

ÉVALUATION DE LA FAISABILITÉ

DE SERVICES DE DÉSINTOXICATION À DOMICILE
DANS LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC

RAPPORT FINAL



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

TABLE DES MATIÈRES

TERMINOLOGIE	5
MISE EN CONTEXTE	6
INTRODUCTION	7
MISE EN GARDE.....	8
SECTION 1 : MÉTHODOLOGIE.....	9
SECTION 2 : DESCRIPTION ET ANALYSE DES SERVICES ACTUELS DANS LE RÉSEAU QUÉBÉCOIS ET DES PREMIÈRES NATIONS DE LA RÉGION DU QUÉBEC	13
SECTION 3 : MEILLEURES PRATIQUES EN MATIÈRE DE DÉSINTOXICATION.....	17
SECTION 4 : RÉSULTATS DES ENTREVUES STRUCTURÉES	31
SECTION 5 : ANALYSE DE LA FAISABILITÉ DE SERVICES DE DÉSINTOXICATION EXTERNE DANS LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC.....	59
SECTION 6 : RECOMMANDATIONS.....	63
CONCLUSION	73
RÉFÉRENCES	75

TERMINOLOGIE

ASAM	American Society of Addiction Medicine
CCLAT	Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
CHRTR	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CIWA-Ar	Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Alcohol Revised
CPLT	Comité permanent de lutte à la toxicomanie
CRAN	Centre de recherche et d'aide pour narcomanes
CRAT-CA	Centre de réadaptation en dépendance de Chaudière-Appalaches
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CRPAT	Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
CRUV	Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve
CSSS	Centres de santé et services sociaux
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
FQCRPAT	Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
GRIPMA	Groupe de recherche et d'interventions psychosociales en milieu autochtone
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
PNLAADA	Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones
RISD	Réseau intégré de services en désintoxication
SPA	Sevrage aux substances psychoactives

MISE EN CONTEXTE

L'évaluation des besoins régionaux en matière de services de désintoxication pour les Premières Nations du Québec est une initiative de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). La CSSSPNQL a obtenu le financement nécessaire à la réalisation d'une recherche comportant plusieurs étapes et devant mener à un plan d'action sur les services de désintoxication chez les Premières Nations du Québec. Les services du Groupe de recherche et d'interventions psychosociales en milieu autochtone (GRIPMA) ont été retenus pour réaliser ce mandat.

En termes de déroulement, la démarche a mené à la recension des besoins des Premières nations en matière de désintoxication et à la recension des meilleures pratiques en matière de désintoxication en tenant compte des services offerts par le réseau québécois et de leur disponibilité pour les Premières Nations. De plus, le mandat a permis de développer un portrait des besoins chez les Premières Nations du Québec. Ainsi, la trajectoire des services en fonction de leur disponibilité dans les régions administratives incluses au système québécois (incluant les services de désintoxication externe) a été établie. De plus, la démarche incluait la recension des outils d'évaluation et des protocoles existants en matière de désintoxication.

Finalement, le mandat consistait à fournir une analyse de la faisabilité d'un service externe de désintoxication tel que le propose un modèle développé par une Première Nation en Colombie-Britannique.

INTRODUCTION

Ce rapport a été préparé par le Groupe de recherche et d'interventions psychosociales en milieu autochtone (GRIPMA) pour le compte de la CSSSPNQL.

Il se divise en plusieurs sections, dont la première décrit la méthodologie privilégiée dans le cadre de la démarche d'évaluation des besoins. La section suivante aborde la description et l'analyse des services actuels dans le réseau québécois et des Premières Nations de la région du Québec ainsi que la description des meilleures pratiques en matière de désintoxication. La troisième section porte sur les résultats des entrevues structurées effectuées auprès d'acteurs-clés des communautés des Premières Nations du Québec et la quatrième section porte sur l'analyse de la faisabilité des services externes de désintoxication.

Ce rapport comporte des recommandations relativement à la mise en œuvre de services de désintoxication pour les communautés des Premières Nations du Québec.

MISE EN GARDE

Parmi les obstacles rencontrés au chapitre de l'élaboration de cette évaluation des besoins, notons la difficulté de retracer les services et pratiques existantes dans les communautés des Premières Nations qui ne sont pas répertoriées ni inventoriées dans les sources d'information et les références consultées. Il est conséquemment possible que certaines pratiques et services ne soient pas recensés car l'ampleur de la recherche des pratiques et services en milieu des Premières Nations aurait demandé une investigation exhaustive de chaque communauté au Canada, ce qui ne cadre pas dans l'exercice du mandat confié à GRIPMA par la CSSSPNQL.

Au chapitre des entrevues structurées, il est possible que le degré de connaissances des problématiques, des pratiques et des processus entourant la désintoxication diffère d'un répondant à l'autre. Or, la présente démarche ne consistait pas à évaluer ce degré de connaissances mais bien la faisabilité de services externes de désintoxication.

Nous invitons le lecteur à en prendre considération.

SECTION 1 : MÉTHODOLOGIE

Dans le but d'analyser la faisabilité d'un service externe de désintoxication tel que le propose un modèle développé par une Première Nation en Colombie-Britannique, l'objectif de la présente démarche d'évaluation de besoins était d'abord de recueillir une information pertinente sur les services de désintoxication et les meilleures pratiques en la matière, pour ensuite tenter de comprendre les besoins chez les Premières Nations du Québec.

Pour réaliser ce mandat, la stratégie méthodologique devait être flexible et adaptée. La présente étude s'est déroulée principalement en deux grandes étapes : une recension de la littérature et des entrevues structurées effectuées par téléphone.

Recension de la littérature

Une recherche dans les sources documentaires électroniques a été effectuée pour recenser les services offerts et les meilleures pratiques en milieu non autochtone et dans le réseau québécois. Cette partie a permis d'évaluer la faisabilité de l'utilisation d'un outil d'évaluation des risques de sevrage et des protocoles de traitement utilisés au Québec. Deuxièmement, une même recherche a été effectuée pour recenser les services existants chez les Premières Nations, ainsi que les meilleures pratiques.

Les sources d'information suivantes ont été consultées pour compléter la recension de la littérature :

- Bases de données propres aux Premières Nations;
- Bases de données gouvernementales;
- Bases de données scientifiques;
- Sites Internet des organisations régionales des Premières Nations;
- Sites Internet et bases de données d'organisations communautaires;
- Collectifs d'auteurs et de monographies;
- Littérature dite « grise » (documents inédits en exemple).

Entrevues structurées

Pour procéder à la cueillette de données auprès de répondants du secteur de la santé dans les communautés des Premières Nations du Québec, des entrevues structurées ont été conduites par téléphone auprès d'acteurs-clés du secteur de la santé. Les entrevues ont été effectuées par une personne bilingue, entre le 16 octobre et le 20 novembre 2009 et une deuxième vague d'entrevues a eu lieu entre le 1^{er} avril et le 10 mai 2011.

Instrument de mesure

Un questionnaire a été administré (annexe 1) auprès d'acteurs-clés œuvrant dans le secteur de la santé des communautés des Premières Nations du Québec. En respect du protocole de recherche des Premières Nations du Québec et du Labrador, chaque répondant a volontairement et préalablement consenti à la démarche d'entrevue. Un total de 47 répondants a été questionné et après vérification, l'ensemble des questionnaires a été considéré valide et donc saisi lors de la compilation des données. Les thématiques abordées sont principalement les caractéristiques sociodémographiques, les services existants et les pratiques en matière de désintoxication, ainsi que les besoins perçus par les répondants. Afin de s'adapter au contenu même de la démarche, nous avons opté pour une approche mixte de nature quantitative et qualitative.

Administration du questionnaire

Nous sommes conscients que notre échantillonnage n'est pas probabiliste mais en raison de notre souci d'obtenir une diversification de points de vue, nous avons construit un échantillonnage de personnes dont les responsabilités professionnelles peuvent être distinctes mais toutes gravitent autour du domaine de la santé. En conséquence, nous pouvons affirmer que notre échantillonnage est représentatif de l'ensemble des personnes qui sont directement concernées par la désintoxication.

Les questionnaires ont été administrés en anglais et en français par la même personne. Toutes les entrevues ont été tenues par téléphone après que des rendez-vous aient été convenus avec chacune des personnes participantes. Le questionnaire a été acheminé au préalable à tous les répondants.

Composante finale de l'échantillon

Initialement, nous avons fixé à cinquante (50) notre échantillon. Nous avons finalement interrogé et saisi quarante-sept (47) questionnaires. Le détail de la répartition des sujets sera présenté dans les tableaux et graphiques qui suivront afin de bien comprendre la composition de l'échantillon.

Les Premières Nations ayant été sondées sont les suivantes (en ordre alphabétique) :

- Abénakis
- Algonquins
- Atikamekw
- Cris
- Hurons-Wendats
- Innus
- Micmacs
- Mohawks
- Naskapis

Prendre note que la présente démarche d'évaluation des besoins comportait un échantillon de communautés des Premières Nations dotées d'un centre de santé complet avec du personnel infirmier en poste. En conséquence, certaines communautés ne pouvaient faire partie de l'échantillon final.

Limites de la démarche

Les principales difficultés rencontrées au cours de la démarche ont été principalement relatives à l'accès aux acteurs-clés ou à tout le moins à la fiabilité des horaires prévus dans le cadre des entrevues. La conjoncture de la vaccination à grande échelle contre la grippe A(H1N1) a pu constituer un obstacle important quant à l'accessibilité et à la disponibilité du personnel infirmier dans les communautés des Premières Nations, car la cueillette des données par entrevues structurées a coïncidé avec cette période de vaccination massive. Quelques entrevues ont été annulées en raison de cette situation.

De plus, seules les opinions des intervenants ont été recueillies. Les personnes qui ont eu recours à des services de désintoxication en tant qu'aïdés n'ont pu s'exprimer quant à la nature des besoins. Notre échantillonnage est suffisamment important pour prétendre de la représentativité de l'opinion et des perceptions des intervenants mais ne peut être étendue à la clientèle elle-même.

Dans le cadre de la démarche d'évaluation des besoins des services en désintoxication, l'ensemble des données recueillies dans le cadre de la recension et celles obtenues par des entrevues auprès des acteurs-clés ont été analysées et regroupées selon plusieurs grands thèmes qui font l'objet du présent rapport final.

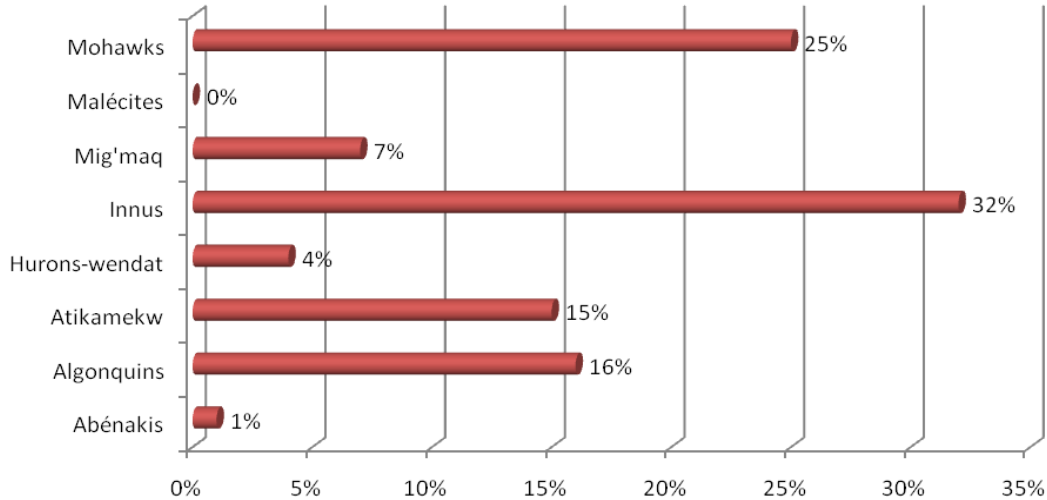
SECTION 2 : DESCRIPTION ET ANALYSE DES SERVICES ACTUELS DANS LE RÉSEAU QUÉBÉCOIS ET DES PREMIÈRES NATIONS DE LA RÉGION DU QUÉBEC

Selon les données démographiques du ministère des Affaires Indiennes et du Nord Canadien (2007), la proportion de la population vivant sur réserve de chaque Première Nation se chiffre comme suit pour les Premières Nations non conventionnées :

Premières Nations	Population vivant sur réserve (%)	Population en chiffres
Abénakis	1%	376
Algonquins	16%	5 709
Atikamekw	15%	5 482
Hurons-Wendats	4%	1 326
Innus	32%	11 612
Mig'maq	7%	2 579
Malécites	0%	1
Mohawks	25%	8 850
TOTAL	100%	35 975

La figure suivante illustre la répartition de la population totale vivant sur réserve pour les Premières Nations non conventionnées. La nation Innue est la nation la plus représentée sur réserve, avec 32% de la population totale sur réserve, suivie de la Nation Mohawk avec 25%.

Répartition de la proportion de la population totale vivant sur réserve pour les Premières Nations non conventionnées



Afin d'illustrer la répartition des services spécialisés de désintoxication au plan géographique, le tableau suivant indique dans quelle région administrative sont situées les Premières Nations ainsi que le nombre de communautés (« réserves ») que chaque région comprend. La troisième colonne indique le nombre de services de désintoxication spécialisés disponibles dans chaque région administrative. On entend par service spécialisé un service offert exclusivement pour la désintoxication. Par exemple, cela exclut le service d'urgence d'un hôpital mais inclut un service hospitalier destiné à la désintoxication ou encore, un centre spécialisé traitant le sevrage d'un patient toxicomane.

Régions administratives où existent des services spécialisés de désintoxication	Nombre de communautés des PN non conventionnées situées dans la région administrative	Nombre de services spécialisés de désintoxication dans la région (selon la recension des services)
Côte-Nord	9 (Nation innue)	1
Gaspésie	3 (Nation Mig'maq)	2
Laurentides	1 (Nation Mohawk)	1
Outaouais	1 (Nation Algonquine)	2
Mauricie	2 (Nation Atikamekw)	1
Abitibi-Témiscamingue	8 (Nation Algonquine)	1
Saguenay-Lac St-Jean	1 (Nation Innue)	2
Centre-du-Québec	2 (Nation Abénakise)	1
Capitale-Nationale	1 (Nation Huronne-wendat)	2
Estrie	0	2
Montréal	0	6
Chaudières-Appalaches	0	1
Lanaudière	1 (Nation Atikamekw)	2
Montérégie	0	2
Bas St-Laurent	1 (Nation Malécite)	0

Analyse des services actuels

À l'aide de cette répartition, force est de conclure que la majorité des services spécialisés sont situés dans la région administrative de Montréal où aucune communauté des Premières Nations n'est établie. De surcroît, 11 des 26 services spécialisés de désintoxication au Québec sont situés dans des régions administratives où aucune communauté des Premières Nations (réserve) n'est établie. En conséquence, 15 services seraient situés dans des régions administratives où se trouvent des communautés des Premières Nations.

Le déséquilibre de la répartition des services de désintoxication se fait également sentir dans les régions administratives à forte densité de population autochtone, comme la Côte-Nord, qui compte 32% de la population totale des Premières Nations vivant sur réserve au Québec. Or, cette région administrative n'est dotée que d'un seul service spécialisé de désintoxication. De la même façon, l'Abitibi-Témiscamingue est dotée d'un service spécialisé de désintoxication alors que huit (8) communautés algonquines sont situées dans cette région et que la population sur réserve de ces huit communautés algonquines représente près de 11% de toute la population des Premières Nations vivant sur réserve au Québec. (Note : 8 communautés algonquines sur 9 sont situées en Abitibi-Témiscamingue, alors qu'une seule est située dans la région de l'Outaouais).

Bref, pour 43% de la population totale des Premières Nations vivant sur réserve au Québec, il n'existe que deux (2) services spécialisés de désintoxication et ceux-ci font partie du réseau québécois.

Quant aux services de désintoxication dans les communautés des Premières Nations du Québec, les données recueillies (section 4) ne permettent pas ici de conclure que des services de désintoxication soient offerts, mis à part quelques initiatives de suivi de sevrage et la référence vers des hôpitaux régionaux.

En conclusion, très peu de programmes et de centres de traitement offrent des services de désintoxication à l'intention spécifique des Premières Nations, et ce, dans n'importe laquelle des régions du Québec. Les Premières Nations doivent généralement s'adresser aux services du réseau de la santé provincial pour bénéficier du traitement de désintoxication approprié à leur condition. Quelques rares initiatives ont été retracées dans le cadre de la recension de la littérature de la présente démarche mais elles se concentrent essentiellement hors Québec. Il est possible que d'autres initiatives existent mais qui n'ont pu être relatées ici faute d'information dans les diverses sources et références consultées.

SECTION 3 : MEILLEURES PRATIQUES EN MATIÈRE DE DÉSINTOXICATION

Pierre Desrosiers, conseiller aux affaires professionnelles à la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQRCPAT) a rédigé un document s'intitulant « Les services de désintoxication dans les centres de réadaptation en dépendances : Meilleures pratiques et offre de services de base dans un contexte de réseau intégré de services ». À partir d'une recension de la littérature, Desrosiers présente les meilleures pratiques en matière de modèles et d'approches cliniques, d'évaluation, de traitement, d'organisation et d'intégration de services.

Modèles et approches cliniques

Selon le Center for Substance Abuse Treatment (CSAT, 2006), il existe trois grands modèles théoriques de désintoxication : le modèle médical, le modèle social et le modèle mixte. Les programmes se référant au modèle médical sont dispensés par un médecin et du personnel de soins de santé et se déroulent généralement en milieu hospitalier, en cabinet privé ou dans un centre de santé. On attribue le modèle social à des services de soutien psychologique et social aux usagers et à leur famille. Lorsque ces clients ont des besoins médicaux, ils sont dirigés vers des ressources médicales ou ils sont évalués par un médecin rattaché au centre ou par une infirmière. Les intervenants sociaux peuvent à l'occasion assister l'utilisateur lorsqu'il prend sa médication, évaluer son état ou le diriger vers un professionnel de la santé si la situation se détériore. Le CSAT (2006) considère que les programmes sociaux de désintoxication ne devraient pas offrir de service pour les personnes lourdement dépendantes à l'alcool et aux autres sédatifs hypnotiques. Enfin, le modèle mixte fait référence à des programmes sociaux de désintoxication qui offrent en appoint des services d'assistance médicale. D'après le groupe d'experts constitués par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT, 2004), plusieurs auteurs font remarquer qu'une plus grande alliance entre les deux modèles (médical et psychosocial) permet d'offrir aux patients des services de meilleure qualité. Selon ces experts, les recherches récentes sur les traitements des dépendances tendent à démontrer la pertinence d'un modèle mixte pour traiter de façon adéquate les symptômes de sevrage. Les études portant sur les différentes modalités de traitement, répertoriées par Santé Canada (1999),

reconnaissent l'efficacité de la pharmacothérapie comme complément à un traitement global, incluant des approches cognitives comportementales et motivationnelles, des méthodes d'apprentissage d'habiletés sociales et de prévention de la rechute et des approches d'appui communautaire utilisant le réseau relationnel des personnes qui consultent, surtout pour les personnes manquant d'appuis sociaux. L'utilisation de l'approche motivationnelle semble particulièrement indiquée pour permettre la réalisation du troisième but de la désintoxication, qui est de préparer le client à la réadaptation ou de favoriser, chez celui-ci, une continuité dans les services. Une recherche de Haro et ses collaborateurs (2006) rapporte que l'utilisation de l'approche motivationnelle pendant la désintoxication hospitalière est en partie associée à une plus grande probabilité de poursuite dans les services de réadaptation, et ce, plus particulièrement chez les femmes et en fonction de certaines substances consommées.

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) (2007) rapporte que les spécialistes en toxicomanie au Canada et à l'échelle internationale ont couramment recours à l'entrevue motivationnelle dans divers milieux thérapeutiques dont les services de désintoxication. Au Québec, le modèle transthéorique du processus de changement et de ses étapes (Prochaska et coll., 1994) ainsi que l'entretien motivationnel issu des travaux de Miller et Rollnick (2003) font maintenant partie intégrante des approches d'intervention privilégiées dans les CRD.

Selon les meilleures pratiques décrites par Santé Canada (1999), il est important d'offrir des services adaptés à la réalité de chaque personne puisque tous les services ou toutes les approches ne conviennent pas à chacun. Il faut aussi considérer l'importance, dans la réussite du traitement, des facteurs communs à toute approche clinique, c'est-à-dire ceux du client (ressources personnelles, environnement, etc.) et ceux de l'intervenant (compétences, empathie, alliance thérapeutique, etc.). L'étude de DATOS (2003) souligne d'ailleurs que l'alliance thérapeutique et des changements concrets réussis par le client en début de démarche semblent être des éléments essentiels à la persistance en traitement.

Évaluation

A) Critères

Kasser et coll. (1997) soulignent qu'en raison des risques de complications médicales une évaluation initiale de la condition du client est primordiale. Elle doit comprendre une évaluation de la sévérité prédictible du sevrage, ainsi qu'une évaluation de la comorbidité médicale ou psychiatrique. La sévérité du sevrage n'est pas toujours facile à prévoir et bon nombre d'informations doivent être recueillies au moment de l'évaluation initiale: quantité et durée de la consommation du client (surtout dans le dernier mois et la dernière semaine), sévérité des sevrages précédents, histoire médicale et psychiatrique du client. Selon ces auteurs, l'évaluation initiale a pour objectif de faciliter la sélection du niveau approprié de soins pour la désintoxication.

Pour déterminer le niveau de soins requis en fonction des besoins et des caractéristiques des clients présentant des problèmes d'alcool et de drogues, le comité d'experts cliniciens de l'ASAM (2001) a établi six dimensions devant être mesurées :

1. L'état d'intoxication/le risque de sevrage ;
2. La santé physique ;
3. La santé psychologique ;
4. L'attitude vis-à-vis le traitement ;
5. Le potentiel de rechutes ;
6. Les caractéristiques de l'environnement de la personne.

La dimension 1 se réfère à tout ce qui touche à la nature de la consommation de l'individu et à la nécessité qu'il soit pris en charge médicalement pour aider au sevrage ou pour un traitement de substitution.

La dimension 2 décrit la condition physique de la personne, incluant tous les problèmes physiques, exception faite des symptômes de sevrage déjà couverts par la dimension 1, ou

facteurs physiques qui doivent être pris en compte, ainsi que les médicaments pris par l'usager, excepté ceux prescrits en psychiatrie.

La dimension 3 concerne les troubles émotionnels et comportementaux que peut présenter le client. On se réfère à l'histoire et aux traitements psychologiques et psychiatriques qu'il a vécus, à son état et à sa stabilité émotionnelle ainsi qu'à sa capacité à exprimer ses sentiments de dépression, de colère, d'angoisse et autres, ou au contraire à l'absence de sentiments.

La 4^e dimension touche la dynamique de changement de l'individu, sa motivation à s'impliquer dans sa démarche et son attitude vis-à-vis le traitement.

La 5^e dimension décrit le niveau de risque de rechute de l'usager ainsi que l'état de connaissance qu'il présente quant à la nature et à la dynamique de son problème de dépendance, et aux mécanismes de prévention de la rechute. Elle inclut aussi le degré d'intégration, par le client, des outils de prévention de la rechute dans ses problèmes quotidiens ou dans ses situations de crise.

Enfin, la 6^e dimension fait référence à l'environnement dans lequel évolue la personne. Il s'agit autant de son environnement physique (quartier, logement) que de son environnement social, notamment la présence ou l'absence d'un réseau de soutien dans son effort de changement. La qualité de la gestion de son temps au quotidien, l'équilibre de la répartition de son temps entre travail, loisirs et vie relationnelle ainsi que le contact de l'individu avec les organismes sociaux qui peuvent l'aider font aussi partie intégrante de cette dimension.

Bien que les critères de l'ASAM soient ceux qui sont les plus reconnus et couramment utilisés, ils ne doivent pas se substituer au jugement clinique et à l'évaluation des besoins spécifiques de chaque client.

B) Outils

*** Commander l'outil de l'ASAM**

Le Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol Revised (CIWA-Ar) (1989) représente le questionnaire de quantification de sevrage à l'alcool le plus largement utilisé dans les milieux d'intervention. Rouillard, Tremblay et Boivin (1999) ont développé des outils d'évaluation de la

sévérité du sevrage et des soins médicaux devant l'accompagner. Il s'agit des outils NID pour « Niveau de désintoxication ». En fait, ce sont deux instruments distincts, l'un pour une évaluation santé par les intervenants médicaux (NID-ÉM), l'autre, une version adaptée pouvant être administrée par des intervenants psychosociaux (NID-ÉP) et validée par du personnel infirmier.

Ces outils d'évaluation débutent par une section où sont recueillis les renseignements de nature sociodémographique, suivie de questions touchant la condition médicale de l'utilisateur et la médication prise par celui-ci. La section la plus importante porte sur l'évaluation de la consommation d'alcool et de drogues et elle comprend notamment le Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Alcohol Revised (CIWA-Ar). Les sections qui suivent portent sur l'état de santé psychologique/psychiatrique incluant l'évaluation de risque suicidaire et sur la situation générale de l'utilisateur concernant la sphère sociale (travail, famille, social, judiciaire, etc.). Les questionnaires se terminent par un choix d'orientation.

Pour guider plus objectivement dans le processus de décision afin de mieux appairer les clients au meilleur niveau de service, tout particulièrement en ne leur donnant pas un service plus intensif que celui dont ils ont réellement besoin, Ménard, Pépin et Saint-Louis (2007) ont développé une version adaptée du NID-ÉM, l'évaluation santé NID-ÉM 2.0. Cet outil, à partir d'un algorithme d'orientation des usagers selon les signes et les symptômes d'intoxication et de sevrage et des critères d'évaluation de l'ASAM, permet d'en arriver à un classement selon les niveaux d'intensité de services de l'ASAM. Ces mêmes auteurs ont aussi conçu une adaptation du NID-ÉP, version 2.9 (2007).

Traitement

A) Durée

D'entrée de jeu, nous constatons la grande rareté d'articles scientifiques concernant les durées optimales des traitements de désintoxication. Pour Tremblay (2008), il est également nécessaire de mentionner que plusieurs études qualifient de désintoxication une intervention qui combine de façon séquentielle une intervention médicale visant à éliminer de façon sécuritaire les substances psychoactives de l'organisme suivie d'une intervention psychosociale ciblant plutôt

la modification de comportement. Dans ces études, les durées optimales de services sont difficiles à interpréter.

La durée et l'intensité du sevrage représentent le déterminant principal des durées standards de désintoxication. D'après Raistrick (2000), un protocole clinique de désintoxication d'alcool prescrit généralement un traitement de 7 jours pour une désintoxication accompagnant un traitement sévère, de 5 jours pour un sevrage modéré et de 3 jours pour un sevrage léger. Les durées d'hospitalisation observées pour la désintoxication d'alcool sont classiquement de $4,3 \pm 2,4$ jours (Sullivan et coll., 1991), ce qui correspond aux protocoles cliniques anticipés (Raistrick, 2000). Pour Miller et Kipnis (2006), le sevrage aux substances opiacées produit des signes et des symptômes similaires d'une substance à l'autre mais des variations quant au moment de leur début et à leur durée. Par exemple, le sevrage d'héroïne débute typiquement de 8 à 12 heures après la dernière dose et perdure sur une période de 3 à 5 jours. Selon Miller et Kipnis (2006), la durée du sevrage des benzodiazépines et autres sédatifs hypnotiques dépend de la demi-vie des substances et s'étend en général sur plusieurs semaines. Quant à la gestion du sevrage, on procède plus souvent par dégression de la dose, sous supervision médicale. Cette diminution progressive s'échelonne fréquemment sur plusieurs semaines, voire quelques mois, tout particulièrement pour les benzodiazépines à longue durée d'action.

Selon des données issues du Massachusetts (Jonkman et coll, 2005) auprès de 21 311 usagers au cours de l'année 1996, on note que les substances principales ayant nécessité un service de désintoxication sont l'alcool (48 %), l'héroïne (34 %) ou la cocaïne (18 %). Cet État américain, similaire au Québec quant à sa géographie et à sa population, compte vingt centres de désintoxication de niveau III.7-D selon l'ASAM. La durée moyenne de séjour varie grandement d'un centre à l'autre, oscillant entre quatre et neuf jours. D'après ces chercheurs, ces variations sont en partie statistiquement explicables par la configuration des centres : les centres de 35 lits et plus ont une moyenne de séjour plus longue (7,7 jours) alors qu'elle est de 5,4 jours dans les centres de moins de 35 lits. Toujours selon ces auteurs, ces observations suscitent l'interrogation concernant les pratiques des centres, à savoir, pour ceux ayant plus de lits, la possibilité de garder les patients plus longtemps pour s'assurer de hauts taux d'occupation et ainsi d'un financement adéquat. Outre ces variations organisationnelles, Jonkman et coll. (2005)

observent de grandes variations entre les individus, associées à différents aspects : la substance problématique, la présence d'un autre épisode de désintoxication dans la dernière année, le fait d'être sans domicile fixe, d'être une femme, la présence de problèmes de santé mentale, le fait d'être âgé de 51 ans et plus et ne pas être de race blanche.

Selon Tremblay (2008), la pratique québécoise au sujet des durées moyennes de séjour en désintoxication présente une bonne variabilité. En ce qui concerne la désintoxication de type hospitalière, on note une durée moyenne de séjour de 5,2 jours au CHUQ et de 8,7 jours au CHUM/Saint-Luc (HSFA, 2006). Pour ce qui est des durées moyennes de séjour au sein d'un service de désintoxication de niveau III.7-D, Tremblay (2001) a observé, en Chaudière-Appalaches, une moyenne de 3,6 jours au cours de l'année 1999-2000, celle-ci ne se référant qu'à la phase de traitement de désintoxication. Dans sa recension de la littérature, Tremblay (2008) conclut que les durées moyennes de séjour en désintoxication de niveau III.7-D sont de 3,6 à 7,5 jours en fonction des substances psychoactives problématiques, que les pratiques varient considérablement d'un centre à l'autre et qu'il existe une grande rareté d'études sur des comparaisons de durées de traitement en désintoxication.

B) Intensité

La littérature scientifique, malgré le cumul d'études, ne permet pas de conclure que les traitements avec hébergement offrent de meilleurs résultats que le traitement ambulatoire. Cependant, diverses études, Kissin et coll.³⁶, Rychtarick et coll., (2001), observent que les usagers caractérisés par de l'instabilité sociale ou des problèmes plus sévères de consommation rapportent de meilleurs résultats s'ils bénéficient d'un traitement résidentiel. Selon le Center for Substance Abuse Treatment¹⁰, la meilleure désintoxication est celle qui est la moins contraignante pour l'utilisateur compte tenu de son état et qui permet d'atteindre de façon efficace les objectifs de la désintoxication, tout en étant la plus économique possible. Le choix du type de désintoxication (interne ou externe) doit d'abord être basé sur les besoins cliniques de la personne.

Pour Alling (1992), la désintoxication interne offre différents avantages : l'environnement dans lequel se trouve le patient est contrôlé, tout comme l'accès aux substances, la désintoxication

se déroule dans des conditions sécuritaires car la surveillance de l'état de santé est plus intensive, et la désintoxication peut être complétée plus vite qu'en milieu externe, habituellement en six jours. Toujours d'après Alling, la désintoxication à l'externe a l'avantage d'être moins coûteuse, elle fait aussi en sorte que la vie de la personne est moins perturbée et que cette dernière ne vit pas une transition abrupte entre le lieu de désintoxication protégé et son milieu de vie naturel.

Rychtarick et coll. (2001) mentionnent que certains clients peuvent résister à une forme de traitement où il y a davantage de contrôle et qui est plus envahissant. Ils indiquent, comme d'autres auteurs (Finney et coll., 1996), que le traitement avec hébergement devrait être réservé aux clients qui présentent une dépendance accrue aux produits (risque de sevrage) et une instabilité psychosociale importante.

Bertrand et Ménard (2004), dans leur revue de littérature sur le sujet, indiquent qu'il semble se dessiner un consensus entre cliniciens et chercheurs selon lequel le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie qui convient à la vaste majorité de la clientèle constitue le traitement externe, modalité de traitement aussi efficace, moins envahissante et moins coûteuse que le traitement interne, tout en précisant qu'on s'entend pour dire que le traitement résidentiel et la désintoxication avec hébergement sont des services qui ont leur place et qui doivent être davantage analysés. De fait, le traitement en externe n'exclut pas la nécessité, pour certains clients, de bénéficier d'une désintoxication en milieu résidentiel qui s'inscrit dans une stratégie de traitement d'un individu dont l'état physique, psychologique ou social a besoin d'être stabilisé.

Selon l'ASAM (2001), deux grands critères se dégagent pour diriger quelqu'un vers des services de désintoxication avec hébergement :

- La sévérité de la dépendance et les risques pour la santé physique ;
- Une instabilité psychosociale marquée et/ou un environnement inadéquat pour la réadaptation.

Organisation et intégration de services

Un groupe d'experts cliniciens en toxicomanie réunis par SAMHSA (2006) ont statué que la désintoxication fait partie intégrante d'une stratégie globale de traitement et qu'elle ne doit pas être séparée des autres phases du processus. Ils ont également reconnu qu'offrir des services de désintoxication sans les faire suivre de traitement ou de réadaptation est une façon inappropriée d'utiliser les ressources déjà limitées. Ainsi, les services de désintoxication sont vus comme une porte d'entrée dans la poursuite d'un traitement (Teesson et coll., 2006). Les études nous indiquent que, sans une telle continuité de services, la grande majorité des personnes recommencent à consommer dans une période de trois mois après leur désintoxication.

Une recherche de Mark et coll.(2006), dans les États américains du Delaware, de l'Oklahoma et de Washington, rapporte que, dans l'année suivant leur désintoxication, 27 % des individus ont été réadmis. Une autre étude indique un taux de réadmission de 20 % un an après la désintoxication (Davison et coll., 2006). Selon Shanahan et coll. (2005), la présence de comorbidité psychiatrique augmente la probabilité de réadmission à des services de désintoxication. Pour Teesson et coll. (2006), il faut peut-être concevoir plus d'une admission en désintoxication comme un processus normal auprès d'une partie de la clientèle, et ce, dans un processus adéquat de changement.

Dans les faits, la poursuite d'un traitement de réadaptation ne concerne bien souvent qu'une faible partie de la clientèle recevant des services de désintoxication. Rush (1990) estime à 25 % les gens qui s'inscrivent à des services de réadaptation à la suite d'une désintoxication. D'autres études rapportent des proportions variables d'individus poursuivant leur cheminement à l'aide d'une autre modalité de traitement : Davison et coll. (2006) et Rodler et coll.(2006) l'estiment à 20 %, Span et coll.(2006) au 1/3 des individus, alors que la proportion va même jusqu'aux 3/4 des individus (Blondell et coll., 2006). McLellan et coll. (2005) mentionnent qu'environ 15 % des patients n'utiliseraient que des services de désintoxication au cours d'une année, et ce, plus d'une fois. Dans leur étude auprès de jeunes utilisateurs de drogues intraveineuses, Shin et coll. (2007) indiquent qu'auprès des UDI le fait d'être plus jeune est associé à une plus grande

probabilité de s'inscrire uniquement à des services de désintoxication sans, par la suite, recourir à des services de réadaptation.

Pour faciliter cette poursuite, les meilleures pratiques privilégient d'accroître la motivation du client en le renseignant sur sa condition, en l'informant que les rechutes sont plus fréquentes dans les trois premiers mois et en évaluant les problèmes psychosociaux entourant la famille, l'emploi et les autres conditions qui pourraient avoir un impact possible sur l'issue du traitement. O'Farrell et coll. (2008) rapportent que l'implication d'un membre de l'entourage apparaît prometteuse comme stratégie pour améliorer l'adhésion du toxicomane à des services de réadaptation à la suite d'une désintoxication.

Finalement, les experts québécois indiquent l'importance d'établir des ponts entre l'étape de la désintoxication et celle du traitement des dépendances. L'objectif à long terme étant d'augmenter le nombre de clients qui réussissent leur désintoxication et qui s'orientent ensuite vers une poursuite dans des services de réadaptation.

McLellan et coll. (2005) suggèrent qu'un suivi particulier d'évaluation, d'orientation et d'accompagnement vers les ressources de réadaptation, auprès de patients n'utilisant que des services de désintoxication au cours d'une même année, réduise de manière importante (55 %) les admissions uniquement en désintoxication et augmente largement (70 %) leur utilisation des services de réadaptation. La Fondation de la recherche sur la toxicomanie (1994) suggère de planifier, dès l'amorce de la désintoxication, l'orientation du client en identifiant les options de traitement pertinentes et disponibles après sevrage qui favorisent le rétablissement du client et réduisent ses risques de rechute tout en renforçant les liens avec les ressources de la communauté. Ceci est particulièrement le cas pour les services de désintoxication en milieu hospitalier. En ce sens, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées de la France (2003) a élaboré un guide de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie. On insiste sur l'importance d'introduire à l'hôpital une culture « addictologique » pour favoriser une prise en charge globale, multidisciplinaire et de qualité des personnes ayant un problème avec les substances psychoactives depuis l'admission jusqu'à la sortie de l'hôpital et de s'assurer des relais ultérieurs par un travail de partenariat intra et extrahospitalier. Cet

objectif ne peut être atteint que par un véritable partenariat des professionnels concernés, car il relève du dispositif spécialisé, des établissements de santé, du secteur de la psychiatrie, de la médecine ambulatoire ou du secteur social.

Dans l'analyse des services avec hébergement à Domrémy Mauricie – Centre-du-Québec, Bertrand et Ménard (2004) mentionnent que, pour s'assurer d'engager le client dans un processus de réadaptation à plus long terme et donc d'inscrire la désintoxication avec hébergement dans une stratégie globale de traitement en CRD, il faut :

- corriger le clivage entre programmes de désintoxication et réadaptation en établissant un seul programme ;
- établir, en collaboration avec le client admis dans les services avec hébergement, un plan d'intervention à partir d'une évaluation systématique au niveau de la santé et du fonctionnement psychosocial ;
- favoriser la poursuite et la continuité de la démarche dans le cadre des services externes, en priorisant cette clientèle déjà investie et pour qui des ressources ont déjà été consenties ;
- proposer une durée de séjour standard de 21 jours qui permet d'établir une alliance thérapeutique avec le client, d'amorcer sa démarche de changement en plus de maximiser sa motivation à poursuivre celle-ci en externe ;
- désigner un seul intervenant psychosocial principal qui accompagnera le client tout au long de son stage afin de favoriser l'alliance thérapeutique et la continuité de la démarche.

Tremblay (2008) prétend que l'intégration des services de désintoxication et de réadaptation sous un même toit représente une des façons d'augmenter, chez l'utilisateur, la probabilité de passage des services de désintoxication à ceux de réadaptation. Dans sa recension de la littérature sur la durée optimale d'un service interne de court terme, il mentionne que les études concluent qu'une durée de 15 jours ou plus est plus efficace qu'une durée moins longue et qu'une durée de 28 jours semble être encore plus performante qu'une de 10 ou de 60 jours.

Afin d'assurer une continuité de services, le Plan d'action interministériel (2006) souligne l'importance de l'action concertée entre les partenaires impliqués dans le continuum de services. La mise en réseau des services de désintoxication s'inscrit en cohérence avec les orientations relatives à la transformation du réseau de la santé et des services sociaux fondée sur les principes de la responsabilité populationnelle et de la hiérarchisation de services (MSSSQ, 2007). Cette transformation implique la mise en place de réseaux locaux de services ainsi qu'une organisation gravitant autour de projets cliniques et d'ententes de services.

Dans son offre de service du programme-services en dépendances en 2007, le Ministère de la Santé et des Services sociaux précise les rôles des centres de santé et de services sociaux (CSSS), des centres hospitaliers (CH) et des centres de réadaptation en dépendance (CRD) dans le partage des responsabilités vis-à-vis des services de désintoxication à mettre en place dans toutes les régions du Québec d'ici 2012. Ainsi, en se basant sur les critères de l'ASAM (2001), le MSSS prévoit que les CSSS et les CH offriront des services de désintoxication externe sans soins intensifs (niveau I-D) et des services de désintoxication en milieu hospitalier (niveau IV-D). Alors que les services de désintoxication externe intensive (niveau II-D) et les services de désintoxication avec hébergement (niveau III-D) sont dévolus aux CRD. De plus, les CRD disposent, dans les orientations du MSSS, d'équipes de liaison assignées aux dépendances dans les urgences hospitalières afin d'évaluer et d'orienter les usagers vers les services appropriés. Cette dernière mesure concerne les services de désintoxication puisqu'une partie de la clientèle qui se présente à l'hôpital requiert ce type de service.

Au Québec, considérant un taux relativement élevé d'hospitalisations associées à un diagnostic d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives et les frais d'hospitalisation engagés, c'est dans la région de la Mauricie qu'a eu lieu une première expérience afin d'améliorer la continuité et la concertation dans l'organisation des services de désintoxication. En effet, en vue d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins à la clientèle toxicomane se présentant dans les centres hospitaliers, tout en s'assurant d'un meilleur rapport efficacité/coûts, le Centre de réadaptation Domrémy Mauricie – Centre-du- Québec a élaboré, en collaboration avec le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR), un réseau intégré de services en désintoxication (RISD).

Le RISD se traduit essentiellement par un arrimage étroit entre les deux établissements qui s'incarne par la présence quotidienne d'une infirmière- liaison de Domrémy MCQ au CHRTR où elle peut, sur une base volontaire, rencontrer les usagers dépistés par les services médicaux ou sociaux du centre hospitalier afin d'évaluer leurs besoins et les orienter vers les services appropriés.

D'après l'étude de Bertrand et Ménard (2005) du réseau intégré de services en désintoxication, le profil des usagers rencontrés au centre hospitalier se distingue de celui des usagers fréquentant les services de Domrémy par une gravité de problèmes significativement supérieure sur le plan médical, psychologique et de l'emploi. Les résultats de l'évaluation du réseau intégré de services en désintoxication montrent que, depuis sa mise en place, Domrémy enregistre cinq fois plus de référence en provenance du CHRTR, que, à la suite de cette rencontre de l'infirmière, 80 % des usagers formulent une demande d'aide auprès de Domrémy et que le tiers ont recours aux services avec hébergement alors que les autres (66%) s'inscrivent dans les services ambulatoires de Domrémy et peuvent, selon leurs besoins, bénéficier d'une désintoxication externe ou d'un suivi en réadaptation.

Dans sa recension de la recherche sur les durées de service, Tremblay (2008) n'a pas répertorié d'étude portant spécifiquement sur la durée de la désintoxication externe, mais, concernant la durée minimale d'un service externe, il rapporte que la littérature observe qu'une durée de trois mois semble un seuil minimal pour que les traitements aient un effet significatif.

L'étude du RISD a aussi voulu analyser le point de vue des coordonnateurs et cliniciens des deux établissements ainsi que celui des usagers. Les coordonnateurs et les cliniciens perçoivent :

- une utilisation plus efficiente des ressources en optimisant l'utilisation des places en hébergement à Domrémy et en diminuant le temps d'hospitalisation et la récurrence des hospitalisations pour les usagers présentant des problèmes de consommation ;
- un meilleur dépistage des problèmes de consommation chez la clientèle du CHRTR ainsi qu'un meilleur accès aux services de réadaptation en toxicomanie, un plus grand engagement de la clientèle dans leur processus de réadaptation et une meilleure réponse à leurs besoins ;

- la concrétisation d'un réel continuum de services intégré inter-établissements, dans une perspective de hiérarchisation des soins ;
- le développement d'une confiance mutuelle entre le personnel des deux établissements et l'ouverture de Domrémy à accueillir une clientèle présentant des problématiques plus lourdes et plus complexes ;
- le développement d'un sentiment de compétence chez les intervenants de Domrémy et du CHRTR qui se sentent plus efficaces, plus crédibles, mieux outillés, mieux soutenus et moins isolés
- pour les coordonnateurs et les intervenants de Domrémy, un alourdissement de leur clientèle, qui se traduit essentiellement par une forte prévalence de problèmes psychologiques concomitants.

Pour les usagers :

- La rencontre avec l'infirmière-liaison se déroule à un moment clé favorisant, chez la personne, une prise de conscience des conséquences négatives liées à sa consommation et une mobilisation de sa part pour entreprendre ou poursuivre une démarche de changement à l'égard de sa consommation ;
- La rencontre avec l'infirmière facilite l'accès rapide à une ressource en toxicomanie adaptée à leurs besoins.

En somme, la convergence des résultats de cette recherche permet de conclure que le RISD favorise une meilleure qualité, une meilleure continuité et une meilleure accessibilité des services en toxicomanie à la clientèle du CHRTR.

SECTION 4 : RÉSULTATS DES ENTREVUES STRUCTURÉES

Faits saillants

- Un total de 47 répondants a participé à la démarche, auprès de neuf (9) Premières Nations du Québec.
- La majorité (32%) des répondants travaillent dans la région administrative de la Côte-Nord.
- 30% des répondants utilisent une langue autochtone dans leur travail au quotidien.
- 30% des répondants sont des membres du personnel de directions et 23% des répondants sont des agents PNLAADA.
- 87% des répondants ont affirmé que leur communauté n'offrait aucun service de désintoxication.
- 87% des répondants ont affirmé qu'aucune entente spécifique n'existe entre leur communauté et le réseau québécois pour des services de désintoxication.
- Au cours des deux dernières années, 57% des répondants ont affirmé avoir référé des personnes vers des services de désintoxication pour des personnes qu'ils avaient aidées.
- 52% des répondants ont affirmé qu'il leur est arrivé de n'avoir pu répondre aux besoins d'un client en raison de l'absence de services en désintoxication.
- 75% des répondants ont affirmé que la plus grande difficulté à laquelle ils sont confrontés est « Accès à des services répondant aux besoins des Premières Nations »;
- La difficulté « Demande de besoins en désintoxication de plus en plus grande combinée à des ressources pas du tout ou peu existantes » a été rapportée par 73% des répondants.
- 83% des répondants affirment avoir constaté une hausse des besoins en désintoxication depuis les cinq dernières années.

- 39% des répondants jugent que des services de support à de la désintoxication à domicile pouvant être assurés par la famille ou des aidants naturels est une initiative peu ou aucunement appropriée.
- 70% des répondants jugent que des services de désintoxication assurés dans la communauté par du personnel formé représente une initiative extrêmement ou très appropriée pour les prochaines années.
- 90% des répondants jugent que des services de désintoxication dans un centre régional spécifiquement pour les Premières Nations est une initiative très ou extrêmement appropriée, constituant ainsi, selon l'avis des répondants, l'initiative la plus appropriée pour répondre aux besoins en désintoxication au cours des prochaines années.
- La première priorité des répondants pour répondre aux besoins en désintoxication au cours des prochaines années est d'offrir des services de désintoxication dans un centre régional spécifiquement pour les Premières Nations.
- La deuxième priorité des répondants pour répondre aux besoins en désintoxication au cours des prochaines années est d'offrir des services de désintoxication dans la communauté par du personnel formé.

Mise en contexte méthodologique

À l'aide d'un questionnaire acheminé au préalable aux répondants, les entrevues structurées se sont déroulées par téléphone entre le 19 octobre et le 30 novembre 2009 et une deuxième vague d'entrevues s'est déroulée entre le 1er avril et le 10 mai 2011. Les entrevues ont duré en moyenne 21 minutes chacune. Les répondants étaient au nombre de 47, soit 22 femmes (47%) et 25 hommes (53%), dont la moyenne d'âge est de 46.5 ans.

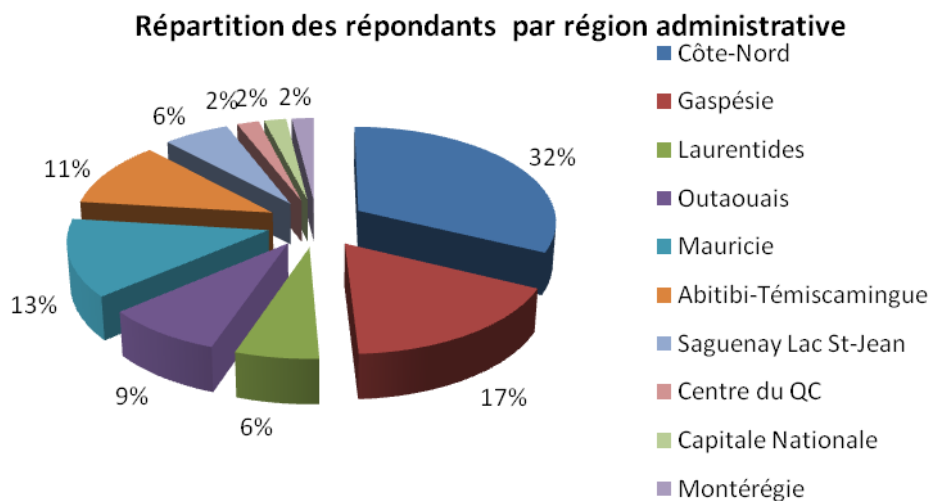
Puisque la méthodologie privilégiée au chapitre des entrevues structurées a permis l'expression libre des répondants sur une question précise, les informations recueillies pour cette question ont été organisées en thèmes afin de faciliter la lecture et l'organisation des résultats.

Aspects sociodémographiques

La grande majorité des répondants, soit 81%, sont membres d'une Première Nation.

Région administrative de travail

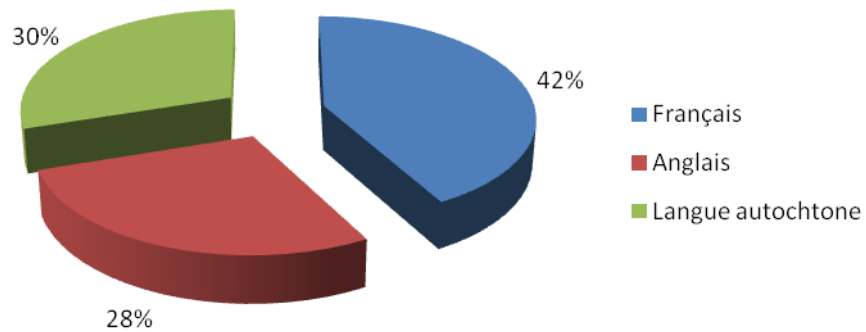
Tel que le démontre la figure suivante concernant la région administrative où ils travaillent, 32% des répondants travaillent dans la région de la Côte-Nord, alors que 17% d'entre eux travaillent dans la région de la Gaspésie, 13% en Mauricie et 11% en Abitibi-Témiscamingue. Neuf pourcent (9%) des répondants travaillent en Outaouais, 6% au Saguenay-Lac St-Jean et un autre 6% dans les Laurentides et de la Gaspésie. Finalement, 2% des répondants travaillent dans les régions de la Capitale-Nationale, dans le Centre-du-Québec et en Montérégie.



Langue d'usage au travail

En ce qui concerne la langue d'usage au quotidien dans leur travail, la plupart des répondants (42%) utilisent la langue française, alors que 30% d'entre eux utilisent une langue autochtone et 28% s'expriment en anglais, tel que le démontre la figure suivante.

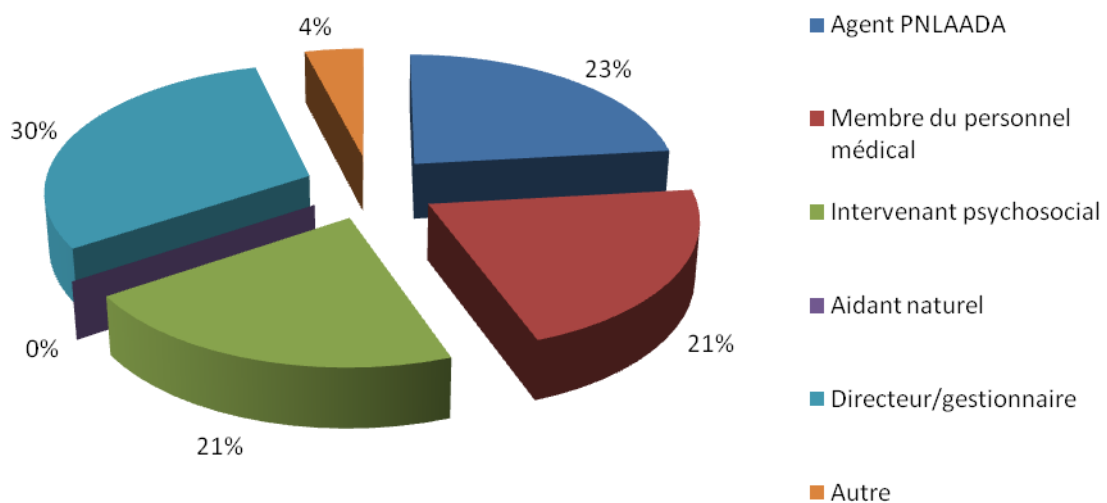
Répartition de la langue d'usage au quotidien des répondants



Type d'emploi

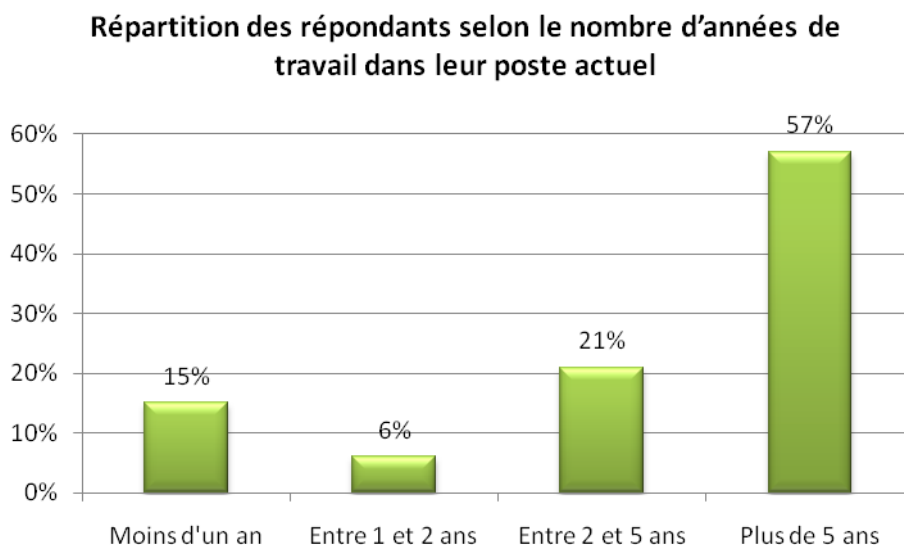
Quant au type d'emploi des répondants, 30% sont des membres de la direction / gestionnaires de services de santé, 23% d'entre eux ont affirmé être agent PNLAADA, respectivement 21% des répondants ont déclaré être membres du personnel médical et intervenant psychosocial. Seulement 4% des répondants ont affirmé occuper un poste « autre » et aucun répondant n'était aidant naturel.

Répartition du type d'emploi des répondants



Nombre d'années de travail dans le poste actuel

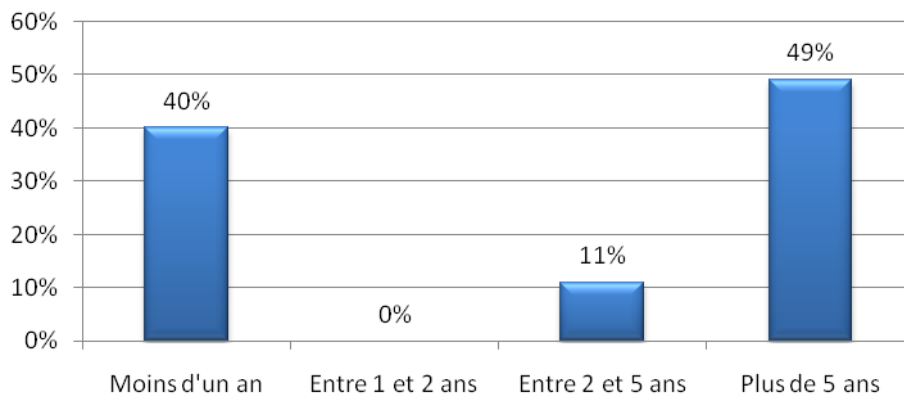
La figure suivante illustre la répartition des répondants selon le nombre d'années de travail dans leur poste actuel. Lorsque questionnés sur le nombre d'années de travail dans leurs fonctions actuelle, les répondants ont affirmé à 57% être en poste depuis plus de cinq ans, 21% ont affirmé être en poste depuis deux à cinq ans, 6% des répondants ont déclaré être en poste depuis une à deux années et 15% ont répondu être en poste depuis moins d'un an.



Années d'expérience dans un domaine lié à l'abus d'alcool et de drogues

Tel que démontré à la figure suivante, avant d'être en poste, 49% des répondants ont affirmé avoir travaillé dans un domaine lié à la prévention ou au traitement de l'abus d'alcool et de drogues pendant plus de cinq ans, 13% entre deux et cinq ans, 0% entre un et deux ans et 38% pendant moins d'un an.

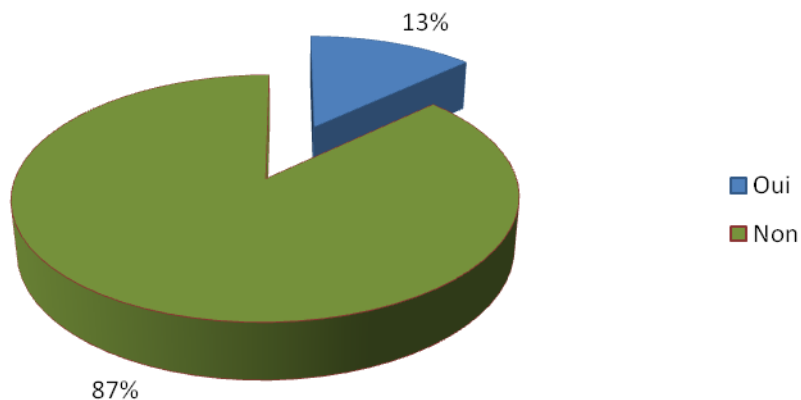
Répartition des répondants selon le nombre d'années d'expérience dans un domaine lié à l'abus de drogues et/ou d'alcool



Existence de services de désintoxication dans les communautés

Les répondants ont par la suite été interrogés sur l'existence d'une offre de services de désintoxication dans la communauté pour laquelle ils travaillent. Selon la figure suivante, 87% des répondants ont répondu par la négative alors que 13% des répondants affirment que la communauté pour laquelle ils travaillent offre des services de désintoxication.

Existence d'une offre de services de désintoxication dans la communauté des répondants



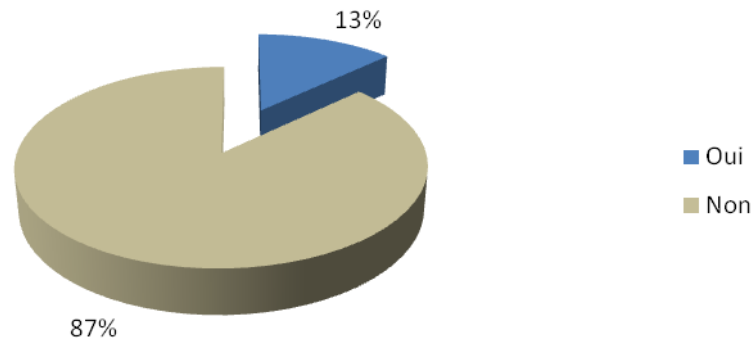
Les répondants ayant répondu par l'affirmative à la question à savoir si la communauté où ils travaillent offre des services de désintoxication devaient préciser la nature des services offerts. En voici la nomenclature :

- Les clients sont référés à l'hôpital local.
- Les clients sont référés à l'hôpital de Gatineau (secteur Hull).
- Le dispensaire met le patient sur soluté et lui administre des médicaments (pilules) pour une durée de 4 jours. Il s'agit strictement d'une procédure d'apaisement du sevrage et aucun autre service de désintoxication n'est offert.
- L'infirmière du centre de santé de Mashteuiatsh rencontre à l'externe les gens qui n'ont pas besoin de désintoxication médicale, un suivi est offert (prise des signes vitaux à domicile ou au centre de santé). Pour la désintoxication médicale, les clients sont référés au CRAP à Jonquière, ils ont le centre LE SÉJOUR où des désintoxications sont plus structurées.
- Désintoxication en milieu naturel à Mashteuiatsh (non médical).
- Le client est amené à la clinique de La Romaine, des « Ativan » lui sont donnés et on le met sous soluté. S'il y a une crise suicidaire avec besoin de désintoxication, le patient est transféré à Sept-Îles (hôpital) par le service aérien MEDEVAC.
- La communauté de Lac Simon n'offre pas de services de désintoxication mais le personnel du centre de santé peut faire voir un client par le médecin, qui vient une fois par semaine dans la communauté.

Ententes spécifiques avec le réseau québécois

On a demandé aux répondants si des ententes spécifiques existaient entre leur communauté et des services de désintoxication disponibles dans le réseau québécois. La majorité des répondants (87%) ont affirmé qu'aucune entente spécifique n'existe alors que 13% ont affirmé que des ententes spécifiques existent, tel que l'illustre la figure à la page suivante.

Existence d'ententes entre la communauté des répondants et des services de désintoxication disponibles dans le réseau québécois



Référence vers des services de désintoxication

Les répondants devaient répondre à la question à savoir s'ils avaient, au cours des deux dernières années, référé des personnes vers des services de désintoxication pour des personnes qu'ils avaient aidées. À cette question, 57% ont répondu par l'affirmative et 43% par la négative, tel que le démontre la figure suivante.

Répartition des répondants qui réfèrent vers des services de désintoxication pour des personnes qu'ils ont aidées



Les répondants ayant affirmé avoir référé des personnes qu'ils avaient aidées vers des services de désintoxication devaient préciser de quels services il s'agit. Voici leurs réponses :

- Hôpital de Maniwaki.
- Hôpital de Gatineau.
- Le dispensaire de la communauté offre un service de désintoxication de l'alcool pour apaiser le malaise du sevrage.
- Hôpital de Campbellton (Nouveau-Brunswick) (il est très difficile d'y être admis, car le nombre de lits est restreint et les résidents du Nouveau-Brunswick sont admis en priorité).
- Centres de désintoxication ailleurs.
- Hôpital de Maria (en français et quelques jours seulement)
- Kawawachikamach réfère les patients vers l'hôpital de Sept-Îles ainsi qu'au Pavillon Foster à Montréal. Aussi, ils les réfèrent à la maison Transit de Sept-Îles, mais les services sont en français seulement.
- Services de désintoxication à Cornwall en Ontario. Il s'agit d'un service public non médical. Un seul lit est disponible en désintoxication à Montréal pour les gens qui s'expriment en anglais. Si nous attendons trop longtemps, nous perdons le client.
- Hôpital de La Tuque.
- En raison du lieu et parce qu'ils acceptent les références, nous référons au centre Élisabeth Bruyère à Ottawa. L'hôpital de Maniwaki accepte les clients mais tout dépend du médecin de garde. Occasionnellement, le médecin de garde est le médecin de famille d'un client. Le médecin aidera si le patient fait partie de ses clients.
- CRAP à Jonquière (milieu hospitalier).
- Le SÉJOUR à Jonquière.
- Milieu naturel (Mashteuiatsh).

- Centre hospitalier de Baie-Comeau (cet hôpital peut référer vers des services précis).
- Service de désintoxication supervisée suite à un « delirium tremens », chambre capitonnée, à Lourdes Blanc Sablon (hôpital).
- Wendake a une entente avec Villa Ignatia pour des services de désintoxication d'une durée de trois jours. Wendake a également une entente avec le centre CASA, où il y a infirmière sur place. CASA offre des services de désintoxication sous supervision médicale.
- Le centre de santé de Matimekush réfère les clients à la Villa Ignatia.
- Natashquan réfère à l'Hôpital de Havre St-Pierre, ou si le cas est extrême, à l'hôpital de Sept-Îles.
- Opitciwan réfère des clients vers Toxic-Stop à Montréal, mais il s'agit d'un traitement de base.
- À Kahnawake, on réfère vers un service de désintoxication ambulatoire, vers deux lits privés réservés à la désintoxication ainsi qu'aux services hospitaliers.
- À Listuguj, on réfère les gens à « Restigouche Addictions Services ».
- Hôpital de Miramichi.

Fait à noter, des répondants d'une même région administrative voire même d'une même organisation ont parfois répondu qu'il existe des services de désintoxication dans leur région ou dans la communauté alors qu'un autre répondant affirmait le contraire. Cela pourrait refléter un manque de connaissance des services existants ou encore, cela pourrait signifier que la perception de ce qu'est un service de désintoxication diffère d'un répondant à l'autre.

Motifs expliquant le non-recours à des services de désintoxication

La proportion de 43% du nombre total de répondants qui a affirmé ne pas avoir référé de clients vers des services de désintoxication devait identifier les motifs de leur non-recours à des services de désintoxication. Six (6) choix de réponses s'offraient à eux, tel que démontré dans la

figure suivante. Les répondants devaient indiquer si oui ou non l'affirmation s'applique à leur cas.

Pour le choix de réponse « Je n'ai reçu aucune demande nécessitant une désintoxication », un total de 20 répondants a répondu à la question. De ces 20 répondants, 16 d'entre eux (80%) ont affirmé ne pas avoir eu de demande pour des services de désintoxication, ce qui représente le motif principal pourquoi ils n'ont pas eu recours à des services de désintoxication. Cela représente une proportion de 34% du total des répondants de la présente démarche (n=47).

À l'affirmation « La région où est située la communauté n'offre aucun service de désintoxication », 13 des 17 répondants (76%) étaient d'accord avec l'affirmation. Pour l'affirmation « Je ne connais pas les services disponibles en désintoxication dans ma région », 7 répondants sur 16 ont affirmé ne pas connaître les services, contrairement aux 9 autres répondants.

Seulement 3 répondants sur 15 (20%) étaient en accord avec l'affirmation « Il existe des services dans notre région mais en raison de notre statut particulier en tant qu'autochtone, ceux-ci doivent être assumés par nos propres services de santé ».

Quant à l'affirmation « Les services sont unilingues et constituent ainsi un obstacle aux personnes que je pourrais y référer », 9 répondants sur 17 (53%) ayant répondu à ce choix de réponse sont en accord avec l'affirmation.

Aucun des répondants n'a affirmé avoir eu de mauvaise expérience avec le réseau québécois et aucun des répondants n'a affirmé croire que la désintoxication n'est pas une démarche nécessaire.

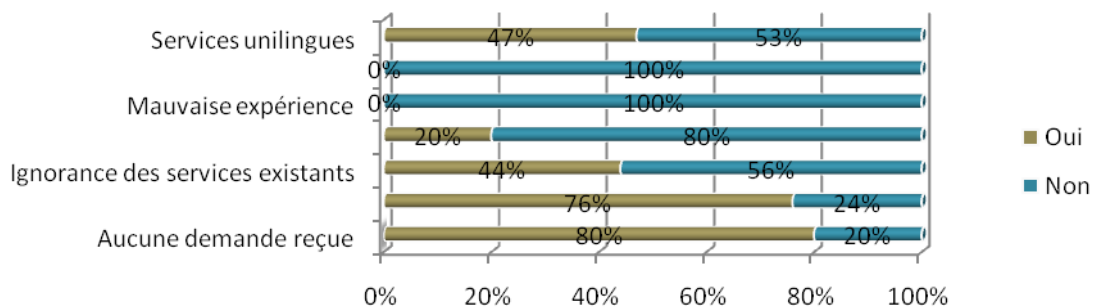
Hormis les motifs proposés dans le questionnaire, trois (3) répondants ont identifié d'autres motifs de non-recours aux services de désintoxication. Les voici :

- Les services ne sont pas idéaux, les clients sont gardés une journée ou deux et l'hôpital les renvoie après.

- Je fais des tâches administratives comme infirmière chef.
- Dans les petites communautés, les gens ne se dénoncent pas entre eux (les vendeurs de drogue peuvent être un membre de la famille).
- Il n’y a pas de services de désintoxication. L’hôpital de Val-d’Or en offre, mais le Centre Normand doit avoir reçu les clients au préalable.
- Je ne suis pas impliqué dans la référence de clients.

Somme toute, la figure suivante illustre la répartition des choix de réponses expliquant le non-recours à des services de désintoxication pour les 43% de répondants de la présente démarche n’ayant pas eu recours à des services de désintoxication pour des personnes qu’ils ont aidées au cours des deux dernières années.

Motifs expliquant pourquoi 43% des répondants n'ont pas eu recours à des services de désintoxication



Occurrence de la non-réponse aux besoins d'un client en raison de l'absence de services

Les répondants devaient indiquer s’il leur était déjà arrivé de recevoir une personne nécessitant une désintoxication pour laquelle ils n’ont pas pu répondre à ses besoins en raison de l’absence de services. Pour 48% d’entre eux, il n’est pas arrivé de recevoir une personne pour qui ils n’ont pas pu répondre à leurs besoins en raison de l’absence de services, contrairement à 52% des répondants pour qui cette situation est arrivée, tel que le démontre la figure suivante.

Répartition des répondants - non-réponse en raison de
l'absence de services de désintoxication



Difficultés auxquelles ont été confrontés les répondants en regard des besoins en désintoxication

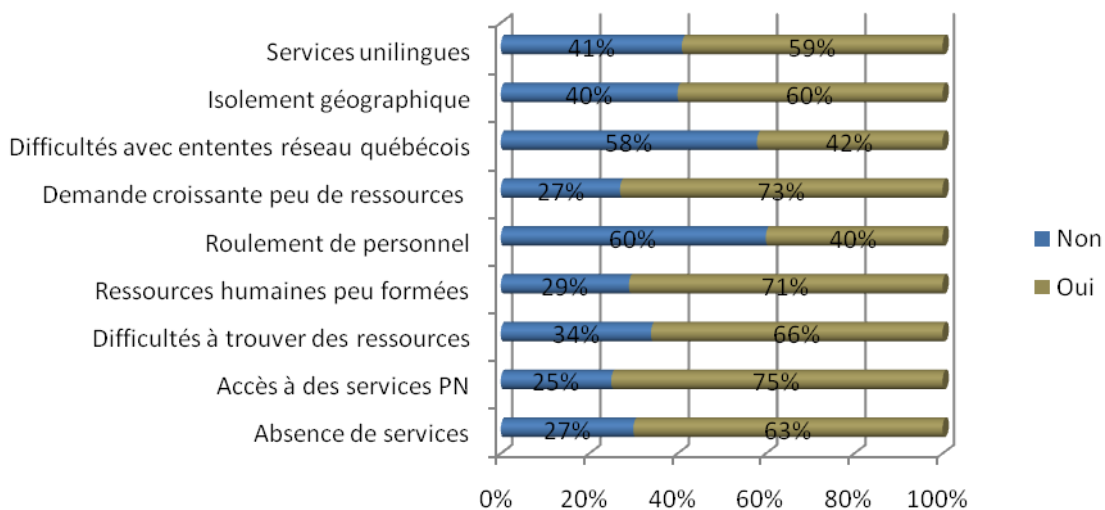
Les répondants ont été questionnés sur les difficultés auxquelles ils ont été confrontés en regard des besoins en désintoxication. Neuf (9) types de difficultés leur étaient présentés et les répondants devaient indiquer si « oui » ou « non » ils avaient été confrontés à celles-ci.

À la lecture des résultats démontrés dans la figure ci-dessous, on constate qu'une large proportion de répondants (75%) a rapporté au premier rang la difficulté « Accès à des services répondant aux besoins des Premières Nations », suivi de la difficulté « Demande de besoins en désintoxication de plus en plus grande combinée à des ressources pas du tout ou peu existantes » pour 73% des répondants. Ensuite vient la difficulté « Ressources humaines peu formées en matière de désintoxication » pour 71% des répondants. Les « difficultés à trouver des ressources en désintoxication » sont effectives pour 66% des répondants alors que « l'absence de services en désintoxication » est une difficulté identifiée par 63% des répondants.

Mis à part les « difficultés associées avec des ententes avec le réseau québécois » (42%) et le « Trop grand roulement de personnel au centre de santé » (40%), toutes les difficultés énoncées ont été rapportées affirmativement par plus de la moitié des répondants.

Il est à noter que l'absence d'ententes avec le réseau québécois peut constituer pour les répondants une « difficulté associée avec des ententes avec le réseau québécois ». Il est possible que certains répondants aient catégorisé l'absence d'ententes avec le réseau québécois comme étant une difficulté. Rappelons ici que la majorité des répondants (87%) ont affirmé qu'aucune entente spécifique de services en désintoxication n'existe entre leur communauté et le réseau québécois.

Difficultés auxquelles ont été confrontés les répondants en regard des besoins en désintoxication



En plus de la liste de difficultés que proposait le questionnaire, les répondants pouvaient mentionner d'autres difficultés auxquelles ils ont été confrontés en regard des besoins en désintoxication. Les voici :

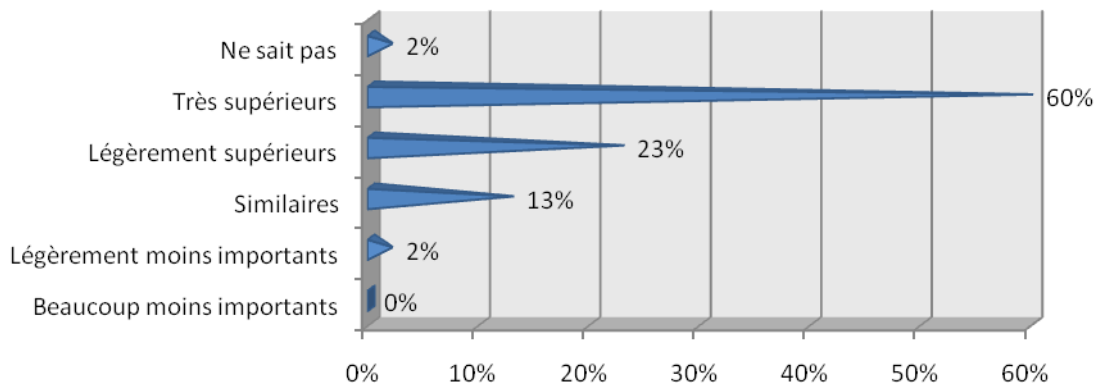
- Il n'y a que trois (3) lits disponibles en anglais pour la province de Québec et ils sont situés à Montréal.
- Au Nouveau-Brunswick, les résidents du Québec passent deuxième donc il n'y a jamais de lit disponible. Nous ne pouvons pas aider les gens.
- Les limites provinciales constituent une problématique majeure (Québec et Nouveau-Brunswick).
- Les communications sont problématiques entre les communautés.

- Il n’y a rien de disponible à Montréal pour les anglophones.
- Les gens ne sont pas désintoxiqués avant le traitement.
- Il y a très peu de lits offerts en désintoxication.
- Les gens ne sont pas anonymes dans les communautés.
- L’abus des médicaments prescrits est en croissance et le besoin en désintoxication est important. Les centres de traitement des Premières Nations n’acceptent pas les clients nécessitant une désintoxication.
- Le manque de places, les délais d’attente et les urgences qui débordent dans les hôpitaux (des gens sont retournés chez eux).
- Barrières linguistiques.
- Le manque d’information sur les services de désintoxication.
- Les politiques de santé Canada sont trop rigides.
- Les gens ne sont pas motivés.
- Les infirmières dans la communauté ne savent pas quoi faire.
- Les services privés sont trop dispendieux.
- Les clients admis en désintoxication dans les hôpitaux se retrouvent dans l’aile psychiatrique et les professionnels en psychiatrie ne travaillent pas de concert avec les agents PNLAADA. Il semble qu’ils ne les considèrent pas comme des égaux au niveau professionnel.

Perception de l’ampleur des besoins en matière de désintoxication

Lorsqu’interrogés sur l’ampleur des besoins en désintoxication, plus de la moitié des répondants, soit 60%, ont affirmé que les besoins sont très supérieurs à ceux qu’ils ont connus au cours des cinq dernières années, alors que 23% d’entre eux ont affirmé que les besoins sont légèrement supérieurs. Somme toute, 83% des répondants affirment avoir constaté une hausse des besoins en désintoxication depuis les cinq dernières années.

Perception des répondants quant à l'ampleur des besoins en désintoxication au cours des cinq dernières années



À ce chapitre et afin d'illustrer l'état de la situation relativement à la croissance de l'ampleur des problématiques d'abus d'alcool et de drogues au cours des cinq dernières années, une infirmière qui est en poste depuis plusieurs années dans une communauté située en milieu isolé a expliqué qu'en 1975, les hommes buvaient en cachette dans la communauté. Il n'y avait aucune police, les femmes et les jeunes ne buvaient pas. Aujourd'hui, l'infirmière affirme que presque tout le monde consomme au vu et au su de tous. Les vendeurs de drogues sont des gens de la communauté et les gens ont peur de les dénoncer et les faire expulser. L'infirmière est d'avis que la solution est d'offrir des alternatives aux jeunes, de les occuper avec des activités intéressantes.

Initiatives pour répondre aux besoins en matière de désintoxication

Les répondants ont été questionnés sur le degré de pertinence des cinq (5) initiatives suivantes pour répondre aux besoins en matière de désintoxication au cours des prochaines années :

- a) Des services de support à de la désintoxication à domicile pouvant être assurés par la famille ou des aidants naturels
- b) Des services de désintoxication mais assurés dans notre communauté par du personnel formé
- c) Des services de désintoxication mais assurés dans notre communauté selon une approche traditionnelle

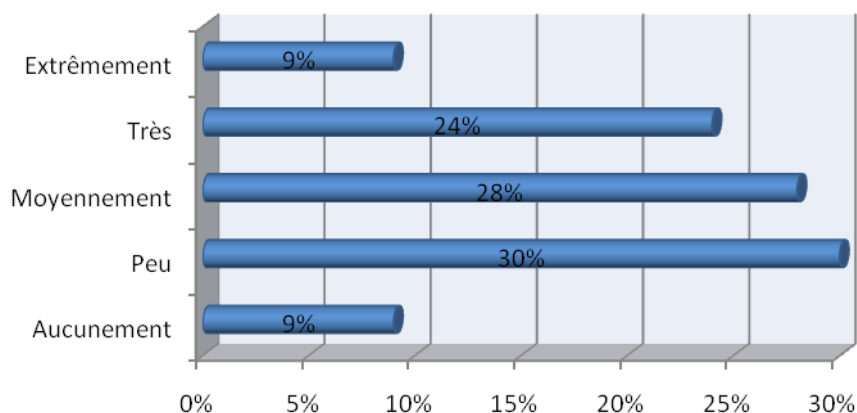
- d) Des services de désintoxication dans un centre régional spécifiquement pour les Premières nations
- e) Des services de désintoxication selon des ententes avec les ressources déjà existantes dans le réseau québécois

Les répondants devaient octroyer un degré de pertinence à chacune des initiatives proposées à l'aide de l'échelle de réponses suivante :

1. Aucunement approprié
2. Peu approprié
3. Moyennement approprié
4. Très approprié
5. Extrêmement approprié

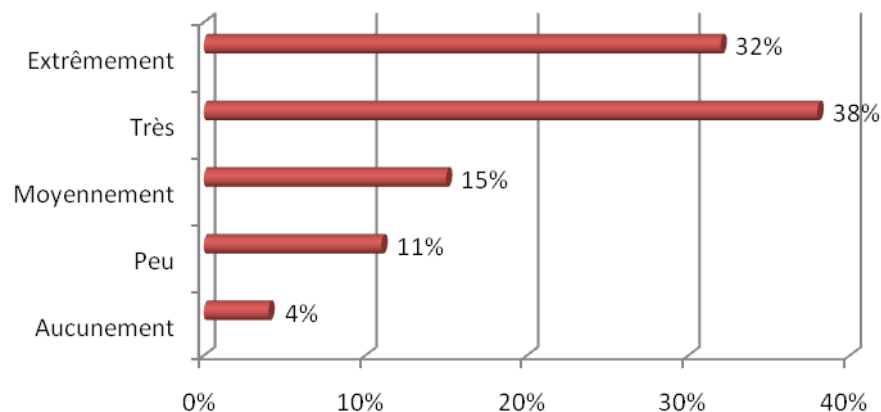
À l'initiative « a) Des services de support à de la désintoxication à domicile pouvant être assurés par la famille ou des aidants naturels », 30% des répondants ont exprimé que l'initiative était peu appropriée et 28% affirment que cette initiative est moyennement appropriée. Or, 24% des répondants affirment que cette initiative est très appropriée et aux extrêmes, 9% indiquent que l'initiative n'est aucunement appropriée alors qu'un pourcentage égal (9%) de répondants la trouvent extrêmement appropriée, tel que démontré par la figure qui suit.

Pertinence des services de support à domicile pouvant être assurés par la famille ou des aidants naturels



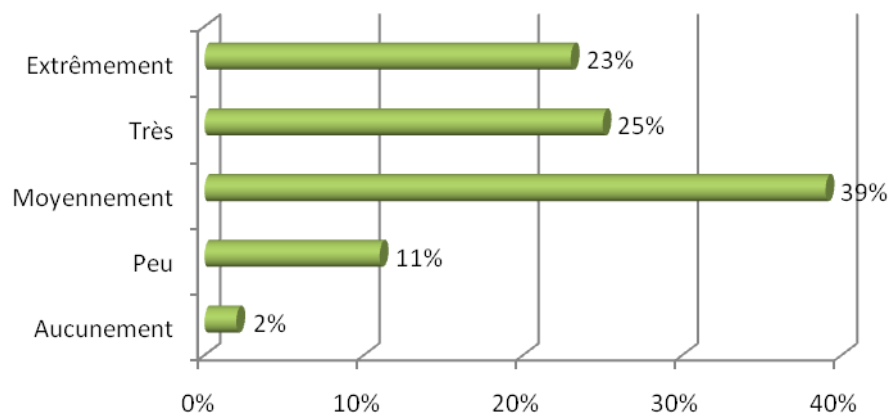
La deuxième initiative proposée était « b) Des services de désintoxication mais assurés dans notre communauté par du personnel formé ». Pour 38% des répondants, cette initiative est très appropriée et 32% la jugent extrêmement appropriée. En combinant ces deux pourcentages, l'on peut conclure que 70% jugent que cette initiative est extrêmement et très appropriée.

**Pertinence des services assurés dans la communauté par
du personnel formé**



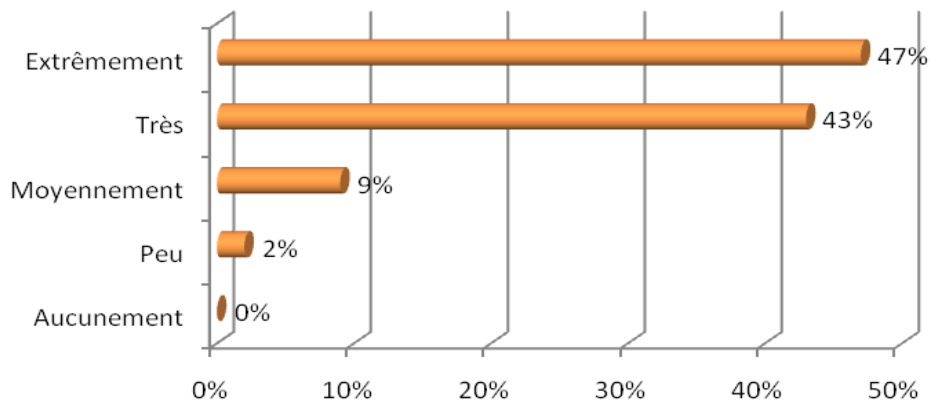
L'une des initiatives proposée était « c) des services de désintoxication dans la communauté selon une approche traditionnelle. » Quelques répondants ont par ailleurs questionné en quoi consiste cette approche dite « traditionnelle » et auraient aimé en connaître le contenu. Néanmoins, 39% des répondants jugent cette initiative moyennement appropriée, alors que 48% la jugent de très à extrêmement appropriée. Seulement 13% la jugent peu ou aucunement appropriée.

**Pertinence des services assurés dans la communauté
selon une approche traditionnelle**



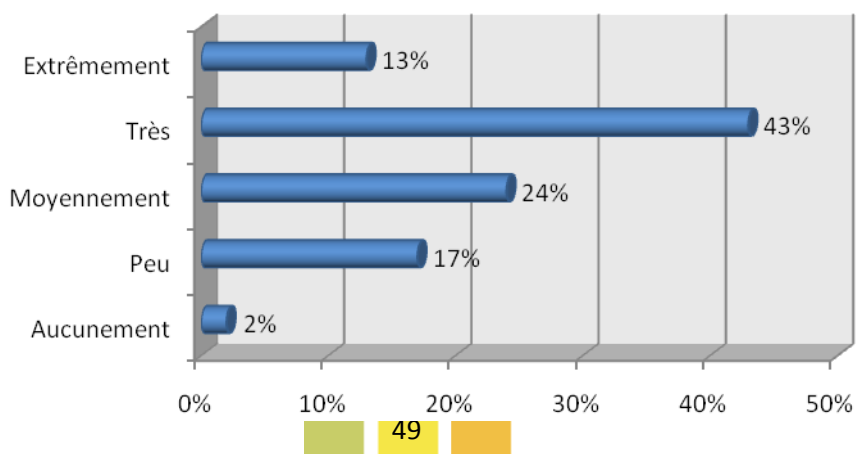
La quatrième initiative proposée était « d) Des services de désintoxication dans un centre régional spécifiquement pour les Premières Nations ». Les résultats illustrés par la figure ci-dessous démontrent clairement que cette initiative est la plus appropriée, car 47% des répondants la jugent extrêmement appropriée et 43% la jugent très appropriée. En somme, 90% des répondants la jugent très ou extrêmement appropriée. Il est à noter qu'aucun répondant n'a jugé cette initiative aucunement appropriée.

Pertinence des services dans un centre régional pour les Premières Nations



La dernière initiative proposée était « e) Des services de désintoxication selon des ententes avec les ressources déjà existantes dans le réseau québécois ». Selon la figure suivante, 43% des répondants jugent cette initiative très appropriée.

Pertinence des services selon des ententes avec les ressources déjà existantes dans le réseau québécois



Degré de priorité des initiatives proposées

Les cinq (5) initiatives proposées dans le questionnaire et qui permettraient de répondre aux besoins en désintoxication au cours des prochaines années devaient faire l'objet d'une priorisation par les répondants. En effet, les répondants devaient identifier quelle initiative est leur première priorité et laquelle est leur deuxième priorité.

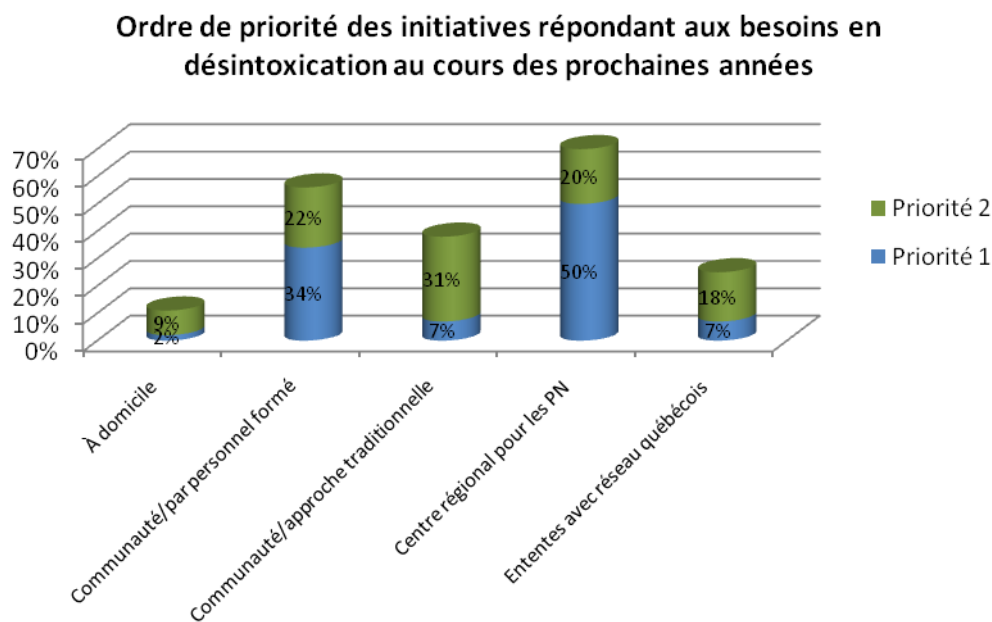
Les résultats corroborent essentiellement l'opinion des répondants exprimée à la question précédente. En effet, les services de désintoxication dans un centre régional spécifiquement pour les Premières Nations s'inscrivent, pour 50% des répondants, comme étant la première priorité. De plus, 34% des répondants ont inscrit que des services de désintoxication dans la communauté par du personnel formé est leur première priorité.

Ces deux initiatives identifiées comme étant des priorités de premier rang surpassent les résultats relativement à la deuxième priorité la plus rapportée par les répondants, soit celle de se doter de services de désintoxication dans la communauté selon une approche traditionnelle (31%).

Quant aux services de désintoxication à domicile dans la communauté avec soutien de la famille ou des aidants naturels, il s'agit de la première priorité pour seulement 2% des répondants et de la deuxième priorité pour 9% des répondants.

Tel qu'illustré à la figure ci-dessous, force est de constater que les deux priorités des répondants pour répondre aux besoins en désintoxication au cours des prochaines années sont :

- 1) Des services de désintoxication dans un centre régional spécifiquement pour les Premières Nations;
- 2) Des services de désintoxication dans la communauté par du personnel formé.



Autres services et initiatives à développer

Les répondants pouvaient également suggérer des services, des activités ou des initiatives qu'ils souhaitent voir se développer au cours des prochaines années en matière de désintoxication. Puisque cette question permettait la libre expression des répondants, les informations ont été organisées en thèmes. Prendre note que certains répondants ont préféré émettre des commentaires et des opinions, plutôt que de suggérer des actions.

Structure des services

- Soutien au client et à sa famille pendant le processus et suivi du client et de la famille.
- Services de désintoxication pour les communautés limitrophes pour qui la région administrative n'offre pas de services de désintoxication.
- Il n'y a aucun service de désintoxication en ce moment dans la région.
- Créer des services pour les anglophones.
- Le gouvernement fédéral ne finance que la désintoxication à domicile. La désintoxication médicale est de juridiction provinciale.

- La désintoxication à domicile ne pourra pas se faire dans nos communautés, l'environnement n'est pas sobre.
- Avoir un centre de traitement existant (PNLAADA) spécialisé dans la désintoxication.
- Construire un centre de désintoxication sur le terrain adjacent au centre de traitement Onen'To:Kon, à Kanesatake. Les clients pourraient ensuite être admis en réhabilitation et cela contribuerait au continuum de soins.
- Aborder les profils de la clientèle lourde (santé mentale) parmi les six centres existants du PNLAADA.
- Triage spécialisé des cas (évaluation et orientation) pour respecter les besoins des clients.
- La solution la plus appropriée est d'identifier un centre de désintoxication par nation qui peut admettre les clients le plus vite possible.
- Avoir un centre de crise (le Centre Wapan est en cours de réorientation pour devenir un centre de crise).
- Les gens sont en crise et il faut répondre aux besoins dans l'immédiat.
- Il faut un endroit sécuritaire pour recevoir les clients.
- Après la désintoxication, une évaluation devrait être faite au même endroit.
- Si cela se réalise, il faudrait avoir un centre de désintoxication qui offre un traitement à la méthadone pour les Premières Nations.
- Au niveau des thérapies, elles doivent être plus accessibles. Il n'y a que 3 places, 3 ou 4 fois par année. Il faut des admissions continues dans un centre de traitement des Premières Nations.
- Centres d'assistance à la désintoxication et résidences pour les sans abris dans la communauté, (sorte de centre de crise).
- Il faudrait des familles d'accueil pour les personnes en sevrage, pour éviter qu'un client demeure dans un environnement malsain pendant son sevrage.

- La désintoxication est un besoin urgent, les centres de traitement ne peuvent pas accepter des clients en sevrage et nous « perdons » des gens en raison des exigences des centres de traitement qui n'acceptent pas les clients en période de sevrage.
- On en parle depuis longtemps et le suivi du client peut se faire beaucoup mieux avec le suivi de son sevrage.
- Développer des groupes de support et d'être constants dans les interventions. Il existe un gros manque de soutien suite à une thérapie. Il faut un accueil des gens suite à leur thérapie et se mobiliser pour eux. Personne n'accueille les gens qui partent et reviennent de thérapie. Il faut donc organiser des activités dans le milieu. Il faut un ACCUEIL, comme les gens qui ont passé à travers les épreuves du pensionnat. Bref, il faut du suivi post traitement, du soutien, de l'accompagnement et de l'accueil.
- Rapatrier le protocole de la Colombie-Britannique.
- Le danger avec la désintoxication à domicile est de perdre le client qui se promènera dans le village et rechutera.
- La désintoxication ne date pas d'hier. On réfère toujours les gens à l'hôpital et la porte d'entrée devrait être l'hôpital. Pour les sevrages sévères il faut de la contention.
- Il serait bon d'avoir un centre de désintoxication par région géographique pour les Premières Nations.
- On obtient un certain pourcentage de gens qui pourraient réussir dans le milieu, toutefois, le tout est sujet à la motivation du client, il serait mieux de sortir clients de leur milieu pour de meilleures chances de réussite du sevrage.
- Les communautés conventionnées n'obtiennent pas plus de services que les communautés non conventionnées. La province n'offre pas de services sur réserve.
- Équipe multidisciplinaire (santé et services sociaux), il faut travailler sur le phénomène de la dépendance en général et il faut impliquer la famille au complet.

Ressources humaines et financières

- Intervenant de suivi post-traitement dans la communauté qui possède la formation nécessaire pour faire ce genre de travail.
- Il sera impossible de mettre en place des services de soutien à la désintoxication à domicile car il faudrait des ressources humaines en place 24h/24.
- La faisabilité de la désintoxication à domicile : il faudrait avant tout avoir les ressources.
- S'il faut répondre à tous les besoins, ce serait impossible avec l'équipe en place en ce moment.
- Le nombre de cas est trop faible pour avoir besoin de développer quelque service que ce soit.
- Après la désintoxication, il faut un corridor de services, pour référer les gens en thérapie, il faut un programme de suivi, un continuum de soins
- Pour les adultes, créer des groupes, créer des garderies pour encourager les mamans à retourner à l'école.
- Si le personnel infirmier était formé pour la désintoxication, il n'aurait pas le temps. Le personnel actuel n'aurait jamais le temps de le faire, ça demande une souplesse d'horaire aussi. Les soirs et les fins de semaine, les gens consomment davantage et le personnel infirmier n'est pas disponible et prêt à répondre à toutes les demandes. L'infirmière de garde ne peut pas faire cela, elle doit être disponible pour les urgences et il serait impossible de faire les suivis des clients.
- Il faudrait coordonner tous les services, il est bien beau de désintoxiquer mais après? Les jeunes n'ont rien à faire, il leur est facile de rechuter. Les enfants sont exposés à la toxicomanie et à la violence. C'est presque de la gestion de cas. La famille doit être suivie. Ça prend une approche multidisciplinaire et il faut une équipe de gestion de cas.
- Avoir des budgets pour offrir des services de désintoxication.
- Il faut investir dans les ressources pouvant diagnostiquer la comorbidité.

- En raison de l'isolement géographique, nous n'aurons jamais les moyens d'envoyer les clients en désintoxication.

Acquisition de connaissances

- Avant d'entreprendre une désintoxication à domicile, les membres de la famille doivent être formés sur la façon de gérer l'environnement du client.
- Formation pour le personnel infirmier sur l'aspect médical de la désintoxication.
- Qui peut former le personnel infirmier sur la désintoxication ?
- Que le personnel qui travaille dans les communautés soit mieux formé pour reconnaître des symptômes, les agents référents ne sont pas formés.
- Formation en suivi post-traitement.
- Il faut réellement avoir du personnel formé, comment intervenir en situation d'intoxication
- Que le personnel médical soit conscient de ce qu'est la désintoxication pour donner les services de façon professionnelle.

Sensibilisation

- Éduquer la communauté sur la différence entre la désintoxication et la réhabilitation.
- Donner plus d'information au personnel de la santé car on constate que le personnel médical manque d'information sur la désintoxication. Cela n'est pas seulement dans la communauté, mais aussi dans les hôpitaux.
- Activités de prévention pour éviter d'aller en désintoxication.
- Les couloirs de services devraient être mieux connus.

Outils et mesures pour faciliter le travail pour les intervenants

- Un plan de prévention de la rechute devrait être développé pour les Premières Nations.

Recherche et évaluation

- Voir si l'on peut faire une recherche des besoins de la clientèle, il faudrait les questionner pour avoir une vue d'ensemble de leurs besoins

Jeunesse

- Il faut améliorer les conditions et activités des jeunes.
- Les jeunes s'ennuient, il n'y a pas d'activités ni loisirs. L'isolement est majeur. Il faut trouver des moyens pour les jeunes afin de briser leur isolement (groupes sportifs, musique, danse, chant, dessin, etc.)
- Activités et alternatives pour les jeunes, pour ne pas qu'ils retournent consommer
- Un centre d'emploi local, offrir des cours dans la communauté, pas juste des cours de niveau universitaire. Les jeunes sont découragés d'aller au CÉGEP et à l'université. Offrir des cours de métiers et des activités de groupe.

Approches traditionnelles

- Avoir des séances familiales et du counselling en milieu naturel.
- Embaucher des gens sobres pour aider les clients en désintoxication.
- Tentés de sudation, approches traditionnelles, cercles et suivis, fumigation.
- Il faut des activités pour les gens qui sont en désintoxication, comme des rencontres AA et NA pour soutenir le client ainsi que des conférences. Il faut que les gens sentent que leur démarche est importante.
- Amener les gens en milieu naturel avec des services professionnels formés pour ce faire.
- Enseignement de la spiritualité autochtones, enseigner les valeurs autochtones aux patients.
- Il faut comprendre que toutes les Premières Nations ne sont pas des gens « traditionnels » et nous devons le respecter.

Niveau politique

- Mettre en œuvre, au plan local, les recommandations du Sommet sur la lutte aux dépendances.
- Renforcer le leadership en matière de lutte à la toxicomanie, et il faut valoriser la dépendance comme priorité.

SECTION 5 : ANALYSE DE LA FAISABILITÉ DE SERVICES DE DÉSINTOXICATION EXTERNE DANS LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC

L'analyse de la faisabilité de services ambulatoires de désintoxication dans les communautés de Premières Nations du Québec fait ici l'objet principal de l'étude. Or, avant d'étudier la faisabilité d'un tel service particulier, le besoin de services en désintoxication ainsi que la nature de ces services a été examinée de près. Le besoin de services de désintoxication chez les Premières Nations n'est pas inconnu car il a déjà été soulevé par les répondants à une étude de GRIPMA (pour le compte de la CSSSPNQL) qui a permis d'évaluer le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) en 2009. Dans cette étude, les répondants ont été appelés à sélectionner deux types d'intervention qu'ils privilégieraient et que pourrait offrir le réseau des centres de traitement PNLAADA au Québec. À 46% les répondants ont privilégié qu'un centre PNLAADA devrait offrir des services de désintoxication et d'intervention en situation de crise. Il s'agissait là d'une majorité de répondants pour qui cette solution s'avérait gagnante en termes de services de désintoxication.

Par ailleurs, les résultats des entrevues structurées de la présente étude corroborent ce besoin de services de désintoxication offerts par un centre régional spécifiquement pour les Premières Nations. En effet, 90% des répondants jugent qu'il s'agit de l'initiative la plus appropriée pour répondre aux besoins en désintoxication au cours des prochaines années. Rappelons également que 58% des répondants ont jugé que des services de support à la désintoxication à domicile pouvant être assurés par la famille ou des aidants naturels est une initiative moyennement, peu et aucunement appropriée.

À ce chapitre, certains répondants qui jugeaient cette initiative peu ou aucunement appropriée ont soulevé le fait que dans leur communauté, un individu qui souhaiterait entreprendre une démarche de désintoxication à domicile rencontrerait beaucoup de difficultés en raison de l'environnement familial et psychosocial non approprié pour sa démarche (abus de substances dans la famille et l'entourage). Or, la littérature scientifique est claire sur ce point. Selon les lignes directrices de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM), un « environnement de

vie sobre et sécuritaire » est un critère important à considérer avant de référer un patient vers des services de désintoxication externes qui conviennent à sa condition.

Aussi, 70% des répondants des entrevues structurées jugent que des services de désintoxication assurés dans la communauté par du personnel formé représente une initiative extrêmement ou très appropriée pour les prochaines années. Il ne s'agit pas ici de services offerts par la famille ou des aidants naturels, mais bien de services offerts par les centres de santé.

Or, il est clair, à la lecture des données rapportées dans la recension de la littérature, que la désintoxication est avant tout une démarche médicale qui nécessite l'implication de professionnels de la santé tels que des infirmiers/infirmières et des médecins. Par définition, la désintoxication est un processus biologique d'élimination d'un psychotrope donc les ressources humaines qui seront appelées à évaluer les patients seront des membres du personnel infirmier et du corps médical. Dans le cadre de cette étude de la faisabilité de services de désintoxication à domicile, des membres du personnel médical des communautés des Premières Nations ont exprimé certains commentaires qui alimentent la présente analyse.

Pour illustrer un point de vue exprimé sur la question des services de désintoxication dans la communauté, une infirmière qui a pris part à la démarche a exprimé que les gens ayant besoin de désintoxication ne sont pas rendus au point de venir chercher de l'aide pour de la désintoxication. Selon elle, les gens ne viennent pas consulter et les services et processus de désintoxication ne sont pas connus. Les gens parlent seulement après avoir vécu leur sevrage chez eux sans n'avoir consulté personne. Une autre infirmière a expliqué que la mise en place de services de désintoxication représenterait une charge de travail beaucoup trop grande et que le manque de ressources humaines et financières ne permet pas de mettre en place un service qui demande de travailler 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Pour elle, des services de désintoxication offerts par le centre de santé demanderaient que du personnel soit en place et prêt à répondre à la demande en tout temps. De son point de vue d'infirmière et compte-tenu de la charge de travail que cela imposerait, il s'agit d'une situation qu'il serait impossible de gérer et de mettre en place.

Outre l'opinion des répondants questionnés dans le cadre de la présente démarche, plusieurs facteurs doivent être pris en considération pour évaluer la faisabilité de services de désintoxication à l'externe dans les communautés des Premières Nations du Québec. En effet, les implications de l'évaluation de la comorbidité des patients par le personnel médical et infirmier des centres de santé, la formation du personnel infirmier dans les centres de santé pour évaluer le degré d'intensité d'un sevrage, la surcharge de travail que pourraient amener de nouvelles tâches pour le personnel médical et infirmier, les ressources humaines nécessaires à la supervision à domicile, la gestion des médicaments relatifs à la désintoxication, le suivi thérapeutique des patients désintoxiqués et référés en réhabilitation, le potentiel d'un continuum de soins qui intègre les valeurs culturelles de chaque nation, l'adaptabilité de programmes existants en respect de la langue des Premières Nations, les protocoles médicaux à suivre pour la désintoxication, le potentiel d'ententes avec le système de santé québécois ainsi que l'éloignement géographique de certaines communautés représentent des facteurs essentiels à prendre en considération.

Or, la présente étude n'avait pas pour objectif d'évaluer le degré de croissance de la charge de travail du personnel infirmier ni les types de formation ainsi que la durée des formations que devrait suivre le personnel médical des communautés, encore moins les implications relatives à l'administration de médicaments et le suivi thérapeutique des patients. Il n'en demeure pas moins qu'en toute logique, la charge de travail ainsi que la formation de personnel qualifié en désintoxication selon les niveaux d'intensité de sevrage représentent des actions essentielles à mettre en place si des services de désintoxication ambulatoires devaient être offerts. Une forte croissance de la demande de services ainsi qu'une augmentation substantielle de la tâche du personnel médical et infirmier serait forcément à prévoir.

Les normes internationales en matière d'intensité de sevrage en désintoxication commandent que le personnel médical et infirmier évalue le degré de sévérité de l'intoxication d'un patient. Aussi, un sevrage à domicile soutenu par une démarche médicale ne peut être effectué que pour des cas ne nécessitant pas de traitement résidentiel de la désintoxication.

De surcroît, la recension de la littérature et les résultats des entrevues structurées ont clairement démontré que les services de désintoxication sont très peu disponibles dans les communautés des Premières Nations mais que le réseau québécois semble s'organiser en régionalisant les services de santé dans une perspective de continuum de soins, permettant aux patients d'être pris en charge du début à la fin d'une démarche vers un mode de vie sain. De surcroît, les meilleures pratiques sont claires et plusieurs documents permettent de relever les critères ou facteurs de réussite des services de désintoxication qui respectent le besoin individuel de chaque patient.

À la lumière des données recueillies, la mise en place de services de soutien à la désintoxication à domicile par des aidants naturels ou des membres de la famille dans les communautés des Premières Nations au Québec s'avère une démarche qui, premièrement, ne répond pas aux besoins exprimés par les répondants de la présente étude et qui, deuxièmement, représenterait une démarche difficilement réaliste et réalisable dans les conditions actuelles et compte-tenu des ressources actuellement en place. Cependant, il serait envisageable d'offrir des services de désintoxication à l'externe mais le personnel médical et psychosocial devra être formé pour ce faire.

Il y aurait lieu dans un premier temps de combler les lacunes dans le soutien à apporter à la clientèle dans une perspective de continuum de soins, allant, dans le cas de la toxicomanie, de la désintoxication à la prise en charge des aidés dans le milieu. Ce continuum, contrairement au réseau québécois, n'est pas en place pour le moment dans nos communautés des Premières Nations au Québec. Des moyens peuvent toutefois être recommandés pour entamer le processus d'implantation de cette structure souhaitée de services.

SECTION 6 : RECOMMANDATIONS

L'ensemble des données recueillies, autant par la recension de la littérature que par les entrevues structurées, ne permet pas de soutenir positivement la mise en place de services de soutien à la désintoxication à domicile par des membres de la famille ou des aidants naturels dans les communautés des Premières Nations au Québec. Toutefois, la mise en place de services de désintoxication ambulatoires pourrait s'avérer une solution intéressante moyennant la mise en place d'un continuum de soins. Rappelons d'abord les meilleures pratiques existantes dans le domaine de la désintoxication. Essentiellement, un continuum de soins qui implique la pratique d'un modèle d'intervention mixte (médical et psychosocial), une évaluation du client à l'aide d'outils reconnus et un traitement externe des cas nécessitant une désintoxication sans supervision médicale s'avèrent les ingrédients essentiels d'une formule qui fonctionne.

Le modèle mixte

Plusieurs études qualifient de désintoxication une intervention qui combine de façon séquentielle une intervention médicale visant à éliminer de façon sécuritaire les substances psychoactives de l'organisme suivie d'une intervention psychosociale ciblant plutôt la modification de comportement.

Les meilleures pratiques issues de la recherche en matière de désintoxication stipulent clairement que les traitements des dépendances tendent à démontrer la pertinence d'un modèle mixte pour traiter de façon adéquate les symptômes de sevrage. Ce modèle mixte fait référence à des programmes sociaux de désintoxication qui offrent en appoint des services d'assistance médicale. Les études portant sur les différentes modalités de traitement, répertoriées par Santé Canada (1999), reconnaissent l'efficacité de la pharmacothérapie comme complément à un traitement global, incluant des approches cognitives comportementales et motivationnelles, des méthodes d'apprentissage d'habiletés sociales et de prévention de la rechute et des approches d'appui communautaire utilisant le réseau relationnel des personnes qui consultent, surtout pour les personnes manquant d'appuis sociaux. L'utilisation de l'approche motivationnelle semble particulièrement indiquée pour permettre la réalisation du

troisième but de la désintoxication, qui est de préparer le client à la réadaptation ou de favoriser, chez celui-ci, une continuité dans les services.

L'évaluation du client : une étape primordiale

Selon les meilleures pratiques décrites par Santé Canada (1999), il est important d'offrir des services adaptés à la réalité de chaque personne puisque tous les services ou toutes les approches ne conviennent pas à chacun. Il faut aussi considérer l'importance, dans la réussite du traitement, des facteurs communs à toute approche clinique, c'est-à-dire ceux du client (ressources personnelles, environnement, etc.) et ceux de l'intervenant (compétences, empathie, alliance thérapeutique, etc.).

De surcroît, Kasser et coll. (1997) soulignent qu'en raison des risques de complications médicales, une évaluation initiale de la condition du client est primordiale. Elle doit comprendre une évaluation de la sévérité prédictible du sevrage, ainsi qu'une évaluation de la comorbidité médicale ou psychiatrique. Inévitablement, la désintoxication s'inscrit d'abord dans une perspective médicale.

Les outils d'évaluation

Concernant les outils d'évaluation des risques du sevrage et du degré d'intensité de celui-ci, le Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol Revised (CIWA-Ar) (1989) représente le questionnaire de quantification de sevrage à l'alcool le plus largement utilisé dans les milieux d'intervention. Rouillard, Tremblay et Boivin (1999) ont développé des outils d'évaluation de la sévérité du sevrage et des soins médicaux devant l'accompagner. Il s'agit des outils NID pour « Niveau de désintoxication ». En fait, ce sont deux instruments distincts, l'un pour une évaluation santé par les intervenants médicaux (NID-ÉM), l'autre, une version adaptée pouvant être administrée par des intervenants psychosociaux (NID-ÉP) et validée par du personnel infirmier. Pour guider plus objectivement dans le processus de décision afin de mieux apparier les clients au meilleur niveau de service, tout particulièrement en ne leur donnant pas un service plus intensif que celui dont ils ont réellement besoin, Ménard, Pépin et Saint-Louis (2007) ont développé une version adaptée du NID-ÉM, l'évaluation santé NID-ÉM 2.0. Cet outil,

à partir d'un algorithme d'orientation des usagers selon les signes et les symptômes d'intoxication et de sevrage et des critères d'évaluation de l'ASAM, permet d'en arriver à un classement selon les niveaux d'intensité de services de l'ASAM. Ces mêmes auteurs ont aussi conçu une adaptation du NID-ÉP, version 2.9 (2007). Il s'agit là d'outils d'évaluation reconnus par la communauté médicale et qui constituent les outils privilégiés qu'utilise le personnel médical et psychosocial pour évaluer les patients.

Le traitement externe : une solution envisageable

La littérature scientifique, malgré le cumul d'études, ne permet pas de conclure que les traitements avec hébergement offrent de meilleurs résultats que le traitement ambulatoire. Cependant, diverses études, Kissin et coll.³⁶, Rychtarick et coll., (2001), observent que les usagers caractérisés par de l'instabilité sociale ou des problèmes plus sévères de consommation rapportent de meilleurs résultats s'ils bénéficient d'un traitement résidentiel. Selon le Center for Substance Abuse Treatment, la meilleure désintoxication est celle qui est la moins contraignante pour l'utilisateur compte tenu de son état et qui permet d'atteindre de façon efficace les objectifs de la désintoxication, tout en étant la plus économique possible. Le choix du type de désintoxication (interne ou externe) doit d'abord être basé sur les besoins cliniques de la personne.

Bertrand et Ménard (2004), dans leur revue de littérature sur le sujet, indiquent qu'il semble se dessiner un consensus entre cliniciens et chercheurs selon lequel le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie qui convient à la vaste majorité de la clientèle constitue le traitement externe, modalité de traitement aussi efficace, moins envahissante et moins coûteuse que le traitement interne, tout en précisant qu'on s'entend pour dire que le traitement résidentiel et la désintoxication avec hébergement sont des services qui ont leur place et qui doivent être davantage analysés. De fait, le traitement en externe n'exclut pas la nécessité, pour certains clients, de bénéficier d'une désintoxication en milieu résidentiel qui s'inscrit dans une stratégie de traitement d'un individu dont l'état physique, psychologique ou social a besoin d'être stabilisé.

Selon l'ASAM (2001), deux grands critères se dégagent pour diriger quelqu'un vers des services de désintoxication avec hébergement :

- La sévérité de la dépendance et les risques pour la santé physique ;
- Une instabilité psychosociale marquée et/ou un environnement inadéquat pour la réadaptation.

L'importance du continuum de soins

Un groupe d'experts cliniciens en toxicomanie réunis par SAMHSA (2006) ont statué que la désintoxication fait partie intégrante d'une stratégie globale de traitement et qu'elle ne doit pas être séparée des autres phases du processus. Ils ont également reconnu qu'offrir des services de désintoxication sans les faire suivre de traitement ou de réadaptation est une façon inappropriée d'utiliser les ressources déjà limitées. Ainsi, les services de désintoxication sont vus comme une porte d'entrée dans la poursuite d'un traitement (Teesson et coll., 2006). Les études nous indiquent que, sans une telle continuité de services, la grande majorité des personnes recommencent à consommer dans une période de trois mois après leur désintoxication.

Les meilleures pratiques privilégient d'accroître la motivation du client en le renseignant sur sa condition, en l'informant que les rechutes sont plus fréquentes dans les trois premiers mois et en évaluant les problèmes psychosociaux entourant la famille, l'emploi et les autres conditions qui pourraient avoir un impact possible sur l'issue du traitement. O'Farrell et coll. (2008) rapportent que l'implication d'un membre de l'entourage apparaît prometteuse comme stratégie pour améliorer l'adhésion du toxicomane à des services de réadaptation à la suite d'une désintoxication.

Finalement, les experts québécois indiquent l'importance d'établir des ponts entre l'étape de la désintoxication et celle du traitement des dépendances. L'objectif à long terme étant d'augmenter le nombre de clients qui réussissent leur désintoxication et qui s'orientent ensuite vers une poursuite dans des services de réadaptation.

Recommandations

Compte-tenu des meilleures pratiques issues de la recherche et des résultats de l'évaluation de la faisabilité de services de désintoxication à l'externe dans les communautés des Premières Nations du Québec, nous avons développé des recommandations qui respectent les besoins évalués auprès de l'échantillon des répondants des communautés ainsi que les principes généralement reconnus au plan médical.

Idéalement, un continuum de soins implanté dans chacune des communautés des Premières Nations du Québec représenterait la structure privilégiée. Or, tel qu'affirmé par plusieurs répondants de cette étude, les ressources financières et humaines sont limitées et ne permettent pas la mise en place de services de désintoxication dans toutes les communautés des Premières Nations au Québec. Il n'est donc pas ici possible d'affirmer que des services continus, allant de la prise en charge du client à sa réhabilitation complète, puissent être mis en place dans l'immédiat. Les recommandations ont été ici formulées dans l'objectif de permettre aux communautés des Premières Nations du Québec de se doter de services réalistes et réalisables, dans le meilleur intérêt des clients et en fonction des meilleures pratiques existantes.

Nos recommandations sont présentées selon trois axes : des services de désintoxication pour des patients nécessitant une désintoxication en milieu résidentiel et supervisé, des services de désintoxication à l'externe, ainsi que l'établissement de liens avec des services du milieu autochtone et du réseau québécois. Pour des raisons évidentes, la faisabilité des recommandations issues de l'axe 2 et 3 est réalisable dans un laps de temps relativement court. Les contraintes humaines et financières placent ainsi la recommandation de l'axe 1 comme étant une stratégie de services à être mis en place sur une période de moyen à long terme.

AXE 1 : Patients nécessitant une désintoxication en milieu résidentiel

Recommandation

Il est recommandé que dans une perspective de continuum de soins, un centre régional PNLAADA offrant des services de désintoxication résidentiels soient désigné pour la clientèle des

Premières Nations présentant a) une sévérité de la dépendance et des risques élevés pour la santé physique et b) une instabilité psychosociale marquée et/ou un environnement inadéquat pour la réadaptation. Cette recommandation propre aux Premières Nations, respecte une trajectoire de services à l'instar de ce qui est offert par le réseau québécois à sa clientèle. Cependant, compte-tenu des nombreuses limites à l'accès à ces services et qui ont été précédemment identifiées, il apparaît essentiel qu'un service spécialisé aux Premières Nations soit développé en respect également aux besoins exprimés par les répondants dans le cadre de la présente démarche.

Ainsi, dans le cadre de l'évaluation des besoins du PNLAADA effectuée en 2009 par la CSSSPNQL, des scénarios de structure des services ont été élaborés en tenant compte de l'ensemble des données recueillies dans cette démarche. Ces scénarios visaient essentiellement à combler les lacunes dans le soutien à apporter à la clientèle toxicomane dans une perspective de continuum de soins, allant de la désintoxication à la prise en charge des aidés dans le milieu. En termes d'intervention, plusieurs scénarios ont été étudiés car il a été démontré que l'organisation actuelle des services ne correspond pas aux besoins de la clientèle des Premières Nations au Québec.

Le scénario 1 recommandé dans le cadre de l'évaluation des besoins du PNLAADA nous apparaît idéal, car il prévoit la mise en place d'une organisation de services intégrés en continuum de soins de la désintoxication au suivi post-traitement.

Ce scénario implique une réorganisation complète des services et prévoit la conversion d'un centre de traitement existant en spécialisé en évaluation, en désintoxication, en référence et en suivi post-traitement (« centre pivot »). Ce scénario obligerait une redéfinition des tâches et des responsabilités des agents dans le milieu, une professionnalisation des intervenants en centres de traitement et une plus grande concertation entre les gestionnaires de ces centres de traitement. Ce scénario a pour objectif ultime d'arrimer l'ensemble des services dans une structure organisationnelle et intégrée de services partant de la demande du client, de sa référence, de son évaluation, de sa désintoxication, de son traitement et de son suivi post-traitement. Il s'agit en fait ici d'un véritable continuum de soins dans une perspective globale et

holistique permettant de répondre le plus adéquatement possible aux besoins individuels et spécifiques de chaque personne nécessitant une intervention. Cette approche d'intervention est axée sur le client et non plus uniquement sur la problématique commune que partage l'ensemble de ceux et celles qui doivent se rendre en centre de traitement pour leurs problématiques d'alcoolisme et de toxicomanie. À la lumière de toutes les données recueillies, il semble se dégager un consensus à l'effet que la meilleure façon de répondre aux besoins de la clientèle est de mettre en place un continuum de soins, tel que le présente ce scénario. Il nous apparaît que ce scénario représente une véritable offre de services diversifiés et spécialisés axés sur les besoins de la personne.

La mise en place du scénario 1 de l'évaluation des besoins du PNLAADA fait donc ici l'objet de la recommandation #1 de la présente étude.

AXE #2 : Patients ne nécessitant pas de désintoxication en milieu résidentiel (MISE EN PLACE DU PROTOCOLE DE COLOMBIE-BRITANNIQUE)

Recommandation

Établissement d'un projet pilote à l'intérieur d'au moins deux communautés des Premières Nations du Québec

Le protocole de la Colombie-Britannique et développé par une infirmière peut être implanté dans certaines communautés. Cependant, compte-tenu de l'ampleur de la tâche et des ressources financières et humaines limitées dans les communautés des Premières Nations du Québec, il serait utopique de croire que des services puissent être mis en place dans toutes les communautés en même temps.

En conséquence, il est recommandé de mettre en place le protocole de la Colombie-Britannique dans le cadre d'un projet pilote de services externes de désintoxication dans au moins deux communautés des Premières Nations pour les patients ne nécessitant pas de désintoxication en milieu résidentiel.

Cette recommandation représente la solution la plus efficace pour estimer et tester l'ampleur des tâches et des ressources humaines nécessaires à l'implantation de services de désintoxication dans une communauté. Ce projet pilote pourra également permettre aux communautés de se doter d'un service qui comble une lacune importante du continuum de soins espéré. Il demeure toutefois que les communautés qui feront l'objet du projet pilote devront être identifiées selon certains critères basés sur quelques-uns des paramètres suivants :

- Appartenance linguistique de la communauté (anglophone et francophone) ;
- Situation géographique selon le degré d'isolement ;
- Communauté qui reçoit un nombre élevé de demandes de soins en désintoxication ;
- Communauté dotée de services de santé ou non et de personnel infirmier en nombre suffisant et stable ou non;
- Communauté dont le leadership est motivé à se doter d'un continuum de soins pour lutter contre les dépendances ;
- Communauté qui est prête à investir du temps pour former le personnel médical et psychosocial en désintoxication ;
- Communauté motivée à participer activement à l'évaluation des résultats du projet pilote.

Mise en œuvre de la recommandation de l'axe 2

En raison du caractère éminent de mise en place d'un projet pilote, il apparaît nécessaire de dresser quelques balises permettant la mise en œuvre de la recommandation à court terme. À ce titre, voici quelques-unes des actions à entreprendre :

- Représentation auprès des différents paliers gouvernementaux afin d'obtenir les fonds nécessaires à la mise en place des projets pilotes ;
- Procéder à l'embauche d'un coordonnateur des projets pilotes rattaché à la CSSSPNQL ;
- Dresser les critères de sélection des communautés ;

- Développer le devis de la mise en place du protocole entre la CSSSPNQL et les communautés (activités de prévention et de sensibilisation, aspects légaux et de responsabilité civile, ententes avec le milieu hospitalier et les services résidentiels, formation, évaluation, etc.) ;
- Sélectionner l'outil d'évaluation clinique qui servira aux projets pilotes en y incluant l'évaluation de la comorbidité psychiatrique;
- Développer le processus d'évaluation des projets pilotes.

Axe 3 : Établissement de liens avec des services du milieu autochtone et du réseau québécois

Recommandation

Il est recommandé d'organiser un forum régional des organisations et établissements spécialisés en toxicomanie et en désintoxication du milieu autochtone et du milieu québécois. Ce rassemblement permettra aux organismes et aux communautés d'échanger sur les services offerts et de jeter les bases d'une collaboration potentielle pour des services de désintoxication dans une perspective de continuum de soins.

Les services spécialisés en désintoxication au Québec ne sont pas nombreux et souvent, plusieurs critères s'appliquent pour admettre un patient car le degré d'intensité du sevrage est le critère principal qui permet de référer un patient vers tel ou tel service. De surcroît, la plupart des services sont concentrés dans la région de Montréal et sont à toutes fins pratiques inaccessibles pour les communautés des Premières Nations les plus éloignées. Aussi, les communautés dont la population s'exprime en anglais n'ont pratiquement pas accès à des services, mis à part ceux offerts dans un seul centre spécialisé à Montréal. Il faut également tenir compte du fait qu'il n'est pas facile de créer des services spécialisés car la désintoxication est une démarche médicale qui implique des connaissances particulières pour lesquelles la majorité du personnel infirmier des communautés des Premières Nations n'est pas formée pour le moment.

Cette recommandation s'inscrit dans la perspective d'améliorer les liens entre les établissements spécialisés et le réseau québécois en matière de désintoxication et permettrait d'augmenter la sensibilisation des organismes du réseau québécois concernant les enjeux de la population des communautés des Premières Nations.

CONCLUSION

Les résultats de la présente étude démontrent que les services en désintoxication au Québec sont éparés et essentiellement concentrés dans les grands centres urbains. Or, puisque la majorité de la population des Premières Nations vivant sur réserve au Québec se situe en région, il n'est pas possible de conclure que les services actuels du réseau québécois répondent adéquatement aux besoins estimés dans la majorité des communautés. En vertu de ce que la littérature scientifique définit comme étant un véritable continuum de soins, l'on peut conclure qu'il existe une importante lacune de services essentiels à un cheminement vers un rétablissement à long terme pour les membres des communautés des Premières Nations au Québec.

De surcroît, les répondants de la présente étude ont émis de sérieuses réserves à l'égard des soins de soutien offerts à domicile par des membres de la famille d'un patient nécessitant une désintoxication. L'environnement malsain dans plusieurs milieux familiaux et le manque de ressources financières et humaines dans les communautés constituent les motifs principaux expliquant cette réticence. Cependant, il est clair que des services doivent être offerts, sous la forme d'un centre régional des Premières Nations offrant des services de désintoxication et sous la forme de services ambulatoires dans les communautés, pratiqués par du personnel médical et psychosocial dûment formé.

Les recommandations émises dans le présent rapport d'étude permettent, du moins en partie et à court et moyen terme, que les meilleures pratiques en matière de désintoxication soient implantées, tout en respectant les besoins exprimés par les répondants à l'étude. La désintoxication étant avant tout une démarche médicale, le degré d'intensité du sevrage d'une personne se doit d'être dûment évalué et pour ce faire, des outils mondialement reconnus par le milieu scientifique existent. Les patients nécessitant une désintoxication sous surveillance médicale et présentant certains critères qui nécessitent une hospitalisation ou un traitement résidentiel pourraient se rendre dans un centre PNLAADA dont le mandat est converti en centre de crise et désintoxication. Pour les autres patients dont le degré de sevrage évalué ne nécessite pas de traitement résidentiel, des services externes offerts par du personnel médical

et psychosocial formé dans la communauté pourraient être efficaces et permettraient de répondre à une partie des besoins. Or, toutes les communautés n'ont pas les moyens financiers et les ressources humaines pour procéder à une mise en œuvre de services externes de désintoxication. Il serait dans un premier temps approprié de tester et évaluer ce genre de services dans deux communautés qui feraient l'objet d'un projet pilote.

Il est évident que la vision générale de toutes les communautés serait de se doter d'un continuum de soins permettant une lutte efficace aux dépendances. Faute de ressources, ce genre de structure de services fait actuellement défaut, contrairement à ce que l'on constate dans le réseau québécois. Le déséquilibre entre l'offre de services offerts à la population vivant sur et hors réserve est encore une fois le constat de la dichotomie causée par les juridictions et compétences constitutionnelles en matière de santé.

Il n'en demeure pas moins qu'il est indispensable de considérer la désintoxication dans une perspective plus large pour obtenir des résultats positifs pour l'individu qui entreprend un cheminement vers un rétablissement. Sans démarche de réhabilitation, de soutien et de suivi, autant du client que de sa famille, la démarche de désintoxication pourrait s'avérer peu utile et sans effet à long terme pour le bien-être du client et de son entourage.

RÉFÉRENCES

ALLING, F. A. (1992). « Detoxification and treatment and acute sequelae », dans Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B. (éd.). *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, Baltimore (MD), Williams and Wilkins, p. 402-415.

BERTRAND, K. et MÉNARD, J.-M. (2004). « Analyse des services avec hébergement à Domrémy MCQ », 18 p.

BERTRAND, K., MÉNARD, J.-M. (2005). « Évaluation du réseau intégré de services en désintoxication, projet pilote de collaboration entre le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et Domrémy MCQ ». Trois-Rivières, Québec, 54 p.

BLONDELL, R. D. et al. (2006). « Abstinence and initiation of treatment following inpatient detoxification », *The American Journal on Addictions*, 15, 462-467.

CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES (2007). « Les principes de base de l'entrevue motivationnelle », Réseau canadien des professionnels en toxicomanie et de domaines connexes. www.rcptdc.ca.

CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT (2006). « Detoxification and Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) », Series 45, U.S. Department of Health and Human Services.

CENTRE QUÉBÉCOIS DE LUTTE AUX DÉPENDANCES. (2008). « Gestion de la désintoxication selon les niveaux d'intensité de traitement ». Traduit et adapté de *ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition-Revised (ASAM PPC-2R)*, avec la permission de l'American Society of Addiction Medicine. <http://cqld.ca/bulletins/Gestion%20desintoxication%20demo.pdf>

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE A LA TOXICOMANIE (2004). « La désintoxication : revue des meilleures pratiques », document de travail, 25 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (CSSSPNQL). (2009). « Évaluation des besoins du PNLAADA pour les Premières Nations de la région du Québec ».

DAVISON, J. W. et al. (2006). « Outpatient treatment engagement and abstinence rates following inpatient opioid detoxification », *Journal of Addictive Diseases*, 25, 27-35.

DESROSIERS, P. (2008). « Les services de désintoxication dans les centres de réadaptation en dépendances : Meilleures pratiques et offre de services de base dans un contexte de réseau intégré de services ». Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT). <http://www.acrdq.qc.ca/upload/doc/doc203.pdf>

DOMRÉMY MAURICIE/CENTRE-DU-QUEBEC. (2008). « La désintoxication ». <http://www.domremymcq.ca/Desintoxication>

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES. (2007). « Déploiement de l'offre de services de désintoxication au Québec : État de situation et besoins de développement ». 17 p.

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES (FQCRPAT). (2006). Orientations stratégiques 2007-2010. <http://www.fqcrpat.org/upload/doc/doc90.pdf>

FINNEY, J. W., HANH, A. C. et MOOS, R. H. (1996). « The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects », *Addiction*, 91(12), 1773-1796.

FONDATION DE LA RECHERCHE SUR LA TOXICOMANIE – ARF (1994). « Guide de planification des services de gestion du sevrage dans les petits centres urbains, les collectivités rurales et les régions éloignées de l'Ontario », Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2007). « Unis dans l'action : Programme-services Dépendances: Offre de service 2007-2012 », Québec, gouvernement du Québec, 56 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. (2006). Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-804-01.pdf>

JONKMAN, J. N. et al. (2005). « Practice variation and length of stay in alcohol and drug detoxification centers », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 11-18.

KASSER, C. et al. (1997). « Detoxification Principles and Protocols », American Society of Addiction Medicine, traduit et adapté par le docteur Pierre Rouillard, 2e version, février 1999.

MARK, T. L. et al. (2006). « Factors affecting detoxification readmission: Analysis of public sector data from three states », Journal of Substance Abuse Treatment, 31, 439-445.

MCLELLAN, A. T. et al. (2005). « Improving Continuity of Care in a Public Addiction Treatment - System with Clinical Case Management », The American Journal on Addictions, 14, 426-440.

MÉNARD, J.-M., PÉPIN, J. M. et ST-LOUIS, L. (2007). Adaptation du NID-ÉP, version 2.9, Centre de réadaptation Domrémey Mauricie – Centre-du-Québec.

MÉNARD, J.-M., PÉPIN, J. M. et ST-LOUIS, L. (2007). « Évaluation Santé », adaptation du NID-ÉM 2.0, Centre de réadaptation Domrémey Mauricie – Centre-du-Québec.

MILLER, N. S. et KIPNIS, S. S. (2006). vol. 45, Rockville, MD, U.S.A. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (2003). « Guide de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie », France, 43 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. (2007). « Offre-services Dépendances 2007-2012 ». Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, d'efficacité et d'efficience. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-804-10.pdf>

O'FARRELL, T. J. et al. (2008). « Brief family treatment intervention to promote aftercare among substance abusing patients in inpatient detoxification: Transferring a research intervention to clinical practice », Addictive Behaviors, 33, 464-471.

PROCHASKA, J. O. et al. (1994). « Changing for good ». New York, Morrow, 304 p.

RAISTRICK, D. (2000). « Management of alcohol detoxification », Advances in Psychiatric Treatment, 6, 348-355.

ROUILLARD, P., TREMBLAY, J et BOIVIN, M. D. (1999). « NID-ÉM. Niveau de désintoxication : Évaluation pour les intervenants médicaux. Manuel d'utilisation pour les versions longue et abrégée », Québec, CHUQ, 90 p.

SANTÉ CANADA (1999). « Meilleures pratiques. Alcoolisme et toxicomanie. Traitement et réadaptation », Ottawa, Canada, 105 p.

SHANAHAN, C. W. et al. (2005). « Relationship of depressive symptoms and mental health functioning to repeat detoxification », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 117-123.

SHIN, S. H. et al. (2007). « Examining drug treatment entry patterns among young injection drugs users », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 217-225.

SPAN, R. et al. (2006). « Vermittlungsquoten in die stationäre Alkoholentwöhnungsbehandlung nach qualifiziertem Entzug./ Referral rates into inpatient alcohol rehabilitation treatment after comprehensive detoxification », *Sucht : Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 52, 327-333.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICE ADMINISTRATION (SAMHSA) (2006). « Quick guide for clinicians based on TIP 45 (Detoxification and Substance Abuse Treatment) », www.Treatment.org/Externals/tips.html

TEESSON, M. et al. (2006). « Outcomes after detoxification for heroin dependence: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS) », *Drug and Alcohol Review*, 25, 241-247.

TREMBLAY, J. [et al.] (2004). « Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique ». Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, Montréal, 70 p. <http://www.fqcrpat.org/upload/doc/doc37.pdf>

TREMBLAY, J. (2008). « Les durées de service : état de situation et recension de la littérature », Québec.

TREMBLAY, J. (2001). Rapport interne concernant les durées moyennes de séjour en désintoxication



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR