

ÉVALUATION DES BESOINS RÉGIONAUX DU PNLAADA

*Premières Nations
du Québec*



Rapport final - Juin 2009



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



**Document produit par la Commission de la santé et des services sociaux des
Premières Nations du Québec et du Labrador sous la supervision de l'équipe
du secteur des services sociaux.**

Rédaction : GRIPMA

**Révision : CSSSPNQL en collaboration avec le réseau des centres de
traitement et le réseau des travailleurs PNLAADA.**

Traduction : Caroline Pageau

**Remerciements : Ce rapport a été produit grâce à la contribution financière de
Santé Canada.**

ISBN — 978-1-928553-10-8

Ce document est disponible en anglais.



**Toute reproduction partielle ou totale de ce document doit être préalablement
autorisée par la direction de la CSSSPNQL.**

TABLE DES MATIÈRES

Terminologie	6
Mise en contexte	7
<i>Objectifs de la démarche</i>	7
<i>Aperçu du programme actuel</i>	7
Introduction	9
Méthodologie	10
<i>Recension de la littérature</i>	10
<i>Stratégie mixte de cueillette de données</i>	10
<i>Instrument de mesure</i>	10
<i>Administration du questionnaire</i>	10
<i>Composition finale de l'échantillon</i>	11
<i>Groupes de discussion</i>	11
<i>Limites de la démarche</i>	12
SECTION 1 : PROFIL DE LA SITUATION ACTUELLE	13
Volet 1 : Profil bio-psycho-social des toxicomanies	13
<i>Profil régional des communautés</i>	13
<i>Prévalence des méthodes et habitudes de consommation</i>	14
<i>Prévalence des toxicomanies et comorbidité</i>	16
<i>Facteurs de risque et conséquences possibles des toxicomanies</i>	18
Volet 2 : Profil des services de prévention, d'intervention et de postvention en matière de toxicomanie	22
<i>Chez les Premières Nations du Québec</i>	22
<i>Au Québec</i>	24

SECTION 2 : RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DES BESOINS	28
Volet 1 : Résultats des entrevues structurées	28
Volet 2 : Résumé des groupes de discussion	58
<i>Commentaires du chercheur sur les résultats des groupes de discussion</i>	59
Volet 3 : Discussion générale	60
<i>Axe 1 : En termes de prévention</i>	60
<i>Axe 2 : En termes d'intervention</i>	61
<i>Axe 3 : En termes de traitement et suivi post-traitement</i>	62
SECTION 3 : RECOMMANDATIONS	64
Prévention	65
<i>Recommandations</i>	66
Intervention, traitement et suivi post-traitement	67
<i>Les traitements efficaces</i>	68
<i>Recommandations générales à l'intention de Santé Canada</i>	71
<i>Recommandations générales à l'intention des autorités politiques et administratives des communautés</i>	72
<i>Recommandations générales à l'intention de la CSSSPNQL</i>	73
<i>Recommandations générales à l'intention des intervenants en dépendances</i>	73
<i>Recommandations générales à l'intention des centres de traitement</i>	73
Recommandations de scénarios visant la reconfiguration des services	74
<i>Scénario 1 : Mise en place d'une organisation de services intégrés en continuum de soins de la désintoxication au suivi post-traitement</i>	75
<i>Scénario 2 : Mise en place d'une offre de services diversifiée en fonction de besoins des individus avec évaluation en communauté</i>	79
<i>Scénario 3 : Par avenues de traitement, accueil et référence en communauté</i>	82

Sommaire des recommandations en matière de prévention	84
Sommaire des recommandations générales	85
Conclusion	89
Références	90
Annexe 1 : Questionnaire des entrevues structurées	95
Annexe 2 : Guide d'animation des groupes de discussion	103
Annexe 3 : Formulaire de consentement	107

TERMINOLOGIE

Afin de faciliter la lecture de ce rapport, les acronymes suivants sont utilisés pour désigner certains termes :

AITQ	Association des intervenants en toxicomanie du Québec
CSSS	Centre de santé et services sociaux
CRPAT	Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
CSSSPNQL	Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
DSPNI	Direction de la santé des Premières Nations et des Inuits
ERLSPNI	Enquête régionale longitudinale de santé chez les Premières Nations et Inuits
FANPLD	Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances
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
SAA	Secrétariat aux affaires autochtones

MISE EN CONTEXTE

Objectifs de la démarche

L'objectif principal de la présente démarche d'évaluation de besoins régionaux en matière de toxicomanie dans le cadre du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) est de cibler les besoins autant des personnes qui nécessitent une intervention qu'à ceux qui les assurent. Ces besoins sont nombreux; c'est pourquoi une analyse est nécessaire afin d'établir une priorité permettant ensuite de proposer des scénarios qui suggèrent une réorientation de services dans une perspective globale et intégrée et davantage axée sur les personnes. De plus, la démarche vise à formuler des recommandations pour mettre en place un continuum de soins qui soit basé sur des données probantes et qui permet d'être adapté aux réalités et enjeux de l'avenir dans le domaine des dépendances.

En dépit des services offerts en ce moment par les intervenants du réseau PNLAADA, le champ de la toxicomanie a considérablement évolué au cours des deux dernières décennies particulièrement en ce qui concerne les besoins des individus aux prises avec un problème de consommation. Le profil clinique s'est alourdi et l'offre de services a peu évolué si bien qu'il a été jugé nécessaire de procéder à l'échelle nationale à une réévaluation du programme. Ces nouvelles réalités cliniques amènent un défi certain quant à l'organisation des services afin que ceux-ci puissent de manière optimale répondre aux besoins de la population.

L'absence d'examen approfondis des variables générales et spécifiques aux toxicomanies peut constituer un obstacle à la mise en place de stratégies pour la prévention et l'intervention qui soient adaptées et qui répondent adéquatement aux besoins de la clientèle présentant des problèmes de dépendances. Les intervenants du réseau PNLAADA au Québec ont maintes fois adressé la nécessité de renouveler les connaissances en matière de toxicomanie et de dépendances chez les Premières Nations et les Inuits.

Le besoin d'accroître les connaissances dépasse cependant le simple cadre du profil de la clientèle. Il doit aussi reposer sur la nécessité de questionner l'ensemble des services tant au plan de sa structure, de son organisation, de sa coordination que de sa configuration.

Afin de mieux orienter les services et que les décisions éventuelles qui s'y rattachent soient guidées par un ensemble de données probantes, le présent rapport énonce les résultats de la démarche d'évaluation des besoins en matière de toxicomanie dans le cadre du PNLAADA. Il ne s'agit pas d'une démarche visant à établir les besoins des Premières Nations individuellement, bien que chacune d'entre elles, à l'exception des Malécites et des Inuits, aient été sondées. Il s'agit plutôt d'un portrait général des besoins régionaux qui seront intégrés à l'ensemble des besoins au niveau national.

Ce rapport a été préparé par le Groupe de recherche et d'interventions psychosociales en milieu autochtone (GRIPMA) pour le compte de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL).

Aperçu du programme actuel*

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) est un programme de Santé Canada dont la gestion est assurée en grande partie par les communautés et les organismes des Premières Nations et des Inuits. Son but demeure celui qui avait présidé à sa création dans les années 70, à savoir aider les communautés des Premières Nations et Inuits à établir et à offrir des programmes visant à abaisser les taux élevés d'abus d'alcool, de drogue et de solvants chez les habitants des communautés. Le PNLAADA a été instauré au milieu des années 1970, dans le cadre d'un projet pilote de lutte contre l'abus d'alcool et de drogue. On en a fait un programme permanent en 1982.

Le cadre des activités du programme peut se répartir en trois grandes catégories :

Les activités de prévention, qui visent à prévenir l'apparition des graves problèmes causés par l'abus d'alcool et d'autres drogues :

- ❖ Campagnes de sensibilisation du public;
- ❖ Réunions publiques;
- ❖ Communications orales;
- ❖ Élaboration de matériel pédagogique sur l'abus d'alcool et de drogue;
- ❖ Programmes scolaires;
- ❖ Travail avec les médias d'information;
- ❖ Activités d'ordre culturel ou spirituel.

Les activités d'intervention, qui s'attaquent aux problèmes d'abus le plus tôt possible après leur apparition :

- ❖ Activités récréatives pour les jeunes;
- ❖ Groupes de discussion et programmes sociaux;
- ❖ Programmes axés sur la spiritualité et la culture autochtones.

Les activités post observation, qui visent à prévenir la résurgence des problèmes d'abus d'alcool et de drogue :

- ❖ Counselling;
- ❖ Cercles de partage;
- ❖ Groupes d'entraide;
- ❖ Intervention de crise;
- ❖ Visites de soutien;
- ❖ Visites de sensibilisation;
- ❖ Orientation vers un traitement;
- ❖ Orientation vers un service de désintoxication;
- ❖ Orientation vers des services sociaux;
- ❖ Orientation vers des services médicaux.

**Source : site Internet de Santé Canada.*

INTRODUCTION

L'examen du PNLAADA est un exercice qui n'avait pas été fait depuis la dernière décennie. L'évolution rapide des méthodes de consommation, de l'accessibilité à différents produits, à l'éclatement de certains facteurs de protection, à l'éclosion de nouveaux facteurs de risque ont précipité les personnes toxicomanes dans des états de fragilité et de vulnérabilité tels que les services actuels du PNLAADA ne peuvent plus répondre aux besoins de la clientèle.

En vertu de l'ensemble des données probantes retenues dans le cadre de la recherche menée par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), des données recueillies dans les forums de discussion et des données existantes dans le réseau québécois, il semble y avoir consensus que l'actuel PNLAADA est trop restrictif. Si jadis, les problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme méritaient à eux seuls l'existence d'un programme, l'émergence de d'autres formes de dépendances toutes aussi dévastatrices implique qu'un élargissement des applications du programme est rendu nécessaire.

Sans pour autant procéder dès maintenant à une appellation différente du PNLAADA, nous devons néanmoins considérer que compte tenu de l'évolution rapide des problématiques liées aux dépendances, le programme actuel devra considérer toute forme de dépendances : alcool, drogues, jeu, cyberdépendance, compulsion sexuelle etc., comme un important problème de santé publique. En conséquence, nous aurons recours dans le présent rapport à l'appellation « PNLAADA » pour désigner le programme tel qu'il est administré actuellement et à l'appellation « Programme Dépendances » pour y inclure tous les niveaux d'action (prévention, intervention, traitement et post-traitement) qu'il faut considérer dans une optique de continuum de soins et de services au chapitre de l'ensemble des dépendances et en fonction des besoins de la clientèle. L'époque où seules les dépendances à l'alcool, aux drogues et aux solvants ont sonné l'alarme obligeant les autorités à réagir est maintenant révolue. Dans le contexte actuel de nos connaissances, il est plus approprié de parler du phénomène des dépendances en étant inclusif plutôt que de se limiter à ne s'intéresser qu'à certaines d'entre elles.

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

Le présent rapport est composé de quatre (4) sections distinctes. La première section est divisée en deux volets dont l'un fait état du profil biopsychosocial des toxicomanies et l'autre du profil des services existants en matière de dépendances, autant chez les Premières Nations que dans le réseau québécois. Cette première section porte essentiellement sur la recension des données et des pratiques existantes qui ont permis de faire le portrait de la situation actuelle. La deuxième section présente les résultats et les données recueillies au cours de l'évaluation des besoins auprès des intervenants du réseau PNLAADA. La troisième section présente la discussion des résultats et la quatrième section fait état des recommandations qui permettraient la mise en place d'un continuum de soins et de services qui respectent les besoins des intervenants du réseau et des individus nécessitant de l'aide.

Note : La forme masculine est employée dans le seul but d'alléger le texte.

MÉTHODOLOGIE

Comme nous l'avons vu précédemment, l'objectif de la présente démarche d'évaluation de besoins était d'abord de recueillir une information pertinente sur les toxicomanies en général tant au plan du profil des usagers que de l'ensemble des services pour la Région du Québec. La stratégie méthodologique devait être flexible et adaptée.

Recension de la littérature

En ce qui a trait à la recension de la littérature, une analyse complète de la documentation relative aux toxicomanies chez les Premières Nations et les Inuits a été effectuée. Nous avons également répertorié les services offerts en se basant sur une série de questions qui permettaient de recueillir le maximum d'informations sur les services actuels. Étant donné que la littérature sur la toxicomanie est vaste et répandue, les règles suivantes ont été observées :

- ❖ Rechercher les ouvrages faisant des rapprochements pertinents avec d'autres milieux, par exemple au niveau international ou chez les non-Autochtones en s'attardant au Canada et au Québec.
- ❖ Intégrer des informations obtenues sur les activités de prévention, de traitement et de postvention.

Stratégie mixte de cueillette de données

Nous avons eu recours à deux stratégies de cueillette de données auprès des acteurs clés soit par entrevue structurée à l'aide d'un questionnaire et par la tenue de groupes de discussion.

Instrument de mesure

Pour l'évaluation des besoins auprès d'acteurs-clés du PNLAADA, une stratégie méthodologique mixte a été employée. D'une part, un questionnaire a été administré (annexe 2) auprès d'acteurs-clés œuvrant dans le réseau PNLAADA chez les 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 48 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 pratiques en matière de prévention, d'intervention et de post-traitement et 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 PNLAADA. En conséquence, nous pouvons affirmer que notre échantillonnage est représentatif de

l'ensemble des personnes qui sont directement concernées par le programme.

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 notre échantillon. Nous avons finalement interrogé et saisi 48 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 Nations ayant été sondées sont les suivantes (en ordre alphabétique):

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

Lors de la cueillette de données, les Inuits n'ont pas été intégrés à l'échantillonnage, ils n'ont pas été interrogés dans le cadre des groupes de discussion et le questionnaire des entrevues structurées ne leur a pas été administré. De plus, les Inuits ne sont pas représentés au sein de la CSSSPNQL. Pour la Nation Malécite, aucun répondant au PNLAADA n'était en poste au moment de la cueillette de données.

Groupes de discussion

Afin d'obtenir l'opinion de divers intervenants provenant de d'autres champs d'activités, nous avons organisé des groupes de discussion. Nous avons profité de la tenue de différentes réunions et colloques qui réunissaient des intervenants de tous les secteurs mais oeuvrant au sein des communautés des Premières Nations. Nous avons communiqué avec les responsables de ces événements et nous leur avons demandé la possibilité d'offrir à leurs participants d'assister à des groupes de discussion portant sur le PNLAADA.

Ainsi, quatre (4) groupes réunissant des intervenants des centres de santé des Premières Nations, des infirmières, des agents PNLAADA, des gestionnaires de programmes, des intervenants de garde, des psychoéducateurs, des responsables des projets en éducation spéciale, des intervenants jeunesse, des intervenants des services sociaux ont été organisés. Un total de 40 personnes a été rencontré dans le cadre de ces forums soit en contact direct ou par vidéoconférence. Ces forums ont été animés selon un guide d'animation (annexe 2) et chaque participant devait aussi donner son consentement (annexe 3).

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.

De plus, seules les opinions des intervenants ont été recueillies. Les personnes qui ont eu recours au PNLAADA en tant qu'aidé 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 étendu à la clientèle elle-même.

SECTION 1 : RECENSION - PROFIL DE LA SITUATION ACTUELLE

VOLET 1 : PROFIL BIO-PSYCHOSOCIAL DES TOXICOMANIES

PROFIL RÉGIONAL DES COMMUNAUTÉS

Au Québec, on compte un total de 55 communautés des Premières Nations et des Inuits. La carte ci-dessous illustre l'étendue géographique du Québec avec l'emplacement de chacune des communautés des Premières Nations et des Inuits.



Source : Société touristique des Autochtones du Québec (n.d.).

En date de décembre 2008 et selon les données disponibles au Secrétariat aux affaires autochtones (SAA), la population des Premières Nations et des Inuits se chiffrait à 87 251 individus et représente environ 1,2 % de la population totale de la province de Québec.

Dans l'ensemble des communautés au Québec, 31 (55 %) sont des communautés non conventionnées et 24 (45 %) communautés sont conventionnées (CSSSPNQL, 2008).

Les communautés inuites, crie et naskapi représentent un total de 24 communautés et sont signataires de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois. Avec cette convention, ces nations ont obtenu des responsabilités notamment en matière d'éducation, de services de santé et de services sociaux. Le Gouvernement du Québec a ainsi pu développer le territoire selon les règles établies par la convention. (SAA, 2008). Toutefois, les Cris, les Inuits et les Naskapis demeurent éligibles au PNLAADA. Pour les autres communautés non conventionnées, elles sont régies par la Loi sur les Indiens et sont éligibles au PNLAADA.

Puisque les communautés des Premières Nations et Inuits du Québec se répartissent sur un vaste territoire, le degré d'isolement géographique de chacune varie. Voici les définitions du degré d'isolement de Santé Canada :

Isolé	Vols, bonne liaison téléphonique, aucun accès routier
Semi-isolé	Accès routier mais médecin à plus de 90 km de distance
Non isolé	Accès routier et médecin à plus de 90 km de distance

En se basant sur ces définitions, on dénombre 28 communautés isolées, 6 communautés semi-isolées et 21 communautés non isolées. Il est à noter que l'ensemble des communautés inuites sont situées en milieu isolé.

PRÉVALENCE DES MÉTHODES ET HABITUDES DE CONSOMMATION

Il est question ici de la prévalence des méthodes de consommation qui comportent des risques élevés pour la santé ainsi que des habitudes de consommation chez les Premières Nations du Québec.

DANS LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS

Les résultats de l'Enquête régionale longitudinale de santé des Premières Nations et des Inuits (ERLSPNI) publiée en 2002 révèlent que plus de deux adolescents sur cinq (44,2 %) ont consommé de la drogue ou des substances volatiles dans les 12 mois précédant l'enquête. Chez les 12 à 14 ans, 27,1 % ont affirmé avoir consommé des drogues. Ce pourcentage augmente à 58,4 % chez les 15 à 17 ans. La marijuana est la drogue la plus consommée par les adolescents. En effet, la grande majorité des adolescents qui ont consommé de la drogue (92,1 %) a consommé de la marijuana. Quant à l'alcool, l'enquête démontre que la consommation augmente considérablement au cours de l'adolescence chez les Premières Nations et Inuits. En effet, alors que le tiers des 12 à 14 ans a bu de la bière, du vin, des spiritueux ou des boissons alcoolisées dans les 12 mois précédant l'enquête, les trois quarts des 15 à 17 ans (75,9 %) en ont consommé.

L'ERLSPNI démontre qu'un adulte sur cinq résidant dans une communauté des Premières Nations au Québec consomme au moins cinq verres d'alcool et plus par jour. Aussi, plus de 36,2 % des membres des Premières Nations ont mentionné avoir consommé des drogues dans les 12 mois précédant l'enquête.

De plus, 40,5 % des hommes affirment consommer de la drogue par rapport à 32,1 % des femmes. Dans l'ensemble de la population, 26,6 % des individus ont consommé de la marijuana, 11,0 % de la cocaïne, du crack ou de la freebase, 8,6 % de la codéine, de la morphine ou des opiacés et 4,6 % du PCP ou de la poudre d'ange. Enfin, 10,2 % des adultes ont déjà été traités pour abus de drogue ou de substances volatiles.

L'ERLSPNI démontre que les 18 à 34 ans sont les plus grands consommateurs de drogues ou de substances volatiles. Plus de 54,8 % des 18 à 34 ans ont consommé de la drogue et/ou des substances volatiles dans les 12 mois précédant l'enquête. Ce pourcentage diminue à 24,6 % chez les 35 à 54 ans et à 17,6 % chez les 55 ans et plus. De plus, on constate que la proportion de consommateurs semble supérieure dans les communautés de moyenne et de grande taille. Par contre, il se peut qu'un certain nombre d'adultes dans les petites communautés n'aient pas déclaré avoir consommé des drogues en raison de la proximité entre les personnes ou pour des motifs de confidentialité.

Pour ce qui est des personnes de 55 ans et plus (aînés), plus de la moitié (57,3 %) affirment avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête. Pour ce qui est de la consommation de drogues, on estime que 17,6 % des aînés s'adonnent à cette pratique. L'enquête remarque cependant que 97,6 % des personnes de 55 ans et plus affirment ne jamais avoir été traitées pour abus de drogues et 98,3 % n'ont jamais été traitées pour un abus de solvants.

L'étude démontre que les substances les plus consommées dans les communautés sont l'alcool et la marijuana. Il est donc possible de conclure que les méthodes de consommations comportent peu de réels risques pour la santé contrairement à l'utilisation de drogues injectables.

PREMIÈRES NATIONS VIVANT HORS COMMUNAUTÉ EN MILIEU URBAIN

Les données de l'ERLSPNI pour les individus vivant hors des communautés démontrent que près des deux tiers des répondants ont consommé de l'alcool dans les 12 mois précédant l'enquête et plus du quart d'entre eux ont consommé plus d'une fois par semaine. Par ailleurs, 57,1 % des adolescents ont consommé de la drogue ou des substances volatiles dans les 12 mois précédant l'enquête. Parmi ceux-ci, la totalité a fumé de la marijuana. Chez les consommateurs de marijuana, 20,0 % en ont fumé à raison de deux à trois fois par semaine, alors que 17,1 % en ont fumé à tous les jours.

Au chapitre de la consommation d'alcool, 80,8 % des adultes ont bu de la bière, du vin, des spiritueux ou autres boissons alcoolisées au cours des 12 mois précédant l'enquête. Parmi ceux-ci, 39,2 % en ont bu au moins deux à trois fois par semaine. Le quart des répondants a déjà été traité pour abus d'alcool.

L'enquête révèle que 57,8 % des répondants ont fait usage d'au moins une drogue non prescrite dans les 12 mois précédant l'enquête (excluant la marijuana et le tabac à chiquer), ce qui représente une proportion légèrement inférieure à celle observée dans les communautés (62,3 %).

Le nombre d'utilisateurs diminue significativement avec l'âge, passant de 74,2 % chez les 18 à 34 ans, à 46,8 % chez les 35 à 54 ans, à 13,0 %* chez les 55 ans et plus. La proportion est également beaucoup plus importante à Montréal (71,7 %) qu'à Québec ou à Val d'Or (moins de la moitié des répondants). Néanmoins, alors qu'un répondant sur cinq a été traité pour un abus de drogue à Montréal et à Québec, c'est plus d'un répondant sur quatre qui a été traité à Val d'Or.

L'enquête révèle également que 51,3 % des répondants ont consommé de la marijuana au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ceci représente des proportions deux fois plus élevées que celles observées

chez les adultes vivant dans les communautés. Parmi les adultes consommateurs, 65,1 % des répondants de Montréal ont consommé de la marijuana et 38,7 % des répondants de Québec. Enfin, 55,5 % des adultes consommateurs de marijuana ont fumé de deux à trois fois par semaine, ce qui représente une proportion similaire à celle observée dans les communautés (50,8 %). Près d'un répondant adulte sur cinq (16,9 %) a consommé de la cocaïne, du crack ou de la *freebase* au cours des 12 mois précédant l'enquête.

La principale différence entre les hommes et les femmes concerne la cocaïne. En effet, près d'un homme consommateur de drogue sur quatre, comparativement à moins d'une femme consommatrice de drogue sur sept, en a fait usage. Seuls quelques répondants de Montréal ont consommé de l'héroïne ou inhalé de la colle, du gaz ou de la peinture. Les répondants de Montréal sont également les plus nombreux à avoir consommé de l'ecstasy, du LSD ou de la codéine. Enfin, bien que moins d'un répondant sur cinq ait déjà été traité pour abus de drogues, il s'agit de près du double des adultes vivant dans les communautés qui ont été traités.

PRÉVALENCE DES TOXICOMANIES ET COMORBIDITÉ

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la comorbidité, ou double diagnostic, comme étant la «cooccurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique» (OMS, 1995). Selon l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), une personne ayant un double diagnostic est « une personne qui a été diagnostiquée comme présentant un abus d'alcool ou de drogue en plus d'un autre diagnostic, habituellement de nature psychiatrique, par exemple un trouble de l'humeur, une schizophrénie» (ONUDCPC, 2000). En d'autres termes, la comorbidité dans ce contexte fait référence à la coexistence temporelle de deux ou plusieurs troubles psychiatriques ou de la personnalité, dont l'un des deux est la consommation problématique de drogue.

Selon l'enquête « *Alcool, drogues et inhalants : Portrait des consommateurs et des habitudes de consommation chez les Premières Nations de la région du Québec* » effectuée par la CSSSPNQL en 2008, certains facteurs présents dans la vie d'une personne facilitent le passage vers une consommation problématique. La plupart de ces agents, appelés communément facteurs de risque, ne sont toutefois pas spécifiques de l'abus de substances psychoactives, mais plutôt associés au développement d'une série de comportements déviants ou problématiques (p. ex. commission de délits, relations sexuelles à risque, conduite avec facultés affaiblies...), incluant la consommation abusive. Ces facteurs de risque sont de différentes natures: les facteurs biologiques, les facteurs familiaux, les facteurs sociaux et les autres facteurs personnels. Conséquemment, les facteurs biologiques peuvent donc expliquer la comorbidité chez les sujets consommant des substances de façon abusive.

En effet, l'enquête de la CSSSPNQL (2008) stipule que certaines maladies mentales, transmises génétiquement, peuvent également expliquer l'abus de drogues chez de nombreux individus, notamment ceux qui souffrent de schizophrénie et de troubles bipolaires (Brochu, 2006; Ripple et Luthar, 1996; Cadoret, Troughton, O'Gorman, et Heywood, 1986). Les personnes atteintes de troubles mentaux, ou qui présentent certains traits de personnalité (limite, histrionique ou passive-agressive), sont effectivement plus à risque de développer des problèmes d'abus de drogues que la population générale (Cuffel, 1996; Nace, Davis et Gaspari, 1991; Regier et al., 1990).

Les répondants des Premières Nations à cette enquête ont déclaré montrer des signes importants de troubles généralement associés à des facteurs biologiques. En effet, plus du tiers (35 %) des répondants

qui ont fait une dépression de plus de 2 semaines dans les 30 jours (précédant) leur entrée au centre de traitement et 73 % rapportent de tels épisodes dépressifs au courant de leur vie. Les résultats indiquent aussi que 42 % des répondants ont souffert de l'anxiété et des tensions durant plus de 2 semaines dans les 30 jours précédant leur entrée au centre de traitement, et 70 % au cours de leur vie. Près du quart des répondants ont eu de la difficulté à maîtriser leurs comportements violents dans les 30 jours précédant leur entrée au centre de traitement et 57 % rapportent de telles difficultés au cours de leur vie. De telles difficultés se répercutent aussi dans la demande de services, puisque 62 % des répondants affirment avoir rencontré un professionnel pour des troubles psychologiques au courant de leur vie.

De plus, selon les résultats de l'Enquête régionale longitudinale de santé des Premières Nations et des Inuits (ERLSPNI) effectuée en 2002, un nombre élevé d'adolescents des Premières Nations vivant dans les communautés présentent des troubles de santé mentale. Les données démontrent que plusieurs ont eu des idées suicidaires au cours de leur vie (46,5 % des filles et 23,6 % des garçons) et/ou qui se sont sentis déprimés durant plus de deux semaines dans les 12 mois précédant l'enquête (39,3 % des adolescents).

L'ERLSPNI a démontré qu'il semble y avoir un lien entre la santé émotionnelle et/ou mentale et la consommation de drogues. En effet, 50,4 % des adultes ayant déjà pensé au suicide ainsi que 55,1 % des adultes ayant déjà fait une tentative de suicide ont consommé de la drogue et/ou des substances volatiles dans les 12 mois précédant l'enquête.

L'ERLSPNI démontre également que 47,5 % des membres des communautés qui affirment avoir un bas niveau d'équilibre physique, mental, émotionnel et spirituel disent faire usage de drogues et/ou de substances volatiles. Enfin, les jeunes adultes répondants à cette enquête sont plus nombreux à déclarer des problèmes d'alcoolisme, d'abus de drogues ou de médicaments et d'abus verbaux ou psychologiques.

Finalement, selon les intervenants des programmes de traitement auprès d'adultes qui ont été questionnés dans le cadre de l'enquête « *Alcool, drogues et inhalants : Portrait des consommateurs et des habitudes de consommation chez les Premières Nations de la région du Québec* », les difficultés rencontrées par les personnes sondées sont aussi perçues par les intervenants. En effet, parmi les difficultés rencontrées, 78 % des intervenants ont mentionné les pensées suicidaires, 75 % les problèmes de santé psychologique et mentale, 75 % la dépression et la déprime, 72 % les difficultés d'ordre psychologique et individuel comme le sentiment de solitude et d'isolement et 23 % des répondants perçoivent que les adultes ayant été en traitement vivent avec une personne aux prises avec des problèmes de jeu compulsif. Aussi, selon les intervenants des programmes de traitement auprès des adolescents qui ont été questionnés, les difficultés les plus rencontrées sont les problèmes de santé psychologique et mentale, la dépression et la déprime pour 79 % des répondants, alors que 73,5 % des répondants ont indiqué les problèmes de violence et d'agressivité et 68,5 % ont identifié les pensées suicidaires.

En effet, les résultats de l'enquête « *Alcool, drogues et inhalants : Portrait des consommateurs et des habitudes de consommation chez les Premières Nations de la région du Québec* » confirment l'idée d'une grande précocité de la consommation. Parmi les substances consommées les plus tôt, on retrouve les inhalants. Le tiers des répondants ont commencé à consommer les inhalants à 10 ans et moins et 58 % entre 11 et 15 ans. L'alcool et le cannabis sont aussi consommés tôt comparativement aux amphétamines, à la cocaïne, à l'héroïne et aux médicaments. En effet, la première consommation s'est généralement faite (environ 60 %) dans le groupe d'âge des 11-15 ans et pour l'alcool un peu plus de 20

% des répondants ont pris leur première consommation à 10 ans et moins.

L'âge auquel la consommation est devenue problématique est différent selon la substance. Par exemple, plus de 80 % des répondants ayant développé un problème de consommation d'inhalant soutiennent que cela s'est produit entre 11 et 15 ans. La consommation d'amphétamine devient plutôt problématique dans les tranches d'âge de 16 à 20 ans et de 21 à 25 ans. Il en est de même pour la consommation de cocaïne et d'hallucinogènes.

Pour environ la moitié des consommateurs pour qui la consommation d'alcool est devenue problématique, cela s'est produit entre 16 et 20 ans. Il y a un peu plus de 25 % des consommateurs pour qui la consommation de médicament est devenue problématique entre 21 et 25 ans. Pour ce qui est du cannabis, la consommation est devenue surtout problématique dans les tranches d'âge de 11 à 15 ans et de 16 à 20 ans.

FACTEURS DE RISQUE ET CONSÉQUENCES POSSIBLES DES TOXICOMANIES

En termes de conséquences, l'enquête « *Alcool, drogues et inhalants : Portrait des consommateurs et des habitudes de consommation chez les Premières Nations de la région du Québec* » illustre l'impact des toxicomanies sur les individus.

Les parents constituent la première institution de socialisation majeure dans la vie d'un enfant. Ceci explique que l'absence d'un des parents (le plus souvent le père) ou encore le désengagement parental (accompagné d'un sentiment de rejet) engendre des difficultés importantes dans le processus d'intégration sociale, ce qui augmente considérablement les risques pour l'enfant de développer des problèmes d'abus de drogues avec le temps (Brochu, 2006).

L'influence des parents peut aussi être plus directe. De nombreux auteurs parlent du phénomène de l'imitation, aussi appelé processus transgénérationnel des toxicomanies, lorsqu'il y a consommation chez au moins un membre de la famille. En consommant, ce parent transmettrait en quelque sorte à l'enfant une attitude positive envers les drogues, constituant une forme d'approbation à l'égard de leur utilisation (Brunelle, Cousineau et Brochu, 2002; Brook, Brook, De La Rosa, Whiteman, Johnson et Montoya, 2001; Cormier, Brochu et Bergevin, 1991; Hammersely, Marsland et Reid, 2003). Ainsi, les enfants qui se développent dans un milieu où la consommation est fréquente et problématique en viendraient à la considérer normale, et seraient plus à risque de développer eux-mêmes des problèmes de consommation.

Enfin, un milieu familial à risque, caractérisé par un encadrement parental inadéquat, un désengagement des responsabilités parentales, la violence et la consommation de substances psychoactives, s'inscrit parmi les facteurs de risque qui favorisent l'abus d'alcool et de drogues chez les adolescents.

Selon les intervenants des programmes de traitement des toxicomanies auprès d'adultes questionnés au cours de cette enquête, les problématiques familiales sont très préoccupantes. En effet, elles apparaissent au 1er et 2e rang des éléments rapportés par les intervenants auprès des adultes (problèmes d'ordre familial et relations familiales et interpersonnelles difficiles; pourcentage cumulé de 97 %) et la négligence des enfants (pourcentage cumulé de 90,5 %). On retrouve au 4e rang les problèmes de violence et d'agressivité (pourcentage cumulé de 84,5 %). Dans la communauté en général, la violence conjugale et familiale apparaît comme le 5e problème social le plus représenté dans les communautés. Une proportion de l'ordre de 12,5 % des répondants la trouvent extrêmement présente, 50 % très présente, et 34,4 % moyennement présente.

Deux problèmes ressortent particulièrement selon les intervenants auprès des adolescents. Pour près des deux tiers des répondants (63,5 %), tous ou plusieurs de leurs clients adolescents ont des relations familiales ou interpersonnelles difficiles ou malsaines. De plus, selon près de la moitié (42 %) des répondants, les adolescents avec lesquels ils sont en contact vivent de la négligence parentale.

Suivant de près la famille, l'école devient rapidement le second lieu de socialisation dans la vie de l'enfant. L'école joue un rôle tout aussi important dans la transmission des valeurs sociales dominantes. Or, une mauvaise intégration scolaire peut compromettre sérieusement l'adhésion à ces valeurs et ainsi augmenter la susceptibilité du jeune à adopter des comportements problématiques, comme l'abus de drogues (Bryant, Schulenberg, O'Malley, Bachman, et Johnston, 2002; Grapendaal, Leuw et Nelen, 1995; Normand et Brochu, 1993). Ici, la consommation de psychotropes est vue comme le développement d'une alternative à l'extérieur du cadre scolaire, servant à combler le vide laissé par une mauvaise intégration à l'école. Souvent, le passage entre le primaire et le secondaire apparaît comme déterminant quant à l'apparition de comportements déviants. Ce saut devient particulièrement difficile pour les jeunes qui n'ont jamais connu d'attachement réel et significatif avec l'école ou l'apprentissage (Brochu, 2006). Il convient alors d'intervenir auprès des enfants qui souffrent de problèmes d'adaptation avant leur entrée au secondaire afin de prévenir l'établissement de problèmes liés à la consommation.

La question du décrochage scolaire est aussi perçue par les répondants comme une difficulté à ne pas négliger, tel qu'en témoignent les résultats de l'enquête. En effet, le décrochage scolaire est classé au 6^e rang, et 9,4 % des répondants le trouvent extrêmement présent, 53,1 % très présent, et 28,1 % moyennement présent. Les adolescents sont eux aussi aux prises avec des problèmes de décrochage scolaire selon les intervenants, puisqu'il arrive au 3^e rang. Le décrochage contribue lui aussi à faire perdurer les difficultés d'ordre socioéconomique et socioprofessionnel des répondants et à les rendre plus vulnérables aux problèmes de toxicomanie.

Alors que la famille prend de moins en moins de place dans le processus de socialisation de l'enfant qui fréquente une institution scolaire, les pairs représentent un facteur de risque prépondérant à l'égard de l'abus de drogues (Brochu, 2006; Claes, 2003; Wasserman et al., 2003). Le groupe d'amis devient alors une source de valeurs influente, qui renforce le développement de comportements déviants. Il suscite d'abord les premières expériences avec les psychotropes et constitue ensuite un lieu d'approvisionnement pratique. Les adolescents les plus enclins à se laisser tenter par un groupe de pairs déviants sont surtout ceux qui éprouvent des difficultés familiales et scolaires, qui entretiennent peu d'espoirs en l'avenir et qui vivent du rejet de la part des adultes de leur entourage (Brochu, 2006). Dans ce genre de situation, le groupe d'amis comble les manques laissés par la famille ou l'école (Hotton et Haans, 2003). En somme, l'adhésion à un groupe de pairs déviants, l'adoption de leurs valeurs et l'exposition à des pressions de leur part constituent autant d'éléments qui favorisent le cheminement du jeune vers un style de consommation abusif (Brunelle, Cousineau, Brochu, 2002; Bryant et al., 2002; Curran, White, Hansell, 2000; De Witt, Silverman, Goodstadt et Stoduto, 1995; Farrington, 2003; Grapendaal, Leuw et Nelen, 1995).

Brochu (2006) constate, dans son ouvrage sur la relation entre la consommation de drogues et la perpétration de délits, que les facteurs de risque habituellement liés à l'abus de psychotropes s'avèrent également à l'origine de plusieurs comportements déviants, notamment la commission de crimes. En effet, plusieurs traits communs retrouvés chez une proportion considérable d'utilisateurs de drogues feraient en sorte que la violence et d'autres formes d'actes criminels se retrouveraient parmi les comportements des abuseurs de drogues. Ce phénomène est généralement qualifié de syndrome général de déviance (Brochu, 2006). Une proportion non négligeable de répondants à l'enquête de 2008

de la CSSSPNQL a été confrontée au système de justice. En effet, 86 répondants rapportent qu'ils ont déjà fait l'objet d'une détention: 38 % l'ont été 1 seule fois, 29 % deux fois et 13 % plus de 5 fois.

Plusieurs auteurs font référence aux liens entre la consommation de drogues et la commission de délits (Brochu, 2006; Germain, Brochu, Bergeron, Landry et Schneeberger, 2001; Schneeberger et Brochu, 2000). Alors que certains usagers vont commettre des crimes sous intoxication (effets du produit), d'autres vont agir sous l'effet de manque (besoin intense du produit) (Brochu, 2006). Le coût onéreux auquel se transigent les drogues motivera également plusieurs toxicomanes à passer à l'acte, afin de financer leur consommation (Brochu, 1997a). L'abus de substances psychoactives et la dépendance deviennent alors des causes proximales du comportement criminel et de la récidive (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2004). En d'autres termes, pour beaucoup de toxicomanes, leur consommation de drogues est à l'origine des crimes qu'ils commettent.

À titre d'exemple, en ce qui concerne particulièrement la population autochtone, Mercier, Rivard, Guyon et Landry (2002) révèlent dans leur rapport que, pour l'année 2000-2001, de 70 à 80 % de toutes les infractions criminelles de la Baie d'Ungava ont été commises sous l'influence d'une drogue licite (principalement l'alcool) ou illicite. Ces résultats ont été obtenus suite à la consultation des dossiers de délits criminels par le procureur de la Couronne en poste au moment de l'étude. Par contre, les policiers estimerait plutôt cette proportion à 90 % de tous les crimes, considérant les dossiers qui ne parviennent pas à la Cour. Toutefois, ces acteurs sont dans l'impossibilité de déterminer si ces actes criminels ont été perpétrés sous l'effet de manque ou sous intoxication.

Selon les données du Service correctionnel du Canada, les autochtones demeurent surreprésentés dans les établissements correctionnels fédéraux. Ces derniers représentent effectivement 2,8 % de l'ensemble de la population canadienne, mais constituent plus de 18 % de la population carcérale fédérale. De surcroît, la majorité des crimes commis par les jeunes autochtones le serait sous l'influence de l'alcool, d'inhalants ou de drogues, alors qu'une minorité de ces actes seraient perpétrés à jeun. Enfin, il semble que l'alcool occupe une place non négligeable dans l'histoire de vie des autochtones incarcérés dans les pénitenciers canadiens (Mercier, Rivard, Guyon et Landry, 2002).

En somme, la description précédente des facteurs de risque montre que l'abus de drogues provient généralement d'une série d'éléments négatifs dans la vie d'un individu. La complexité de ces facteurs, qui découlent les uns des autres, rehausse l'importance d'instaurer des programmes de prévention et de traitements capables d'intervenir non seulement sur les problèmes de consommation, mais également sur les facteurs environnants qui peuvent contribuer à l'abus de substances, comme les dysfonctionnements familiaux, l'association avec des pairs déviants, le manque de perspectives d'avenir, la commission de délits ou encore la pauvreté. En outre, sachant que la précocité de la consommation s'avère un facteur clé dans la prédiction de l'abus de drogues chez les adolescents, il convient d'offrir des programmes de prévention adaptés aux plus jeunes.

En termes de réduction des méfaits et selon la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD, 2007), les Autochtones ont été affectés de façon disproportionnée par les méfaits liés à la consommation de substances et ils sont surreprésentés dans certaines populations défavorisées des grandes villes, dans le commerce du sexe et dans le système carcéral. L'inhalation de substances a notamment été reconnue par les populations autochtones comme un grave problème.

Le risque de transmission intergénérationnelle en raison de difficultés d'intégration sociale, le

décrochage scolaire, l'adoption de comportements problématiques, violence, délinquance, actes criminels (syndrome général de déviance) figurent au chapitre des conséquences des toxicomanies. La consommation abusive de substances psychoactives, nous l'avons vu précédemment, est généralement accompagnée d'une quantité importante de problèmes et de désordres sociaux. Ces désordres minent généralement la vie en communauté, et mènent même parfois à une prise en charge par le système de justice pénale. De plus, le problème de dépendance au jeu dans les communautés autochtones constitue en fait une problématique complexe. Les jeux de hasard sont généralement perçus comme «dépendance de remplacement» pour d'anciens toxicomanes devenus sobres; les travailleurs du PNLAADA traitant les problèmes de dépendance expriment fréquemment leur frustration devant l'accessibilité toujours plus grande de leurs anciens clients alcooliques aux jeux de hasard. (FANPLD, 2005).

En termes de conséquences sur les besoins de services, les toxicomanies requièrent une attention particulière selon les répondants de l'enquête « *Alcool, drogues et inhalants : Portrait des consommateurs et des habitudes de consommation chez les Premières Nations de la région du Québec* ». En effet, il y a une augmentation de la détresse psychologique chez les adultes consommateurs. Les activités de prévention sur la santé mentale font défaut pour 53 % des répondants. Également les intervenants disent manquer de formation sur les troubles mentaux et plus spécifiquement sur la schizophrénie. Le suicide est quant à lui un sujet délicat pour les intervenants qui vivent beaucoup de stress face à cette question, et éprouvent un manque de formation en ce qui concerne les agents PNLAADA.

La résolution des problématiques associées à la toxicomanie n'est pas simple. La sévérité historique du défi relatif aux communautés autochtones est représentée de façon précise dans « *Répondre à l'appel* » qui est le document de Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada. Dans « *Répondre à l'appel* », on considère qu'il est essentiel de s'attaquer aux causes fondamentales de la consommation problématique de substances dans les communautés autochtones. Il faut aussi donner accès au traitement en suivant une approche holistique, qui reconnaît l'engagement de la personne, mais aussi de la collectivité dans son ensemble. La formation et le renforcement des capacités des Premières Nations, des Inuits et des Métis ainsi que l'autonomisation des peuples autochtones sont des éléments importants pour leur donner les moyens d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies adaptées à leur culture, et ce, pour réaliser des progrès durables à long terme.

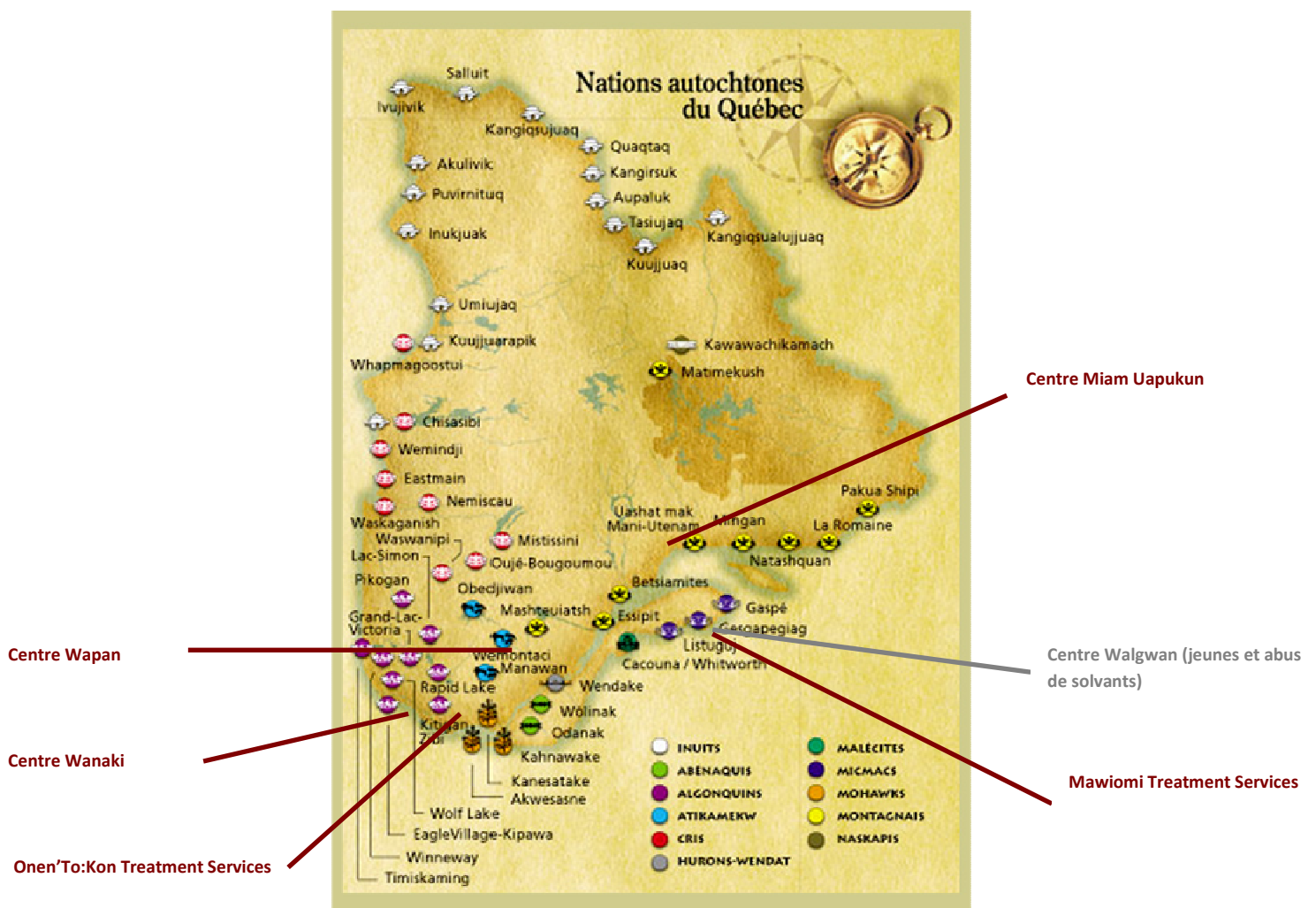
VOLET 2 : RECENSION - PROFIL DES SERVICES DE PREVENTION, D'INTERVENTION ET DE POSTVENTION EN MATIERE DE TOXICOMANIE

PROFIL DES SERVICES

CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC

Le PNLAADA vise la prévention, l'intervention et la postobservation. Chaque communauté des Premières Nations emploie un agent PNLAADA qui œuvre à l'amélioration du mieux-être des individus de leur communauté par diverses activités décrites au chapitre précédent « Aperçu du PNLAADA ». Il est à noter qu'au Québec, la majorité des programmes de santé dont le PNLAADA sont transférés aux communautés des Premières Nations.

En plus d'employer des agents dans les communautés, le PNLAADA finance des centres de traitement où les individus peuvent entreprendre un programme résidentiel de réhabilitation. La carte ci-dessous illustre l'emplacement des centres de traitement PNLAADA chez les Premières Nations du Québec :



Source : Société touristique des Autochtones du Québec (n.d.).

Les cinq (5) centres de traitement PNLAADA s'adressent à des adultes de plus de 18 ans, sauf pour quelques cas d'exception où des services peuvent être offerts à des individus âgés de 17 ans et moyennant le consentement du titulaire de l'autorité parentale. Le Centre Walgwan est le seul centre de réadaptation qui offre des services aux jeunes âgés de 12 à 17 ans qui consomment des solvants et d'autres substances.

Voici le profil de chacun des centres de traitement PNLAADA au Québec :

Centre	Clientèle cible	Durée du programme résidentiel	Langue	Services spéciaux	Nombre de lits
Wapan	Adulte, 4 nations	3 semaines	Français	Dépistage d'admission; double dépendance; services sans rendez-vous/intervention en cas de crise; suivi/post-cure; consultations externes (limitées)	12
Wanaki	Adulte, Premières Nations et Inuits	5 semaines	Anglais et français (en alternance des cycles)	Dépistage d'admission; double dépendance; suivi/post-cure; services d'interprétation; consultations externes (limité)	12
Onen'To :Kon	Adulte, Premières Nations et Inuits	6 semaines	Anglais	Dépistage d'admission; double dépendance; services sans rendez-vous/intervention en cas de crise; suivi/post-cure; services d'interprétation; consultations externes (2 bureaux)	16
Mawiomi	Adulte, Premières Nations et Inuits	5 semaines	Anglais	Dépistage d'admission; double dépendance; suivi/post-cure; consultations externes; services d'interprétation	7
Miam Uapukun	Adulte, Premières Nations et Inuits	3 semaines	Innu et français	Dépistage d'admission; double dépendance; suivi/post-cure; services sans rendez-vous/intervention en cas de crise	12
Walgwan	Jeunes de 12 à 17 ans des Premières Nations et Inuits	Maximum de 6 mois (possibilité d'extension)	Anglais et français	Dépistage d'admission; double dépendance; services sur le terrain; client de jour (non résidentiel); suivi/post-cure	12

La plupart des centres de traitement du Québec financés par le PNLAADA ont entrepris une démarche avec Agrément Canada, pour la reconnaissance de l'atteinte de normes de qualité reconnues.

Il est à noter qu'il n'existe aucun centre de traitement familial, aucun centre avec programme de jour ni aucun centre de traitement en consultation externe financé par le PNLAADA au Québec, contrairement à d'autres régions au Canada.

Quant au suivi et bien que le suivi post-traitement soit souhaitable, les résultats de l'enquête « *Alcool, drogues et inhalants : Portrait des consommateurs et des habitudes de consommation chez les Premières Nations de la région du Québec* » indiquent que les répondants perçoivent un manque à ce niveau. Il y a lieu de croire que la quantité de services de suivi post-traitement ne correspond pas encore aux besoins des personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Enfin, les résultats de l'enquête ont montré qu'une majorité des répondants, soit 53 % d'entre eux, pensaient que les services post-traitement n'étaient pas bien adaptés et manquaient d'efficacité. Également plusieurs répondants avaient évoqué le suivi des clients comme difficulté majeure de leur travail.

En termes d'admission, les demandes pour un traitement sont habituellement effectuées via un agent référent (agent PNLAADA ou autre personne). Toutefois certains centres acceptent les demandes provenant d'individus qui acheminent leurs propres demandes. Chaque centre possède sa propre procédure d'admission et ses formulaires qui sont approuvés par un conseil d'administration. Ainsi, un client peut préférer ou « choisir » un centre plutôt qu'un autre. Les conditions d'admission varient également d'un centre à l'autre et la langue dans laquelle les services sont offerts peut affecter la liste d'attente d'un centre. Les procédures de transport, les approches, le type de clientèle admise et les activités varient également d'un centre à l'autre. Quoique les directeurs des centres de traitement travaillent ensemble pour discuter et échanger sur des enjeux communs, il demeure que chaque centre opère individuellement. Cet état de situation mène au constat qu'il existe des lacunes importantes en termes de services et même qu'il en découle des dédoublements de services. Par exemple, si le Centre Miam Uapukun offre un programme en langue innue pendant que le Centre Wanaki offre un programme en anglais, le Centre Wapan reste le seul à opérer en français pendant une période donnée. Il va sans dire que les directeurs des centres de traitement s'efforcent de ne pas créer de lacunes de services mais cette opération s'avère une gymnastique logistique importante qui n'est pas la panacée au problème.

AU QUÉBEC (Organisation des services provinciaux)

En ce qui a trait aux services et programmes au Québec, l'objectif général du programme *Dépendances* est de prévenir, réduire et traiter les problèmes de dépendance par le déploiement et la consolidation d'une gamme de services notamment en toxicomanie et jeu pathologique, sur l'ensemble du territoire québécois.

Services de première ligne

Les centres de santé et services sociaux (CSSS) ont la responsabilité de l'accès aux services de première ligne. Ainsi, ils accueillent les diverses clientèles, font de la détection de cas, de la désintoxication externe et des interventions précoces. Ils assurent des services de maintien à la méthadone, réfèrent les personnes dont la détection indique un résultat d'abus ou de dépendance vers les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) pour fins d'évaluation spécialisée et offrent un soutien à l'entourage et dans la communauté.

Services spécialisés

En deuxième ligne, les CRPAT offrent des services spécialisés aux personnes dépendantes. Forts de leur expertise en intervention, les CRPAT évaluent la gravité de l'abus ou de la dépendance de chaque personne et la dirigent vers les services spécialisés appropriés à ses besoins. Ils assument aussi un rôle de premier plan dans le soutien, la formation et l'expertise auprès des différents partenaires dans le but de contribuer à la concertation en matière de dépendances dans chaque région.

Organismes certifiés par le ministère de la Santé et des Services sociaux

De plus, afin de s'assurer que les conditions offertes aux personnes présentant des problèmes de toxicomanie soient sécuritaires sur le plan physique, psychologique et moral, le ministère de la Santé et des Services sociaux propose un programme volontaire de certification aux organismes privés ou communautaires intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement. Les organismes qui ont obtenu la certification du ministère se sont inscrits dans un processus d'amélioration continue de la qualité et de la recherche de l'excellence au plus grand profit de la clientèle qu'ils reçoivent.

Autres ressources

Le MSSSQ a élaboré plusieurs ressources portant sur les dépendances et les ressources associées aux problématiques de dépendances, dont un répertoire des ressources en dépendances qui s'adresse à toute personne susceptible de référer des individus aux prises avec un problème de dépendance et devrait permettre d'orienter la personne en difficulté vers une ressource spécialisée. Il présente les ressources publiques qui offrent des services de traitement, les organismes privés ou communautaires intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement certifiés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les organismes financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux en jeu pathologique.

Par région socio-sanitaire du Québec, on y retrouve :

- ❖ une liste détaillée de chacune des ressources
- ❖ la nature des services offerts
- ❖ les services disponibles en langue anglaise ou autre.

Cette liste ne préjuge en rien de la qualité des services offerts par les organismes privés ou communautaires intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement qui ne figurent pas dans le répertoire. Le répertoire est disponible en ligne à http://dependances.gouv.qc.ca/index.php?repertoire_des_ressources_dependance

Organismes privés et communautaires

Au Québec, il existe une panoplie de ressources et services privés et communautaires répartis à travers la province. À titre d'exemple, la Fédération des centres communautaires d'intervention en dépendance (anciennement FOBAST) regroupe, oriente et coordonne l'action des organismes bénévoles et communautaires qui partagent sa philosophie relativement à la prévention des toxicomanies et à l'aide qu'elle veut apporter aux toxicomanes désireux de se réadapter. Pour consulter leur site : <http://www.fccid.qc.ca>

Il existe également une Association des intervenants en toxicomanie (AITQ-<http://www.aitq.com>) qui a pour mission de :

- ❖ Regrouper les intervenants professionnels et bénévoles œuvrant dans le domaine de la toxicomanie et du jeu excessif.
- ❖ Favoriser l'implication de la communauté dans la prévention et le traitement de la toxicomanie et du jeu excessif.
- ❖ Favoriser les échanges entre les différents intervenants en toxicomanie et œuvrant en jeu excessif.
- ❖ Favoriser l'acquisition de nouvelles connaissances dans le domaine de la toxicomanie et du jeu excessif.
- ❖ Produire des documents et des outils pour les intervenants et la clientèle toxicomane et les joueurs excessifs.
- ❖ Sensibiliser la collectivité à l'usage et à l'abus de l'alcool et des autres substances psychotropes.

Plusieurs organismes d'intérêt contribuent à une plus grande sensibilisation en offrant de la documentation sur la problématique des dépendances au Québec. Une consultation de leur site permet d'obtenir davantage d'informations à ce sujet.

- ❖ Centre Québécois de documentation en toxicomanie (CQDT)
<http://www.centredollardcormier.qc.ca>
- ❖ Centre québécois de lutte aux dépendances
<http://www.cqld.ca>
- ❖ Drogues, santé et société
<http://www.drogues-sante-societe.ca>
- ❖ Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanies
<http://fqcrpat.org>
- ❖ Jeu: aide et référence
<http://www.jeu-aiderreference.qc.ca>
- ❖ Joueurs anonymes
<http://www.ja-quebec.com>
- ❖ Parlons Drogues
<http://www.parlonsdrogue.com/fr/accueil/index.php>
- ❖ Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives-Québec (RISQ) & Collectif en Intervention et Recherche sur les Aspects SocioSanitaires de la Toxicomanie (CIRASST)
<http://www.risq-cirasst.umontreal.ca>
- ❖ Toxquébec.com
<http://www.toxquebec.com>

À la lumière des données recueillies dans le cadre de cette recension, il apparaît que le réseau québécois des services en matière de dépendances est organisé en matière de continuum de soins et axé sur les besoins de la personne. Dans le réseau des Premières Nations, l'offre de services est relativement uniforme et davantage axée pour aider tous les individus provenant des communautés et présentant un problème de consommation sans égard nécessairement aux besoins spécifiques.

Il est bien évident que le poids démographique justifie une offre de services plus diversifiée telle qu'on la

retrouve dans le réseau québécois. Cependant, cette donnée ne peut évacuer la nécessité pour les Premières Nations de s'inspirer du modèle québécois quant à la diversification et l'organisation des services qu'on y retrouve.

SECTION 2 : RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DES BESOINS

VOLET 1 : RÉSULTATS DES ENTREVUES STRUCTURÉES AVEC QUESTIONNAIRE

À l'aide d'un questionnaire acheminé au préalable aux répondants, les entrevues structurées se sont déroulées entre le 27 mars et le 22 avril 2009 et ont duré en moyenne 24 minutes chacune. Les répondants étaient au nombre de 48, soit 29 femmes (60 %) et 19 hommes (40 %), dont la moyenne d'âge est de 47 ans et 85 % d'entre eux sont membres d'une Première Nation. Tous les répondants ont consenti verbalement à procéder à l'entrevue téléphonique.

Note : *Puisque la méthodologie privilégiée au chapitre des entrevues structurées a permis l'expression libre des répondants sur des questions précises, les informations ont été organisées en thèmes afin de faciliter la lecture et l'organisation des résultats.*

FAITS SAILLANTS

- ❖ 85 % des répondants sont membres d'une Première Nation.
- ❖ 100 % des répondants sont associés de près au PNLAADA.
- ❖ 54 % des répondants portent le titre d'agent PNLAADA et œuvrent dans les communautés et 40 % des répondants travaillent directement en lien avec le PNLAADA soit comme intervenant, comme superviseur clinique ou gestionnaire de programme.
- ❖ Les activités de prévention de la rechute sont les activités qui seraient privilégiées en priorité pour les répondants (46 % des répondants).
- ❖ Le manque de ressources financières est l'obstacle principal à l'implantation de stratégies de prévention (75 % des répondants).
- ❖ 54 % des répondants affirment que les activités de prévention, telles qu'elles sont menées présentement dans leur milieu, ne sont pas efficaces.
- ❖ Au niveau des outils d'intervention, 96 % des répondants ont identifié que des pratiques et des stratégies pour améliorer le traitement de la toxicomanie des individus qui ont fait une rechute seraient utiles pour eux.
- ❖ 33 % des répondants ont identifié le programme de formation sur le counselling auprès de la clientèle toxicomane comme outil d'intervention privilégié.
- ❖ 71 % des répondants estiment que les centres tels qu'ils sont organisés actuellement ne répondent pas aux besoins de la clientèle toxicomane.
- ❖ Une forte majorité de 98 % des répondants ont indiqué leur accord avec le fait que le centre pour les adolescents devrait aussi pouvoir offrir des services à la famille et qu'un plus grand nombre de services et d'options de réhabilitation pour les adolescents devrait exister.
- ❖ Au niveau des centres de traitement, 46 % des répondants ont privilégié le fait qu'un centre devrait offrir des services de désintoxication et d'intervention en situation de crise.
- ❖ L'approche des 12 étapes des AA dans les centres de traitement est privilégiée par 29 % des répondants, suivie de l'approche culturelle, traditionnelle et spirituelle avec 25 %.
- ❖ Le protocole de suivi post-traitement avec un plan d'intervention détaillé pour chaque personne demeure l'outil privilégié de la majorité des répondants (60 %) en matière de post-traitement.

ASPECTS SOCIODEMOGRAPHIQUES

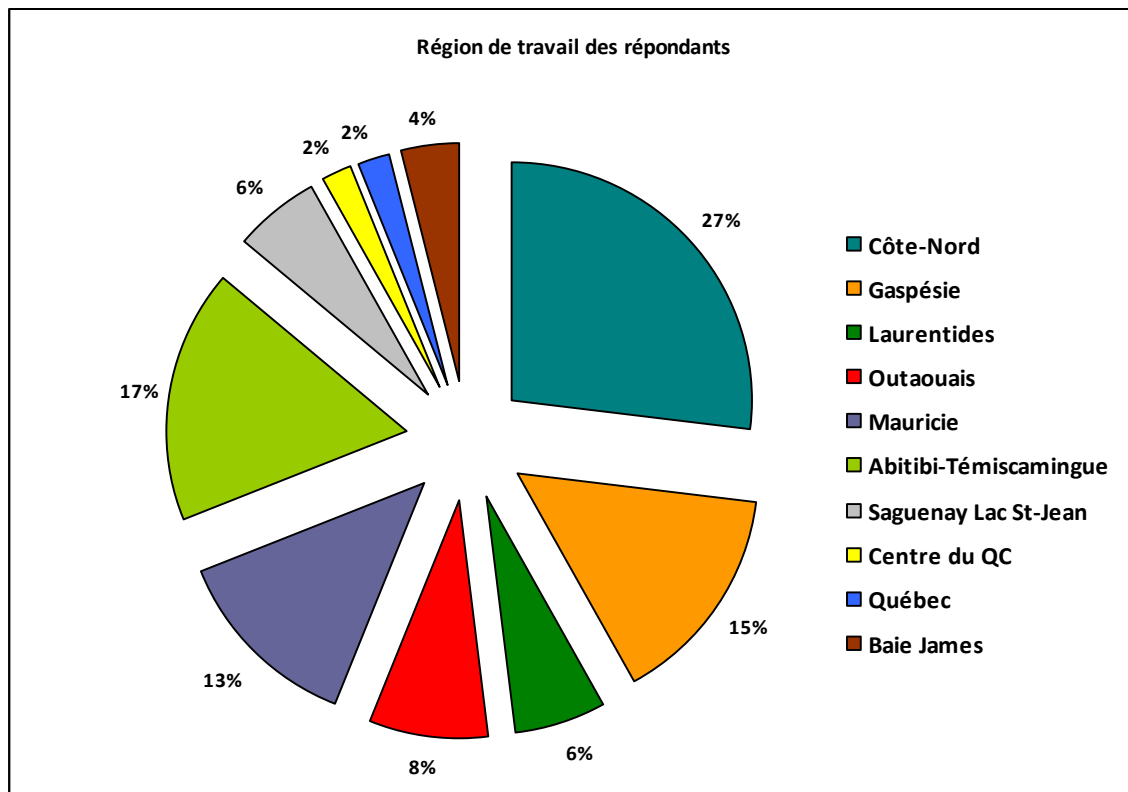
Répartition des répondants selon leur langue d'usage au quotidien

La langue d'usage au quotidien des répondants est répartie comme suit :

- ❖ 38 % langue autochtone.
- ❖ 31 % anglais.
- ❖ 31 % français.

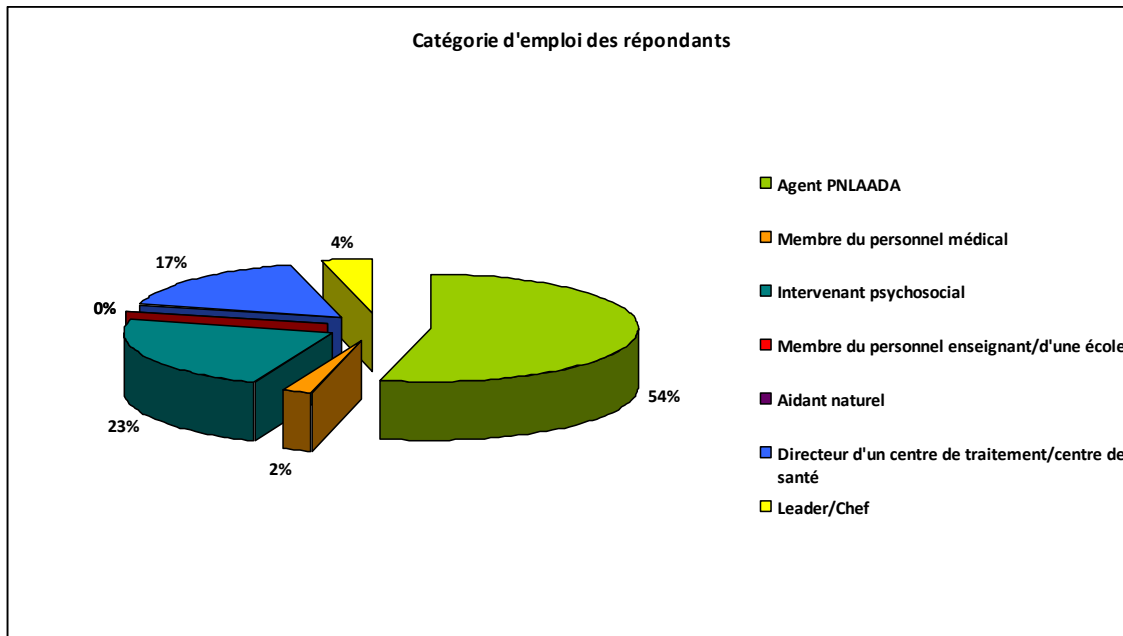
Répartition des régions géographiques où travaillent les répondants

La figure suivante démontre la répartition des répondants selon la région dans laquelle ils travaillent. La Côte-Nord (incluant la Basse-Côte Nord) est représentée par 27 % des répondants, alors que l'Abitibi-Témiscamingue compte 17 % des répondants.



Répartition des répondants selon la fonction qu'ils occupent

La figure suivante illustre la répartition des répondants selon leur catégorie d'emploi. La majorité des répondants sont des agents PNLAADA (54 %), alors que 23 % sont des intervenants psychosociaux œuvrant dans le domaine de la toxicomanie. De plus, 19 % des répondants se sont identifiés comme étant directement impliqués dans le PNLAADA soit à titre de directeur d'un centre de traitement, d'un centre de santé ou comme chef d'une communauté responsable du PNLAADA. Ainsi, 98 % des répondants ont un lien direct avec le PNLAADA.



Lorsque questionnés sur le nombre d'années de travail dans leurs fonctions actuelle, les répondants ont affirmé à 58 % être en poste depuis plus de cinq ans, 15 % ont affirmé être en poste depuis deux à cinq ans, 10 % des répondants ont déclaré être en poste depuis une à deux années et 17 % ont répondu être en poste depuis moins d'un an.

Années d'expérience dans un domaine lié à la prévention ou au traitement de l'abus d'alcool et de drogues

Avant d'être en poste, 50 % 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, 6 % entre un et deux ans et 33 % pendant moins d'un an.

VOLET PRÉVENTION

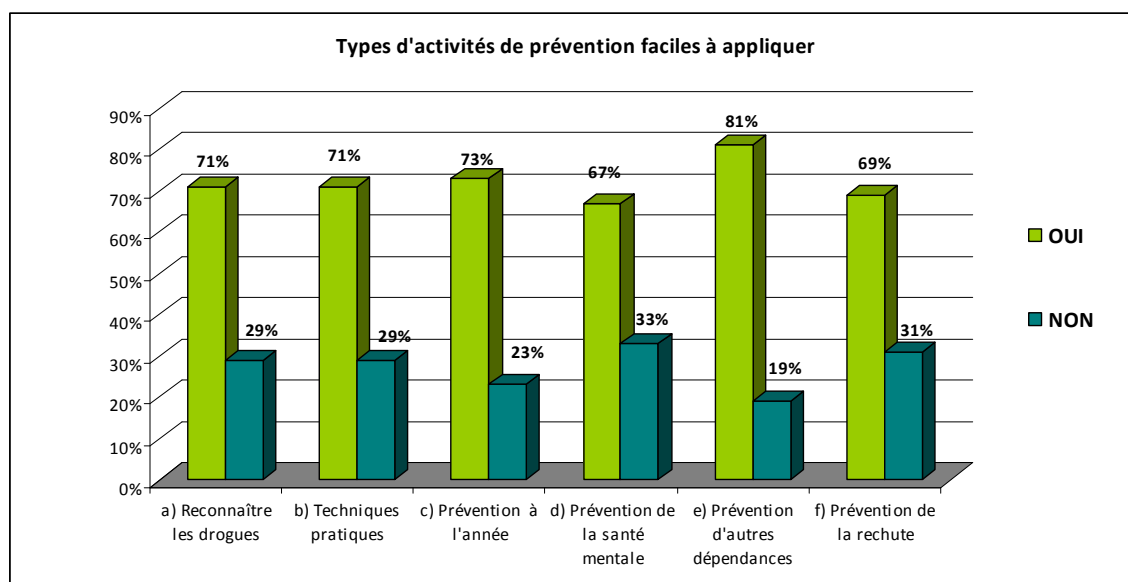
Types d'activités de prévention les plus faciles à appliquer

Les répondants ont identifié des types d'activités faciles à organiser ou à mettre en place dans leur milieu. Les activités à identifier étaient les suivantes :

- a) Des activités permettant de faire connaître aux jeunes les différentes drogues et leurs effets.
- b) Des activités permettant de faire connaître aux jeunes des techniques pratiques et des attitudes adéquates pour résister aux drogues.
- c) Des activités de prévention auprès de l'ensemble de la population mais qui seraient structurées et échelonnées tout au long de l'année.
- d) Des activités de prévention associées aux drogues mais aussi à la prévention de la santé mentale.
- e) Des activités de prévention associées aux drogues mais aussi à la prévention de d'autres formes de dépendance comme par exemple le jeu.
- f) Des activités de prévention de la rechute qui pourraient être offertes à ceux et celles ayant reçu des soins en centre de traitement ou en counselling individuel.

Les résultats démontrent que 81 % des répondants ont affirmé que les activités de prévention les plus faciles d'application dans leur milieu sont les activités de prévention associées aux drogues mais aussi à la prévention de d'autres formes de dépendance comme par exemple le jeu pathologique. À l'opposé, 33 % des répondants ont indiqué que les activités de prévention les moins faciles d'application sont les activités de prévention associées aux drogues mais aussi à la prévention de la santé mentale.

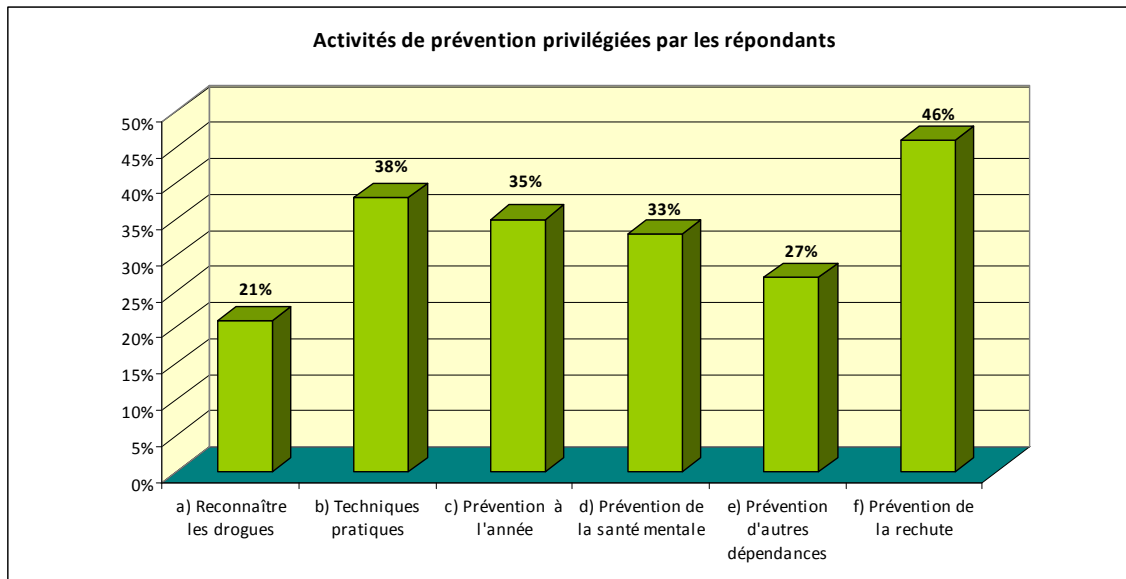
La figure suivante illustre l'opinion des répondants à l'égard de chacun des types d'activités de prévention :



Choix d'activités de prévention prioritaires

Les répondants ont été appelés à privilégier deux activités de prévention parmi les activités proposées précédemment. Les activités de prévention de la rechute qui pourraient être offertes à ceux et celles ayant reçu des soins en centre de traitement ou en counselling individuel ont été privilégiées par 46 % des répondants. Le deuxième choix fut les activités permettant de faire connaître aux jeunes des techniques pratiques et des attitudes adéquates pour résister aux drogues. Or, les résultats démontrent que les activités les plus faciles et les moins faciles d'application ne sont pas celles que privilégieraient les répondants.

Voici la totalité de la répartition des choix privilégiés par les répondants:



Lorsque questionnés sur les autres activités de prévention qu'il serait facile d'appliquer dans leur milieu, les répondants ont mentionné les activités suivantes :

Activités ciblant les jeunes

- ❖ Faire visiter le centre de traitement aux jeunes à risque et aux autres jeunes.
- ❖ Conseil des jeunes.
- ❖ Activités de divertissement pour empêcher les jeunes de consommer.
- ❖ Activités dans les écoles.
- ❖ La communauté organise des rencontres intergénérationnelles, jeunes et aînés et ça fonctionne.
- ❖ Activités en forêt avec des jeunes.
- ❖ Ateliers dans les écoles et personnes ressources autochtones dans les écoles.
- ❖ Programme scolaire éducatif.
- ❖ Maison des jeunes : activités et camps toxico.
- ❖ Comité de jeunes en santé.
- ❖ Activités s'adressant aux jeunes.
- ❖ Activités à la maison des jeunes (en sous-groupes).
- ❖ Demander aux gradués du centre de traitement d'aller parler de leur expérience aux jeunes à

- ❖ l'école à titre de personne modèle.
- ❖ Groupes de jeunes et laisser les jeunes organiser les activités de prévention.

Activités ciblant les parents

- ❖ Ateliers sur le développement de l'enfant et sur l'art d'être parent et sur les saines habitudes de vie.
- ❖ Programme visant à développer les habiletés parentales.

Activités de type culturel/en milieu naturel

- ❖ Activités culturelles et traditionnelles.
- ❖ Intervention en milieu naturel.
- ❖ Activités dans le bois avec thèmes de groupes, ressourcements la fin de semaine.
- ❖ Activités traditionnelles avec des cérémonies de la tente de sudation.
- ❖ Activités en forêt (chasse et pêche).
- ❖ Activités à l'extérieur sans que les gens sachent qu'il s'agit d'une activité de prévention.
- ❖ Activités où il y a un lien direct avec la culture, davantage de gens vont s'impliquer.
- ❖ Activités d'aventure et activités traditionnelles cries.

Activités de prévention de la rechute

- ❖ Thérapies ambulatoires, des conseillers se rendent dans les communautés (notamment pour la prévention de la rechute).
- ❖ Rencontres AA.
- ❖ Projet communautaire pour souligner la sobriété des gens (25 novembre de chaque année).
- ❖ Davantage de rencontres d'anciens clients qui ont fait une thérapie, sur une base hebdomadaire, pour soutenir les anciens dans leur cheminement.

Activités thématiques

- ❖ Marches pour la lutte aux drogues.
- ❖ Ateliers thématiques sur l'estime de soi, nous développons le « comment vivre sans consommer ».
- ❖ Activités de ressourcement et de partage pour des gens en prévention de la consommation.
- ❖ Activités pour aller vers une meilleure vie et une sobriété axées sur la promotion de la vie.
- ❖ Ateliers deux fois par mois pour la population.
- ❖ Pièce de théâtre.
- ❖ Activités occupationnelles pour favoriser la réduction des méfaits.
- ❖ Activités de croissance personnelle.
- ❖ Ateliers de fin de semaine avec une ressource extérieure du centre Attitude à St-Jérôme.
- ❖ Émission de ligne ouverte à la radio avec une boîte de suggestions qui permet aux gens de choisir les sujets.
- ❖ Activités communautaires de levée de fonds.
- ❖ Émissions de radio.
- ❖ Campagne de sensibilisation « Conduite avec facultés affaiblies ».

Autres activités

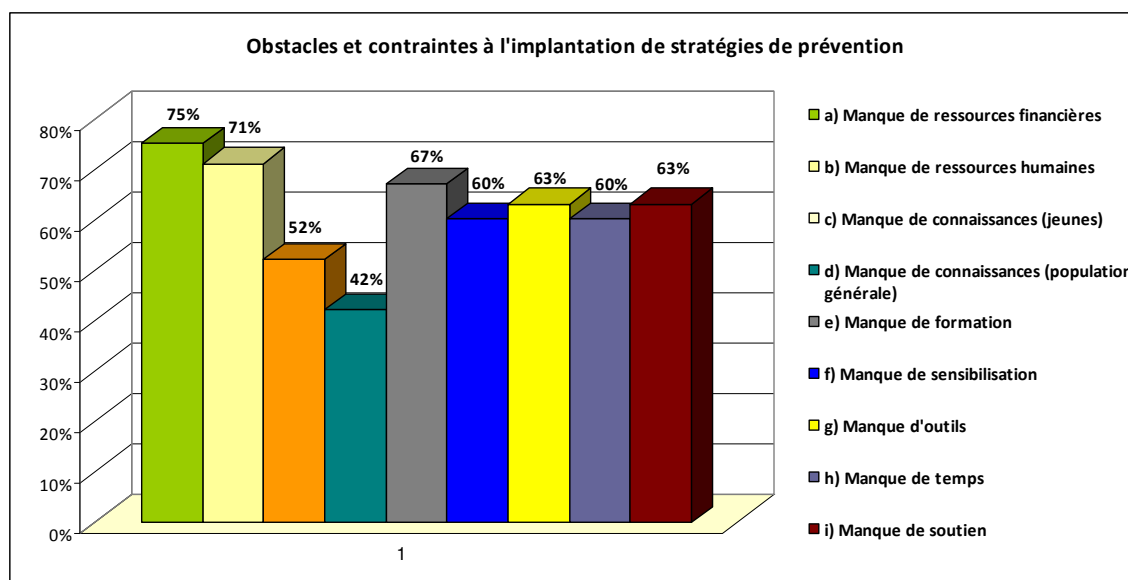
- ❖ Activités de prévention entreprises par le centre de traitement local grâce au continuum de services mis en place.
- ❖ Cercles de partage.
- ❖ Activités sociales sans consommation.
- ❖ Formation des intervenants sociaux.
- ❖ Activités de loisirs.
- ❖ Promotion des carrières dans le domaine social.

Contraintes ou obstacles pouvant freiner l'implantation de stratégies de prévention dans la communauté/organisation

Les répondants devaient identifier, parmi la liste suivante, les éléments qui constituent un obstacle ou une contrainte à l'implantation de stratégies de prévention dans leur milieu :

- a) Le manque de ressources financières.
- b) Le manque de ressources humaines.
- c) Le manque de connaissances sur ce qui peut être fait pour prévenir la toxicomanie chez les jeunes.
- d) Le manque de connaissances sur ce qui peut être fait pour prévenir la toxicomanie dans la population en général.
- e) Le manque de formation des intervenants pour faire de la prévention.
- f) Le manque de sensibilisation dans la communauté/milieu par rapport à l'importance de faire de la prévention de la toxicomanie.
- g) Le manque d'outils pour faire de la prévention sur une base régulière et constante.
- h) Le manque de temps pour faire de la prévention car la majeure partie du temps est passée pour « éteindre des feux ».
- i) L'absence ou le manque de soutien de la part du leadership de la communauté ou de l'organisation.

Les résultats démontrent que 75 % des répondants ont identifié le manque de ressources financières comme étant l'obstacle le plus souvent rapporté, suivi du manque de ressources humaines (71 %) et du manque de formation des intervenants pour faire de la prévention (67 %). Le manque de connaissances sur ce qui peut être fait pour prévenir la toxicomanie dans la population en général demeure l'obstacle le moins rapporté (46 %). Voici la répartition des obstacles et contraintes exprimés par l'ensemble des répondants.



Autres contraintes ou obstacles pouvant nuire à l'implantation de stratégies de prévention dans le milieu

Les répondants pouvaient exprimer d'autres contraintes à l'implantation de stratégies de prévention dans leur milieu. Voici ce qu'ils ont exprimé :

Obstacles relatifs à des problèmes de communication et de structure

- ❖ Manque de communication entre les membres de l'équipe et les travailleurs de première ligne.
- ❖ Les services ne travaillent pas ensemble (police, école, etc.). Personne n'est sur le même pied d'égalité et les règles doivent être équitables.
- ❖ On voulait regrouper tous les organismes de la communauté pour faire de la prévention et ça n'a pas eu lieu parce que la politique s'en est mêlée.
- ❖ Structure hiérarchique trop lourde dans la communauté, ce qui fait que les projets tombent à l'eau.
- ❖ Manque de collaboration des autres secteurs dans la communauté.
- ❖ Les argents destinés à la prévention ne sont pas utilisés à bon escient dans la communauté.
- ❖ Il existe un manque de structure, il faut que ça vienne du terrain.
- ❖ La maison des jeunes a été fermée.

Obstacles relatifs au manque de participation des gens de la communauté/milieu

- ❖ La population est difficile d'accès et il manque de mobilisation. Les gens lâchent en cours de route.
- ❖ Manque de participation de la part des gens de la communauté.
- ❖ Faible taux de participation aux activités de prévention.
- ❖ La participation de la population est déficiente.
- ❖ Ceux et celles que nous visons ne participent pas.

Obstacles relatifs aux autorités dans la communauté/milieu

- ❖ Le manque d'information qu'on donne aux leaders. Il y a eu un carnaval dans la communauté et il y a beaucoup de jeux se rapportant au jeu pathologique. Il aurait fallu faire de la publicité pour

- sensibiliser les gens.
- ❖ Manque de soutien de la part de la communauté, spécialement lorsqu'il s'agit d'aborder les jeunes.
- ❖ Manque d'intervention de la police.
- ❖ La communauté ne fait pas de prévention car il n'y a pas de leadership.
- ❖ Les membres du conseil vendent de la drogue. On demande aux intervenants de faire des miracles alors que les leaders eux-mêmes vendent des produits illicites. Ce sont les premiers à se plaindre quand quelqu'un fait une overdose.

Obstacles relatifs à l'attitude des membres de la communauté/milieu

- ❖ Les gens ne veulent pas aborder leurs problèmes.
- ❖ L'attitude, la normalisation de la consommation dans la communauté, il faudrait que les attitudes changent de façon significative. Le plus grave problème est la normalisation de la consommation de marijuana.
- ❖ Les gens ne voient aucun problème, ils boivent encore.
- ❖ Des parents et des membres de la communauté ne veulent pas que leurs enfants connaissent les drogues pour qu'ils y pensent. Il y a des gens à l'esprit fermé. Ce n'est pas tout le monde mais certains ne veulent pas que l'on mette cela dans la tête de leurs enfants.
- ❖ Les pratiques traditionnelles et culturelles: nous avons de la difficulté à convaincre les gens que ça marche réellement.
- ❖ Les jeunes n'embarquent pas si l'intervenant est non autochtone.
- ❖ Normalisation des comportements, l'acceptation de comportements non acceptables (ex : consommer en bas âge).
- ❖ Les membres de la communauté ont peur d'être jugés.
- ❖ L'accessibilité des drogues pour les jeunes.
- ❖ Personne n'en parle, il y a beaucoup de déni.
- ❖ Nous n'avons pas de personnes modèles dans la communauté.
- ❖ Les gens laissent tomber facilement et ne s'entraident pas.
- ❖ Il y a beaucoup d'obstacles pour les gens. Ils ne peuvent pas réussir car ils ne savent pas quoi faire.

Obstacles relatifs au manque de ressources

- ❖ Les centres de traitement n'ont pas d'argent pour faire de la prévention.
- ❖ Le centre de traitement n'a pas de ressources en prévention. Quand la personne est en traitement, il s'agit d'une situation d'urgence. Il faudrait des ressources humaines et financières additionnelles pour faire de la prévention et cela prendrait aussi plus de temps.
- ❖ Le centre de traitement peut seulement agir sur la prévention de la rechute mais la prévention ne fait pas partie de son mandat.
- ❖ Manque de ressources externes et de matériel adapté aux différents groupes d'âge (livrets, etc.) Il est difficile de faire de la prévention dans les écoles.
- ❖ Dans une population de 4000 habitants, il n'y a que 2 agents PNLAADA. Il manque cruellement de ressources même si nous sommes formés en toxicomanie. Ce n'est pas tout le monde qui connaît la toxicomanie. On porte la lourdeur de la tâche. Il manque de ressources spécialisées en toxicomanie.
- ❖ Le manque d'intervenants qui travaillent auprès des jeunes et des adolescents.
- ❖ Manque de programmes de prévention à l'école.

- ❖ La langue.
- ❖ Davantage de matériel (affiches, dépliants, bulletins).
- ❖ Manque de conseillers en prévention.
- ❖ Espace limité pour faire des activités de prévention. Il faut payer pour réserver des salles et ça coûte cher.
- ❖ Nous n'avons pas le PNLAADA dans la communauté alors que nous devrions l'avoir.

Obstacles relatifs au manque de connaissances

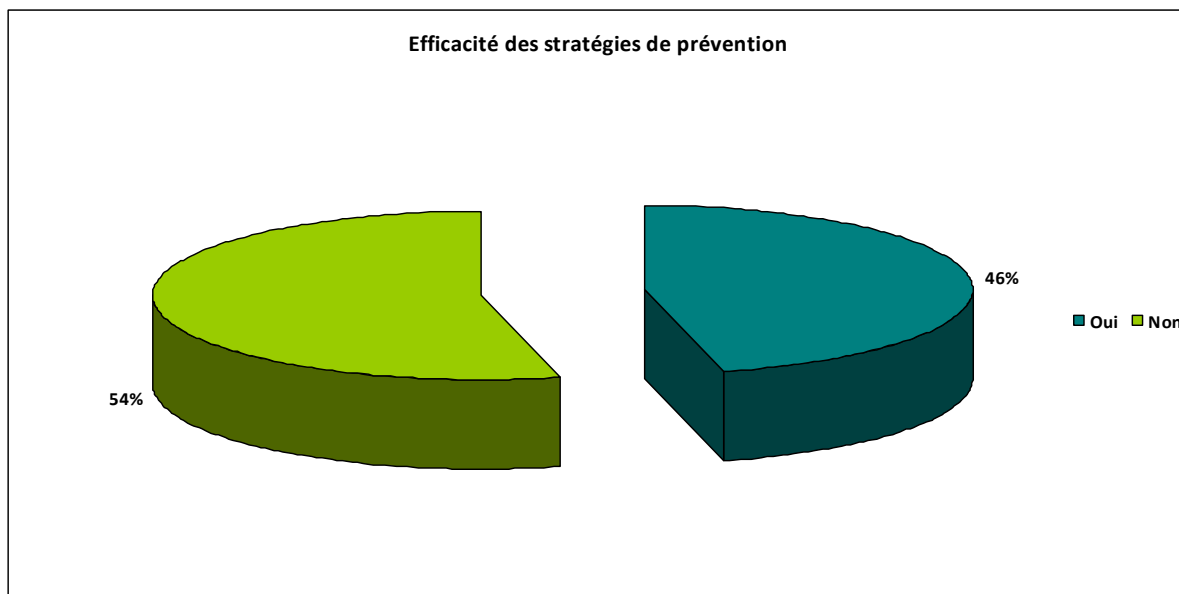
- ❖ Pour faire de la prévention, il faut des habiletés de communication et cela ne s'apprend pas à l'école. C'est un obstacle important. Parler devant un groupe n'est pas donné à tous. Il faudrait de la formation en animation de groupe.
- ❖ Le manque de connaissances par rapport à l'approche holistique et traditionnelle.

Obstacles relatifs au manque de temps

- ❖ Il manque de temps sur l'horaire scolaire.
- ❖ Le manque de temps constitue un obstacle majeur.
- ❖ Manque de temps.

Efficacité des stratégies de prévention menées actuellement

Les répondants ont été questionnés à savoir si oui ou non les activités de prévention, telles que menées en ce moment, sont efficaces (en ce sens qu'elles permettent de réduire la consommation, qu'elles sensibilisent les jeunes et la population aux effets néfastes de la consommation de substances, etc.). À ce chapitre, 54 % des répondants ont répondu par la négative et 46 % par l'affirmative.



Parmi les répondants ayant répondu par la négative, voici les suggestions qu'ils ont apportées afin de rendre les stratégies de prévention plus efficaces :

En termes de communication et de réseautage

- ❖ Davantage de publicité.

- ❖ Davantage de réseautage entre les communautés et les secteurs.
- ❖ Il n'y a pas de suivi et il faut mettre l'accent sur les jeunes.
- ❖ Il faut davantage de partenariats pour faire davantage de prévention, dans les écoles par exemple. Il faut des rencontres pour créer des partenariats et voir qui peut faire quoi.
- ❖ Il faut que les gens soient informés de la situation, il faut que les gens demandent des services et qu'ils prennent position.
- ❖ Plus grande sensibilisation auprès du public et en faire plus qu'une fois par année.
- ❖ Il faut consulter les jeunes et leur demander leur opinion.
- ❖ Plus de réseautage entre les services et les programmes de la communauté (police, conseil, etc.).
- ❖ Il faut mettre les hommes avec les hommes et les femmes avec les femmes et les jeunes avec les jeunes. Les gens sont plus à l'aise ainsi. Les jeunes se sentent incompris en présence d'adultes.
- ❖ Demander aux gens ce qu'ils veulent (alors que personne ne leur demande).
- ❖ Plan de prévention adapté aux besoins des Premières Nations.

En termes d'approche, de structure, de gestion et de prestation de services

- ❖ Il faut une approche globale et un continuum de soins, prévention, intervention, postvention et réinsertion. Il faut une structure.
- ❖ Il faut un coordonnateur, faire un suivi et la volonté des gens dans la population.
- ❖ Les activités de prévention ne semblent pas exister dans la communauté. Une autre organisation devrait gérer les fonds.
- ❖ Les centres de traitement n'ont pas le mandat de faire de la prévention.
- ❖ Services de prévention et de suivi: impliquer la famille dans le processus de référence car le client est mieux soutenu avec sa famille.
- ❖ Les travailleurs devraient faire davantage d'activités de prévention dans la communauté, car cela ne se fait pas. Il faudrait soutenir les clients dans le processus de guérison, organiser des activités de suivi avec la famille, organiser davantage d'ateliers et des activités de prévention organisées avec la collaboration du centre de traitement.
- ❖ Prévention, traitement et post-traitement: ce sont les 3 aspects du PNLAADA et le suivi post-traitement est quasi inexistant alors que le traitement et la prévention sont séparés.
- ❖ Une approche de réduction des méfaits pourrait être mise en place.
- ❖ Il faut du soutien. Il faut une structure communautaire adéquate. Il faut amener d'autres spécialistes à travailler avec le PNLAADA et avoir une équipe de travail.
- ❖ Qu'il y ait une personne attitrée dans la communauté pour assurer une stabilité.
- ❖ Il y a un manque de planification et de réflexion, on fait des activités ponctuelles et il faudrait d'abord réfléchir et établir un plan d'action.
- ❖ Avec le plan de santé communautaire, on fait l'évaluation de l'impact des stratégies de prévention. À chaque fois, on passe un questionnaire au début de l'activité et on le repasse à la fin, ça donne une idée de l'impact.
- ❖ On devrait favoriser l'accompagnement, la communication et la prévention.
- ❖ Il faut faire de l'intervention auprès des familles mais c'est difficile quand les deux parents sont polytoxicomanes.
- ❖ Les activités de prévention doivent s'inscrire dans une approche de réduction des méfaits.
- ❖ À partir des études récentes, il faut proposer des stratégies de prévention qui soient réalistes, se donner une vision régionale mais les activités doivent être conduites par les communautés.
- ❖ Nous devons rejoindre les jeunes pour qu'ils nous fassent confiance.
- ❖ Cibler les publics (jeunes à l'école, adultes, jeunes de la maison des jeunes).

En termes d'attitudes

- ❖ Ceux qui font de la prévention devraient être des personnes modèles dans la communauté et faire davantage d'activités.
- ❖ Outiller les clients à faire des choix éclairés.
- ❖ Plus il y aura d'adultes qui se prendront en main, les jeunes suivront.
- ❖ Il faudrait rencontrer tous les jeunes, il y a beaucoup d'influence entre les uns et les autres. Des jeunes de 9-10 ans consomment.
- ❖ Si les stratégies ne sont pas efficaces, elles doivent être centrées sur les jeunes et non sur les drogues.

En termes d'acquisition de connaissances

- ❖ Activités de formation pour autonomiser les jeunes et les éduquer sur les drogues. Offrir aux jeunes une formation accréditée pour qu'ils puissent être davantage au courant sur les différentes drogues et pour qu'ils se sentent davantage en confiance.
- ❖ Il faudrait davantage de formation sur comment parler aux jeunes.
- ❖ La formation sur les nouvelles drogues est nécessaire.
- ❖ Mettre davantage l'accent sur l'ETCAF et le jeu pathologique.
- ❖ Le développement des habiletés parentales est nécessaire.
- ❖ Outils de prévention de la rechute.
- ❖ Informer sur ce qu'est la réduction des méfaits.
- ❖ Davantage d'accent sur les activités culturelles pour promouvoir la fierté et les valeurs culturelles.
- ❖ L'agent PNLAADA n'est pas qualifié et il n'y a pas de prévention. Avoir des personnes qualifiées et faire une plus grande sensibilisation au niveau de la communauté fonctionne.

En termes de réglementation et de respect des lois

- ❖ Rechercher les vendeurs de drogue, tout le monde s'en fout en ce moment.
- ❖ Les gens ont peur de dénoncer les vendeurs de drogue. On se fait dire de se mêler de ses affaires.
- ❖ Il semble que les 2 dépanneurs font la promotion de l'alcool, il y avait des palettes de bière et c'est comme si on encourageait la consommation et l'accessibilité.
- ❖ Il semble que tous les jeunes fument à l'école. Il faut avoir une diminution du nombre de fumeurs, il faut diminuer les incidents à la surconsommation d'alcool. Les bagarres sont fréquentes suite à la surconsommation.

VOLET INTERVENTION

Types d'outils ou de programmes qui seraient les plus utiles pour intervenir auprès des personnes qui demandent de l'aide pour leurs problèmes de consommation

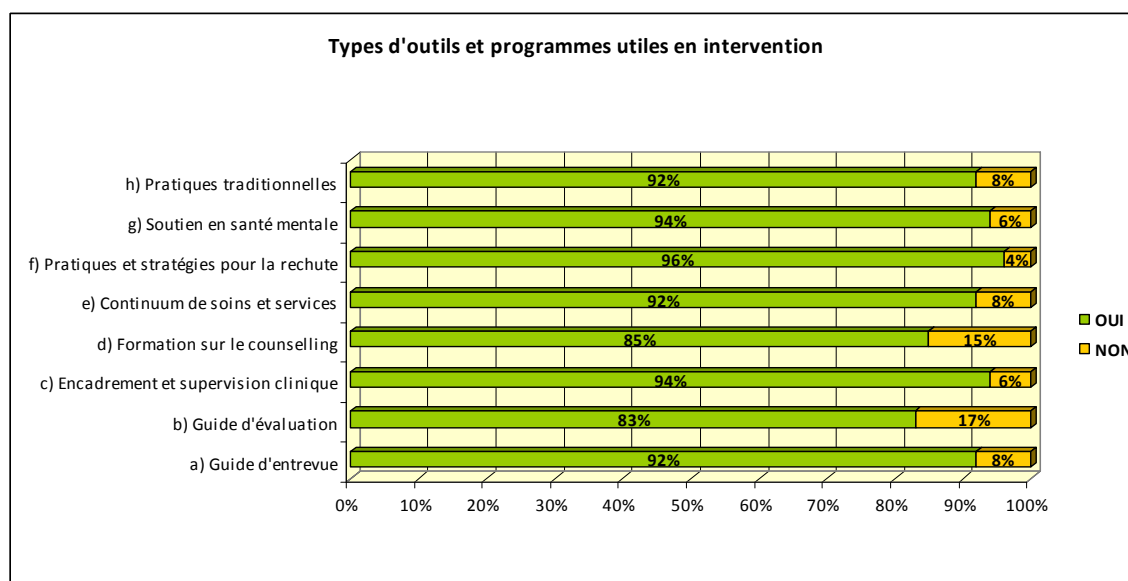
Les répondants ont été appelés à s'exprimer sur les types d'outils ou de programmes qui seraient les plus utiles pour intervenir auprès des personnes qui demandent de l'aide pour leurs problèmes de consommation. Les répondants devaient répondre par l'affirmative ou par la négative à l'égard des types d'outils ou de programmes suivants :

- a) Un guide d'entrevue dans lequel serait mesurée la motivation de la personne à entreprendre une démarche.

- b) Un guide d'évaluation de la personne permettant ainsi de la référer aux ressources appropriées à sa condition.
- c) Un programme d'encadrement et de supervision clinique (série de mesures appliquée selon des feuilles de route).
- d) Un programme de formation sur le counselling auprès de la clientèle toxicomane.
- e) Un continuum de soins et de services en toxicomanie (trajectoire du client du début à la fin d'un processus de réhabilitation).
- f) Des pratiques et des stratégies pour améliorer le traitement de la toxicomanie des individus qui ont fait une rechute.
- g) Le soutien en santé mentale.
- h) Des pratiques traditionnelles en lien avec la culture.

Concernant les pratiques et des stratégies pour améliorer le traitement de la toxicomanie des individus qui ont fait une rechute, 96 % des répondants ont indiqué leur accord, suivi *ex aequo* du soutien en santé mentale (94 %) et d'un programme d'encadrement et de supervision clinique (94 %). Les pratiques traditionnelles en lien avec la culture et un guide d'entrevue dans lequel serait mesurée la motivation de la personne à entreprendre une démarche constituent également un choix rapporté par 92 % des répondants.

La figure suivante illustre l'ensemble des choix :

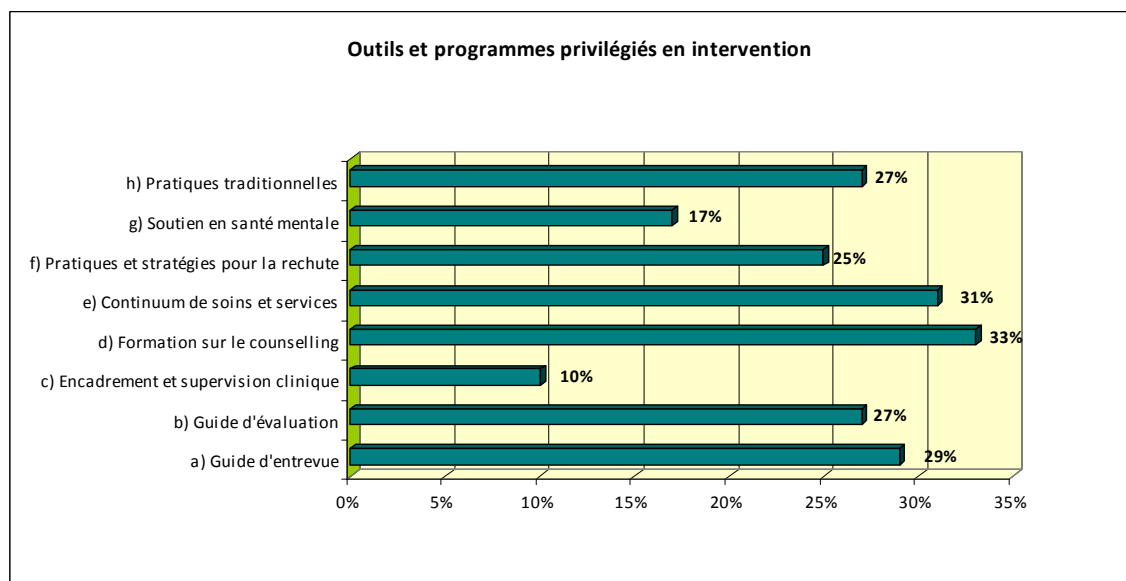


Outils ou programmes privilégiés en matière d'intervention

Parmi les outils et programmes et outils proposés, les répondants ont été appelés à sélectionner deux programmes ou outils privilégiés en matière d'intervention auprès des clients. Le programme de formation sur le counselling auprès de la clientèle toxicomane arrive en tête de liste avec 33 % des répondants, suivi du continuum de soins et de services en toxicomanie pour 31 % des répondants. Le

service d'encadrement et de supervision clinique arrive dernier avec 10 %.

Voici la répartition des choix des répondants :



Autres outil ou programme qu'il serait important de développer

Outre la liste d'outils ou de programmes proposés précédemment, les répondants ont soulevé d'autres suggestions d'outils et de programmes qu'il serait important de développer :

En lien avec les approches, les structures et la prestation des services

- ❖ Un centre de traitement pour jeunes de 12 à 17 ans dans la région de la Côte-Nord.
- ❖ Une approche globale qui touche tous les domaines de la personne (équilibre). Il faut travailler sur les dimensions de la personne en plus de travailler avec les notions culturelles.
- ❖ Il faut établir des partenariats et échanger avec tous les collaborateurs, se fixer des objectifs et les évaluer et ensuite répartir les rôles et responsabilités de chacun dans un continuum.
- ❖ Établir une partie de « recherche ».
- ❖ Un bon intervenant de suivi dans la communauté pour prévenir la rechute (davantage d'emphasis sur le suivi post-traitement).
- ❖ Il faut des services de désintoxication.
- ❖ Il faut des services pour les gens épuisés, des services de répit pour les mères monoparentales qui consomment (centre d'accueil ou de répit pour les crises).
- ❖ Une ligne téléphonique d'urgence en intervention.
- ❖ Aînés pour donner des conseils.
- ❖ Le centre de santé a un mandat de prévention et souvent les intervenants dépassent ce mandat. Il faut donc réviser les mandats pour les adapter à la réalité d'aujourd'hui. Nous sommes bloqués par nos mandats restrictifs.
- ❖ Protocoles servant à la référence des cas de santé mentale selon les services disponibles dans la région.
- ❖ Services aux familles.
- ❖ Prévention structurée de la rechute.
- ❖ Les rôles du PNLAADA et de l'intervention doivent être élaborés. L'intervention vient avant le

traitement. Il y a tant de lacunes dans le processus. Il existe un manque flagrant de services de désintoxication. Nous ne savons pas quoi faire avec ces clients. Les listes d'attente sont très longues.

- ❖ Soutien de groupes (AA et NA) et cercles de partage.

En lien avec les méthodes d'évaluation et les outils de travail des intervenants

- ❖ Un outil d'évaluation standardisé.
- ❖ Le guide d'entrevue doit inclure tous les centres de traitement et le guide devrait être le même pour tous les centres et tous les agents PNLAADA.
- ❖ Outils pour que les gens apprennent à faire une saine gestion financière et à payer leurs comptes.
- ❖ Une trousse de travail complète est nécessaire car cela permet d'avoir le même « vocabulaire » et les mêmes outils.
- ❖ Des outils pour travailler la prévention de la rechute.
- ❖ Outils de présentation (comme Power Point), on manque d'outils pour travailler.
- ❖ Il faudrait avoir un outil pour l'évaluation de la désintoxication.
- ❖ Un répertoire des centres de traitement classés par le traitement des différentes problématiques.
- ❖ Un site web avec des informations, des guides, etc. Pas juste des liens mais bien un site monté pour les intervenants des Premières Nations.
- ❖ Unifier les formulaires de demandes d'admission auprès des centres de traitement PNLAADA.
- ❖ Outils pour détecter les situations à haut risque (suicide) et des protocoles s'y rattachant.
- ❖ Outils d'évaluation pour détecter les cas de santé mentale.
- ❖ Outils de suivi post-traitement.

En lien avec l'acquisition de connaissances

- ❖ Offrir des formations en intervention.
- ❖ Davantage de programmes traditionnels pour que les gens demeurent occupés. Moyens pour démontrer aux gens qu'il existe d'autres loisirs et pour qu'ils puissent explorer leurs talents. Plusieurs clients ont du talent (menuiserie par exemple) et il faut les impliquer et leur apprendre comment s'en servir.
- ❖ Formation pour le projet de loi P-38. Comme intervenants de première ligne, il nous faut un intervenant de première ligne qui gère les cas. La formation devrait être obligatoire.
- ❖ Sensibilisation communautaire sur une base plus continue.
- ❖ Formation en toxicomanie pour intervenir auprès des jeunes en milieu scolaire, comment faire l'approche.
- ❖ Le savoir-être et les habiletés sociales : il faut être capable d'établir un lien de confiance avec les clients. Souvent, les agents font « la morale » aux clients, il y a des techniques d'écoute à apprendre, l'art de questionner. Il faut que les agents PNLAADA apprennent à faire cela.
- ❖ L'approche traditionnelle et holistique serait très importante à développer. Avec le nombre de clients que l'on reçoit, on fait l'approche en milieu naturel. L'agent PNLAADA a développé un programme qui marche très bien et a donné de la formation à une autre communauté. C'est toutefois le manque de temps qui ne permet pas de donner la formation ailleurs.
- ❖ Programme sur le développement et le maintien des habiletés parentales, il faut aller à la base pour prévenir les abus et les carences.

- ❖ Travail sur la motivation auprès des adolescents.
- ❖ Certification pour les agents PNLAADA.

RÉSEAU DES CENTRES DE RÉHABILITATION/TRAITEMENT

Types d'intervention dans les centres de réhabilitation/traitement qui mériteraient d'être développés pour répondre aux besoins actuels de la clientèle toxicomane

Les répondants ont été appelés à s'exprimer sur les Types d'intervention dans les centres de réhabilitation/traitement qui mériteraient d'être développés pour répondre aux besoins actuels de la clientèle toxicomane. Les répondants devaient répondre par l'affirmative ou par la négative à l'égard des types d'intervention suivants :

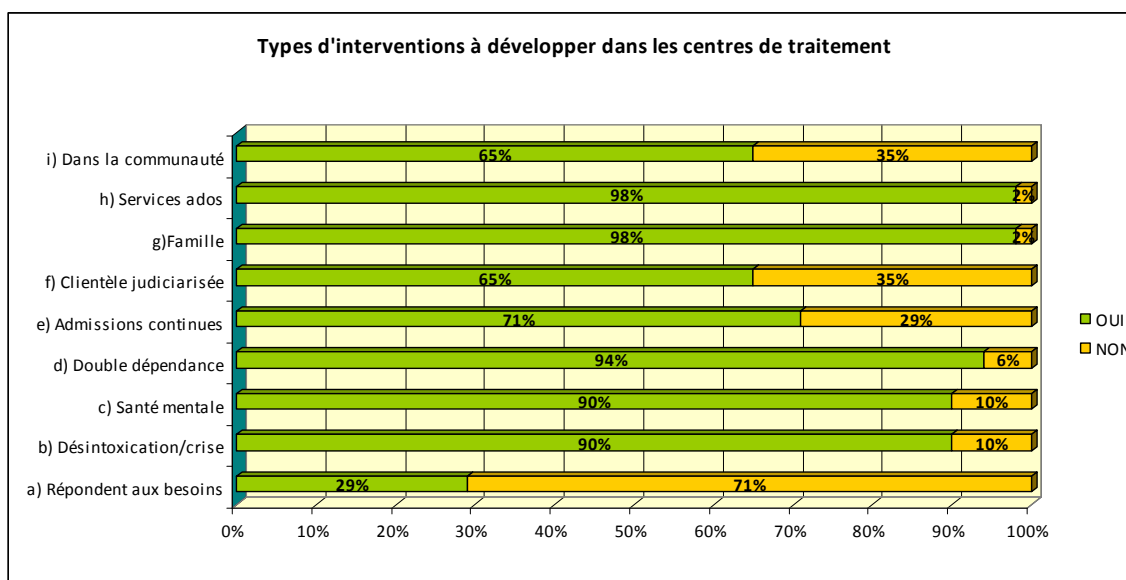
- a) Les centres tels qu'ils sont organisés actuellement répondent aux besoins de la population toxicomane.
- b) Un centre devrait offrir des services de désintoxication et d'intervention en situation de crise.
- c) Un centre devrait offrir des services spécialisés pour les personnes toxicomanes ayant aussi des troubles de santé mentale.
- d) Un centre devrait offrir des services spécialisés pour les personnes toxicomanes ayant aussi d'autres dépendances comme le jeu pathologique.
- e) Un centre devrait recevoir en continu les demandes d'admission (c'est-à-dire sans date fixe d'admission, le client est inséré au traitement dès que sa demande est acceptée).
- f) Un centre devrait être reconnu pour offrir des services spécialisés à la clientèle judiciarisée.
- g) Le centre pour les adolescents devrait aussi pouvoir offrir des services à la famille.
- h) Un plus grand nombre de services et d'options de réhabilitation pour les adolescents.
- i) Un centre de traitement localisé dans la communauté.

À la lumière des données recueillies, il est clair que les centres tels qu'ils sont organisés actuellement ne répondent pas aux besoins de la population toxicomane, car 71 % des répondants ont exprimé cette opinion.

En outre, une forte majorité de 98 % des répondants ont indiqué leur accord avec le fait que le centre pour les adolescents devrait aussi pouvoir offrir des services à la famille et qu'un plus grand nombre de services et d'options de réhabilitation pour les adolescents devrait exister.

De fortes majorités de répondants ont également estimé qu'un centre devrait offrir des services spécialisés pour les personnes toxicomanes ayant aussi d'autres dépendances comme le jeu pathologique (94 %), qu'un centre devrait offrir des services de désintoxication et d'intervention en situation de crise (90 %) et qu'un centre devrait offrir des services spécialisés pour les personnes toxicomanes ayant aussi des troubles de santé mentale (90 %).

La figure suivante illustre l'opinion des répondants à l'égard des types d'intervention à développer dans les centres de traitement :



Types d'intervention privilégiés dans les centres de traitement

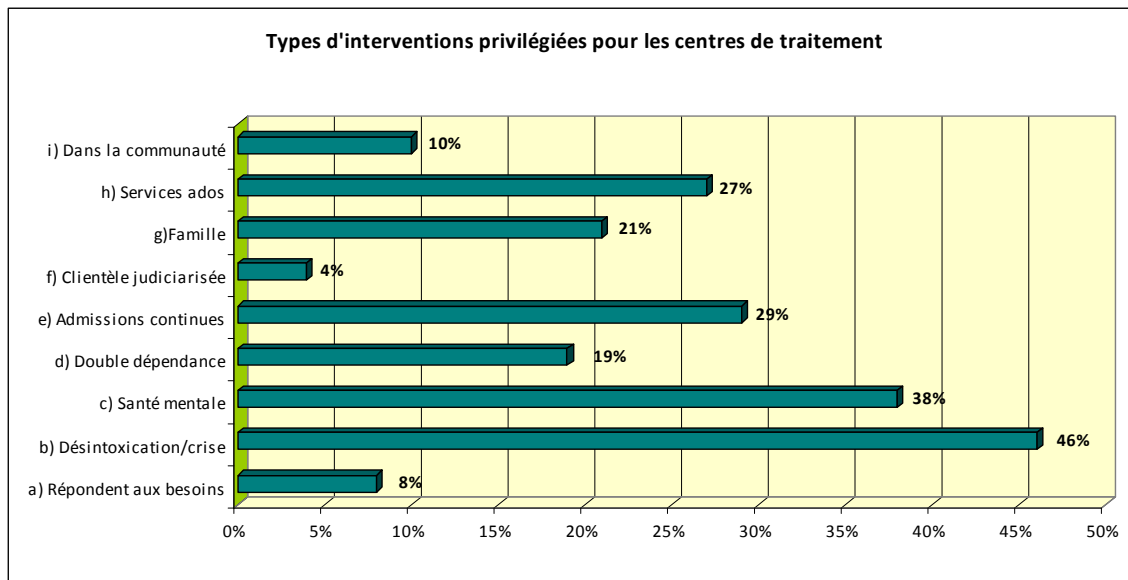
Parmi les types d'intervention proposés, les répondants ont été appelés à sélectionner deux types d'intervention qu'ils privilégieraient et que pourrait offrir le réseau des centres de traitement.

À 46 % les répondants ont privilégié qu'un centre devrait offrir des services de désintoxication et d'intervention en situation de crise. En deuxième lieu, 38 % des répondants ont privilégié qu'un centre devrait offrir des services spécialisés pour les personnes toxicomanes ayant aussi des troubles de santé mentale.

Deux types d'intervention reçoivent peu d'appui de la part des répondants, soit qu'un centre devrait être reconnu pour offrir des services spécialisés à la clientèle judiciarisée (4 %) et qu'un centre de traitement soit localisé dans la communauté (10 %). Encore une fois, les répondants ont très peu appuyé le fait que les centres de traitement répondent aux besoins de la clientèle actuelle, car seulement 8 % des répondants ont privilégié cet énoncé.

À la lecture des résultats, force est de constater que les services en santé mentale, la désintoxication et les admissions en continu sont davantage privilégiés par rapport aux énoncés stipulant que le centre pour les adolescents devrait aussi pouvoir offrir des services à la famille et qu'un plus grand nombre de services et d'options de réhabilitation pour les adolescents devrait exister. Malgré qu'à la question précédente il fut clair que ces deux types d'intervention jeunesse étaient utiles pour 98 % des répondants, ils semblent moins prioritaires lorsque vient le temps de faire un choix.

Voici néanmoins la répartition des choix des répondants :



Conditions gagnantes d'un programme favorisant la guérison

Actuellement, les programmes préconisent l'approche des 12 étapes des AA, d'autres sont basés sur la culture, d'autres ont une approche globale de nature bio psychosociale. Les répondants ont été appelés à s'exprimer sur les conditions qu'ils considèrent gagnantes pour un programme qui favorise la guérison. Voici leurs recommandations :

Conditions relatives à l'environnement du client

- ❖ Thérapies de couples et counselling familial.
- ❖ Ajouter une composante familiale qui incorpore la culture.
- ❖ Il faut connaître les besoins de la personne avant tout.
- ❖ Les approches sont diversifiées mais il faut inclure les familles. Les familles ne sont pas préparées.
- ❖ Il faudrait aussi inclure des sorties à travers la thérapie, les gens ne sortent pas et le retour à la réalité est dure.
- ❖ Il faut aborder les habiletés parentales.

Conditions relatives aux approches préconisées dans les centres de traitement

- ❖ Combiner l'approche des AA avec l'approche culturelle (3x).
- ❖ Il faut évaluer les programmes et l'Indice de gravité d'une toxicomanie IGT est la meilleure mesure d'efficacité mais l'IGT devrait être adapté aux communautés et y inclure le côté spirituel et culturel.
- ❖ Approche holistique qui incorpore la culture et les aspects traditionnels.
- ❖ Dans la région du Québec, 3 centres de traitement prennent l'approche AA mais il serait mieux d'adopter une approche holistique.
- ❖ Approche globale et holistique, soit une approche qui offre une formation continue (nouvelles dépendances, nouvelles techniques et pratiques).

- ❖ Les 3 approches intégrées sont gagnantes.
- ❖ Les 12 étapes avec approche holistique et culturelle. Il faut combiner les 2 approches.
- ❖ Aller dans le milieu naturel, faire des thérapies dans le bois.
- ❖ L'approche culturelle est bonne pour tous les clients.
- ❖ Approche culturelle pour les jeunes à haut risque.
- ❖ La plupart des gens considèrent l'approche culturelle.
- ❖ Programme axé sur le renforcement identitaire avec tente de sudation, approche holistique (globale), approche basée sur le cercle.
- ❖ Toutes les approches sont importantes et elles doivent être incorporées.
- ❖ Inclure la spiritualité et davantage d'activités culturelles.
- ❖ La culture n'a rien à voir mais la spiritualité est importante.
- ❖ Axer davantage sur les valeurs autochtones.
- ❖ Il faut inclure la culture traditionnelle et être près de la réalité autochtone. Les gens peuvent avoir de la difficulté à livrer leur vécu lorsqu'ils sont trop dans un milieu différent.
- ❖ Un programme qui incorpore la vie spirituelle, avec des prières religieuses (chapelets) et qui incorpore la nature (forêt).
- ❖ Avec l'expérience, il y a un besoin flagrant de retrouver son identité autochtone et les centres ne misent pas beaucoup sur cela. Il faut miser sur l'approche holistique et un centre devrait l'offrir en exclusivité (sans AA et autres). Il faut toucher les 4 sphères de la vie et faire un retour aux sources autochtones.
- ❖ La langue innue et la médecine traditionnelle.
- ❖ Les 12 étapes et la culture et la spiritualité.
- ❖ Il faut équilibrer les approches. Les AA ont sauvé le plus d'alcooliques dans le monde et il ne faut pas nier la culture pour la guérison.
- ❖ Les trois approches combinées et tout dépend de la personne.
- ❖ Approche multidisciplinaire en fonction du profil du client.
- ❖ Il faut adopter une approche holistique.
- ❖ Mode de vie AA et s'y impliquer activement.
- ❖ Il faut inclure la culture et la spiritualité.
- ❖ Approche biopsychosociale en intégrant la culture et la spiritualité.
- ❖ Approche globale, biopsychosociale et spirituelle.
- ❖ 12 étapes et approche psychosociale.
- ❖ L'approche doit être basée sur les besoins du client. Les clients doivent avoir le choix de l'approche.
- ❖ Selon les besoins du client, nous ne voulons pas imposer nos croyances sur quelqu'un d'autre.
- ❖ La culture doit être incluse.

Conditions relatives à la structure des services de traitement

- ❖ Avoir des services complets qui englobent tous les aspects d'une personne (physique, mental, etc.) et voir la réhabilitation comme un processus en continu, il faut améliorer les conditions de la personne et pour ce faire, un continuum de soins est nécessaire. Encore faut-il se rencontrer et se partager la tâche.
- ❖ Un traitement à plus long terme serait bénéfique. En cinq semaines, on ne touche que la surface.
- ❖ Les opiacés ne sont pas abordés. Plusieurs jeunes sont dépendants des pilules contre la douleur et les centres de traitement ne mettent pas l'accent sur l'abus de médicaments. Il faut 6 à 9 mois pour nettoyer le corps. Il faut un centre de traitement longue durée.

- ❖ Il n'y a qu'un seul centre pour jeunes et il devrait y en avoir un pour les jeunes adultes de 18 à 30 ans.
- ❖ Offrir des rencontres des AA dans la communauté.
- ❖ Les centres de traitement ont peur de la clientèle, si on met trop de détails, on dirait que les centres résistent à admettre certains clients.
- ❖ Les centres sont restrictifs et souvent il n'y a pas de place, les intervenants sont épuisés dans les centres.
- ❖ Centre de traitement avec ailes (mangeurs, jeu, drogues, alcool, gestion de la colère) comment l'hôpital Graham Bell à Tampa. Ils ont des enseignements traditionnels.
- ❖ Il faut des personnes modèles qui ont cessé de consommer.
- ❖ Mettre l'accent sur les soins post-traitement, groupes AA et soutien individualisé.
- ❖ Offrir un service de réinsertion sociale.
- ❖ La composante santé mentale est nécessaire. Il faut évaluer ces cas et faire un suivi psychologique.
- ❖ Programme qui favorise la réinsertion sociale, faire le suivi post-traitement.
- ❖ Travailler sur les difficultés personnelles comme le jeu pathologique, c'est un gros problème chez nous.
- ❖ Un centre de thérapie pour les jeunes (celui pour les non autochtones a fermé).
- ❖ Approche multiservices au lieu de travailler en silo.

Conditions relatives à la préparation des clients avant le traitement

- ❖ Il faut regarder les choses à long terme. Le manque de suivi des clients est souvent responsable de la rechute d'un client. Il y a des gens qui ont des problèmes de violence extrême, et il faut être en mesure de bien évaluer un client pour bien le référer.
- ❖ La désintoxication doit être incluse.
- ❖ La motivation de la personne doit être travaillée (approche motivationnelle), il faut que les intervenants aient des techniques de relation d'aide et il faut que l'approche corresponde aux valeurs des clients.
- ❖ Prioriser les gens ayant fait une désintoxication avant d'entrer en thérapie.
- ❖ Il faut favoriser la désintoxication avant d'aller en traitement.

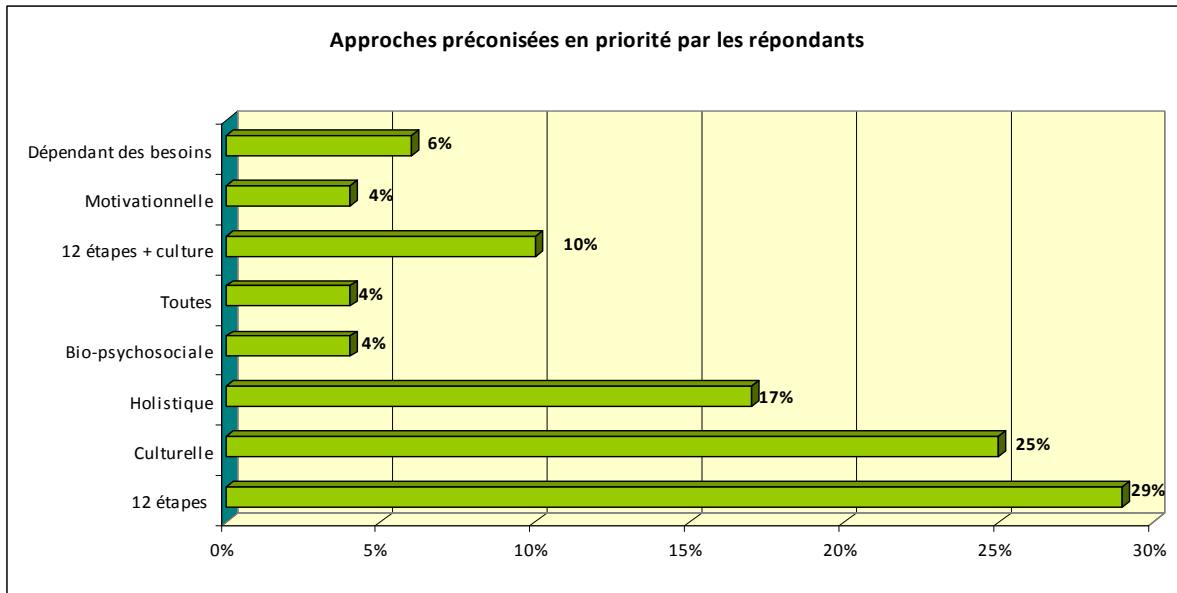
Disponibilité des approches dans les centres de traitement

Lorsque questionnés à savoir s'il devrait y avoir une gamme d'approches disponibles (AA, culturelle, spirituelle) dans le réseau pour satisfaire les besoins de tous les clients admis en centre de traitement, les répondants ont répondu à 100 % par l'affirmative.

Approches préconisées en priorité par les répondants

Les répondants devaient indiquer l'approche qu'ils préconisent en priorité dans les centres de traitement. L'approche des 12 étapes des AA arrive en tête de liste avec 29 %, suivie de l'approche culturelle, traditionnelle et spirituelle avec 25 % des répondants et de l'approche globale et holistique avec 17 %. L'approche biopsychosociale et l'approche motivationnelle reçoivent peu d'appui, car seulement 4 % des répondants les ont respectivement privilégiées.

La figure suivante illustre la répartition des approches préconisées par les répondants au chapitre des centres de traitement:



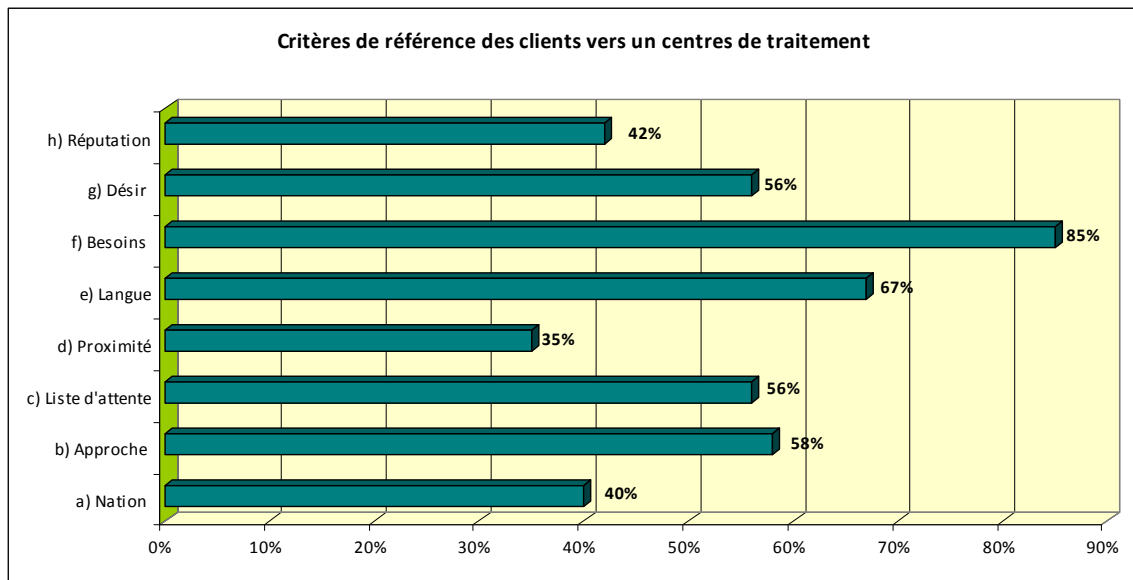
Critères de référence dans les centres de traitement

Les répondants ont été questionnés à savoir quels étaient leur(s) critère(s) de référence de leurs clients en centre de réhabilitation/traitement (plusieurs choix pouvaient s'appliquer). Voici la liste des critères sur lesquels les répondants devaient s'exprimer :

- En fonction de la nation du client desservie par un centre.
- En fonction de l'approche d'un centre que préconise le client.
- En fonction du centre dont la liste d'attente est la moins longue.
- En fonction du centre géographiquement le plus proche.
- En fonction de la langue maternelle du client.
- En fonction des besoins du client.
- En fonction du désir du client.
- En fonction de la réputation du centre.

Une majorité de répondants (85 %) réfèrent les clients en centre de traitement en fonction de leurs besoins. Toutefois un critère comme la langue maternelle du client représente un critère de référence pour 67 % des répondants, suivi de l'approche que préconise le client (58 %), du désir du client (56 %) et de la liste d'attente la moins longue (56 %).

Voici la répartition des critères :



Plusieurs répondants ont soulevé d'autres critères :

- ❖ Degré de désintoxication du client.
- ❖ Nombre de médicaments prescrits que prend le client.
- ❖ La qualité des services d'un centre.
- ❖ Le suivi qu'offre un centre.
- ❖ La promotion de l'approche des 12 étapes.
- ❖ En fonction de la qualité de la préparation avant le traitement (motivation, besoins du client, raisons pour le traitement, etc.)
- ❖ En fonction de la situation familiale du client (monoparentalité).
- ❖ L'accréditation d'un centre.
- ❖ Si le centre fait un suivi post-traitement.
- ❖ Si les anciens clients sont satisfaits.
- ❖ La rapidité de réponse d'un centre.
- ❖ En fonction de la durée du traitement.
- ❖ En fonction de l'état d'urgence du client.
- ❖ En fonction des services offerts dans la communauté.
- ❖ En fonction du cheminement personnel du client.

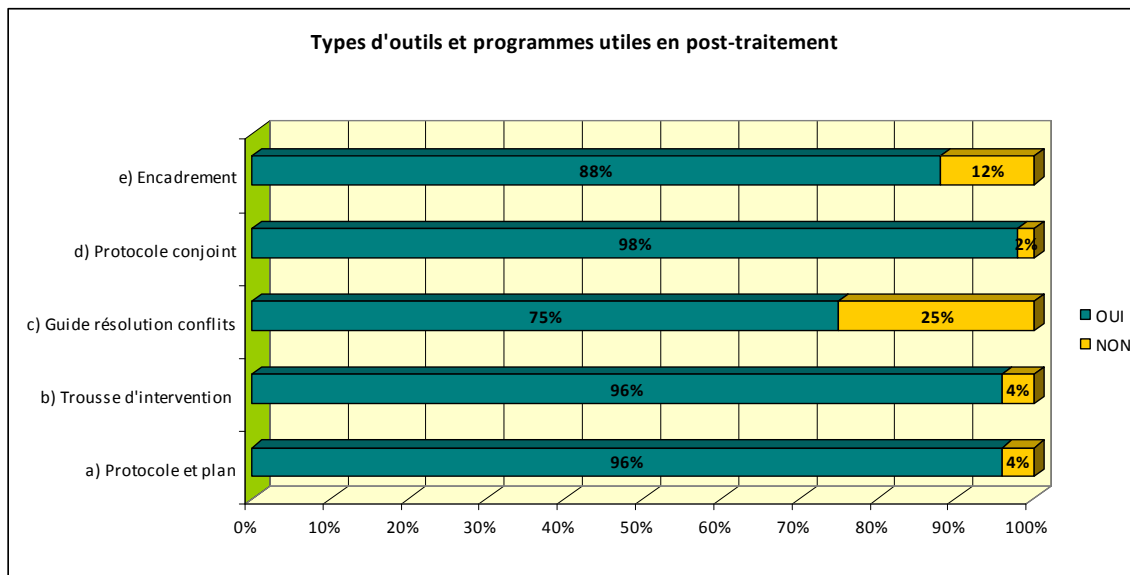
SUIVI POST-TRAITEMENT

Types d'outils ou de programmes qui seraient les plus utiles pour intervenir en suivi post-traitement auprès des personnes qui ont participé à un programme de thérapie

Les répondants ont été appelés à s'exprimer sur les types d'outils ou de programmes qui seraient les plus utiles pour intervenir en suivi post-traitement auprès des personnes qui ont participé à un programme de thérapie. Voici la liste d'outils ou de programmes qui leur a été proposée :

- a) Un protocole de suivi post-traitement avec un plan d'intervention détaillé pour chaque personne.
- b) Un trousse d'intervention de suivi post-traitement comprenant plusieurs thèmes pouvant être abordés comme la prévention de la rechute, la gestion de la colère.
- c) Un guide d'intervention sur la résolution de conflit.
- d) Un protocole de suivi conjoint avec le centre où le client a complété son traitement.
- e) Un service d'encadrement et de supervision clinique.

Un protocole de suivi conjoint avec le centre où le client a complété son traitement est un outil qui serait utile pour 98 % des répondants. Le protocole de suivi post-traitement avec un plan d'intervention détaillé pour chaque personne et une trousse d'intervention de suivi post-traitement comprenant plusieurs thèmes pouvant être abordés comme la prévention de la rechute, la gestion de la colère ont respectivement récolté l'appui de 96 % des répondants. Le guide sur la résolution de conflit demeure l'outil qui a recueilli moins d'appui mais toutefois 75 % des répondants ont exprimé qu'il s'agit d'un outil qui pourrait être utile. La figure suivante illustre ce que les répondants ont exprimé à l'égard des outils en matière de post-traitement :

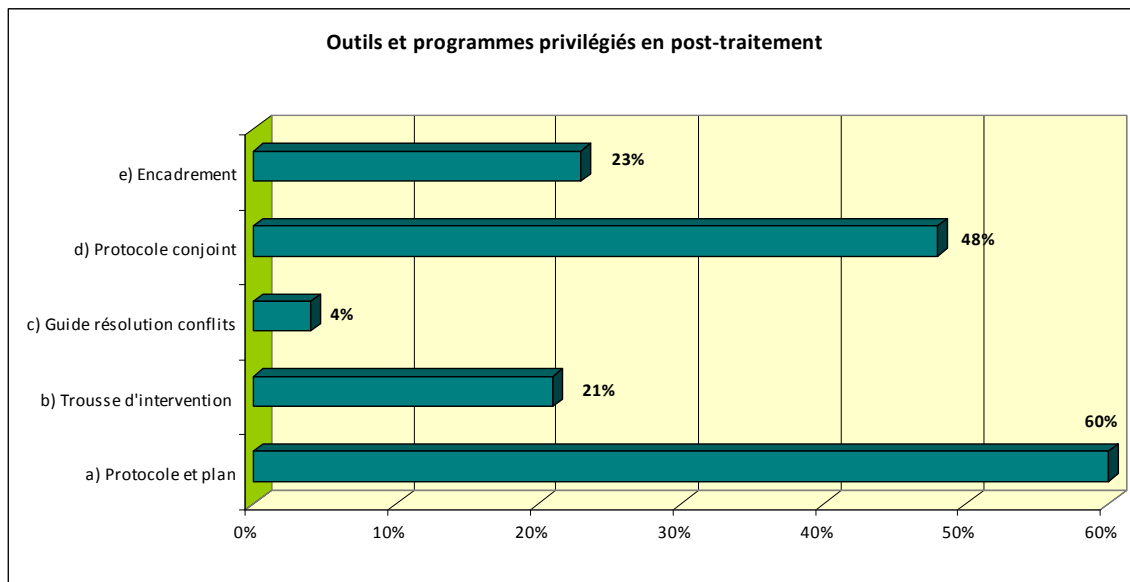


Outils ou programmes privilégiés en matière de post-traitement

Parmi les outils ou programmes proposés, les répondants ont été appelés à sélectionner deux types d'outils ou de programmes privilégiés que pourrait offrir le réseau des centres de traitement.

Le protocole de suivi post-traitement avec un plan d'intervention détaillé pour chaque personne demeure l'outil privilégié de la majorité des répondants (60 %). En deuxième lieu, 48 % des répondants privilégient le protocole de suivi conjoint avec le centre où le client a complété son traitement. Le guide sur la résolution de conflits n'est privilégié que pour 4 % des répondants.

Voici la répartition des choix des répondants :



Autres outils ou programmes qu'il serait important de développer en matière de post-traitement

Outre la liste d'outils ou de programmes proposés précédemment, les répondants ont soulevé d'autres suggestions d'outils et de programmes qu'il serait important de développer pour le suivi post-traitement :

En lien avec le réseautage et le partenariat

- ❖ Il faut encourager le bénévolat.
- ❖ Idéalement, il faut se rencontrer et créer des partenariats. Tous les outils sont utiles mais il faut réellement travailler ensemble, signer des ententes et répartir les tâches. Le centre de traitement fait des plans de suivi mais on ignore si le suivi est fait. Il faut savoir comment travailler ensemble pour que ça fonctionne mieux. Il faut une ouverture par rapport à la personne, connaître les composantes et partager les tâches (comportement, physique, culture, spirituel, formation, emploi, etc.) Il n'y a pas d'échange d'idées en ce moment.

En lien avec la structure des services

- ❖ Il faut se fixer des objectifs et en évaluer l'atteinte.

- ❖ Un intervenant de suivi post-traitement dans chaque communauté.
- ❖ Un plus grand nombre de groupes de soutien et d'activités de prévention de la rechute dans la communauté
- ❖ Mettre l'accent sur les jeunes.
- ❖ Il faut adopter une approche culturelle avec des thématiques précises sur le sujet de la toxicomanie.
- ❖ Programme jeunesse IGT (et adulte aussi).
- ❖ Programme en milieu naturel.
- ❖ Programme « les endeuillés » : il y a plusieurs deuils non résolus et il faudrait offrir des traitements de courte durée (fins de semaine) sur des thèmes précis.
- ❖ Il ne faut pas attendre d'être en crise, il faut des plans de travail en long terme.
- ❖ Les centres de traitement pourraient offrir le soutien post-traitement, puisque les clients ont créé un lien avec les intervenants des centres. On connaît les clients dans les communautés et parfois les gens ont peur de parler de leurs problèmes avec des intervenants de leur communauté. Il serait toutefois idéal d'avoir des gens d'autres communautés comme les intervenants de suivi des centres de traitement.
- ❖ Post-thérapie en milieu naturel avec approche holistique.
- ❖ Un centre de ressources post-traitement.
- ❖ Programme de réinsertion sociale après le traitement.
- ❖ Travailler en équipe avec les divers secteurs de la communauté (emploi, formation).
- ❖ Davantage de ressources financières pour les d'activités en forêt.
- ❖ Programme de prévention structurée de la rechute et le mettre en application.
- ❖ Approche de réduction des méfaits.

En lien avec l'acquisition de connaissances

- ❖ Si l'agent PNLAADA était abstinente, cela aiderait. Le PNLAADA devrait définir des critères et les gens qui vendent des drogues et qui consomment ne devraient pas être embauchés.
- ❖ Donner de la formation aux agents PNLAADA pour le post-traitement.
- ❖ Formation sur la résolution de conflits.
- ❖ Formation sur la prévention de la rechute.
- ❖ Formation sur le suivi post-traitement pour tous les agents PNLAADA.

En lien avec l'environnement du client

- ❖ Il serait merveilleux d'avoir un système de soutien. Il n'y a rien lorsque le client revient à la maison. Il faut des mesures pour garder les gens sur la bonne voie.
- ❖ Aide à la famille.
- ❖ Amélioration au niveau familial (post-traitement).
- ❖ Programme familial pour aider la famille lorsque l'individu retourne à la maison.
- ❖ Les facteurs environnementaux influencent la rechute. Il faut davantage de groupes de soutien et que les rencontres soient faites régulièrement. Il faut que le client soit accueilli par un groupe de soutien.
- ❖ Il faut impliquer des gens qui sont sobres depuis des années, il faut davantage de ressourcements pour eux lors des fins de semaine.
- ❖ Le soutien d'un groupe pour que la personne puisse se retrouver avec des gens sobres.
- ❖ Suivi auprès de la famille et du conjoint pendant le traitement.
- ❖ Enseignements traditionnels pour aider les gens après leur traitement.

En lien avec les outils de travail des intervenants

- ❖ Du matériel pour le post-traitement, ça fait 14 ans que le répondant est agent PNLAADA et rien n'a changé.
- ❖ Guide sur la résolution de conflits familiaux.
- ❖ Outils concrets pour la prévention de la rechute (feuilles, etc.).
- ❖ Programme pour les jeunes avec une approche biopsychosociale.

SUGGESTIONS DANS L'OPTIQUE D'AMÉLIORER LES SERVICES DU PROGRAMME PNLAADA

Les répondants ont été appelés à suggérer des éléments qui permettraient d'améliorer les services du programme PNLAADA. La méthodologie a permis l'expression libre des répondants mais afin de faciliter la lecture et l'organisation des résultats, les informations ont été organisées en thèmes.

Néanmoins, les propos rapportés sont des extraits du verbatim des entrevues structurées.

Structure des services

- ❖ Il faut un service d'information et de promotion.
- ❖ Il faut une institution dotée d'outils qui permettent aux gens d'être autonomes et débrouillards pour que les gens puissent voler de leurs propres ailes.
- ❖ Il faut un continuum de services.
- ❖ Un service de désintoxication est nécessaire car des gens entrent en thérapie et ils sont encore intoxiqués.
- ❖ Il faut des centres pour ados, les familles, les adultes, la clientèle judiciarisée.
- ❖ Il faut des services de réinsertion sociale.
- ❖ Il faut un suivi externe sur plusieurs années, dans le but de bien aider le client à être autonome.
- ❖ Les services de désintoxication sont nécessaires.
- ❖ Le PNLAADA ne devrait pas servir de test à l'agrément. Notre travail est de traiter et de guérir.
- ❖ Un centre de désintoxication de 5 lits dans la région de Montréal.
- ❖ Il faut développer des services de suivi post-traitement, c'est urgent.
- ❖ Il faut que les centres de traitement atteignent des taux d'occupation. Un plus grand nombre de centres n'aiderait pas les centres à maintenir et respecter cette exigence.
- ❖ Il faut que des services de désintoxication et de santé mentale soient mis en place.
- ❖ Il faut davantage de suivi post thérapie.
- ❖ Il faut un plus grand nombre de lits dans les centres de traitement.
- ❖ Il faudrait une maison de crise et d'hébergement pour hommes seulement parce que nous ne savons pas où les référer.
- ❖ Il faut un centre spécialisé pour les clients gais. Ils ont besoin de soins spécialisés. Lorsqu'un gai se rend dans un centres de traitement général, ses préoccupations ne sont pas prises en compte.
- ❖ Les centres de traitement ne devraient pas accepter les gens souffrant de troubles bipolaires. Les services en santé mentale sont nécessaires.
- ❖ Le personnel des centres de traitement devrait travailler en santé mentale.
- ❖ Un centre de traitement longue durée.
- ❖ Un traitement de rappel pour que les anciens clients puissent refaire le plein.
- ❖ Il faut des activités de groupe et des activités de post-traitement.
- ❖ Tenir compte de la réalité des clients, il n'y a pas que l'alcool, il y a beaucoup de comorbidité et de cas de santé mentale.
- ❖ Il faut que les objectifs soient réalistes.
- ❖ Centre de transition pour la désintoxication : cela peut pallier à des situations de crise.

- ❖ Un centre de désintoxication.
- ❖ Davantage de centres de traitement reconnus par Santé Canada, les gens aimeraient aller ailleurs que dans les centres PNLAADA. Nous sommes très limités dans le choix de centres de traitement.
- ❖ Il faut que les stratégies soient réalistes.
- ❖ Moyens pour référer la clientèle judiciairisée en centre de traitement, pour le moment les centres PNLAADA ne les acceptent pas souvent.
- ❖ Pour les Cris, les gens doivent sortir de la communauté et c'est comme aller dans un pensionnat indien car les centres de traitement sont trop "institutionnalisés". Il faut un centre de traitement chez les Cris.
- ❖ Conflit avec PNLAADA: le PNLAADA est un programme fédéral et le Conseil cri de la santé veut garder le programme. Il devrait faire preuve de courage et décentraliser le programme car cela suscite beaucoup de commentaires négatifs de la part des communautés crie.
- ❖ Réduire les listes d'attente des centres de traitement, c'est décourageant pour les clients.

Recherche et évaluation

- ❖ Poursuivre les démarches de validation de la situation en matière de toxicomanie (validation et mise à jour des données statistiques).
- ❖ Il faut un organisme qui s'occupe de la recherche.
- ❖ Évaluations statistiques (on veut savoir nos forces et nos faiblesses), il faut savoir où améliorer les services.

Ressources humaines

- ❖ Une description de tâche harmonisée pour tous les agents PNLAADA.
- ❖ Avoir un 2^e représentant régional à la CSSSPNQL, avec tout le territoire à couvrir, notamment pour les Cris et les Algonquins, une seule personne ne suffit pas.
- ❖ Davantage de ressources disponibles sur réserve.
- ❖ Travailleur de rue.
- ❖ Nous avons des problèmes de roulement de personnel, nous sommes 2 intervenants pour 4000 personnes et un seul centre de traitement. Nous n'avons pas le choix d'envoyer les clients dans le centre où il y a de la disponibilité et ce n'est pas l'idéal.
- ❖ Un intervenant pour les jeunes et un autre intervenant pour les mères et les jeunes filles seraient absolument nécessaires. Un seul agent ne suffit pas, il faut doubler les ressources humaines. Il n'y a rien pour les hommes et les pères de famille.
- ❖ Y a-t-il vraiment un programme PNLAADA? Il faut nous dire quel est notre rôle en priorité, faut-il faire de la prévention ou du counselling?
- ❖ Il faut des infirmières et des médecins. Il faut des soins complets et ce serait l'idéal.
- ❖ Avoir des agents PNLAADA des deux sexes dans les communautés, homme et femme, car certains clients sont gênés d'aller se confier à des femmes et vice-versa. Les hommes et surtout les jeunes sont gênés d'aller voir une femme et leur confier leurs problèmes.
- ❖ Il faut contrer l'effet néfaste du roulement de personnel.
- ❖ Intervenants spécialisés en santé mentale.
- ❖ Équipe de travail réseau.
- ❖ Équipes multidisciplinaires (médecin, psychologue) en toxicomanie.
- ❖ Les intervenants devraient faire un suivi plus rapproché, plus qu'une fois par mois.
- ❖ Il faut absolument du personnel supplémentaire, avec un seul agent PNLAADA il est impossible

- ❖ d'arriver à donner des services.
- ❖ Nous avons besoin d'intervenants en prévention et en suivi post-traitement.
- ❖ Nous avons besoin d'un plus grand nombre de groupes de soutien pour aider les clients. Les intervenants se sentiraient moins isolés et les clients ne dépendraient pas d'un seul intervenant.
- ❖ Plus grand nombre d'intervenants en dépendances (prévention, intervention dans les écoles).

Réseautage et communication

- ❖ Nous avons des rencontres trimestrielles du PNLAADA pour la Nation Algonquine. Cela permet d'augmenter le réseautage et nous partageons nos idées et nous discutons. Il serait utile que les autres nations fassent de même.
- ❖ Meilleure communication entre les communautés et les centres de traitement.
- ❖ Échanger davantage avec les responsable du programme à Santé Canada et qu'ils visitent les communautés pour qu'on puisse prendre le temps de se connaître.
- ❖ Établir une stratégie régionale avec les partenaires et amener les communautés à y adhérer.
- ❖ S'assurer que la stratégie régionale soit adaptable à chaque communauté.
- ❖ Meilleur réseautage entre les communautés.

Acquisition de connaissances

- ❖ Il faut que la formation soit obligatoire, entre autres, les intervenants dans les centres de traitement et les agents PNLAADA devraient être certifiés.
- ❖ Davantage de formation pour les agents PNLAADA. Plusieurs clients consultent et l'agent n'est pas préparé.
- ❖ Les agents PNLAADA devraient connaître davantage les programmes de traitement.
- ❖ Suivre des formations sur tout ce qui touche la toxicomanie.
- ❖ Suivre une formation accréditée pour obtenir le diplôme ou le certificat universitaire en toxicomanie pour tous les agents.
- ❖ Former les agents PNLAADA pour qu'ils puissent travailler auprès des jeunes.
- ❖ Se garder au fait des nouvelles drogues.
- ❖ Les agents PNLAADA n'ont pas de formation en santé mentale et il faudrait qu'ils le soient.
- ❖ Il faut que le réseau PNLAADA ait ses intervenants formés et non la réceptionniste qui devient intervenante.
- ❖ Il faut absolument avoir une formation sur la tenue de dossiers, cela ne s'est jamais fait et ce serait fort important.
- ❖ Inviter des guérisseurs traditionnels et avoir l'occasion de les côtoyer pour avoir de la formation avec eux.
- ❖ Meilleure formation pour les agents PNLAADA en évaluation des clients.
- ❖ Programme de mentorat pour soutenir les intervenants des autres communautés (sur demande) ex : aider à monter le plan de santé communautaire. Les gens d'expérience peuvent offrir ce service.
- ❖ Une formation en relation d'aide pour chaque intervenant.
- ❖ Il faut garder les mêmes préoccupations au niveau de la formation et du soutien aux employés.
- ❖ Formation en relations humaines.
- ❖ Tous les agents PNLAADA devraient être diplômés.
- ❖ Tous les agents PNLAADA devraient avoir la même formation.
- ❖ Formation pour les intervenants.

Implication des autorités

- ❖ Il faut que les politiciens s'impliquent et appuient les démarches de responsabilisation des gens.
- ❖ S'assurer de la prise en charge d'une stratégie par le leadership dans les communautés.

Outils et mesures pour faciliter le travail pour les intervenants

- ❖ Il faut normaliser les outils d'évaluation et il faut les mêmes données, qu'on puisse avoir accès à une base de données.
- ❖ Il faut un site internet de tous les services ensemble.
- ❖ Il faut bien évaluer le client pour bien le référer.
- ❖ Les intervenants ne reçoivent pas beaucoup de soutien des agents PNLAADA en termes d'admission. Les agents PNLAADA en région isolée ont de la difficulté et n'ont pas de soutien. Il faut organiser des rencontres et leur donner des occasions de faire du réseautage.
- ❖ Orientation pour les nouveaux agents PNLAADA.
- ❖ Avoir un bureau confidentiel, car pour le moment le bureau est partagé et cela ne favorise pas la confidentialité et l'autre personne reçoit des clients.
- ❖ Il faut développer une boîte à outils en fonction des groupes d'âge.
- ❖ Il faut accompagner les nouveaux agents PNLAADA.
- ❖ Il faut avoir en main des outils sur les types de dépendance et autres thèmes et élargir sur des thèmes comme l'estime de soi.
- ❖ Il faut un programme de ressourcement pour les intervenants PNLAADA, il faut des congés préventifs.
- ❖ Outils de classement des dossiers et des formulaires, système d'archivage.
- ❖ Programme informatique pour l'évaluation clinique.
- ❖ Il faut un ressourcement régulier pour les agents PNLAADA, ils sont isolés et travaillent seuls.
- ❖ Il faut des outils de travail définis.
- ❖ Davantage de matériel de prévention.
- ❖ Avoir des rencontres régulières (une fois par année) pour les agents PNLAADA.
- ❖ Ressourcement pour les agents PNLAADA.
- ❖ Développer un dépliant ou un bulletin pour le réseau PNLAADA.
- ❖ Standardiser les outils de travail à travers le Québec.
- ❖ Il y a beaucoup d'intervenants qui ont encore des problèmes et il faut se ressourcer et « nettoyer les bibittes » avant de faire le travail d'intervenant. Il faut les aider à régler ce qu'ils n'ont pas réglé.
- ❖ Offrir du soutien psychologique aux intervenants.
- ❖ Il faut développer davantage d'outils pour les communautés.
- ❖ Il faut des semaines de ressourcement pour les agents PNLAADA.
- ❖ Fins de semaine de ressourcement (ex : 4^e et 5^e étape, sur le deuil). Nous n'avons pas de ressources de soutien dans notre région.
- ❖ Davantage de matériel et d'outils, il ne semble pas y avoir de fonds pour cela. Les outils d'apprentissage sont très chers et nous ne pouvons pas les acheter. Nous nous sentons limités en région isolée car il n'y a pas de ressources.
- ❖ Retraite pour les intervenants en dépendances.
- ❖ Un centre régional de ressources pour commander du matériel (dépliants, vidéos, livrets, etc.)
- ❖ Ressourcement pour les intervenants.

Jeunesse

- ❖ Un plus grand nombre d'activités de prévention pour les jeunes.
- ❖ Il faut des centres spécialisés (jeunes). Il faut que ça soit accessible pour du court terme pour les jeunes en centre de traitement et pour le moment, il n'y a qu'un centre qui offre du long terme.
- ❖ La plus grande préoccupation est qu'il existe peu de services pour les jeunes.
- ❖ Intervenant PNLAADA jeunesse.
- ❖ Il faut des intervenants pour travailler auprès des adolescents. Les agents PNLAADA sont formés pour travailler auprès des adultes alors que la moitié de la population sont des adolescents. On fait des études de consommation dans la communauté. Les jeunes prennent de plus en plus de drogues. Nous n'avons rien à leur proposer comme services.
- ❖ Centre de jour pour les adolescents.

Ressources financières

- ❖ Tous les montants qui vont dans les services PNLAADA devraient aller dans le PNLAADA. Certains conseils de bande s'approprient des montants appartenant au PNLAADA ce qui ampute les services. Il faut donc s'assurer que les services soient offerts en fonction des moyens octroyés au PNLAADA.
- ❖ Nous devons nous assurer que tous les centres de traitement reçoivent le même financement de base (équité dans l'attribution de ressources).
- ❖ Avoir les moyens pour revamper les programmes en fonction des nouvelles dépendances.
- ❖ Développer une échelle salariale pour encourager les agents PNLAADA à demeurer en poste.
- ❖ Augmenter les salaires car l'agent PNLAADA est sous-payé.
- ❖ Il n'y a pas de ressources pour que les membres de la famille puissent assister à la graduation dans les centres de traitement. Nous n'avons pas les moyens d'organiser des rencontres dans les régions isolées.

Approches

- ❖ Il faut respecter les valeurs de gens en plus de leurs besoins.
- ❖ Il faut que les centres de traitement offrent des services en collaboration et non en compétition.
- ❖ Tenter d'impliquer la communauté entière dans les problématiques de drogues et d'alcool, le PNLAADA n'est pas le seul responsable.
- ❖ Un centre ne peut pas traiter une foule de dépendances à la fois.
- ❖ Davantage de composantes culturelles.
- ❖ Il faut toujours axer toute intervention sur l'identité et la culture.
- ❖ Il faut donner la formation sur l'approche holistique avec la roue de la médecine.
- ❖ Il faut adapter les outils de travail à la culture, tout le monde travaille en silo en ce moment.
- ❖ Il faut aider les gens à se responsabiliser car souvent, les clients comptent sur les autres pour faire le travail à leur place. Le système PNLAADA ne favorise pas la responsabilisation des clients car on fait tout pour eux (demande en centre de traitement, etc.).
- ❖ Inclure les familles.
- ❖ Il faut des thérapies de couple. Les couples vont en traitement séparément.
- ❖ Changer le nom « PNLAADA ».

VOLET 2 : RÉSULTATS DES GROUPES DE DISCUSSION

Quatre (4) forums réunissant au total une quarantaine d'intervenants des centres de santé des Premières Nations, des infirmières, des agents PNLAADA, des gestionnaires de programmes, des intervenants de garde, des psychoéducateurs, des responsables des projets en éducation spéciale, des intervenants jeunesse, des intervenants des services sociaux ont été organisés. À l'aide d'un guide d'animation, les intervenants étaient appelés à s'exprimer sur les forces et les faiblesses du PNLAADA, sur l'efficacité et la pertinence du programme, sur les besoins spécifiques des agents PNLAADA, sur leur perception de la satisfaction de la clientèle par rapport aux services existants dans le cadre du programme et sur la reconfiguration potentielle du réseau PNLAADA, autant au chapitre de la prévention, de l'intervention, du traitement que du suivi post-traitement.

D'entrée de jeu, les participants aux groupes de discussion ont largement critiqué le fait que le PNLAADA ne permet plus de répondre à l'éventail des besoins actuels en raison de l'émergence de nouvelles drogues et de nouvelles dépendances. En ce sens, le PNLAADA est un programme stagnant qui ne permet pas aux ressources en place d'évoluer avec les problématiques émergentes dans leurs communautés et dans leur milieu.

Les participants des groupes de discussion ont aussi déploré le manque de stratégies de prévention efficaces, qui peut s'expliquer par le niveau très élevé des attentes envers les agents PNLAADA, duquel la population s'attend qu'ils fassent autant de prévention, d'intervention que de suivi post-traitement. Quoique l'une des forces du PNLAADA est que les agents dans le milieu connaissent leur clientèle, ces attentes s'avèrent à toutes fins utiles impossibles à combler en raison du manque de ressources et de formation, qui mènent l'agent PNLAADA à « éteindre des feux » plutôt qu'à agir en amont des problématiques en fonction de stratégies définies.

Au chapitre du manque de ressources, les participants aux groupes de discussion ont étayé ce besoin prioritaire en exprimant que les conséquences qui en découlent ne permettent pas de répondre aux besoins de la clientèle. De surcroît, le manque de ressources, autant financières qu'humaines ne fait qu'aggraver une situation qui n'est plus tolérable. Les agents PNLAADA sont en général épuisés et mal rémunérés, ce qui a pour conséquence de faire perdurer un cycle où les besoins du client ne sont pas au cœur des démarches mais à la merci des services existants. À ce titre, les ressources doivent être augmentées, ainsi que les occasions de ressourcement et de réseautage entre les intervenants du programme.

Les participants ont maintes fois réitéré que les centres de traitement sont trop peu adaptés aux réalités contemporaines et qu'ainsi, ils ne répondent plus aux besoins de manière générale. Ils ont par ailleurs décrié le manque de services de traitement spécialisés, notamment en matière de désintoxication et de santé mentale. Les participants ont de plus maintes fois rappelé que la formation en intervention est une lacune importante du PNLAADA, particulièrement pour offrir du soutien dans la communauté suivant un traitement résidentiel.

Les participants ont de plus souligné des lacunes importantes au chapitre de services pour les familles et en conséquence, un continuum de soins qui permette d'agir sur les facteurs environnementaux des jeunes s'avère incontournable à la lumière des données sur la consommation chez cette clientèle.

Bref, les participants aux groupes de discussion ont conclu que le PNLAADA est un programme désuet qui ne répond plus à la réalité contemporaine dans les communautés. À l'instar des répondants des

entrevues structurées, la majorité a exprimé le besoin d'un continuum de soins qui permette à la clientèle de recevoir un suivi post-traitement dans le but de prévenir la rechute et de bénéficier d'un réseau de soutien. À ce chapitre, il fut clair pour les participants que le besoin d'un suivi personnalisé pouvant être mis en œuvre dans un continuum de soins et grâce au soutien offert dans la communauté est une avenue nécessaire à mettre en chantier.

Commentaires du chercheur sur les résultats des groupes de discussion

La crédibilité des résultats obtenus par la tenue des forums de discussion se trouve toujours augmentée lorsque le rédacteur apporte des éléments de discordance amenés par les participants à des forums de discussion. Or, dans cette démarche comme dans toutes les autres où nous sommes impliqués, nous avons tenté d'isoler de tous les commentaires, certaines opinions qui auraient pu être contraires au consensus général obtenu tant dans les résultats de l'enquête que dans les forums de discussion. Après analyse des *verbatim*s, nous n'avons pu cibler en particulier des voix dissonantes.

VOLET 3: DISCUSSION GÉNÉRALE

Plusieurs sujets ont été abordés soit dans le cadre de la recension, des entrevues ou des forums de discussion. Afin de faciliter l'analyse de l'ensemble des résultats, nous avons regroupé en trois grands axes l'ensemble des données. À partir de toutes les informations recueillies dans le cadre de la présente démarche, nous vous proposons une discussion générale à partir des éléments que nous avons jugés les plus pertinents.

AXE 1 : En termes de prévention

La littérature scientifique suggère que les programmes de prévention primaire, soit les programmes qui visent principalement les jeunes qui ne consomment aucune drogue, dans le dessein de prévenir l'initiation de l'utilisation de psychotropes de toutes sortes (Gates, McCambridge, Smith et Foxcroft, 2006) sont directement orientés vers la réduction de l'incidence (apparition de nouveaux consommateurs) ou de la prévalence (proportion des consommateurs dans une population donnée, incluant les anciens et les nouveaux cas) de la consommation et ses conséquences. Ces stratégies et programme visent l'amélioration des connaissances, des attitudes et des comportements adéquats en lien avec l'utilisation de drogues (Foxcroft, Ireland, et Lowe, 2002).

Or, les résultats des entrevues structurées démontrent que 81 % des répondants ont affirmé que les activités de prévention les plus faciles d'application dans leur milieu sont les activités de prévention associées aux drogues. Cependant, 54 % des répondants ont affirmé que les stratégies de prévention ne sont pas efficaces telles que menées actuellement. Cette perception est aussi corroborée par les commentaires obtenus dans le cadre des forums de discussion. Plusieurs ont en effet rapporté que les stratégies de prévention visent souvent à fournir de l'information sur les risques et les conséquences de l'usage de certaines drogues alors que le public auquel s'adressent ces activités connaît déjà l'ensemble des effets.

Il est reconnu que la majorité des programmes de prévention dans les communautés sont des programmes de prévention primaire qui visent les non-consommateurs, alors que la majorité du public cible seraient les personnes qui consomment déjà. En effet, l'enquête « *Alcool, drogues et inhalants : Portrait des consommateurs et des habitudes de consommation chez les Premières Nations de la région du Québec* » démontre clairement que la consommation de psychotropes devient problématique à un très jeune âge chez les Premières Nations. L'étude démontre en effet que la première consommation s'est généralement faite (environ 60 %) dans le groupe d'âge des 11-15 ans et pour l'alcool un peu plus de 20 % des répondants ont pris leur première consommation à 10 ans et moins. Conséquemment, l'efficacité des programmes de prévention se voit réduite en raison du défaut de les adapter selon le niveau de prévention requis à l'égard des facteurs de risques bien définis qui caractérisent chaque clientèle cible.

Au chapitre des obstacles à l'implantation de stratégies de prévention, le manque de ressources humaines a été identifié par 71 % des répondants et le manque de formation des intervenants pour faire de la prévention par 67 % des répondants. De plus, 63 % des répondants ont affirmé que le manque de soutien demeure un obstacle à ce chapitre. Les participants aux groupes de discussion ont étayé ce besoin prioritaire en exprimant que l'une des graves lacunes du PNLAADA est le manque de ressources et le peu de priorité qui lui est accordé. De plus, plusieurs ont soulevé le fait que les agents PNLAADA sont appelés à intervenir dans toutes sortes de situation et les exigences placées en eux sont beaucoup

trop grandes par rapport aux responsabilités qui dépassent largement les objectifs du programme.

Dans le contexte actuel où la consommation, comme on l'a vu précédemment, débute à un jeune âge chez les Premières Nations, les programmes de prévention devront inévitablement être modifiés. De nos jours, se limiter à transmettre une information statique sur les risques de l'usage de drogues à des jeunes qui en consomment déjà ne peut être porteur de changement. Il est reconnu dans la littérature que les programmes de prévention qui se concentrent sur les habiletés et sur les facteurs sociaux et psychosociaux prépondérants dans l'initiation de la consommation de drogues (facteurs de risque) ont généralement un effet plus positif quant aux connaissances des adolescents sur les psychotropes. Ce type de programme a aussi plus d'impacts quant au processus de décision à l'égard de la consommation, à l'estime de soi et à la résistance à la pression des pairs. Tous ces atouts réduisent significativement à la fois l'incidence de la consommation de drogues douces (cannabis) et de drogues dures parmi les jeunes d'âge scolaire (Faggiano et al., 2008). Ces types de programmes sont performants, puisqu'ils permettent de recadrer les perceptions qu'ont les jeunes des drogues et d'enseigner des stratégies pour refuser de consommer malgré la pression des pairs. Les jeux de rôle, les feed-back, les stratégies de résolution de problèmes et les manœuvres de renforcement positif des comportements recherchés sont là autant d'ingrédients efficaces au succès des programmes de prévention (Tobler et al., 2000). Si nous persistons à transmettre uniquement de l'information sur les drogues sans aider à développer des habiletés d'affirmation de soi, nous n'atteindrons jamais les résultats escomptés.

AXE 2 : En termes de traitement

Les répondants ont privilégié dans une proportion de 46 % qu'au moins un des centres de réhabilitation devrait offrir des services de désintoxication et d'intervention en situation de crise. En deuxième lieu, 38 % des répondants ont privilégié qu'un centre devrait offrir des services spécialisés pour les personnes toxicomanes ayant aussi des troubles de santé mentale. Les participants aux groupes de discussion ont par ailleurs décrit le manque de services de traitement spécialisés notamment en matière de désintoxication, de santé mentale et d'aide pour les gens aux prises avec toutes sortes de dépendances.

Les répondants ont très peu appuyé le fait que les centres de traitement répondent aux besoins de la clientèle actuelle, car seulement 8 % des répondants ont privilégié cet énoncé. À l'instar des répondants des entrevues structurées, les participants aux groupes de discussion ont maintes fois réitéré que les centres de traitement sont trop peu adaptés aux réalités contemporaines et qu'ainsi, ils ne répondent plus aux besoins de la clientèle. Cette opinion est aussi partagée par 71 % des répondants dans notre enquête.

En outre, puisque la prévalence des toxicomanies et de la comorbidité semble élevée chez les Premières Nations, les services actuels de prévention, d'intervention et de postvention ne permettent pas nécessairement d'aborder la cooccurrence des problématiques.

Une étude effectuée auprès de travailleurs dans le domaine des traitements de la toxicomanie (personnel clinique et non clinique) et d'utilisateurs québécois a permis l'identification des éléments essentiels à l'efficacité des programmes de traitement (Landry, Mercier, Kishchuk et Caron, 1997). En tout, six dimensions sont ressorties comme prioritaires à l'égard de la qualité des traitements et sont donc, du point de vue des intervenants, des ingrédients actifs du succès. En d'autres termes, un bon traitement devrait répondre aux composantes suivantes : 1) le niveau d'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des usagers; 2) la compétence des membres du personnel à l'embauche et en cours d'emploi; 3) le lien entre les besoins de l'utilisateur et les objectifs du plan d'intervention; 4) la qualité de la relation usager-intervenant; 5) le respect de la confidentialité des données concernant

l'usager; et 6) l'efficacité des services, c'est-à-dire les moyens mis en œuvre pour résoudre les problèmes d'abus de drogues.

Il n'y a pas de recettes magiques : tous les traitements ne sont pas efficaces pour les mêmes individus. Il est important de proposer au consommateur un traitement qui correspond à ses besoins réels, puisqu'un traitement qui excède les besoins du participant peut réduire l'efficacité du traitement. Il est également important d'insister sur la persistance en traitement, qui garantit de meilleurs résultats (Pearce et Holbrook, 2002).

Actuellement, la configuration des services de traitement est davantage organisée en fonction du positionnement géographique des communautés et en fonction de leur nation d'appartenance. Si cette organisation des services a pu plaire dans le passé, il semble qu'elle n'ait plus le mérite aujourd'hui ou même la prétention de croire qu'elle réponde aux besoins de la population.

Quant à la clientèle jeunesse, les répondants ont été en grande majorité (96 %) d'accord pour indiquer que les services étaient trop peu disponibles et que la gamme de services devait être élargie pour inclure les familles. Les participants aux groupes de discussion ont également souligné des lacunes importantes à ce chapitre. Nous devons rapporter ici que plusieurs intervenants rencontrés disent souhaiter la création d'un autre centre pour les jeunes qui devrait être situé dans une région beaucoup plus centrale que celle où est située actuellement l'unique centre pour jeunes.

AXE 3 : En termes d'intervention et de suivi post-traitement

Le protocole de suivi post-traitement avec un plan d'intervention détaillé pour chaque personne demeure l'outil privilégié de la majorité des répondants (60 %). Les participants aux groupes de discussion ont également exprimé le besoin d'un suivi personnalisé qui peut être mis en œuvre dans un continuum de soins et grâce au soutien offert dans la communauté. De plus, l'enquête « *Alcool, drogues et inhalants : Portrait des consommateurs et des habitudes de consommation chez les Premières Nations de la région du Québec* » a démontré clairement la présence de lacunes au chapitre des suivis. Cette réalité contribue notamment aux risques de rechute et l'organisation actuelle des services ne favorise pas la meilleure approche globale pour assurer une préparation et un suivi adéquat et continu du client. Il y a lieu de croire que la quantité de services de suivi post-traitement ne correspond pas encore aux besoins des personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Les résultats de cette enquête ont démontré en effet qu'une majorité des répondants, soit 53 % d'entre eux, pensaient que les services post-traitement n'étaient pas bien adaptés et manquaient d'efficacité. Également plusieurs répondants avaient évoqué le suivi des clients comme difficulté majeure de leur travail.

Plusieurs auteurs rappellent l'importance du suivi après traitement pour augmenter l'efficacité de l'intervention et accroître les résultats positifs (Perry, Coulton, Glanville, Godfrey, Lunn, McDougall et Neale, 2006; Welsh et Zajac, 2004; Hiller, Knight, Dwayne et Simpson, 1999). Bon nombre d'études démontrent un meilleur taux de réussite lorsque la communauté thérapeutique est combinée avec un soutien en communauté (Welsh et Zajac, 2004). Les personnes qui ont été institutionnalisées, notamment les consommateurs de drogues, nécessitent une supervision et une aide pour réintégrer la société. Cette période transitoire sert entre autres au développement d'un support social composé de pairs non déviants (Hiller, Knight, Dwayne et Simpson, 1999). Dans la plupart des cas, le suivi sera d'une durée moyenne de trois mois (Welsh et Zajac, 2004; National Institute of Justice, 1995).

Or, en dépit de l'importance qu'on attribue aux interventions en post-traitement, il semble y avoir consensus général quant au manque de suivi structuré en communauté auprès des individus qui sont

allés ou non en centre de réhabilitation. Il ne s'agit certainement pas de mauvaise volonté mais ce fait serait attribuable notamment au manque de connaissances et d'outils pour assurer des suivis qu'ils soient avant ou après le traitement et de la surcharge de travail des agents PNLAADA. D'ailleurs, 96 % des répondants ont indiqué que des stratégies de suivi seraient importantes. À la lumière des données recueillies, il semble que des activités dans la communauté associées à la prévention de la rechute demeurent un besoin prioritaire et constant pour 46 % des répondants. La formation sur le counselling auprès de la clientèle toxicomane est aussi considérée comme un élément important. En effet, au niveau des besoins prioritaires, le programme de formation sur le counselling auprès de la clientèle toxicomane arrive en tête de liste avec 33 %. Les participants aux groupes de discussion ont maintes fois rappelé que la formation en intervention est une lacune importante du PNLAADA, particulièrement pour offrir du soutien dans la communauté suivant ou non un traitement résidentiel. Le désir plusieurs fois rapporté est de développer un continuum de soins qui permette à la clientèle de recevoir un suivi avant et post-traitement dans le but de prévenir la rechute et de bénéficier d'un réseau de soutien.

Cependant, un fait demeure. Peu importe les stratégies mises de l'avant auprès de la clientèle toxicomane, la persévérance en traitement et au maintien des acquis est souvent tributaire de la motivation même de l'individu. À ce propos, Bergeron, Landry, Brochu et Cournoyer (1997) remarquent que l'intention de la personne de s'impliquer dans sa thérapie individuelle joue un rôle déterminant quant à la persévérance en traitement. Ceci dit, il semble que le rôle du consommateur lui-même influence considérablement la réussite ou l'échec du programme. En d'autres termes, l'engagement même du client détermine généralement sa persévérance dans le traitement. Or, ceux qui se perçoivent comme étant moins engagés sont plus enclins à l'abandon, donc plus vulnérables aux rechutes.

Comment soutenir ces individus et comment les aider à faire face aux résistances au changement, voilà un élément essentiel à considérer. Pour mieux saisir la personne, non seulement faut-il doter les intervenants de stratégies de suivi avant et post-traitement mais encore faut-il bien cerner l'individu lui-même. Sa motivation s'en trouvera soutenue que s'il se retrouve au sein de services qui répondent adéquatement à ces besoins spécifiques. Pour y parvenir, il faut se sensibiliser à l'importance de l'évaluation clinique et d'être en mesure ensuite de lui proposer une offre de services qui soit diversifiée et adaptée à ses besoins.

Force est de constater aujourd'hui, que peu de ces conditions ne se retrouvent au sein du réseau PNLAADA.

RECOMMANDATIONS

Plusieurs données appuient le constat que les services actuels offerts exclusivement aux Premières Nations ne répondent pas aux besoins de la clientèle des Premières Nations en matière de toxicomanies. En effet, les six (6) centres de traitement financés par le PNLAADA et le fait qu'un seul agent PNLAADA par communauté soit embauché (même si certaines d'entre elles ont le budget pour deux ressources) ne semblent pas suffire à répondre aux besoins grandissants. Les répondants aux enquêtes effectuées auprès des Premières Nations du Québec ont permis de conclure que les services ne semblent pas convenir et ce, en raison de plusieurs facteurs. Qu'il s'agisse que les offres de services de traitement ne soient pas suffisamment diversifiées, que les agents PNLAADA ont trop de responsabilités et peu de moyens, que l'alourdissement de la clientèle a considérablement modifié le profil clinique ou encore que le programme ne soit pas suffisamment inclusif en terme de problématiques à traiter, tous conviennent de la nécessité de repenser le PNLAADA.

Plusieurs éléments peuvent être pris en compte pour élaborer des programmes et des services efficaces. Cependant, comme le souligne Gendreau et Ross (1987), la vraie question n'est pas de se demander quel type de traitement fonctionne le mieux, mais plutôt quel est le meilleur traitement pour tel individu, à différents moments de sa trajectoire de consommation. De surcroît, les habitudes de consommation apparaissant à un âge plutôt jeune chez les Premières Nations, il y a lieu d'entreprendre un continuum de soins et de services qui intègre l'individu, sa famille et sa communauté. Plus la diversité des services sera grande, plus nous serons en mesure d'offrir un programme de soins qui soit le plus approprié aux besoins des individus.

Les recommandations suivantes, basées sur des données probantes, permettraient de mettre en place des services qui tiennent compte des besoins individuels mais aussi collectifs lorsqu'il s'agit de parler de prévention.

Il est clair par ailleurs que peu importe les stratégies proposées, nous devons nous rappeler que le phénomène des dépendances est souvent le symptôme d'un désordre aussi varié que complexe. Les facteurs de risque et de protection associés aux dépendances sont à ce point nombreux qu'il serait prétentieux de croire que seules nos recommandations permettront d'enrayer la problématique. Nous osons croire néanmoins qu'elles favoriseront un changement pour permettre aux collectivités et aux membres des Premières Nations d'obtenir des services qui soient les plus adaptés aux réalités d'aujourd'hui.

Afin de faciliter la compréhension du lecteur, nous avons structuré les recommandations en fonction des groupes d'individus et des organisations à qui elles s'adressent précisément. Par ailleurs, les répondants aux entrevues structurées et les participants aux groupes de discussion ont formulé leurs commentaires et recommandations en s'adressant à des groupes particuliers. En termes de prévention, nous avons formulé des recommandations spécifiques puisque nous considérons qu'il s'agit d'un domaine interpellant des individus de tous âges et en ce sens, les activités doivent être précisées selon la problématique abordée par groupe d'âge. Nous avons également formulé trois recommandations de scénarios visant la reconfiguration des services et les avons schématisés afin d'illustrer leur fonctionnement, leurs avantages et leurs inconvénients. Puisque la littérature et les données probantes nous indiquent de placer l'individu au centre des préoccupations en matière de dépendances, nos recommandations ne pouvaient être scindées par étapes d'un cheminement individuel mais bien par les actions et responsabilités que devraient mettre en œuvre organisations et les groupes d'individus interpellés pour offrir des soins et des services à la clientèle.

PRÉVENTION

À l'instar des statistiques sur la prévalence de consommation de drogues chez les jeunes (Chevalier et Lemoine, 2001), l'adolescence apparaît comme la période de vie la plus à risque de s'adonner à cette pratique. Qui plus est, la persistance de la consommation vers la fin de cette période critique joue un rôle important dans la prédiction de l'abus de drogues et d'alcool chez les adultes. Ces derniers constats rehaussent l'importance d'intervenir précocement sur l'utilisation de psychotropes durant l'adolescence pour prévenir les problèmes de consommation. Ces interventions seront efficaces à long terme à condition qu'elles réussissent à freiner la consommation avant l'âge de 18 à 21 ans (Brochu, 2006). De façon générale, les programmes de prévention peuvent être universels et viser l'ensemble de la population ou encore spécifiques et s'adresser à des groupes particulièrement à risque ou qui présentent les caractéristiques particulières (Gates, McCambridge, Smith et Foxcroft, 2006).

Au Québec, il existe trois niveaux de prévention. D'abord, on retrouve les programmes qui visent principalement les jeunes qui ne consomment aucune drogue, dans le dessein de prévenir l'initiation de l'utilisation de psychotropes de toute sorte (Gates, McCambridge, Smith et Foxcroft, 2006). Ces services, appelés programmes de prévention primaire, sont directement orientés vers la réduction de l'incidence (apparition de nouveaux consommateurs) ou de la prévalence (proportion des consommateurs dans une population donnée, incluant les anciens et les nouveaux cas) de la consommation et ses conséquences. Ils visent l'amélioration des connaissances, des attitudes et des comportements adéquats en lien avec l'utilisation de drogues (Foxcroft, Ireland, et Lowe, 2002). En second lieu, d'autres programmes sont, quant à eux, destinés au groupe des consommateurs, afin de minimiser le plus possible les conséquences générées par leurs habitudes de consommation (Gates, McCambridge, Smith et Foxcroft, 2006). Ils agissent notamment sur le plan de l'identification de ces individus, de la référence à des services appropriés et du traitement de cette clientèle qui présente des troubles plutôt récents avec la drogue. Le but de la prévention secondaire est d'intervenir sur le problème avant qu'il ne se développe davantage et ne devienne trop sérieux. Enfin, si les deux autres types de programmes ont échoué, la prévention tertiaire prend en charge les traitements des consommateurs qui abusent de drogues (Foxcroft, Ireland et Lowe, 2002). En somme, la prévention primaire diffère des deux autres dans le sens où elle intervient avec l'ensemble de la population, qui n'est pas nécessairement à risque de développer des problèmes de dépendance aux drogues, contrairement à la prévention secondaire et tertiaire qui font face à une clientèle individuelle déjà impliquée dans une forme ou une autre de consommation (Foxcroft, Ireland et Lowe, 2002).

Les programmes de prévention les plus exploités en Amérique du Nord se basent sur le modèle DARE (Drogue Abus Résistance Éducation), destiné aux jeunes d'âge scolaire. Présenté par des policiers, il poursuit l'objectif d'informer les élèves sur les divers psychotropes, de même que sur les pressions qui entourent la consommation. Plusieurs études montrent effectivement une meilleure connaissance des jeunes sur les drogues à la suite du programme. Par contre, selon les conclusions d'une importante recherche effectuée par West et O'Neal (2004), l'acquisition de ces informations serait insuffisante pour améliorer réellement la consommation de drogues à long terme parmi les adolescents. Ceci dit, malgré sa popularité, le programme de prévention DARE serait plutôt inefficace. Ces résultats laissent plutôt croire que les programmes qui attirent l'intérêt des décideurs ne sont pas nécessairement les plus efficaces en matière de prévention (Brochu, 2007). Les programmes les plus performants ne se contenteraient donc pas seulement d'informer les élèves sur les différentes drogues, mais leur enseigneraient également des techniques pratiques et des attitudes adéquates pour résister à ces produits. Pour reprendre les termes de Brochu (2007), non seulement faut-il savoir qu'il est préférable de dire non aux drogues, mais aussi faut-il savoir comment le faire.

Les programmes de prévention qui se concentrent sur les habiletés et sur les facteurs sociaux et psychosociaux prépondérants dans l'initiation de la consommation de drogues (facteurs de risque) ont généralement un effet plus positif quant aux connaissances des adolescents sur les psychotropes, au processus de décision à l'égard de la consommation, à l'estime de soi et à la résistance à la pression des pairs. Tous ces atouts réduisent significativement à la fois l'incidence de la consommation de drogues douces (cannabis) et de drogues dures parmi les jeunes d'âge scolaire (Faggiano et al., 2008). Ces types de programmes sont performants, puisqu'ils permettent de recadrer les perceptions qu'ont les jeunes des drogues et d'enseigner des stratégies pour refuser de consommer malgré la pression des pairs. Les jeux de rôle, les feed-back, les stratégies de résolution de problèmes et les manœuvres de renforcement positif des comportements recherchés sont là autant d'ingrédients efficaces au succès des programmes de prévention (Tobler et al., 2000).

Par ailleurs, rappelons que les facteurs de risque associés à la consommation de drogues sont également liés à une grande variété de comportements déviants. En d'autres termes, l'utilisation de psychotropes vient rarement seule. Or, compte tenu du large spectre visé, les programmes destinés à empêcher l'abus de drogues, sembleraient tout aussi efficaces pour prévenir le décrochage scolaire et d'autres conduites à risque (Wilson, Gottfredson et Najaka, 2001).

Recommandations

1. Il est recommandé à Santé Canada de financer l'ajout d'une ressource attitrée exclusivement au travail de prévention et de proximité dans chacune des communautés.
2. Une trousse globale de prévention adaptable aux réalités de chaque communauté et qui favorise la valorisation de l'identité culturelle doit être développée. Le développement de cette trousse devrait être financé par Santé Canada et conçue par la CSSSPNQL en fonction des groupes cibles et des axes de prévention suivants :

Groupes cibles	Axes de prévention
Familles	Programmes de développement des habiletés parentales.
2 ^e cycle du primaire	Programmes articulés en fonction d'une prévention qui concerne l'information sur les drogues avec enseignement sur les attitudes adéquates pour résister aux drogues.
12-17 ans Non consommateurs	Programmes de prévention qui touchent les connaissances sur les dépendances et qui sont concentrés sur les habiletés et facteurs sociaux et psychosociaux (estime de soi, affirmation de soi, décrochage scolaire, résolution de conflits, communication interpersonnelle, résistance à la pression des pairs, etc.).
12-17 ans Consommateurs	Programmes de prévention secondaire pour intervenir sur le problème avant qu'il ne devienne trop sérieux. Prévention dans le milieu direct où les jeunes consomment (travail de proximité). Approche de réduction des méfaits. Programmes de prévention qui touchent les connaissances sur les dépendances et qui sont concentrés sur les habiletés et facteurs sociaux et psychosociaux (estime de soi, affirmation de soi, résolution de conflits,

	communication interpersonnelle, résistance à la pression des pairs, habiletés parentales, etc.).
Adultes	Programmes de prévention qui touchent les connaissances sur les dépendances et qui sont concentrés sur les habiletés et facteurs sociaux et psychosociaux (estime de soi, affirmation de soi, résolution de conflits, communication interpersonnelle, résistance à la pression des pairs, habiletés parentales, etc.). Prévention dans le milieu direct où les personnes consomment (travail de proximité). Axer spécifiquement un programme de prévention sur la comorbidité (dépendances et troubles de santé mentale).

3. Toutes les activités de prévention devraient se dérouler tout au long de l'année et non de façon strictement ponctuelle. À ce chapitre, il est recommandé que l'agent de prévention développe un calendrier annuel d'activités de prévention.
4. Il est recommandé que l'agent de prévention coordonne les activités de prévention des dépendances dans la communauté et dans le milieu, en s'assurant de la disponibilité de prévention dans tous les secteurs d'activités de la communauté : la garderie, les écoles, les infirmières, services policiers, conseil de bande, etc.
5. Il est recommandé que la CSSSPNQL favorise la concentration des outils de travail en prévention pour qu'ils soient facilement accessibles à l'ensemble des agents de prévention des dépendances.
6. Il est recommandé que chacun des centres de traitement puisse inclure dans ses composantes thérapeutiques un volet spécifique à la prévention de la rechute.
7. Il est recommandé que Santé Canada, en collaboration avec la CSSSPNQL, mette sur pied une formation sur la trousse de prévention à l'intention des agents de prévention des dépendances des communautés.
8. Il est recommandé que Santé Canada évalue les impacts de toutes les activités de prévention issues de la trousse.

INTERVENTION, TRAITEMENT ET SUIVI POST-TRAITEMENT

Les travaux sur la question de l'intervention auprès des toxicomanes sont nombreux. Cependant, au-delà du contenu et de la nature de l'intervention, la persévérance en traitement semble associée à son succès. La proportion considérable des consommateurs de drogues qui abandonnent avant la fin des traitements remet considérablement en question leur efficacité. À ce propos, Bergeron, Landry, Brochu et Cournoyer (1997) viennent quelque peu nuancer ce dernier constat. D'abord, ces chercheurs remarquent que l'intention du client de s'impliquer dans sa thérapie individuelle joue un rôle déterminant quant à la persévérance en traitement. Ceci dit, il semble que le rôle du consommateur lui-même influence considérablement la réussite ou l'échec du programme. En d'autres termes, l'engagement même du client détermine généralement sa persévérance dans le traitement. Or, ceux qui se perçoivent comme étant moins engagés sont plus enclins à l'abandon, donc plus vulnérables aux rechutes.

Rappelons qu'une étude effectuée auprès de travailleurs dans le domaine des traitements de la

toxicomanie (personnel clinique et non clinique) et d'usagers québécois a permis l'identification des éléments essentiels à l'efficacité des programmes (Landry, Mercier, Kishchuk et Caron, 1997). En tout, six dimensions sont ressorties comme prioritaires à l'égard de la qualité des traitements et sont donc, du point de vue des intervenants, des ingrédients actifs du succès. En d'autres termes, un bon traitement devrait répondre aux composantes suivantes : 1) le niveau d'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des usagers; 2) la compétence des membres du personnel à l'embauche et en cours d'emploi; 3) le lien entre les besoins de l'usager et les objectifs du plan d'intervention; 4) la qualité de la relation usager-intervenant; 5) le respect de la confidentialité des données concernant l'usager; et 6) l'efficacité des services, c'est-à-dire les moyens mis en œuvre pour résoudre les problèmes d'abus de drogues.

Les traitements efficaces

Il est ici indispensable de faire état des données probantes qui existent à l'égard de ce qui constitue un traitement efficace des dépendances avant de proposer des avenues d'intervention, de traitement de suivi post-traitement qui soient interreliées et indissociables lorsque considérées dans une perspective de continuum de soins.

D'entrée de jeu, tous les traitements ont le potentiel de réduire la consommation de drogues, et ce, à des degrés différents. Une revue systématique de la littérature démontre pourtant un appui presque unanime aux communautés thérapeutiques (CT), notamment lorsqu'il s'agit d'une clientèle judiciarisée (Mitchell, Wilson et Mackenzie, 2005; Perry, Coulton, Glanville, Godfrey, Lunn, McDougall et Neale (2006). Les CT se retrouvent parmi les programmes les plus populaires aux États-Unis en ce qui concerne le traitement des consommateurs judiciarisés de drogues (Hiller, Knight, Dwayne et Simpson, 1999). Ces programmes sont individualisés en fonction de chaque participant, dépendant de son niveau de dépendance et de sa vitesse de progression dans la CT (National Institute of Justice, 1995). Ils sont généralement réservés aux abuseurs chroniques (Lurigio, 2000).

Les communautés thérapeutiques se déroulent dans des résidences dépourvues de toute consommation de drogues et d'alcool, s'appuyant sur un modèle de traitement hiérarchique, à l'intérieur duquel chaque niveau franchi représente une amélioration des responsabilités personnelles et sociales chez le client. L'influence des pairs est utilisée afin de faciliter l'assimilation des normes sociales et le développement d'habiletés sociales positives. Ces traitements se démarquent des autres à travers l'utilisation de la « communauté » comme agent clé de changement. La communauté rassemble les intervenants et ceux qui suivent le traitement. Toutefois, la responsabilité individuelle quant à la réussite ou non du traitement demeure fondamentale dans les Communautés thérapeutiques, puisque chaque individu s'avère le principal responsable du processus de changement.

Les personnes qui y sont référées ont habituellement des problèmes d'abus de plusieurs drogues (incluant l'alcool), des troubles de santé mentale, un support social et familial inadéquat et sont souvent impliquées dans le système de justice (Smith, Gates et Foxcroft, 2005). Or, il s'avère que ces caractéristiques sont également retrouvées parmi la population autochtone, ce qui laisse croire que ce type de traitement pourrait être adapté à cette clientèle. Par ailleurs, l'hétérogénéité des problèmes entourant l'abus de drogues renforce la nécessité de procéder à des évaluations rigoureuses touchant aux aspects suivants : psychiatriques, psychologiques, émotionnels, sociaux, familiaux, nutritionnels, légaux et vocationnels (Pearce et Holbrook, 2002). À ces éléments, d'autres auteurs ajoutent notamment les caractéristiques démographiques, l'histoire de consommation, l'expérience de traitements dans le passé, les croyances de l'efficacité d'un traitement et le désir de suivre un programme (Lurigio, 2000; Marshall et Hser, 2001). Ceci dit, plusieurs auteurs affirment que les programmes qui enregistrent les

meilleurs taux de réussite sont ceux qui sélectionnent adéquatement les candidats potentiels (Day et Howells, 2002; Griffith et coll., 1999; Farabee et coll. 1999).

Ces traitements intensifs et très structurés sont conçus à long terme (Lurigio, 2000) et prévoient des activités journalières (Welsh et coll., 2004). Ils visent particulièrement le changement du style de vie du participant, incluant l'abstinence, l'élimination des comportements antisociaux et le développement de valeurs et d'attitudes prosociales (Lurigio, 2000; Welsh et coll., 2004).

Une partie importante du personnel est composé d'anciens participants du programme qui ont gradué de la communauté et qui agissent à titre de conseiller (Lurigio, 2000). Leur présence est importante puisqu'elle sert de modèle pour les autres clients (National Institute of Justice, 1995).

Certaines communautés thérapeutiques ouvrent même vers la famille et les proches en accueillant les conjoints, les enfants et les autres membres de la famille du participant, afin de leur offrir le maximum de support dans leur processus de changement (National Institute of Justice, 1995).

Plusieurs auteurs rappellent l'importance du suivi après traitement pour augmenter l'efficacité de l'intervention et accroître les résultats positifs (Perry, Coulton, Glanville, Godfrey, Lunn, McDougall et Neale, 2006; Welsh et Zajac, 2004; Hiller, Knight, Dwayne et Simpson, 1999). Bon nombre d'études démontrent un meilleur taux de réussite lorsque la CT est combiné avec un soutien en communauté (Welsh et Zajac, 2004). Les personnes qui ont été institutionnalisées, notamment les consommateurs de drogues, nécessitent une supervision et une aide pour réintégrer la société. Cette période transitoire sert entre autres au développement d'un support social composé de pairs non déviants (Hiller, Knight, Dwayne et Simpson, 1999). Dans la plupart des cas, le suivi sera d'une durée moyenne de trois mois (Welsh et Zajac, 2004; National Institute of Justice, 1995).

Le suivi n'étant pas obligatoire, les résidents qui décident de ne pas profiter de cette opportunité sont tout de même invités à conserver des liens serrés avec la CT. Ils sont alors encouragés à se joindre à un groupe de parrainage, à un parrain par l'intermédiaire du téléphone ou à un groupe d'entraide dans la communauté, comme les Alcooliques Anonymes ou les Narcotiques Anonymes (National Institute of Justice, 1995).

L'efficacité des centres de traitement est donc proportionnelle au temps passé en traitement, notamment en ce qui concerne la récidive (Wexler, Falkin et Lipton, 1990). Le National Institute of Justice (1995) affirme qu'un minimum de dix à douze mois est nécessaire pour voir les premiers changements de comportement chez les consommateurs. Une fois cette période complétée, le traitement en soi devient alors plus efficace que l'absence d'intervention. Alors que la réussite du programme dépend presque essentiellement de la persistance en traitement, des efforts sur la motivation des clients devraient être déployés (Mitchell, Wilson et Mackenzie, 2005; Brochu, Bergeron, Landry, Germain et Schneeberger, 2002).

Les interventions dans le champ de la toxicomanie, rappelons-le, sont nombreuses. Il devient par conséquent difficile de s'y retrouver. La méta-analyse est une technique de recension des travaux antérieurs qui consiste à rassembler les résultats de plusieurs études comparables et pertinentes sur un sujet précis, permettant d'y voir plus clair. En ce qui concerne les traitements en toxicomanie, parmi les plus intéressantes se retrouvent celles de Pearce et Holbrook (2002) et de Welsh et Zajac. (2004). Les résultats de cette méta-analyse vont aussi dans le même sens et indiquent clairement que les communautés thérapeutiques se démarquent considérablement des autres formes de traitements sur le plan de la réduction de l'abus de drogues et de la récidive, particulièrement pour les personnes qui

présentent des troubles sévères. Ils soulignent toutefois que ces résultats sont d'autant plus probants lorsque la CT est accompagnée d'un suivi en communauté (voir également Perry et al., 2006). De surcroît, Welsh et Zajac (2004) remarquent que ce sont les programmes les plus constants quant au ratio entre le nombre de clients par rapport au nombre d'intervenants. Par exemple, ils ont recensé un ratio de 9 : 1 à 16 : 1 pour les CT; de 5 : 1 à 64 : 1 pour les programmes d'éducation; et de 7 : 1 à 60 : 1 pour les traitements externes. Ils ont donc pour autre avantage de nécessiter des ressources moins importantes et de tisser des liens entre les membres de la communauté aux prises avec de telles difficultés.

Cependant, Pearce et Holbrook (2002) n'offrent pas dans leur article de recettes magiques : tous les traitements ne sont pas efficaces pour les mêmes individus. Ils soulignent l'importance de proposer au consommateur un traitement qui correspond à ses besoins réels, puisqu'un traitement qui excède les besoins du participant peut réduire l'efficacité du traitement. Ils insistent aussi sur l'importance de la persistance en traitement, qui garantit de meilleurs résultats (Pearce et Holbrook, 2002).

Somme toute, à la lumière des études recensées dans ce rapport, certaines modalités peuvent améliorer considérablement les chances de réussites d'un traitement. En voici quelques-unes qui contribueraient à l'amélioration des programmes en toxicomanies :

1) Réserver les traitements intensifs aux consommateurs qui présentent des problèmes sévères : une évaluation rigoureuse devrait être effectuée avec tous les consommateurs de drogues et d'alcool. Celle-ci devrait s'appuyer sur les besoins des clients ainsi que sur la sévérité de leurs problèmes dans le but de les guider vers le traitement le plus efficace pour eux. Il est reconnu qu'un traitement trop intensif peut nuire à une personne qui présente des troubles légers de consommation (Brochu et coll., 2002). Ceci suggère le développement de services variés et répondant à la gamme de besoins des abuseurs de drogues (Germain et coll., 2001).

2) Former des intervenants qualifiés : le recrutement de personnel qualifié et expérimenté s'avère difficile, mais n'est pas moins essentiel. Plusieurs intervenants qui ont démontré leur compétence dans un programme communautaire ne seront pas nécessairement aussi performants dans une communauté thérapeutique. Un manque de familiarisation avec la clientèle peut nuire au lien thérapeutique, qui demeure un élément fort important dans la réussite du traitement, ce qui oblige les thérapeutes à ajuster leur style d'intervention pour répondre à la situation (Farabee et coll., 1999). Des cahiers de formation devraient être élaborés, non seulement sur le mode d'intervention, mais aussi sur la clientèle.

3) Standardiser les outils d'évaluation et de formation : alors que les deux éléments précédents semblent essentiels au succès d'un traitement, encore faut-il qu'ils s'appuient sur des outils adéquats. Premièrement, l'évaluation rigoureuse des consommateurs, notamment leur profil biopsychosocial et leurs besoins, est essentielle pour les référer au traitement adéquat (Germain et coll., 2001). L'échec d'un traitement est souvent imputable à mauvais arrimage entre les clients et les modalités thérapeutiques (Lurigio, 2000). De bons outils d'évaluation réserveraient donc les traitements les plus intensifs et structurés aux usagers qui présentent réellement des besoins élevés. Deuxièmement, la préservation de l'intégrité d'un traitement est primordiale à sa réussite (Lurigio, 2000). Un personnel bien formé et expérimenté implante le protocole correctement et préserve ainsi l'intégrité d'un traitement. Une standardisation des outils d'évaluation et des cahiers de formation serait donc de mise afin d'uniformiser les pratiques.

4) Arrimer les services : les intervenants des programmes pour les toxicomanes auraient tout à gagner à travailler de concert avec les organismes dans la communauté, afin de répondre au maximum de besoins des consommateurs après leur traitement. Une meilleure coordination entre les centres de traitement et

les programmes communautaires serait de mise (Germain et coll., 2001; Lurigio, 2000; Wexler et coll., 1990).

5) *Offrir un suivi dans la communauté* : une continuité de services dans la communauté comme suite à la fin du traitement est nécessaire pour maximiser les chances de réussite (Mackenzie, 2000; Pearce et Holbrook, 2002; Perry, Coulton, Glanville, Godfrey, Lunn, McDougall et Neale, 2006). Cette opportunité assure la transition entre le centre de traitement et la collectivité et améliore la réhabilitation sociale du client à long terme (Lurigio, 2000). De surcroît, le fait de créer une collaboration entre les intervenants et les organismes qui œuvrent dans la communauté risque de faciliter l'offre de suivi.

6) *Évaluer les programmes en toxicomanie destinés aux consommateurs* : l'évaluation des programmes devrait être exécutée par des experts externes aux intervenants qui offrent le traitement. Les formalités d'implantation, les impacts généraux et la formation des intervenants devraient être évalués plus fréquemment dans le but d'améliorer les services et préserver leur intégrité (Lurigio, 2000). Le fait de confier les évaluations des programmes à des chercheurs qualifiés permettrait de minimiser les biais d'échantillonnage et les erreurs méthodologiques, d'assurer la comparaison des traitements et d'améliorer les programmes (Farabee et coll., 1999). De surcroît, ces évaluations devraient assigner aléatoirement les participants et prévoir un groupe contrôle afin de trancher sur l'efficacité des traitements et des critères de sélection de la clientèle type, notamment le type de drogues, la fréquence de consommation, la rétention en traitement, les activités criminelles, etc. (Farabee et coll., 1999).

Finalement, pour reprendre la pensée de Gendreau et Ross (1987), la vraie question n'est pas de se demander quel type de traitement fonctionne le mieux, mais plutôt quel est le meilleur traitement pour tel individu, à différents moments de sa trajectoire de consommation.

Dans le but de faciliter la compréhension du lecteur à l'égard des recommandations relatives à l'intervention, au traitement et au suivi post-traitement, les recommandations suivantes ont été élaborées en fonction de l'organisation ou des groupes d'individus auxquelles elles s'adressent.

Recommandations générales à l'intention de Santé Canada

Il est recommandé à Santé Canada:

1. De faire preuve de flexibilité quant à l'adaptation de ses programmes aux nouvelles réalités vécues dans les communautés des Premières Nations. Ces réalités nous imposent de recommander à Santé Canada d'élargir sa compréhension des problématiques de dépendances au-delà de celles qui font consensus particulièrement en ce qui a trait à l'alcool et aux drogues pour y inclure d'autres formes de dépendances qui sont de nature aussi destructrices que celles précédemment identifiées.
2. D'élargir non seulement sa compréhension du phénomène mais sa vision du déploiement des services nécessaires. En conséquence, il est recommandé que pour la Région du Québec, l'appellation « PNLAADA » soit remplacée par un programme qui démontrera la préoccupation « dépendances » dans toutes les stratégies mises de l'avant.
3. De redéfinir le rôle des agents PNLAADA, de modifier leur titre et leurs tâches et de les adapter aux réalités vécues.
4. Avec le soutien de la CSSSPNQL, de sensibiliser les autorités politiques et administratives des communautés au rôle véritable que devraient jouer les agents PNLAADA afin d'éviter que ceux-ci n'héritent de tâches qui outrepassent largement leur mandat, leur capacité et leur expertise comme c'est le cas actuellement.

5. De mettre à la disposition des communautés les ressources financières nécessaires à l'embauche d'une ressource additionnelle dont le mandat sera essentiellement de faire de la prévention dans le milieu.
6. De maintenir le financement nécessaire à la poursuite de la formation en intervention jeunesse dispensée par l'Université du Québec à Chicoutimi et de rendre accessible cette formation à l'ensemble des intervenants en dépendances dans les communautés.
7. Il est recommandé à Santé Canada, en collaboration avec la CSSSPNQL, d'élaborer un plan de formation quinquennal qui inclut la formation entre autres sur les sujets suivants : planification du travail/gestion efficace du temps, animation de groupe, formation continue sur les dépendances (nouvelles drogues), approches novatrices en prévention et en intervention, counselling individuel et de groupe, santé mentale, accompagnement et suivi post-traitement.
8. Dans une perspective de rétention du personnel, de prioriser la mise à niveau salariale des intervenants en dépendances pour rendre la rémunération compétitive comparativement à des postes de niveau similaire.
9. De dégager les fonds nécessaires pour permettre aux intervenants en dépendances d'avoir recours à des séjours de ressourcement sur une base annuelle.
10. De voir à dégager les fonds nécessaires pour mettre en place des services professionnels d'encadrement et de supervision clinique à l'intention des intervenants en dépendances.
11. De financer la mise en place de services de désintoxication dans une perspective de continuum de soins. L'exclusion de cette phase dans la reconfiguration du programme fragiliserait les interventions subséquentes et maintiendrait le statu quo des services tels qu'ils sont offerts actuellement.
12. Dans une perspective de continuum de soins, d'appuyer, par le biais de ressources humaines et financières additionnelles le cas échéant, la nécessité de procéder à la reconfiguration de l'offre de services dispensés par les centres de traitement afin de rendre celle-ci plus conforme aux réalités actuelles et aux besoins qui en découlent.

Recommandations générales à l'intention des autorités politiques et administratives des communautés

Il est recommandé aux autorités politiques et administratives des communautés :

1. D'inscrire dans leurs priorités d'actions le phénomène des dépendances et qu'il soit ainsi reconnu comme un important problème de santé publique.
2. De faire preuve de rigueur dans le respect des sommes d'argent allouées pour éviter que les fonds destinés aux problématiques de dépendances ne soient détournés au profit d'autres secteurs de la communauté.
3. De respecter les rôles et les responsabilités imputées aux intervenants en dépendances afin d'éviter une surcharge de travail qui outrepasserait leur mandat.
4. S'assurer qu'un protocole spécifique qui concerne exclusivement les parents qui doivent quitter la communauté pour poursuivre un traitement soit élaboré et mis en œuvre.
5. Fournir l'appui et le soutien nécessaires au secteur de la sécurité publique afin de lutter contre l'accessibilité et la vente de produits illicites.
6. D'assumer un leadership quant à la mobilisation de l'ensemble des secteurs d'activités de la communauté pour lutter contre les dépendances de manière efficace et concertée.

Recommandations générales à l'intention de la CSSSPNQL

Il est recommandé à la CSSSPNQL :

1. De poursuivre les efforts de réseautage parmi les intervenants en dépendances pour consolider le réseau chez les Premières Nations.
2. De développer des partenariats avec le réseau québécois de la santé et de services sociaux dans le but de favoriser l'accès des Premières Nations aux services existants du réseau québécois en matière de dépendances.
3. D'établir des ententes de transfert des connaissances avec le réseau québécois notamment avec le Centre québécois de lutte aux dépendances et autres organismes du milieu.
4. Il est recommandé de développer un outil de base de données comprenant une mise à jour régulière des informations cliniques sur les dépendances accessible à l'ensemble du réseau.
5. De poursuivre les efforts investis depuis les dernières années en matière de recherche sur les enjeux reliés aux dépendances.
6. D'appuyer toute démarche jugée appropriée visant la reconfiguration de l'offre de services du réseau y compris la mise en place de formation ou de services spécialisés.

Recommandations générales à l'intention des intervenants en dépendances

Il est recommandé aux intervenants en dépendances :

1. De faire preuve de flexibilité et d'adaptation aux changements quant aux méthodes de travail rendus nécessaires par l'évolution rapide des problèmes inhérents au phénomène des dépendances au cours des dernières années.
2. De saisir toutes les occasions possibles visant l'amélioration de leurs connaissances et de leurs habiletés professionnelles afin de rendre plus efficaces leurs interventions auprès de la clientèle.
3. En concertation avec tous les secteurs concernés dans la communauté, d'élaborer un plan de travail à l'intérieur duquel seront planifiées des activités de prévention qui s'échelonneront sur une période de 12 mois.

Recommandations générales à l'intention des centres de traitement

Il est recommandé aux centres de traitement :

1. De faire preuve de flexibilité et d'adaptation aux changements quant à la diversification de l'offre de services qui doit tenir compte des nouveaux besoins cliniques de la clientèle.
2. De diversifier leur offre de services en tenant compte des nouveaux besoins cliniques de la clientèle.
3. De développer une vision plus régionale des services qu'ils entendent offrir à la population.
4. Que chacun des centres de traitement puisse définir un champ d'expertise dans lequel il sera appelé à opérer dans une perspective régionale qui répond aux besoins de la clientèle.
5. De poursuivre entre eux leurs efforts de concertation et de collaboration afin d'éviter le dédoublement de services.
6. De poursuivre le développement de relations professionnelles avec les intervenants en dépendances dans un souci constant d'échange d'informations et de collaboration afin d'offrir les meilleurs services à la clientèle.

Recommandations de scénarios visant la reconfiguration de services

Outre les recommandations énumérées précédemment, il apparaît essentiel que soient proposés des scénarios visant plus spécifiquement une diversification de l'offre de services. Ces scénarios ont été élaborés en tenant compte de l'ensemble des données recueillies dans la présente démarche. Ils visent essentiellement à 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.

En termes d'intervention, plusieurs scénarios méritent d'être étudiés car il a été démontré que l'organisation actuelle des services ne correspond pas aux besoins de la clientèle.

D'abord, deux obstacles majeurs se posent au plan de l'intervention : le facteur géographique et la langue. Les communautés des Premières Nations du Québec sont réparties sur un territoire très vaste qui comprend des régions isolées et semi-isolées pour qui les services externes sont difficilement accessibles. De plus, l'un des obstacles à l'accès aux services est la diversité des langues d'usage au quotidien des membres des Premières Nations du Québec. Ces deux obstacles combinés posent des défis importants en termes d'organisation, d'accès, de livraison et de continuité des services en matière de dépendances.

Cependant, nous croyons que l'occasion est donnée maintenant d'élaborer un continuum de soins et de services qui puisse se projeter dans l'avenir. Nous avons donc construit ces scénarios dans une perspective où l'individu est au centre de nos préoccupations. Nous considérons que ces scénarios, pour la plupart, sont configurés de manière telle qu'ils puissent s'adapter à l'évolution des problèmes associés aux dépendances et aux pratiques subséquentes qui en découleront.

Par ailleurs, ces scénarios ont le mérite de permettre l'intégration de composantes culturelles, traditionnelles et spirituelles propres aux Premières Nations. Il est important de spécifier que ce qui est appelé « approche culturelle et spirituelle » et « approche holistique » ne constituent pas des approches de traitement cliniques à proprement dire. Ces approches sont plutôt des composantes complémentaires qui se greffent à une démarche de traitement clinique et qui permettent le renforcement de l'identité culturelle en tenant compte des spécificités des Premières Nations. Ces approches peuvent se traduire notamment par des activités telles que des séances en tente de sudation, la fabrication d'objets d'artisanat ou l'implication d'aînés pour un accompagnement spirituel des individus dans le cadre des activités complémentaires au traitement.

Néanmoins, il va sans dire que l'opérationnalisation et la faisabilité de ces scénarios nécessiteront des examens plus approfondis pour déterminer l'ensemble des tenants et aboutissants qu'ils impliquent. En conséquence, nous n'avons pu prévoir pour chacun des scénarios toutes les exceptions et les limites qu'ils comportent.

L'objectif que nous poursuivons en proposant des scénarios de reconfiguration des services vise à traduire concrètement les préoccupations et les besoins identifiés et maintes fois rapportés dans le cadre de la présente évaluation du PNLAADA. Non seulement avons-nous été guidés par ces données mais nous avons également tenu compte de la littérature scientifique et du modèle d'offre de services intégrés existants dans le réseau québécois.

Afin de faciliter la compréhension, nous les avons dans un premier temps décrits et par la suite, repris sous forme de schémas qui illustrent la configuration des soins et des services. Nous avons également, et de manière sommaire, inscrit pour chacun de ces scénarios ce que nous considérons être des avantages et des inconvénients.

Scénario 1 : 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. Cependant, il nous apparaît que ce scénario représente une véritable offre de services diversifiés et spécialisés axés sur les besoins de la personne.

Description du scénario

Ce scénario permet d’abord à l’intervenant d’être essentiellement dégagé de tout rôle d’intervention à proprement parler pour se consacrer quasi exclusivement à la prévention des dépendances. Ainsi, l’agent de prévention des dépendances accueille toute personne demandant de l’aide et la réfère directement vers le centre « pivot » à l’exception des clients qui demandent strictement un soutien dans la communauté. Pour ces clients, une équipe clinique rattachée au centre pivot est disponible pour encadrer l’agent de prévention et préparer avec lui, le cas échéant, un plan de suivi dans le milieu.

Le rôle d’intervention, qui comprend également l’évaluation, est dorénavant assuré par des professionnels rattachés au centre spécialisé (centre « pivot ») situé dans une région centralisée au niveau géographique et qui reçoit tous les clients référés par l’agent de prévention de la communauté. Le centre « pivot » est également un centre de crise qui offre des services de stabilisation. À partir d’outils d’évaluation reconnus, le personnel du centre pivot procède à l’évaluation de l’ensemble des facteurs contribuant à l’émergence et au maintien de la problématique de dépendance des individus qu’il reçoit en personne. Suite à cette évaluation, le centre pivot détermine les orientations adéquates dans une perspective de continuum de soins qui permet de maximiser l’efficacité de l’intervention. Ce continuum implique nécessairement:

- Que des services de désintoxication doivent être assurés par le centre pivot pour les individus ne nécessitant pas de supervision médicale intensive mais qui ont néanmoins besoin de désintoxication.
- Que les centres de traitement actuels se spécialisent selon une configuration nouvelle d’offre des services et qui tienne compte des principales évolutions du phénomène des dépendances au

cours des dernières décennies. Cette configuration propose un continuum de soins qui pourrait prendre la forme suivante et qui devra respecter autant les individus anglophones que francophones et à laquelle les composantes culturelles pourront être intégrées :

ADULTES

- ❖ Un centre assurant une intervention longue durée pour adultes nécessitant une intervention plus massive et dont les admissions sont en continu et basé sur le modèle de la communauté thérapeutique.
- ❖ Un centre spécialisé en dépendances et troubles de santé mentale.
- ❖ Un centre spécialisé dans le traitement de l'alcoolisme, des toxicomanies et des autres formes de dépendances.
- ❖ Un centre pour les individus dont le traitement ne nécessite pas un champ de spécialisation (à l'exemple des centres qui existent actuellement).

JEUNES

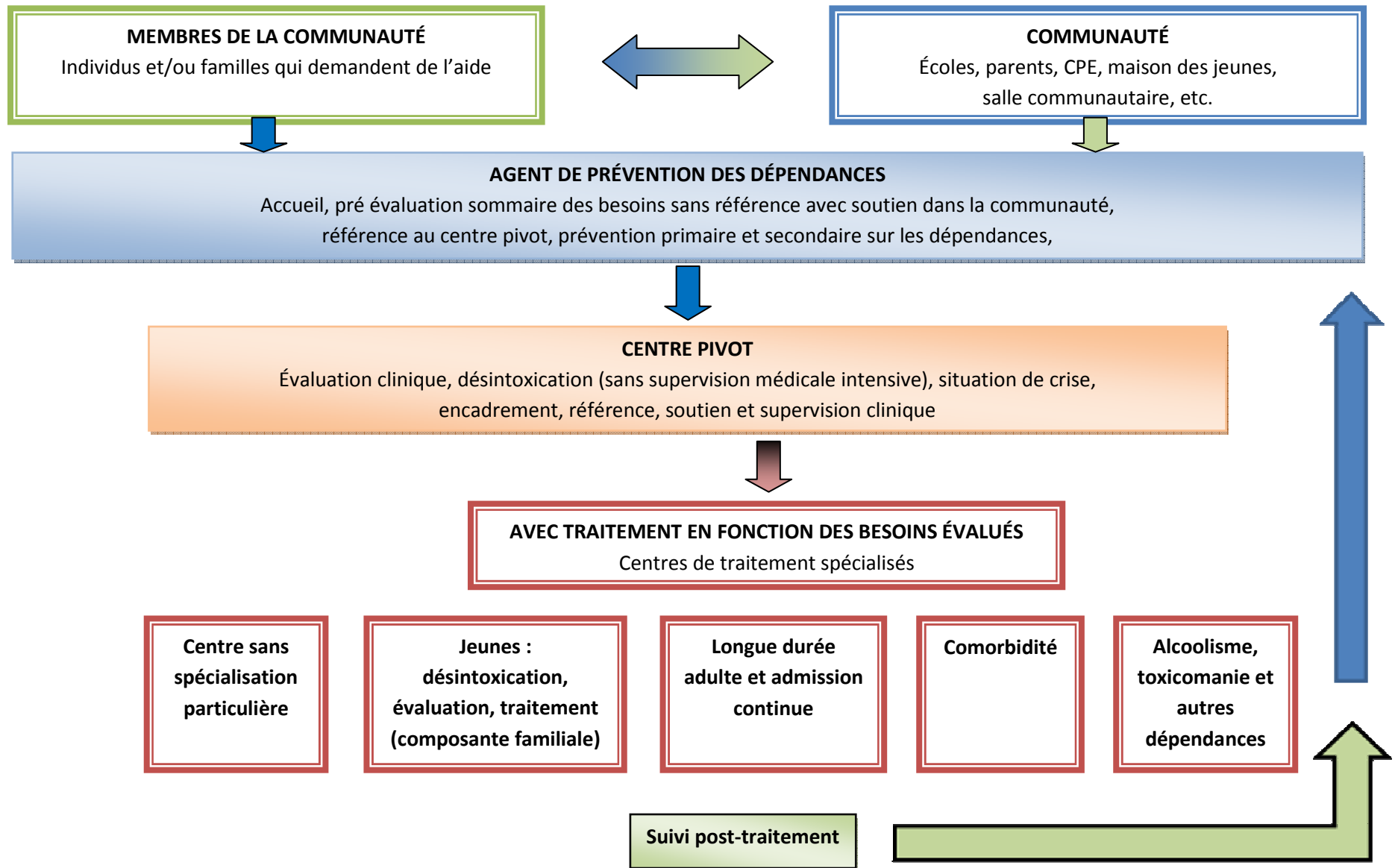
- ❖ Un centre spécialisé pour les jeunes de 12 à 17 ans dont l'intervention peut être d'une durée à moyen et long terme. Devrait se greffer à ce centre une composante de services d'intervention pour les familles. Ce centre est l'équivalent du centre pivot mais se concentre pour la clientèle de 12 à 17 ans dans la mesure où il assure la désintoxication, l'évaluation et le traitement. Ce centre a également comme mandat de s'assurer de la coordination de l'aide à l'enfance et à la famille avec les services sociaux de la communauté d'origine du résident.

Le centre pivot coordonne également le suivi post-traitement de tous les individus qu'il a évalués, après que le personnel clinique du centre de traitement ait préparé un plan d'intervention et de suivi post-traitement. Les mesures prévues dans le plan d'intervention sont coordonnées par le centre pivot, assurées dans le milieu par l'agent de prévention de la communauté mais encadrées au plan clinique par le personnel du centre pivot. En ce sens, le centre pivot dispose d'outils d'évaluation, de référence et de suivi standardisés. Les suivis post-traitement seront mis en œuvre selon un protocole définissant les étapes de suivi à assurer auprès de la clientèle et selon les rôles et les responsabilités du personnel clinique du centre pivot et de l'agent de prévention en dépendances.

Il importe toutefois ici de présenter un sommaire des avantages et des inconvénients de ce scénario :

Avantages	Inconvénients
• Évaluation clinique standardisée • Évaluation par des ressources professionnelles qualifiées • Permet à un agent de prévention en dépendances de se concentrer sur la prévention et le suivi post-traitement en collaboration avec le centre pivot • Permet l'accès à la désintoxication • Permet d'identifier le traitement le plus adéquat pour un individu en fonction de ses besoins dans un objectif de continuum de services • Permet un suivi post-traitement plus efficace • Allègement de la tâche des centres de traitement en termes de post-traitement • Offre un encadrement clinique aux agents de prévention • Adaptabilité aux problématiques et pratiques à venir • Assure une plus grande variété de l'offre de services dans une perspective de continuum de soins • Permet une coordination plus adéquate de l'aide à l'enfance et à la famille	• Nombreux déplacements • Ce scénario implique la conversion d'un centre existant en centre pivot • Changements majeurs dans la livraison de services (résistance possible au changement autant dans les centres de traitement que dans les communautés) • Les intervenants des centres de traitement devront recevoir la formation pour exercer leur champ d'expertise • Difficultés de recrutement de personnel spécialisé parmi les Premières Nations

Schéma du scénario 1



Scénario 2 : Mise en place d’une offre de services diversifiée en fonction de besoins des individus avec évaluation en communauté

À l’instar du scénario 1, ce scénario propose une offre de services diversifiée en amenant une spécialisation des centres de traitement actuels. Il a cependant le désavantage que le suivi et l’encadrement du client soient affaiblis par le manque de suivi rigoureux et chapeauté par une seule et unique structure à l’exemple du scénario 1.

Description du scénario

Ce scénario implique qu’un intervenant dans la communauté se consacre exclusivement à l’accueil, à la référence, à l’évaluation et au soutien des individus qui demandent de l’aide pour une problématique de dépendance. Il implique également qu’une autre intervenant se consacre exclusivement au travail de prévention. Ce scénario implique une standardisation autant des outils d’évaluation des besoins d’un individu que des formulaires d’admission dans les centres de traitement. Pour éviter que chaque centre de traitement alloue une ressource à l’encadrement et à la supervision clinique des agents dans les communautés, ce scénario implique que la CSSSPNQL assume le service d’encadrement et de supervision clinique en soutien aux intervenants responsables de l’évaluation et du suivi post-traitement.

Un intervenant dans la communauté procède à l’évaluation clinique des besoins des individus et s’il y a lieu les réfère dans un centre de traitement spécialisé en fonction de leurs besoins. Les centres de traitement possèdent un champ d’expertise particulier correspondant à l’ensemble des besoins prioritaires exprimés suite à l’évaluation des besoins du PNLAADA. La configuration suivante propose que les centres de traitement réorganisent leurs services en respectant autant les individus anglophones que francophones et auxquelles pourront se greffer des approches culturelles:

ADULTES

- ❖ Un centre assurant les services de désintoxication et de situation de crise.
- ❖ Un centre assurant une intervention longue durée pour adultes nécessitant une intervention plus massive et dont les admissions sont en continu et basé sur le modèle de la communauté thérapeutique.
- ❖ Un centre spécialisé en dépendances et troubles de santé mentale.
- ❖ Un centre spécialisé dans le traitement de l’alcoolisme, des toxicomanies et des autres formes de dépendances.
- ❖ Un centre pour les individus dont le traitement ne nécessite pas un champ de spécialisation (à l’exemple des centres qui existent actuellement).

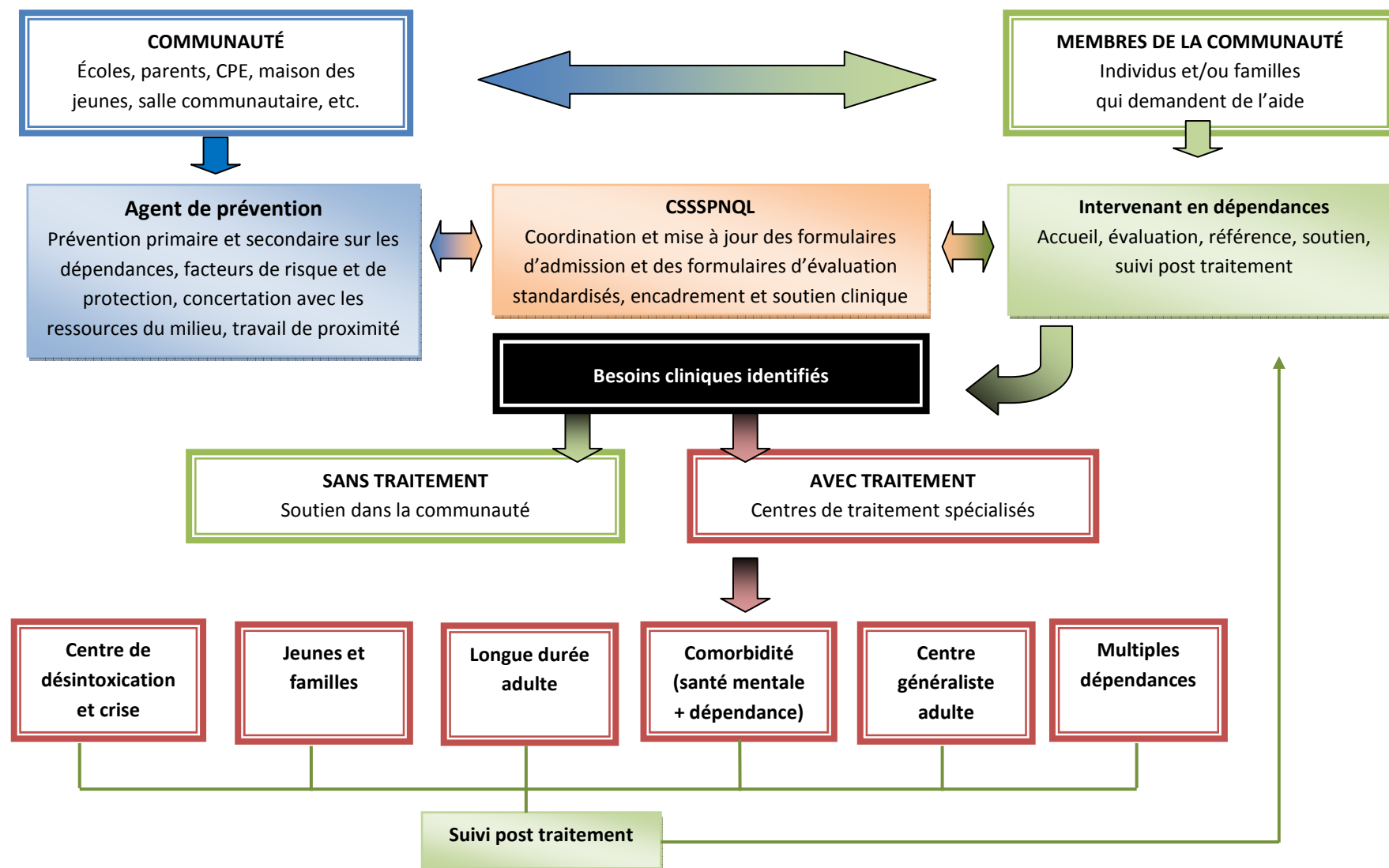
JEUNES

- ❖ Un centre spécialisé pour les jeunes de 12 à 17 ans dont l’intervention peut être d’une durée à moyen et long terme. Devrait se greffer à ce centre une composante de services d’intervention pour les familles. Ce centre est l’équivalent du centre pivot mais se concentre pour la clientèle de 12 à 17 ans dans la mesure où il assure la désintoxication, l’évaluation et le traitement. Ce centre a également comme mandat de s’assurer de la coordination de l’aide à l’enfance et à la famille avec les services sociaux de la communauté d’origine du résident.

Dans ce scénario, le personnel clinique du centre de traitement prépare le plan d'intervention et de suivi post-traitement des clients, dont le suivi est assuré par l'intervenant dans le milieu sous la supervision de la CSSSPNQL.

Avantages	Inconvénients
• Évaluation standardisée • Formulaire unique d'admission en centre de traitement • Demande peu d'investissements en termes d'infrastructures • Services de traitement clinique spécialisés en fonction des besoins exprimés • Création d'un centre de soins longue durée • Services de désintoxication et d'intervention en situation de crise • Efficacité accrue du traitement car il correspond davantage aux besoins spécifiques des individus • Un intervenant se consacre exclusivement à la prévention • Un intervenant se consacre exclusivement à l'accueil, l'évaluation, l'orientation et au suivi des individus qui demandent de l'aide • Service d'encadrement et de soutien aux intervenants responsables de l'évaluation et du suivi post-traitement • Ressource humaine additionnelle à la communauté	• Changements majeurs dans la livraison de services (résistance possible au changement dans les centres de traitement) • Manque possible de ressources humaines qualifiées dans les centres de traitement et dans certaines communautés • Exigences de formation élevées • Affaiblissement du suivi du client

Schéma du scénario 2



Scénario 3 : Par avenues de traitement, accueil et référence en communauté

Ce scénario ne tient pas compte des besoins cliniques du client mais davantage de l'objectif recherché par le client.

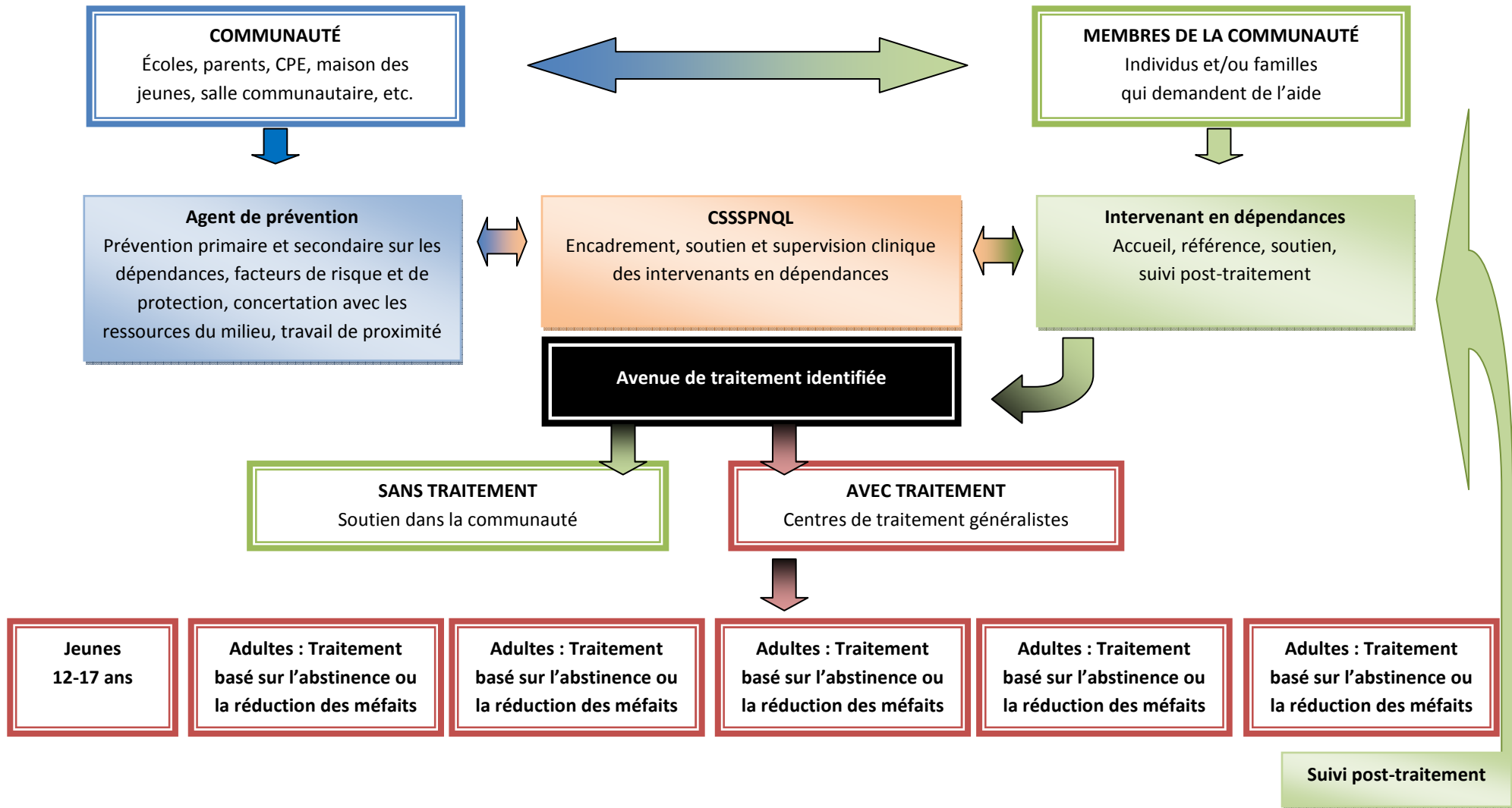
Description du scénario

Ce scénario implique qu'un intervenant dans la communauté se consacre exclusivement à l'accueil, à la référence et au soutien des individus qui demandent de l'aide pour une problématique de dépendance. Il implique également qu'un autre intervenant se consacre exclusivement au travail de prévention. De plus, ce scénario oblige la CSSSPNQL à offrir un service d'encadrement et de supervision clinique en soutien à l'intervenant responsable de l'intervention et du suivi post traitement.

Un intervenant procède à l'accueil des individus et s'il y a lieu les réfère dans un centre de traitement dont l'approche correspond à leurs besoins et attentes en termes d'objectifs à atteindre dans la résolution de leur problématique de dépendance. Dans ce scénario, aucune évaluation clinique n'est prévue et tous les formulaires d'admission en centre de traitement sont standardisés. En ce sens, il existe deux grandes avenues sur la façon de traiter les dépendances : le modèle dit médical et le modèle basé sur l'apprentissage social. Dans le premier cas, les dépendances sont perçues comme une maladie chronique et involontaire sur les plans physique, mental et spirituel. Ceci dit, les consommateurs doivent apprendre à vivre avec leur maladie à travers l'abstinence. Les traitements les plus populaires sont les douze étapes, les groupes d'entraide, les Alcooliques Anonymes et les Narcotiques Anonymes. Dans le traitement basé sur l'apprentissage social, le recours aux dépendances est considéré comme l'apprentissage de comportements inadaptés, notamment des pensées et actions antisociales, par l'intermédiaire de modèles ou de schèmes. Les programmes inclus dans ce modèle varient en durée, en intensité et en modalité et ne visent pas l'abstinence mais davantage la réduction des méfaits. Parmi les plus populaires se retrouvent entre autres les interventions dites cognitivo-comportementales.

Avantages	Inconvénients
• Formulaire uniformisé d'admission en centre de traitement • Demande peu d'investissements en termes d'infrastructures et de ressources humaines • Les objectifs ultimes du but à atteindre sont clairement définis • Existence d'un suivi post-traitement encadré par une ressource professionnelle de la CSSSPNQL	• Absence d'évaluation clinique • Ne répond pas aux besoins cliniques du client • Changements peu significatifs pour les ressources actuellement en place • Absence de champs d'expertise en centre de traitement (tous les centres demeurent généralistes) • Absence de services de désintoxication et d'intervention de crise au sein du réseau PNLAADA • Statu quo des services de traitement pour les jeunes • Absence de services pour les familles • Absence de services de traitement de la comorbidité et d'autres dépendances

Schéma du scénario 3



SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

Santé Canada	CSSSPNQL	Agents de prévention des dépendances	Autorités politiques et administratives des communautés	Centres de traitement
Financer l'ajout d'une ressource attitrée exclusivement au travail de prévention et de proximité dans chacune des communautés.	Concevoir une trousse globale de prévention adaptable aux réalités de chaque communauté et qui favorise la valorisation de l'identité culturelle (en fonction d'axes de prévention)	Développer un calendrier annuel d'activités de prévention	Favoriser la concertation des secteurs de la communauté pour le développement du calendrier d'activités de prévention	Inclure dans les composantes thérapeutiques un volet spécifique à la prévention de la rechute
Financer le développement d'une trousse globale de prévention adaptable aux réalités de chaque communauté et qui favorise la valorisation de l'identité culturelle	Favoriser la concentration des outils de travail en prévention pour qu'ils soient facilement accessibles à l'ensemble des agents de prévention des dépendances.			
Mettre sur pied une formation sur la trousse de prévention à l'intention des agents de prévention des dépendances des communautés	Collaborer à l'organisation de la formation sur la trousse de prévention à l'intention des agents de prévention des dépendances des communautés			
Évaluer les impacts de toutes les activités de prévention issues de la trousse.				

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Santé Canada	CSSSPNQL	Intervenants des communautés (en dépendances)	Autorités politiques et administratives des communautés	Centres de traitement
Faire preuve de flexibilité quant à l'adaptation de ses programmes aux nouvelles réalités vécues dans les communautés des Premières Nations.	Avec la collaboration de Santé Canada, sensibiliser les autorités politiques et administratives des communautés au rôle véritable que devraient jouer les agents PNLAADA.	Faire preuve de flexibilité et d'adaptation aux changements quant aux méthodes de travail rendus nécessaires par l'évolution rapide des problèmes inhérents au phénomène des dépendances au cours des dernières années.	Inscrire dans leurs priorités d'actions le phénomène des dépendances et qu'il soit ainsi reconnu comme un important problème de santé publique.	Faire preuve de flexibilité et d'adaptation aux changements quant à la diversification de l'offre de services qui doit tenir compte des nouveaux besoins cliniques de la clientèle.
Changer l'appellation « PNLAADA » par un programme qui démontrera la préoccupation « dépendances » dans toutes les stratégies mises de l'avant.	En collaboration avec la Santé Canada, élaborer un plan de formation quinquennal.	Saisir toutes les occasions possibles visant l'amélioration de leurs connaissances et de leurs habiletés professionnelles afin de rendre plus efficaces leurs interventions auprès de la clientèle.	Faire preuve de rigueur dans le respect des sommes d'argent allouées pour éviter que les fonds destinés aux problématiques de dépendances ne soient détournés au profit d'autres secteurs de la communauté.	Diversifier leur offre de services en tenant compte des nouveaux besoins cliniques de la clientèle.
Redéfinir le rôle des agents PNLAADA, de modifier leur titre et leurs tâches et de les adapter aux réalités vécues.	Poursuivre les efforts de réseautage parmi les intervenants en dépendances pour consolider le réseau chez les Premières Nations.	En concertation avec tous les secteurs concernés dans la communauté, élaborer un plan de travail à l'intérieur duquel seront planifiées des activités de prévention qui	Respecter les rôles et les responsabilités imputées aux intervenants en dépendances.	Développer une vision plus régionale des services qu'ils entendent offrir à la population.

Santé Canada	CSSSPNQL	Intervenants des communautés (en dépendances)	Autorités politiques et administratives des communautés	Centres de traitement
		s'échelonneront sur une période de 12 mois.		
Avec la collaboration de la CSSSPNQL, sensibiliser les autorités politiques et administratives des communautés au rôle véritable que devraient jouer les agents PNLAADA.	Développer des partenariats avec le réseau québécois de la santé et de services sociaux dans le but de favoriser l'accès des Premières Nations aux services existants du réseau québécois en matière de dépendances.		S'assurer qu'un protocole spécifique qui concerne exclusivement les parents qui doivent quitter la communauté pour poursuivre un traitement soit élaboré et mis en œuvre.	Que chacun des centres de traitement puisse définir un champ d'expertise dans lequel il sera appelé à opérer dans une perspective régionale qui répond aux besoins de la clientèle.
Mettre à la disposition des communautés les ressources financières nécessaires à l'embauche d'une ressource additionnelle pour faire de la prévention dans le milieu.	Développer un outil de base de données comprenant une mise à jour régulière des informations cliniques sur les dépendances accessible à l'ensemble du réseau.		Fournir l'appui et le soutien nécessaires au secteur de la sécurité publique afin de lutter contre l'accessibilité et la vente de produits illicites.	Poursuivre entre eux leurs efforts de concertation et de collaboration afin d'éviter le dédoublement de services.
Maintenir le financement nécessaire à la poursuite de la formation en intervention jeunesse dispensée par l'Université du Québec à Chicoutimi et de rendre accessible cette formation à l'ensemble des intervenants en dépendances dans les	Poursuivre les efforts investis depuis les dernières années en matière de recherche sur les enjeux reliés aux dépendances.		Assumer un leadership quant à la mobilisation de l'ensemble des secteurs d'activités de la communauté pour lutter contre les dépendances de manière efficace et concertée.	Poursuivre le développement de relations professionnelles avec les intervenants en dépendances dans un souci constant d'échange d'informations et de collaboration afin d'offrir les meilleurs services à la

Santé Canada	CSSSPNQL	Intervenants des communautés (en dépendances)	Autorités politiques et administratives des communautés	Centres de traitement
communautés.				clientèle.
En collaboration avec la CSSSPNQL, élaborer un plan de formation quinquennal	Appuyer toute démarche jugée appropriée visant la reconfiguration de l'offre de services du réseau y compris la mise en place de formation ou de services spécialisés.			
Prioriser la mise à niveau salariale des intervenants en dépendances.				
Dégager les fonds nécessaires pour permettre aux intervenants en dépendances d'avoir recours à des séjours de ressourcement sur une base annuelle.				
Dégager les fonds nécessaires pour mettre en place des services professionnels d'encadrement et de supervision clinique à l'intention des intervenants en dépendances.				

Santé Canada	CSSSPNQL	Intervenants des communautés (en dépendances)	Autorités politiques et administratives des communautés	Centres de traitement
Financer la mise en place de services de désintoxication dans une perspective de continuum de soins.				
Appuyer, par le biais de ressources humaines et financières additionnelles le cas échéant, la nécessité de procéder à la reconfiguration de l'offre de services dispensés par les centres de traitement.				

CONCLUSION

Le risque de transmission intergénérationnelle en raison de difficultés d'intégration sociale, le décrochage scolaire, l'adoption de comportements problématiques, violence, délinquance, actes criminels (syndrome général de déviance) figurent au chapitre des conséquences des toxicomanies. Chez les Premières Nations, les données indiquent clairement une complexité des problématiques et une grande incidence des facteurs de risque associés aux dépendances.

La description des facteurs de risque démontre que l'abus de drogues provient généralement d'une série d'éléments négatifs dans la vie d'un individu. La complexité de ces facteurs, qui découlent les uns des autres, rehausse l'importance d'instaurer des programmes de prévention et de traitement capables d'intervenir non seulement sur les problèmes de consommation, mais également sur les facteurs environnants qui peuvent contribuer à l'abus de substances, comme les dysfonctionnements familiaux, l'association avec des pairs déviants, le manque de perspectives d'avenir, la commission de délits ou encore la pauvreté. En outre, sachant que la précocité de la consommation s'avère un facteur clé dans la prédiction de l'abus de drogues chez les adolescents, il convient d'offrir des programmes de prévention adaptés aux plus jeunes.

De multiples études appuient le constat que les services actuels offerts exclusivement aux Premières Nations par le réseau PNLAADA ne semblent suffire aux besoins grandissants. Ces besoins dépassent largement les problématiques de consommation de drogues et d'alcool. Devant l'émergence de nouvelles formes de dépendances et en raison de l'alourdissement des profils cliniques des individus pouvant aussi présenter des troubles de santé mentale, il devient impératif de mettre en place de nouveaux services. Si nous jugeons depuis les dernières décennies que les aidés ont besoin d'une intervention plus massive, nous devrions en dire tout autant du réseau tel qu'il est défini maintenant. C'est pourquoi un continuum de soins s'impose pour répondre efficacement aux besoins de la clientèle des Premières Nations, dont le réseau de services accuse un retard significatif par rapport à l'évolution rapide du phénomène des dépendances et des mesures pour le contrer.

Cette évolution se poursuivra. Non seulement faudra-t-il poursuivre la recherche pour en connaître toujours davantage sur le phénomène des dépendances mais il faudra aussi garder à l'esprit que nous devons toujours être en action pour éviter de se faire dépasser par les conséquences dévastatrices de cet important phénomène de santé publique.

RÉFÉRENCES

- Association des intervenants en toxicomanie du Québec. (2005). Mission et objectifs. <http://www.aitq.com/aitq/mission.htm>
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., et Cournoyer, L-G. (1997). *Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie : une approche multidimensionnelle*. Montréal : Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec.
- Brochu, S. (2006). *Drogue et criminalité : une relation complexe (2^e édition)*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S., Bergeron, J., Landry, M., Germain, M., et Schneeberger, P. (2002). The Impact of Treatment on Criminalized Substance Addicts. *Journal of Addictive Disease*, 21(3), 23-41.
- Brook, J. S., Brook, D. W., De La Rosa, M., Whiteman, M., Johnson E. et Montoya, I. (2001). Adolescent Illegal Drug Use : The Impact of Personality Family and Environmental Factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(2), 183-203.
- Brunelle, N., Cousineau, M.-M. et Brochu, S. (2002). La famille telle que vécue par des jeunes consommateurs de drogues et trajectoires types de déviance juvénile. *Drogue, santé et société*, 1(1), 21.
- Bryant, A. L., Schulenberg, J. E., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. et Johnston, L. D. (2003). How Academic Achievement, Attitudes and Behaviors Relate to the Course of Substance Use During Adolescent: A 6-year Multiwave National Longitudinal Study. *Journal of Research on Adolescence*, 13(3), 361-397.
- Cadore, R. J., Troughton, E., O'Gorman, T. W. et Heywood, E. (1986). An Adoption Study of Genetic and Environmental Factors in Drug Abuse. *Archives of General Psychiatry* 43, 1131-1136.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2004). *FAQ sur les toxicomanies dans les établissements de correction*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Claes, M. (2003). *L'univers social des adolescents*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.
- Comité consultatif sur la santé mentale des Premières Nations et des Inuits. (2006). *Plan d'action stratégique pour la santé mentale des Premières Nations et des Inuits*. Titre original: *Strategic Action Plan for First Nations and Inuit Mental Wellness*.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2002). *Enquête régionale longitudinale de santé des Premières Nations et des Inuits : Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés*. <http://www.cssspnql.com/fr/recherche/documents/ERS2002-Surcommunaute.pdf>

- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2002). *Enquête régionale longitudinale de santé des Premières Nations et des Inuits : Rapport des Premières Nations vivant hors communauté en milieu urbain*. <http://www.cssspnql.com/fr/recherche/documents/ERS2002-Hors-communaute.pdf>
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2008). *Alcool, drogues et inhalants : Portrait des consommateurs et des habitudes de consommation chez les Premières Nations de la région du Québec*.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2008). *Recension de la littérature sur les protocoles existants en matière de suicide chez les Premières Nations et Inuits au Québec*.
- Cormier, D., Brochu, S. et Bergevin, J. P. (1991). *Prévention primaire et secondaire de la toxicomanie*. Montréal : Éditions du Méridien.
- Cuffel, B. J. (1996). Comorbid Substance Use Disorder: Prevalence, Patterns of Use and Course. Dans Drake, R. E. et Mueser, K. T. (dir.), *Dual Diagnosis of Major Mental Illness and Substance Disorder: Recent Research and Clinical Implications*. San Francisco: Jossey-Bass, 93-105.
- Curran, G. M., White, H. R. et Hansell, S. (2000). Personality, Environment and Problem Drug Use. *Journal of Drug Issues*, 30(2), 375-405.
- Day, A. et Howells, K. (2002). Psychological Treatment for Rehabilitation Offenders: Evidence-based Practice Comes of Ages. *Australian Psychologist*, 37(1), 39-47.
- 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*. <http://www.fqcrpat.org/upload/doc/doc203.pdf>
- DeWit, D. J., Silverman, G., Goodstadt, M. et Stoduto, G. (1995). The Construction of Risk and Protective Factor Indices for Adolescent Alcohol and Other Drug Use. *Journal of Drug Issues*, 25(4), 837-863.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2004). Obstacles au traitement de la comorbidité. <http://ar2004.emcdda.europa.eu/fr/page125-fr.html>
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. et Lemma, P. (2008). School-based Prevention for Illicit Drugs Use : A Systematic Review. *Preventive Medicine*, 46, 385-396.
- Farabee, D., Prendergast, M., Cartier, J., Wexler, H., Knight, K. et Anglin, M. D. (1999). Barriers to Implementing Effective Correctional Drug Treatment Programs. *The Prison Journal*, 79(2), 150-162.
- Farrington, D. P. (2003). Developmental and Life-Course Criminology: Key Theoretical and Empirical Issues – The 2002 Sutherland Award Address. *Criminology*, 41(2), 221-255.

- Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. (2005). « *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires* ». <http://www.fqcrpat.org/upload/doc/doc51.pdf>
- Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances. (2005). Cadre de renouvellement autochtone pour la lutte contre les dépendances. Édition restructurée, p.9.
- Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances. (2007). *Une stratégie autochtone complémentaire en réponse au Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada*.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. et Lemma, P. (2008). School-based Prevention for Illicit Drugs Use : A Systematic Review. *Preventive Medicine*, 46, 385-396.
- Farabee, D., Prendergast, M., Cartier, J., Wexler, H., Knight, K. et Anglin, M. D. (1999). Barriers to Implementing Effective Correctional Drug Treatment Programs. *The Prison Journal*, 79(2), 150-162.
- Farrington, D. P. (2003). Developmental and Life-Course Criminology: Key Theoretical and Empirical Issues – The 2002 Sutherland Award Address. *Criminology*, 41(2), 221-255.
- Gendreau, P. et Ross, R. R. (1987). Revivication of Rehabilitation: Evidence From the 1980s. *Justice Quarterly*, 4(3), 349-407.
- Germain, M., Brochu, S., Bergeron, J., Landry, M. et Schneeberger, P. (2001). Profils des toxicomanes judiciarisés en traitement dans deux centres de réadaptation publics au Québec. *Psychotropes*, 7(1), 71-90.
- Grapendaal, M., Leuw, E. et Nelen, H. (1995). *A World of Opportunities. Lifestyle and Economic Behavior of Heroin Addicts in Amsterdam*. New-York: State of University of New York Press.
- Griffith, J. D., Hiller, M. L., Knight, F. et Simpson, D. D. (1999). A Cost-Effectiveness Analysis of In prison Therapeutic Community Treatment and Risk Classification. *The Prison Journal*, 27(3), 352-368.
- Hammersley, R., Marsland, L. et Reid, M. (2003). *Substance Use by Young Offenders: The Impact of the Normalization of Drug Use in the Early Years of the 21st Century*. London : Home Office Research Study.
- Hiller, M. L., Knight, K. et Simpson, D. D. (1999). Prison-based Substance Abuse Treatment, Residential Aftercare and Recidivism. *Addiction*, 94(6), 833-842.
- Hotton, T. et Haans, D. (2003). Alcohol and Drug Use in Early Adolescence. *Health Reports*, 15(3), 9-19.
- Landry, M. Mercier, C., Kishchuk, N. et Caron, A. (1997). *Développement d'un système d'amélioration de la qualité des services de réadaptation en toxicomanie*. Montréal : Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec.

- Lurigio, A. J. (2000). Drug Treatment Availability and Effectiveness. Studies of the General and Criminal Justice Population. *Criminal Justice and Behavior*, 27(4), 495-528.
- MacKenzie, D. L. (2000). Evidence-Based Corrections: Identifying What Works. *Crime and Delinquency*, 46(4), 457-471.
- Marshall, G. N. et Hser, Y. I. (2002). Characteristics of Criminal Justice and Noncriminal Justice Clients Receiving Treatment for Substance Abuse. *Addictive Behaviors*, 27, 179-192.
- Mercier, C., Rivard, J., Guyon, L., et Landry, M. (2002). *Consommation d'alcool et de drogues dans les communautés du Nunavik. Bilan des données épidémiologiques et des problèmes associés*. Montréal : Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec.
- Mitchell, O., Wilson, D. B. et MacKenzie, D. L. (2005). *The Effectiveness of Incarceration-based Drug Treatment on Criminal Behavior*. Campbell Collaboration.
- Nace, E. P., Davis, C. W. et Gaspari, J. P. (1991). Axis II Comorbidity in Substance Abusers. *American Journal of Psychiatry*, 148, 118-120.
- National Institute of Justice (1995). *The effectiveness of Treatment for Drug Abusers Under Criminal Justice Supervision*. Washington: U.S Department of Justice, 56.
- Normand, N. et Brochu, S. (1993). *Adolescents, psychotropes, activité criminelle, contexte environnemental*. Montréal : Centre international de criminologie comparée.
- Organisation mondiale de la santé. (1995). *Lexicon of alcohol and drug terms*. OMS: Genève.
- Office des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime. (2000). *Demand reduction : a glossary of terms*. Nations Unies : New York.
- Pearce, S. et Holbrook, D. (2002). Research Findings and Best Practices in Substances Abuse Treatment for Offenders. A Review of Literature. North-Carolina: Substance Abuse Advisory Council, 23.
- Perry, A., Coulton, S., Glanville, J., Godfrey, C., Lunn, J., McDougall, C. et Neale, Z. (2006). Interventions for Drug-Using Offenders in the Courts, Secure Establishments and the Community (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd L. L. et Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchments Area (ECA) Study. *Journal of American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Ripple, C. H. et Luthar, S. S. (1996). Familial Factors in Illicit Drug Abuse: an Interdisciplinary Perspective. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22, 1-17.
- Secrétariat aux affaires autochtones. (2008). Statistiques et populations autochtones du Québec. <http://www.saa.gouv.qc.ca/nations/population.htm>

- Secrétariat aux affaires autochtones. (2006). Convention de la Baie-James et du Nord Québécois et conventions complémentaires. Édition 2006, 2^e Édition. ISBN 2-551-19674-4.
http://www.pubgouv.com/autochtones/baie_james.htm
- Schneeberger, P. et Brochu, S. (2000). Le traitement de la toxicomanie comme alternative à l’incarcération : un sentier rocailleux. *Criminologie*, 33(2), 129-149.
- Smith, L. A. Gates, S. et Foxcroft, D. (2006). Therapeutic Communities for Substance Related Disorder (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
- Société touristique des Autochtones du Québec. (n.d.). Carte des nations autochtones du Québec.
<http://www.staq.net/vacances/nationfr.php>
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A., V. et Stackpole, K., M. (2000). School-based Adolescent Drug Prevention Programs : 1998 Meta-Analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275-336.
- Wasserman, G. A., Keenan, K., Tremblay, R. E., Coie, J. D., Herrenkohl, T. I., Loeber, R. et Petechuk, D. (2003). Risk and Protective Factors of Child Delinquency. *Child Delinquency*, Bulletin Series, April, 1-15.
- Welsh, W. N. et Zajac, G. (2004). A Census of Prison-Based Drug Treatment Programs : Implications for Programming, Policy, and Evaluation. *Crime and Delinquency*, 50(1), 108-133.
- Wexler, H. K., Falkin, G. P. et Lipton, D. S. (1990). Outcome Evaluation of a Prison Therapeutic Community for Substance Abuse Treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 71-92.
- Wilson, D. B., Gottfredson, D. C. et Najaka, S. S. (2001). School-Based Prevention of Problem Behaviors: A Meta-Analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 17(3), 247-272.

ANNEXE 1: QUESTIONNAIRE DES ENTREVUES STRUCTURÉES

Bonjour, la firme GRIPMA a mandat d'administrer un questionnaire concernant l'évaluation du programme PNLAADA pour le compte de la CSSSPNQL.

Plus précisément, nous recueillons de l'information sur les besoins des personnes et des intervenants dans le cadre du PNLAADA. GRIPMA communiquera avec vous afin de prévoir un moment (environ 30 minutes) pour procéder à l'entrevue.

Veuillez SVP prendre connaissance du questionnaire ci-dessous afin de vous familiariser avec les questions avant l'entrevue. Merci de votre participation!

ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1.	Date de l'entrevue	Jour	Mois	Année
2.	Numéro de référence du formulaire de consentement			
3.	Heure du début de l'entrevue			
4.	Heure de fin de l'entrevue			
5.	Sexe du répondant	☐ Femme ☐ Homme		
6.	Quel âge avez-vous ?	_____ ans ☐ Refuse de répondre		
7.	Êtes-vous membre d'une Première Nation du Canada ou du Québec?	☐ Oui ☐ Non		

8.	Quelle est votre langue d'usage au quotidien?	☐ Anglais ☐ Français ☐ Langue autochtone
----	--	---

9.	Dans quel lieu géographique travaillez-vous? (nom de la ville/communauté)	_____
----	--	-------

10.	Êtes-vous...	☐ un agent PNLAADA ☐ membre du personnel médical (infirmier, médecin, etc.) ☐ un intervenant psychosocial (psychologue, travailleur social, éducateur spécialisé, etc.) ☐ membre du personnel enseignant/scolaire ☐ un aidant naturel ☐ Autre _____
-----	---------------------	--

11.	Depuis combien de temps occupez-vous cette fonction?	☐ Moins de 1 an ☐ Entre 1 an et 2 ans ☐ Entre 2 et 5 ans ☐ Plus de 5 ans
-----	---	---

12.	Avant d'occuper cette fonction, combien de temps avez-vous travaillé dans un domaine lié à la prévention ou au traitement de l'abus d'alcool ou de drogues?	☐ Moins de 1 an ☐ Entre 1 an et 2 ans ☐ Entre 2 et 5 ans ☐ Plus de 5 ans
-----	--	---

QUESTIONS EN LIEN AVEC CE QUE POURRAIT ÊTRE LE PROGRAMME PNLAADA

VOLET PRÉVENTION

1. Selon vous et dans votre milieu, quel type d'activités de prévention serait les plus faciles à appliquer? (Répondez par oui ou par non)

		NON (0)	OUI (1)
a)	Des activités permettant de faire connaître aux jeunes les différentes drogues et leurs effets		
b)	Des activités permettant de faire connaître aux jeunes des techniques pratiques et des attitudes adéquates pour résister aux drogues		
c)	Des activités de prévention auprès de l'ensemble de la population mais qui seraient structurées et échelonnées tout au long de l'année		
d)	Des activités de prévention associées aux drogues mais aussi à la prévention de la santé mentale		
e)	Des activités de prévention associées aux drogues mais aussi à la prévention de d'autres formes de dépendance comme par exemple le jeu		
f)	Des activités de prévention de la rechute qui pourraient être offertes à ceux et celles ayant reçu des soins en centre de traitement ou en counselling individuel		

2. Si vous aviez à choisir seulement deux activités de prévention parmi celles énumérées ci-haut, lesquelles choisiriez-vous ?

1.) _____

2.) _____

3. Selon vous, quelle autre activité de prévention serait les plus faciles d'application dans votre milieu?

4. Parmi les contraintes suivantes, lesquelles peuvent freiner l'implantation de stratégies de prévention dans la communauté/organisation pour laquelle vous travaillez? (Veuillez cocher dans la case à droite, plus d'une réponse est possible)

- a) Le manque de ressources financières ☐
- b) Le manque de ressources humaines ☐
- c) Le manque de connaissances sur ce qui peut être fait pour prévenir la toxicomanie chez les jeunes ☐
- d) Le manque de connaissances sur ce qui peut être fait pour prévenir la toxicomanie dans la population en général ☐
- e) Le manque de formation des intervenants pour faire de la prévention ☐
- f) Le manque de sensibilisation dans la communauté/milieu par rapport à l'importance de faire de la prévention de la toxicomanie ☐
- g) Le manque d'outils pour faire de la prévention sur une base régulière et constante ☐
- h) Le manque de temps pour faire de la prévention car la majeure partie du temps est passée pour « éteindre des feux » ☐
- i) L'absence ou le manque de soutien de la part du leadership de la communauté ou de l'organisation ☐

5. Y-a-t-il d'autres obstacles qui n'ont pas été mentionnées et qui nuisent à l'implantation de stratégies de prévention ?

6. Diriez-vous que les activités de prévention de la toxicomanie telles qu'elles sont menées dans votre communauté/milieu sont efficaces ? (Par exemple, efficaces en ce sens qu'elles permettent de réduire la consommation, qu'elles sensibilisent les jeunes et la population aux effets néfastes de la consommation de substances, etc.)

0. non 1. oui

7. Si les stratégies de prévention ne sont pas efficaces, que suggérez-vous pour prévenir la toxicomanie?

VOLET INTERVENTION

Nous allons maintenant nous entretenir sur le thème de l'intervention directe à la population qui demande de l'aide dans le cadre du PNLAADA.

1. Quels sont les types d'outils ou de programmes qui vous seraient les plus utiles pour vous permettre d'intervenir auprès des personnes qui demandent de l'aide pour leurs problèmes de consommation?

- | | NON (0) | OUI (1) |
|--|----------------|----------------|
| a) Un guide d'entrevue dans lequel serait mesurée la motivation de la personne à entreprendre une démarche | | |
| b) Un guide d'évaluation de la personne permettant ainsi de la référer aux ressources appropriées à sa condition | | |
| c) Un programme d'encadrement et de supervision clinique (série de mesures appliquée selon des feuilles de route) | | |
| d) Un programme de formation sur le counselling auprès de la clientèle toxicomane | | |
| e) Un continuum de soins et de services en toxicomanie (trajectoire du client du début à la fin d'un processus de réhabilitation) | | |
| f) Des pratiques et des stratégies pour améliorer le traitement de la toxicomanie des individus qui ont fait une rechute | | |
| g) Le soutien en santé mentale | | |
| h) Des pratiques traditionnelles en lien avec la culture | | |

2. Si vous aviez à choisir seulement deux outils ou programmes parmi ceux énumérés ci-haut, lesquels choisiriez-vous ?

1.) _____

2.) _____

3. Quel autre outil ou programme croyez-vous qu'il serait important de développer ?

Maintenant, nous allons nous attarder sur le réseau des centres de réhabilitation/traitement.

RÉSEAU DES CENTRES DE RÉHABILITATION/TRAITEMENT

1. Selon vous, quels types d'intervention dans les centres de réhabilitation/traitement mériteraient d'être développés pour répondre aux besoins actuels de la clientèle toxicomane?

Types	NON (0)	OUI (1)
a) Les centres tels qu'ils sont organisés actuellement répondent aux besoins de la population toxicomane		
b) Un centre devrait offrir des services de désintoxication et d'intervention en situation de crise		
c) Un centre devrait offrir des services spécialisés pour les personnes toxicomanes ayant aussi des troubles de santé mentale		
d) Un centre devrait offrir des services spécialisés pour les personnes toxicomanes ayant aussi d'autres dépendances comme le jeu pathologique.		
e) Un centre devrait recevoir en continu les demandes d'admission (c'est-à-dire sans date fixe d'admission, le client est inséré au traitement dès que sa demande est acceptée)		
f) Un centre devrait être reconnu pour offrir des services spécialisés à la clientèle judiciarisée		
g) Le centre pour les adolescents devrait aussi pouvoir offrir des services à la famille		

- h) Un plus grand nombre de services et d'options de réhabilitation pour les adolescents
- i) Un centre de traitement localisé dans la communauté

2. Si vous n'aviez qu'à choisir seulement deux types de programmes parmi ceux énumérés ci-haut, lesquels choisiriez-vous ?

1.) _____

2.) _____

3. Actuellement, les programmes préconisent l'approche des 12 étapes des AA, d'autres sont basés sur la culture, d'autres ont une approche globale de nature bio psychosociale. Si vous aviez à redéfinir les thérapies, que feriez-vous ? Quelles sont les conditions gagnantes d'un programme qui favorise la guérison ?

4. Devrait-il y avoir une gamme d'approches disponibles (AA, culturelle, spirituelle) dans le réseau pour satisfaire les besoins de tous les clients admis en centre de traitement?

0. Non 1. Oui

5. Quelle approche préconisez-vous en priorité? _____

6. Dans votre travail, en fonction de quel(s) critère(s) référez-vous vos clients en centre de réhabilitation/traitement? (Plusieurs choix peuvent s'appliquer)

- a) En fonction de la nation du client desservie par un centre
- b. En fonction de l'approche d'un centre que préconise le client
- c. En fonction du centre dont la liste d'attente est la moins longue
- d. En fonction du centre géographiquement le plus proche
- e. En fonction de la langue maternelle du client
- f. En fonction des besoins du client
- g. En fonction du désir du client
- h. En fonction de la réputation du centre
- i. Autre(s) (veuillez spécifier): _____

Nous allons maintenant nous attarder au volet du suivi post-traitement.

1. Quels sont les types d'outils ou de programmes qui vous seraient les plus utiles pour vous permettre d'intervenir en suivi post-traitement auprès des personnes qui ont participé à un programme de thérapie

- | | | | |
|-----------|--|----------------|----------------|
| a) | Un protocole de suivi post-traitement avec un plan d'intervention détaillé pour chaque personne | NON (0) | OUI (1) |
| b) | Un trousse d'intervention de suivi post-traitement comprenant plusieurs thèmes pouvant être abordés comme la prévention de la rechute, la gestion de la colère | | |
| c) | Un guide d'intervention sur la résolution de conflit | | |
| d) | Un protocole de suivi conjoint avec le centre où le client a complété son traitement | | |
| e) | Un service d'encadrement et de supervision clinique | | |

2. Si vous aviez à choisir seulement deux types d'outils ou de programmes parmi ceux énumérés ci-haut, lesquels choisiriez-vous ?

1.) _____

2.) _____

3. Quel autre outil ou programme croyez-vous qu'il serait important de développer ?

4. Si vous aviez des choses à suggérer dans l'optique d'améliorer les services du programme PNLAADA quelles suggestions feriez-vous ?

Merci de votre participation!

ANNEXE 2 : GUIDE D'ANIMATION DES GROUPES DE DISCUSSION

ÉVALUATION DES BESOINS DANS LE CADRE DU PNLAADA

POUR LE COMPTE DE LA

CSSSPNQL

PRÉPARÉES PAR



**35, rue Pierre-A-Picard
Wendake (Québec) G0A 4V0
Tél. : (418) 573-1375
Courriel : ppicard@gripma.ca
Site internet : www.gripma.ca**

INTRODUCTION

Nous avons élaboré ce guide du facilitateur afin de s'assurer d'une pratique relativement uniforme lors d'animation de groupes de discussion. Ce guide est élaboré afin de nous aider à comprendre les idées et les enjeux tels qu'ils sont perçus par différents intervenants oeuvrant de près ou de loin dans le cadre du PNLAADA. Il a été élaboré pour être utilisé auprès de différents groupes d'intervenants et de gestionnaires.

En dépit des services offerts par les intervenants du réseau PNLAADA, le champ de la toxicomanie a considérablement évolué au cours des deux dernières décennies tant au plan du type de clientèle qu'au plan des services. Ces nouvelles réalités amènent un défi certain quant à l'organisation des services afin que ceux-ci puissent de manière optimale répondre aux besoins de la population.

Ainsi, afin de mieux orienter les décisions éventuelles qui devront être prises en fonction de besoins identifiés dans le cadre de l'évaluation, une cueillette de données à l'aide de quelques stratégies est organisée. La tenue de groupes de discussions figure parmi un des moyens identifiés.

INTRODUCTION AUX GROUPES DE DISCUSSION

Le nom de groupe de discussion désigne une méthodologie de recherche qualitative élaborée autour de 1950 par un sociologue, Robert Merton. Cette approche a surtout été utilisée dans les recherches de marketing dans les années 1960 puis revitalisée dans les années 1970 et 1980 pour les recherches en sciences sociales et en santé.

À l'origine, la méthodologie du groupe de discussion a été conçue pour les travaux d'approche ou les études exploratoires. Mais elle s'est rapidement révélée si efficace et si rentable qu'elle a été utilisée pour une grande variété de projets de recherche. Elle est habituellement utilisée pour :

- *diriger des personnes vers un nouveau domaine
- *émettre des hypothèses reposant sur les observations faites par les informateurs
- *évaluer divers sites ou populations qui ont fait l'objet de recherches
- *savoir comment les participants ont interprété les études ou discussions précédentes
- *produire de l'information pour les groupes de planification et des discussions communautaires

LIMITES DES GROUPES DE DISCUSSION

En tenant des groupes de discussions, nous sommes davantage dans le champ exploratoire des perceptions qui sont propres à chacune des personnes qui sont présentes. En conséquence, ce qu'affirme les gens dans ce genre de groupes ne peut être considéré comme représentatif de l'opinion de la majorité. On ne peut donc pas généraliser les résultats des discussions. Cependant, force est de constater que les résultats obtenus, par la tenue de plusieurs groupes de discussion, se dégagent généralement une tangeante pouvant nous alimenter quant aux perceptions d'une bonne proportion

d'une population donnée. À cet effet, il semble y avoir consensus dans la communauté scientifique à l'effet que les renseignements tirés des groupes de discussion sont des données valides.

CONSENTEMENT À LA PARTICIPATION À DES GROUPES DE DISCUSSION

Une fois que nous aurons accueilli les participants et que nous aurons présenté les objectifs de notre démarche, nous demanderons ensuite aux participants s'ils consentent à participer et à ce que les discussions soient enregistrées s'il y a lieu. Sur le plan éthique, nous ne pouvons pas garantir que les discussions tenues dans le cadre de forums seront gardées confidentielles et anonymes par l'ensemble des participants. En conséquence, nous devons en informer les participants lorsque nous leur demanderons leur consentement. Il peut y avoir deux manières d'obtenir le consentement des participants à un groupe de discussion. La formule écrite à l'aide d'un formulaire de consentement ou la formule orale en demandant à chacun de lever la main en signe de consentement. Peu importe le moyen utilisé, nous serons tenu de lire aux participants le texte qui suit :

« Avant que l'on commence et avant que vous ne donniez votre consentement, je dois vous dire que nous ne pouvons vous garantir la confidentialité. Nous pouvons vous affirmer que nous ne révélerons pas vos noms, qu'ils ne seront utilisés dans aucun rapport, et que rien de ce que vous direz ne sera relié à votre nom ou votre identité. Mais nous ne pouvons vous certifier qu'un des participants ne répétera pas vos commentaires. Nous aimerions que tout le monde convienne de ne rien révéler de ce qui sera dit dans cette pièce, mais nous ne pouvons promettre que ce sera le cas. »

Questions pour les groupes de discussions

Résumé des instructions :

- Accueillir les participants.
- Présenter les objectifs de la présente démarche.
- Parler de confidentialité et demander aux personnes présentes leur consentement à la participation et à l'enregistrement. Leur demander de signer un formulaire de consentement (pour un consentement écrit), ou, dans le cas d'un consentement verbal, inscrire leur consentement avec la date, l'heure et le lieu.
- Ramasser 1) les formulaires d'information, 2) les formulaires de consentement des participants.
- Commencer par poser des questions à la suite les unes des autres.

Questions pour les groupes de discussion

- 1.-Pour commencer, j'aimerais connaître vos perceptions générales sur le PNLAADA. Quelles sont les forces du programme ? Quelles en sont ses faiblesses ?
- 2.-Croyez-vous en l'efficacité du programme ? À sa pertinence ?
- 3.-Qu'avez vous à dire sur les intervenants qui travaillent dans le cadre du PNLAADA au niveau de leurs besoins en formation par exemple ? Ont-ils selon vous des besoins spécifiques ? Quelles sont leurs principales forces ? leurs principales faiblesses ?
- 4.-Avez-vous l'impression que la clientèle est satisfaite des services obtenus dans le cadre du PNLAADA ?
- 5.-Y-a-t-il selon vous des services autres que ceux donnés dans le programme PNLAADA qui devraient être élaborés afin de mieux répondre aux besoins actuels et futurs de la clientèle ?

Clôture : J'aimerais vous remercier pour les renseignements que vous avez donnés. Nous avons couvert un grand nombre de questions. Avant de terminer, j'aimerais vous donner à tous la possibilité de me dire s'il y a des questions dont nous n'avons pas parlé ou si vous aimeriez ajouter quelque chose.

ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

J'ai été informé des renseignements quant à la nature de la présente démarche menée par GRIPMA (Groupe de recherche et d'interventions psychosociales en milieu autochtone) pour le compte de la CSSSPNQL et portant sur l'évaluation de besoins dans le cadre du PNLAADA. J'ai eu l'occasion de poser des questions sur ma participation à l'étude et d'avoir les détails supplémentaires dont j'avais besoin. Je comprends et j'accepte de prendre part aux groupes de discussion mais que je peux également me retirer de la démarche en tout temps si je le souhaite.

Nom du participant

Signature

DATE : _____

Selon moi, la personne qui a signé ci-dessus accepte de participer volontairement à cette démarche

Signature du chercheur ou du témoin

Date

Morgan, David, 1988. *Discussion Groups as Qualitative Research*, Qualitative Research Methods Series, #16, Newbury Park: Sage Publications.

