles, les écoles résidentielles dont la majorité des élèves sont des élèves externes ou une combinaison des écoles mentionnées ci-dessus » (Aboriginal Healing Foundation [Fondation autochtone de guérison], 2001:5).

À l'époque où le régime des pensionnats a été établi à la fin des années 1800, dans la société en général, on croyait que les « Indiens » étaient des « sauvages » et qu'il fallait les « civiliser ». D'après l'opinion des membres du clergé et des fonctionnaires du gouvernement, le meilleur moyen d'y arriver consistait à prendre complètement en charge les enfants autochtones et les placer sous l'autorité et l'influence des pensionnats gérés par les Églises. Ces pensionnats visaient à éloigner les enfants de « leur mauvais milieu » (Fournier et Crey, 1977:55) que représentaient leur famille et leur communauté et à les endoctriner pour leur faire adopter le mode de vie/les façons de faire de la société canadienne. Le programme d'enseignement était principalement axé sur la préparation des élèves à occuper « [TRADUCTION] les derniers rangs ou la frange la plus basse de cette société » (Dickason, 2002:315).

De l'ouverture du premier pensionnat à Brantford, Ontario, en 1831 jusqu'à la fermeture du dernier en 1998, on a assuré le fonctionnement d'environ 130 pensionnats; des centaines de milliers d'enfants autochtones les ont fréquentés (Aboriginal Healing Foundation [Fondation autochtone de guérison], 2006). Pendant ces 167 années, cinq générations d'un bon nombre de familles autochtones ont passé leur enfance au complet dans un établissement. Si le but convenu de ces pensionnats était d'assurer une éducation, de scolariser les enfants autochtones, par contre, ceux-ci ont été assujettis à un dénigrement impitoyable, afin de les assimiler à la culture de la société dominante.

Dans une des premières publications témoignant de la maltraitance faite aux enfants dans les pensionnats (indiens) au Canada, Fournier et Crey relèvent cette conception d'alors qu'on exprimait ainsi : « [TRADUCTION] Tuer l'Indien en l'homme afin de le sauver » (1997:55) ; cette façon de voir s'est avérée le mot d'ordre de Richard Henry Pratt, celui qui a établi la première école résidentielle en 1878 au nom du gouvernement des États-Unis. En 1879, le ministre des Affaires indiennes recommandait ce modèle au gouvernement canadien. L'idée de l'« élimination » de ce qui constituait un « Indien » devient un mot d'ordre populaire justifiant l'assimilation. Dans le contexte des pensionnats, cette devise voulait dire « éliminer » chez les enfants la langue maternelle, les croyances culturelles et l'identité autochtones en leur enseignant que ces particularités étaient honteuses, mauvaises, immorales. En plus, beaucoup d'enfants ont été victimes de sévices physiques et sexuels, souvent par de multiples agresseurs, pendant la dizaine d'années de leur fréquentation d'un pensionnat :

[TRADUCTION] À mesure qu'on découvre l'ampleur de l'abus sexuel commis sous le régime des pensionnats, certains avancent même que le régime des pensionnats n'était rien de moins que de la « pédophilie institutionnelle » (Tait, 2003:68).

Voici des exemples de mauvais traitements que des Survivants des pensionnats ont décrits :

*Violence psychologique et sévices émotionnels :*

- Humiliation continuelle en se faisant étiqueter de « païen » et « sauvage »
- Subir l'humiliation et l'avilissement en étant forcés à se traîner aux pieds des personnes en autorité, à frotter les planchers ou les toilettes avec une brosse à dent, à porter des couches en raison d'incontinence pendant la nuit et à porter des vêtements souillés comme punition
- Enseignés à croire que les femmes sont inférieures aux hommes, que les Autochtones sont inférieurs aux Blancs (Chansonneuve, 2005)

*Violence physique et sexuelle :*

- Agression sexuelle, entre autres des relations orales-génitales forcées, masturbation ou relations sexuelles forcées entre homme et femme et entre les filles et les garçons confiés à leur garde
- Contacts sexuels et attouchements à l'endroit des enfants par les personnes en autorité
- Organiser ou provoquer un avortement chez des jeunes filles fécondées par un homme en position d'autorité
- Battre des enfants jusqu'à l'évanouissement, les faire saigner, leur briser ou fracturer des os, leur infliger des blessures graves entraînant la surdité ou d'autres déficiences ou incapacités permanentes ou de la douleur chronique

- ✦ Faire subir de la torture grave à des enfants ayant parlé leur langue maternelle ou des enfants ayant essayé de s'enfuir, comme des aiguilles enfoncées dans la langue, du savon à lessive dans la bouche ou des fessées
- ✦ Fouetter des enfants nus ou partiellement nus devant d'autres élèves et des représentants de l'autorité
- ✦ Priver de nourriture ou placer en isolement des enfants malades; les forcer à manger leur propre vomit
- ✦ Refuser ou différer le traitement médicamenteux dans le cas d'enfants souffrant des effets des mauvais traitements subis ou de maladie, parfois allant jusqu'à causer leur mort (Chrisjohn et Young, 1997).

[TRADUCTION] En 1907, le *Montreal Star* et *Saturday Night* ont rapporté qu'au moment d'une inspection sanitaire des pensionnats, on avait découvert que des enfants autochtones mouraient en nombre ahurissant. Ces journaux qualifiaient le 24 pour cent qui s'appliquait au taux national de décès chez les enfants autochtones dans les pensionnats (42 pour cent si on comptait les enfants décédant dans leur famille où beaucoup d'entre eux étaient renvoyés une fois déclarés gravement malades) « [TRADUCTION] une situation honteuse pour le pays » (Fournier et Crey, 1997:49).

Au fur et à mesure que le nombre d'enfants autochtones passant leur enfance dans ces institutions augmentait, leur famille et leur communauté s'effondraient sous le fardeau des personnes aux prises avec des traumatismes, des deuils et des comportements agressifs (rage/fureur) non traités. De plus en plus, les Survivants ont adopté des comportements de dépendance et d'autres mécanismes d'adaptation négatifs pour endormir leur peine et leur douleur. Certains ont manifesté leur souffrance par de la violence latérale dirigée contre les membres de leur famille et de leur communauté, déclenchant ainsi le cycle intergénérationnel des relations malsaines, dysfonctionnelles, faisant écho à celles vécues dans les pensionnats.

Les conséquences sociales et psychologiques persistantes des politiques, comme celles découlant de la *Loi sur les Indiens*, des réinstallations forcées et de la fréquentation des pensionnats, ressortent actuellement en des taux de fréquence de suicide, de dépendances, et de violence démesurément élevés dans la population autochtone. Ces symptômes d'une grande détresse sociale ont fait l'objet d'attention de la part des médias du monde entier depuis les deux dernières décennies, mais, par contre, la source de ce mal social est passée sous silence. Ce n'est que récemment, alors que le silence entourant les abus commis dans les pensionnats a été rompu, que le grand public a vraiment commencé à se rendre compte de ce que les Autochtones au Canada ont vécu.

Les familles et les collectivités autochtones continuent d'être perturbées par les séquelles des sévices commis dans les pensionnats alors qu'elles tentent avec difficulté de se rétablir malgré l'ampleur des pertes encourues. En fait de pertes, voici ce qu'elles ont souffert :

- ✦ pendant plus d'un siècle, de nombreux enfants autochtones entre l'âge de 4 à 18 ans n'ont pratiquement pas eu d'expérience de vie familiale et communautaire;
- ✦ des familles ont été privées des liens d'amour normaux avec leurs enfants, du soutien affectif et de la fierté éprouvée les uns envers les autres – privées du droit d'être les parents de leurs propres enfants;

- le savoir traditionnel rattaché aux compétences parentales et au développement de l'enfant a été anéanti, oublié;
- la perte de la langue et de la capacité de communiquer avec des Aînés;
- le vol des terres et des territoires ancestraux a diminué les habiletés de chasse, de pêche et d'agriculture;
- l'autosuffisance économique et la relation immémoriale, profondément spirituelle, avec la terre ont été minées;
- le dénigrement des traditions spirituelles a abouti à la perte de l'identité et de la fierté culturelles;
- la perte du sentiment d'être aimé, d'être valorisé et d'être entouré de soins a conduit à l'incapacité d'avoir confiance en soi ou de faire confiance aux autres;
- la perte de l'autodétermination a sapé la capacité d'être confiant, d'avoir de l'espoir.

Il y a quatre Églises qui ont présenté des excuses : l'Église unie du Canada en 1986; les Oblats en 1991; l'Église anglicane en 1993; l'Église presbytérienne en 1994 (Bavelas, 2004). Même si le gouvernement du Canada ne s'est jamais excusé de la violation des droits de la personne dont la politique des pensionnats a été l'instrument, une *Déclaration de réconciliation* a été émise en 1998 qui faisait référence aux abus physiques et sexuels en ces mots :

Le gouvernement du Canada reconnaît le rôle qu'il a joué dans l'instauration et l'administration de ces écoles.

Particulièrement pour les personnes qui ont subi la tragédie des sévices physiques et sexuels dans des pensionnats et pour celles qui ont porté ce fardeau en pensant, en quelque sorte, en être responsables, nous devons insister sur le fait que ce qui s'est passé n'était pas de leur faute et que cette situation n'aurait pas dû se produire.

À tous ceux d'entre vous qui ont subi cette tragédie dans les pensionnats, nous exprimons nos regrets les plus sincères (Government of Canada [gouvernement du Canada], 1998:2).

Comme bien des intervenants oeuvrant dans le cadre de la lutte contre les dépendances ne sont pas au courant de cette tragique histoire, ils ne sont pas non plus renseignés sur les traumatismes non résolus sous-jacents aux comportements de dépendance; dans la même veine, les origines d'autres problèmes sociaux qu'affronte la population autochtone ne sont pas non plus bien comprises, notamment le suicide et la violence. Même en ayant les meilleures intentions, les intervenants qui méconnaissent la culture autochtone présentent un risque pour leurs clients autochtones d'être revictimisés au lieu d'être aidés. Il est crucial que les prestataires de services non autochtones soient davantage conscientisés des barrières que doivent surmonter les Autochtones cherchant de l'aide pour se libérer de leur dépendance.

### **Répercussions intergénérationnelles des sévices subis dans les pensionnats**

Afin d'avoir le portrait complet des répercussions sur le plan mental, physique, émotionnel et spirituel des sévices subis dans les pensionnats d'après la perspective autochtone, il faut bien connaître et bien comprendre l'essence même des croyances de la culture indigène liées à la santé et au mieux-être. Tout d'abord, une des croyances centrales rattachées à la vision du monde autochtone est que tout est interrelié :

le passé, le présent et l'avenir; les humains et tous les autres êtres et éléments de la création; les individus et leur famille, leur communauté et leur nation; et à l'intérieur de chaque personne, le corps, la pensée (ou la raison), le coeur et l'esprit.

[TRADUCTION] Selon les Inuit, et peut-être même selon toutes les cultures indigènes rattachées à la terre ou à la nature, tous les aspects de la vie sont interconnectés, à l'image d'une toile tissée de relations infinies. Aucune composante de la vie n'est indépendante l'une de l'autre. Toutes les espèces animales, tous les végétaux et tous les éléments de la vie minérale sont interreliés, de même qu'ils sont tous liés à la terre. Rien, ni personne ne peut être bien compris en dehors de sa place au sein de cette immense toile des relations. Il est impossible de comprendre une personne, ni un événement en soi, sans situer cette personne ou cet événement dans son contexte intégral, historique, biologique et spirituel (Levan, 2003:3).

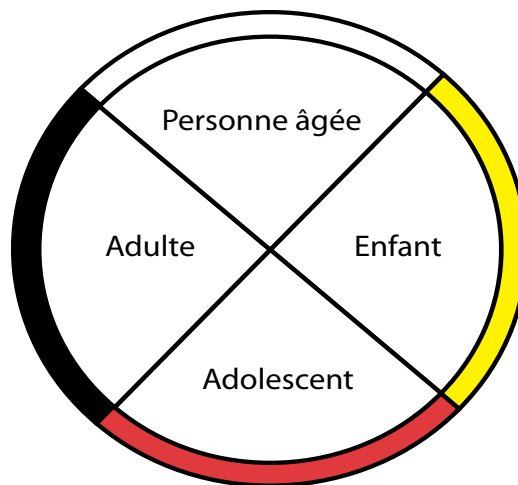
Le cercle est un des symboles immortels de ce système de croyance. Dans bien des cultures autochtones actuelles, le cercle continue de représenter l'équilibre et l'interconnexion dans un contexte de changements perpétuels. Comme le changement dans la nature se produit suivant des cycles, on comprend que toute transformation est un processus naturel et qu'elle est partie intégrante de tous les êtres et éléments de la création. De nombreuses cultures autochtones comptent cette croyance traditionnelle parmi leurs convictions et elles l'évoquent sous les termes de Loi naturelle ou enseignements du Cercle d'influences, Cerceau sacré ou Cercle de la vie. Dans ce système de croyances, le sentiment de soi comme être sacré en relation spirituelle avec tous les autres éléments de la création constitue l'aspect fondamental de la santé et du mieux-être.

Vu que tous les êtres et tous les éléments de la création sont interconnectés dans un grand « Tout » à caractère sacré, il s'ensuit donc que la rupture ou la coupure de n'importe quelle composante du grand Tout peut entraîner des dommages importants. Si ce sentiment du sacré est perdu ou perturbé, des personnes peuvent détruire, tuer d'autres personnes, peuvent détruire leur environnement ou se détruire elles-mêmes. Chaque culture développe sa propre vision, sa propre compréhension de ce qui est nécessaire pour assurer un développement sain à chaque stade du cycle de la vie. Beaucoup de cultures inuites, métisses et de premières nations prévoient des cérémonies spéciales pour souligner l'avancement d'une personne à travers les différents stades de développement, pour célébrer le changement des saisons de la vie, de la naissance et de l'enfance à l'adolescence, à la vie adulte, à la vieillesse et à la mort. La figure suivante représente une des interprétations de l'enseignement du Cercle d'influences<sup>2</sup> qui décrit les quatre étapes marquantes du cycle de la vie, chacune ayant sa propre tâche de développement. Ce modèle est utile du fait qu'il illustre de quelle façon les sévices subis dans les pensionnats ont eu des répercussions sur le développement mental, psychologique, physique et spirituel tout au long du cycle de la vie des victimes.

---

<sup>2</sup> Modèle élaboré pour la stratégie de guérison, Ontario Aboriginal Healing and Wellness Strategy, version provisoire du cadre d'interprétation (Aboriginal Healing and Wellness Strategy, 2005).

Figure 1) Cycle de vie



**Développement de l'enfant :** La première étape de la vie est l'enfance. Chaque nouvel enfant est le bienvenu, un don sacré, à qui est confiée la première tâche de développement : apprendre à être en sûreté ou à ne pas prendre de risques et acquérir le sentiment d'appartenance. En surveillant ce que les adultes font, en les imitant dans leurs jeux, les enfants apprennent que toutes les personnes et tous les éléments de la création ont une valeur qui leur est propre, unique, ont leur place et leur raison d'être. De cette place qu'il occupe en toute sécurité, possédant un solide sentiment d'appartenance, l'enfant apprend à avoir confiance en lui, à devenir confiant et à faire confiance aux autres.

[TRADUCTION] Les familles traditionnelles valorisaient chacun de leurs membres. Tous étaient forts et d'un grand soutien. Chaque membre développait le sentiment d'être accepté par les autres, et il faisait de même envers les autres, tous ceux et celles qui l'entouraient—les membres de la famille nucléaire, de la famille élargie et du groupe tout entier (Minor, 1992:53).

Aussi jeune qu'à l'âge de quatre ans, des générations d'enfants autochtones ont été soudainement enlevés de cette place qu'ils occupaient dans leur famille et dans la vie communautaire. À leur arrivée au pensionnat :

- ✦ on leur a rasé la tête,
- ✦ assigné un nom inconnu et/ou un numéro,
- ✦ ils ont été forcés de porter des vêtements qu'ils ne connaissaient pas, de manger des aliments qu'ils ne connaissaient pas, de parler une langue qui leur était inconnue et de pratiquer une religion aussi inconnue.

Le désespoir de ces jeunes enfants séparés de leurs parents et de leur foyer pour la première fois a été ignoré. On leur interdisait tout retour à leur mode de vie précédent, généralement en leur infligeant des punitions corporelles sévères; beaucoup d'entre eux ont été victimes de mauvais traitements physiques pour avoir enfreint des règlements, notamment celui de n'avoir « aucun contact » avec leurs frères et sœurs ou de ne pas parler leur langue maternelle. Ceux et celles qui ont essayé de s'enfuir ont été pourchassés, ramenés au pensionnat et punis brutalement devant leurs compagnons.



Les jeunes enfants autochtones ont rapidement appris que leurs surveillants ou leurs enseignants étaient indignes de confiance et que l'institution où ils étaient forcés de vivre était rebutante, impitoyable, et constituait un danger potentiel. Ils ont appris qu'ils n'appartenaient plus à leur famille ou à leur communauté, mais qu'ils ne pourraient pas non plus appartenir au monde des Blancs. Un grand nombre parmi eux ressentait un sentiment d'insécurité dans cet endroit où ils se trouvaient, un endroit où régnait l'insensibilité, l'indifférence.

**Développement de l'adolescent :** Les jeunes gens apprennent l'interrelation entre la confiance et la vérité en même temps qu'ils continuent à se développer grâce à leurs interactions positives avec les autres. L'adolescence se distingue par le défi qu'ont les jeunes d'arriver à bien s'accommoder malgré qu'ils soient tiraillés par un idéal élevé et le désir très profond de découvrir un sens et un but dans la vie.

Dans les pensionnats, les jeunes adolescents commençaient leur journée très tôt en assistant à la messe ou à des enseignements religieux, suivi de travaux dans les champs, dans les granges ou dans les bâtiments scolaires. Malgré que la plupart de ces travaux étaient beaucoup trop exigeants pour l'âge et pour la capacité physique de ces jeunes, ils étaient punis ou humiliés si leur rendement n'était pas satisfaisant.

L'enseignement que les enfants inuits, métis et de première nation ont reçu leur a inculqué que leurs ancêtres étaient des « sauvages » dont le sort était de « brûler en enfer » et que les traditions culturelles s'étendant sur des milliers d'années n'avaient plus de raison d'être (dans le monde moderne) au mieux et étaient destructives au pire. On leur a appris à adhérer à une spiritualité fondée sur la honte et la peur, ce qui a renforcé la rupture avec leur culture et leur identité autochtones. Il en a donc résulté que des générations d'enfants ont été empêchés de se considérer eux-mêmes comme des êtres sacrés, dignes d'amour et de respect. Voici ce que l'Aîné et Survivant Alex Skead a exprimé comme point de vue :

[TRADUCTION] Au pensionnat, on nous a dit que, si on suivait ce que notre mère et notre père faisaient selon la culture autochtone, nous irions en enfer comme eux, parce qu'eux, ils iraient en enfer; [d'entendre cela], c'était faire souffrir un enfant. Ensuite, on nous a dit que, si on suivait l'Église, on aurait la vie éternelle. C'est de cette façon qu'on nous a enseigné, on ne pouvait même pas parler notre langue (autochtone), on nous donnait des claques, on nous malmenait si on le faisait (cité dans Kulchyski, McCaskill, et Newhouse, 1999:193).

Les enfants et les adolescents ont appris également à considérer leur développement sexuel normal comme un péché et à en avoir honte. À la puberté, les filles étaient forcées de se bander les seins et elles devaient suivre rigoureusement le règlement obligatoire de n'avoir aucun contact avec le sexe opposé. Par ailleurs, bon nombre d'entre elles ont été encore plus traumatisées du fait qu'elles ont été victimes d'abus sexuel pendant toute leur enfance, généralement perpétré par de multiples agresseurs. Le désir de l'adolescence de trouver un sens et un but dans la vie a été miné par de telles expériences. Comme ces adolescents se sont sentis impuissants à changer leur situation d'une façon positive, saine, ils ont vécu leurs années de formation dans un état de grande détresse, de dépendance et de souffrances inexprimées.

**Développement de l'adulte :** Les adultes ont la responsabilité de recourir à leurs connaissances et à leurs compétences pour se bâtir une vie saine dans leur propre intérêt, l'intérêt de leur famille, de leur collectivité et de leur nation. À cette étape, c'est leur tour d'aimer, de pourvoir aux besoins de leurs enfants,

d'en prendre soin et aussi de s'occuper des personnes âgées de la même façon qu'ils ont été autrefois aimés, pris en charge et soignés; veiller sur ses proches, leur assurer la sécurité, redonner ce qu'ils ont eux-mêmes reçu.

Entre 16 et 18 ans, les jeunes autochtones sont sortis de la vie institutionnelle pour revenir dans leur communauté d'origine ou bien recommencer leur vie en ville. Pour la plupart d'entre eux, les compétences acquises au pensionnat dans les champs, les cuisines et dans les salles de couture, de même que les connaissances acquises en classe, se sont avérées insuffisantes pour leur assurer une situation économique autonome. Par conséquent, en plus d'être psychologiquement traumatisés, ces nombreux jeunes se sont retrouvés au sortir des pensionnats insuffisamment instruits et sans préparation pour l'obtention d'un emploi valable. Encore plus essentiel, dans cet environnement institutionnel inculte et aride qu'étaient les pensionnats, l'apprentissage des compétences parentales et familiales, de relations interpersonnelles harmonieuses, de même que le développement d'aptitudes sociales, n'ont pas été faits; de plus, ces jeunes n'ont pas pu prendre modèle sur personne. Comme ils n'avaient pas eu l'expérience d'avoir été entourés de soins attentifs et affectueux et n'avaient pas eux-mêmes éprouvé le sentiment d'être aimés, soignés et pris en charge, les Survivants ont eu du mal à établir des relations saines avec d'autres personnes.

**Développement de la personne âgée :** Au stade final de la vie, la personne âgée puisant sa sagesse des expériences vécues, la partage au profit d'autres personnes en transmettant son bagage de connaissances et en donnant des conseils judicieux. Les enseignements et les connaissances culturels sont une composante essentielle d'une tradition bien vivante, permettant ainsi d'assurer le mieux-être de chaque génération subséquente.

Étant donné que les enfants, les adolescents et les adultes autochtones ont perdu la capacité de parler leur langue maternelle, ils n'ont pas pu profiter des enseignements oraux dispensés par les Aînés et les grands-parents, ni recevoir d'eux des conseils qui les auraient aidés à guérir les séquelles laissées par les abus dont ils avaient été victimes. De plus, les croyances et les pratiques spirituelles qui auraient aussi aidé à les guérir et les auraient soutenus pendant leurs dures épreuves étaient encore illégales en vertu de la *Loi sur les Indiens*. Au cours de ce siècle-là, plus de cinq générations de familles ont vécu leur enfance dans ces institutions et de ce fait, il y a eu de moins en moins d'Aînés capables de transmettre les enseignements traditionnels :

[TRADUCTION] Au-delà de l'impact sur les personnes qu'ont eu la séparation brutale de leur famille, les pertes multiples, la privation et la brutalité, le régime des pensionnats a dénié aux collectivités autochtones les droits de la personne fondamentaux de transmettre leurs traditions et d'assurer la continuité de leur identité culturelle (Kirmayer, Brass, et Tait, 2000:608).

### **Politique des pensionnats et droits de la personne**

Les pensionnats doivent être considérés d'après l'optique plus vaste de l'interprétation politique générale des événements historiques. Le fait que les enfants autochtones ont été forcés de fréquenter le pensionnat peut être envisagé comme un acte d'« assimilation agressive » ou de « génocide culturel ». La Convention pour la prévention et la répression du crime de génocide définit ainsi le « génocide » :

[TRADUCTION] Des actes ... commis dans l'intention de détruire, en tout ou en partie, un groupe national, ethnique, racial ou religieux ... [Le] transfert forcé d'enfants du groupe à un autre groupe (United Nations [Nations Unies], 1948: Article II).

Enlever des enfants de leur famille et les confier complètement aux membres d'un autre groupe ne s'est pas limité à seulement une génération. Pendant au moins cinq générations, les enfants autochtones ont été retirés de leur famille et de leur communauté et ils ont été éduqués par des personnes d'une autre race à avoir honte de leur héritage, de leur langue, de leurs coutumes et de leurs traditions spirituelles. Même si ce ne sont pas tous les enfants qui ont été victimes de maltraitance physique ou sexuelle dans ces pensionnats, l'acte en soi du retrait par la force et l'humiliation qu'on a fait subir à ces enfants constitue une forme de violence psychologique cruelle et inhabituelle, de même qu'une violation des droits de la personne fondamentaux :

[TRADUCTION] C'est un droit de la personne fondamental pour des parents d'entourer de soins, de protéger leurs enfants et de leur donner de l'amour. C'est aussi un droit de la personne fondamental que des parents élèvent leurs propres enfants. C'est un droit de la personne fondamental que des parents décident de la culture de leurs enfants et de leur héritage (d'une civilisation) qui doit leur être enseigné.

Les droits fondamentaux des Autochtones de ce pays ont été usurpés, et ils le sont encore aujourd'hui. Les enfants autochtones ont été dépossédés de leur foyer et contraints d'être placés dans des institutions impitoyables, inhumaines, hostiles, d'une discipline toute militaire, désignées sous « pensionnats ».

Ces lieux d'horreur ont toujours été dirigés par des gens qui, eux-mêmes, n'avaient jamais eu d'enfant et pour qui le seul but visé était de « civiliser ». Ce processus s'est déroulé pendant les étapes les plus essentielles du développement de l'enfant. L'effondrement qui en a résulté dans nos communautés a émergé de parents désespérés, laissés sans raison de vivre, et d'enfants élevés dans un climat d'hostilité raciste, d'indifférence et de dureté (cité de Miller et Chuchryk, 1996:x).

Les causes profondes des comportements de dépendance sont attribuables aux séquelles de ces traumatismes psychologiques multiples et collectifs et de cette violation des droits de la personne. Réprimées et non résolues, ces répercussions se sont manifestées par des troubles sociaux. Ces cultures qui n'avaient jamais auparavant connu de suicide chez les jeunes, de comportements de dépendance, d'abus des substances psychoactives ou de violence physique et sexuelle ont vu s'amorcer toute une escalade de malheurs.

[TRADUCTION] L'examen des analyses récentes sur le régime des pensionnats indiens du Canada fait ressortir à quel point ce système a été destructif et préjudiciable pour les Autochtones dans le passé, dans quelle mesure il l'est encore de nos jours et le sera pour l'avenir. Une grande partie du chaos actuel qui règne dans les collectivités autochtones, comme l'augmentation de la prévalence d'abus des substances psychoactives, du dysfonctionnement des familles et du suicide, est liée aux répercussions intergénérationnelles découlant de la fréquentation des pensionnats (Tait, 2003:60).



## Comportements de dépendance et maltraitance dans les pensionnats

### Suite de l'histoire de la cliente

« [TRADUCTION] J'ai essayé de traiter mes symptômes d'anxiété et du SSPT (syndrome de stress post-traumatique). J'étais suicidaire; chaque jour je voulais mourir. Je ne pouvais ni manger ni dormir et chaque jour, j'avais des souvenirs psychosomatiques et j'étais complètement dissociative.

J'avais l'impression d'être ravagée comme une marchandise gravement endommagée et que jamais je ne pourrais m'en remettre. J'étais déprimée, désespérée; ils m'ont laissée être moi-même et ils m'ont laissée gémir et me plaindre. Ils n'ont jamais dit que j'étais une mauvaise personne, ils m'ont toujours compris. Ils disaient : Pourquoi ne pourrais-tu pas te sentir comme cela? Cette validation m'a finalement aidée à bien m'en sortir. »

Les expériences de la petite enfance d'une personne posent les bases d'un développement sain pour toute sa vie durant et celui des générations successives. Les enfants qui ont été entourés de soins attentifs et aimés, soutenus, deviennent à leur tour des parents capables de comprendre leurs enfants et de répondre à leurs besoins en matière de santé physique, affective et mentale.

L'expression constructive de soi est une des composantes fondamentales du développement positif du caractère d'une personne, comme la dignité ou le respect de soi, l'auto-soin et la responsabilité personnelle. Par ricochet, ces qualités suscitent des sentiments de respect, de bienveillance ou de sollicitude, et de responsabilité envers les autres. Le développement de compétences parentales positives constitue l'une des croyances fondamentales autochtones; cet apprentissage repose sur un processus d'imitation de rôles axé sur l'identification et l'expression de ses pensées et de ses émotions de façon saine et équilibrée. Pour mieux comprendre les conséquences psychologiques et sociales des sévices commis dans les pensionnats, il est également utile de s'intéresser aux théories modernes en matière de santé mentale. Le *trouble de l'attachement* et le *syndrome de stress post-traumatique complexe* permettent d'expliquer de quelle façon le traumatisme provoqué par les abus subis dans les pensionnats s'est transmis de génération en génération dans les familles autochtones.

La *théorie de l'attachement* souligne l'importance cruciale de la formation à un âge très précoce de liens affectifs entre la personne dispensatrice des soins et l'enfant pour s'assurer que celui-ci grandisse en bonne santé mentale, physique et affective. Selon cette théorie, la santé mentale à l'âge adulte est fondée sur la sécurité affective éprouvée dans l'enfance, au moment où l'enfant est « [TRADUCTION] entouré de soins, alimenté, nourri affectivement, réconforté s'il a de la peine, rassuré s'il est effrayé » (cité dans Saakvitne et coll., 2000:18). Malgré que l'attachement soit fondamental pour un développement sain tout au long de la vie, la **santé mentale** des enfants est essentiellement façonnée par la façon dont on réussit à bien composer avec l'abandon et la séparation. Les enfants qui sont réconfortés au moment où ils vivent des peurs apprennent que toute personne qui s'occupe d'eux est fiable, aimante ou bienveillante, prévisible et digne de confiance. Par conséquent, ces enfants sont capables de former des liens d'attachement et d'affection qui sont émotionnellement positifs, sains et sécurisants.

L'attachement exerce également un rôle primordial dans un développement **physique** sain en régulant l'éveil physiologique (Saakvitne et coll., 2000). Les nourrissons et les bambins manifestent de l'anxiété au moment de la séparation par de l'agitation et de la détresse aiguë, ce qui augmente leur état d'éveil physiologique. Si la personne qui s'occupe de l'enfant réagit à sa détresse en lui apportant du réconfort et le rassure, il se calme physiquement et émotionnellement. De cette façon, cet enfant apprend peu à peu « [TRADUCTION] à interioriser cet apaisement et cette approche calmante qui lui vient de toute personne s'occupant de lui et, de plus en plus, il s'habilite à s'auto-réguler ou à s'auto-apaiser » (2000:19). Selon Saakvitne :

«[TRADUCTION] *La longue période de soins parentaux dont nous avons besoin nous [les humains] façonne profondément notre esprit et notre intelligence et elle assure les fondements pour tout développement ultérieur. Idéalement, le rôle parental est l'essentielle solution tampon qui protège contre les traumatismes* » ... **Les survivants de traumatismes subis dans l'enfance se trouvent face au dilemme d'avoir vécu à la fois l'éveil extrêmement terrifiant causé par la violence et l'absence d'apaisement et de réconfort adéquats.** Par conséquent, les survivants sont souvent à la fois dans un état d'hyper-éveil ou d'hyperstimulation et très peu habilités à s'auto-apaiser (2000:18–19).

Les enfants qui sont punis pour avoir exprimé de l'anxiété en raison d'une séparation, privés des liens affectifs normaux avec la personne qui s'occupe d'eux, ou qui sont victimes d'abus dans leur jeune âge peuvent développer un trouble de l'attachement. À l'âge adulte, ce trouble peut se manifester de la façon suivante chez une personne :

- ✦ faire face à la détresse en se punissant elle-même ou essayer de réprimer tout sentiment de quelque nature que ce soit;
- ✦ incapacité de s'auto-apaiser par des moyens normaux, sains;
- ✦ incapacité d'établir des relations interpersonnelles fondées sur la confiance mutuelle;
- ✦ évitement de tout comportement de recherche d'aide (Saakvitne et coll., 2000).

D<sup>re</sup> Brenda Saxe, une spécialiste du domaine de la toxicomanie et l'une des principales personnes ressources consultées, décrit les comportements de dépendance comme un moyen de s'accommoder à une situation de souffrance psychologique ou de s'en défaire « [TRADUCTION] une façon de s'auto-apaiser qui n'est pas adaptée ». La fréquentation des pensionnats a gravement et brutalement porté atteinte aux liens d'attachement que des générations d'enfants autochtones avaient à l'égard de leur famille et de leur communauté, ceux-ci se retrouvant dans des institutions d'indifférence et de froideur parmi des étrangers. De ce nombre d'enfants, ceux qui ont manifesté leur crainte et leur anxiété à cause de cette séparation ont été au mieux punis et, au pire, complètement ignorés. Des Survivants des pensionnats ont rapporté avoir, jeune enfant, conservé des images mentales de leurs parents et de leurs grands-parents dont ils avaient été séparés. Ces images mentales leur ont permis de s'auto-apaiser et de s'épargner des sentiments d'intense isolement qui auraient pu être trop pénibles à vivre.

Les effets psychologiques et sociaux de l'enlèvement par la force des enfants autochtones de leur famille se sont transmis de génération en génération. Des Survivants et leurs descendants rapportent la difficulté qu'ils éprouvent à former des liens d'attachement fondés sur la confiance avec d'autres personnes, entre autres avec leur conjoint ou conjointe, avec leurs enfants et leurs petits-enfants. L'incapacité de former

des liens d'attachement fondés sur la confiance, des liens d'affection des liens d'affection, aggravée par l'incapacité de s'auto-apaiser à l'aide de moyens sains, a énormément contribué à l'ampleur de l'incidence de comportements de dépendance dans les collectivités autochtones.

**Réflexion d'une personne ressource consultée**

« [TRADUCTION] Étant donné que le traumatisme est un abus de confiance, un incroyable abus de confiance, et parce que les actions que nous avons commises à l'égard de toute la société autochtone sont tellement traumatisantes, il faut respecter le fait que c'est difficile, et parfois même impossible, pour eux de faire confiance à quelqu'un qui ne comprend pas entièrement leur expérience [ce qu'ils ont vécu]. C'est là notre point de départ. »

D<sup>re</sup> Brenda Saxe

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) fait référence aux répercussions psychologiques d'une expérience écrasante (traumatique) ayant suscité la peur, l'horreur ou le désespoir. Comme symptômes caractérisant cet état on associe :

- revivre à nouveau l'événement sous forme de cauchemars ou de flashback (rappel d'images);
- éviter tout ce qui est associé au traumatisme en neutralisant ses sentiments (insensibilité) ou en éprouvant des sentiments de détachement à l'égard du monde extérieur;
- hypervigilance ou une augmentation de l'éveil entraînant des troubles du sommeil, des sursauts au moindre bruit ou des explosions de colère.

Pour affronter ce traumatisme et essayer de s'en sortir, l'esprit et le corps trouvent des façons de s'adapter qui permettent à la personne de non seulement survivre, mais également de continuer à vivre de manière presque normale. Ces mécanismes d'adaptation entrent en action à la fois pendant et après un événement traumatique pour permettre de tenir les sentiments de peur, d'horreur ou d'impuissance/de désespoir à distance, de les refouler, car sinon ceux-ci pourraient être intolérables. Deux de ces mécanismes d'adaptation associés aux comportements de dépendance sont la *dissociation* et la *ré-activation*.

Désignée parfois comme un état de transe, la *dissociation* est un moyen naturel de s'adapter ou de composer avec des émotions qui sont autrement impossibles à traiter. La dissociation permet aux personnes de s'exclure, de se mettre hors de l'expérience douloureuse, de retrancher leurs sentiments de leurs pensées. Cette dissociation les aide alors à se détacher de l'événement traumatisant en ne permettant pas l'intervention de la conscience, ni de la mémoire. Les enfants traumatisés à un jeune âge apprennent à sévader émotionnellement des situations où, dans le monde réel, la fuite est impossible. Selon Judith Herman (1992), les Survivants ayant été victimes dans leur enfance d'abus **prolongés** développent une capacité de dissociation « à l'extrême », parfois même à un état frontière ou trouble de personnalité multiple.

L'état de dissociation s'étend sur un continuum allant de symptômes bénins comme le rêve tout éveillé ou l'oubli du temps distrait, à des symptômes de forte intensité comme la personnalité multiple ou le trouble

d'identité dissociatif. Des survivants victimes d'abus dans l'enfance peuvent avoir recours à l'alcool, à la consommation de drogues ou à d'autres comportements de dépendance comme stratégies de dissociation leur permettant de bloquer ou de se couper de tout sentiment profond et fort, peu importe qu'il soit positif ou négatif.

La *ré-activation* est un autre moyen d'adaptation dans le cas de traumatisme psychologique. Des survivants se sentent poussés à leur insu à revivre des aspects de leur expérience traumatisante d'une façon déguisée. Ils retrouvent alors les sentiments de pouvoir et de contrôle que la situation d'abus leur avait enlevés. Compte tenu que le traumatisme initial était empreint d'un sentiment aigu d'impuissance, la capacité acquise de contrôler la ré-activation peut faire surgir des sentiments exaltants de pouvoir et de victoire. Peu importe la façon dont ce rappel est fait, la ré-activation comporte toute l'intensité des émotions provoquées par l'événement initial. La ré-activation peut prendre de nombreuses formes, dont des comportements compulsifs, faire semblant d'avoir peur, balafrer ou flanquer des coups, brûler ou couper, avoir des rapports sexuels non protégés ou de manière brutale, des relations sexuelles avec des partenaires multiples, des troubles alimentaires comme jeûner ou être boulimique, ou des relations de violence qui reproduisent les préjugés, que ce soit de la *violence dont les autres sont la source ou de la violence commise à l'égard des autres*.

[TRADUCTION] Ces comportements auto-destructeurs [violence contre soi] peuvent prendre toute une diversité de formes - être disposé à prendre des risques physiques, à être imprudent (p. ex. rouler à tombeau ouvert, des relations sexuelles non protégées, etc.), la dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues ou de l'auto-mutilation active sont les comportements les plus fréquents (cité dans Barlow, 2004:11).

Le *syndrome du stress post-traumatique complexe* fait référence aux répercussions psychologiques d'événements traumatisants : « [TRADUCTION] un traumatisme qui se reproduit et qui se prolonge sur une longue durée ne peut survenir que dans le cas où la victime est dans un état de captivité, est sous le contrôle de l'agresseur » (Herman, 1992:377). Selon Judith Herman, le traumatisme à répétition semble intensifier les symptômes du SSPT, particulièrement l'état de dissociation. Cynthia Wesley-Esquimaux et Magdalena Smolewski proposent un contexte historique encore plus global pour bien saisir les conséquences psychologiques d'un traumatisme réitéré et de longue durée, unique à la population autochtone. Elles évoquent l'idée que « [TRADUCTION] le SSPT chronique, complexe et à l'état endémique s'est tout d'abord manifesté dans les collectivités autochtones il y a 500 ans » (2004:52). Elles l'attribuent au fait que de grandes souffrances endurées collectivement ont ébranlé les familles et les communautés autochtones depuis le contact avec les Européens, des malheurs ayant commencé avec le nombre stupéfiant de décès causés par les maladies introduites par les Européens et continué avec la perte des terres ancestrales et des mesures ou actions entraînant un génocide culturel :

[TRADUCTION] Pour les Autochtones, la perte de leur identité culturelle n'a pas été un événement soudain, mais elle s'est effectuée de façon continue sous une forme ou une autre, comme l'aboutissement de siècles de peines très vives et de grandes souffrances; ils n'ont jamais pu atteindre le stade de la guérison. Dans un certain sens, ils sont encore en train de pleurer leurs pertes, ayant seulement des ressources sociales limitées provenant de l'extérieur pour les aider dans cette démarche [de rétablissement] (2004:53).



Wesley-Esquimaux et Smolewski (2004) appliquent le modèle de la *transmission du traumatisme historique* élaboré par Maria Braveheart pour la reconnaissance et compréhension des répercussions intergénérationnelles du traumatisme réitéré et de longue durée découlant des abus subis dans les pensionnats. Le « traumatisme historique » fait référence à toute une série d'événements traumatisants survenus au fil du temps, alors qu'il n'y avait aucune chance de guérison, ni de rétablir l'équilibre entre ces événements. Au lieu qu'il y ait eu des séquelles dans un seul domaine, des effets se sont faits plutôt sentir sur des dimensions multiples et cumulatives d'où ont émergé des maux sociaux, chacun d'entre eux ayant sa propre série de symptômes. Ce qu'on entend par troubles sociaux, ce sont « [TRADUCTION] des modes de comportement répétitifs, mésadaptés socialement, qui surviennent au sein d'un groupe de personnes et qui sont associés au risque de plus en plus important, aggravé, de souffrances (par exemple, le syndrome de stress post-traumatique, des troubles de dissociation, etc.) » (2004:65). Selon le modèle de la transmission du traumatisme historique (TTH), les répercussions ou les séquelles du traumatisme historique sont transmises à chaque génération successive par le biais de quatre voies :

1. biologique (par des symptômes du SSPT qui sont transmis génétiquement);
2. culturelle (par les récits/la relation d'histoires, des comportements approuvés culturellement);
3. sociale (par des compétences parentales inadéquates, la violence latérale, le passage à l'acte de violence à l'égard d'autrui);
4. psychologique (par le processus mnémonique) (Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004).

Le modèle de « transmission du traumatisme historique » (TTH) facilite une compréhension plus poussée des répercussions généralisées du traumatisme historique de masse sur la population autochtone. Établir des liens directs entre une histoire d'expériences traumatisantes ininterrompues et des troubles de dissociation généralisés situe les comportements de dépendance dans un contexte social et politique plus vaste.

[TRADUCTION] Des psychiatres, des psychologues, des anthropologues et des travailleurs sociaux s'entendent pour dire que les expériences liées à la violence et au traumatisme attribuables à des décès atroces et à très grande échelle, associées à la perte de tout ce qui est familier et sûr, peuvent avoir des effets profonds sur le fonctionnement psychologique; parfois, à un point tel que des gens deviennent incapables de penser ou même incapables de se comporter avec souplesse (Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004:79).

### **Cycle des traumatismes et des dépendances**

La recherche tire invariablement la même conclusion qu'il existe un lien important entre le SSPT et l'alcoolisme. Des études faites auprès des anciens combattants au Vietnam montrent que plus de la moitié de ceux chez qui on a diagnostiqué le SSPT ont subséquemment été aux prises avec une dépendance à l'alcool. Dans le même ordre d'idées, des études sur des femmes ayant été violées pendant l'enfance ont identifié l'abus d'alcool comme stratégie d'adaptation adoptée pour atténuer les symptômes du SSPT. De plus, dans le cadre d'une étude sur des personnes traitées en établissement pour l'abus des substances psychoactives, on a découvert que 40 pour cent répondaient également aux critères diagnostiques du SSPT (Volpicelli et coll., 1999).

Une analyse des dossiers de 127 Survivants autochtones des pensionnats ayant fait l'objet d'évaluations cliniques en Colombie-Britannique a aussi révélé une augmentation des cas d'abus des substances psychoactives. Pour ce qui est des 82 pour cent ayant rapporté que leur comportement de consommation abusive de substances psychoactives avait commencé après la fréquentation des pensionnats, 78,8 pour cent parmi ces personnes ont admis avoir un problème d'alcool (Corrado et Cohen, 2003). Un sondage datant de 1990, effectué dans les débuts des centres de traitement autochtones au Canada, a indiqué que 80 à 95 pour cent de leurs clients avaient été victimes d'abus dans leur enfance. En plus, des employés des programmes de lutte contre les dépendances disent qu'actuellement, ils voient des cas « [TRADUCTION] dont la ou les dépendance(s) à l'alcool ou aux drogues sont considérés comme des symptômes associés à l'abus sexuel en tant que cause profonde » (Fournier et Crey, 1997:116).

Bien des Survivants victimes d'abus dans les pensionnats ont été pris au piège des dépendances à l'alcool et aux drogues ou de comportements compulsifs comme ceux liés à l'alimentation, à la sexualité, aux jeux d'argent, afin de neutraliser leurs souvenirs douloureux ou de retrouver des sentiments de pouvoir et de contrôle. D<sup>re</sup> Brenda Saxe, une personne ressource consultée, fait observer :

[TRADUCTION] Ce qui distingue une personne ayant des pulsions sexuelles très élevées d'une autre qui a une réelle dépendance au sexe (sexomanie), c'est que [dans le second cas] le fait de s'adonner à une activité sexuelle contribue plutôt à ce qu'elle se sente encore plus mal à la longue, même si, à court terme, elle peut en retirer des sentiments très positifs. Toutefois, il y a un cycle qui y est associé où la personne est d'abord stimulée, passe à l'action, réussit à conquérir, pour ensuite tomber dans un état de dépression grave la faisant se sentir vraiment mal. Suit la phase où elle ne peut pas s'apaiser et, parce qu'elle ne réussit pas à se calmer, elle se sent encore plus anxieuse, bouleversée, malheureuse; par conséquent, elle part à la recherche d'une autre conquête ... ce mode de comportement est répétitif, une *ré-activation* incessante, généralement les mêmes caractéristiques ou la même ornière, et c'est un processus qu'elle ne peut pas contrôler. Il ne s'agit pas d'une situation où quelqu'un peut dire : « Je ne choisis pas d'avoir des rapports sexuels avec cette personne aujourd'hui ». Non, elle ne peut pas faire cela—plutôt : « Il faut que j'aie ma dose. Si je l'ai, je me sentirai mieux. Je dois absolument avoir ma dose. » Ensuite la personne se sent encore plus mal.

D<sup>r</sup> Dennis Kimberly, une autre personne ressource consultée, estime que, dans le nombre de cas en traitement dont il s'occupe à sa clinique au Labrador, la proportion de clients ayant vécu une situation de violence soit physique ou sexuelle s'élève à *près de 100 pour cent*. Il fait remarquer qu'« [TRADUCTION] il y a une *continuation transgénérationnelle* de ces modes de comportement et une des caractéristiques est le traumatisme physique et sexuel—nous aboutissons donc à un effet interactif; il s'agit d'un problème indescriptible étant donné que c'est l'abus sexuel ».

***Réflexion d'une personne ressource consultée***

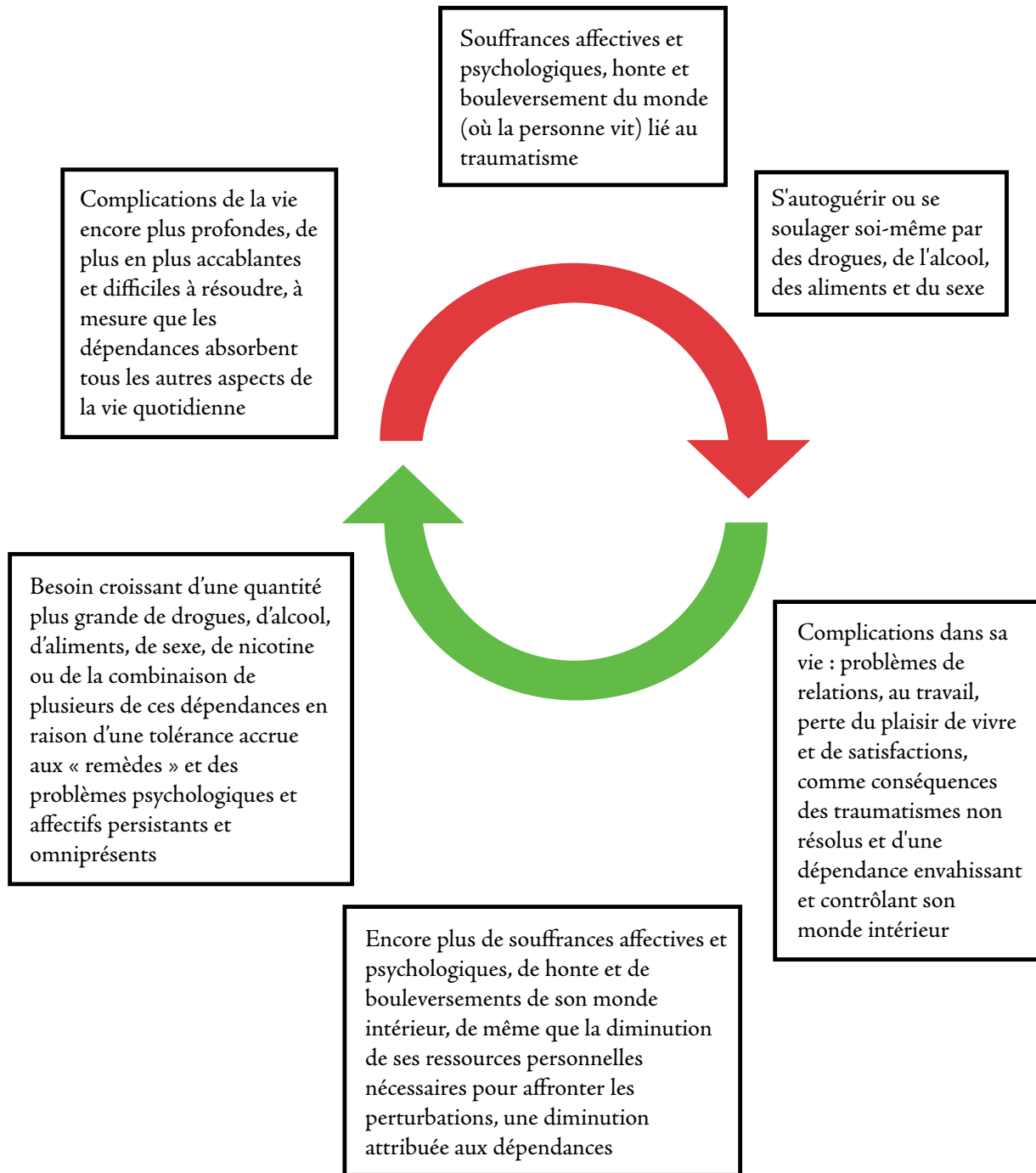
« [TRADUCTION] *Identité, maltraitance ou violence, abandon et isolement, ce sont les quatre principales causes profondes de dépendances.* »

*Susan Dahlseide*

L'indifférence sociale a laissé la tragédie des sévices se perpétuer dans les pensionnats pendant plus d'un siècle, à avoir des effets préjudiciables sur des générations d'enfants autochtones au Canada. Passés sous silence, gardés secrets, ces effets psychologiques non reconnus et non traités ont été transmis d'une génération à l'autre dans un cycle incessant d'abus, de traumatisme et de comportements de dépendance.

[TRADUCTION] Ce traumatisme intergénérationnel ou multigénérationnel survient dans les cas où les séquelles du traumatisme ne sont pas résolues au cours d'une génération. Si le traumatisme est méconnu ou négligé et s'il n'y a pas de soutien pour le traiter, celui-ci sera transmis d'une génération à l'autre... Les enfants pour qui, d'après ce qu'ils retiennent, l'abus physique et sexuel est une chose « normale », qui n'ont jamais parlé des sentiments suscités par ces sévices, ne les ont pas traités, peuvent un jour en venir à infliger ces mêmes sévices à leurs propres enfants. Ce sont les séquelles qu'ont laissées les abus physiques et sexuels commis dans les pensionnats (Aboriginal Healing Foundation [Fondation autochtone de guérison], 1999:A5).

Figure 2) Cycle des traumatismes et des dépendances<sup>3</sup>



<sup>3</sup> Jane Middleton-Moz, Trauma and Addictions Conference, Journey to Wellness Workshop, Ottawa, ON, septembre 2004.

## Prévalence et incidences de l'abus de l'alcool et des substances psychoactives dans la population autochtone

D'après un rapport de Santé Canada (Health Canada [Santé Canada], 2003), la consommation excessive de l'alcool (73 %) et des substances psychoactives (59 %) est considérée problématique dans les collectivités de Premières Nations. De plus, on mentionne qu'un jeune autochtone sur cinq fait usage des solvants; de ce nombre, 1 jeune sur 3 était âgé de moins de 15 ans et plus de la moitié parmi eux avait commencé l'inhalation de solvants avant l'âge de 11 ans.

Selon une étude effectuée par la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, inc. (FANPLD) (National Native Addictions Partnership Foundation Inc. [NNAPF] [Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances Inc. (FANPLD)], 2000), la dépendance principale ou le problème le plus important en matière d'abus des substances psychoactives dans le cas des clients des centres de traitement du PNLAADA est l'alcool (58,4 %). D'autres drogues comme les stupéfiants (12,2 %) et les hallucinogènes (8,6 %) sont identifiées par plus de 20 % des clients du PNLAADA. Un autre rapport en 1998 de Santé Canada indique également que la consommation d'alcool (87,5 %) et des drogues illicites (77 %) est considérée comme le problème le plus fréquent ou constant par les prestataires de services et les dirigeants communautaires.

L'association Pauktuutit Inuit Women's Association (2002) signale que les Inuit identifient l'abus de l'alcool et des drogues, la violence familiale et la maltraitance, de même que le comportement suicidaire, comme les problèmes de santé dont la prévalence est la plus élevée.

Chez les Autochtones, la cause de décès due à la consommation d'alcool est de 43,7 cas par 100 000 habitants, presque deux fois supérieur à celui de la population générale (23,6 cas par 100 000 habitants); quant au nombre de décès causés par les drogues illicites, il est approximativement trois fois plus élevé que le taux de fréquence de la population générale (NNAPF [FANPLD], 2000). Santé Canada (Health Canada [Santé Canada], 2003) relève que les accidents et les empoisonnements sont les principales causes de décès chez les enfants jusqu'à l'âge adulte (représentant 40 % des décès chez les garçons). Le suicide et l'auto-mutilation représentaient 38 pour cent des décès chez les jeunes et 23 pour cent chez les adultes âgés de 20 à 44 ans.

D'autres études révèlent que le taux de fréquence d'accidents et d'empoisonnements chez les Premières Nations est quatre fois plus élevé que celui de la population en général; elles laissent supposer que ces taux élevés d'hospitalisation et de décès attribuables aux accidents, aux empoisonnements et au suicide sont tous « [TRADUCTION] directement liés au dysfonctionnement provenant de la consommation excessive d'alcool et d'autres drogues psychoactives » (NNAPF [FANPLD], 2000:5). Les commandants de détachement de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) ont identifié trois grandes problématiques dans le cas de 566 collectivités autochtones qu'ils desservent et ces trois préoccupations sont directement liées à l'alcool et aux drogues. Ce sont :

- voies de fait ou actes d'agression;
- infractions causées par l'alcool;
- dommages matériels (Shirley Cuillierrier, personne ressource consultée).

En 2000, le taux d'incarcération chez les jeunes autochtones se situait à 64,5 cas par 10 000 habitants, comparativement à 8,2 cas par 10 000 habitants chez les jeunes non autochtones; de ce nombre, 1 jeune sur 6 était cas suspect ou cas confirmé du spectre du syndrome d'alcoolisme foetal et 8 jeunes sur 10 avaient un problème d'abus des substances psychoactives (Latimer et Foss, 2004).

Les répercussions que les comportements de dépendance ont sur des enfants sont d'une très grande portée et extrêmement tragiques. En janvier 1999, le rapport *No Safe Haven: Children of Substance Abusing Parents* indique que :

- ✦ des enfants de parents toxicomanes et/ou alcooliques sont presque trois fois plus à risque d'être agressés physiquement ou sexuellement et ils sont quatre fois plus susceptibles d'être victimes de négligence que des enfants de parents non toxicomanes ou non alcooliques;
- ✦ des enfants de parents toxicomanes et de parents alcooliques se sentent dévalorisés, sont victimes de dépression, d'auto-mutilation, de suicide, de crises de panique, d'errance, de débauche sexuelle et, plus tard, ils reproduiront les mêmes comportements de dépendance, auront les mêmes problèmes d'alcool et de drogue constatés chez leurs parents (National Centre on Addiction and Substance Abuse, 1999).

En prenant connaissance du rapport *La violence familiale au Canada : un profil statistique*, les données statistiques révèlent que :

- ✦ six pour cent des personnes dont le partenaire est un buveur excessif et fréquent seront aux prises avec un problème de violence conjugale;
- ✦ les femmes autochtones risquent trois fois plus d'être victimes de violence conjugale que les femmes non autochtones;
- ✦ presque la moitié des victimes autochtones de violence conjugale (54 %) ont subi plus de formes de violence grave aux mains de leur partenaire que les victimes non autochtones, notamment d'avoir été battues, étranglées, menacées ou blessées avec un revolver ou un couteau, ou agressées sexuellement;
- ✦ presque la moitié des personnes autochtones agressées par un conjoint ont rapporté qu'un enfant avait été témoin de cet acte de violence, la majorité de ces victimes étant des femmes;
- ✦ globalement, le taux d'homicides entre conjoints chez les femmes autochtones est 8 fois supérieur à celui chez les femmes non autochtones;
- ✦ chez les hommes autochtones, le taux d'homicides entre conjoints est 18 fois plus élevé que chez les hommes non autochtones (Canadian Centre for Justice Statistics [Centre canadien de la statistique juridique], 2005; 2001).

Quant aux jeunes autochtones, ils sont de deux à six fois plus susceptibles d'être aux prises avec chaque type de problèmes liés à l'alcool que leurs camarades non autochtones. Ils risquent davantage de consommer tous les types de drogues illicites que les jeunes non autochtones et ils commenceront à prendre des substances psychoactives (tabac, solvants, alcool et cannabis) à un âge beaucoup plus précoce que les jeunes non autochtones (Currie, 2001). Des facteurs majeurs en matière de pratiques sexuelles chez les jeunes autochtones sont associés à la consommation d'alcool et de drogues; il y a également un taux de fréquence élevé de grossesse chez les adolescentes au sein de ce groupe (Anderson, 2002).

La prévalence de consommation de médicaments à des fins non médicales (des surdoses) représente 48 pour cent des cas d'Autochtones ayant recours à des services de traitement de dépendances; de ce nombre, 74 pour cent consomment des benzodiazépines et plus de 60 pour cent sont des consommateurs de polymédication d'ordonnance. Au cours d'une période d'un an en 2000, on a prescrit des benzodiazépines à 1 femme autochtone inscrite sur trois âgée de plus de 40 ans dans l'ouest du Canada. Le nombre de clients obtenant des benzodiazépines par le biais des Services de santé non assurés a augmenté de 25 pour cent sur une période de seulement quatre ans. Comme conséquences de la prise de ce type de médication, on mentionne des accidents d'auto, des accidents mortels dus à une surdose et au suicide, de même que des répercussions pour les services de la police aux prises avec la croissance d'actes de violence, de comportements agressifs et de vols; une augmentation des chutes et des fractures; le recours fréquent et intensif au système de santé pour des problèmes de santé mentale et physique causés par la prise de ce type de médicament (Currie, 2003).

Selon le rapport *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*, le taux de tabagisme parmi les personnes de première nation est de 62 pour cent, presque trois fois supérieur au taux national d'environ 23 pour cent. Les Inuit ont le plus fort taux de tabagisme, se situant à 72 pour cent. En combinant le taux de tabagisme chez les Premières Nations et les Inuit, qui commencent à fumer avant l'âge de 16 ans, on obtient un taux de 60 pour cent (Health Canada [Santé Canada], 2003).

Une étude de 1987 a démontré que, chez les enfants inuits, dénés et métis âgés entre cinq et neuf ans, il y avait un taux très élevé d'usage de tabac sans fumée (12 % des garçons et 4 % des filles prennent du tabac à priser, tandis que 7 % des garçons et 2 % des filles consommaient du tabac à mâcher). Une autre étude en 1990 a indiqué que 30 pour cent des enfants autochtones en Saskatchewan, âgés entre 7 et 21 ans, consommaient du tabac sans fumée. Une étude de la Colombie-Britannique de 1997 a trouvé que les Autochtones étaient deux fois plus à risque d'être exposés à la fumée secondaire à leur domicile (15 % c. 6 %) et au travail (11 % c. 6 %) que les autres résidents de la Colombie-Britannique. La plus forte incidence d'exposition au tabac était dans la maison de la parenté et des amis (67 %) et dans les restaurants, les bars et les clubs (80 %). De même, les enfants autochtones sont beaucoup plus susceptibles que les enfants non autochtones d'être exposés à la fumée de tabac ambiante chez eux (27 % comparé à 15 %). Des résultats probants indiquent que la fumée de tabac ambiante est associée de façon significative aux maladies respiratoires chez les enfants autochtones (Canadian Paediatric Society [Société canadienne de pédiatrie], 1999).

La consommation des produits de tabac commerciaux est une des principales causes de décès évitables au Canada. Même si le tabagisme a en général diminué depuis les deux dernières décennies, le pourcentage des décès et des maladies liés au tabagisme reste très élevé, particulièrement chez les Autochtones. Les populations de premières nations dans les réserves ont un taux de fréquence de 40 pour cent plus élevé d'accidents vasculaires cérébraux et de 60 pour cent plus élevé de maladies cardiaques que la population générale du Canada. Une des causes majeures de décès, le cancer du poumon, est prévalente chez les femmes inuites qui ont le taux le plus élevé du monde.

### **Prévalence et incidences du jeu compulsif**

Selon un rapport de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, pratiquement tous les répondants de premières nations et inuits ayant participé à l'étude indiquent avoir

constaté une fréquence du problème de jeu compulsif beaucoup plus élevée que chez les personnes de la population générale, ce qui laisse supposer que « [TRADUCTION] le jeu est souvent considéré comme une « dépendance de remplacement » dans le cas d'anciens alcooliques abstinents » (NNAPF [FANPLD], 2000:9).

Le Nechi Institute for Training, Research and Health Promotion (2005) a mené une étude en 1995 sur le jeu compulsif chez les jeunes autochtones fréquentant le système scolaire de l'Alberta de la 5<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> années. Les sondeurs ont indiqué que les enfants et les jeunes adolescents qui avaient un problème de jeu compulsif étaient plus susceptibles d'avoir un parent ou les deux parents ayant également une dépendance au jeu. Les résultats de l'étude démontrent que :

- plus de 89 pour cent ont joué à l'argent au cours de la dernière année;
- l'âge moyen du début des activités de jeu est de 11 ans, dont 25 pour cent commencent avant l'âge de 10 ans;
- les activités liées aux jeux de hasard ayant le taux de prévalence le plus élevé sont : le bingo (57 %), les cartes (49 %), cartes à gratter (« gratteux ») (48 %), les paris sur les équipes de sport (42 %) et les paris sur des jeux d'habileté personnelle (35 %);
- les joueurs sont plus susceptibles également de fumer (le tabac), de consommer de la marijuana, et de boire de l'alcool que les non-joueurs;
- les joueurs risquent plus que les non-joueurs d'être victimes de mauvais traitements physiques et d'avoir leurs biens endommagés ou volés;
- les joueurs ont des membres de leur famille qui se sont suicidés (15 %);
- les joueurs ont vécu des situations de violence (71 %).

### **Relations interpersonnelles et dépendance sexuelle**

Le National Council on Sexual Addiction and Compulsivity (NCSAC) définit la dépendance sexuelle comme « [TRADUCTION] un comportement chronique et s'intensifiant ou l'évolution caractéristique de comportements sexuels mis à exécution en dépit des conséquences de plus en plus négatives pour soi et pour les autres » (n.d.: para. 1). La dépendance sexuelle touche les hommes et les femmes, hétérosexuels et homosexuels (ou lesbiennes), se présente comme une dépendance commune chez des personnes aux prises également avec d'autres problèmes de dépendance comme la toxicomanie (Herkov, Gold, et Edwards, 2001). Beaucoup de spécialistes et d'intervenants de première ligne du domaine qui oeuvrent dans les collectivités autochtones pensent que les taux démesurément élevés de problèmes relationnels et de conflits familiaux ont pour origine le même type de dépendance qui caractérise les autres modes de comportement de dépendance (NNAPF [FANPLD], 2000).

L'information statistique sur la prévalence de dépendance sexuelle dans la population autochtone n'est pas disponible; cependant, les délinquants sexuels autochtones représentaient 17 pour cent de la population carcérale dans les institutions provinciales entre 1989 et 1990 (le groupe se classant deuxième en importance) (Hylton, 2002). On a constaté également des incidences très élevées d'agressions sexuelles dans plusieurs communautés autochtones (National Crime Prevention Council, n.d.).



---

## Résumé

Les comportements de dépendance et l'abus des substances psychoactives ont un effet terriblement néfaste sur la population autochtone, contribuant à faire augmenter l'incidence des accidents, des maladies, de la violence et des décès à un niveau de loin supérieur à celui de la population générale. L'abus de l'alcool et la toxicomanie sont encore les plus prévalents et constituent dans les collectivités autochtones actuelles le type de comportement de dépendance nécessitant une attention urgente (Lane et coll., 2002; NNAPF [FANPLD], 2000). Des solutions efficaces à long terme ont été entravées par un manque de politique officielle (gouvernementale) cohérente, une absence de conscientisation culturelle des services de santé et des services sociaux desservant la population générale et un manque d'infrastructure dans les collectivités autochtones. Cependant, le chapitre suivant traitera de l'avancement de la situation qui, de façon constante, s'améliore. Mieux saisir les répercussions de très longue durée qu'ont eues les abus perpétrés dans les pensionnats est une autre étape du cheminement vers l'efficacité de la prévention et de l'intervention liées aux dépendances. Grâce à une connaissance et à une compréhension plus poussées, nous pourrions élaborer des stratégies plus adaptées aux causes profondes.

[TRADUCTION] Comme il en est des comportements autodestructeurs, les dépendances font fonction de traitement des sentiments, de l'isolement et du blâme/du dénigrement de soi (résultant du peu de capacités personnelles), devenant ainsi une tentative de résolution de problèmes (Saakvitne et coll., 2000:97).



## La sagesse de la culture pour promouvoir la guérison

### Suite de l'histoire d'une cliente

« [TRADUCTION] Tout ce qui a pu m'arriver auparavant m'a conduit là où je suis présentement. J'ai toujours été en contact avec la nature et les animaux, mais je ne connaissais rien de ma culture. Puis j'ai été accrochée par une intervenante en santé mentale qui faisait des activités de contact (directes) pendant des heures prolongées et qui était aussi autochtone. Elle est devenue mon « âme soeur » et elle m'a recommandée aux services autochtones.

Quand je suis finalement allée à un pow-wow et à un centre pour les Autochtones, j'ai enfin appris la vérité; ils m'ont parlé de réalités qui avaient du sens pour moi.

Comme j'ai toujours été quelqu'un mal dans sa peau, [pour la première fois], je me suis sentie chez moi à cet endroit-là. J'ai amené ma mère aux programmes de mise en valeur de la culture et aux programmes de guérison des pensionnats. C'était la première fois que ma mère parlait de son expérience au pensionnat; la première fois qu'elle pleurait à cause de cela. Ensuite, nous avons retenu son intérêt au programme de guérison associé aux pensionnats à Vancouver.

La fois suivante, j'ai amené ma fille qui était enceinte à ce moment-là, puis mon fils – nous avons fait une cérémonie de la « couverture », ce qui nous a rapprochés, créant des liens encore plus étroits entre nous. Je crois que l'esprit de mon père nous regarde et il guérit lui aussi. J'ai de la peine maintenant de savoir tout ce qu'il a souffert – je sais que, s'il m'a abusée, c'est que lui-même avait été abusé – j'en suis sûre à cause de ce que j'ai moi-même vécu comme problèmes et aussi de ma guérison. »

### Événements marquants du mouvement de rétablissement et de guérison

[TRADUCTION] Dans un contexte autochtone canadien, la « guérison » fait référence à toute une grappe d'idées, d'activités, d'événements, d'initiatives et de relations se manifestant à chacun des niveaux, de l'individuel jusqu'à l'inter-tribal. Cette grappe a été puisée en grande partie de modèles et d'expériences provenant de partout dans le monde et également de l'élaboration de leurs propres modèles, méthodes, langues et analyses bien particuliers [au contexte], bon nombre de ces outils commençant tout juste à se répandre, à établir un partage avec le grand courant dominant. On peut décrire cette grappe (ou ce regroupement) comme le « mouvement de guérison » autochtone (Lane et coll., 2002:23).

Un changement de cap important sur le plan des attitudes sociales à l'égard des Autochtones et des cultures autochtones s'est produit au Canada. Un des facteurs majeurs de ce virage est le mouvement autochtone issu des collectivités ou du milieu communautaire vers la guérison et la revalorisation de la culture. Ce mouvement a modifié la perception de la société au sujet des cultures autochtones; considérées auparavant comme source de problèmes, elles sont devenues sources de force (de résilience). Voici de grands progrès à l'origine de ce qui a façonné cette nouvelle compréhension de la guérison ou de la réadaptation résultant du traitement des comportements de dépendance dans un contexte autochtone :

1. le mouvement mondial des Alcooliques Anonymes (AA) et l'approche des 12 étapes appliquée à l'abstinence, qui se sont fait connaître au niveau local;
2. le pouvoir politique croissant des organisations autochtones nationales au Canada, associé à la revitalisation de la spiritualité traditionnelle très répandue au niveau communautaire;
3. les initiatives fédérales, comme le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA), la Commission royale sur les peuples autochtones et la Fondation autochtone de guérison;
4. l'émergence de modèles de promotion de la santé et de réduction des méfaits (ou des préjudices) comme solution de remplacement à un modèle médical portant sur les dépendances.

### *1. Modèle axé sur les Alcooliques Anonymes (AA)*

Depuis sa création en 1935, cette association des AA a rapidement pris de l'expansion pour devenir un mouvement mondial d'entraide qui habilite les personnes, leur donne la capacité de reconnaître leurs comportements de dépendance et de prendre les commandes pour les traiter et les maîtriser. Au Canada, l'essor du mouvement AA a coïncidé avec l'éveil des organisations nationales des Inuit, des Métis et des Premières Nations. Le rôle de ces organisations en matière de revitalisation culturelle et spirituelle a été crucial en permettant d'adapter le modèle AA pour les collectivités autochtones. Le modèle AA a contribué énormément aux premières étapes du développement de l'approche autochtone appliquée à la lutte contre les dépendances pour les raisons suivantes :

- aucune cotisation ou aucune autre exigence pour être membre, seulement la volonté de cesser de boire ou de cesser de consommer des substances psychoactives, ce qui signifiait un modèle *accessible*;
- l'engagement à l'abstinence se fait une journée à la fois, de même que les AA assurent de l'appui au moyen d'un *réseau solide de soutien par les pairs et d'un plan pratique en 12 étapes*;
- les familles et les amis font partie de la démarche par le biais de Alateen et de Al-Anon, une approche qui *trouve un écho dans les valeurs autochtones axées sur la famille et les relations interpersonnelles*;
- le modèle en 12 étapes est *facilement, rapidement adaptable* à la diversité des croyances et des pratiques culturelles autochtones, de même qu'à toute une série de comportements de dépendance.

### *2. Organisations autochtones nationales*

L'expansion des organisations autochtones nationales a été déterminante, celle-ci devenant l'instrument du développement d'une approche particulièrement bien adaptée aux Autochtones dans la lutte contre les dépendances : en préconisant et en revendiquant un mieux-être social, culturel, économique et politique pour les Inuit, les Métis, et les Premières Nations; en établissant des organismes représentatifs pour assumer la direction/la coordination de la recherche et demander du financement; en refondant l'histoire pour la présenter sous un nouvel éclairage, en dénonçant les violations des droits de la personne et en offrant des possibilités de réparation; en assurant la revitalisation des pratiques et des traditions culturelles et en redonnant aux Aînés le rôle qu'ils avaient autrefois. Ces efforts ont été dirigés en 1968 par la Fraternité des Indiens du Canada (renommée l'Assemblée des Premières Nations en 1982), en 1971 par Inuit Tapirisat du Canada (renommé Inuit Tapiriit Kanatami en 2001), en 1974 par l'Association des femmes autochtones du Canada, en 1983 par le Ralliement national des Métis, en 1984 par Pauktuutit (Inuit Women's Association) et en 1992 par Métis National Council of Women.

Quoiqu'elle ne soit pas une organisation autochtone nationale, Two-Spirited People of the First Nations [TRADUCTION Les personnes bispirituelles des Premières Nations]<sup>4</sup> a été établi en 1995 pour plaider en faveur des besoins des homosexuels et des lesbiennes autochtones. Les efforts collectifs de tous ces groupes et de nombreux autres dont le but commun visait à revitaliser la spiritualité traditionnelle ont permis de réinstaurer divers rituels comme des cérémonies, celle de la suerie, du calumet, du jeûne, du potlatch, de la tente tremblante et la Danse du Soleil. Par ricochet, ce renouveau a préparé le terrain pour les efforts consacrés à la guérison et au rétablissement, fondés sur la culture, qui sont en train de se réaliser dans les collectivités inuites, métisses et de premières nations partout au Canada.

### 3. Initiatives fédérales

**Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA)** a commencé au départ comme projet pilote en 1975 et il a été établi en 1982 comme programme permanent. Il a été mis en oeuvre pour parer à « [TRADUCTION] l'impérieuse nécessité de prendre des mesures devant les effets manifestes de l'abus d'alcool et de drogues chez les Premières Nations et les Inuit » (NNAPF [FANPLD], 2000:11). Le PNLAADA conçoit et met en service des centres et des activités de traitement des dépendances destinés aux Autochtones, les appuie dans la formation, la programmation, le placement des clients ayant des besoins spéciaux, et il favorise le contrôle de la qualité. Cette principale source de financement du fédéral visant la prestation de services de prévention et d'intervention pour les dépendances dans les collectivités inuites et de premières nations a pris de l'importance, comprenant 695 lits de traitement dans 49 centres, y compris des services ambulatoires dispensant des soins non médicaux, de post-désintoxication, et plus de 500 programmes de prévention communautaires dotés d'un personnel de plus de 700 travailleurs, la plupart d'entre eux étant employés directement par les communautés inuites et de premières nations (NNAPF [FANPLD], 2000).

Il y a eu deux événements marquants au cours de l'existence même du PNLAADA, soit l'*Examen général* en 1998, et par la suite, le *Cadre pour le renouvellement* du PNLAADA (élaboré par la Fondation autochtone nationale de partenariat) en 2000.

L'*Examen général* du PNLAADA a permis d'identifier un certain nombre de problèmes clés touchant les services offerts, notamment le manque d'intégration de la programmation communautaire, le manque de stabilité au niveau du personnel, y compris l'isolement des travailleurs; la formation est inconsistante, l'absence de services spécialisés destinés aux enfants, aux adolescents et aux familles; pas de normes cohérentes; le manque de services post-cure; le financement inadéquat et beaucoup d'autres (NNAPF [FANPLD], 2000). Quant aux recommandations, elles traitaient d'améliorations couvrant sept grandes catégories de fonctions de base : l'établissement de réseaux, la recherche et le développement, les pratiques efficaces, la formation, les communications, les ressources/les capitaux, le continuum des activités de traitement (se reporter à l'Appendice A). Ce rapport mentionne également le virage qui a fait passer du modèle médical à celui de l'amélioration ou de la promotion de la santé qui « [TRADUCTION] témoigne du retour aux thèmes spirituels et philosophiques au cœur même des traditions autochtones en Amérique du Nord » (NNAPF [FANPLD], 2000:28).

---

<sup>4</sup> Two-Spirit [« Bispirituel »] est l'appellation utilisée pour désigner des personnes autochtones s'identifiant comme lesbiennes, homosexuels, transgenre et bisexuels.

[TRADUCTION] Le modèle axé sur l'amélioration de la santé de la population ... nous fait avancer dans un domaine différent au sein duquel les intervenants de la promotion de la santé jouent un rôle de facilitateurs du renforcement des capacités, une démarche entreprise par les personnes, les familles et les communautés. Suivant ce modèle de l'amélioration de la santé de la population, les intervenants de la promotion de la santé provenant d'une grande diversité de spécialisations, comme les médecins, les infirmières et infirmiers, les psychologues, les guérisseurs traditionnels, les intervenants en toxicomanie, passent une grande partie de leur temps à appuyer les personnes et les communautés dans leurs efforts pour accroître leur maîtrise en matière de santé et améliorer ainsi leur propre état de santé (NNAPF [FANPLD], 2000:29).

Dans le même ordre d'idées, le rapport du PNLAADA présente une définition plus précise de l'abus des substances psychoactives et des comportements de dépendance :

[TRADUCTION] Dans l'énoncé du mandat initial, le terme « abus des substances » était considéré comme un problème, en quelque sorte, distinct de l'abus de l'alcool et des drogues. Cet usage est inexact et porte à confusion, Dans la documentation spécialisée, l'« abus des substances » est généralement employé comme une catégorie qui englobe l'abus de tous les stimulants psychoactifs et des substances modificatrices de la physiologie (p.ex. les stéroïdes), de même que les substances pouvant entraîner une dépendance. En bref, l'abus de l'alcool et des drogues sont deux sous-types de l'abus des substances psychoactives ... Sans doute est-il vrai que la consommation de toute substance toxicomanogène, quelle que soit cette substance, peut être adéquatement décrite par « abus des substances psychoactives »; par contre, tout abus de substances n'est pas nécessairement un comportement qui mène à la dépendance. En fait, la plupart des abus de substances psychoactives ne sont pas toxicomanogènes; il peut s'agir d'un essai ou d'un comportement occasionnel, généralement associé à des risques importants liés à ce comportement (NNAPF [FANPLD], 2000:25).

Identifier des possibilités d'établissement de partenariats entre tous les paliers du gouvernement dans le but de diminuer les obstacles juridictionnels et arriver à un système coordonné de services, voilà la principale caractéristique du *Cadre pour le renouvellement du PNLAADA* (NNAPF [FANPLD], 2000). La Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances<sup>5</sup> a été établie pour mettre en oeuvre le nouveau cadre de travail. En vue de l'orientation du renouvellement du PNLAADA et des travaux de la Fondation de partenariat, des valeurs communes ont été formulées. Cet énoncé de valeurs comprend le respect, l'accommodement en fonction de la diversité culturelle, l'honnêteté, la compassion, la confiance, la force familiale, l'humilité et l'engagement concernant l'application de l'approche holistique.

[TRADUCTION] En reconnaissance du fait que les problèmes d'abus des substances psychoactives et de dépendance sont attribués à de nombreuses causes, se manifestent de multiples manières, et qu'ils engendrent des souffrances à des degrés divers d'intensité, nos politiques et notre programmation doivent être holistiques. Cet engagement est

---

<sup>5</sup> Ses précurseurs étaient la Society of Aboriginal Addictions Recovery (SOAAR) et l'Association autochtone nationale des directeurs des centres de traitement.

en harmonie avec l'esprit des traditions favorisant la santé des Premières nations et des Inuit. Concrètement, cette approche signifie que nos efforts de guérison doivent être inspirés par le caractère d'interconnexion de l'abus des substances psychoactives et des problèmes de dépendance. La prévention et les interventions doivent par conséquent être multidimensionnelles; elles doivent viser à rétablir l'équilibre dans les différents champs d'action de la communauté, de la famille et de la vie personnelle (2000:28).

Au cours de cette période, l'Enquête sur l'abus des solvants chez les jeunes des collectivités inuites et de premières nations menée par Santé Canada en 1993 a été une autre initiative importante du fédéral. Les résultats ont donné suite à la création du Programme national d'abus de solvants chez les jeunes et à l'ouverture de plusieurs centres de traitement d'abus des solvants pour les jeunes autochtones au pays.

En 1991, la **Commission royale sur les peuples autochtones** (CRPA) a été mise sur pied dans l'intention de trouver des moyens d'améliorer les relations entre le gouvernement et les Autochtones. En 1996, la CRPA a publié son rapport final, recommandant une nouvelle stratégie de guérison fondée sur une approche holistique qui engloberait les processus familiaux et communautaires de guérison, et également la démarche individuelle. La CRPA a aussi recommandé que cette nouvelle stratégie de guérison soit appuyée par une stratégie de développement des ressources humaines, de logement social et de renouveau culturel. De plus le rapport de la CRPA a établi un rapport entre le taux démesurément élevé d'abus des substances psychoactives et de dépendance dans la population autochtone et les répercussions des abus commis dans les pensionnats.

*Gathering Strength - Canada's Aboriginal Action Plan* [Rassembler nos forces - Le plan d'action du Canada] (Indian Affairs and Northern Development [Ministère des affaires indiennes et du développement du Nord], 1998) reconnaît le besoin de réparer les injustices du passé et de se rapprocher au moyen d'un partenariat renouvelé avec les Autochtones. Reconnaisant le rôle que le gouvernement fédéral a exercé concernant l'établissement et l'administration des pensionnats, le rapport concède que guérir les souffrances du passé est un des grands défis à relever si on veut parvenir à l'amélioration des relations entre les Autochtones et le gouvernement du Canada. Un fonds de guérison totalisant 350 millions de dollars, la pierre angulaire de ce plan d'action, a été alloué pour appuyer la démarche de guérison communautaire destinée aux personnes affligées par les effets des abus dont elles ont été victimes dans les pensionnats, y compris leurs descendants. La Fondation autochtone de guérison a été établie pour donner suite, une corporation gérée par des Autochtones (indépendante des gouvernements), sans but lucratif, ayant pour mandat d'administrer et de distribuer ce fonds de guérison.

Depuis sa mise sur pied en mars 1998, la **Fondation autochtone de guérison** (FADG) a mené des travaux de recherche et elle a financé de nombreux programmes de guérison offerts aux Inuit, aux Métis et aux Premières Nations partout au Canada. Son approche consiste à habiliter les Autochtones pour qu'ils soient des agents clés du changement en misant sur leurs forces et sur leur capacité à guérir. L'influence de la FADG a beaucoup fait évoluer la situation ; de grandes mutations se sont produites en augmentant le niveau de sensibilisation et de compréhension des séquelles des abus physiques et sexuels commis sous le régime des pensionnats, y compris les répercussions intergénérationnelles.

#### *4. Modèle de promotion de la santé et modèle de réduction des méfaits*

La promotion de la santé comme nouvelle approche opposée au « modèle médical ou curatif » en matière de santé a commencé à être préconisée dans les années 1980 alors que Santé Canada avait identifié quatre facteurs principaux contributifs à la santé des Canadiens :

1. Biologie
2. Mode de vie
3. Organisation des soins de santé
4. Environnement (incluant le milieu physique et social)

Dans ce contexte, la définition de la promotion de la santé comprenait trois aspects essentiels :

1. un processus d'habilitation permettant aux personnes d'accroître le contrôle sur leur santé et de l'améliorer;
2. la santé est considérée comme une ressource pour la vie de tous les jours, non pas l'objectif d'une vie;
3. les conditions et les ressources fondamentales nécessaires pour la santé sont : la paix, un abri (logement), l'éducation, la nourriture, le revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'égalité.

Le modèle de promotion de la santé est en harmonie avec les croyances autochtones, particulièrement la santé holistique, l'auto-réalisation et le contrôle des moyens pour l'amélioration de la santé.

En 2005, le Service de santé publique du Canada a lancé un processus de consultation national visant à définir les objectifs de santé publique pour le Canada, prenant appui sur ce que l'on avait appris concernant les déterminants de la santé depuis les dernières décennies. Un de ces buts consiste à remédier aux inégalités relatives aux conditions sociales qui influent sur la santé. Voici les douze principaux déterminants qui influent sur la santé et le bien-être :

1. Le revenu et le statut social
2. Les réseaux d'aide sociale
3. L'éducation/scolarisation et l'alphabétisation
4. L'emploi/conditions de travail
5. Les environnements sociaux
6. Les environnements physiques
7. Les pratiques personnelles de santé et les capacités d'adaptation
8. Le développement sain de l'enfant
9. La biologie et le génétique
10. Les services de santé
11. Le sexe
12. La culture

Ces déterminants sont maintenant considérés comme des indicateurs qui permettent d'évaluer les conditions de vie dans les collectivités autochtones au Canada. Les conditions sociales et économiques ont



toujours eu des répercussions profondes sur la santé des Autochtones au Canada. Des recommandations présentées dans le rapport de la CRPA en 1996 soulignent l'urgence de se pencher sur ces conditions de vie déplorables, d'y remédier, notamment la salubrité des logements et de l'eau dans de nombreuses collectivités autochtones. Les effets néfastes des problèmes de dépendance et de l'abus des substances psychoactives sur la population autochtone sont aggravés par un état de santé démesurément compromis et inadéquat. Même si actuellement il y a une conscientisation généralisée que des conditions sociales et économiques inadéquates contribuent au développement de problèmes de dépendance et d'abus des substances, la priorité de la prévention et de l'intervention en cette matière est encore fondée de façon trop restrictive sur des solutions individuelles par opposition à des solutions sociales et économiques.

Le modèle axé sur la réduction des méfaits s'est développé à partir du concept de la promotion de la santé comme approche « à défaut de la meilleure » de prévention. Alors que le but visé des 12 étapes des AA était l'abstinence complète, celui du modèle de la réduction des méfaits porte plutôt sur la diminution des effets néfastes pour la santé et de l'impact social des dépendances en atténuant les préjudices qui leur sont rattachés. L'urgence impérieuse déclenchée par l'épidémie du VIH-sida mobilise fortement les efforts axés sur la réduction des méfaits. En effet, mettre fin à la propagation du VIH-sida chez les groupes à risque élevé l'a vite emporté sur l'abstinence de substances psychoactives illicites. Voici quelques exemples de mesures visant la réduction des méfaits liée à l'abus des substances illicites :

- programme d'échange de seringues et injection sécuritaire;
- programmes de méthadone;
- services d'action directe/dans la rue qui donnent de l'information et font des renvois/aiguillage des clients vers d'autres services pour prévenir la propagation du VIH.

Vu son efficacité éprouvée à réduire le risque du VIH, le modèle de réduction des méfaits est appliqué dans le cas d'autres comportements de dépendance, comme celui de l'abus de substances licites, dont le tabac commercial et l'alcool. Dans ce contexte, dispenser du counselling, des programmes de diminution graduelle, de jumelage où des personnes s'entraident, sont vigilantes et veillent à la sécurité de l'un et de l'autre, ce sont là des exemples de réduction des préjudices. Cette approche pragmatique qu'est la réduction des méfaits s'apparente à celle adoptée chez les Autochtones dans la lutte contre les dépendances. Voici de quelle façon :

- du fait qu'elle reconnaît la valeur intrinsèque et le mérite personnel (l'importance) de tous les êtres humains;
- ne porte aucun jugement sur le comportement, mais préconise plutôt la sécurité et la dignité dans la prise de décision;
- l'importance est accordée au renforcement de la motivation, notamment de miser sur les résultats positifs obtenus, apprendre de ses erreurs, respecter son rythme personnel.

Quoique les programmes réguliers de prévention et d'intervention se soient appuyés fortement sur le modèle d'abstinence complète des AA, de plus en plus il s'opère un virage vers une approche expansive qui englobe la promotion de la santé et la réduction des méfaits. Ce changement de cap est particulièrement important dans la programmation destiné à des clients dont la santé physique et mentale est sérieusement compromise en raison de l'abus des substances psychoactives. Selon le rapport, *Cadre pour le renouvellement du PNLAADA*, l'avantage de cette approche est que « [TRADUCTION] de petits progrès peuvent sauver

des vies à court terme et servir de point de départ à une nouvelle démarche menant vers un avenir où la personne courra moins de risques et sera en meilleure santé » (NNAPF [FANPLD], 2000:30). L'orientation axée sur l'abstinence que bien des décideurs et du personnel s'occupant de traitement ont adoptée est vue comme le principal obstacle à l'avancement du modèle de réduction des méfaits dans le cas du traitement de l'alcoolisme (Health Canada [Santé Canada], n.d.).

Témoignant du changement de cap à l'échelle internationale pour évoluer vers la promotion de la santé et la réduction des méfaits, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose de considérer les problèmes liés à l'alcool au même titre qu'un continuum d'interventions; c'est pourquoi une gamme complète de possibilités ou de mesures de prévention et d'intervention peuvent être alignées pour traiter les causes profondes. « [TRADUCTION] Les objectifs de la thérapie sont de réduire la morbidité et la mortalité dues aux problèmes d'alcool et de diminuer également la survenue d'autres problèmes sociaux et économiques liés à la consommation chronique et excessive de l'alcool » (cité dans Marlatt et Witkiewitz, 2002:869).

Comme, de nos jours, il existe des drogues très fortes, conduisant rapidement à la dépendance, même chez des usagers qui en sont à leur première fois, les stratégies de prévention et d'intervention doivent être bien ciblées, englobantes, et viser tous les intervenants clés. Citons l'exemple de l'intervention récente face à l'urgence croissante qu'est l'abus de « *crystal meth* » chez les jeunes autochtones. En 2005, la Fédération des nations indiennes de la Saskatchewan et l'Assemblée des Premières Nations ont assuré la coordination d'une rencontre nationale des représentants gouvernementaux en santé et d'autres intervenants clés pour traiter d'une approche concertée sur l'usage du « *crystal meth* » dans les collectivités de Premières Nations et de ses effets néfastes.

De nombreux résultats positifs ont été obtenus au cours des vingt-cinq dernières années en ce qui a trait au traitement de ce problème généralisé des dépendances. De nouvelles façons d'envisager les comportements de dépendance dans un contexte autochtone sont en train de s'imposer. La capacité des collectivités inuites, métisses et de premières nations de prendre des mesures pour résoudre leurs propres problèmes sociaux et sanitaires augmente constamment.

Le mouvement d'entraide des AA a pris son essor parallèlement au mouvement général, guidé par les Autochtones, de revitalisation culturelle. Ces deux mouvements affermissent les efforts des collectivités autochtones vers la guérison des personnes, des familles et des communautés. Par ricochet, cet avancement de la démarche de guérison communautaire est à l'origine de la rupture du long silence et de la fin de la dénégation de la société au sujet des abus commis dans les pensionnats. De plus, des progrès continuels ont été faits dans le domaine de la recherche et du développement concernant la lutte contre les dépendances au Canada, tout comme dans d'autres pays. Une de ces percées a été la mutation du modèle centré sur la dépendance considérée comme une maladie pour passer à celui axé sur la promotion de la santé. De plus en plus, les résultats de la recherche montrent l'efficacité d'une approche de réduction des méfaits dans un cadre culturel, non seulement pour une programmation de lutte contre les dépendances, mais également pour des efforts de promotion de la santé en général.

### **Modèles de guérison communautaire**

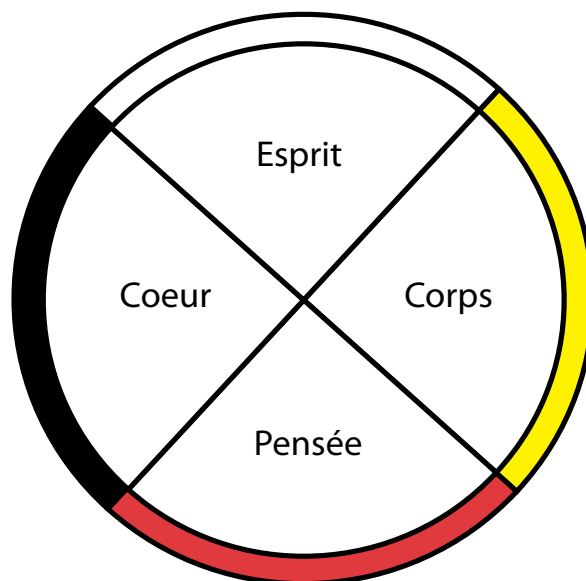
Beaucoup d'exemples permettent actuellement de constater l'efficacité des programmes communautaires de prévention et d'intervention en matière de lutte contre les dépendances. Un de ces modèles de guérison

communautaire autochtone mis de l'avant par une collectivité faisant figure de chef de file, Alkali Lake en Colombie-Britannique, est décrit au chapitre 4. En effet, ce modèle de guérison communautaire qui a inspiré d'autres communautés comme Hollow Water au Manitoba est devenu le guide en raison de la justesse de leur approche holistique unique et de l'intégration de leurs interventions.

Des centres de traitement, comme Round Lake en Colombie-Britannique et Poundmaker's Lodge en Alberta, sont des exemples de programmes de traitement des dépendances qui ont innové en intégrant la *culture comme force agissante* dans un cadre de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes. Le modèle culture comme force agissante repose sur une bonne connaissance et une bonne compréhension des répercussions de la maltraitance subie dans les pensionnats et de la colonisation. En effet, le pouvoir guérisseur de la culture freine l'action des séquelles persistantes grâce à quatre stratégies de revitalisation :

1. redonner un sentiment d'appartenance en suscitant la fierté de son identité, de sa famille, de sa communauté et de ses ancêtres;
2. rétablit la sagesse qui se dégage des enseignements, des pratiques et des « médecines » traditionnels, et qui préconise l'équilibre pour la santé, tenant compte de toutes les dimensions, pensée/corps/coeur et esprit, tout au long de la vie;
3. offre des perspectives permettant d'appliquer de nouvelles façons de penser, de se comporter et de vivre avec d'autres qui se sont également engagés à rétablir l'équilibre pour être en santé;
4. redonne aux femmes et aux Aînés leurs rôles, renforce la capacité des personnes, des familles, des communautés de résoudre leurs problèmes.

Figure 3) Cercle d'influences holistique



## La sagesse des enseignements culturels

Exprimée à la façon de l'Aînée Berma Bushie :

[TRADUCTION] La dimension rattachée à l'« esprit » est le noyau essentiel. Il faut qu'elle soit bien en place pour que les gens rétablissent l'équilibre. Le domaine complet de la psychologie et de la psychiatrie a développé son propre langage pour déterminer si les personnes sont atteintes d'un trouble et de quelle façon elles peuvent revenir en santé. Nous n'avons pas les mêmes concepts, ni les mêmes définitions. Les nôtres sont holistiques. On n'appose pas d'étiquettes aux gens. Nous savons que les décisions prises aujourd'hui auront un effet sur nos descendants pendant plusieurs générations et nous avons recours à une approche holistique traditionnelle pour des problèmes [touchant] la vie des gens. On veut que nos gens restent dans la communauté parce qu'ils sont notre cœur et notre âme. Sans le spirituel, l'équilibre ne sera pas atteint, ni la guérison réalisée (cité dans Buller, 2001:6).

Les croyances et les pratiques spirituelles traditionnelles sont au cœur même du mouvement de guérison autochtone. Il est entendu que la spiritualité exerce un rôle intégrant en rapport avec la santé physique, mentale et affective. S'il n'existe pas de spiritualité « pan-indienne », il reste cependant que bien des nations partagent les mêmes prémisses ou les mêmes convictions fondamentales. Une de ces convictions est que chaque personne reçoit des « dons » ou des talents uniques et sacrés en naissant. Allant de pair avec ces dons sacrés, il y a également la responsabilité de les développer au maximum de ses capacités, de réaliser tout son potentiel de façon à en profiter soi-même et à en faire profiter les autres et son environnement. Le principe de la réalisation de soi correspond à une croyance profonde en la valeur innée et au potentiel de tous et chacun.

Le rôle de la spiritualité dans la démarche de guérison est d'aider la personne à faire renaître en son for intérieur le sentiment positif de soi, le sentiment de son importance et de celle des autres comme êtres sacrés, dignes de respect; d'honorer le sacré en elle et de rétablir le sentiment d'interconnection. Cette transformation intérieure est essentielle pour assurer la continuité de la décision de se libérer des comportements de dépendance et de se défaire de cet assujettissement qui laisse le comportement prendre les commandes ; elle pousse aussi à adopter des comportements sains qui permettent à la personne de rester maître de soi, de ses décisions et de ses actions, gage d'une vie équilibrée et épanouie.

Dans la section suivante, on décrit le rôle des enseignements et des pratiques culturels en vue de la guérison des séquelles des abus commis dans les pensionnats et du rétablissement pour les alcooliques et les toxicomanes.

### Une approche autochtone visant la guérison et le rétablissement

[TRADUCTION] Le but de tout processus de guérison est le recouvrement de sa sensibilité, une nouvelle prise de conscience de ses sentiments, la réappropriation de son vécu et le renforcement des capacités pour arriver à faire confiance à son expérience [vécue]. Dans une démarche de guérison féconde [positive], la découverte de ses pouvoirs sera associée à la reconquête de la compétence sociale qui permet d'établir un nouveau paradigme

culturel, de dégager un ordre de ce qui a été le chaos (Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004:78).

Comme l'approche holistique autochtone liée à la guérison et au rétablissement repose sur la croyance de l'interconnexion (ou de l'interdépendance) de toutes choses, elle englobe une grande diversité d'activités. Citons l'exemple de la croyance fondamentale que partagent les Inuit, les Métis et les Premières Nations concernant le lien sacré entre les êtres humains, la terre et tout ce qui s'y trouve. Concrètement, pour donner suite à cette croyance, on encourage des activités dans la forêt, ou « des camps de guérison en pleine nature », où les participants peuvent ressentir le pouvoir guérisseur de la nature dans le cadre d'interventions thérapeutiques.

[TRADUCTION] Pour les Inuit, les coutumes liées à la chasse traditionnelle ne sont pas uniquement des moyens d'assurer leur subsistance, elles sont également des pratiques spirituelles pour se maintenir en santé d'un point de vue personnel et communautaire. En effet, le concept inuit de « soi » englobe des liens physiques avec des animaux, des liens entretenus en mangeant des aliments traditionnels (Mailloux, 2002:20).

Dans un contexte autochtone, des enseignements et des activités spirituels sont thérapeutiques s'ils sont appliqués en conformité avec des objectifs de traitement. Des sueries, des cérémonies traditionnelles Ojibway de purification (cedar bath), des cérémonies d'onction avec de la sauge ou du foin d'odeur, d'illumination Qulliq, ou d'autres cérémonies spirituelles, correspondent au but thérapeutique, comme des objectifs qui visent à atténuer l'anxiété et à établir des liens de confiance. Les cérémonies suivant les saisons, les repas communautaires, les potlatch, les medicine walks, les pow-wows, les festins et les danses effectuées au cours de potlatch, les « réveillons » métis (des célébrations communautaires où il y a festin, danse et musique de violoneux), les célébrations communautaires des Inuit sont toutes des activités qui favorisent la guérison par le biais de relations interpersonnelles positives.

En se réappropriant les enseignements et les pratiques spirituels, il ne s'agit pas uniquement de résister aux stigmates de la honte ayant marqué l'identité culturelle et que la fréquentation des pensionnats a gravés dans l'esprit des enfants autochtones ; c'est également une façon d'établir des relations saines et d'atténuer l'isolement social. Ce sont des aspects clés permettant d'assurer la continuité de la guérison à long terme.

[TRADUCTION] Le renouveau de la spiritualité en général et des activités culturelles autochtones liées à la spiritualité en particulier est très déterminant dans le cheminement de guérison de la plupart des collectivités autochtones. Quand des communautés ont été arrachées de force de leurs propres racines spirituelles pendant une période de temps assez longue, l'absence de vision et de connexion au cœur même de la vie communautaire contribue à rendre les gens réticents à « concevoir » toute évolution, à donner un autre sens à leur vie que celui où, dans le moment présent, ils se trouvent coincés. D'autre part, il a été clairement démontré que le fait de raviver la sensibilité au niveau culturel et spirituel et les coutumes peut grandement renforcer la cohérence et la vitalité d'une démarche de guérison communautaire (Lane et coll., 2002:57).

Une autre croyance fondamentale que les cultures des Inuit, des Métis et des Premières Nations ont en commun est la valeur et l'importance accordées à l'apprentissage expérientiel. Dans un système de croyances autochtone, le savoir correspond non pas à ce que la personne *dit*, mais à la façon dont *elle vit*. Les programmes de prévention et d'intervention qui offrent des possibilités aux participants *d'expérimenter et de vivre* dans la dignité, de partager et de coopérer, contribuent essentiellement à améliorer la santé. Comme exemples d'apprentissage expérientiel culturellement significatif, on mentionne les récits, la thérapie par l'art, les cercles de la parole, ou la performance (formes artistiques/arts de la scène) où des participants ont la possibilité d'exprimer indirectement des sentiments intenses, profonds, à l'aide de récits. Le fait de partager sa propre histoire et d'avoir son histoire personnelle validée par d'autres qui ont vécu une expérience similaire constitue une forme très forte d'affirmation et de guérison. Les méthodes thérapeutiques basées sur l'expression créatrice de soi se sont avérées plus efficaces avec des clients autochtones que des thérapies fondées sur des échanges et sur un contexte d'enseignement (Kishk Anaquot Health Research, 2003).

L'apprentissage de l'histoire des Autochtones est un autre aspect important d'une démarche de guérison fondée sur la culture. À mesure que les personnes en viennent à connaître et à mieux comprendre les causes sociales et politiques expliquant leur souffrance, elles peuvent se libérer de tout sentiment de culpabilité, du dénigrement de soi, de la haine envers soi, et de la violence latérale, pour évoluer vers l'acceptation de soi, l'auto-soin et le renforcement du sentiment communautaire.

Toutes les personnes ressources consultées ayant collaboré au présent rapport s'entendent pour affirmer qu'il est essentiel que les spécialistes du domaine de la lutte contre les dépendances, les planificateurs de programme et les travailleurs de première ligne non autochtones augmentent leur connaissance de l'approche fondée sur la culture dans le cadre de la guérison et de la réadaptation. Maintenant, il est généralement entendu que la compétence en matière culturelle est un aspect essentiel des services offerts. En effet, des prestataires de services culturellement compétents sont davantage en mesure de comprendre les besoins de leurs clients autochtones et d'y répondre.

Les exemples suivants tirés d'enseignements culturels et illustrant un système de valeurs autochtone sont présentés pour faire ressortir le pouvoir guérisseur des croyances culturelles autochtones, de même que leur application efficace à la programmation de lutte contre les dépendances.

### **Les sept enseignements sacrés Anishnawbe**

Un grand nombre de traditions culturelles de premières nations parlent des sept dons ou enseignements que leurs peuples ont reçus. Suivre ces enseignements ou ces lois naturelles permettrait d'assurer la survie de tout ce qui vit. Même s'il y a des variations chez les Premières Nations dans la façon dont ces enseignements traditionnels sont transmis, les principes fondamentaux restent les mêmes. Selon l'Aîné Jim Albert, ces enseignements sont un cadeau qui guide le comportement quotidien que l'on a envers soi-même, à l'égard des autres et de tous les êtres de la création :

1. **L'amour** est vouloir ce qu'il y a de mieux pour soi, pour les autres et pour tout être de la création;
2. **Le respect** est de rendre honneur (tenir en estime) tout être de la création, du passé, du présent et de l'avenir;

3. L'**humilité** est de connaître sa place dans le cercle de vie, celle qui n'est pas au-dessus, ni au-dessous des autres;
4. La **sagesse** est de se servir de ses dons de façon à en profiter soi-même, à en faire profiter sa famille, sa communauté et sa nation, de même que tout être de la création;
5. Le **courage** est d'affronter les problèmes avec intégrité pour les résoudre de la bonne façon;
6. L'**honnêteté** est de bien parler de soi et des autres;
7. La **vérité** est de connaître tout au sujet de ces enseignements et de vivre en conformité avec cette connaissance.

Selon les personnes ressources autochtones qui ont été consultées, une des questions fondamentales concernant la réadaptation liée aux dépendances est : Comment est-ce que je peux commencer à me traiter avec respect alors que je n'ai jamais été traité auparavant avec respect?

***Réflexion d'une personne ressource consultée***

« [TRADUCTION] La beauté de ces enseignements réside dans leur aspect relationnel; ils permettent aux gens d'entrer en contact avec qui ils sont réellement, et ensuite, de cette perspective d'authenticité, ils peuvent communiquer de la bonne façon avec d'autres. Aucun de ces enseignements n'est suffisant en soi; si on n'arrive pas à faire preuve d'humilité de façon adéquate, alors il y aura un contrecoup sur la capacité de se respecter et de respecter les autres. »

*Elder Jim Albert*

Ces *Sept enseignements sacrés* servent d'orientation aux programmes de guérison et de réadaptation dans beaucoup de collectivités autochtones, le plus reconnu étant le programme de guérison au Manitoba de Hollow Water Community Holistic Circle Healing Program. Ils constituent également un guide pratique et utile pour les planificateurs et les évaluateurs au moment où ils passent en revue les activités et les résultats de programme, de même que dans le cas de l'examen de la santé de l'organisation et de l'équipe du personnel.

[TRADUCTION] Développer et renforcer des organisations pour qu'elles soient en bonne santé, qu'elles incitent chez leur personnel l'amour, le pardon, l'unité et le soutien mutuel, est de la plus haute importance parce que c'est seulement ce type de cercle formé de personnes en santé qui peut espérer apporter une telle qualité de bien-être aux autres (Lane et coll., 2002:51).

Le tableau suivant montre de quelle façon les *Sept enseignements sacrés* peuvent être utilisés comme cadre de travail en vue du développement, de la mise en oeuvre et de l'évaluation des programmes de prévention et d'intervention en matière de lutte contre les dépendances.

**Tableau 2) Application des Sept enseignements sacrés Anishnawbe à la programmation de prévention et d'intervention en matière de dépendances<sup>6</sup>**

Sept enseignements	Application pratique
<b>L'amour :</b> S'engager dans une vision pour toute la vie	L'amour fait partie des efforts de guérison si cette vision est l'engagement de toute une vie et holistique, intégrant les dimensions de la santé physique, affective, mentale et spirituelle, établissant des endroits d'appartenance et suscitant l'espoir qui renforce les personnes, les familles et les collectivités.
<b>Le respect :</b> Faire face au problème et trouver ses propres solutions	En acceptant/reconnaissant tous les aspects du problème de façon honorable, son origine ou ce qui l'a entraîné (dans le passé) et ce qu'il est devenu à présent, non pas en étant inspiré par la honte ou la culpabilité (se faisant des reproches), mais en développant une vision axée sur le changement, le respect de soi et l'ouverture aux autres dans cette démarche.
<b>L'humilité :</b> Se constituer un cercle de soutien	L'humilité fait partie de la démarche de guérison si tout le monde est accueilli dans le cercle comme des membres également respectés dans un continuum de soutien : clients, Aînés, dirigeants communautaires, familles, spécialistes des dépendances, et des intervenants d'autres secteurs.
<b>La sagesse :</b> Élaborer un plan stratégique	En entretenant le savoir traditionnel et en valorisant l'expérience de tous et chacun dans le cercle, un grand éventail de possibilités holistiques de guérison se développe et s'adapte aux besoins uniques de chaque personne, de chaque famille et de chaque collectivité dans cette démarche.
<b>Le courage :</b> Mettre à exécution le plan	L'intégrité fait partie du processus si des personnes, des familles et des collectivités ont le courage de mettre à exécution leur plan malgré les obstacles comme le déni, la violence latérale, de même que des barrières non prévues, et si des dirigeants communautaires mobilisent des ressources à l'appui de la santé familiale et communautaire.
<b>L'honnêteté :</b> Évaluer, suivre de près et réadapter le plan	L'honnêteté en réadaptation/guérison et en prévention requiert une surveillance et une évaluation continues, rigoureuses; la capacité de modifier les plans en s'appuyant sur une évaluation ouverte et franche de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas, de même que des obstacles émergents et des effets imprévisibles.
<b>La vérité :</b> Vivre, partager et transmettre ce qu'on a appris ou acquis	Posséder la connaissance de tous ces enseignements et les intégrer dans sa vie veut dire pouvoir servir de modèle de rôle en fonction de comportements sains, de partage de ressources, de leçons apprises et de meilleures pratiques, de même que l'habilitation/prise en charge de chaque collectivité inuite, métisse et de première nation, c.-à-d. la capacité et le pouvoir d'auto-gérer sa propre démarche de guérison des comportements de dépendance.

<sup>6</sup> Ce tableau est inspiré des enseignements de l'Aîné Jim Albert, d'autres personnes ressources consultées (collaborateurs) et d'une étude documentaire.



### Les six principes du savoir traditionnel inuit (Inuit Qaujimagatunangit)

Des principes fondamentaux connus sous « loi naturelle » ont depuis toujours guidé la vie sociale des Inuit. Ces principes leur ont permis d'assurer leur survie comme Inuit depuis des millénaires en dépit d'environnements les plus éprouvants de la terre. Les *Principes du savoir traditionnel inuit* ont été élaborés par le groupe de travail *Inuit Qaujimagatunangit* du département du développement durable, Territoire du Nunavut (Arnakak, 2000). Les six principes présentés ci-après s'adaptent bien à un cadre de travail pour la planification de la prévention et de l'intervention efficaces en matière de dépendances.

**Tableau 3) Inuit Qaujimagatunangit**

Principles	Description
Le concept rattaché à la fonction de service (Pijitsirniq)	Le concept de service communautaire est une valeur fondamentale pour les Inuit et un moyen de mesurer ou d'évaluer le niveau de maturité et de sagesse d'une personne. Tout le monde (jeunes, Aînés, dirigeants, prestataires de services, spécialistes des dépendances et éducateurs) a un rôle et une responsabilité à exercer en appuyant les collectivités pour qu'elles se libèrent des comportements de dépendance et s'assurent d'un état de bonne santé.
Le concept de gérance de l'environnement (Avatimik Kamattiarniq)	La santé des gens ne peut se dissocier de la santé de leur environnement. Offrir des possibilités aux gens d'éprouver le pouvoir guérisseur de l'interconnexion ou de l'interdépendance avec la nature peut aider à maintenir cet équilibre. De même, suivre de près les programmes environnementaux pour veiller à ce qu'ils contribuent à la santé physique, mentale, affective et spirituelle, tout comme à la sécurité des personnes, des familles et des collectivités, peut également assurer le maintien de cet équilibre.
Prise de décision par consensus (Aajiqatigiingniq)	La prise de décision par consensus s'appuie tout à la fois sur des compétences de communication efficace (écouter aussi bien que s'exprimer) et sur la capacité de concevoir une vision commune. Pour les Inuit, le processus de guérison est positif (réussi) s'il est réciproque; si le client et le conseiller, chacun de son côté, reconnaissent et valorisent les perspectives et les contributions de chacun. Penser, parler et agir en collaboration permettent de tout mettre en oeuvre pour trouver des solutions réalisables aux défis/difficultés, ainsi que de reconnaître ouvertement ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans le but de s'assurer de la continuation du processus de guérison.
Le concept de l'acquisition de connaissances et de compétences (Pilimaksarniq)	Acquérir et appliquer de nouvelles connaissances et compétences sont essentiels pour la survie de la personne, de la famille et de la communauté dans un environnement difficile à supporter et durant des périodes très pénibles. Comme nouvelles connaissances et compétences, on entend se développer personnellement et professionnellement selon les façons culturelles du savoir et savoir-faire (compétence culturelle) et continuellement accroître ces connaissances de base en partageant les enseignements culturels, les leçons apprises les expériences et les pratiques prometteuses.
Le concept d'être ingénieux (plein de ressources) et capable de bien s'adapter pour résoudre les problèmes (Qanuqtuurnarniq)	Ce principe met en évidence l'importance de se servir de ses compétences, de ses connaissances et de ses ressources de façon créative pour surmonter les nouveaux obstacles à mesure qu'ils surviennent. Voici des exemples montrant de quelle façon être ingénieux et capable d'adaptation : avoir recours aux spécialistes non-inuits ayant atteint un niveau de compétence culturelle les rendant aptes à exercer un rôle important en dehors ou en plus de la thérapie dispensée aux clients; renforcer la capacité en assurant de la formation et de la supervision clinique au personnel inuit; établir de nouveaux partenariats ouverts afin de créer un réservoir de ressources humaines et financières; refuser d'être détournés de la vision en décidant de centrer les efforts sur des solutions devant des problèmes imprévus.
Relations fondées sur la collaboration ou travailler ensemble vers la réalisation d'une vision commune (Piliriqatigiingniq)	Ce principe souligne l'importance et la supériorité du groupe en comparaison de celles accordées à la personne en valorisant le travail d'équipe, en développant un esprit d'équipe solide, pour réaliser une vision commune et permettre que les décisions soient prises dans l'intérêt de tous les membres du groupe, qu'il s'agisse d'une famille ou d'une communauté.

L'application des *Six principes du savoir traditionnel inuit* et des *Sept enseignements sacrés Anishnawbe* à l'élaboration (conception) de programmes et de politiques en matière de lutte contre les dépendances fait en sorte que tous les aspects de la prestation des services émanent d'un fondement solide.

### **Rompre le cycle des traumatismes et des dépendances : pourquoi la culture a-t-elle tant d'importance**

Selon l'Aîné Jim Albert, les enseignements traditionnels autochtones sont particulièrement importants dans l'optique de la résolution de traumatismes ou de la réadaptation liée aux dépendances du fait qu'ils sont complètement opposés à ce qui a été enseigné aux enfants autochtones dans les pensionnats :

[TRADUCTION] [Dans ce contexte], ils n'étaient pas autorisés à prendre des responsabilités personnelles. On leur a enseigné qu'ils étaient sauvages et incapables d'assumer des responsabilités pour se justifier de leur inculquer des valeurs et des croyances autres que les leurs, supposément meilleures (plus nobles), qu'on leur a imposées. Ces enseignements [traditionnels] ne sont pas intellectuels; ils sont expérientiels. Comment les enseigne-t-on et comment les vit-on d'une manière significative? Comment pouvons-nous présenter une expérience qui permettra de mieux faire saisir chacun des enseignements? Les gens qui ont souffert ont besoin de connaître ces enseignements de façon expérientielle. C'est de cette manière qu'on apprend. Qu'est-ce que cela signifie pour nos programmes?

Les enseignements traditionnels font obstacle aux séquelles des pensionnats en remplaçant les insultes humiliantes, prônant le mépris pour faire honte, que les enfants ont subies au sujet des cultures autochtones par des vérités nourricières qui touchent l'essentiel de la vie. Qu'ils proviennent des traditions des Inuit, des Métis ou des Premières Nations, les enseignements traditionnels ont en commun la capacité de promouvoir et de rétablir :

- la dignité, le sentiment positif de soi/l'autonomie et la responsabilité personnelle;
- le respect et la responsabilité envers sa famille, sa communauté, sa nation et son environnement.

Le potentiel qu'ont les valeurs traditionnelles autochtones d'opérer une transformation de la situation sociale et ses problèmes a tout d'abord retenu l'attention et l'intérêt au sein du système de justice pénale.

[TRADUCTION] Si jamais il y avait une leçon d'expérience qu'on pouvait dégager de nos erreurs du passé, ce serait le fait que les Autochtones auraient dû garder la maîtrise de leur destinée et prendre en main leurs propres problèmes. En effet, nous devrions avoir assez de bon sens pour apprendre de leurs méthodes/façons autochtones. Certainement leur façon de traiter les délinquants de tous types pourrait nous en apprendre autant qu'on ne pourra sans doute jamais leur enseigner (Marshall et Fernandez, 1997:88).

Ci-après sont présentés des exemples de méthodes utilisées par des programmes autochtones pour s'attaquer aux répercussions intergénérationnelles découlant des abus des pensionnats telles que décrites au chapitre 2 et opérer un réel changement. Rassemblés, ces exemples permettent de mieux comprendre de quelle façon la sagesse et la valeur des enseignements culturels s'appliquent dans la réalité.

**Les approches de prévention et de traitement en matière de lutte contre les dépendances :** Dans l'intention de redresser la situation, d'aller à l'encontre des effets néfastes des abus subis dans les pensionnats et de s'y opposer, les approches autochtones aux fins de prévention et de réadaptation sont centrées sur des liens d'attachement sains et des stratégies d'adaptation saines dans le contexte de la reconquête de l'identité et de la fierté culturelles. Pour ce qui est des stratégies de guérison et de réadaptation qui s'attaquent plus précisément aux *troubles de l'attachement*, de la *dissociation* et de la *ré-activation*, voici ce qu'elles impliquent :

Le *trouble de l'attachement* est l'incapacité de la personne de former des liens d'attachement positifs ou des relations interpersonnelles saines due au fait que, dès sa petite enfance, il y a eu un manque de liens solides, sécurisants, avec la principale personne dispensatrice des soins. La formation d'attachements solides avec d'autres personnes, le sentiment d'une *sécurité* assurée, est une étape essentielle de la guérison. La confiance s'installe dans la mesure où les relations sont sécurisantes, compatissantes, stables et respectueuses. Dans une situation sûre, empreinte de respect mutuel, les clients commencent à *faire l'expérience* du respect de soi, de l'autonomie (prendre soin de soi-même) et de la responsabilité personnelle. L'isolement affectif et la répression des causes profondes des dépendances peuvent disparaître si une personne en arrive à croire qu'on répondra à ses besoins de sécurité physique et affective. Grâce à une série d'interventions thérapeutiques, le trouble de l'attachement peut être surmonté en rétablissant chez la personne la capacité relationnelle. En voici des exemples :

- ✦ avoir des rapports intervenant-client qui sont sécurisants, professionnels et sains;
- ✦ créer des environnements de programme ayant un climat familial;
- ✦ établir des réseaux d'entraide/de soutien par les pairs à l'aide de cercles de la parole et de partage, des groupes d'artisanat/d'art;
- ✦ renforcer les compétences parentales par des cercles de parents et des activités de loisirs en famille;
- ✦ favoriser l'établissement de rapports sociaux par le biais de fêtes et de célébrations;
- ✦ renforcer les rapports spirituels par l'entremise des Aînés, de cérémonies et de contacts avec la nature.

Beaucoup de coutumes culturelles sont des outils permettant de rétablir des relations saines et respectueuses :

- ✦ l'onction avec le foin d'odeur/des herbes sacrées ou avec de la sauge est un moyen concret de susciter un état mental et affectif positif;
- ✦ l'illumination du Qulliq est un moyen de se souvenir de ses ancêtres et de leur rendre honneur dans une démarche de guérison;
- ✦ le bâton d'orateur est un outil qui permet de pratiquer l'art de la prise de parole et de la bonne écoute;
- ✦ le récit est un moyen non-directif, non conflictuel de relier des actions à leurs conséquences;
- ✦ l'organisation de fêtes communautaires et de potlatch est un moyen de susciter un sentiment de fraternité ou de camaraderie et d'appartenance.

La *dissociation* survient si une personne s'isole de la réalité. La thérapie vise dans ce cas à aider les clients en dissociation à identifier leurs sentiments refoulés, bloqués, et de les valider afin qu'ils puissent commencer à les exprimer en toute sécurité et de façon constructive. La première étape visant à se libérer

de comportements malsains que la personne a adoptés pour faire face aux problèmes consiste à déterminer les modes personnels de dissociation; d'autre part, ce ne sont pas toutes les réactions dissociatives qui sont malsaines. La dissociation planifiée ou contrôlée est une capacité de survie importante car elle permet de rester maître de ses sentiments, en contrôle dans des situations effrayantes. Un autre objectif thérapeutique est d'apprendre la différence entre la dissociation incontrôlée qui entrave l'expression des sentiments, peu importe qu'ils soient positifs ou négatifs, et la dissociation contrôlée comme capacité de survie.

Pour être efficace, un traitement doit permettre aux participants de se rendre compte qu'ils ont la capacité d'apprendre à se protéger dans une situation susceptible de leur causer des préjudices physiques et affectifs. Les groupes de soutien ou les cercles de la parole sont des exemples d'interventions thérapeutiques qui traitent la dissociation de la façon suivante :

- établir un environnement où des rapports sûrs, confiants, affectifs avec d'autres peuvent se développer lentement;
- fournir la possibilité de s'exercer à donner de la rétroaction et à en recevoir des autres sans se sentir défait;
- permettre qu'il y ait des possibilités d'affronter des conséquences dans un environnement sûr;
- se pratiquer à fixer et à maintenir des limites personnelles à l'intérieur du cadre normal d'un groupe;
- fournir des possibilités d'exprimer toute une gamme de sentiments et d'idées avec respect.

Quant aux techniques de prise de conscience de l'ici-maintenant, ce sont des stratégies qui aident les gens à se concentrer mentalement sur l'instant présent alors qu'ils sont confrontés à des émotions intenses, qu'elles soient positives ou négatives. Par le biais de ces techniques, on a recours à des stimuli sensoriels pour renverser la dissociation et pour aider les clients à rester présents au moment où des émotions pénibles, éprouvantes, commencent à s'intensifier. Voici des exemples de ces techniques de prise de conscience de l'ici-maintenant :

- porter des pierres lisses ou tenir une sculpture spéciale;
- porter un ballot de remèdes/sac de médecines composé de sauge, de cèdre ou de foin d'odeur pour en sentir l'odeur;
- avoir de la gomme à mâcher ou des menthes pour le goût;
- se concentrer sur un son entendu dans son environnement qui est rassurant, ou avoir l'enregistrement d'une musique spéciale;
- porter une pièce de vêtement ou un bijou servant de rappel visuel de son engagement à rester présent.

Apprendre et mettre en pratique de nouvelles stratégies d'adaptation permettent d'atténuer l'anxiété et d'accroître la confiance du client en sa capacité de satisfaire à ses propres besoins sur le plan physique, mental, affectif et spirituel.

La *ré-activation* est la répétition des actions survenues au moment d'un événement ou d'un incident traumatisant antérieur. Grâce à des interventions thérapeutiques qui traitent la ré-activation, les Survivants ont la possibilité de recouvrer des sentiments de pouvoir personnel et de capacité d'agir de façon positive et autonome. Ces interventions ont pour but d'aider les participants :

- à identifier des pensées, des sentiments et des comportements qui sont des brides ou des fragments de la ré-activation;
- offrir la possibilité de revivre cette histoire, ou des fragments de cette histoire, d'une façon normale et positive au moyen d'une performance artistique, de chansons, de poésie, de récits;
- de redonner au programme ou à la communauté ce qu'on a reçu de façon significative.

L'appréciation et les applaudissements d'un auditoire réagissant à une performance au théâtre représentent des moyens très puissants et positifs de satisfaire aux besoins de ré-activation par le biais de sentiments d'euphorie et de victoire. La performance artistique n'est pas seulement un moyen significatif et profond de guérison pour les Survivants/acteurs, mais également pour les membres du public qui voient leur propre histoire, leur souffrance et leur résilience, représentées et validées. De plus, la performance habilite les Survivants, de sorte qu'ils se rendent capables de redonner à leur communauté par l'éducation communautaire.

**Information sur les séquelles des pensionnats comme intervention de guérison :** Un des principaux éléments de la programmation de réadaptation liée aux dépendances dans un contexte autochtone est l'information ou la sensibilisation au sujet des séquelles des abus commis dans les pensionnats. À titre d'exemple, les Survivants sont invités à présenter leurs témoignages directement dans les écoles en ayant à leur disposition toute une diversité de ressources, d'outils éducatifs, comme des vidéos, des affiches et des fiches d'information.<sup>7</sup>

**Approches centrées sur les troubles concomitants et le traumatisme historique :** Le soutien thérapeutique à l'intention de personnes ayant des troubles concomitants liés à une maladie mentale ou à une dépendance exige qu'il y ait un plan thérapeutique particulièrement bien coordonné et intégré. On recommande les composantes essentielles suivantes :

1. Des procédures d'évaluation qui identifient les problèmes et les besoins médicaux complexes comme l'administration de médicaments, la dose à prendre et les effets secondaires.
2. Un plan thérapeutique qui donne des options pour répondre à la série de besoins identifiés, entre autres traiter les symptômes physiques du sevrage, prévenir la rechute, apporter un soutien continu pour assurer un bon état de santé mentale et la résolution du traumatisme.
3. Un plan coordonné fournissant des aides complémentaires pour faciliter la vie de tous les jours comme la protection parent/enfant, les soins à l'enfant, le soutien/service d'assistance ou de représentation en justice pénale, l'hébergement (d'urgence, de transition et permanent) et l'aide sociale dans le cas de ressources insuffisantes ou d'incapacité (Health Canada [Santé Canada], 2002).

Selon les personnes ressources consultées pour la préparation de ce rapport, la thérapie par l'art et par l'artisanat comme le point perlé, la couture et la sculpture sont des activités moins stressantes, adaptées à des clients ayant des troubles concomitants ; en privilégiant le recours à des méthodes traditionnelles qui favorisent la créativité et la concentration, ces clients sont amenés à avoir une réaction positive (saine) face à des situations stressantes. Les problèmes et les besoins de clients ayant des troubles co-existants peuvent sembler accablants et complexes. Le manque d'information contribue aussi à alourdir la tâche, entraînant chez les intervenants des doutes quant à la capacité du « système » de traiter des troubles de cette nature.

<sup>7</sup> Se reporter à la bibliographie annotée présentée en appendice C pour obtenir de l'information sur certaines de ces ressources.

Il est donc crucial d'identifier un organisme de direction ou d'assurer un intervenant par client. Il faut bien clarifier la façon dont la responsabilisation sera attribuée pour ce qui a trait à la coordination et au suivi du plan thérapeutique, de même que la façon dont la résolution des problèmes sera effectuée dès leur apparition. Une importance doit également être accordée aux mesures d'intervention visant la réponse aux besoins à long terme du client à l'intérieur du système et à la façon dont elles seront réalisées.

Pour ce qui est des interventions thérapeutiques à caractère culturel, on mentionne l'expression artistique comme le dessin, la danse, le chant, le tambour, la courtepoinette, la sculpture ou la gravure, la fabrication d'insignes/d'accessoires traditionnels, et la thérapie jeu/sable; des pratiques culturelles comme le cedar bath, les activités dans la nature, des promenades dans les bois et la quête de la vision; des techniques de gestion du stress comme la respiration profonde et des exercices d'étirement, tenir un journal, des jeux et la thérapie par le rire.

**Post-cure ou continuum des services :** La post-cure ou continuum des services qui donne suite au traitement de dépendance(s) est essentiel. Son principal but est de :

- bien faire comprendre que la rechute est un aspect normal et prévisible d'une démarche de guérison;
- affirmer l'importance de l'apprentissage et du développement de compétences expérientiels pour pouvoir gérer les agents déclencheurs d'une rechute (facteurs déclic);
- établir un plan holistique pour prévenir la rechute au moyen d'une série de stratégies d'adaptation saines;
- intégrer également un plan de solutions de rechange pour minimiser les effets négatifs si les autres stratégies échouent et s'il y a rechute.

Comme outils et techniques de prévention de la rechute adaptés à la culture, on fait valoir toute une série de stratégies d'ordre physique, mental, psychologique et spirituel pour aider à gérer soi-même les agents déclencheurs. Voici des exemples qui se sont avérés efficaces dans le cadre de la réadaptation de clients autochtones : des exercices individuels comme des exercices de respiration et de concentration, la tenue d'un journal, le réseau de soutien (copain/surveillance mutuelle), l'exercice physique et l'onction avec des herbes sacrées; des activités en groupe comme la sculpture/gravure, le point perlé, la couture, la danse ou groupe de tambours et les cercles de la parole pour partager les histoires de réussite et les leçons apprises.

La prévention de la rechute devrait être considérée comme une ouverture continuelle à l'apprentissage expérientiel. Dans cette optique, pour soutenir la personne dans sa détermination de guérir, l'approche est de renforcer son autonomie en privilégiant la recherche de solutions pour contrer la rechute plutôt que de seulement voir le problème.

### **Réflexion d'une personne ressource consultée**

« [TRADUCTION] La prévention de la rechute vise essentiellement à ce qu'on ne soit pas dépassé (sentiment d'incapacité); c'est pourquoi il doit y avoir un plan pour chacune des étapes de la démarche et de l'aide prévue si ce sentiment de dépassement se fait sentir. Il se peut que ce soit des situations stressantes positives, comme une nouvelle relation, le retour aux études ou le début d'un nouvel emploi. Toute nouvelle situation sociale ou exigeant de nouvelles compétences sociales peut déclencher le sentiment d'être dépassé. »

*Shiningwater Diabo*

L'approche axée sur la recherche de solutions considère la rechute comme une possibilité de trouver d'autres façons d'améliorer le plan de réadaptation ou de guérison. Selon la perspective des enseignements culturels autochtones parmi lesquels il y a l'humilité, l'honnêteté et le courage, le fait de voir la rechute sous un nouvel angle ou le « recadrer » comme une possibilité d'apprentissage et de développement est une stratégie harmonieuse. Tout comme on a recours à des activités d'art et d'artisanat, à une programmation post-cure ou à un continuum de services, il y a aussi dans ce contexte l'intégration des cérémonies de la suerie, des fêtes, des danses et des pow-wows, ainsi que du bénévolat au sein de la communauté, des sports et des loisirs. Ajoutons que des possibilités d'apprentissage du savoir-faire traditionnel de survie comme la chasse, la pêche, la sculpture ou gravure et la couture sont aussi des moyens de prévenir la rechute en faisant des expériences positives. Vu que ces activités sont effectuées en groupes, elles contribuent à diminuer l'isolement social, un des aspects typiques du cycle des comportements de dépendance. Comme autre dimension importante pour prévenir la rechute, il y a l'appui et l'intervention qui visent l'amélioration des conditions de vie et le renforcement des compétences sociales/de l'autonomie fonctionnelle. En effet, un milieu de vie stable, sécuritaire, à la suite d'un traitement est un autre aspect crucial de la réadaptation. Par conséquent, si on veut assurer à long terme une prévention efficace de la rechute, il faut de l'appui et des actions ou des interventions en faveur de l'obtention de logements décentes, à prix abordable, de l'aide sociale, de l'emploi et de la formation.

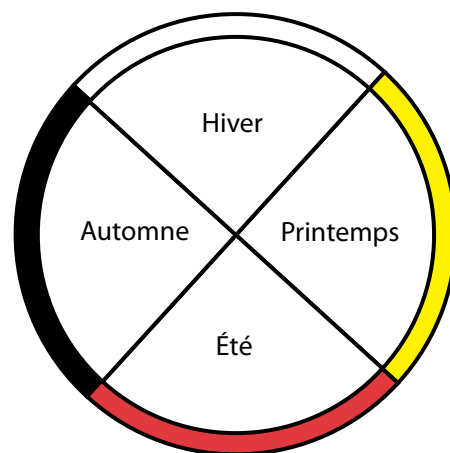
### **Modèle de guérison communautaire**

Une étude de recherche entreprise dans le but d'élaborer un cadre de guérison individuelle et communautaire a permis de ressortir des parallèles frappants (Lane et coll., 2002). En s'appuyant sur une étude de six collectivités de premières nations, des chercheurs ont proposé un modèle de guérison en 4 étapes qui clarifie la démarche de rétablissement ou de guérison individuelle et communautaire. Ce modèle théorique prend sa source dans les enseignements traditionnels touchant la croissance et le changement. Dans la vision du monde autochtone, le changement est considéré comme un processus continu qui suit le même mouvement cyclique que le changement des saisons. Tout comme la période de plantation printanière évolue graduellement vers la saison de la croissance, pour passer ensuite à celle de la récolte, suivie d'une période de dormance, les étapes du cheminement de guérison se déroulent également d'une « saison » à l'autre. Chacune de ces étapes ou de ces saisons est déterminée par sa propre série de conditions qui peuvent soit faciliter ou entraver le processus de changement. Aucune saison n'est plus importante que l'autre; chacune apporte son lot de satisfactions bien particulières et de défis.

Parallèlement, aucune des étapes de la démarche de guérison n'est valorisée plus ou moins qu'une autre; chacune permet à la personne de se sentir gratifiée. À mesure que les personnes et les communautés progressent à travers ces étapes ou ces saisons de la guérison, il y a un approfondissement de la connaissance et de la sagesse expérientielles.

Ce modèle est un outil utile permettant d'aider les personnes et les collectivités à réaliser leur plein potentiel. En identifiant et en misant sur les « forces agissantes » de chaque étape et sur la résolution de problèmes face aux défis à relever, les personnes et les communautés se sentent en mesure d'agir, habilitées, pour mieux planifier et gérer leur propre guérison. Ces quatre saisons du cheminement de guérison communautaire et leurs caractéristiques s'énoncent comme suit :

Figure 4) Les quatre saisons du cheminement de guérison



**Étape 1 : Hiver – la démarche commence :** L'étape 1 de la guérison communautaire commence au moment où le creux de la vague est atteint, des personnes clés commencent à poser des questions et à remettre en question le statu quo. Un petit groupe central initie les premiers pas vers le changement positif. Miser sur les forces agissantes à la première étape consistera à appuyer ceux qui ont endossé le rôle d'agents de changement et à assurer un « environnement favorable » à la guérison par une approche axée sur la recherche de solutions et la collaboration. Pour relever les défis à cette étape, il faudra être préparés à désamorcer les attitudes de déni et d'opposition en encourageant la sensibilisation de la communauté et en ayant recours aux enseignements traditionnels pour promouvoir des relations saines et respectueuses, de même qu'une vision holistique à long terme.

**Étape 2 : Printemps – Prendre son élan :** À cette étape, les nouvelles relations et les réseaux dans la communauté se forment et ils sont reconnus, générant de l'enthousiasme et de l'espoir à l'égard du changement envisagé. À mesure qu'un plus grand nombre de gens se joignent à la démarche de guérison, on commence à reconnaître le besoin de se pencher sur des problèmes non résolus, sur les causes profondes des comportements de dépendance, de s'y attaquer. Découlant de cette prise de conscience, on réalise peu à peu que, visiblement, les ressources communautaires sont insuffisantes. Miser sur les forces agissantes de l'étape 2 consistera à profiter de cet élan prometteur pour identifier et prendre davantage conscience des problèmes fondamentaux, d'inviter toutes les personnes partageant la même vision à participer au processus de changement. Relever les défis de l'étape 2 amènera à développer la capacité de guérison de la communauté en offrant toute une série de programmes de développement et de la formation au personnel.



**Étape 3 : Été – Frapper le mur :** Bien qu'à cette étape le progrès ressort, de nouvelles crises émergent, comme des modes de comportements de dépendance différents, des problèmes chez les jeunes, l'épuisement du personnel ou la résistance qui menace la continuité du changement à long terme. La démarche de guérison devient de plus en plus institutionnalisée ou elle peut être déviée par des objectifs ou des plans d'action concurrents. Les progrès réalisés peuvent donner l'impression d'un recul ou d'une stabilisation, ce qui suscite la désillusion. Miser sur les forces agissantes à l'étape 3 consistera à prendre appui sur les forces positives au moyen d'activités de contrôle et de l'évaluation des besoins émergents. Quant aux défis à relever à l'étape 3, les mesures toucheront, notamment à éviter le surmenage chez le personnel, à les encourager à avoir un plan pour s'occuper de leur bien-être et aussi à apporter du soutien aux équipes, à éviter que les efforts « s'institutionnalisent » en offrant une gamme flexible d'activités holistiques de guérison destinées aux personnes, aux familles et à la communauté, de même qu'en élaborant des plans, des protocoles pour qu'il y ait partage d'informations et collaboration inter-organismes et intersectoriels.

**Étape 4 : Automne – De la guérison à la transformation :** À cette étape, un virage s'effectue dans la façon de concevoir la guérison ; perçue comme « la solution », la guérison mène au développement communautaire. L'orientation de la démarche prend alors de l'ampleur, au-delà de la transformation des personnes et de leurs relations, on s'achemine vers la transformation des systèmes. De nouveaux partenariats sont constitués en vue de créer de l'emploi, donner de la formation, et faire avancer le développement économique, comme partie intégrante de la vision d'une collectivité en bonne santé et assurant le soutien à la vie communautaire. Tous les secteurs commencent à s'engager activement à réaliser cette vision. Même si ce sont des travailleurs de la santé ou des membres de la communauté intéressés qui ont entamé cette démarche de guérison communautaire, progressivement celle-ci mobilise des intervenants de tous les secteurs ayant une vision commune de la santé de leur collectivité et de sa vitalité.

[TRADUCTION] Pour la démarche de guérison, normalement le leadership prend sa source de trois secteurs : les membres du milieu communautaire, ceux de la base, les organismes et départements professionnels (ou spécialisés) ou bien des dirigeants du niveau politique. Par la suite, à mesure que les collectivités avancent sur le chemin de la guérison, ces trois secteurs au complet deviennent engagés (Lane et coll., 2002:47).

Miser sur les forces agissantes de l'étape 4 signifiera de continuer à prendre appui sur la base culturelle/spirituelle des collectivités, à la développer et à la renforcer, à accroître la capacité par la formation et l'intégration des diplômés au programme de guérison comme membres du personnel et comme bénévoles. Relever les défis de l'étape 4 consistera à s'appuyer sur des partenariats, à les diversifier, afin qu'ils mobilisent tous les secteurs pour la poursuite d'un développement socio-économique sain et qu'ils partagent les pratiques les plus prometteuses et les leçons d'expérience leur permettant d'évoluer vers l'atteinte de la vision commune d'un modèle d'excellence/de meilleure pratique.

### **Mappage du processus de changement**

Le modèle axé sur les saisons que proposent Lane et ses collaborateurs (2002) fait ressortir des aspects communs du processus de changement que toutes les collectivités peuvent s'attendre à affronter au cours de leur cheminement de guérison. Comme principaux messages véhiculés par ce modèle axé sur les saisons, il ressort que : le changement est considéré comme un processus survenant naturellement; le changement s'opère dans le cadre d'un processus de développement étape par étape où les personnes et

les communautés progressent à leur propre rythme; le changement est un processus dynamique, et même s'il y a des périodes de stagnation relative ou des reculs, ces perturbations font partie d'un processus normal.

***Réflexion d'une personne ressource consultée***

*« [TRADUCTION] On a besoin d'accepter que « la période d'immobilisme/ de stagnation » est aussi un progrès, car c'est à ce moment-là qu'on écoute l'esprit; comme on peut le voir, le progrès ne signifie pas uniquement le mouvement. »*

*Shiningwater Diabo*

Munies de cette connaissance du processus, les collectivités sont mieux positionnées pour planifier toute une série d'activités qui correspondent à leurs besoins particuliers, uniques, et à leur réalité à mesure qu'elles évoluent d'une étape à l'autre de la démarche de guérison. Le tableau suivant résume les quatre étapes de la démarche individuelle et communautaire selon le modèle proposé par Lane et ses collaborateurs dans *Le balisage de l'expérience de guérison*.

**Tableau 4) Mappage de la démarche de guérison :  
un modèle conceptuel de la guérison holistique**

Démarche de guérison individuelle	Démarche de guérison communautaire
<p><b>1. Début de la démarche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ le creux de la vague est atteint ou la crise éclate</li> <li>+ l'histoire est racontée</li> <li>+ l'examen du mode de vie « intégral » commence</li> <li>+ le traumatisme profond, sous-jacent, ou les problèmes non résolus commencent à se dévoiler</li> </ul>	<p><b>1. L'hiver - la démarche commence</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ le creux de la vague est atteint ou la crise éclate</li> <li>+ les gens commencent à poser des questions et à mettre en cause le <i>statu quo</i></li> <li>+ un petit groupe fait les premiers pas vers le changement</li> </ul>
<p><b>2. Réadaptation ou guérison partielle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ le comportement de dépendance cesse, la force de changement (agissante) est toujours présente,</li> <li>+ une « culture de guérison » remplace la « culture liée aux dépendances »</li> </ul>	<p><b>2. Printemps - prendre son élan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ les nouveaux réseaux communautaires sont formés</li> <li>+ plus de gens se joignent au processus de guérison</li> <li>+ des forces agissantes sont toujours en place, mais la portée du problème commence à être bien saisie</li> </ul>
<p><b>3. Le long parcours</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ une nouvelle identité et un nouveau mode de vie commencent à prendre forme</li> <li>+ des périodes de croissance alternent avec des plafonnements ou des reculs</li> </ul>	<p><b>3. Été - Frapper le mur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ le progrès est évident mais de nouvelles crises émergent</li> <li>+ la démarche de guérison devient institutionnalisée</li> <li>+ le personnel commence à s'épuiser ou à être désillusionné</li> </ul>
<p><b>4. Transformation ou renouveau</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ de nouvelles relations et le sentiment d'être au service de la communauté inspirent une vision de vie plus exigeante, constructive et élevée</li> <li>+ une identité ancrée dans la culture; la communauté reprend des forces</li> </ul>	<p><b>4. Automne – Passage de la guérison à la transformation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ un changement de perception fait passer la guérison comme « solution » à la guérison menant au « développement »</li> <li>+ l'objectif de la démarche de guérison s'élargit pour aller au-delà de la guérison de la personne et de la famille et englober le développement communautaire</li> <li>+ tous les secteurs commencent à s'engager dans une vision de croissance et de changement</li> </ul>

***Réflexion d'une personne ressource consultée***

*« [TRADUCTION] La guérison s'opère une étape à la fois et nous avons besoin de respecter chacune d'entre elles. Les gens doivent savoir qu'une fois le cheminement de guérison commencé, on n'ira jamais aussi bas qu'auparavant parce que, peu importe ce qui arrive, on peut toujours revenir à cet engagement qu'on a pris envers soi-même. »*

*Shiningwater Diabo*

## Cinq histoires d'espoir

### L'histoire d'une cliente (suite)

« [TRADUCTION] Si je n'étais pas revenue aux enseignements (traditionnels), je n'aurais pas fait tout le chemin que j'ai fait. Maintenant, je comprends bien la personne que je suis et je l'aime.

*Pour guérir, il faut s'attaquer aux autres problèmes parce qu'on peut bien se libérer des dépendances, mais rester malade mentalement. J'étais sobre depuis 8 ans et j'ai fait une dépression nerveuse; il m'a donc fallu traiter mes autres problèmes. J'ai subi un traumatisme secondaire alors que j'ai été victime de voies de fait commises par mon mari. Il était abstinent depuis 10 ans et nous parlions de notre vie. Tous les deux, nous nous sommes provoqués et avons cédé de façon vraiment virulente. »*

Ce chapitre fait ressortir des exemples de programmes de prévention et d'intervention communautaires, conçus et gérés par des Autochtones, qui ont atteint des résultats positifs remarquables. Certains de ces programmes sont très récents et, malgré qu'ils soient très prometteurs à leurs débuts, ils n'ont pas encore fait leurs preuves à long terme. D'autres sont des modèles qui existent depuis longtemps et qui ont résisté à l'épreuve du temps. Ces cinq histoires de réussite décrites dans ce chapitre ont pour but d'illustrer des approches autochtones appliquées aux problèmes de dépendance très graves auxquels la population autochtone est confrontée actuellement : l'alcool, les drogues et l'abus du tabac commercial. En choisissant ces histoires, on a tenu compte des stratégies de prévention et d'intervention qui correspondent à toute une diversité de groupes, de collectivités et de programmes autochtones, parmi lesquels font partie :

- les jeunes;
- les collectivités rurales et urbaines; et
- des modèles qui visent l'intervention précoce, le traitement des dépendances et la guérison communautaire.

Certains exemples, comme Alkali Lake en Colombie-Britannique, sont des collectivités bien établies et bien connues au niveau national et également au niveau international. D'autres, comme le programme urbain de traitement des dépendances pour les Inuit à Ottawa, Ontario, le programme d'intervention précoce axé sur l'abus des substances psychoactives chez les jeunes à Indian Brook et la Première nation Eskasoni en Nouvelle-Écosse, de même que le programme de lutte contre le tabagisme d'Ottawa, Ontario, prennent appui sur des résultats de travaux prometteurs, innovateurs, très récents et ils commencent à peine à avoir des retombées positives. Ces exemples ne sont que quelques-unes des histoires nombreuses de courage et d'espoir provenant des collectivités inuites, métisses et de premières nations de toutes les régions du Canada. L'intention n'est pas de raconter l'histoire au complet de l'approche autochtone appliquée aux dépendances, mais, dans l'ensemble, ces exemples réunis permettent de souligner son efficacité particulière.

Le partage de ces histoires de réussite vise essentiellement à inspirer d'autres collectivités et d'autres prestataires de services en leur racontant une histoire différente de celle que les médias transmettent ordinairement. C'est en répétant maintes et maintes fois les histoires de réussite qu'on contribuera à assurer la continuité du dynamisme, de l'enthousiasme du mouvement de guérison autochtone, en prenant appui sur le sentiment d'espoir immense qu'il a généré. Même si ces cinq histoires présentées dans ce chapitre témoignent de la diversité des collectivités et des perspectives, elles sont toutes holistiques et reposent sur la sagesse des enseignements culturels. Voici donc l'histoire de :

1. Alkali Lake Community Healing Model [Modèle de guérison communautaire de la collectivité d'Alkali Lake], Colombie-Britannique;
2. Eskasoni Community Healing Movement [Mouvement de guérison de la communauté d'Eskasoni], Cap-Breton, Nouvelle-Écosse;
3. "Nemísimk, Seeing Oneself" Youth Early Intervention Program Model [Modèle du programme d'intervention précoce pour les jeunes], Indian Brook First Nation et Eskasoni First Nation, Nouvelle-Écosse;
4. Sacred Smoke, Health Promotion/Smoking Cessation Model [Modèle de lutte contre le tabagisme - renoncement au tabac/promotion de la santé], Ottawa, Ontario;
5. Mamisarvik National Inuit Treatment Centre [Centre de traitement national Mamisarvik pour Inuit], Ottawa, Ontario.

La narration de ces histoires commence par les modèles qui fonctionnent depuis plus longtemps et qui sont bien établis et elle se termine par les programmes au développement plus récent.

### **Alkali Lake Community Healing Model (Modèle de guérison de la collectivité d'Alkali Lake)**

Alkali Lake est une Première nation Shuswap qui possède **une expérience longue de 35 ans en matière de prévention et d'intervention dans le domaine de la lutte contre les dépendances**. Cette expérience éprouvée en prévention et intervention efficace confirme l'importance primordiale de s'attaquer aux problèmes fondamentaux, profonds, comme la maltraitance faite aux enfants, pour réussir à mettre fin au cycle intergénérationnel des comportements de dépendance.

Avant 1940, cette communauté de 400 habitants du nord central de la Colombie-Britannique n'avait aucun problème de dépendance. L'introduction de l'alcool par les commerçants de fourrure et les séquelles traumatisantes des abus subis dans les pensionnats ont provoqué une crise. Dans les années 1960, la communauté était « [TRADUCTION] complètement plongée dans la culture de l'alcoolisme » (Four Worlds International Institute, 1998:4).

[TRADUCTION] Associés à l'alcoolisme, vinrent la pauvreté, la famine, la maladie, les suicides et les multicouches du fardeau des pertes, dont des décès de proches causés par accident, par violence ou par maladie tout à fait évitable, attribuées uniquement aux abus et à la négligence continuel du corps (*retrait de l'accentuation*) (Four Worlds International Institute, 1998:4).

La communauté a élaboré un modèle de guérison communautaire polyvalent, global, visant à traiter les comportements de dépendance, ainsi que leurs causes profondes. Ces efforts ont commencé en 1972, alors qu'un enfant de sept ans a refusé de retourner chez lui avec ses parents alcooliques. À partir de ce moment-là, ses parents se sont engagés à cesser de boire avec le soutien d'un conseiller des AA et d'un frère oblat d'une communauté voisine. Peu après, la communauté a élu chef le père de cet enfant, lui donnant une plateforme pour s'attaquer aux problèmes de l'alcoolisme et faire oeuvre commune pour concevoir un plan. Voici les mesures que la communauté a prises pour y remédier : elle a mis fin aux ventes de boissons alcoolisées dans la réserve; arrêté les trafiquants d'alcool, ce qui a tué leur entreprise; instauré un système de bons d'échange à l'intention des buveurs invétérés, alcooliques chroniques, les empêchant ainsi d'utiliser l'argent du bien-être social pour acheter de l'alcool au lieu de la nourriture; offert aux personnes ayant commis des actes criminels attribués à l'alcool le choix d'aller suivre une cure ou d'aller en prison; remplacé les modèles de rôle négatifs par des positifs. Le prêtre catholique venu de la communauté avoisinante, lui-même dépendant de l'alcool, a été sommé de partir de la réserve.

Le premier pas de l'approche communautaire axée sur la guérison a commencé par l'introduction de guides traditionnels venus d'autres collectivités dans le but d'aider à rétablir l'identité et à réintégrer la spiritualité. La communauté a également réintroduit la suerie et le calumet ou pipe sacré comme outils de guérison et institué la démarche de guérison comme partie intégrante de la vie communautaire au moyen de cercles continus, des rencontres de AA et des groupes de soutien.

De la même façon, cette communauté a créé de nouveaux projets de développement économique pour offrir des possibilités d'emploi aux personnes qui allaient suivre un traitement, de même qu'elle assurée de l'aide pour la garde des enfants et les travaux ménagers et de réparation.

#### ***Indications probantes de leur réussite :***

- après 2 ans, 35 personnes étaient admises en traitement;
- après 3 ans, 40 pour cent des membres de la communauté étaient sobres;
- après 7 ans, 98 pour cent des habitants s'abstiennent complètement de boire de l'alcool;
- après 13 ans, la communauté est parvenue au niveau du plein emploi (Four Worlds International Institute, 1998).

En même temps que l'alcoolisme généralisé était peu à peu enrayé, le problème sous-jacent de l'abus sexuel remontait à la surface. À ce moment-là, la communauté a élu un nouveau chef qui a exercé un leadership fort en s'attaquant à l'abus sexuel et qui a combattu la colère et le déni de certains hommes de la communauté. Afin de parer à une situation de crise, la communauté s'est adressée à des spécialistes autochtones de confiance du Nechi Institute et de Four Worlds Development Project (les deux de l'Alberta) pour lui venir en aide. Ces spécialistes ont mené toute une série de sessions de groupe qui a permis de découvrir que 80 pour cent des hommes et des femmes et jusqu'à 90 pour cent des enfants et des jeunes avaient été agressés sexuellement. La communauté a alors élaboré une approche multiniveau intégrant les interventions du système de justice pénale à une démarche intensive de guérison. Divers intervenants du domaine de la justice et de la santé, y compris les services policiers, les tribunaux, les prisons, le psychologue judiciaire, le spécialiste de consultation thérapeutique ou le psychologue spécialisé en matière d'abus sexuel et les conseillers communautaires, ont été impliqués. Des groupes de soutien aux survivants (victimes d'abus) et aux agresseurs ont été organisés ; de plus la communauté a institué

un processus de réconciliation auquel les agresseurs, les victimes et les membres de la famille de chacun d'eux ont participé.

[TRADUCTION] Pour chaque aspect de la vie familiale et communautaire, on a commencé à rétablir des balises cérémonielles dont le but est de guider les gens dans leur cheminement de vie, leur rappeler leurs responsabilités sacrées et leurs limites. Des valeurs morales et des enseignements traditionnels sont redevenus primordiaux pour l'éducation des enfants, la gestion des affaires publiques (la gouvernance) et la vie familiale (Four Worlds International Institute, 1998:13).

### **Eskasoni Community Healing Movement (Mouvement de guérison de la communauté Eskasoni)**

L'histoire d'Eskasoni porte sur le combat que cette collectivité a livré aux problèmes de dépendance et sur les difficultés qu'elle a surmontées malgré sa **forte population, dispersée sur une vaste région géographique**. Des membres de cette communauté ont établi un remarquable réseau et des partenariats dans le cadre d'un programme de prévention et d'intervention innovateur au sein de leur Première nation et également à l'extérieur de la communauté. Contrairement à la collectivité d'Alkali Lake, ils ont réalisé ces efforts sans bénéficier de la collaboration d'un leadership élu et engagé et d'un plan d'action rassembleur. Ayant une population de 3500 habitants, située au Cap-Breton, Nouvelle-Écosse, Eskasoni est la collectivité de Première nation Mi'kmaq la plus importante au Canada. C'est la plus grande réserve à l'est de Montréal. La langue maternelle de cette collectivité est le Mi'kmaq et plus de la moitié de la population est âgée de moins de 19 ans. La communauté a sur son territoire un centre de traitement reconnu, établi depuis longtemps, dont les intervenants en toxicomanie obtiennent des fonds du PNLAADA. Les membres de la collectivité d'Eskasoni ont identifié bon nombre de problèmes fondamentaux d'ordre social, des problèmes pressants et interreliés, sous-jacents aux comportements de dépendance :

[TRADUCTION] Il y a chez nous tout un écheveau (complexe) de problèmes auxquels nous livrons bataille - l'alcool et les drogues, la passion du jeu, l'abus sexuel, la violence familiale et un spectre complet de séquelles chez les Survivants des pensionnats liées à l'absence de compétences parentales, au repli affectif sur soi-même et à une sourde rage violente (Lane et coll., 2002:36).

Des petits foyers de membres engagés de la communauté, des personnes clés, prestataires de services et enseignants, ont assumé un rôle proactif dans le développement d'une série de projets de prévention et d'intervention. Des programmes de soutien aux familles ont été mis sur pied. À titre d'exemple, mentionnons un programme de guérison axé sur la famille, conçu pour être dispensé à la maison, parfois jusqu'à trois fois par semaine. Toute la famille est intégrée au programme - les tantes, les frères et soeurs, les Aînés sont aussi mobilisés pour appuyer les nouveaux comportements. Le personnel du programme peut aussi être de la partie, assumer un rôle d'intervention auprès de la famille pendant quelques heures pour donner des précisions, des conseils, tout en agissant comme modèle de rôle en fonction des nouveaux comportements et des approches de parentage (rôle de parent/éducation des enfants). Chaque parent peut avoir un conseiller différent, de même que leurs enfants peuvent être encadrés par un autre; grâce à des conférences de cas réunissant tous les intéressés, on s'assure d'une connaissance et compréhension coordonnées de l'ensemble du processus. Les gens qui sont aux prises avec la pauvreté reçoivent de l'appui



pour les aider à faire face à la situation (p.ex. les conduire au magasin, leur faire une visite en passant pour les encourager, donner de l'amitié, et aider la famille dans sa démarche de guérison).

Voici des exemples de diverses stratégies de prévention liées à la lutte contre les dépendances, des stratégies conçues à l'intention des enfants et des adolescents qui font appel à de nombreux partenaires et intervenants :

- *Moose Camp* a été le premier programme du genre au Canada, réunissant des Aînés, de jeunes (adolescents) et des membres de la GRC, dans le but de faire ensemble des activités positives. Quinze jeunes ont été invités à passer une semaine au Moose Camp avec des agents de police, des agents du ministère des Ressources naturelles et des Aînés. Dans ce contexte de la chasse à l'orignal, les adolescents acquièrent un savoir culturel comme la façon de capturer ou de récolter ou de prendre des ressources de subsistance traditionnelles au profit de la communauté. Des activités de programme ont été conçues pour renforcer chez les adolescents le sentiment d'identité culturelle et leur faire prendre conscience de l'influence des gestes/des actions des personnes sur l'ensemble de la communauté. En 2004, ce programme a été proposé comme lauréat d'un prix de la GRC (Jeff Christie, personne ressource informatrice).
- *The Sunflower Project* vise à aider les jeunes à mieux comprendre leur vécu personnel en plantant, en faisant pousser et en récoltant des tournesols. C'est une façon de leur transmettre les enseignements traditionnels concernant un développement sain à travers le cycle de la vie. Ce projet a été élaboré grâce à un partenariat avec l'université du Cap-Breton.
- *PATHS/Empathy Program* [programme d'empathie] vise les enfants d'âge scolaire, de 5 à 11 ans, qui adoptent un comportement antisocial comme l'intimidation (faire des menaces, rudoyer), des actes de violence et un désintéressement envers les études. Le but est d'accroître leur capacité de communication au moyen d'enseignements culturels, de l'histoire des familles et d'autres activités bien adaptées au mode d'apprentissage autochtone. Ce programme a été élaboré par l'entremise du Conseil d'éducation d'Eskasoni (Jeff Christie, personne ressource informatrice).

La communauté d'Eskasoni est vaste et dispersée; par conséquent, il faut plus de temps et d'effort pour établir et entretenir des liens, des contacts ou des alliances dans le but d'élaborer un plan cohérent et coordonné de prévention/d'intervention centrée sur les dépendances. En 2002, on a voulu surmonter cette difficulté en mettant sur pied un comité interorganisations agissant comme centre de rayonnement pour la prestation de services à la communauté, la coordination et la planification. C'est un comité multisectoriel formé de représentants du domaine de l'éducation, de la justice, de la santé et des services sociaux qui se rencontrent mensuellement.

Eskasoni est également la première collectivité autochtone dans les Maritimes à réaliser une prise en charge multidisciplinaire des cas par l'entremise d'un nouveau comité interorganisations. Les prestataires de services et les enseignants sont devenus de plus en plus proactifs en cherchant de nouvelles possibilités de programmes pour le bénéfice des enfants et des adolescents.

**“Nemi’simk, Seeing Oneself” Youth Early Intervention Program Model**  
**[Modèle d’intervention précoce auprès des jeunes]**

(David Wojak et D<sup>r</sup> Nancy Comeau, personnes ressources informatrices)

Le programme d’intervention précoce destiné aux jeunes à risque, « Nemi’simk, Seeing Oneself », de la Première nation Indian Brook et de la Première nation d’Eskasoni, Nouvelle-Écosse, a été choisi à titre d’exemple récent, **constructif, de collaboration multisectorielle réunissant des éducateurs, des chercheurs, le service de police, des jeunes, des Aînés et des membres de ces communautés.** Ce programme a été établi pour traiter un problème identifié par les dirigeants comme priorité absolue pour les Premières nations des Maritimes - l’abus des substances psychoactives chez les jeunes. Ce programme a été conçu spécifiquement pour éliminer les causes fondamentales, profondes, à l’origine de l’abus des substances psychoactives et des dépendances chez les jeunes autochtones. Il repose sur un modèle holistique, « [TRADUCTION] de brèves interventions adaptées aux personnalités, axées spécifiquement sur les motivations (motifs incitant à agir) » qui permet aux adolescents de se libérer des stratégies mésadaptées qu’ils adoptent pour faire face aux situations, des mécanismes d’adaptation qui contribuent à l’abus des substances. Ce programme intitulé *Nemi’simk, Seeing Oneself* a été choisi pour amener les jeunes à cheminer intérieurement, là où les dons personnels de l’esprit et de la capacité d’agir, de s’autoguérir, sont exploités. Indian Brook First Nation est située sur la côte de la partie continentale de la Nouvelle-Écosse et elle a une population d’un peu plus de 900 habitants. Les personnes ressources consultées ont exprimé leurs préoccupations au sujet du taux de suicide chez les jeunes qui atteint un niveau alarmant.

Les chefs des collectivités de premières nations en Nouvelle-Écosse se sont mis d’accord pour considérer comme priorité le traitement de l’abus des substances psychoactives chez les jeunes. La GRC a invité un chercheur universitaire ayant élaboré un modèle d’intervention précoce à l’intention des jeunes à venir rencontrer les représentants communautaires. Une relation basée sur la confiance s’est peu à peu établie entre les membres de la communauté, les écoles, les services de police et les chercheurs. En 2004, ces deux collectivités de premières nations ont collaboré avec des chercheurs pour adapter et expérimenter un programme d’intervention précoce pour Autochtones axé sur le traitement de l’abus des substances psychoactives chez les jeunes. Les planificateurs partenaires de ce programme comprenaient des chercheurs de Dalhousie University (ceux ayant élaboré le modèle de base), l’Institut canadien de recherche pour la santé, l’Institut de santé pour les Autochtones (ICRS-ISA), la Direction de la police des autochtones et de la diversité de la GRC, de même que des conseillers en orientation et des représentants des collectivités de Indian Brook et Eskasoni First Nation et de leurs écoles secondaires.

Préalablement à l’essai pilote du modèle dans leurs collectivités, des Aînés et des jeunes ont planifié les composantes culturelles des thèmes/documents du programme. Ils ont aussi créé les histoires et les illustrations pour une série de cahiers d’exercice du modèle d’intervention visant à orienter l’autoguérison. Les interventions reposent sur cette série de cahiers d’exercice, chacun d’eux visant un type de personnalité en particulier associé à l’abus des substances psychoactives. Les histoires et les situations présentées dans chaque cahier puisent leur fondement dans l’expérience de vie réelle des jeunes Mi’kmaq; toutes les illustrations ont été faites par de jeunes Mi’kmaq et le contenu du modèle est inspiré par les enseignements traditionnels, les symboles et les couleurs ayant une signification particulière pour les membres Mi’kmaq de ces collectivités. Six conseillers en orientation des écoles secondaires et huit agents de la GRC formés comme « intervenants » pour le programme ont aidé les jeunes à passer à travers ce projet pilote et également à en assurer le suivi une fois complété.

Des jeunes aux prises avec une consommation abusive des substances psychoactives ont été identifiés à l'aide d'un processus de sélection préalable au niveau de l'ensemble des écoles de cette région et ils ont été invités à participer à l'étude. Chaque participant a pris part à une évaluation rigoureuse avant et après ce programme de quatre mois. À l'aide d'un prétest, chaque participant a identifié ses besoins profonds et les raisons l'amenant à faire un usage abusif des substances psychoactives. Les participants ont fait une série d'exercices d'intervention dans un cahier d'activités basées sur les facteurs de motivation ou les raisons profondes le poussant à consommer. Ces participants avaient le choix de faire les exercices seul avec l'aide d'un intervenant formé ou au sein d'un groupe de jeunes animé par un intervenant. À la fin du programme, le post-test a permis d'évaluer l'influence exercée par les interventions sur la diminution des comportements de dépendance ou d'abus des substances psychoactives.

Bien qu'on ne dispose pas encore de résultats à long terme, l'évaluation du projet pilote de quatre mois a démontré une réduction importante de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes participants. La GRC a indiqué que, de façon anecdotique, on avait relevé des niveaux accrus de confiance entre les jeunes participants et les conseillers en orientation des écoles secondaires, de même qu'entre les membres des communautés et les agents de la GRC. Le Comité consultatif national du Commissaire sur les Autochtones (CCNCA), Santé Canada et la division de la Stratégie nationale de prévention du crime du ministère de la Justice ont manifesté de l'intérêt à l'égard de ce modèle d'intervention précoce.

[TRADUCTION] Ce programme a donné les moyens à des intervenants pour qu'ils réussissent à pénétrer directement dans l'esprit (le cœur) de jeunes de 14 à 18 ans abusant des substances (psychoactives) d'une façon très personnelle et profonde. Quand on parvient à être en contact aussi étroit avec eux, les jeunes se confient réellement. À cause de programmes comme celui-là, les collectivités ont vraiment compris qu'il y a des personnes capables d'apporter un appui réel et chaleureux et cette attitude a changé l'image de la GRC. Les collectivités ont commencé à croire que le système peut vraiment aider et apporter un appui substantiel, une façon plus (positive) que seulement réagir en fonction d'activités criminelles et arrêter les gens (David Wojak, personne ressource consultée).

**Sacred Smoke, Health Promotion/Smoking Cessation Program**  
**[Programme de lutte contre le tabagisme/promotion de la santé]**  
 (Connie-Gail Crowder, personne ressource informatrice)

*Sacred Smoke* est le premier programme de lutte contre le tabagisme au Canada qui a été élaboré par et pour des Autochtones.<sup>8</sup> Le Wabano Centre for Aboriginal Health à Ottawa, un centre autochtone d'accès à la santé [Aboriginal Health Access Centre (AHAC)] parrainé par une stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones [Ontario Aboriginal Healing and Wellness Strategy], a conçu ce programme. Le centre dessert la population urbaine inuite, métisse et de première nation et il s'occupe d'un peu plus de 3000 personnes.

<sup>8</sup> La Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, inc. (2005) a également élaboré un manuel visant la désaccoutumance au tabac, adapté à la réalité culturelle, *Keeping the Sacred in Tobacco* [traduit en français – *Préservons le caractère sacré du tabac*] qui comprend une trousse de formation.

Préoccupés par le taux élevé de tabagisme, non seulement chez les clients, mais également chez le personnel du centre d'accès à la santé, les responsables du centre ont mis sur pied deux projets différents de lutte contre le tabagisme qui ont été expérimentés en collaboration avec des partenaires non autochtones. Constatant que ces efforts donnaient peu de résultats en raison de leur manque d'adaptation à la réalité culturelle, le centre Wabano a réalisé un projet pilote maison dans l'intention d'élaborer un modèle de renonciation au tabac approprié à la culture et d'en mesurer l'efficacité. En 2004, le Wabano Centre a produit et expérimenté le premier programme spécial pour les Autochtones de lutte contre le tabagisme au Canada, *Sacred Smoke*. Ayant obtenu le succès escompté, le Wabano Centre a alors aidé deux autres projets du AHAC à expérimenter son modèle dans leurs collectivités pendant l'année 2005 : le Shkagamik-Kwe Health Centre, Sudbury; le Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre, London; et le Wassay-Gezhig Na-Nahn-Dah-We-Igamig, Kenora. Il s'agit d'un programme unique de promotion de la santé en 8 modules qui entremêle des enseignements traditionnels articulés autour du tabac comme « médecine sacrée » et de l'information sur les risques graves pour la santé que représente le tabagisme ou tabacomanie des personnes abusant du tabac commercial; le programme favorise l'entraide/le soutien par les pairs pour assurer la continuité de l'engagement des fumeurs à réduire et/ou à cesser l'usage du tabac et leur inculquer la fierté culturelle et le sentiment de l'importance de soi ou de prendre soin de soi comme bouclier contre d'autres comportements de dépendance.

Ce programme rend les participants capables d'élaborer leur propre plan d'abandon du tabac, favorise le soutien par les pairs dans la démarche de réduction ou d'abandon complet de l'usage du tabac et permet de connaître les enseignements sur le tabac traditionnel comme « médecine sacrée ». Ces enseignements autochtones axés sur l'usage du tabac traditionnel, sur son utilisation rituelle et son influence positive permettent d'expliquer de quelle façon cet usage diffère de celui du tabac commercial, alors que l'utilisation du tabac est détournée de ses fins positives et a des effets nuisibles pour la santé. Parallèlement aux modules du programme présentés hebdomadairement, les Aînés animent des cérémonies de la pipe (du calumet) et de la suerie afin de donner la possibilité aux participants d'acquérir des moyens traditionnels de respecter le tabac. Grâce aussi à ce programme, des techniques de gestion du stress sont enseignées pour que les participants réussissent à autogérer les symptômes du sevrage et qu'ils acquièrent des outils leur facilitant le renoncement au tabac comme des « plans personnels de cessation » et des fiches d'information.

Le soutien par les pairs est une des forces du programme; des relations d'entraide, d'appui moral, sont établies entre les personnes qui partagent cet engagement de cesser de fumer, se supportent mutuellement dans leurs efforts pour se libérer. Du soutien additionnel a été apporté à certains endroits où se déroulait le projet pilote du fait que des règlements sur l'usage du tabac ont été adoptés, notamment l'interdiction de fumer dans des milieux de travail et à l'occasion d'événements culturels comme les pow-wows, de même que l'engagement public des dirigeants autochtones de renoncer au tabac afin d'être des modèles de rôle positif pour les jeunes.

Les quatre projets pilotes ont suscité beaucoup d'intérêt dans la communauté; le projet terminé, tous ont poursuivi le programme *Sacred Smoke*. Des résultats immédiats ont indiqué que 50 pour cent des participants avaient réduit de beaucoup leur consommation (nombre de cigarettes par jour) ou ils avaient cessé de fumer; un autre 46 pour cent a pris un engagement ferme d'abandon du tabac. Si un lieu de rencontre proposé pour un groupe de participants n'attirait pas assez de participants pour la rencontre hebdomadaire prévue, le programme était offert à une école secondaire locale. Des employés d'un des

centres de santé ont aussi cessé de fumer grâce à l'action exercée par le programme et les enseignements culturels. À ce jour, 10 facilitateurs autochtones ont été formés et ils ont obtenu leur certification à titre de facilitateurs/aidants en matière de désaccoutumance du tabac. Une trousse contenant de la documentation avec directives aux facilitateurs de groupe/aidants spécialisés pour la lutte contre le tabagisme a été produite comme ressource permanente à la disposition d'autres prestataires de services qui veulent mettre en application ce programme.

**Mamisarvik National Inuit Treatment Centre**  
[Centre de traitement national pour Inuit - Mamisarvik]

**Mamisarvik Healing Centre**, un programme national mixte de traitement des dépendances en établissement pour les Inuit à Ottawa, Ontario, est le premier service de traitement du genre au Canada du fait qu'il met à la disposition particulière des Inuit un programme diagnostique mixte, dépendances et traumatisme. Ce centre est financé par la Fondation autochtone de guérison et il a été établi par Tungasuvvingat Inuit, désigné sous le nom de « TI » par les membres de la communauté. TI est une organisation de counselling sociale, culturelle, communautaire, qui répond aux besoins de plus de 1000 personnes appartenant à la population urbaine inuite à Ottawa.

Le personnel de TI a identifié l'alcool comme problème de dépendance numéro un auquel la population urbaine inuite est confrontée. Parmi cette population, 98 pour cent des personnes sont également aux prises avec des traumatismes liés à une histoire intergénérationnelle d'abus et de négligence (Barbara Seigny, Pam Stellick, et Ginette Chouinard, personnes ressources consultées). TI a présenté une proposition décrivant un programme de traitement établi en fonction d'un diagnostic mixte ayant un volet facultatif de traitement en établissement. Ce programme comprend trois composantes : pré-traitement individuel; 8 semaines intensives de traitement (individuel et de groupe); une post-cure continue offerte aux clients qui résident à Ottawa<sup>9</sup> (option individuelle et/ou de groupe). Ce programme intensif de 8 semaines applique une approche holistique, traitant chacune des facettes des dépendances et traumatismes à l'aide des volets suivants :

- ✦ une évaluation de 3 heures qui applique des outils de dépistage pour les dépendances et les traumatismes;
- ✦ une thérapie de groupe est offerte de 9 h à 16 h en semaine;
- ✦ une thérapie individuelle est offerte une fois par semaine sur une base officielle et de façon officieuse au besoin;
- ✦ un volet thérapeutique en fonction des dépendances, comprenant de l'information sur les effets de l'alcool et des drogues, de même que sur les capacités d'autogestion des états de besoin ou de manque et sur les déclencheurs;
- ✦ des interventions thérapeutiques touchant toute une série de modalités comme celle de travailler avec l'argile, la thérapie voix et mouvement et l'artisanat;
- ✦ le développement d'habiletés relationnelles, notamment les relations interpersonnelles et les compétences parentales, l'affirmation de soi ou assertivité et les compétences sociales;

<sup>9</sup> Même si un partenariat a récemment été constitué pour dispenser un suivi coordonné aux Inuit de retour dans le Nord, ce programme par satellite n'était pas encore en marche au moment de la rédaction du rapport.

- le développement physique, entre autres Tai Kwon Do et de l'exercice au gymnase du YM/YWCA local;
- la thérapie par la nature, dont le canotage et un camp en forêt pendant 3 jours à chacun des cycles;
- un volet sur la culture et l'histoire comprenant des rencontres avec un Aîné inuk du Nord qu'on fait venir une semaine à chaque cycle du programme de 8 semaines, qui a recours à des moyens visuels et des récits dans le but d'explorer les séquelles des expériences historiques uniques des Inuit.

La programmation de suivi ou post-cure est offerte deux fois par semaine aux participants au programme de traitement Mamisarvik, de même qu'aux Inuit ayant participé à d'autres programmes de traitement. Les activités du programme de post-cure visent à faire la transition ou la liaison avec d'autres TI ou d'autres services communautaires liés à l'emploi, à l'éducation et/ou au counselling (individuel, de couple et familial) et au processus de gestion de cas, ainsi qu'à la participation continue aux événements culturels de la communauté inuite.

Le service est bilingue, la plupart des membres du personnel étant des Inuit parlant inuktitut. L'histoire du Nord, du pré-contact à aujourd'hui, est le contexte des ateliers de guérison où les participants partagent leurs histoires personnelles; ils racontent de quelle façon leurs familles et leurs collectivités ont été perturbées par des expériences comme la fréquentation des pensionnats, les réinstallations forcées et la mise à mort massive des chiens de traîneau. Il peut y avoir des obstacles à l'admission; les clients n'ont pas à être sobres pendant une certaine période de temps prédéfinie pour être admis au programme, du moment « [TRADUCTION] qu'ils ne sont pas ivres ou « partis/high » au moment où ils franchissent la porte ». À la différence de certains programmes de traitement, le service ne prend pas fin s'il y a rechute (même si, dans ce cas, le client n'est plus autorisé à rester en établissement). La rechute est considérée comme une possibilité offerte d'approfondir sa connaissance de soi, la façon d'identifier et de traiter plus efficacement les déclencheurs et de se réengager avec plus de détermination dans la démarche de réadaptation. Ce programme est souple, axé sur le client; des groupes de jour peuvent être intégrés aux groupes de traitement en établissement ou fonctionner séparément. Le cas échéant, une approche de réduction des méfaits est aussi prévue.

Ce programme dessert approximativement 150 clients annuellement à l'aide de la programmation pré-traitement, traitement et post-traitement; de ce nombre, 40 clients sont en train d'achever leur programme intensif de huit semaines. Selon le personnel, le défi le plus grand que doit relever Mamisarvik est le développement ou le perfectionnement des ressources humaines. La plupart des membres du personnel doivent être inuits et parler l'inuktitut; il n'y a que quelques-uns d'entre eux qui ont reçu une formation spécialisée et/ou possèdent l'expérience requise en traitement des dépendances et des traumatismes. Dans le but d'appuyer la formation ou le développement des capacités, TI accorde du financement, ce qui couvre le coût des études du personnel inuit en vue de l'obtention d'un certificat dans le domaine des dépendances et du traitement de traumatismes à un collège local ou d'autres programmes de formation.

## Pratiques prometteuses en prévention et intervention dans le domaine de la lutte contre les dépendances

### Histoire d'une cliente (suite)

« [TRADUCTION] J'ai passé 3 ans dans des établissements psychiatriques parce qu'on avait diagnostiqué des troubles dissociatifs. La route a été longue et pénible; c'est [le modèle de] la réduction des méfaits qui a fonctionné dans mon cas parce qu'il fallait que je traite les dimensions du cercle au complet : les aspects mental, physique et spirituel. On nous prend où nous sommes rendus comme personne et non là où quelqu'un d'autre voudrait que nous soyions.

Auparavant, si je faisais une rechute, les gens ne pouvaient pas s'éloigner assez vite de moi; de plus, comme on était déjà des gens humiliés, subissant la honte, la situation était encore plus lamentable. J'ai été mise au courant de la réduction des méfaits il y a 4 ans par un travailleur de la santé mentale. J'ai appris tout ce dont j'avais besoin à cause de la réduction des méfaits, c'est-à-dire ce que cela veut dire bien dormir, bien manger et, si on veut boire, prendre quelque chose à manger et s'assurer de dormir sur le côté.

La réduction des méfaits implique aussi de bien s'entourer de gens bons et positifs, et non de personnes négatives; de diminuer le sucre le soir parce qu'on se sent lent à démarrer le matin. Maintenant, je m'intéresse au spirituel parce qu'on a tellement causé de tort à mon esprit. »

Les chapitres 1 et 2 du présent rapport ont décrit les nombreuses pertes collectives que les Autochtones au Canada ont subies, ainsi que le cumul considérable de leurs souffrances. L'abus commis dans les pensionnats et les autres stratégies de colonisation ont eu pour effet de faire sombrer les gens dans un traumatisme psychologique collectif qui s'est transmis de génération en génération. Le chapitre 3 a exploré une approche autochtone de guérison axée sur le traitement des dépendances et des traumatismes, une approche fondée sur la sagesse des croyances culturelles traditionnelles. Le chapitre 4 a fait la description de cinq modèles de guérison communautaire qui donnent des résultats positifs en prévention et en intervention basée sur une approche culturelle. Quoique ces histoires de réussite proviennent de collectivités autochtones fort différentes, elles permettent de découvrir de nombreuses pratiques prometteuses qu'elles ont en commun. Le présent chapitre résume certaines de ces pratiques prometteuses en prévention et en intervention dans le domaine de la lutte contre les dépendances. Les informations dont nous faisons état ont été puisées des entretiens avec les personnes ressources consultées, d'une recension des écrits sur le sujet et des cinq histoires de réussite, de même que de l'histoire de la cliente qui introduit chaque chapitre.

Il existe maintenant une abondance d'attestations ou de résultats probants montrant que, dans un cadre autochtone, les approches plus prometteuses en matière de rétablissement ou de guérison centrées sur des problèmes de dépendance sont bien ancrées dans la connaissance et la compréhension commune des origines du niveau épidémique des dépendances; il est également avéré que cette approche multidisciplinaire permet de traiter de nombreuses causes interreliées et sous-jacentes aux comportements de dépendance

et que ces stratégies de guérison préconisées conviennent pareillement au traitement des séquelles des abus subis dans les pensionnats.

***Réflexion d'une personne ressource consultée***

« [TRADUCTION] En cours de traitement, elles (les personnes concernées) commencent à apprendre qu'elles ont le choix et qu'elles ont une voix. Apprendre l'histoire les aide à faire le lien entre les événements du passé et ce qui se passe actuellement; elles peuvent alors mieux saisir à quel moment, dans l'histoire, ce système de croyances a commencé, c.-à-d. que les Blancs sont meilleurs. Faire le rapprochement entre les problèmes de traumatisme et le rétablissement, les situer par rapport à cette histoire, et recouvrer le pouvoir et le contrôle les aident à rétablir leur équilibre grâce à l'affirmation de soi, la patience et le courage.

Faire le contraire de ce qui s'est passé au pensionnat veut dire apprendre à se sentir en sécurité, verbaliser ce qui est injuste et ce qui ne va pas, apprendre à travailler ensemble, à passer à l'action en s'affirmant et à guérir/ se rétablir en apprenant à redonner à la communauté ce qu'on a reçu. La guérison s'articule aussi autour de la chasse, de la couture; tout le monde ressent un sentiment de paix, le sentiment « d'être arrivé au bout de ses peines », en faisant des activités dans la nature et en mer, perdu dans l'immensité. »

Barbara Seigny

En résumant l'information recueillie pour la rédaction du présent rapport, voici dix caractéristiques essentielles qui ont permis de préciser en quoi consiste une approche autochtone unique en prévention et en intervention dans le domaine des dépendances.



### **Dix caractéristiques d'une approche autochtone de traitement des dépendances**

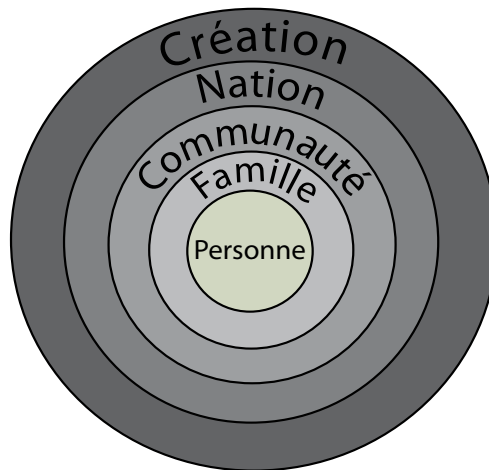
1. Une approche autochtone identifie et traite les causes fondamentales des comportements de dépendance dont le caractère unique est associé aux expériences historiques vécues par les Autochtones au Canada.
2. La sagesse des cultures et de la spiritualité autochtones est au cœur même de la démarche de rétablissement et de guérison.
3. La relation entre la souffrance, la résilience, le savoir expérientiel et le développement spirituel est reconnue et elle est respectée.
4. L'interconnexion ou interdépendance entre les personnes, les familles et les collectivités est renforcée.
5. Le rythme différent selon lequel les personnes, les familles et les collectivités évoluent à travers les étapes de la démarche de guérison est accepté et respecté.
6. La démarche de guérison englobe toute une diversité d'activités traditionnelles et modernes exerçant un rôle tout aussi valable les unes que les autres pour tout le monde dans le cercle de soutien/d'entraide.
7. La santé communautaire et le développement communautaire sont inséparables.
8. La culture est guérison.
9. L'information sur les séquelles des pensionnats est guérison.
10. La démarche de guérison est le cheminement de toute une vie qui donne lieu à la croissance, à l'évolution personnelle et à la transformation.

[TRADUCTION] Le mot « guérison » est bien sûr connu des non autochtones, mais l'idée (le concept) que les Autochtones ont en tête quand ils l'emploient n'est pas de même nature. La guérison considérée sous l'angle autochtone fait référence au rétablissement personnel et sociétal par suite des préjudices ou effets persistants de l'oppression et du racisme systémiques subis pendant des générations. Un grand nombre d'Autochtones ont été victimes non seulement de maladies et de problèmes sociaux particuliers, mais ils ont également souffert d'une dépression de l'esprit résultant de 200 ans et plus d'atteintes, (de torts) causés à leur culture, à leurs langues, à leur identité et à leur dignité (Hylton, 2002:Appendix C:5).

Le principe fondamental de la prévention et de l'intervention efficaces centrées sur les dépendances qui s'entremêle aux cinq histoires empreintes d'espoir et à la plupart des pratiques prometteuses préconise de faire revivre la sagesse des enseignements traditionnels, de vivre en accord avec ces préceptes et de les transmettre.

La vision du monde des Autochtones repose sur le concept de l'holisme; il en résulte qu'une approche autochtone en prévention et en intervention est multidisciplinaire. Le fait de traiter les aspects mental, affectif, physique et spirituel de la santé individuelle dans un contexte de renforcement des familles et des collectivités permet à la « démarche de guérison » de s'élargir pour englober une série beaucoup plus vaste d'activités et d'objectifs thérapeutiques. La figure 5 représente ce concept signifiant que la démarche de guérison commence par la personne, s'étend à la famille, puis à la collectivité – ce qui mène à une nation en meilleure santé.

Figure 5) Modèle de guérison communautaire



Ed Buller, directeur du Groupe de la politique correctionnelle autochtone, est d'avis que les programmes de guérison communautaire autochtones, comme le modèle de Hollow Water, sont révolutionnaires (ou novateurs) pour les raisons suivantes :

- ils réussissent à entretenir chez la personne un sentiment d'identité personnelle profondément ancré dans le contexte d'une dynamique moi-ma famille-ma communauté (formant un tout);
- les participants évoluent à leur propre rythme dans l'apprentissage de leur responsabilisation au sein des rapports avec soi, avec leur famille et leur communauté;
- les participants ne sont pas étiquetés, ne sont pas blâmés ou critiqués, mais ils sont plutôt traités avec dignité et avec respect, même si provisoirement ils peuvent être déséquilibrés;
- les programmes sont en mesure d'intégrer du développement personnel et professionnel à l'intention de leur personnel en appliquant toute une diversité de stratégies de guérison;
- le rétablissement et la croissance personnels sont des aspects fondamentaux du perfectionnement du personnel visant la prévention de l'épuisement (du surmenage);
- les organismes fédéraux et provinciaux doivent réajuster leur rôle pour pouvoir s'adapter au cadre de travail axé sur la culture comme pierre angulaire du processus de guérison des collectivités.

Les jeunes font partie du segment le plus important et le plus nombreux de la société autochtone et c'est aussi celui qui augmente le plus rapidement, générant de nouvelles possibilités d'effectuer des changements. Les programmes les plus efficaces de prévention et d'intervention précoce visant les enfants et les adolescents sont ceux qui les incitent à participer physiquement, mentalement, affectivement et

spirituellement. « [TRADUCTION] Pour faire de la prévention, il faut que les gens se sentent interpellés ou concernés ... qu'ils comprennent pourquoi les gens s'adonnent à la boisson et qu'ils soient conscients des abus que les gens ont subis dans nos collectivités » (Dion Stout, Kipling, et Stout, 2001:24).

#### ***Réflexion d'une personne ressource consultée***

« [TRADUCTION] Une « meilleure pratique » consiste à écouter les jeunes qui sont à risque élevé, à faire le contrepois entre les séquelles du traumatisme et les forces (de résistance) ; les amener à développer leurs propres forces et à créer des liens d'amitié/d'attachement dans leurs relations avec les autres; la capacité extraordinaire qui réside dans leur interrelation (avec l'univers) et dans leur communauté, tout comme la croyance et l'espoir qu'ils ont en leur avenir; leur capacité de s'exprimer par l'art et la musique et leur rapport avec la nature. »

*D<sup>r</sup> Nancy Comeau*

Des pratiques prometteuses en prévention englobent toute une série d'activités dont le but est de diminuer l'isolement social, de renforcer les compétences parentales, d'aider les jeunes à se forger une identité positive (saine), et de leur apprendre à exprimer des émotions de façon saine.

#### ***Pratiques prometteuses***

1. Les environnements préconisés par ces programmes sont des endroits où les enfants et les adolescents se sentent chez eux, où ils se livrent à des activités sociales positives, ont du plaisir à passer du temps avec leur famille et des Aînés, de même qu'avec des camarades.
2. La programmation offre la possibilité d'avoir du plaisir, d'apprendre de façon expérientielle, d'acquérir des capacités comme celle de faire pousser des plantes, de l'artisanat ou de chasser.
3. Des services pour la jeunesse comprennent des programmes de divertissement afin de diminuer le nombre de jeunes ayant des démêlés avec la justice.
4. De l'aide pour les études est fournie aux enfants et aux adolescents par le biais du programme Bon départ (Head Start) et de programmes de lutte contre le décrochage scolaire comme stratégies de prévention des dépendances.
5. Des activités intergénérationnelles comblent le fossé entre les Aînés et les jeunes comme celles de planifier et d'élaborer des documents et des ressources pour le programme.
6. Des parents obtiennent du soutien pour développer les compétences requises leur permettant de répondre aux besoins et de résoudre les difficultés au moment de l'étape de l'adolescence dans le cycle de vie.
7. Tous les adultes sont conscients de leur rôle à l'intérieur des programmes, c'est-à-dire d'être un modèle de rapports sains et respectueux adulte-adolescent ou adulte-enfant et un modèle en fait de de traitement/solution de problèmes surtout au sein de groupes qui ont toujours été en conflit.
8. Des activités de programme mettent à profit la créativité des jeunes et leur besoin de trouver un sens et un but dans la vie en leur permettant d'apporter leur contribution de façon concrète dans leur communauté.
9. Des activités de programme offrent des possibilités aux jeunes de satisfaire leurs besoins de façon saine et positive, surtout le renforcement de l'estime de soi, l'appel à l'action et la maîtrise de soi.

**Réflexion d'une personne ressource consultée**

« [TRADUCTION] Dans le cas des jeunes, même une seule incidence d'abus de substances psychoactives peut être fatale parce que, dans le milieu des jeunes, il peut facilement y avoir escalade ou dégénération du comportement qui devient hors de contrôle. Ils peuvent paniquer et consommer excessivement ; quelqu'un ayant beaucoup d'énergie (surexcité) et à la poursuite du plaisir peut s'affoler, être complètement désemparé, ce qui peut entraîner de graves conséquences. Il est important d'aider le jeune à identifier et à comprendre l'interaction entre les pensées, les sentiments et les actions, afin de le rendre capable de les décomposer en des aspects séparés. Cela peut amener les jeunes à réfléchir et les pousser à agir différemment; les ralentir et les faire reculer. »

D<sup>r</sup> Nancy Comeau

Les pratiques les plus prometteuses dans le cadre de programmes de prévention et de réadaptation ont été regroupées en catégories déjà établies dans les rapports d'évaluation de la Fondation autochtone de guérison :

1. Prise de contact directe/travail de proximité et engagement
2. Approches thérapeutiques
3. Importance de la culture
4. Qualités des équipes et soutien
5. Possibilités d'apprentissage
6. Faire participer la collectivité
7. Collaboration et partenariats

***Prise de contact directe et engagement***

- ✦ Des programmes de prise de contact directe, itinérants ou sur place, qui rompent l'isolement et permettent de développer des liens de confiance en assurant une présence visible et constante dans la rue et dans les refuges, ou dans les communautés desservies.
- ✦ Des programmes de prise de contact ou de proximité qui facilitent le contact avec des clients en comblant leurs besoins fondamentaux comme la nourriture, des vêtements chauds et tout simplement de la bienveillance.

***Approches thérapeutiques***

Les programmes les plus efficaces sont ceux qui traitent les comportements de dépendance dans le contexte de la résolution des traumatismes et le traitement des séquelles des pensionnats :

- ✦ Les priorités de traitement sont axées sur le rétablissement du sentiment d'appartenance, de l'espoir et sur la prise en main personnelle.
- ✦ L'admission et l'évaluation sont en accord avec les stratégies d'intervention et elles correspondent à une grande diversité de besoins des clients.

- Les activités de programme aident les clients à bénéficier du pouvoir guérisseur des rapports positifs qu'ils ont avec le personnel, leurs collègues ou des pairs et des Aînés.
- Le traitement est souple (adaptable) et il permet l'intégration de toute une variété d'interventions thérapeutiques traditionnelles autochtones et d'interventions reposant sur des approches modernes (thérapie de la parole et du mouvement, thérapie par l'art, activités dans la nature et cercles de la parole).
- Les programmes sont holistiques en répondant aux besoins physiques par la nutrition et l'exercice, aux besoins mentaux par de nouveaux apprentissages, aux besoins affectifs par le renforcement de l'estime de soi et aux besoins spirituels en facilitant leur quête d'un sens et d'un but à donner à leur vie.
- Les plans thérapeutiques sont axés sur le client et ils comprennent une approche de réduction des méfaits; ils correspondent à l'étape où la personne est rendue dans sa démarche de guérison.

#### **Réflexion d'une personne ressource consultée**

« [TRADUCTION] En fait de réadaptation, la pratique la plus prometteuse que j'ai vue dans cette collectivité autochtone a été de « normaliser » le comportement en question. Je ne veux pas dire que c'est correct pour quelqu'un de se comporter ainsi; je veux dire que c'est absolument compréhensible que la personne ait choisi de se comporter ainsi pour se calmer étant donné qu'il n'y avait pas d'autres comportements à adopter - et vraiment laissez-les avec cette attitude. Ce que je dis à ces clients, c'est que je ne vais pas leur enlever cela avant qu'ils n'aient trouvé quelque chose d'autre pour le remplacer qui peut les aider à fonctionner et qui est sain. »

D<sup>r</sup> Brenda Saxe

Les femmes autochtones sont accablées par le lourd fardeau des nombreuses séquelles issues d'un mauvais état de santé, de la pauvreté, de la discrimination, de la violence, de l'abus des substances psychoactives, de la responsabilité envers les enfants et d'un excès de surveillance (Dion Stout, Kipling et Stout, 2001). Pourtant, en dépit de ces charges excessives, les femmes autochtones assument un rôle de leadership important dans le mouvement de guérison autochtone que ce soit à l'échelle locale, communautaire, jusqu'au sein d'organisations nationales.

Les pratiques prometteuses reposant sur une analyse comparative entre les sexes sont celles qui traitent des facteurs spécifiques liés à l'expérience des femmes autochtones aux prises avec des dépendances, à leurs besoins de guérison et aux obstacles qu'elles rencontrent dans l'accessibilité des services. « [TRADUCTION] La pauvreté et la victimisation par le partenaire se sont avérées des facteurs étroitement associés à l'abus des substances psychoactives chez les femmes alors qu'elles étaient enceintes » (Dion Stout, Kipling, et Stout, 2001:24). La prévention et l'intervention qui sont adaptées en fonction d'un sexe en particulier et propres à chacun des sexes font en sorte que les activités du programme répondent mieux aux besoins des femmes ou à ceux des hommes, à leurs préoccupations et à leurs capacités particulières; voici des exemples :

- assurer la *sécurité* dans le cas où il y a possibilité pour des femmes et des jeunes filles de subir d'autres actes de violence et d'autres abus (agression) devient prioritaire;
- le traitement des stigmates et des effets de la discrimination que les femmes et les filles ont subis au moment où elles ont abusé des substances psychoactives;
- la prestation de counselling offert séparément, selon le sexe, particulièrement dans le cas de rétablissement par suite de traumatisme;
- adapter la programmation aux besoins de soins de santé des femmes enceintes;
- s'assurer que les membres du personnel, hommes et femmes, soient des modèles de rôle en matière d'égalité et de respect entre les sexes;
- intégrer de l'information au sujet du savoir traditionnel propre aux hommes et aux femmes.

***Réflexion d'une personne ressource consultée***

« [TRADUCTION] Les femmes ont besoin d'avoir la possibilité d'explorer les répercussions de la colonisation en ce qui a trait à l'influence patriarcale sur les femmes et de quelle façon [ces incidences] ont été intégrées aux attitudes et comportements autochtones au sein des systèmes tribaux des Inuit, des Métis et des Premières nations, afin d'être capables de bien saisir ce que cela a signifié pour elles, par rapport à ce qu'elles ont vécu. »

*Bernice Downey*

Dans le continuum des services, les activités de programme qui reposent sur l'analyse selon le sexe ou adaptées au sexe des personnes permettent de tenir compte des femmes enceintes, ainsi que des femmes ayant des enfants à charge, et de faire en sorte qu'elles ne soient pas victimisées en sollicitant de l'aide motivée par des comportements de dépendance. Concrètement, il s'agit de s'assurer que « [TRADUCTION] ces services sont accueillants, facilement accessibles, pertinents et sécuritaires pour des femmes ayant des problèmes de consommation des substances psychoactives » (Poole et Dell, 2005:10).

[TRADUCTION] Les femmes autochtones sont moins portées à demander un traitement en cas d'abus de substances par crainte de l'appréhension de leurs enfants et de leur placement dans des familles d'adoption ou d'autres dispositions de ce genre (Benoit et coll., 2001:36).

Les informations recueillies auprès des personnes ressources consultées et la documentation recensée attestent du taux de participation moins élevé des hommes autochtones aux programmes de guérison. C'est pourquoi les pratiques prometteuses visant à susciter l'intérêt des hommes aux programmes de réadaptation et de guérison sont associées à des activités de plein air, sportives et de loisirs, afin de les amener à établir des liens de confiance et un sentiment d'appartenance ; elles intègrent une thérapie informelle jumelée au développement d'un réseau d'entraide, de soutien entre pairs, dans un contexte d'activités de groupe pratiques.

Les pratiques prometteuses adaptées à partir de l'analyse selon le sexe permettent également d'aborder l'expérience particulière vécue par les personnes « bi-spirituelles », les besoins qui leur sont propres et

les barrières qu'ils ont à affronter dans l'obtention des services. Voici la façon dont ces particularités sont traitées :

- ✦ s'assurer que les services témoignent d'un environnement ouvert, accueillant à l'égard des personnes bi-spirituelles en ayant des affiches et des ressources principalement adaptées à ces personnes, les représentant et traitant des questions qui les touchent;
- ✦ fournir l'option de programmes de counselling distincts, confidentiels, à l'intention des personnes bi-spirituelles sur une base individuelle ou de groupe;
- ✦ informer le personnel, les Aînés et les membres de la communauté au sujet des questions/préoccupations touchant les personnes bi-spirituelles;
- ✦ suivre de près les politiques, les programmes et les services pour s'assurer qu'ils préviennent l'homophobie et préconisent l'acceptation.

### *Importance de la culture*

Les programmes de prévention et d'intervention du domaine de la lutte contre les dépendances, ancrés dans une approche axée sur la « culture comme moyen de guérison », insufflent au processus de réadaptation et de guérison un sentiment très profond à l'égard de la culture, de son importance, chez les participants et aussi chez les prestataires de services. Les méthodes traditionnelles listées ci-après favorisent l'équilibre, source d'une bonne santé et de bien-être, que les communautés et les programmes mettent à contribution dans la démarche de guérison :

- ✦ le retour à la nature et la chasse
- ✦ la culture et la récolte de plantes médicinales et d'aliment naturels
- ✦ les jeux
- ✦ le campement
- ✦ faire du canot/du kayak
- ✦ faire de la gravure, de la sculpture
- ✦ faire de la couture, du point perlé
- ✦ des habits traditionnels, des insignes rituelles
- ✦ la danse
- ✦ le tambour
- ✦ le chant
- ✦ la pratique des cérémonies (en général) et des cérémonies en fonction des saisons
- ✦ les fêtes communautaires, potlatch et les dons
- ✦ les cérémonies axées sur le cycle de vie
- ✦ les cercles de la parole
- ✦ les récits,
- ✦ la valorisation des rôles attribués aux Aînés, aux femmes et aux personnes bi-spirituelles.

### *Qualités des équipes et leur soutien*

- ✦ recruter, embaucher et évaluer les membres du personnel selon des critères qui déterminent la concordance de leurs aptitudes/connaissances et de leur expérience avec le travail à faire;

- développer la capacité du personnel autochtone en leur donnant de la formation dans le domaine du traitement des dépendances et des traumatismes;
- offrir régulièrement au personnel la possibilité de séances-bilan (un retour collectif sur les activités);
- offrir périodiquement des possibilités de supervision clinique adaptée à la réalité culturelle;
- établir des comités interorganismes qui se rencontrent régulièrement pour coordonner les services et partager l'information;
- élaborer des protocoles décrivant le rôle attribué à chaque prestataire de services dans un continuum de services visant la prévention et l'intervention liées aux dépendances;
- être à l'écoute de l'équipe et se tenir au courant de l'évolution des membres du personnel pour évaluer l'impact/influence du travail sur eux et l'efficacité de leurs plans d'auto-soin, c.-à-d. la capacité de prendre soin d'eux-mêmes;
- apprécier, accorder une grande importance aux Aînés et aux guérisseurs ou guides traditionnels en tant que spécialistes respectés et de plein droit en matière de lutte contre les dépendances.

***Réflexion d'une personne ressource consultée***

« [TRADUCTION] *La capacité de prendre soin de soi est une façon de s'honorer tout comme on honore nos clients. Il faut être en bonne santé et être un modèle de rôle à cet égard, montrer ce que c'est une personne en bonne santé – ce qui veut dire compter sur le soutien dont on a besoin comme intervenants, ne pas considérer ce besoin comme un signe de défaillance, mais plutôt comme une nécessité de s'occuper de soi, de le faire simplement pour soi-même. Cet exemple rendra valable aux yeux des clients de prendre soin d'eux-mêmes sans qu'ils considèrent ces pratiques égoïstes. »*

*Shiningwater Diabo*

***Possibilités d'apprentissage***

- L'information sur les séquelles d'événements traumatisants (de l'histoire transgénérationnelle des traumatismes et des comportements) est dispensée à l'ensemble des clients, membres du personnel et membres de la collectivité dans le but de mettre fin au cycle intergénération des traumatismes et des dépendances;
- L'information sur les conséquences de la consommation de substances psychoactives et des comportements de dépendance sur la santé holistique est dispensée aux clients, aux membres du personnel et de la communauté;
- Le développement de compétences relationnelles en opposition aux séquelles/traumatismes historiques; compétences parentales (rôle de parents), relations conjugales ou familiales, compétences sociales et soutien par les pairs;
- Des aptitudes de résolution de problèmes pour identifier et autogérer les déclencheurs (facteurs déclics), recadrer ou replacer dans une nouvelle perspective les « problèmes » pour les considérer comme des possibilités d'apprentissage et d'évolution continues;
- Les enseignements traditionnels axés sur le cycle de vie - ce dont la pensée, le corps, le cœur et l'esprit ont besoin pour un développement sain tout au long de la vie;
- Des activités de programme qui augmentent l'estime de soi en rétablissant la fierté de l'identité culturelle et à l'égard des ancêtres;



- Des histoires et des légendes qui font ressortir l'humour, la force de caractère, la résilience des Autochtones, afin de favoriser le développement de ces capacités.

### *Participation de la collectivité*

- Des programmes de guérison communautaires et axés sur le client;
- Des programmes polyvalents, holistiques, et multidimensionnels répondant aux besoins en évolution de la clientèle et de la collectivité;
- Les Aînés, les femmes et les jeunes exercent des rôles importants dans la planification et la prise de décision;
- Des cérémonies articulées autour des saisons et des repas communautaires rassemblent les gens pour célébrer la culture;
- Des possibilités d'emploi et de formation augmentent en nombre grâce à des plans de développement communautaire et de développement socio-économique;
- Des activités récréatives, de sports et de loisirs, sont offertes aux familles, aux enfants et aux jeunes;
- Des partenariats sont établis entre les écoles élémentaires et secondaires et les services autochtones;
- Des prestataires de services aux particuliers (service de police, praticiens de la santé, travailleurs sociaux) sont informés au sujet de la culture et de l'histoire autochtones;
- La capacité des collectivités de répondre à leurs propres besoins sociaux, en santé, et à leurs besoins économiques est accrue.

### *Collaboration et partenariats*

- Des modèles de justice réparatrice à l'intention des jeunes ayant commis des infractions en matière de drogue intègrent des programmes d'intervention précoce;
- Des partenariats entre la police et les services autochtones de prise de contact directe/d'action communautaire centrés sur les dépendances empêchent les jeunes personnes sans-abri aux prises avec des dépendances chroniques de se retrouver dans le système carcéral.

Lane et ses collaborateurs (2002) proposent que l'élaboration d'ententes au niveau de la planification soit guidée par les réponses aux questions suivantes :

1. De quelle façon les efforts vont-ils contribuer au processus de guérison à long terme?
2. Comment peut-on réussir à ce qu'une partie de la capacité du partenaire soit transférée à la communauté dans le cadre des relations de travail?
3. De quelle façon ces efforts en commun cadrent-ils avec le plan général de la communauté et la démarche de guérison qui y est définie?
4. Dans quelle mesure la communauté sera-t-elle plus solide, plus vigoureuse, et davantage capable de poursuivre ses efforts de guérison au moment où les ressources de l'extérieur partiront?

**Réflexion d'une personne ressource consultée**

« [TRADUCTION] Mener une action commune, travailler en association, est d'une plus grande portée que s'il s'agit d'une seule personne; par contre, on ne peut pas toujours être aux commandes. Il faut qu'un des partenaires fasse un pas en arrière et laisse l'esprit (le courant) du processus prendre la barre et diriger. Ces efforts communs exigent de la patience et de la souplesse, de même que la reconnaissance et la compréhension du contexte historique et de la pertinence culturelle d'une action. C'est à ce moment-là que le sens se dégagera de lui-même. »

D<sup>r</sup> Nancy Comeau

**Tableau 5) Liste de contrôle pour la mise en œuvre de pratiques prometteuses en prévention et intervention axées sur les dépendances**

Pratiques prometteuses	Oui	En cours	Non
<p>1. Notre programme est efficace parce qu'il offre un lieu/refuge sûr, permettant aux participants autochtones de trouver en plus de la sécurité, l'unité (intégration), un sentiment d'appartenance et de confiance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le mode de fonctionnement ou les modalités des programmes de prévention et d'intervention témoignent d'une approche autochtone de santé holistique;</li> <li>• l'environnement physique de notre programme, de façon manifeste, accueille et rend honneur/célèbre tous les Autochtones;</li> <li>• les politiques portant sur la sécurité des clients<sup>10</sup> et sur la confidentialité et un code d'éthique sont mises à la disposition du personnel et des clients et évaluées régulièrement par eux;</li> <li>• la documentation peut être obtenue dans la langue maternelle des participants et les membres du personnel desservent également leurs clients dans la langue de leur choix.</li> </ul>			
<p>2. Chaque membre du personnel et chaque bénévole associés au programme ont reçu la formation et l'information sur les séquelles des abus commis aux pensionnats et sur leurs répercussions intergénérationnelles.</p>			
<p>3. Notre programme donne de l'information aux participants au sujet des séquelles des abus dans les pensionnats et sur leurs répercussions intergénérationnelles.</p>			

<sup>10</sup> Pour obtenir plus d'information au sujet du client et la confidentialité, consultez *Conducting Assessment in First Nations and Inuit Communities: A Training and Reference Guide for Front Line Workers* [TRADUCTION Mener une évaluation dans les collectivités inuites et de Premières nations : un document de référence et de formation destiné aux intervenants de première ligne], Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, inc. (Restoule, 2004).

Pratiques prometteuses	Oui	En cours	Non
4. Notre programme met les autres prestataires de services et autres membres de la collectivité au courant des séquelles des abus subis dans les pensionnats et des répercussions intergénérationnelles.			
5. Les Survivants des pensionnats sont invités à partager leur histoire/ leurs expériences avec les autres participants au programme et avec les membres de la communauté.			
6. Notre programme dispense lui-même aux membres de la famille des participants et à leurs proches de la thérapie familiale ou il s'assure que ce service leur est fourni et il sert d'intermédiaire pour qu'ils l'obtiennent.			
7. Notre programme dispense le service ou sert d'intermédiaire pour que des spécialistes comme des Aînés et des guides traditionnels ou des services autochtones de soutien leur transmettent des moyens traditionnels qui facilitent leur démarche de guérison notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>✦ les enseignements sur le cycle de vie;</li> <li>✦ des cercles de la parole, de guérison ou de partage;</li> <li>✦ des camps dans la nature;</li> <li>✦ un éventail d'activités dans les domaines des arts de la scène et de l'artisanat;</li> <li>✦ des cérémonies (illumination Qulliq, onction avec des herbes sacrées, la suerie).</li> </ul>			
8. Notre programme d'intervention axée sur les dépendances assure le service ou sert d'intermédiaire afin que les participants puissent avoir de l'aide culturellement appropriée, en fonction de leur sexe, pour la santé mentale comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>✦ la résolution de traumatismes;</li> <li>✦ la gestion/maîtrise de la colère;</li> <li>✦ le counselling pour les personnes endeuillées (par suite de pertes, de deuil);</li> <li>✦ la sexualité saine.</li> </ul>			

Pratiques prometteuses	Oui	En cours	Non
<p>9. Notre programme assure le service ou sert d'intermédiaire afin que les participants puissent obtenir d'autres services dans un continuum bien planifié qui comprend entre autres :<sup>11</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✦ prévention;</li> <li>✦ service de prise de contact et d'engagement;</li> <li>✦ évaluation/identification des besoins et renvoi;</li> <li>✦ diagnostic;</li> <li>✦ prévention secondaire (y compris l'intervention);</li> <li>✦ pré-traitement;</li> <li>✦ plans thérapeutiques (ou intervention intensive), établissement d'objectifs et indicateurs de résultats positifs, y compris les paramètres et indicateurs positifs permettant de déterminer la cessation du traitement (la guérison);</li> <li>✦ services continus (suivi et prévention de la rechute)</li> </ul>			
<p>10. Notre programme a des mécanismes destinés à l'ensemble des prestataires de services impliqués dans le continuum assurant une gestion des cas (prise en charge des cas) déterminée par les Autochtones, axée sur la collaboration interorganismes. À titre d'exemple,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✦ nous avons élaboré une vision commune et un plan de coordination et de gestion des cas;</li> <li>✦ nous tenons périodiquement des rencontres établies à l'avance réunissant tous les principaux prestataires qui dispensent des services aux clients;</li> <li>✦ notre plan comprend la surveillance étroite de l'évolution, de la coordination des efforts et des actions de défense des intérêts des clients.</li> </ul>			
<p>11. Notre programme de prévention des dépendances comprend (Korhonen, 2004):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✦ de l'information au sujet des dépendances et de leurs répercussions;</li> <li>✦ des lignes directrices pour l'auto-évaluation du niveau de risque;</li> <li>✦ des possibilités de développer la capacité de faire face aux situations/ problématiques, d'avoir des relations interpersonnelles saines, de même que des compétences sociales;</li> <li>✦ des possibilités de renforcer les relations familiales.</li> </ul>			
<p>12. Les participants au programme ont des possibilités d'acquérir de nouvelles habiletés et de redonner ce qu'ils ont reçu au programme ou à leur collectivité.</p>			

<sup>11</sup> Se reporter pour obtenir de l'information complémentaire au continuum des services – Fiche d'information, appendice A.

Pratiques prometteuses	Oui	En cours	Non
<p>13. Notre programme a un plan concernant le soutien aux équipes d'intervenants, ce qui permet de suivre de près les effets que le travail a sur ses membres, de prévenir le surmenage du personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ notre personnel a la chance de pouvoir faire régulièrement une séance-bilan (un retour verbal) après avoir franchi des étapes ou fait des activités de programme;</li> <li>♦ nous organisons des retraites périodiques pour le personnel, ce qui leur permet de témoigner des difficultés/préoccupations et de partager les pratiques prometteuses et leçons d'expérience.</li> </ul>			
<p>14. Notre programme a des mécanismes en place pour assurer un contrôle suivi et une évaluation visant à identifier les retombées et les besoins émergents.</p>			
<p>15. Notre plan en matière de ressources humaines et de développement de la capacité autochtone se réalise grâce aux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ stratégies et objectifs en prévention et en rétention (maintien en emploi);</li> <li>♦ évaluation des compétences et caractéristiques spécifiques des efforts axés sur la lutte contre les dépendances dans le cadre de tout examen en vue de dépistage et de performance;</li> <li>♦ formation et perfectionnement du personnel concernant le traitement des dépendances et des traumatismes sur une base continue;</li> <li>♦ évaluation du personnel.</li> </ul>			

### Liste de contrôle portant sur les caractéristiques et les compétences des intervenants en toxicomanie

#### Titulaire convenable sur le plan personnel pour le poste a démontré :

- a une attitude qui ne porte pas de jugements/non-critique envers les autres
- a capacité de montrer de la compassion et de l'empathie, ce qui « signifie que le conseiller écoute attentivement, accepte ce que le client dit, ne s'érige pas en juge, ne s'oppose pas aux opinions du client et lui facilite la compréhension/connaissance de soi en répétant ses propres paroles » (Korhonen, 2004:25)
- a capacité d'établir et de maintenir des limites bien définies/précises
- a capacité de prendre soin de lui-même (bien informé sur la gestion du stress et les pratiques holistiques)
- a un engagement évident à l'égard de l'apprentissage continu et à l'égard de sa propre démarche de guérison.

#### Titulaire convenable sur le plan culturel pour le poste :

- a est de descendance autochtone
- a possède la langue autochtone
- a connaît les croyances, coutumes, principes autochtones en matière de santé
- a est au courant de la diversité autochtone
- a reçoit direction et soutien d'Aînés et de guides traditionnels respectés

#### Connaissance démontrée des problèmes de dépendance :

- a connaît les types de dépendance et leurs répercussions, possède les capacités liées à l'évaluation, les capacités concernant les plans thérapeutiques, la prévention de la rechute et les stratégies de la réduction des méfaits; a aussi de l'expérience concernant toute une série de modalités/approches autochtones et occidentales
- a connaît bien les séquelles intergénérationnelles liées aux abus commis dans les pensionnats
- a met en application le soutien offert aux équipes et participe aux séances-bilan (retour sur les activités du programme)
- a est désireux de bénéficier de supervision clinique et de surveillance suivie assurée par une personne ressource qualifiée
- a savoir expérientiel de certains aspects du domaine de spécialité

#### D'autres compétences pour assurer du soutien en s'appuyant sur les valeurs inuites traditionnelles (Minor, 1992) :

- a connaissance de la langue parlée inuktitut
- a écoute attentive, en étant absorbé sur ce que la personne transmet
- a capable de démontrer de l'empathie, de la chaleur et une vision positive
- a capable de donner des conseils et de s'imposer par la sagesse de ses conseils
- a capable de mettre en application *Ajurnarmat*, l'application stratégique du silence (qu'il s'agisse de transmettre sa préoccupation et sa compréhension du problème ou de s'appuyer sur la force collective dans des contextes de groupe)

## Conclusion et continuation du cheminement de guérison

### Histoire d'une cliente (suite)

« [TRADUCTION] J'avais besoin de savoir qu'on peut s'en sortir sans être traumatisée à jamais, mais il faut pour cela avoir des modèles de rôle qui ont traversé les mêmes épreuves. Maintenant ma voix doit être entendue par toutes sortes de gens car ce que j'ai à dire est tellement important. J'ai l'impression que j'ai la capacité et l'obligation de transmettre ce que j'ai appris. J'ai un désir ardent de faire cela et je dois d'abord me rétablir, me sentir vraiment mieux, pour faire cela. Je me sens de nouveau comme si j'avais 18 ans et le voile est levé, tout me semble plus clair pour la première fois de ma vie. Oui, pour la première fois, je vois et d'autres personnes, elles aussi, le voient; je rayonne. »

D'après la perspective autochtone, l'histoire des Autochtones ne s'est pas construite uniquement à partir d'expériences de traumatismes collectifs. Pendant ces siècles de génocide culturel, de déplacement et de réimplantation forcée et d'assimilation, toutes les collectivités autochtones au Canada (les Inuit, les Métis et les Premières nations) sont parvenues malgré tout non seulement à préserver, mais également à entretenir la richesse et le caractère distinctif de leurs identités culturelles. Le mouvement de guérison autochtone se poursuit grâce à cette résilience et à cette détermination aux racines très profondes.

Les enseignements culturels des Inuit, des Métis et des Premières nations n'ont pas seulement survécu, mais ils se sont fait de plus en plus reconnaître en raison de la sagesse, le bon sens pratique, qui s'en dégagent. De nos jours, on accepte de façon générale que les valeurs sociales modernes comme la concurrence et la consommation (effrénée) doivent être remplacées par des valeurs de respect mutuel, de partage et de coopération afin d'instaurer une société plus humanitaire, plus compatissante, et plus viable. Dans toutes les régions du pays, les collectivités des Inuit, des Métis et des Premières nations ont établi une approche révolutionnaire en matière de guérison qui repose sur les enseignements culturels. La pierre angulaire de cette approche est la validation :

1. Validation que les injustices sociales et historiques sont à l'origine ou sont la cause profonde des comportements de dépendance.
2. Validation que ces injustices ont causé de vives souffrances collectives.
3. Validation de la force, de la résistance et de la pertinence continue des enseignements et des pratiques culturelles.
4. Validation de la valeur de chaque personne et de sa capacité de changer.

Les personnes ressources consultées et l'information fournie, de même que les études recensées, font ressortir la nécessité impérieuse de développer la capacité tout au long du continuum des services dispensés. Quelques-unes des lacunes les plus urgentes à combler dans la prestation des services se rapportent aux programmes d'évaluation qui permettraient d'identifier les enfants et les adolescents vulnérables, à risque élevé, et de les diriger, eux et leur famille, vers une série de services de soutien communautaires. Dans la même veine, les organisations et les prestataires de services sociaux et de santé desservant les

Autochtones devraient démontrer un engagement réel à l'égard de la prévention et de l'intervention liées aux dépendances dans le cadre de leur mandat, l'intégrer à leurs principes directeurs et à leur plan de travail.

Voici les lacunes dans le domaine de l'intervention :

- toute une gamme de services pour le Nord allant de la désintoxication et traitement à des programmes dans un continuum de services dotés d'un personnel qualifié inuit et parlant l'inuktitut;
- des documents et ressources d'information/d'éducation et de prévention offerts en inuktitut;
- des services pré-traitement destinés aux jeunes autochtones qui leur assurent un endroit sécuritaire où ils peuvent se retirer, suivre une cure de désintoxication (le sevrage) de l'alcool et/ou des drogues et se stabiliser mentalement, physiquement, affectivement et spirituellement avant d'être admis à un programme de traitement des dépendances;
- des services de désintoxication et de traitement à l'intention des femmes autochtones et de leurs enfants;
- un nombre accru de services de désintoxication de courte durée comme solution de remplacement à une incarcération d'une nuit ou à l'admission à l'urgence dans le cas de personnes en état d'ébriété ou intoxiquées mais ne nécessitant pas de traitement médical;
- des services itinérants qui permettent de prendre contact directement et d'intervenir en santé et, dans le cas de dépendances, un travail de proximité auprès des Autochtones sans-abri et/ou vivant dans la rue;
- du personnel formé et compétent dans plusieurs disciplines pour appliquer une approche autochtone liée aux dépendances et aux problèmes de santé mentale;
- des communications/réseaux qui influent directement sur l'accessibilité aux ressources et sur la capacité des intervenants de première ligne.

***Réflexion d'une personne ressource consultée***

*« [TRADUCTION] La recherche et la production de rapports indiquent généralement le bout du chemin; il n'y a pas suffisamment d'attention consacrée à la diffusion de ce qui est produit. Il y a un niveau où cette information circule, mais ces ressources ne prennent pas la voie qui descend vers la première ligne, là où se font les efforts de lutte contre les dépendances. »*

*Pam Stellick*

Le rétablissement ou la réadaptation à long terme dans le cas de comportements de dépendance requiert tout à la fois la capacité de concevoir une vision d'espoir pour l'avenir et les moyens pratiques pour concrétiser, réaliser cette vision. La prévention et l'intervention au niveau communautaire ne sont qu'un des aspects de la solution à long terme. Rétablir la santé holistique, l'équilibre, au sein de la population autochtone nécessite également des améliorations importantes sur le plan des conditions socioéconomiques qui influent sur la santé.



[TRADUCTION] Conceptuellement, les besoins de « guérison » vont bien au-delà de l'élimination des souffrances et des modes de comportement dysfonctionnel. Il faut aussi intégrer le développement d'un nouveau mode de vie sain et donner l'indication que la vision et les rêves (d'avenir) sont réalisables. Pour rétablir l'équilibre des personnes et d'une société qui ont été abandonnées dans la confusion la plus complète, perturbées, déséquilibrées, par ce qui est arrivé dans le passé, il faut que le rétablissement soit suffisamment approfondi, généralisé, pour ramener les gens dans des conditions de vie qui dépassent la réponse à des besoins fondamentaux, les exigences minimales de survie. « *La guérison en tant que rétablissement de la capacité* » doit également signifier qu'on crée des conditions pour les personnes et leur société qui appuieront et renforceront la réalisation du potentiel humain (Lane et coll., 2002:56).

À mesure que la démarche de guérison poursuit son déroulement, continue d'évoluer, la pérennité de la sagesse appliquée à la culture et les histoires de « bonnes médecines » permettront de bâtir un nouvel avenir pour la prochaine génération.

#### **Histoire d'une cliente (suite)**

« [TRADUCTION] *Mes enfants sont les premiers descendants de ma famille depuis des générations à avoir grandi à la maison. C'est pourquoi chaque génération qui suivra sera meilleure que la précédente.* »



## Fiche d'information : Définitions et modèles conceptuels actuels

**Dépendance :** de plus en plus, le terme est utilisé pour décrire « [TRADUCTION] tout mode de comportement habituel lié à l'ingestion de substances psychoactives qui affectent le fonctionnement du système nerveux central, entraînent une dépendance psychologique et/ou physiologique pouvant nuire au point de perturber d'autres aspects de la vie d'une personne, et étant perçu comme extrêmement difficile à surmonter » (National Native Addictions Partnership Foundation [NNAPF] [Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances Inc. (FANPLD)], 2000:67).

**Continuum des services :** un continuum complet des services comprend ce qui suit :

Prévention primaire	Prévention secondaire	Évaluation et aiguillage	Diagnostic	Pré-traitement	Intervention tertiaire	Suivi	Programmes de rappel
<p>Cible : Non-consommateurs de substances/ non-toxicomanes</p> <p>Approches : p.ex. éducation sanitaire; loisirs</p>	<p>Programmes d'extension (connexes) à l'intention des consommateurs excessifs, à risque élevé, et ceux présentant des problèmes à un stade peu avancé : p. ex. Aide préscolaire; activités de loisirs thérapeutiques pour des adolescents à risque; programme de lutte contre la conduite avec facultés affaiblies et d'aide aux employés inaptes au travail en raison de l'alcool/toxico-manie</p>	<p>Assurer la collecte d'informations sur les antécédents pertinents du client, sur son état mental, sur sa situation sociale et les facteurs motivant l'abus des substances. Diriger un client vers un programme de traitement en conformité avec l'évaluation.</p>	<p>Classifier le problème selon le type de profil comportemental et évaluer les risques; déterminer les objectifs de</p>	<p>Avis et conseils d'ordre préventif; soutien familial; aide en fonction d'aspects pratiques (assistance matérielle); régler les détails du déplacement (transport).</p>	<p>Intervention intensive, dispensée de la façon suivante : a) counselling externe donné par un guérisseur traditionnel ou un conseiller; b) traitement court-terme en établissement (1-2 semaines) c) en établissement à moyen terme (programmes de 28-35 jours) d) traitement à long-terme : 2+ mois. e) counselling de soutien pour la famille et groupe d'entraide f) réduction des préjudices sur une base continue.</p>	<p>Soutien postcure, dont : a) programmes de préventions des rechutes; b) thérapie de couples; c) thérapie familiale; d) club de loisirs; f) service oeuvre bénévole.</p>	<p>A un stage ultérieur, programmes formels de prévention des rechutes, séjours à des centres de traitement en établissement (milieu surveillé).</p>

\* « c » et « d » dans *Intervention* tertiaire englobent des activités traditionnelles et le développement de compétences sociales (mécanismes personnels d'adaptation) et la participation sociale, ainsi que des stratégies d'autonomie fonctionnelle et de résolution de problèmes (NNAPF [FANPLD], 2000:43).

**Continuum de problèmes :** même si les problèmes liés à l'abus des substances psychoactives varient beaucoup, on peut les regrouper dans les catégories suivantes suivant une séquence des comportements :

- des personnes qui ne présentent pas ou très peu de risques, qui ne consomment pas vraiment de l'alcool ou des drogues et qui n'en font pas d'abus
- des buveurs modérés, qui boivent rarement, qui ne boivent pas (ou ne prennent pas de drogues) au point d'avoir les facultés affaiblies
- des utilisateurs habituels de substances psychotropes qui s'en tiennent à des niveaux de consommation préétablis
- des buveurs occasionnels qui consomment de l'alcool ou des drogues peu souvent, mais qui affichent un comportement à risque élevé, bizarre ou antisocial lorsqu'ils en consomment
- des personnes qui consomment fréquemment, de façon excessive, qui ont des problèmes de santé, personnels et interpersonnels modérés à cause de leur consommation chronique, excessive
- des alcooliques (ou des toxicomanes/narcomanes) qui sont fortement dépendants et dont la dépendance pose de graves problèmes qui mettent la vie en danger (NNAPF [FANPLD], 2000:41).

**Modèle médical :** fait référence à un modèle qui qualifie un client qui abuse des substances psychoactives de « patient » atteint d'une maladie nécessitant un traitement, de préférence dans un établissement spécialisé où des experts sont responsables de la planification et de la gestion de sa réadaptation (guérison). L'avantage de ce modèle est qu'il a grandement contribué à éliminer les attitudes négatives au sujet des dépendances, entre autres d'être considérées comme des « péchés » ou un défaut de caractère. Le désavantage de ce modèle est qu'il ne tient pas compte des facteurs sociaux ou des comportement sous-jacents. « [TRADUCTION] En effet, le modèle médical/maladie tend à « médicaliser » ce qui, en réalité, est un problème de comportement influencé fortement, souvent de façon accablante, par des facteurs sociaux-environnementaux » (NNAPF [FANPLD], 2000:29).

**Modèle de réduction des méfaits :** fait référence à des efforts de guérison visant à réduire les méfaits liés à la consommation de drogues sans qu'il soit nécessaire d'en cesser la consommation. Un exemple est le traitement d'entretien à la méthadone dont le but est de faciliter pour la personne toxicomane le remplacement de la consommation d'un opioïde, comme l'héroïne, par la méthadone, de l'aider aussi à modifier son comportement et à cesser la consommation de l'héroïne.

**Modèle de la santé de la population :** « [TRADUCTION] met l'accent sur l'auto-évaluation des conséquences qu'ont les défis habituels et exceptionnels se présentant dans les différentes situations de la vie normale... Selon le modèle de la santé de la population, la personne aux prises avec des problèmes de toxicomanie ou de dépendance n'est pas une personne atteinte de maladie; elle n'est pas non plus une personne corrompue. Au contraire, la personne en difficulté, en détresse, est perçue comme ayant beaucoup de résilience, ayant une force intérieure qui peut l'aider à vaincre les problèmes liés à l'abus des substances psychoactives ou les dépendances : elle est une personne intégrale possédant les forces nécessaires lui permettant de se libérer » (NNAPF [FANPLD], 2000:30).

**Abus des substances psychoactives :** fait référence à « [TRADUCTION] la consommation de substance(s) psychoactive(s) psychotrope(s) qui représente une menace ou un risque pour la sécurité physique et/ou affective du consommateur et/ou d'autres personnes vu qu'elle entraîne la détérioration du jugement et de

---

la communication, amenant à poser des gestes d'imprudence ou d'hostilité ; elle a aussi pour effet de causer des déficiences du système nerveux central. Bien que la plupart des personnes qui abusent des substances psychoactives ne développent pas ordinairement de dépendance aux drogues, leur comportement, à l'occasion ou invariablement, est suffisamment destructeur pour qu'elles songent sérieusement à cesser la consommation excessive de l'alcool ou d'autres drogues ou à la diminuer ou à apprendre à consommer avec modération selon des limites qui ne présentent pas de risque » (NNAPF [FANPLD], 2000:69).

**Dépendance à des substances psychoactives :** fait référence « [TRADUCTION] à un état de dépendance psychologique et, à des degrés progressifs, physique à une substance psychotrope, tels que l'alcool, les opiacés, les sédatifs, les amphétamines, les hallucinogènes, la nicotine, ou des substituts fabriqués pour remplacer ces substances. Typiquement, une telle dépendance est entraînée par un niveau de tolérance toujours croissant à la drogue et, souvent, par une détérioration de l'état de santé physique et mental » (NNAPF [FANPLD], 2000:69–70).

**Se guérir des dépendances/se libérer de la dépendance :** fait référence à un « processus de découverte de soi » contribuant à :

- l'identification des facteurs intrinsèques (incitatifs) et des déclencheurs des comportements de dépendance,
- l'acquisition d'aptitudes personnelles et sociales saines qui permettent de découvrir des solutions de remplacement aux dépendances,
- l'adoption d'un mode de vie qui permet à la personne de rétablir un équilibre au niveau des aspects spirituels, affectifs, physiques et rationnels de son bien-être (NNAPF [FANPLD], 2000:67).

## **Fiche d'information : Reconnaître et traiter les comportements de dépendance et l'abus des substances psychoactives<sup>12</sup>**

La diversité et la disponibilité des substances psychotropes augmentent, que ce soit dans les réserves, dans les collectivités éloignées et du Nord, et dans les rues des villes. Certaines de ces substances ont des effets nocifs immédiats, alors que d'autres peuvent constituer un danger (devenir toxiques) au fil du temps. L'effet de chaque substance peut varier selon :

- l'âge, le poids et le sexe du consommateur;
- l'état de santé physique et mental;
- l'importance de la consommation, sa fréquence et sa durée;
- que la substance a été fumée, ingérée, inhalée ou injectée;
- l'état d'esprit du consommateur, ses attentes et l'environnement;
- que le consommateur a combiné ou non la prise de la substance avec de l'alcool ou d'autres drogues (qu'elles soient illicites ou sur ordonnance, en vente libre, ou à base de plantes).

La **combinaison de drogues** peut modifier ou augmenter l'effet de celles-ci. Beaucoup de drogues augmentent leur toxicité ou nocivité si elles sont combinées à d'autres. À titre d'exemple, des personnes à qui on a prescrit des médicaments comme la codéine pour soulager la douleur ou des benzodiazépines pour atténuer l'anxiété, peuvent les combiner à un autre dépresseur, dont l'alcool. Cette combinaison peut provoquer la confusion, perturber la respiration et exposer à la perte de conscience ou au coma ou provoquer la mort. Certaines personnes qui consomment des drogues illicites peuvent provoquer de telles interférences sans le savoir parce qu'elles ne connaissent pas le contenu des drogues qu'elles consomment, tandis que d'autres personnes les combinent intentionnellement en étant bien conscientes des risques encourus. Le tableau de la fiche d'information suivante présente les groupes importants de drogues ainsi que les signes et symptômes clés.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Sauf indication contraire, la source de ces fiches d'information est le Centre de toxicomanie et de santé mentale (Centre for Addiction and Mental Health [Centre de toxicomanie et de santé mentale], 2001) la série de brochures *Do You Know...* [Vous connaissez...].

<sup>13</sup> La question relative à l'imposition d'un traitement obligatoire ou mesure de contrainte dans le cas des jeunes qui abusent de substances psychoactives fait l'objet d'une attention croissante. Pour obtenir des renseignements additionnels, reportez-vous aux fiches d'information du Centre canadien pour la lutte contre les toxicomanies à : [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca)

## Fiche d'information : Types de substances, signes et symptômes<sup>14</sup>

Substance	Signes et symptômes
<p><b>Dépresseurs</b> : drogues qui ralentissent l'action du système nerveux central ou provoquent un état dépressif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Alcool (éthyle ou éthanol)</li> <li>+ Substances inhalées</li> <li>+ Analgésiques opioïdes</li> <li>+ Benzodiazépines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ sensation de détente, ralentissement de la respiration</li> <li>+ empâtement de la parole, manque de coordination</li> <li>+ détérioration de la mémoire et du jugement</li> <li>+ rythme cardiaque ralenti, étourdissements</li> <li>+ réaction émotionnelle inappropriée</li> <li>+ dépression</li> <li>+ somnolence, sédation, ou le coma</li> <li>+ constipation</li> <li>+ marques d'aiguilles (s'il s'agit de drogues injectables)</li> </ul>
<p><b>Stimulants</b> : drogues qui excitent ou stimulent le système nerveux central :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Amphétamines</li> <li>+ Méthamphétamines</li> <li>+ Méthylphénidate (Ritalin®)</li> <li>+ Cocaïne</li> <li>+ Caféine</li> <li>+ Tabac</li> </ul>	<p>Les signes et symptômes varient selon le type :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ euphorie</li> <li>+ diminution de l'appétit, perte de poids</li> <li>+ élocution rapide, irritabilité, agitation</li> <li>+ Dépression à mesure que l'effet de la drogue s'atténue</li> <li>+ congestion nasale et lésions à la muqueuse nasale si le consommateur sniff la drogue</li> </ul>
<p><b>Cannabis</b> : drogue psychodysléptique qui produit des effets dépressifs et aussi une accélération du rythme cardiaque :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Marijuana</li> <li>+ Haschisch ou l'huile de haschisch</li> <li>+ Marinol® et Cesamet® sont des appellations commerciales de drogues synthétiques prescrites à des personnes atteintes du sida ou de cancer pour soulager la douleur et les crampes musculaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Sensation de détente, peut être plus volubile et/ou ricaner</li> <li>+ perception sensorielle accrue - goût, toucher et odorat</li> <li>+ altération de la mémoire</li> <li>+ rythme cardiaque et appétit accrus</li> <li>+ tension artérielle diminuée, altération du sens de l'équilibre</li> <li>+ yeux rouges, la bouche et la gorge sèches</li> <li>+ Difficulté à se concentrer, altération du jugement ou mode de pensée paranoïaque</li> </ul>
<p><b>Substances hallucinogènes</b> : drogues qui influent de façon marquée sur la perception, les émotions et les processus psychologiques amenant les personnes à voir, entendre, sentir, goûter ou ressentir des choses qui ne sont pas présentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ plantes hallucinogènes sont des cactus (mescaline), champignons (psilocybine), et d'autres plantes (cannabis, salvia)</li> <li>+ hallucinogènes synthétisées sont : LSD, Ecstasy, Phencyclidine (un tranquillisant utilisé chez les animaux) et Kétamine (un anesthésique)</li> </ul>	<p>Les signes et symptômes varient selon le type:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ rythme cardiaque et tension artérielle accrus</li> <li>+ altération de la perception de la réalité</li> <li>+ Flashbacks</li> </ul> <p>substances hallucinogènes synthétisées ou « sur mesure/ designer »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ transpiration, bouffées de chaleur, bave, nausée, ou vomissement</li> <li>+ confusion, engourdissement</li> <li>+ comportement paranoïaque, suicidaire ou violent</li> </ul>

<sup>14</sup> Source : Les tableaux sur les signes et symptômes sont inspirés en partie de l'information présentée par la clinique Mayo (<http://www.mayoclinic.com>).

## Fiche d'information : L'alcool

L'alcoolisme est un état chronique, qui, en général, évolue progressivement par suite d'une consommation régulière et excessive d'alcool. L'alcoolisme est reconnu maintenant comme une maladie en soi, même si certaines études démontrent que l'adoption de l'alcool comme substance engendrant une dépendance, ainsi que la manière dont la personne la consomme, est un comportement acquis. De nombreuses maladies, accidents et infractions liés à l'alcool sont le résultat de comportements d'*abus d'alcool* (alcoolique) qu'il s'agisse de la consommation excessive épisodique ou d'intoxication (par l'alcool) grave qui ne sont pas nécessairement liées à l'alcoolisme ou à une dépendance physique. La consommation d'alcool au volant est la principale infraction criminelle causant des décès et des blessures au Canada. (Se reporter à la *Fiche d'information : Définitions et modèles conceptuels actuels* pour des renseignements additionnels sur les types et catégories de comportements de dépendance.)

**Effets :** L'alcool agit comme déprimeur du système nerveux central au même titre que d'autres drogues en provoquant un ralentissement des parties du cerveau qui contrôlent la pensée, le comportement, la respiration et le rythme cardiaque. À faible dose, il provoque des sensations de détente et une baisse de l'inhibition. À des doses plus élevées, il entraîne une intoxication, un état d'ivresse, une altération du jugement et de la coordination; à de très fortes doses, l'alcool peut provoquer le coma ou même entraîner la mort. L'alcool produit des effets toxiques, tout comme il a des propriétés sédatives pour l'organisme; par conséquent, le fait de ne pas satisfaire aux besoins nutritifs pendant une période prolongée de consommation excessive de boissons alcooliques peut contribuer à aggraver ses effets.

La consommation excessive de l'alcool est associée à des troubles médicaux (états pathologiques) comprenant la psychose et l'anxiété, ainsi que des atteintes au système digestif, au foie, au cerveau et au système nerveux. La maladie du foie due à l'alcool est une cause majeure de maladie et de décès. La consommation chronique d'alcool peut porter atteinte aussi au cerveau, provoquer la démence, des problèmes de coordination et une perte de sensation dans les pieds. Une consommation excessive prolongée d'alcool crée une dépendance physique ; la personne ressent des symptômes de sevrage si elle cesse de consommer. La dépendance à l'alcool mène souvent à la dépression clinique; le taux de suicide chez les personnes ayant une dépendance à l'alcool est six fois plus élevé que celui pour le reste de la population.

**Différences selon le sexe et l'âge :** les femmes sont en général plus sensibles aux effets de l'alcool que les hommes et tous les adultes sont de plus en plus sensibles aux effets de l'alcool à mesure qu'ils vieillissent.

**Effets pendant la grossesse :** La consommation d'alcool pendant la grossesse peut causer des préjudices permanents et irréversibles au fœtus. L'ensemble des troubles liés au syndrome de l'alcoolisme foetal (SAF), même s'ils ne peuvent être traités, sont complètement évitables.

**Symptômes de sevrage :** Des symptômes de sevrage peuvent apparaître dans un délai de quelques heures suivant la prise du dernier verre d'alcool. Ils peuvent être bénins ou graves, durer de quelques heures à sept jours, et provoquer de l'anxiété, de l'insomnie, de l'agitation, une augmentation de la tension artérielle, du pouls et la transpiration. Des tremblements, la nausée et des crises (grand mal), un état hallucinatoire alcoolique et des idées délirantes peuvent aussi se produire. Certaines personnes peuvent souffrir de delirium tremens (délire alcoolique aigu), ou de « DT », de cinq à six jours après avoir cessé



---

de boire. Ce syndrome grave est associé à des hallucinations effrayantes, à de l'hypertension sévère, à de la fièvre, à un rythme cardiaque accéléré, à un sentiment d'hostilité et de peur. Une éclipse (perte mnésique ou amnésie) peut aussi se produire. Non traitées, de telles réactions indiquant un stade avancé peuvent laisser entrevoir une issue fatale.

**Traitement et prise en charge clinique :** Le traitement de la dépendance à l'alcool commence généralement par des mesures thérapeutiques pour atténuer les symptômes de sevrage physiques dans un centre de désintoxication. Des benzodiazépines ou du naltrexone peuvent être prescrits dans la phase aiguë pour contrôler l'apparition de crises et traiter les symptômes d'anxiété. Un traitement visant la guérison d'une dépendance psychologique est un processus à plus long terme qui peut comprendre une combinaison de programmes d'autothérapie ou d'entraide, ainsi que de la thérapie individuelle ou de groupe dans des établissements résidentiels ou des centres de cure ambulatoire ou des centres de traitement communautaires. Même s'il n'y a pas de démarche unique de traitement efficace, les modèles de guérison/de réadaptation centrés sur la dépendance entrent sous deux grandes catégories. Un des modèles de traitement, devenu populaire grâce au mouvement des AA, repose sur l'abstinence complète, une journée à la fois. L'autre modèle utilise un plan de traitement basé sur la réduction des méfaits; il s'agit d'une approche graduelle visant l'abstinence complète ou la gestion du comportement de dépendance. Comme certaines personnes en cure de désintoxication peuvent continuer à ressentir le besoin physiologique d'alcool, même après de longues périodes d'abstinence ou de réduction, on les aide à identifier et à contrôler elles-mêmes les déclencheurs qui leur sont propres ; c'est un aspect central du programme de prévention de la rechute.

**Note :** Se reporter au chapitre 3 pour trouver des exemples d'approches thérapeutiques qui s'adressent spécifiquement à des Autochtones et qui sont adaptées à la réalité culturelle.

## Fiche d'information : Les substances inhalées<sup>15</sup>

Par « substance inhalée », on entend diverses vapeurs ou gaz chimiques qui procurent une sensation de « high » (euphorie) si on les aspire. La plupart des substances qualifiées d'« inhalants » (substances inhalées) sont utilisées dans le quotidien à d'autres fins. Elles sont généralement bon marché, légales et il est facile de se les procurer; de ce fait, elles se prêtent facilement aux abus - surtout par des enfants et de jeunes adultes ou adolescents.

*Noms communs* : colle, gaz, « sniff » (solvants), « whippets » (oxyde nitreux), « poppers », parfois vendus sous une « marque de commerce » telles que Rush, Bolt, ou Kix (nitrites). Voici des exemples de substances inhalées qui font le plus souvent l'objet d'abus :

- les *solvants* font référence à des produits comme l'essence, le diluant pour peinture, la colle à maquettes, le liquide correcteur et les marqueurs à pointe feutre;
- les *aérosols* dont la laque pour cheveux, la peinture en bombe aérosol, les aérosols de cuisson et autres produits contenant des liquides ou gaz sous pression;
- les *gaz* comme l'oxyde nitreux (ou « gaz hilarant »), l'éther, le chloroforme, le butane pour briquets et les bombes à crème fouettée;
- les *nitrites* vendus comme « parfum d'ambiance » ou « nettoyeurs de tête de magnétoscope ».

Les solvants et les aérosols utilisés comme drogues sont inhalés à même le contenant (aspirés, « sniffés »), à l'aide d'un chiffon imbibé de la substance inhalée qu'on tient à la bouche (« huffed »), ou d'un sac qui recouvre le nez et la bouche (« bagged »). Les aérosols peuvent aussi être vaporisés dans un sac ou un ballon et inhalés par la suite. L'essence peut être aspirée directement du réservoir d'essence.

**Effets** : Les substances inhalées sont absorbées par les poumons et elles circulent très rapidement, entre cinq et huit secondes, dans le sang et jusqu'au cerveau. Il se produit une intoxication soudaine et brève semblable à l'ivresse, mais avec une distorsion plus marquée de la perception, du temps et de l'espace. Plusieurs bouffées de solvant peuvent produire un état d'euphorie (un « high ») qui peut durer jusqu'à 45 minutes. Des bouffées additionnelles peuvent faire durer les effets pendant des heures; les effets se dissipant, la personne peut ressentir une certaine somnolence et une sensation de « gueule de bois », un mal de tête léger ou très intense qui peut durer plusieurs jours. Des usagers invétérés développent une tolérance et ils ont alors besoin de doses de plus en plus fortes pour éprouver les mêmes sensations. Les effets varient selon le type de substance inhalée; ces effets peuvent produire une baisse de l'inhibition, un sentiment d'euphorie, d'ivresse, un trouble de l'élocution (empâtement de la parole), une diminution de la coordination motrice et de la pensée, des étourdissements, une vision trouble, de l'anxiété, des maux de tête, des douleurs à la poitrine ou à l'estomac, de la nausée, des hallucinations ou de la psychose, de l'agressivité ou de la violence.

Les substances inhalées sont parmi les plus toxiques des substances qui font l'objet d'abus et celles qui présentent le plus de dangers pour la santé. L'abus des solvants peut causer des lésions permanentes au cerveau : même une séance de reniflette/d'inhalation (« sniffing ») peut causer la mort. La suffocation est un des dangers si des usagers perdent connaissance, le sac toujours en place, recouvrant le nez et la bouche. La mort subite par inhalation (« Sudden sniffing death (SSD) ») peut se produire si une

<sup>15</sup> Source : Société canadienne de pédiatrie (Canadian Paediatric Society, 1998).

inhalation prolongée cause une accélération excessive et irrégulière des battements du coeur, ou que la personne est à bout de nerfs ou qu'elle se livre à une activité physique trop intense après avoir aspiré profondément plusieurs bouffées. Combiner des solvants avec d'autres dépresseurs comme l'alcool ou les somnifères peut aussi s'avérer fatal. L'aspiration de substances inhalées peut causer des incendies ou des accidents par imprudence, attribuables à l'altération du jugement diminué ou de l'état de conscience. Il en va de même pour des comportements destructeurs, violents ou suicidaires.

La consommation de substances inhalées pendant une période prolongée peut causer la pneumonie et d'autres infections respiratoires, de même que des lésions au foie et aux reins, aux yeux, à la moelle osseuse, au coeur et aux vaisseaux sanguins. Quant à l'inhalation de l'essence, elle peut provoquer un empoisonnement par le plomb, et dans des cas extrêmes, de la démence et une paralysie musculaire. On mentionne comme autres effets sur la santé des lésions au cerveau, des voiles noires (perte de mémoire), des changements au niveau de la personnalité, des convulsions, une surdité, une vision trouble, une diminution de la motricité, et la mort.

**Effets sur la grossesse :** La présence du syndrome d'intoxication du fœtus par un solvant peut potentiellement provoquer un accouchement prématuré, des anomalies/malformations congénitales irréversibles, ou l'accouchement d'un enfant mort-né.

**Sevrage :** Les symptômes apparaissent dans un délai de quelques heures ou de quelques jours après la cessation de l'utilisation de substances inhalées et ils peuvent se présenter sous forme d'irritabilité, d'agitation, de dépression, de léthargie, de fatigue, d'agressivité, de frissons, de maux de tête, et d'hallucinations. Dans des cas extrêmes, il peut se produire le delirium tremens semblable au delirium du sevrage alcoolique (le délire alcoolique aigu).

**Traitement et prise en charge clinique :** Dans le cas des usagers invétérés, le sevrage peut être difficile et il est mieux traité dans le cadre de soins sous supervision. Le traitement visant le sevrage de substances inhalées suit le même modèle que celui du sevrage alcoolique, commençant par une cure de désintoxication sous supervision. Cependant, la désintoxication de substances inhalées prend beaucoup plus de temps. Une désintoxication de courte durée s'étend sur une période de 14–30 jours. Une cure de désintoxication de longue durée peut nécessiter un autre six mois, période au cours de laquelle le traitement est concentré sur l'abstinence. Les programmes de réadaptation à l'intention des personnes qui abusent des substances inhalées sont particulièrement importants étant donné que les effets toxiques de l'abus prolongé des substances inhalées sont irréversibles.

**Des signes et symptômes avertisseurs de l'abus des substances inhalées :**

- + des produits sont remisés dans des endroits inhabituels, comme des contenants d'essence ou des aérosols sous un lit;
- + l'odeur d'une substance inhalée sur l'haleine d'une personne ou sur ses vêtements;
- + des vêtements tachés de mouchetures de peinture ou une substance scintillante sur le visage;
- + des petites infections au visage où les substances inhalées ont séché et ont provoqué une action bactérienne;
- + des changements au niveau du comportement ou de la personnalité;
- + une perte de poids, des épisodes fréquents d'intoxication, et une apparence négligée.

Se reporter à la bibliographie analytique pour de plus amples renseignements.

## Fiche d'information : Les amphétamines et les méthamphétamines

Les amphétamines et les drogues connexes comme le méthylphénidate (Ritalin<sup>®</sup>) agissent comme l'adrénaline pour exciter ou accélérer le système nerveux central. L'utilisation à des fins médicales de ces drogues est restreinte à cause de leurs effets/réactions indésirables et le potentiel élevé de surconsommation. Elles sont généralement prescrites pour traiter la narcolepsie, le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THDA), la maladie de Parkinson, et dans certains cas, l'obésité.

*Noms communs* : speed, bennies, back beauties, crosses, glass, crystal, crank, dopants, uppers, chalk, Ice, crystal meth, jib, gak, tina, et yaba.

*Noms de marque* : amphétamine, dextroamphétamine (Dexedrine<sup>®</sup>), et méthamphétamine (Dexocyn<sup>®</sup>).

La méthamphétamine (MA) « crystal meth » a été commercialisée d'abord comme décongestionnant nasal et elle est toujours disponible aux États-Unis comme traitement (médical) de l'obésité. La méthamphétamine de la rue est fabriquée dans l'ensemble du Canada et des États-Unis dans des laboratoires clandestins au moyen d'ingrédients peu coûteux, souvent toxiques ou inflammables. Alors que les amphétamines pures se présentent sous forme de poudre blanche, amère et inodore qui se dissout facilement dans l'eau, les amphétamines fabriquées illégalement varient en pureté, couleur, texture, et odeur. Sous sa forme qui peut être fumée, la MA ressemble à de petits éclats de verre ou à du gros sel transparent. En plus d'être fabriquée sous forme de comprimés ou de poudre, elle peut aussi être présentée sous une forme cireuse, une pâte ou une poudre recristallisée connue sous le nom de « crystal » ou « ice ». Selon sa forme, elle peut être reniflée, fumée, injectée, ou avalée (Deguire, 2005). Son usage s'est accru surtout chez les jeunes gens participant à des « raves » (fêtes technos), à des clubs et des fêtes parce que la MA est abordable et elle est facile à fabriquer. Sa consommation chez les jeunes sans-abri semble aussi être en croissance.

**Effets** : La MA stimule le cœur et le système respiratoire, accélère le rythme cardiaque et fait monter la tension artérielle. Lorsqu'elle est fumée ou injectée, elle produit immédiatement une poussée d'euphorie intense (le « rush »), suivie d'un état d'éveil, de vivacité d'esprit accrue, qui peut durer jusqu'à 12 heures. Reniflée ou avalée, la MA produit une sensation d'euphorie moins intense. Les usagers se sentent alertes, énergiques, confiants, et ils sont bavards, ressentant moins le besoin de se nourrir et de dormir. Ils peuvent ressentir aussi des effets indésirables de la drogue comme un rythme cardiaque très rapide ou irrégulier, des douleurs thoraciques, la nausée, de l'agitation, des tremblements et de l'irritabilité. Pris en fortes doses, le « crystal meth » peut provoquer un comportement agressif ou violent, de la confusion mentale, de l'anxiété et une incapacité de dormir. L'usage chronique, à long terme, d'amphétamines peut provoquer une perte de poids, de l'irritabilité et de l'anxiété. Dans des cas extrêmes, l'usage chronique, à long terme, peut aussi provoquer des épisodes de paranoïa, du délire paranoïde, des hallucinations, des comportements d'agression et de violence spontanée qualifiée de *psychose aux amphétamines*. Un autre effet secondaire chez les usagers réguliers est une sécheresse de la bouche et des dents cariées, ce qui est désigné par « meth mouth ».

La pureté et la puissance de la méthamphétamine illicite varient tellement qu'il est difficile de juger de la dose et de ses effets. Une surdose causant des crises, une fièvre très élevée, une rupture des vaisseaux sanguins cérébraux (un accident vasculaire cérébral), ou de l'insuffisance cardiaque peut être fatale. À

---

cause de la tolérance rapide du corps aux amphétamines, les usagers ont un besoin de plus en plus grand de la drogue pour produire l'effet désiré, augmentant le risque de réactions indésirables et d'une surdose.

**Signes et symptômes avertisseurs :** Les indications d'abus de « crystal meth » sont associées à la bouche « meth », une perte d'appétit et l'usager est plus éveillé, alerte, bavard et actif.

**Signes d'une surdose :** La perte de connaissance, une respiration accélérée, des secousses musculaires ou une crise/attaque, une chaleur excessive, un rythme cardiaque très rapide ou irrégulier et de la douleur thoracique.

**D'autres médicaments d'ordonnance :** Le Ritalin<sup>®</sup> (méthylphénidate) est un médicament administré pour traiter le trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention (THDA), et il est souvent prescrit pour contrôler des problèmes de comportement chez les enfants. Comme drogue de la rue, le Ritalin<sup>®</sup> est généralement réduit en poudre et renflé ou dissout et injecté, produisant des effets semblables aux amphétamines. Certains usagers s'injectent le médicament antidouleur d'ordonnance Talwin<sup>®</sup> (pentazocine) avec le Ritalin<sup>®</sup>, un stimulant. Cette association de médicaments produit une sensation d'euphorie, un « high » semblable à l'effet produit par l'héroïne combinée à la cocaïne; ce « high » est suivi d'une hypersensibilité dépressive et d'une dépression. Une combinaison et un usage excessif entraînent une tolérance, ce qui augmente le besoin des drogues pour produire les mêmes effets. Des doses plus élevées peuvent causer des étourdissements, des nausées, des vomissements, des tremblements, de la confusion, de la constipation, de l'anorexie, de l'insomnie, de la paranoïa, et même des hallucinations. Des doses très élevées peuvent entraîner le coma et la mort.

**Sevrage :** Les usagers ayant développé une dépendance et qui cessent de prendre de la méthamphétamine ont de fortes envies et quelques jours plus tard ressentent les symptômes de sevrage, notamment des douleurs abdominales, la faim, des maux de tête, de l'essoufflement, de la fatigue et une dépression grave. Des symptômes de sevrage de la consommation excessive de Talwin<sup>®</sup> et de Ritalin<sup>®</sup> sont associés à l'insomnie, des crampes abdominales, des nausées, de l'anxiété et de la dépression grave.

**Traitement et prise en charge clinique :** Généralement, la désintoxication suit le même processus que celui du traitement de dépendance à d'autres produits chimiques. Une période de cure de désintoxication sous supervision, suivie d'un modèle thérapeutique de base qui combine la thérapie cognitivo-comportementale, le soutien social, les groupes d'éducation familiale, le counselling individuel et un contrôle/examen des urines ont démontré des résultats positifs (Deguire, 2005).

## **Fiche d'information : Les opioïdes<sup>16</sup>** **(héroïne, morphine, codéine, méthadone, et d'autres** **médicaments d'ordonnance antidouleur comme l'oxycodone)**

Les opioïdes sont une catégorie de drogues qui ont des effets similaires à ceux de la morphine ; leur usage à des fins médicales vise principalement à soulager une douleur aiguë, grave. Certains opioïdes, comme la morphine et la codéine, sont des produits naturels provenant du pavot asiatique. L'héroïne est fabriquée à partir de la morphine, à l'aide d'un procédé chimique.

*Noms de marque* : les opioïdes synthétiques de prescription, tels que l'oxycodone (OxyContin®, Percocet), Demerol®, et la méthadone, sont fabriqués en laboratoire.

*Noms communs* : H, horse (cheval), smack, shit, skag (pour l'héroïne); M, morph, Miss Emma (pour la morphine); meth (pour la méthadone); percs (pour Percodan®, Percocet®); et oxy, OC, oxycotton, killer, kicker, et hillbilly heroin (pour l'oxycodone).

Des opioïdes consommés habituellement comme drogues sont l'oxycodone, la codéine (dans les Tylenols #s 1, 2, et 3; 292s; Atasol 8, 15, et 30; Exdol 8, 15, et 30), l'hydrocodone (dans les sirops contre la toux comme Tussionex et Hycodan), l'hydromorphone (comme Dilaudid), la morphine, et l'héroïne.

Dans sa forme la plus pure, l'héroïne est une poudre cristalline blanche et fine; par contre, si elle est vendue dans la rue, sa couleur et sa consistance varient selon le type d'additifs dont on s'est servi pour la « couper ». Une prise d'héroïne pour obtenir le « rush » se fait communément par injection parce que cette méthode procure l'effet le plus fort et le plus rapide. L'héroïne peut être reniflée, prise par inhalation de fumée, ou écrasée et avalée. D'autres opiacés qui sont communément injectés sont la morphine, la mépéridine (Demerol®), et de plus en plus souvent l'oxycodone vu ses effets semblables à ceux de l'héroïne.

**Effets** : Les opioïdes produisent une sensation de détente (de calme), d'euphorie, et de détachement/apaisement de la douleur physique et affective. Parmi les effets physiques, on note un ralentissement de la respiration, la contraction des pupilles, la démangeaison et la transpiration. À mesure que l'utilisateur développe une tolérance à la drogue des quantités de plus en plus importantes sont nécessaires pour se procurer la même intensité d'effet. Cette situation augmente le risque de décès par surdose. De plus, l'augmentation du risque vient aussi de l'incertitude quant au contenu de la drogue, à son degré de pureté, également en raison de la méthode d'injection, et de la combinaison de l'héroïne avec d'autres dépressifs. La tolérance aux opioïdes peut se développer très rapidement, ainsi qu'une dépendance psychologique et physique; l'usage régulier, constant, peut mener à une dépendance en deux ou trois semaines. Une fois dépendant, l'utilisateur doit avoir son « fixe », sa piqûre à toutes les six à douze heures pour éviter les symptômes de sevrage. Les effets médicaux, sociaux et juridiques peuvent être désastreux.

Les nouveaux usagers peuvent éprouver de la nausée et vomir. Des usagers réguliers peuvent souffrir de constipation, d'une instabilité émotionnelle/de sautes d'humeur, d'une perte de désir ou de l'appétit sexuel et, chez les femmes, l'irrégularité ou l'interruption des règles. Ces effets disparaissent une fois qu'on cesse d'en prendre. Les usagers invétérés peuvent développer de graves problèmes au niveau des poumons.

---

<sup>16</sup> Source : Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (2002b).

L'usage à long terme entraîne des modifications du fonctionnement du cerveau; par conséquent, cela peut prendre des mois ou des années avant que le cerveau fonctionne de nouveau normalement après le sevrage. Les usagers invétérés qui en consomment pendant longtemps ne ressentent plus aucun plaisir, mais ils continuent néanmoins à en prendre pour éviter les symptômes de sevrage et satisfaire le besoin intense d'en reprendre.

Se servir de seringues souillées (non stérilisées) pour les injections peut causer des infections, soit au point d'injection ou à la paroi interne du cœur (endocardite). Le partage de seringues a conduit à des taux élevés de maladies du foie (hépatite), de tétanos, d'infections à VIH (virus de l'immunodéficience humaine), et de sida (syndrome de l'immunodéficience acquise) chez les usagers de drogues injectées.

**Effets durant la grossesse :** L'usage d'opioïdes à action brève, comme l'héroïne, durant la grossesse peut provoquer un accouchement prématuré, un faible poids (insuffisant) du bébé à la naissance, des symptômes de sevrage chez le nourrisson, ou la mort infantile. Les femmes enceintes qui ont développé une dépendance (aux opioïdes) sont généralement traitées à la méthadone, ce qui améliore les chances de mettre au monde un bébé en santé parce que le sevrage des dépendances aux opiacés peut provoquer des contractions de l'utérus.

**Sevrage :** Une fois dépendant physiquement aux opiacés, un sevrage brusque peut provoquer des maladies. Des symptômes de sevrage apparaissent dans les 4 à 5 heures qui suivent la dernière prise d'un opioïde, atteignant leur intensité dans les 2 ou 3 jours suivants; ils peuvent se manifester pendant une période d'une semaine à dix jours. Voici des exemples de sevrage : des symptômes pseudogrippaux, notamment la transpiration, des douleurs musculaires, des crampes abdominales, de la diarrhée, le nez qui coule, les yeux qui pleurent, des frissons, la chair de poule, et des nausées. La dépression, l'anxiété, des perturbations de l'humeur, de l'irritabilité, de l'agression, des troubles de sommeil et la perte d'appétit sont aussi des symptômes habituels.

**Traitement et prise en charge clinique :** Le traitement le plus efficace qui existe présentement contre la dépendance à l'héroïne ou aux autres opioïdes, c'est celui de soutien par la méthadone. La méthadone est un opioïde synthétique relativement sans risque prescrit pour prévenir les symptômes de sevrage. Les effets secondaires possibles liés au traitement par la méthadone sont : la transpiration, la constipation et la prise de poids. Bien qu'elle soit sans risque si elle est prise suivant l'ordonnance, la méthadone est néanmoins une drogue puissante, extrêmement dangereuse pour les personnes qui en prennent régulièrement. C'est pour cette raison que la prescription de la méthadone est soumise à un contrôle et un suivi.

**Nouvelles tendances :** L'abus de l'oxycodone, un analgésique d'ordonnance, est en croissance. L'oxycodone est une forme de morphine à action retardée prise pour le soulagement de la douleur en phase terminale d'une maladie, mais qu'on prescrit de plus en plus dans le cas de douleur chronique, non liée à la phase terminale d'une maladie, notamment pour soulager le mal de dos (la dorsalgie). « [TRADUCTION] Il est très toxicomanogène. Des personnes qui ont commencé à prendre de l'héroïne prennent maintenant de l'oxycodone parce qu'elles peuvent s'en procurer plus facilement. Ces personnes deviennent dépendantes rapidement et ne peuvent plus s'en passer » (Susan Dahlseide, personne ressource consultée). Un sevrage contrôlé sous surveillance médicale est recommandé pour traiter une dépendance à l'oxycodone. Du counselling et du soutien dans le but de faciliter un changement de mode de vie et une meilleure gestion du stress sont un aspect important du processus de réadaptation à long terme.

## Fiche d'information : Les benzodiazépines

Les benzodiazépines sont une famille de drogues calmantes prescrites principalement pour soulager les troubles du sommeil et l'anxiété, calmer les muscles, contrôler les crises (épileptiques), les convulsions et traiter le sevrage alcoolique. Environ un canadien sur dix, bon nombre d'entre eux étant des adultes plus âgés, disent prendre des benzodiazépines au moins une fois par an; un usager sur dix continue d'en prendre régulièrement pendant plus d'un an.

*Noms génériques et noms de marque* : alprazolam (Xanax®), clonazépam (Rivotril®), diazépam (Valium®), flurazépam (Ativan®), temazépam (Restoril®), triazolam (Halcion®) et autres.

*Noms communs* : benzos, bennies, tranks et downers.

**Effets** : Les benzodiazépines calment le système nerveux central, produisant une sensation de détente. À des doses plus élevées, elles peuvent soulager une détresse émotionnelle grave et des crises de panique. Les benzodiazépines sont très toxicomanogènes—des doses plus importantes augmentent le risque de dépendance—prises régulièrement pendant plus de deux mois, les benzodiazépines peuvent entraîner une dépendance psychologique et physique. Des effets secondaires sont notamment de la somnolence, des étourdissements, et une sensation de tête légère, la diminution de la vivacité d'esprit et des problèmes au niveau de la démarche (altération légère de l'équilibre), des crampes abdominales aiguës, des troubles de digestion, des troubles de vision, de la lassitude, des problèmes au niveau de la concentration et de la mémoire, et des troubles de sommeil. Les benzodiazépines peuvent aussi provoquer de la confusion, la dépression, et un rebond du sommeil paradoxal. Chez certaines personnes, un usage prolongé peut augmenter la gravité des symptômes au point d'altérer la mémoire, provoquer des phobies et des tendances suicidaires. La prise de benzodiazépines peut augmenter de beaucoup le risque d'avoir des accidents d'automobile, de souffrir de confusion, de subir des chutes et des fractures chez les personnes âgées parce que les benzodiazépines diminuent les capacités d'apprentissage, de mémorisation, de raisonnement ; elles affectent aussi l'équilibre, la démarche, la coordination et la capacité motrice.

Le décès causé par une surdose de benzodiazépines seule est rare. Le risque augmente si des benzodiazépines sont combinées à d'autres sédatifs comme l'alcool ou à des médicaments contenant de la codéine ou à certains antihistamines. Dans ce contexte, on fait parfois un usage abusif des benzodiazépines pour intensifier l'effet d'autres drogues comme les opiacés ou pour soulager les symptômes de sevrage d'opiacés, de barbituriques, de la cocaïne, des amphétamines ou de l'alcool. L'usage de benzodiazépines pour intensifier l'effet d'autres drogues ou pour diminuer une sensation d'anxiété ou d'agitation causée par des stimulants tels que l'écstasy ou la cocaïne est extrêmement dangereux. Combiner des benzodiazépines à de la méthadone est extrêmement dangereux et peut être fatal. Les signes avertisseurs de surdose sont la somnolence, des troubles d'élocution (empâtement de la parole), de la faiblesse et un chancellement.

Les benzodiazépines devraient être prises avec beaucoup de prudence, surtout pour traiter une dépendance à l'alcool ou d'autres dépendances à cause du risque élevé de développer une tolérance ou une dépendance physique. Les personnes qui remplacent simplement leur dépendance à l'alcool par une dépendance aux benzodiazépines continuent de souffrir d'un problème de dépendance qui perturbe leur vie. Comme dans le cas d'autres médicaments anti-dépressifs, une période d'abstinence complète est généralement



---

recommandée avant de commencer le traitement de l'anxiété chez les alcooliques ou d'autres toxicomanes, étant donné que le problème peut disparaître de lui-même à la fin de la période de sevrage.

**Effets chez les femmes :** La « sur-prescription » de benzodiazépines aux femmes est bien documentée. Au Canada, les benzodiazépines sont prescrites deux fois plus souvent aux femmes qu'aux hommes et les femmes autochtones sont peut-être particulièrement vulnérables concernant cette pratique :

[TRADUCTION] En 2000, une femme autochtone de plein droit sur trois, âgées de plus de 40 ans et résidant dans l'ouest du Canada, s'est vue prescrire des benzodiazépines. Le nombre [de femmes autochtones] prenant des benzodiazépines [couvertes] par le Programme de services de santé non assurés de Santé Canada a augmenté de 25 % au cours d'une période de quatre ans (1996–2000). Selon une autre étude sur l'usage par les Autochtones de médicaments d'ordonnance au Canada, 48 % des personnes inscrites à des services de traitement des dépendances faisaient un usage abusif de médicaments d'ordonnance ; parmi ces personnes, 74 % prenaient des benzodiazépines. Plus de 60 % étaient des usagers de plusieurs médicaments d'ordonnance (Currie, 2003:4).

**Symptômes de sevrage :** Ils peuvent être bénins ou graves, en fonction de la quantité absorbée et de la durée d'usage. Les symptômes de sevrage chez des patients qui cessent les doses thérapeutiques comprennent entre autres : la confusion, des troubles de sommeil (insomnie), des crises d'anxiété, une hypersensibilité aiguë au son, au toucher, au goût, à l'odorat, des sensations de « punaises cocaïniques » (de grouillement de vermine sous la peau), des troubles respiratoires, des maux d'estomac, des troubles sensoriels et des tremblements. Le sevrage dans le cas d'un usage régulier de fortes doses peut aussi entraîner des symptômes de sevrage graves, entre autres : paranoïa ou rage, agitation, délire et crises. Le sevrage d'un usage prolongé de benzodiazépines peut prendre de 4–6 mois pour la phase initiale de désintoxication, et un autre 6–18 mois pour le rétablissement.

**Traitement et prise en charge clinique :** Le sevrage et le rétablissement d'un usage régulier à long terme de benzodiazépines devraient se faire sous surveillance médicale en planifiant une réduction progressive, contrôlée par un produit de remplacement des drogues ou au moyen du produit de remplacement seul. Les patients devraient être surveillés en cas de dépression et/ou d'idées suicidaires et bénéficier d'un soutien thérapeutique. Des exercices, de la thérapie de relaxation, la gestion du stress et le counselling sont d'autres moyens de réduire l'anxiété.

## Fiche d'information : Le cannabis<sup>17</sup>

Le cannabis ne se classe pas parmi les catégories de drogues habituelles. Même s'il a des effets déprimeurs, il agit aussi comme stimulant et augmente le rythme cardiaque. Certaines personnes qui prennent du cannabis pour la première fois ne ressentent souvent aucun effet psychoactif; toutefois, l'usage répété du cannabis produit un état de « high » (sensation d'euphorie) très rapidement et cet effet dure généralement de 2–4 heures. S'il est consommé avec de la nourriture, l'état de « high » se manifeste plus progressivement, mais l'effet dure plus longtemps.

Le cannabis est la drogue illicite la plus couramment utilisée au Canada. Comme l'alcool, on peut le consommer pour sa capacité de soulager l'anxiété, le stress et l'ennui. Le cannabis peut être pris sous trois formes : sous forme de marijuana (la feuille séchée de la plante), de haschisch, ou l'huile de haschisch (les deux provenant de la résine de la plante). Le haschisch est habituellement plus fort que la marijuana; l'huile de haschisch est encore plus puissante. Le cannabis peut être fumé ou se mélanger à des aliments comme des carrés au chocolat.

La marijuana diminue les nausées causées par les médicaments anticancéreux et augmente l'appétit chez les personnes atteintes du sida à cause de ses attributs analgésiques, antinauséux et de myorelaxant (relaxant musculaire). Cependant, une autorisation doit être obtenue pour l'utilisation à des fins médicales du cannabis dans le cadre du Programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada.

*Noms de marque* : Marinol® et Cesamet® sont des noms de marque de formes synthétiques prescrites pour des personnes atteintes du sida ou du cancer pour soulager la douleur et les crampes musculaires.

*Noms communs* : herbe, weed, pot, dope, ganja, foin, hasch (haschisch), marihuana, huile, et « shit ».

**Effets** : À faible dose, le cannabis produit des sensations d'euphorie et de relaxation. Il peut produire une légère distorsion de la perception et des sens, une augmentation de la sensibilité aux sons, de l'acuité visuelle, du goût et une plus grande conscience du corps. Le rythme cardiaque et l'appétit augmentent tandis que la tension artérielle et l'équilibre diminuent. De plus grandes quantités peuvent intensifier ces effets, mais elles seront plus susceptibles de causer des réactions désagréables. De l'intoxication grave peut provoquer de l'anxiété ou des crises de panique et une accélération du rythme cardiaque, ou, dans certains cas, une psychose temporaire. L'usage excessif, important et à long terme du cannabis peut porter atteinte aux poumons, entraîner une toux chronique et une infection pulmonaire. Fumer de la marijuana et du tabac augmente le risque de développer le cancer du poumon, le cancer du cerveau et de la gorge à un âge prématuré. La mémoire à court terme, la concentration et la pensée abstraite sont aussi altérées. La plupart de ces problèmes disparaissent généralement au bout de quelques semaines si la personne cesse l'usage du cannabis, mais certains des problèmes peuvent durer des années.

**Symptômes de sevrage** : Des usagers qui ont développé une dépendance au cannabis et qui cessent d'en consommer peuvent ressentir de légers symptômes de sevrage comme des troubles de sommeil, de l'irritabilité, de l'anxiété, des nausées, de la transpiration et une perte d'appétit. Ces symptômes physiques durent généralement moins d'une semaine, bien que le besoin psychologique peut se prolonger

---

<sup>17</sup> Source : Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (2004).

plus longtemps. Un sevrage brusque après une consommation excessive, chronique, peut causer des nausées, des tremblements, de l'anxiété ou de l'instabilité émotionnelle et des troubles de sommeil qui durent généralement de 1–2 jours.

**Conséquences sur la grossesse :** Les femmes qui prennent du cannabis durant leur grossesse sont plus susceptibles de donner naissance à un bébé prématuré ou ayant une insuffisance de poids. En grandissant, ces enfants peuvent souffrir de problèmes d'apprentissage et de comportement, même s'il n'est pas clairement établi que ces problèmes sont causés seulement par la consommation du cannabis pendant la grossesse ou par une combinaison de facteurs.

**Traitement et prise en charge clinique :** Le sevrage de la consommation du cannabis ne requiert pas de surveillance médicale. Comme dans le cas d'autres comportements de dépendance, on recommande du soutien individuel ou par les pairs, du counselling, ou de la thérapie axée sur les problèmes d'ordre affectif sous-jacents. Des exercices, de la thérapie de relaxation, la gestion du stress et le counselling sont d'autres moyens de réduire l'anxiété.

## Fiche d'information : Le tabac commercial<sup>18</sup>

Le tabac est depuis longtemps considéré comme l'une des plantes sacrées les plus utilisées par les Premières Nations à des fins rituelles. Des témoignages nous indiquent qu'elle est cultivée en Amérique du Nord depuis plus de 8000 ans ; par contre, il n'existe aucune indication qu'avant le contact avec les Européens, il y a eu abus du tabac.

La nicotine est un stimulant issu de la feuille du tabac. Les feuilles du tabac peuvent être brûlées et inhalées (cigarettes, cigares, tabac à pipe) ou absorbées (tabac à chiquer, tabac à priser). Les produits du tabac commerciaux comme les cigarettes, les cigares ou le tabac à pipe contiennent plus de 4000 produits chimiques, y compris le goudron et le monoxyde de carbone qui sont cancérigènes. À fortes doses, la nicotine en soi est extrêmement toxique et elle est communément utilisée comme insecticide. Un rapport du Directeur du Service de santé publique des États-Unis paru en 1988 a conclu que la nicotine est toxicomanogène (crée une dépendance physique) au même titre que la cocaïne ou l'héroïne, ce qui explique pourquoi un si grand nombre de personnes fument. Globalement, 33–50 pour cent des gens qui font l'expérience du tabac deviennent des fumeurs fréquents et 90 pour cent des gens qui fument régulièrement ont une dépendance à la nicotine.

**Effets :** La nicotine se rend rapidement au cerveau où elle agit comme stimulant, augmentant la tension artérielle, le rythme cardiaque et le rythme respiratoire. Elle réduit également le taux d'oxygène dans la circulation sanguine, causant une baisse de la température de la peau. Les effets psychotropes de la nicotine sont complexes; des études montrent que fumer élève le niveau de la dopamine, accroissant le sentiment de plaisir et le désir de continuer à fumer.

Les personnes qui fument pour la première fois risquent de se sentir étourdiées et de se sentir mal, de tousser ou d'avoir des haut-le-cœur si elles inhalent. Elles peuvent aussi éprouver de la faiblesse, des crampes abdominales et avoir des maux de tête. Ces symptômes s'atténuent au fur et à mesure que la tolérance à la nicotine s'installe. Les risques liés aux effets à long terme augmentent en fonction de la fréquence et de la durée de la consommation du tabac par une personne ayant l'habitude de fumer. Le fait de fumer porte atteinte aux systèmes respiratoire, digestif, immunitaire et cardiovasculaire de l'organisme. C'est la principale cause du cancer du poumon ; le plus souvent il est aussi à l'origine de la bronchite chronique et de l'emphysème, de même que la cause prépondérante des maladies cardiaques et de l'accident vasculaire cérébral (AVC). De plus, l'habitude de fumer accroît le risque de cancer du colon, de cancer de la bouche, de la gorge, du pancréas, de la vessie et du col. On attribue au tabagisme la toux du fumeur, l'ostéoporose et, dans le cas des hommes, fumer double le risque de dysfonction érectile. Un grand nombre de ces risques s'appliquent également aux gens qui sont exposés à la fumée secondaire (ou fumée des autres). Le tabac commercial est la principale cause de maladies et de décès évitables au Canada.

**Effets sur la grossesse :** Les femmes qui fument pendant leur grossesse accroissent le risque de fausse couche, d'accouchement prématuré ou d'accouchement d'un mort-né. Les bébés (de mères fumeuses) nés à terme sont des bébés ayant un faible poids de naissance, plus petits que la moyenne. Des études établissent un lien entre le tabagisme et le risque du syndrome de mort soudaine du nourrisson (SMSN).

---

<sup>18</sup> Source : Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (2002).

---

**Conséquences pour les jeunes :** « [TRADUCTION] La recherche indique qu'il y a une relation marquée entre l'âge du début de l'usage du tabac et la dépendance à la nicotine » (Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 2002a:2). La plupart des fumeurs ont commencé à fumer entre l'âge de 11 à 15 ans. Une fois qu'une personne commence à fumer, particulièrement à un jeune âge, le risque de développer une accoutumance et une dépendance est très élevé.

**Symptômes de sevrage :** « [TRADUCTION] Les symptômes du sevrage à la nicotine sont associés à l'irritabilité, la dépression, l'insomnie et la fatigue, l'anxiété, la difficulté de concentration, l'agitation, la diminution du rythme cardiaque, l'augmentation de l'appétit et un grand besoin de nicotine. Ces symptômes atteignent leur apogée dans les 24–48 heures suivant l'arrêt de fumer et ils peuvent durer pendant une période allant de trois jours à quatre semaines, même si le besoin ou l'envie très forte de fumer une cigarette peut durer des mois » (Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 2002a:3).

**Traitement :** Les traitements de substitution à la nicotine (TSN/NRT) peuvent être appliqués dans le but d'aider à franchir les premières étapes du sevrage physique de la dépendance à la nicotine. Il y a également des programmes de soutien et/ou de counselling qui sont efficaces, même si un grand nombre de fumeurs font 3–4 tentatives pour cesser de fumer avant de devenir des non-fumeurs à long terme. Comme dans le cas d'autres comportements de dépendance, il n'est pas rare de faire une rechute et celle-ci doit être envisagée comme partie intégrante du processus de désaccoutumance du tabac. Le soutien continu comprend la prévention des rechutes et des techniques permettant de diminuer l'anxiété comme l'exercice, la thérapie de relaxation, la gestion du stress et le counselling. Maintenant des ressources/conseils pratiques axés sur le renoncement au tabac et adaptés à la réalité culturelle peuvent être obtenus.

## Fiche d'information : Un comportement compulsif : l'obsession du jeu<sup>19</sup>

Même si les jeux de hasard font partie depuis longtemps des cultures autochtones traditionnelles, l'usage qu'on en fait de nos jours est devenu abusif. Comme dans le cas d'autres comportements de dépendance, les conséquences entraînées par l'obsession du jeu peuvent s'étendre à des problèmes relativement mineurs jusqu'à des situations beaucoup plus graves, même mettre la vie en danger. Pour certains, le jeu peut entraîner seulement des difficultés occasionnelles—ne pas pouvoir payer une dépense mensuelle ou le loyer. Pour d'autres, il peut nuire gravement au bon fonctionnement personnel et social. Des signaux d'alarme comme mentir constamment, tromper et escroquer, s'absenter fréquemment, négliger ses responsabilités familiales et communautaires et augmenter ses difficultés financières en raison de l'accumulation de dettes sont révélateurs que la passion du jeu est devenue problématique. Il en résulte donc que les relations familiales, communautaires, professionnelles de la personne dépendante du jeu sont gravement perturbées. Dans le cas où, sur le plan financier, la situation se détériore sérieusement, des gens peuvent en désespoir de cause s'impliquer dans des activités illégales pour tenter de régler des dettes de jeu. Selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* [Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) - IV] de l'American Psychiatric Association (2000), les critères suivants s'appliquent au diagnostic du jeu pathologique.

Le comportement de dépendance au jeu persistant et de mésadaptation récurrente est déterminé par cinq (ou plus) des critères suivants :

1. préoccupation centrée sur le jeu;
2. besoin de jouer des montants de plus en plus élevés d'argent afin d'atteindre l'état d'excitation recherché;
3. des efforts répétés, vains, pour essayer de contrôler, de réduire ou de cesser le jeu;
4. la personne est agitée et irritable si elle essaie de réduire ou de cesser le jeu;
5. le fait de s'adonner aux jeux d'argent est un moyen de s'évader de ses problèmes ou de se libérer d'une humeur dysphorique ;
6. après avoir perdu de l'argent au jeu, elle retourne généralement le lendemain ou un autre jour pour gagner, reprendre ce qu'elle a perdu;
7. ment aux membres de sa famille, au thérapeute, ou à d'autres personnes pour masquer la gravité de sa participation aux jeux de hasard;
8. a commis des actes illégaux comme la fabrication de faux, l'escroquerie, le vol ou le détournement de fonds pour trouver l'argent nécessaire au jeu ;
9. doit compter sur les autres pour obtenir l'argent nécessaire lui permettant de se libérer d'une situation financière désespérée attribuable à la passion du jeu.

**Traitement :** Certains établissements autochtones de traitement comme le Poundmaker's Lodge en Alberta offrent des programmes de traitement ambulatoire de 14 jours qui visent la réadaptation des personnes aux prises avec la dépendance au jeu ; ces programmes suivent le modèle du rétablissement en 12 étapes. La priorité du traitement centré sur le problème du jeu est de fournir des ressources et des services dont le but est d'aider les personnes et les familles à affronter les problèmes profonds, sous-jacents, comme le deuil, les pertes et les traumatismes non résolus.

---

<sup>19</sup> Source : Barlow (2004).

Les programmes de *Gambler's Anonymous*, des programmes d'autothérapie, reposent sur ce modèle et ils sont offerts dans des collectivités au Canada. Beaucoup de communautés autochtones s'attaquent aux facteurs sociaux qui contribuent au problème du jeu en proposant comme mesures de remplacement des activités sportives et de loisirs saines pour les adolescents et les adultes.

## **Fiche d'information : Un comportement compulsif : la dépendance sexuelle**

Une sexualité saine est un aspect important de la santé mentale, physique, affective et spirituelle. Selon les éducateurs et les Aînés autochtones, les cultures pré-européennes (ou avant le contact avec les Européens) avaient une bonne compréhension de la sexualité dans un contexte de vie équilibrée et saine et d'un système de valeurs fondées sur l'ouverture, le consentement mutuel et le respect.

[TRADUCTION] Il n'y avait pas d'enseignement traditionnel distinct axé sur la sexualité, ces enseignements faisant partie tout naturellement des autres enseignements sur la vie. C'est de cette façon que l'énergie sexuelle et l'existence d'une personne étaient envisagées ; que c'était naturel et en harmonie avec toutes les autres activités de la vie (National Native Association of Treatment Directors, 1992:78).

L'influence des croyances religieuses et des coutumes européennes sur la sexualité autochtone a été profonde. L'introduction d'une sexualité basée sur la honte et des croyances religieuses qui s'attaquaient à l'homosexualité et dévalorisaient les femmes ont détruit le sens du sacré, la dimension spirituelle, qui était d'une importance primordiale. « [TRADUCTION] L'expression de soi et l'estime de soi/la dignité chez les Autochtones étaient nourries par l'acceptation mutuelle et la liberté sexuelle, ce qui avait contribué à donner aux femmes un pouvoir spirituel et la célébration du corps » (Anderson, 2000:88).

Le plus grand préjudice de la colonisation a été les abus physiques et sexuels dont des générations d'enfants autochtones ont été les victimes dans les pensionnats et les séquelles multiples qui en ont découlé. Outre le fait qu'ils ont subi des sévices physiques et sexuels, les enfants autochtones dans les pensionnats n'avaient pas le droit d'interagir avec des enfants du sexe opposé. On leur enseignait que le sexe était honteux, « un péché » et sale, et on les a amenés à ressentir de l'embarras et à avoir honte de leur corps et de sa transformation physique normale en grandissant. Beaucoup de Survivants des pensionnats sont sortis de cette expérience traumatisés, aux prises avec des croyances profondément contradictoires et dysfonctionnelles au sujet de la sexualité.

L'intimité sexuelle peut susciter des sentiments d'euphorie et de rapprochement chez la personne elle-même et son/sa partenaire; toutefois, dans le cadre de relations sexuelles compulsives, ces sentiments ne peuvent être soutenus. Comme dans le cas d'autres comportements de dépendance, l'expérience affective (l'affect) positive, euphorique, est de courte durée ; peu à peu les sentiments sous-jacents et non résolus du vide de l'existence, de l'anxiété, de la peur ou du deuil resurgissent. Les personnes aux prises avec ce problème peuvent devenir prisonnières d'un cycle de comportements obsessionnels centrés sur la sexualité comme façon de ré-activer des préjudices vécus dans le passé ou de s'auto-apaiser. Le National Council on Sexual Addiction and Compulsivity (NCSAC) définit ce comportement comme « [TRADUCTION] un mode ou des modes de comportement sexuels persistants et s'intensifiant qui sont mis à exécution en dépit des conséquences de plus en plus négatives pour soi et les autres » (n.d. : para. 1).

Certains cliniciens et chercheurs se sont efforcés de définir la dépendance sexuelle en ayant recours aux critères puisés dans ceux qui caractérisent la dépendance chimique. Les voici :

- se livrer fréquemment à des activités sexuelles toujours plus nombreuses avec un nombre croissant de partenaires sans l'avoir recherché;



- s'intéresser vivement au sexe ou avoir un désir insatiable, persistant, d'activités sexuelles; volonté de réduire ces activités, mais les tentatives s'avèrent infructueuses;
- s'intéresser, penser à la sexualité au détriment d'autres activités ou continuellement se livrer d'une façon excessive à des activités sexuelles malgré son intention de cesser ;
- passer beaucoup de temps à des activités liées à la sexualité, comme être à la recherche de partenaires, « draguer » ou passer des heures en ligne à visiter des sites Web pornographiques ;
- négliger ses obligations comme le travail, les études ou la famille pour rechercher des activités sexuelles ;
- continuellement se livrer à un comportement sexuel en dépit des conséquences négatives comme la rupture de relations ou des risques potentiels pour la santé;
- montée de l'importance ou de la fréquence de l'activité sexuelle pour atteindre l'effet recherché, comme des visites de plus en plus fréquentes chez les prostitués ou du nombre de plus en plus élevé de partenaires ;
- se sentir irritable s'il y a incapacité de se livrer au comportement voulu (Herkov, Gold, et Edwards, 2001).

Des estimations indiquent qu'entre 3 et 6 pour cent d'Américains sont touchés par une forme ou l'autre de dépendance sexuelle. La sexomanie semble être commune chez les personnes qui sont aux prises également avec d'autres troubles addictifs ou comportements de dépendance comme l'abus de drogues, les hommes et les femmes étant assujettis à cette dépendance, de même que les homosexuels et les hétérosexuels (Herkov, Gold, et Edwards, 2001).

Selon le psychologue D<sup>r</sup> Dennis Kimberly, l'une des personnes ressources consultées, la manifestation d'un comportement sexuel excessif et compulsif devient nuisible si ce comportement perturbe le fonctionnement personnel et social de la personne, met d'autres personnes en péril, sexualise les enfants et/ou enseigne à des enfants à se définir principalement en fonction de leur valeur sexuelle. Comme dans le cas d'autres comportements de dépendance, minimiser ou refuser d'admettre leur gravité ou en garder le secret devient partie intégrante des normes familiales et communautaires, ce qui empêche ou freine toute démarche de guérison. Si une société ou une communauté minimise ou nie le problème, ou l'écarte au nom des réalités culturelles différentes, il faut bien se rendre compte, selon les propos du D<sup>r</sup> Kimberly, « [TRADUCTION] que [ces problèmes] font partie de l'autocontinuation transgénérationnelle des comportements de dépendance et des traumatismes ».

**Prévention et traitement :** Les personnes ressources consultées dans le cadre de ce rapport proposent un traitement visant la dépendance sexuelle qui suit de façon générale le même modèle que celui du traitement pour d'autres comportements de dépendance. Il s'agit d'un plan d'intervention qui comprend la réduction des méfaits dans le contexte du counselling ou d'une thérapie permettant à un client d'approfondir l'examen de ses problèmes d'ordre affectif qui contribuent au comportement de dépendance sexuelle. De plus en plus, la santé autochtone et ses promoteurs plaident en faveur d'une éducation axée sur la sexualité saine/positive, intégrée à la promotion de la santé communautaire, la santé sexuelle et la guérison faisant partie intégrante de la programmation de base ou commune dans le domaine de la lutte contre les dépendances.

[TRADUCTION] L'image de soi (ou autoperception) comme un être sacré influe sur la guérison. Elle a aussi des répercussions en prévention, du fait que les êtres sacrés n'agissent pas de cette manière à l'égard d'autres êtres sacrés (cité dans Anderson, 2000:201).

## Fiche d'information : Un comportement compulsif : les troubles alimentaires

Bien des Survivants des pensionnats ont souffert de la faim quotidiennement, de même qu'ils ont été privés de nourriture comme forme de punition. Une grande partie des aliments servis aux enfants autochtones dans les pensionnats étaient impropres à la consommation humaine, de même qu'ils étaient trop riches ou avaient une teneur élevée en glucides. Les pensionnats n'ont pas enseigné aux enfants l'importance de bien se nourrir ; de plus, ils n'ont pas donné aux enfants la possibilité d'apprendre à faire des choix santé. En de rares occasions, si les enfants étaient récompensés par des « gâteries », on leur servait généralement des aliments contenant beaucoup de sucre ou de féculents comme du pain blanc, des bonbons ou de la crème glacée. Ces aliments associés à la gâterie ou au plaisir dans l'enfance sont devenus des aliments de « réconfort » ou pris par compensation à l'âge adulte.

Pour survivre et composer avec la faim continue, beaucoup d'enfants dans les pensionnats ont appris à faire des réserves ou bien à s'empiffrer de nourriture s'ils bénéficiaient tout d'un coup d'une surabondance. Selon Susan Dahlseide, l'une des personnes ressources consultées, les troubles alimentaires compulsifs les plus fréquents chez la population autochtone se rattachent principalement à la boulimie, au stockage de provisions et à la dépendance à l'égard d'aliments-camelotes/du grignotage, de même qu'aux repas grand format contenant beaucoup de sucre et de gras.

L'Aîné Eric Shirt, une autre personne ressource consultée, affirme qu'on s'est toujours servi de la nourriture comme d'une arme (un pouvoir) contre les Autochtones; par conséquent, la clé permettant de se guérir d'une dépendance et de recouvrer la santé consiste à « [TRADUCTION] (reconquérir) la sagesse en matière d'alimentation—les gens doivent commencer à exiger une meilleure alimentation ».

[TRADUCTION] Notre approche doit porter sur tous les aspects, être de grande envergure. Le corps a été créé pour se développer et se maintenir en santé et (c'est possible) si ses besoins nutritionnels sont satisfaits - mais, dès le début, nous avons été installés dans des réserves et nourris d'aliments qu'on sert dans les prisons. Nous sommes devenus gros et apathiques ; on ne pouvait pas surmonter les difficultés auxquelles on était confronté. La nourriture a toujours servi d'arme contre nous. Si on n'allait pas où ils nous avaient dit d'aller, ils nous privaient de nourriture; si nous n'allions pas au pensionnat, ils ne nous donnaient pas de nourriture et là (au pensionnat), ils ne nous nourrissaient pas non plus, de nombreux enfants sont morts de faim. Washington a battu les Iroquois en brûlant leur maïs; l'histoire est remplie de récits d'Indiens quémandant de la nourriture à l'extérieur des forteresses. Ainsi, dès le premier jour, notre état nutritionnel a été compromis et nous n'avons jamais vraiment retrouvé celui d'avant la colonisation—et maintenant nous sommes aux prises avec l'époque des aliments-camelotes (« junk ») (Aîné Eric Shirt).

**Prévention et traitement :** Il y a actuellement de nombreux programmes de promotion de la santé adaptés à la culture dont le but est d'éduquer les enfants, les adolescents et les adultes au sujet de la bonne nutrition et à faire un choix judicieux d'aliments, compte tenu du fait que, dans la population autochtone, il y a un taux supérieur en croissance de diabète et de maladies cardiaques. La saine alimentation devrait faire partie intégrante de la programmation de lutte contre les dépendances afin de s'assurer que les personnes en réadaptation ou en post-cure centrée sur la dépendance comme l'alcoolisme ou la toxicomanie n'aient pas comme seule solution de substituer un comportement d'addiction par un autre, comme le besoin compulsif d'ingérer une quantité excessive d'aliments en guise de stratégie personnelle d'apaisement affectif.

---

## Liste des personnes ressources consultées

1. Cliente autochtone qui a bien voulu partager son histoire avec l'auteur.
2. Aîné Jim Albert (clan de l'ours), Lanark County, Ontario, ancien président, Department of Social Work, Carleton University, actuellement collaborateur au Social Work Program à First Nation Technical Institute, Tyendinaga, Ontario.
3. D<sup>r</sup> Nancy Comeau, Department of Psychology, Dalhousie University, Halifax, Nouvelle-Écosse, et membre du projet « Nemi'simk, Seeing Oneself » Youth Early Intervention Pilot Program.
4. Connie-Gail Crowder, M.S.N., R.N., R.N.-E.C., directrice des services de santé, coordonnatrice du Sacred Smoke Pilot Program, Wabano Centre for Aboriginal Health, Ottawa, Ontario.
5. Inspecteur Shirley Cuillierier (Mohawk), agente responsable, National Aboriginal Policing Services, Community, Contract and Aboriginal Policing Services; et inspecteur David Wojak, Gendarmerie royale du Canada.
6. Susan Dahlseide (Métis), Director of Marketing and Health Promotion, au service du Nechi Training, Research and Health Promotions Institute à Edmonton, Alberta.
7. Shiningwater Diabo (Cherokee/Lakota), ancienne directrice, Oshki Kizis Lodge, desservant les sans-abri et les femmes agressées autochtones à Ottawa, Ontario.
8. Bernice Downey (Crie), ancienne directrice exécutive, Organisation nationale de la santé autochtone, Ottawa, Ontario.
9. Jennifer Jesty, coprésidente, Eskasoni Interagency, Eskasoni First Nation, Nouvelle-Écosse.
10. D<sup>r</sup> Dennis Kimberley, St. John, Terre-Neuve, ancien directeur du Addiction Research Foundation of Ontario, actuellement professeur à Memorial University of Newfoundland. Il est praticien d'exercice privé se spécialisant en traitement de troubles doubles - troubles concomitants et sa clientèle est composée d'Autochtones, d'homosexuels et de jeunes.
11. Marja Korhonen, Ph.D., chercheur et auteur traitant de questions inuites et du Nord au service du centre Ajunnginik, Organisation nationale de la santé autochtone, Ottawa, Ontario.
12. D<sup>r</sup> Len Moore, médecin, Centre 454 et Wabano Centre for Aboriginal Health desservant la population autochtone, y compris les sans-abri et les personnes dans la rue à Ottawa, Ontario.
13. Dan Printup (Algonquin), agent de gestion de cas de toxicomanie au service du programme Mobile Health Outreach program desservant les Autochtones sans-abri dans la ville d'Ottawa par l'intermédiaire du Wabano Centre for Aboriginal Health à Ottawa, Ontario.

14. D<sup>r</sup> Brenda Saxe, thérapeute spécialisée en traitement de traumatismes et de dépendances au service du Centre for Treatment of Childhood Trauma and Sexual Abuse à Ottawa, Ontario. Sa clientèle comprend des Inuit du Nunavut, des Algonquins de Kitigan Zibi First Nation au Québec, de même que des Autochtones urbains de la ville d'Ottawa. D<sup>r</sup> Saxe assure aussi la supervision clinique des conseillers et thérapeutes autochtones.
15. Barbara Sevigny (Inuk), thérapeute en traumatisme et dépendance; Pam Stellick, directrice du programme de counselling; et Ginette Chouinard, coordonnatrice, Traumatisme et dépendance, Mamisarvik Healing Centre, un centre de traitement national des dépendances chez les Inuit situé à Ottawa, Ontario.
16. Aîné Eric Shirt (Cri), Saddle Lake First Nation, Alberta, spécialiste en réadaptation centrée sur les dépendances et la nutrition.

---

## Bibliographie analytique

### Livres, manuels, et rapports

- Barlow, Kevin (2004). *Escaping the Legacy: Understanding Addictive Behaviours in Aboriginal Communities in Canada*. Ottawa, ON : Fondation autochtone de guérison, non publié. Ce document de travail donne une vue d'ensemble de la relation entre les problèmes qu'affrontent les Autochtones de nos jours comme les dépendances, la violence familiale, les taux de placement ou de prise en charge des enfants et celui de l'incarcération et les séquelles des abus subis dans les pensionnats. La portée et les répercussions rattachées à toute une série de comportements de dépendance sont traitées, de même que l'auteur présente les interventions et les enjeux actuels.
- Brunen, Lynda (2000). *Aboriginal Women With Addictions: A Discussion Paper on Triple Marginalization in the Health Care System*. Prince George, B.C.: The Northern Secretariat of the BC Centre of Excellence for Women's Health. Ce document de travail fait l'examen de la maltraitance faite aux femmes autochtones qui font une consommation abusive de substances (psychoactives) au sein du système de santé. Des entretiens avec des informateurs révèlent la façon dont ces femmes autochtones sont marginalisées, de même que les incidences de cette maltraitance.
- Buller, Ed (2001). *Community Healing Processes: Investments and Benefits*, un document présenté à la conférence Best Practice Interventions in Corrections for Indigenous People Conference, Australie. Groupe de la politique correctionnelle autochtone, Solliciteur général Canada. La réussite reconnue du modèle de guérison communautaire de Hollow Water a servi d'exemple et d'étude de cas pour démontrer l'importance capitale du rôle exercé par les pratiques/coutumes et valeurs culturelles traditionnelles dans l'amélioration des résultats ou de l'efficacité du traitement des délinquants autochtones et de leurs victimes, des familles et des collectivités concernées.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale (2002). *CTSM et la réduction des méfaits : un document d'information sur la réduction des méfaits et ses applications dans le contexte de la toxicomanie au CTSM (2002)*, Toronto, ON : Centre de toxicomanie et de santé mentale. Ce document présente une définition utile et pratique de la réduction des méfaits, de même que des recommandations ayant trait à l'objectif ou la préoccupation primaire/essentielle et les principes directeurs. Il situe la réduction des méfaits dans un contexte global comme une approche à l'intérieur d'un vaste spectre de possibilités de traitement.
- Comeau, M. Nancy, Sherry H. Stewart, Christopher Mushquash, David Wojcik, Cheryl Bartlett, Murdena Marshall, Jerry Young, et Doreen Stevens (2005). *Community Collaboration in Developing a Culturally-Relevant Alcohol Abuse Early Intervention Program For First Nation Youth*. Ontario Association of Children's Aid Societies Journal 49(1) (disponible en ligne à : <http://www.oacas.org/resources/OACASJournals/2005April>). Cet article décrit les résultats obtenus dans le cadre d'un projet unique, concerté/collectif, qui a fait appel à des Aînés, des jeunes, des membres de la communauté autochtone et des universitaires pour l'élaboration d'un programme d'intervention précoce, adapté à la culture, visant la lutte contre l'alcoolisme. Ce rapport fait ressortir l'importance d'aller au fond du problème, de traiter la raison fondamentale

de l'abus d'alcool, en renforçant le sentiment d'identité, d'appartenance et de fierté des jeunes autochtones et en les amenant à trouver une solution à leurs problèmes personnels.

Service correctionnel Canada (1999). *Spiritualité autochtone : Le mouvement de guérison autochtone* (disponible en ligne à <http://www.csc-scc.gc.ca>). Ce document produit pour la Semaine de la justice réparatrice fait un examen succinct mais très informatif des principaux éléments et des influences marquantes du mouvement de guérison autochtone actuel. En s'appuyant sur une perspective autochtone, il fait ressortir le rôle crucial de la reviviscence culturelle et de la spiritualité traditionnelle pour la démarche de guérison tout en reconnaissant l'incidence des autres mouvements de lutte contre les dépendances et du développement du potentiel humain.

Currie, Janet, C. (2001). *Meilleures pratiques : Traitement et réhabilitation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa, ON : ministère des travaux publics et des services gouvernementaux (disponible en ligne à : <http://www.cds-sca.com>). Ce rapport passe en revue l'évolution caractéristique ou le comportement général (pattern) associé à l'abus des substances psychoactives chez les femmes au Canada, comprenant aussi de l'information sommaire sur les femmes autochtones. Il décrit également les barrières auxquelles les femmes sont confrontées concernant l'accessibilité du traitement; il présente des éléments constitutifs de « meilleures pratiques » des méthodes thérapeutiques, la rétention du client (en traitement), l'organisation du traitement, les services auxiliaires ou connexes essentiels et les stratégies visant à mesurer l'efficacité du traitement.

——— (2001). *Meilleures pratiques : Traitement et réhabilitation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa, ON : ministère des travaux publics et des services gouvernementaux (disponible en ligne à : <http://www.cds-sca.com>). En s'appuyant sur une analyse documentaire et sur des entretiens avec des spécialistes clés, ce rapport décrit les barrières à surmonter dans le cadre du traitement de l'abus des substances s'adressant spécifiquement aux jeunes (y compris les jeunes autochtones) et les meilleures pratiques dans un continuum des services intégrant la prise de contact/diffusion de l'information et l'engagement, ainsi que la rétention par le client des nouvelles habitudes acquises, les méthodes et l'organisation du traitement. Entrent également dans cette description des stratégies et des éléments du programme modèle qui permettent d'évaluer les résultats du traitement.

Dion Stout, Madeleine et Gregory Kipling (2003). *Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats*. Ottawa, ON : Fondation autochtone de guérison. Dans le contexte de la documentation sur la résilience, ce rapport étudie les cultures, les expériences vécues et les situations sociales des Survivants autochtones dans les pensionnats. Les constatations qui ont été faites sur les facteurs de risque et les facteurs de protection ont servi de fondement aux recommandations formulées dans les domaines de la planification, de la recherche, des interventions et de l'évaluation.

Fournier, Suzanne et Ernie Crey (1997). *Stolen From Our Embrace: The Abduction of First Nations Children and the Restoration of Aboriginal Communities*. Vancouver, BC: Douglas & McIntyre Ltd. En se servant de témoignages personnels puissants, ce livre fait ressortir de quelle façon le racisme systémique et l'ignorance manifestés par les services non autochtones de l'aide sociale ou

de la protection de l'enfance ont mené à l'effondrement des familles, des communautés et des nations autochtones au Canada, Ces récits font bien saisir l'urgence de lutter contre les systèmes injustes, de même que l'importance de préserver le pouvoir réparateur des démarches de guérison entreprises par les collectivités autochtones.

Santé Canada (2002). *Meilleures pratiques - Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa, ON (disponible en ligne à : <http://www.cds-sca.com>). Ce document de travail comprend des définitions et une diversité de meilleures pratiques classées selon les niveaux de services dispensés, les évaluations ou identification de besoins et le soutien/traitement, de même que les mécanismes et les modèles pour l'intégration et la coordination à l'échelon du réseau (ou du système).

——— (2004). *Analyse documentaire : Stratégies relatives à l'évaluation des programmes de lutte contre l'abus des substances chez les autochtones : Examen de la question*. Direction générale des services de santé des Premières nations et des Inuit, Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (disponible en ligne à : [www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/cp/nnadap/publications/index.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/cp/nnadap/publications/index.htm)). Ce rapport donne une vue d'ensemble des stratégies d'évaluation pour une série de programmes centrés sur la lutte contre l'abus des substances allant de la prévention à l'intervention précoce et au traitement. Entrent également dans cette présentation les caractéristiques et les indicateurs d'efficacité, les types d'évaluation, les sources d'information et les modèles actuels d'évaluation.

Herman, Judith Lewis (1992). *Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma*. *Journal of Traumatic Stress* 5(3). « [TRADUCTION] Cet article examine les arguments en faveur de l'existence d'une forme complexe du trouble de stress post-traumatique chez les survivants de traumatisme prolongé et réitéré où la victime est dans un état de captivité, sous l'emprise de son agresseur » (Sommaire, 1992:377). C'est une ressource extrêmement utile permettant de mieux comprendre les répercussions psychologiques de longue durée des abus commis dans les pensionnats.

Hodgson, Maggie, Paul Hanki, John Paul, Virginia Toulouse, et Richard Jock (1998). *Rapport final - Examen général du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA)*. Muskoday, SK : Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD). Ce rapport d'importance capitale fournit une vue d'ensemble générale du PLNAADA, comprenant le traitement, la prévention, l'entretien et la formation, la recherche et le développement, la gestion et le soutien. De plus, il identifie de façon générale les tendances/événements marquants, notamment les questions nord-sud, relatives au traitement, ainsi que les répercussions des compressions en matière de santé et services sociaux.

Hylton, John H. (2002). *Appendix C-Aboriginal Health and Healing: A Review of Best Practices. Improving First Nations and Métis Health Outcomes: A Call to Collaborative Action. Working Together Towards Excellence Project*. Regina, SK: Regina Qu'Appell Health Region. Cette analyse explique les concepts de santé et de guérison chez les Autochtones, mettant en opposition les valeurs et les approches différentes des modèles de guérison autochtones et ceux d'inspiration

occidentale modernes. On y présente aussi sept caractéristiques uniques des programmes de santé et de guérison autochtones.

Kishk Anaquot Health Research (2002). *Cheminement et équilibre : Deuxième rapport intérimaire d'évaluation communautaire des programmes financés par la Fondation autochtone de guérison*. Ottawa, ON : Fondation autochtone de guérison. Ce rapport est une ressource très utile pour toute personne intéressée à l'élaboration ou à l'établissement de programmes de guérison à l'intention des Autochtones. Pour les besoins de cette évaluation, des projets de guérison ont été sélectionnés, compte tenu qu'ils représentaient très bien tous les groupes visés, les groupes autochtones et les régions. Ces projets ont été examinés en fonction de leurs incidences sur les clients et les communautés. Les données recueillies ont alors servi à l'identification de pratiques prometteuses, de même qu'à la formulation de recommandations visant l'amélioration continue des programmes de formation et de guérison financés par la FADG.

——— (2003). *Troisième rapport intérimaire d'évaluation communautaire des programmes financés par la Fondation autochtone de guérison*. Ottawa, ON : Fondation autochtone de guérison. Ce rapport évalue les incidences des programmes de guérison en présentant 13 études de cas, l'examen de 36 dossiers et une enquête nationale sur le processus d'évaluation. Des questions liées à la viabilité/durabilité, aux partenariats, à la réponse aux besoins, aux meilleures pratiques, aux défis et aux leçons apprises ont été identifiées. Pour les besoins du rapport, on a alors créé un modèle visant la présentation de l'information, « une mappe de performance », en s'inspirant du modèle logique pour la prestation des services. Cette mappe est un outil utile du fait qu'elle montre d'un seul coup d'œil la relation entre les activités des projets et les résultats atteints, à court et à long terme, de même que les mesures à court et à long terme envisagées pour le changement.

Korhonen, Marja (2004). *Alcohol Problems and Approaches: Theories, Evidence and Northern Practice*. Ottawa, ON : Organisation nationale de la santé autochtone. Ce document présente une perspective inuite portant sur la lutte contre l'abus d'alcool, de même que des pratiques en traitement et prévention. On y résume des théories explicatives des causes, des caractéristiques dans le Nord et les meilleures pratiques relatives au traitement ; il y a aussi une identification des lacunes actuelles des approches de prévention et de la formation.

Lane, Phil, Jr., Michael Bopp, Judie Bopp, et Julian Norris (2002). *Mapping the Healing Journey: The Final Report of a First Nation Research Project on Healing in Canadian Aboriginal Communities* [Le balisage de l'expérience de guérison Rapport final d'un projet de recherche d'une Première nation sur la guérison dans les collectivités autochtones du Canada]. Ottawa, ON: Groupe de la politique correctionnelle autochtone, Solliciteur Général Canada. Ce rapport exhaustif repose sur une étude menée auprès de six collectivités de première nation qui arrivent à des résultats positifs manifestes dans le cadre de la démarche de guérison axée sur les séquelles des abus commis dans les pensionnats, y compris la lutte contre les dépendances et la violence. Il présente un résumé analytique de la recension des écrits sur le sujet, des profils de collectivités et des entretiens, des leçons d'expérience et des recommandations. Un modèle culturel y est décrit et il indique les quatre étapes (inspirées des saisons) du cheminement de guérison et les caractéristiques et les besoins de chaque étape.



- Mussell, W.J. (2005). *Les Guerriers-soignants: Comprendre les difficultés et la guérison des hommes des Premières Nations*. Ottawa, ON : Fondation autochtone de guérison. Puisant son contenu dans des entretiens avec les dirigeants communautaires et les intervenants de première ligne, ce guide explore les répercussions des événements historiques qui ont marqué les hommes de premières nations comme les pertes et les deuils multiples, les traumatismes et les bouleversements personnels et sociaux. On y fait ressortir l'importance capitale de suivre le processus de deuil ou de recevoir de l'aide pour les personnes endeuillées dans le cadre d'une démarche de guérison et de réadaptation et on y présente des stratégies prometteuses pour la reconstitution (le rétablissement) des familles et des collectivités.
- National Centre on Addiction and Substance Abuse (1999). *No Safe Haven: Children of Substance-Abusing Parents*. National Center on Addiction and Substance Abuse. New York, NY: Columbia University. Il s'agit d'un document exhaustif traitant principalement de l'influence qu'exercent les parents ayant des problèmes d'alcoolisme ou toxicomanie (les mères comme les pères) sur le développement psychosocial et affectif de leurs enfants.
- Répertoire des centres de traitement - Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et de drogues chez les Autochtones/Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (7<sup>e</sup> édition) (disponible en ligne : [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)). Cette ressource importante fait une analyse explicative des définitions et de la terminologie en usage, de même qu'elle présente un répertoire complet des centres de traitement de l'abus des solvants, services ambulatoires/programmes de jour offerts aux Autochtones dans toutes les provinces et tous les territoires au Canada.
- National Native Association of Treatment Directors (1992). *The Right to be Special: Native Alcohol and Drug Counsellor's Handbook Working with Sexual Abuse Disclosure*. Calgary, AB: National Native Association of Treatment Directors. Le chapitre 4 de ce manuel de formation destiné aux intervenants en toxicomanie, un guide sur la divulgation de l'abus sexuel, qui s'intitule *Human Sexuality*, fait la comparaison entre les attitudes différentes en matière de sexualité de la société non autochtone, de la société autochtone d'aujourd'hui et celles de la société traditionnelle autochtone et ce, selon une perspective autochtone. Les indicateurs d'un développement sexuel sain tout au long de la vie sont présentés, de même que les indicateurs de l'abus sexuel.
- Pine-Cheechoo, Karen et Dr Richard Thatcher (2001). *A Program Model to Address Child and Youth Substance Abuse Crises*. Muskoday, SK : Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances. Un document de travail révisé (version préliminaire) élaboré aux fins de discussion seulement pour le compte de la FANPLD (disponible en ligne à : [http://www.nnapf.org/english/pdf/cerp/FNI-CERP\\_Model\\_Youth.pdf](http://www.nnapf.org/english/pdf/cerp/FNI-CERP_Model_Youth.pdf)). Ce rapport propose un modèle d'intervention à plusieurs niveaux en situation de crise qui vise à traiter les modes de comportement ou les signes caractéristiques de l'abus des substances psychoactives en groupe, une menace pour la santé des enfants et des adolescents autochtones. L'essentiel de ce programme est d'établir une capacité d'intervention itinérante assurant l'aide d'une équipe d'intervention immédiate/d'urgence aux collectivités manquant de ressources pour intervenir adéquatement. Ce modèle préconise une approche d'intervention qui permet de miser sur les forces et les aspects positifs des familles, sur le développement de capacités personnelles (collectives) et de guérir des séquelles provenant du passé.

- Restoule, Brenda (2004). *Les évaluations de risques chez les Premières Nations et les Inuits - Guide de formation et de référence pour les travailleurs de première ligne*. Muskoday, SK : Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD). Ce guide pratique met à la disposition des intervenants de première ligne toute une série d'outils d'évaluation permettant d'appuyer un traitement efficace, notamment faire une évaluation individuelle, une évaluation du risque, la divulgation d'abus, la confidentialité et la tenue des dossiers. L'appendice contient de nombreux modèles utiles pour le renvoi (aiguillage) et des formulaires de premier contact, formulaires de consentement, évaluation du risque de suicide, ententes touchant la prestation de services et des exemples de lettre de déclaration de la suspicion à l'égard de la maltraitance faite à un enfant.
- Rutman, Deborah, Marilyn Callahan, Audrey Lundquist, Suzanne Jackson, et Barbara Field (2000). *Intoxicants et grossesse : la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus d'élaboration de celles-ci*. Ottawa, ON: Condition féminine Canada. Ce document porte essentiellement sur les questions qui touchent les femmes, particulièrement de quelle façon la politique canadienne aborde actuellement la question de l'abus des substances psychoactives pendant la grossesse. S'inspirant du cas *Cour suprême du Canada c. Mme G.* (31 octobre 1997) selon lequel « [TRADUCTION] un juge a ordonné un traitement de désintoxication obligatoire dans le cas d'une jeune femme défavorisée autochtone toxicomane, ayant une dépendance aux solvants » (2000:i). Cet exemple permet de décrire une approche autochtone d'intervention/traitement efficace d'une collectivité autochtone et de faire ressortir l'importance d'une politique tenant compte du sexe et du contexte culturel.
- Smye, Vicki et Bill Mussell (2001). *Aboriginal Mental Health, What Works Best: A Discussion Paper*. Vancouver, BC: University of British Columbia. Ce document décrit des approches communautaires en matière de prévention du suicide, de même que des programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie et des interventions dans des cas d'abus.
- Tait, Caroline L. (2003). *Syndrome d'alcoolisation foetale chez les peuples autochtones du Canada: Examen et analyse des répercussions intergénérationnelles liées au régime des pensionnats*. Ottawa, ON : Fondation autochtone de guérison. Ce rapport fait une analyse complète du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF), traitant de la définition, du diagnostic et des facteurs contributifs. Entre également une vue d'ensemble générale des connaissances dont on dispose sur l'abus de l'alcool chez les Autochtones au Canada, notamment sur l'importance/la proportion et les facteurs historiques, politiques et économiques sous-jacents aux modes de comportement de dépendance qui ont cours actuellement.
- Thatcher, Richard (2001). *Deadly Duo, Tobacco and Convenience Foods: The Other Substance Abuse Epidemics Afflicting the First Nations and Inuit of Canada*. Muskoday, SK : Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD). Ce rapport fait l'analyse des facteurs historiques, sociaux et médicaux associés à l'abus des aliments tout prêts/cuisinés ou des aliments-camelotes et l'abus du tabac commercial chez les Autochtones. Vu l'ampleur et l'urgence de ces problèmes et leurs graves répercussions sur la santé, l'auteur recommande que l'abus du tabac (tabagisme) et la suralimentation compulsive soient traités avec la même priorité que d'autres types de dépendance/addiction comme l'alcool et les drogues. On

---

y présente également des recommandations sur les politiques se rapportant à ce sujet et des stratégies personnelles et communautaires de lutte contre les dépendances.

- Volpicelli, Joseph, Geetha, Balaraman, Julie Hahn, Heather Wallace, et Donald Bux (1999). *The Role of Uncontrollable Trauma in the Development of PTSD and Alcohol Addiction*. In *Alcohol Research and Health (Feature)* 23(4) (disponible en ligne à : [www.niaaa.nih.gov/Publications/AlcoholResearch/default](http://www.niaaa.nih.gov/Publications/AlcoholResearch/default)). Cet article associe la consommation d'alcool à la recherche de soulagement ou atténuation de symptômes comme l'anxiété, l'irritabilité, la dépression et pour compenser la carence de l'activité endorphine par suite d'une expérience traumatisante, particulièrement chez les femmes. On fait également l'examen général du syndrome de stress post-traumatique (SSPT), des traumatismes et de l'incapacité/détresse acquise, de l'incapacité ou détresse acquise et le SSPT, et de la consommation d'alcool post-traumatique, de même que le besoin de l'intégration du traitement du SSPT au traitement de l'alcoolisme.
- Wesley-Esquimaux, Cynthia C. et Magdalena Smolewski (2004). *Traumatisme historique et guérison autochtone*. Ottawa, ON : Fondation autochtone de guérison. Cette étude analyse la transmission intergénérationnelle du traumatisme historique (ou hérité) et elle propose un nouveau modèle, *Historic Trauma Transmission (HTT)* [TRADUCTION Transmission du traumatisme historique (TTH)] dans le but de mieux le comprendre et le traiter. Une analyse de la nature et de la portée des expériences traumatisantes que les Autochtones ont vécues depuis l'époque du contact de 1492 jusqu'aux années 1950 permet de dégager 5 dimensions clés où les répercussions se sont fait sentir : physique, économique, culturel, social et psychologique. Tous ces aspects sont abordés suivant l'ordre chronologique et selon les caractéristiques de chacune des phases de la colonisation. On y présente toute une série de modèles de guérison et d'interventions thérapeutiques reposant sur les connaissances et les valeurs autochtones.
- White, Jennifer et Nadine Jodoin (2003, Revised 2004). *Aboriginal Youth: A Manual of Promising Suicide Prevention Strategies*. Calgary, AB : Centre for Suicide Prevention. Tenant compte de la relation marquée qui existe entre les comportements de dépendance et le suicide chez les jeunes autochtones, ce manuel est une ressource importante pour tous les intervenants, sans égard à leur champ de spécialité. Des meilleures pratiques sont présentées selon un classement de stratégies appliquées en éducation communautaire, dans les écoles et dans le cadre de programmes offerts aux jeunes et à leur famille. On y trouve aussi un plan pratique étape par étape visant le développement d'une approche communautaire.
- Zamparo, JoAnne et Donna Sprasson (2005). *Echoes and Reflections: A Discussion of Best Practices in Inuit Mental Health*. Iqaluit, Nunavut: Government of Nunavut Task Force on Mental Health. Des problèmes de santé mentale, tels qu'ils sont définis par les participants inuits à cette étude de recherche, sont associés à l'abus de l'alcool, à la toxicomanie, à la violence familiale et au suicide. Ce document fait une analyse inter-juridictionnelle complète de la documentation recensée qui se rapporte aux services, aux modèles de programme et aux meilleures pratiques en santé mentale, le centre d'intérêt étant les approches interdisciplinaires, intersectorielles. On explique le bien-fondé ou les raisons impérieuses amenant à préconiser l'appropriation et l'habilitation des communautés pour qu'elles s'apportent un soutien mutuel, afin de réaliser leur vision commune de mieux-être pour leurs membres.

### Ressources d'éducation/information et de prévention : Fiches d'information, brochures, et sites Web interactifs

A Self-Help Guide to Gambling Responsibly, Gambling Fact or Myth Quiz, and Signs & Phases of Gambling (disponible en ligne à : [www.metisnation.or/programs/health/health\\_gambling.html](http://www.metisnation.or/programs/health/health_gambling.html)). Cette ressource en ligne donne des numéros de téléphone, dont des lignes téléphoniques d'entraide, du counselling confidentiel en cas de crise 24 heures sur 24, de même que des conseils pour préconiser le jeu raisonnable (jouer de façon judicieuse), un quiz interactif et le continuum/séquence des comportements ou phases caractérisant le jeu compulsif.

Aboriginal Youth Network (1996). Aboriginal Youth Net Solvent Abuse Module (disponible en ligne à : <http://ayn.ca/modules/solvent/indx.html>). En ciblant les jeunes autochtones, ce site Web interactif répond aux questions suivantes : La reniflette (sniffer), qu'est-ce que c'est ? Pourquoi les enfants le font-ils ? Quels sont les effets nuisibles pour votre corps ou Qu'est-ce que le fait de sniffer/d'aspirer une substance toxique fait à votre corps ? Qu'est-ce que cela fait à votre esprit ? Est-ce que vos amis ont des ennuis? Comment pouvez-vous les aider ? De l'information sur les sites utiles pour des jeunes est également fournie au site Web de l'Aboriginal Youth Network à <http://ayn.ca>. Ce réseau des jeunes autochtones donne de l'information sur un éventail complet de questions liées à la santé, dont les dépendances et les troubles alimentaires/suralimentation et autres. En plus, on présente des définitions, des faits et des statistiques dignes d'être soulignés relativement aux jeunes, des signaux d'alarme et des liens (hyperliens) donnant de l'information complémentaire et des ressources/endroits où s'adresser pour avoir de l'aide.

Addiction Recovery Guide (<http://www.addictionrecoveryguide.org>). Cette ressource sur Internet est conçue pour aider quelqu'un à s'attaquer à une dépendance à l'alcool ou à la drogue, trouver l'information qui lui convient et ce qui répond le mieux à ses besoins.

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission Fact Sheets: ABCs Fact Sheets; Beyond the ABCs; Effects Series; and Additional Information (disponible en ligne à : [www.corp.aadac.com](http://www.corp.aadac.com)). La série ABC/des fiches d'information en ligne donne une à deux pages d'information qui couvre les notions fondamentales sur l'abus de l'alcool et les questions qui s'y rattachent. « *Beyond the ABCs* » [TRADUCTION Au-delà des ABC] vise à fournir une information plus complète, approfondie, aux personnes qui veulent connaître plus que des données de base. Comme fiches d'information, on trouve [titres traduits] Crystal Meth, Méthamphétamine : à quoi faut-il s'attendre si quelqu'un décide de cesser d'en prendre?; Prévention de la rechute : planifier pour réussir, loisir et réadaptation ; Ce que toute femme devrait savoir : l'alcool et d'autres drogues ; Un problème de drogue : comment l'identifier ? et si quelqu'un que vous connaissez a un problème de drogue. La série sur les effets et sur l'information additionnelle a pour but de fournir aux femmes de l'information sur les effets nuisibles pour la santé de diverses drogues et de quelle façon la drogue peut nuire à la grossesse, peut mettre la naissance d'un enfant en péril et nuire à son développement.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies - Fiches de renseignement (disponible en ligne à : [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca)). Toute une série de fiches d'information est disponible à ce site Web. Voici les ajouts récents : Mandatory and Coerced Treatment, OxyContin®, Girls, Women and

Substance Use, Methamphetamine, Hepatitis C Virus (HCV) infection, et illicit drug use [TRADUCTION de l'information entre autres sur le traitement obligatoire et sous la contrainte, l'usage de la drogue par les jeunes filles et les femmes, la méthamphétamine, le virus de l'hépatite C (VHC) et l'infection, l'usage de drogues illicites].

Connaissez-vous... Centre de toxicomanie et de santé mentale (2001) (disponible en ligne à : [www.camh.net](http://www.camh.net)) (pour commander des brochures par téléphone : 1-800-661-1111; ou par courriel : [marketing@camh.net](mailto:marketing@camh.net)). C'est une série de 20 brochures d'information faciles à lire qui donnent une information exhaustive sur les substances dont on fait usage le plus fréquemment et leurs effets, notamment l'alcool, d'autres drogues et l'alcool au volant/conduire avec facultés affaiblies, amphétamines, barbituriques, benzodiazépines, caféine, cannabis, cocaïne, ecstasy, GHB, hallucinogènes, héroïne, substances inhalées, kétamine, LSD, méthadone, méthamphétamine, opioïdes (opiacés), rohypnol, stéroïdes et tabac.

Gambling and the Aboriginal Community: It's Only A Game - A Quick Guide to Low-Risk Gambling (disponible en ligne à : [www.responsiblegambling.org/articles/aboriginalCommunity.pdf](http://www.responsiblegambling.org/articles/aboriginalCommunity.pdf)). Cette brochure présente le jeu comme un aspect de la culture traditionnelle et du développement d'habiletés qui s'est transformé en raison de son mauvais usage. Des conseils pratiques pour réussir à diminuer les risques associés au jeu et où s'adresser si on a besoin d'aide.

Santé Canada (2000). Stratégie canadienne antidrogue - Les drogues, faits et méfaits, Ottawa, ON: ministre des Travaux publics et des services gouvernementaux Canada (disponible en ligne à : [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)). Donne une information détaillée sur toute une diversité de substances dont on fait un usage abusif, de même que la relation entre l'abus des substances psychoactives et le VIH/sida, l'hépatite et d'autres troubles concomitants.

Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD) (2005). Keeping the Sacred in Tobacco: A Tool Kit for Tobacco Cessation/Préserveons le caractère sacré du tabac : trousse de formation pour la lutte contre le tabagisme. Muskoday, SK : Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances. Ce manuel d'éducation et de formation s'adressant aux collectivités des Premières Nations et des Inuit s'inspire des enseignements traditionnels au sujet du tabac pour préconiser un usage traditionnel, respectueux, du tabac et la désaccoutumance (l'abandon) du tabac (commercial).

### **Reuves et Bulletins d'information**

Fondation autochtone de guérison. Healing Words [en français : Le premier pas]. Ottawa, ON : Fondation autochtone de guérison (disponible en ligne à : [www.ahf.ca](http://www.ahf.ca)). Cette publication présente des articles, des profils de projets, l'histoire en abrégé, des rapports de recherche, de la poésie, des histoires de Survivants, des profils de collectivités, des ressources sur les pensionnats et des comptes rendus sur des rencontres liées aux activités financées par la FADG.

CrossCurrents: The Journal of Addiction and Mental Health, a publication of the Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) (en Anglais seulement), Toronto, Ontario (disponible en ligne à : [www.camh.net/publications/Cross\\_Currents](http://www.camh.net/publications/Cross_Currents)). Cette revue donne de l'information importante

sur les approches actuelles et sur les nouveaux développements concernant les dépendances, les comportements de dépendance et divers autres problèmes de santé mentale.

NNAPF Traveller [Le Bulletin d'information voyageur de la FANPLD] (disponible en ligne à : [www.nnapf.org](http://www.nnapf.org)). Ce bulletin d'information met l'accent sur les pratiques les plus prometteuses, présente des articles intéressants, des documents de travail, des nouvelles et des ressources.

### **Autres bibliographies**

Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)/ Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) (2004). *Aboriginal Peoples: Mental Health & Substance Misuse Selected Bibliography*. Toronto, ON : Centre for Addiction and Mental Health/Centre de toxicomanie et de santé mentale. Cette bibliographie est une ressource utile du fait qu'elle fournit de l'information actuelle sur les publications disponibles tirées des ressources documentaires/collections de la bibliothèque du CTSM enrichies par des ressources et des articles de revues sélectionnés sur Internet. Elle tient lieu d'introduction du sujet portant sur les Autochtones de l'Amérique du Nord ; cependant, l'intention n'est pas de faire une analyse documentaire approfondie.

Za-Geh-Do-Win Substance Abuse Annotated Bibliography. Naughton, ON: Za-Geh-Do-Win Information Clearing House (disponible en ligne à : [www.zagehdowin.com](http://www.zagehdowin.com)). Cette bibliographie exhaustive couvre une grande diversité de ressources sur papier (imprimées) et audiovisuelles se rapportant à la formation, de même que sur la prévention de l'abus des substances et sur la programmation d'intervention.

### **Vidéos et cédéroms**

Fondation autochtone de guérison (2003). *Where are the Children? Healing the Legacy of the Residential Schools/Que sont les enfants devenus? Guérir l'héritage des écoles résidentielles*. Ottawa, ON: Fondation autochtone de guérison. Ce documentaire qui suscite le plus grand intérêt entremêle des photos d'archives et des entretiens avec des Survivants des pensionnats. Ces témoignages personnels profondément touchants nous font découvrir toute la portée et toute la tragédie de leurs souffrances, de même qu'ils nous font voir leur résilience et leur détermination à poursuivre leur démarche de guérison.

Makivik Corporation (2005). *The Echo of the Last Howl*. Dorval, QC: Taqramiut Productions. Ce film intègre de l'information documentaire et des reconstitutions/rappels à l'aide d'entretiens qui racontent l'histoire de la mise à mort des chiens de traîneau de l'Arctique par la police et les fonctionnaires du gouvernement pendant la période allant du milieu des années 50 jusqu'aux années 1960.

Office national du film (1997). *The Cultural Renewal Package*. Montréal, QC: Office national du film. Voici les titres : *Broken Promises: The High Arctic Relocation*, *Place of the Boss: Utshimassits*, et *The Washing of Tears*. Pour commander téléphoner à 1-800-267-7710. Ces documentaires éducatifs présentent l'expérience que les Inuit et les Premières Nations ont vécue, ce qu'ils ont subi comme traumatisme au moment de la réinstallation forcée par les gouvernements et les

Églises. En combinant les entretiens avec les Survivants et les documents d'archives, ces films montrent leur désespoir qui a entraîné la maladie, l'alcoolisme et la violence ; de ces répercussions de la réimplantation s'opère une transformation grâce au renouveau culturel.

- (1998). *First Nations, The Circle Unbroken Series*. Montréal, QC : Office national du film. L'information au sujet de ces films est disponible sur le site Web de ONF : [www.nfb.ca](http://www.nfb.ca) ou par téléphone à 1-800-267-7710. Des films éducatifs (série de 7) d'une durée de 20 minutes qui donnent un aperçu des perspectives des Premières Nations sur une grande diversité de questions et de sujets, notamment le génocide culturel, l'environnement, la spiritualité et l'autonomie gouvernementale.

### Sites Web utiles

- † Fondation autochtone de guérison : [www.ahf.ca](http://www.ahf.ca)
- † Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission: [www.aadac.com](http://www.aadac.com)
- † Assemblée des Premières Nations : [www.afn.ca](http://www.afn.ca)
- † Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies : [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca)
- † Centre de toxicomanie et de santé mentale : [www.camh.net](http://www.camh.net)
- † Santé des Premières nations et des Inuit : [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)
- † Information Centre on Aboriginal Health: [www.icaah.ca](http://www.icaah.ca)
- † Inuit Tapiriit Kanatami: [www.itk.ca](http://www.itk.ca)
- † Metis Nation of Ontario: [www.metisnation.org](http://www.metisnation.org)
- † Ralliement national des Métis : [www.metisnation.ca](http://www.metisnation.ca)
- † Métis National Council of Women: [www.metiswomen.ca](http://www.metiswomen.ca)
- † Organisation nationale de la santé autochtone : [www.naho.ca](http://www.naho.ca)
- † National Inuit Youth Council: [www.niyc.ca](http://www.niyc.ca)
- † Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances : [www.nnapf.org](http://www.nnapf.org)
- † Association des femmes autochtones du Canada: [www.nwac-hq.org](http://www.nwac-hq.org)
- † Nechi Training, Research and Health Promotion Institute: [www.nechi.com](http://www.nechi.com)
- † Pauktuutit Inuit Women's Association: [www.pauktuutit.ca](http://www.pauktuutit.ca)





---

## Références

Aboriginal Healing and Wellness Strategy (2005). Draft Interpretive Framework: For Phase 3. Research and Evaluation Activities. Toronto, ON: Aboriginal Healing and Wellness Strategy [document non publié].

Aboriginal Healing Foundation [Fondation autochtone de guérison] (2006). A Healing Journey: Final Report Summary Points [Un cheminement de guérison : Points sommaires du Rapport final]. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation [Fondation autochtone de guérison].

——— (2001). Program Handbook, 3rd Edition [Guide du programme, 3e édition]. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation [Fondation autochtone de guérison].

——— (1999). Program Handbook, 2nd Edition [Guide du programme, 3e édition]. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation [Fondation autochtone de guérison].

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (2004). Cannabis Fact Sheet. Extrait le 9 Septembre 2006 du site: <http://www.corp.aadac.com>

——— (2002a). Beyond the ABCs: Tobacco. Extrait le 27 Mars 2005 du site: <http://www.corp.aadac.com>

——— (2002b). Beyond the ABCs: Opioids. Extrait le 27 Mars 2005 du site: <http://www.corp.aadac.com>

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson, Kim (2002). Tenuous Connections: Urban Aboriginal Youth Sexual Health and Pregnancy. Toronto, ON: Ontario Federation of Indian Friendship Centres (OFIFC).

——— (2000). A Recognition of Being: Reconstructing Native Womanhood. Toronto, ON: Second Story Press.

Arnakak, Jaypetee (2000). Commentary: What is Inuit Qaujimajatuqangit? In Nunatsiaq News, August 25. Extrait le 22 Mai 2006 du site: [http://www.nunatsiaq.com/archives/nunavut000831/nvt20825\\_17.html](http://www.nunatsiaq.com/archives/nunavut000831/nvt20825_17.html)

Barlow, Kevin (2004). Escaping the Legacy: Understanding Addictive Behaviours in Aboriginal Communities in Canada. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation [Fondation autochtone de guérison] [non publié].

Benoit, Cecilia, Dena Carroll, Lisa Lawr, et Munaza Chuadhry (2001). Marginalized Voices from the Downtown Eastside: Aboriginal Women Speak About Their Health Experiences. Toronto, ON: Centre of Excellence on Women's Health, York University.

Bavelas, Janet (2004). An Analysis of Formal Apologies by Canadian Churches to First Nations, Occasional Paper No. 1. Victoria, BC: Centre for Studies in Religion & Society, University of Victoria.

Buller, Ed (2001). *Community Healing Processes: Investments and Benefits*. Paper presented at the 'Best Practice Interventions in Corrections for Indigenous People' conference, Sydney, Australia. Aboriginal Corrections Policy Unit, Solicitor General Canada.

Canadian Broadcasting Corporation [Société Radio-Canada] (2005). *CBC Radio: Sounds Like Canada: Andrea Webb – Nunatsiavut* (26 janvier 2005).

Canadian Centre for Justice Statistics [Centre canadien de la statistique juridique] (2005). *Family Violence in Canada: A Statistical Profile 2005*. Ottawa, ON: Minister of Industry.

——— (2001). *Family Violence in Canada: A Statistical Profile 2001*. Ottawa, ON: Minister of Industry.

Canadian Paediatric Society [Société canadienne de pédiatrie] (1999). *Tobacco use among Aboriginal Children and Youth*. *Paediatrics & Child Health* 4(4):277-281. Extrait le 17 août 2006 du site : <http://www.cps.ca/english/statements/II/ii99-01.htm>

——— (1998). *About Inhalants*. *Paediatrics & Child Health* 3(2):123-126. Extrait le 17 août 2006 du site: <http://www.cps.ca/english/statements/II/ii99-01.htm>

Centre for Addiction and Mental Health [Centre de toxicomanie et de santé mentale] (2001). *Do You Know...pamphlet series* [Collection Vous connaissez...]. Extrait du site: [http://www.camh.net/Publications/CAMH\\_Publications/do\\_you\\_know\\_index.html](http://www.camh.net/Publications/CAMH_Publications/do_you_know_index.html)

Chansonneuve, Deborah (2005). *Reclaiming Connections: Understanding Residential School Trauma Among Aboriginal People* [Reisser nos liens : Comprendre les traumatismes vécus dans les pensionnats indiens par les autochtones]. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation [Fondation autochtone de guérison].

Chrisjohn, Roland et Sherry Young (1997). *The Circle Game: Shadows and Substance in the Indian Residential School Experience in Canada*. Penticton, BC: Theytus Books Ltd.

Corrado, Raymond R. et Irwin M. Cohen (2003). *Mental Health Profiles for a Sample of British Columbia's Aboriginal Survivors of the Canadian Residential School System* [Profils de la santé mentale d'un échantillon d'Autochtones de la Colombie-Britannique survivants du régime canadien des pensionnats]. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation [Fondation autochtone de guérison].

Currie, Janet C. (2003). *From Manufacturing Addiction: The Over-Prescription of Benzodiazepines and Sleeping Pills to Women in Canada*. Vancouver, BC: Centre of Excellence for Women's Health.

——— (2001). *Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Youth with Substance Abuse Problems*. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada.

Deguire, Anne-Elyse (2005). *Fact Sheet: Methamphetamine* [Fiche d'information : Méthamphétamine]. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

---

Department of Indian Affairs and Northern Development [Affaires indiennes et du Nord Canada] (1998). Indian Residential Schools (IRS) Data Project. Ottawa, ON: Department of Indian Affairs and Northern Development [Affaires indiennes et du Nord Canada] [document non publié].

Dickason, Olive Patricia (2002). *Canada's First Nations: A History of Founding Peoples from Earliest Times*, 3rd Edition. Don Mills, ON: Oxford University Press.

Dion Stout, Madeleine, Gregory D. Kipling, et Roberta Stout (2001). *Aboriginal Women's Health Research Synthesis Project: Final Report*. Winnipeg, MB: Centres of Excellence for Women's Health.

Four Worlds International Institute (1998). *Community Healing and Aboriginal Social Security Reform: A study prepared for the Assembly of First Nations - Aboriginal Social Security Reform Strategic Initiative*. Extrait le 5 septembre 2006 du site: [www.4worlds.org/4w/ssr/Partiv.htm](http://www.4worlds.org/4w/ssr/Partiv.htm)

Fournier, Suzanne et Ernie Crey (1997). *Stolen from our Embrace: The Abduction of First Nations Children and the Restoration of Aboriginal Communities*. Vancouver, BC: Douglas and McIntyre Ltd.

Government of Canada [Gouvernement du Canada] (1998). *Statement of Reconciliation [Énoncé de réconciliation]*. Ottawa, ON: Indian and Northern Affairs Canada. Présenté le 7 Janvier, 1998 par L'Honorable Jane Stewart, ministre des affaires indiennes et du Nord Canada. Extrait le 26 mai 2006 du site: [http://www.ainc-inac.gc.ca/gs/rec\\_e.html](http://www.ainc-inac.gc.ca/gs/rec_e.html)

Health Canada [Santé Canada] (2003). *A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada [Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada]*. Ottawa, ON: Health Canada.

——— (2002). *Best Practices - Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders [Meilleures pratiques - Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie]*. Ottawa, ON: Extrait le 1 septembre 2006 du site: [www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/drugs-drogues/bp\\_disorder-mp\\_concomitants/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/drugs-drogues/bp_disorder-mp_concomitants/index_e.html)

——— (1998). *National Native Alcohol and Drug Abuse Program: General Review [Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones : Examen général]*. Ottawa, ON: Health Canada [Santé Canada].

——— (n.d.). *Literature Review: Evaluation Strategies in Aboriginal Substance Abuse Programs: A Discussion [Recherche documentaire Stratégies relatives à l'évaluation des programmes de lutte contre l'abus des substances chez les autochtones : Examen de la question]*. Extrait le 30 août 2006 du site: [http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/alt\\_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/ads/literary\\_examen\\_review\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/ads/literary_examen_review_f.pdf)

Herkov, Michael, Mark S. Gold, et Drew W. Edwards (2001). *Understanding More About Sexual Addiction*. Dr. John Grohol's Psych Central. Extrait le 28 août 2006 du site: [http://psychcentral.com/library/sexaddict\\_general.htm](http://psychcentral.com/library/sexaddict_general.htm)

Herman, Judith Lewis (1992). *Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma*. *Journal of Traumatic Stress* 5(3):377-391.

Hylton, John H. (2002). Appendix C - Aboriginal Health and Healing: A Review of Best Practices. Improving First Nations and Métis Health Outcomes: A Call to Collaborative Action. Working Together Towards Excellence Project. Regina, SK: Regina Qu'Appelle Health Region.

Indian Affairs and Northern Development [Ministère des affaires indiennes et du développement du Nord] (1998). Gathering Strength – Canada's Aboriginal Action Plan. A Progress Report, Year One [Rassembler nos forces – Plan d'action du Canada pour les questions autochtones. Rapport de progrès, année 1]. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada [ministère des travaux publics et des services gouvernementaux Canada].

Kirmayer, Laurence J., Gregory M. Brass, et Caroline Tait (2000). The Mental Health of Aboriginal Peoples: Transformations of Identity and Community. *Canadian Journal of Psychiatry* [Revue canadienne de psychiatrie] 45(7):607–616.

Kishk Anaquot Health Research (2003). Third Interim Evaluation Report of Aboriginal Healing Foundation Program Activity [Troisième rapport intérimaire: Évaluation communautaire des programmes financés par la Fondation autochtone de guérison]. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation [Fondation autochtone de guérison].

——— (2002). Journey and Balance: Second Interim Evaluation Report of Aboriginal Healing Foundation Program Activity [Cheminement et équilibre : Deuxième rapport intérimaire: Évaluation communautaire des programmes financés par la Fondation autochtone de guérison]. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation [Fondation autochtone de guérison].

Korhonen, Marja (2004). Alcohol Problems and Approaches: Theories, Evidence and Northern Practice. Ottawa, ON: National Aboriginal Health Organization.

Kulchyski, Peter, Don McCaskill, et David Newhouse (1999). In the Words of Elders: Aboriginal Cultures in Transition. Toronto, ON: University of Toronto Press.

Lane, Phil, Jr., Michael Bopp, Judie Bopp, et Julian Norris (2002). Mapping the Healing Journey: The final report of a First Nation Research Project on Healing in Canadian Aboriginal Communities [Le balisage de l'expérience de guérison : Rapport final d'un projet de recherche d'une Première nation sur la guérison dans les collectivités autochtones du Canada]. Ottawa, ON: Aboriginal Corrections Policy Unit, Solicitor General Canada [Groupe de la politique correctionnelle autochtone, Solliciteur général du Canada].

Latimer, Jeff et Laura Casey Foss (2004). A One-Day Snapshot of Aboriginal Youth in Custody Across Canada: Phase II [Profil instantané d'une journée des jeunes Autochtones sous garde au Canada : Phase II]. Ottawa, ON: Department of Justice Canada [ministère de la Justice du Canada].

Levan, Mary Beth (2003). Creating a Framework for the Wisdom of Community: A Review of Victim Services in Nunavut, Northwest and Yukon Territories [Créer un cadre de sagesse communautaire : examen des services aux victimes dans les territoires du Nunavut, du Nord-Ouest et du Yukon]. Ottawa,

---

ON: Department of Justice Canada [ministère de la Justice du Canada]. Extrait le 19 mai 2006 du site : [http://canada-justice.ca/fr/ps/rs/rep/2003/rr03vic-3/rr03vic-3\\_01.html](http://canada-justice.ca/fr/ps/rs/rep/2003/rr03vic-3/rr03vic-3_01.html)

Mailloux, Louise (2002). *First Nations and Inuit Health System Renewal: Gender-Based Analysis*. Ottawa, ON: Pauktuutit Inuit Women's Association.

Makivik Corporation (2005) Part II: Submission to the Minister of Indian and Northern Affairs for the Government of Canada and to the Ministre délégué aux Affaires autochtones for the Government of Québec: Regarding the Slaughtering of Nunavik "Qimmiit" (Inuit Dogs) from the mid-1950s to the late 1960s. *The Fan Hitch: Journal of the Inuit Sled Dog International* 7(3).

Marlatt, G. Alan et Katie Witkiewitz (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention and treatment. *Addictive Behaviours* 27(6)867–886.

Marshall, W.L. et Y.M. Fernandez (1997). Treatment Of Sexual Offenders: Current Approaches With Non-Aboriginals And Their Relevance For Aboriginal Offenders. In *Aboriginal Corrections Policy Unit, The Four Circles of Hollow Water, Aboriginal Peoples Collection* [Le traitement des délinquants sexuels : méthodes utilisées actuellement auprès des non-Autochtones et applicabilité de ces méthodes aux délinquants autochtones. Dans Groupe de la politique correctionnelle autochtone, *Les quatre cercles de Hollow Water, Collection sur les Autochtones*]. Ottawa, ON: Public Works and Government Services Canada [Approvisionnement et Services Canada].

Miller, Christine et Patricia Chuchryk (1996). *Women of the First Nations: Power, Wisdom and Strength*. Winnipeg, MB: University of Manitoba Press.

Minor, Kit (1992). *Issumatuq: Learning from the Traditional Helping Wisdom of the Canadian Inuit*. Halifax, NS: Fernwood Publishing.

Morrison, R. Bruce et C. Roderick Wilson (eds.) (1995). *Native Peoples: The Canadian Experience*, 2nd ed. Toronto, ON: McClelland and Stewart Inc.

National Centre on Addiction and Substance Abuse (1999). *No Safe Haven: Children of Substance Abusing Parents*. New York, NY: Columbia University.

National Council on Sexual Addiction and Compulsivity (n.d.). *Sexual Addiction*. Extrait le 9 septembre 2006 du site: [www.ncsac.org/general/papers\\_sexual\\_addiction.aspx](http://www.ncsac.org/general/papers_sexual_addiction.aspx)

National Crime Prevention Council (n.d.). *Offender Profiles*. Extrait du site: [http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/familyviolence/html/fvprofil\\_e.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/familyviolence/html/fvprofil_e.html)

National Native Addictions Partnership Foundation Inc. [NNAPF] [Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances Inc. (FANPLD)] (2000). *NNADAP Renewal Framework for Implementing the Strategic Recommendations of the 1998, General Review of the National Native Alcohol and Drug Abuse Program, Draft, Working Paper Prepared-For Discussion Purposes Only* [Cadre de renouvellement pour la mise en oeuvre des recommandations stratégiques de l'Examen générale du

PNLAADA de 1998 - Ebauche et document de discussion seulement]. Muskoday, SK: National Native Addictions Partnership Foundation Inc. [Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances Inc.]

——— (2005). *Keeping the Sacred in Tobacco*. Muskoday, SK: National Native Addictions Partnership Foundation Inc.

National Native Association of Treatment Directors (1992). *The Right to be Special: Native Alcohol and Drug Counsellor's Handbook Working with Sexual Abuse Disclosure*. Calgary, AB: National Native Association of Treatment Directors.

Nechi Training, Research and Health Promotions Institute (2005). 'FIREWATCH' - Aboriginal Youth Gambling Research Project, AADAC Partnership. Extrait du site: <http://www.nechi.com/research/gambling.php#link3>

Pauktuutit Inuit Women's Association (2002). *First Nations and Inuit Health System Renewal Gender-Based Analysis*. Ottawa, ON: Pauktuutit Inuit Women's Association.

Poole, Nancy et Colleen Anne Dell (2005). *Girls, Women and Substance Use*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse [Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies].

Public Health Agency of Canada [Agence de la santé publique du Canada] (2005). *Public Health Goals for Canada: A Federal, Provincial and Territorial Commitment to Canadians [Objectifs de santé pour le Canada : engagement fédéral-provincial-territorial envers tous les canadiens]*. Public Health Goals Secretariat [Secrétariat des Objectifs de santé pour le Canada].

Royal Commission on Aboriginal Peoples [Commission royale sur les peuples autochtones] (1996). *Report of Royal Commission on Aboriginal Peoples, Volume 1 - Looking Forward Looking Back [Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones - Volume 1- Un passé, un avenir]*. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada [Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada].

Saakvitne, Karen W., Sarah Gamble, Laurie Anne Pearlman, et Beth Tabor Lev (2000). *Risking Connection: A Training Curriculum for Working With Survivors of Childhood Abuse*. Lutherville, MD: Sidran Press.

Statistics Canada [Statistique Canada] (2003). *2001 Census: analysis series, Aboriginal Peoples of Canada: A demographic profile [Recensement de 2001: Série «Analyses » Peuples autochtones du Canada : un profil démographique]*. Ottawa, ON: Ministry of Industry [ministère de l'Industrie].

Tait, Caroline L. (2003). *Fetal Alcohol Syndrome Among Aboriginal People in Canada: Review and Analysis of the Intergenerational Links to Residential Schools [Syndrome d'alcoolisation foetale chez les peuples autochtones du Canada: Examen et analyse des répercussions intergénérationnelles liées au régime des pensionnats]*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation [Fondation autochtone de guérison].

United Nations [Nations Unies] (1948). Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide [Convention pour la prévention et la répression du crime de génocide]. Extrait le 11 juillet 2006 du site: <http://www.hrweb.org/legal/undocs.html>

Volpicelli, Joseph, Geetha Balaraman, Julie Hahn, Heather Wallace, et Donald Bux (1999). The Role of Uncontrollable Trauma in the Development of PTSD and Alcohol Addiction. *Alcohol Research and Health (Feature)* 23(4):256–262.

Wesley-Esquimaux, Cynthia C. et Magdalena Smolewski (2004). *Historic Trauma and Aboriginal Healing [Traumatisme historique et guérison autochtone]*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation [Fondation autochtone de guérison].





Fondation autochtone de guérison  
75, rue Albert, pièce 801, Ottawa (Ontario) K1P 5E7  
Téléphone : (613) 237-4441  
Sans frais : (888) 725-8886  
Bélinographe : (613) 237-4442  
Courriel : [communications@ahf.ca](mailto:communications@ahf.ca)  
Site internet : [www.ahf.ca](http://www.ahf.ca)

*Aider les autochtones à se guérir eux-mêmes*

