

Rapport sommaire

« L'ÉTAT D'URGENCE... »

Rapport sur la prestation des services de toxicomanie dans les T. N.-O.

Présenté au

**Ministère de la Santé et des Services sociaux
Programmes et services de mieux-être communautaire
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)**

31 mai 2002

« L'ÉTAT D'URGENCE... »

**Rapport sur la prestation
des services de toxicomanie dans les T. N.-O.**

31 mai 2002

Présenté au

Comité directeur de l'évaluation des programmes
de toxicomanie communautaires des T. N.-O.
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Programmes et services de mieux-être communautaire

Préparé par

Chalmers & Associates Consulting Ltd

**Jennifer Chalmers B.A., B. Sc., DP, M.A. (psychologie de l'orientation)
Liz Cayen B.A., M.Sc., MDE (Développement des ressources humaines)
Sharon Snowshoe, Eva Colin**

Bureau des T. N.-O.
C.P. 113
Fort McPherson (T. N.-O.) X0E 0J0
Tél. : 1-877-884-8889 Téléc. : 867-952-2212
Courriel : jennchalmers@hotmail.com

Avant-propos

Ce rapport final, intitulé « *L'état d'urgence... »*. *Rapport sur la prestation des services de toxicomanie dans les T. N.-O.*, présente une évaluation des services de toxicomanie pour l'année financière 2001-2002. Il ne prétend pas offrir de réponses à toutes les questions et ne présente pas l'opinion des résidents des T. N.-O.

Les positions et les recommandations énumérées dans ce document représentent le travail de nombreuses personnes au sein de diverses communautés des T. N.-O. Il faudra interpréter le rapport avec un soin particulier, afin de respecter les gens des communautés des T. N.-O. qui sont aux prises avec des problèmes de toxicomanie.

La nature des toxicomanies est, en soi, une expérience personnelle. Le contenu de ce rapport peut faire surgir des craintes, du ressentiment et du démenti. Il s'agit là de sentiments qui font partie de la toxicomanie. Si le contenu de ce document amène le lecteur à constater l'existence de problèmes personnels, nous l'encourageons à demander de l'aide auprès de professionnels de soutien.

Nous aimerions remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux d'avoir fait l'effort d'examiner concrètement la question de la prestation des services de toxicomanie dans les T. N.-O. Cela représentait vraiment une démarche des plus importantes et nous félicitons ce ministère de l'avoir entreprise.

En tant que conseillères à l'évaluation, nous devons également souvent interviewer des personnes aux prises avec des problèmes personnels. Ce projet a mis notre équipe au défi de respecter nos limites en tant que conseillères à l'évaluation. Nous remercions les communautés et les personnes interviewées qui nous ont permis d'écouter leurs histoires, bien que cela ait pu raviver des souffrances chez certaines d'entre elles. Vos luttes et vos expériences nous ont aidées à discerner les besoins futurs qui permettront d'améliorer les services de toxicomanie offerts dans les T. N.-O.

Les membres de l'équipe d'évaluation

Remerciements

Membres du Comité directeur de l'évaluation des programmes de toxicomanie communautaires

Cathy Praamsma	Sous-ministre adjointe de Santé et Services sociaux
Debbie Delancey	Sous-ministre déléguée de Santé et Services sociaux
Angus Mackay	Directeur, Programmes et services de mieux-être communautaire
Mary Jane Stewart	Chef, Programmes et services de mieux-être communautaire
Sandy Little	Conseillère, Programmes de santé mentale
Rachel Dutton-Gowryluk	Conseillère, Programmes de toxicomanie

Nous aimerions exprimer notre gratitude envers les intervenants communautaires, les membres de la communauté, les chefs de file et les clients pour leur coopération et pour la sincérité de l'aide qu'ils nous ont apportée dans le cadre de cette évaluation. Nous reconnaissons les efforts prodigués pour aborder ces problèmes et vous louons pour le travail assidu que vous effectuez quotidiennement. Faire face à la toxicomanie exige une patience et un courage dont vous avez fait preuve lors de nos visites sur place.

Nous aimerions aussi remercier les administrations des services sociaux et de santé régionaux et les membres de leur personnel pour leurs commentaires et la disponibilité dont ils ont fait preuve dans de courts délais. Nous adressons un remerciement spécial à Rachel Dutton-Gowryluk, pour le temps et l'énergie qu'elle a consacrés à l'achèvement de ce projet. Ses commentaires et ses suggestions ont été grandement appréciés.

Ce rapport et tous les documents connexes à l'évaluation des programmes de toxicomanie des T. N.-O. ont été préparés par Chalmers & Associates Consulting Ltd. L'analyse, les résultats et les recommandations proviennent de Chalmers & Associates Ltd et ne représentent aucunement l'opinion du ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

Rapport sommaire

Introduction

Ce rapport est le sommaire d'un projet d'évaluation plus détaillé intitulé « *L'état d'urgence...* ». *Rapport sur la prestation des services de toxicomanie dans les T. N.-O* et ne comprend pas tous les éléments du rapport complet. Pour de l'information plus détaillée, veuillez vous référer au rapport susmentionné. Il contient plus de détails, présente les résultats de l'examen des programmes pilotes mobiles de traitement des toxicomanies et comprend des rapports sur les sites individuels (programmes de toxicomanie communautaires) évalués. Le rapport sommaire est rédigé en respectant le format du rapport détaillé, pour permettre au lecteur de repérer plus facilement des renseignements plus précis sur un sujet particulier.

1.0 Historique et contexte

Données historiques

En 2002, le plus grand problème auquel les résidents des Territoires du Nord-Ouest (T. N.-O.) font face est la dépendance aux substances comme l'alcool, la nicotine et la marijuana, et la dépendance au jeu. Au cours des cinquante dernières années, les communautés des T. N.-O. ont fait face à des problèmes croissants causés par la perte de membres de la famille, la perte d'emploi, la détérioration de la santé et de la spiritualité, découlant directement ou indirectement des toxicomanies. Des générations de nordistes ont été touchées de manière négative par les toxicomanies. L'amélioration des débouchés économiques découlant de l'exploration pétrolière, gazière et minérale a eu très peu de répercussions sur la diminution de la fréquence des toxicomanies. En 2002, de nombreux problèmes liés aux toxicomanies perdurent.

À l'heure actuelle, la prestation des services de toxicomanie dans les T. N.-O. a lieu sur trois fronts principaux :

1. Dans la majorité des communautés des T. N.-O., les programmes de toxicomanie communautaires sont généralement fondés sur le modèle de l'abstinence, lequel a recours à l'éducation et à la prévention comme mesures secondaires. Pour avoir une recommandation de traitement en établissement, pour passer par les procédures d'inscription et obtenir des séances de counseling de suivi, les clients doivent se prévaloir des services des travailleurs communautaires en toxicomanie.

2. Le centre de traitement sur l'alcoolisme et la toxicomanie Nats' ejee K'eh, un organisme de traitement en établissement de toxicomanie de 30 lits situé sur la réserve de Hay River, est le seul centre de traitement en établissement de toxicomanie qui dessert les adultes.
3. Les centres de traitement du sud pour les hommes, les femmes et les enfants dont les toxicomanies ne peuvent être convenablement traitées dans les T. N.-O.

De plus, durant l'année financière 2000-2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux a piloté des programmes mobiles de traitement des toxicomanies pour les femmes et les jeunes dans diverses régions des T. N.-O. Ces projets ont été conçus pour répondre aux demandes massives des communautés des T. N.-O. en matière d'offre de programmes de traitement des toxicomanies conformes à la culture des clients dans leurs communautés.

Au cours des dernières années, on a reconnu de plus en plus les répercussions des traumatismes, de la violence physique et sexuelle liées au vécu en pensionnat et de la violence familiale comme étant des facteurs déterminants de la progression des toxicomanies chez les résidents des T. N.-O. De nombreux groupes autochtones parlent maintenant de la guérison comme d'une façon plus holistique de traiter leurs toxicomanies et leurs conséquences.

Évaluation des programmes de toxicomanie communautaires de 2001-2002

Durant l'année financière 2001-2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux a décidé de procéder à un examen sur l'efficacité des programmes de toxicomanie communautaires au sein du cadre plus général des services de toxicomanie dans les T. N.-O. Cet examen comprenait également l'évaluation des programmes pilotes mobiles de traitement des toxicomanies, au point où ils en étaient en 2000-2001.

Une demande de proposition a été élaborée puis présentée pour soumission en septembre 2001. Le travail a commencé à la fin novembre 2001. Ce projet d'évaluation devait être réalisé dans le contexte de nombreux rapports, notamment : *Réponse du ministre au Forum sur la santé et les services sociaux (1988)*; *C'est le temps d'agir! – Rapport sur le système des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest*; *Review of Nats' ejee Ke'h Treatment Centre*; et *Ensemble pour le mieux-être communautaire. Stratégie en matière de dépendances et de toxicomanies, de santé mentale et de violence familiale dans les T. N.-O.*

Le mandat, tel qu'élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux, retenait quinze communautés des T. N.-O. pour former la base de l'évaluation. Une autre communauté a été ajoutée au début du projet, pour veiller à ce que tous les groupes représentatifs des programmes de toxicomanie communautaires des T. N.-O. soient inclus. On a choisi les communautés selon leur taille, le type de programme et la représentativité de tous les groupes autochtones des T. N.-O.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a chargé l'équipe d'évaluation des tâches suivantes :

1. réviser l'administration et la gestion des programmes de toxicomanie communautaires;

2. déterminer l'efficacité des traitements des programmes de toxicomanie communautaires et déterminer leur rendement et leur valeur économique par rapport à la prestation des services aux résidents des T. N.-O.; et
3. déterminer les liens au sein du système et intégrer les résultats dans les recommandations sur les rôles, les responsabilités et les fonctions des programmes de toxicomanie communautaires.

Ce projet d'évaluation a été entrepris sur la base d'un changement de direction et de portée de la programmation de la toxicomanie s'effectuant non seulement dans les T. N.-O., mais aussi partout au Canada. Voici les critères sur lesquels la raison d'être de ce changement de programmation de la toxicomanie reposent :

- La diversité des problèmes des toxicomanes comprend maintenant la polytoxicomanie et des troubles simultanés (maladies mentales et toxicomanies). De nombreux groupes d'âge sont touchés par les toxicomanies.
- Les répercussions de l'exploration pétrolière, gazière et minérale dans les T. N.-O. ont entraîné une demande accrue de services.
- Il existe une demande accrue de soins faisant appel à la collaboration entre divers professionnels de la santé, pour éviter le dédoublement et pour reconnaître une plus grande spécialisation.
- Les répercussions des traumatismes, de la violence familiale et d'une faible stabilité socioéconomique et leur influence sur les toxicomanies sont désormais reconnues.
- La concurrence accrue en matière de ressources allouées aux soins de santé a forcé les agences à envisager différents modèles de prestation des services.
- On exige de plus en plus du personnel travaillant dans le domaine de la toxicomanie d'avoir fait des études postsecondaire appropriées, en plus de posséder de l'expérience sur le terrain.
- Les instances dirigeantes ont tendance à considérer des moyens moins coûteux de traitement de la toxicomanie et à manifester moins de dépendance envers la programmation de traitement des toxicomanies résidentiels.

Le rapport final complet présente les résultats obtenus par des visites sur place, une analyse de la documentation, des entrevues semi-dirigées, une analyse de la documentation du domaine de la toxicomanie et une étude des champs d'activités dans le domaine de la toxicomanie au Canada et aux États-Unis.

Terminologie

De nombreux termes sont utilisés pour décrire certains aspects de la toxicomanie. La langue des toxicomanies est un langage codé qui découle de l'histoire, des passions et d'un

système de croyances qui s'est constitué au fil des luttes menées par les toxicomanes. L'équipe d'évaluation a choisi la langue et les termes suivants pour décrire un ensemble complexe de divers concepts. Cette terminologie n'est pas figée et, vraisemblablement, évoluera éventuellement. La langue choisie ici est reflétée dans la documentation courante dans le domaine des toxicomanies en l'an 2002.

- AA/NA** Désignent, respectivement, Alcooliques anonymes et Narcotiques anonymes.
- Client** Désigne une personne qui suit un traitement de toxicomanie. Dénote du respect envers la personne qui demande de l'aide.
- Counseling** Processus de définition, de compréhension et de traitement d'un problème particulier, comprenant aussi des suggestions et des conseils offerts par une personne qui fait autorité dans un domaine ou plus, tel que les relations de couple, la dépendance aux substances ou les métiers et professions.
- Désintoxication ou détox** Désigne les procédures conçues pour réduire ou éliminer des substances toxiques dans le corps humain. Généralement désigné sous détox.
- Guérison** Se rapporte aux personnes en traitement.
- Programme mixte**
Se rapporte aux programmes de toxicomanie communautaires des T. N.-O. qui comprennent un programme sur la drogue et l'alcool combiné à un programme sur l'hygiène mentale ou à un programme sur la violence familiale.
- Spécialiste des toxicomanies**
Se rapporte aux postes liés aux toxicomanies au sein de l'administration des services sociaux et de santé.
- Submersion émotionnelle**
Expression émotionnelle non maîtrisée et incontrôlable.
- Substance** Désigne l'alcool, les substances inhalées et les solvants, les drogues illicites, les médicaments sans ordonnance et la nicotine.
- Suivi** Programme continu, post-hospitalier et intégré de services de réadaptation et de traitements ambulatoires offert par un établissement de traitement ou un autre établissement. Le programme vise principalement le maintien de l'amélioration, la prévention des rechutes et l'insertion communautaire.
- Toxicomanie** Comprend l'alcoolisme et la dépendance aux drogues et aux substances. Dans certains cas où le contexte le détermine, la toxicomanie peut s'appliquer aux jeux de hasard et à d'autres dépendances de nature obsessive.

Traitement Comprend les traitements résidentiels et la prestation des services aux toxicomanes.

Travailleur communautaire en toxicomanie

Se rapporte aux postes occupés en ce moment par les membres du personnel de nombreux programmes de toxicomanie communautaires, selon le terme utilisé dans la plupart des communautés des T. N.-O.

Troubles simultanés

Se rapporte à une combinaison de troubles mentaux, émotifs et psychiatriques ressentis à cause de la consommation de substances comme l'alcool et d'autres drogues.

2.0 Analyse documentaire

Il existe une documentation abondante sur le sujet des toxicomanies et de leur traitement. Cette discussion se limite aux domaines pertinents à l'évaluation des programmes de toxicomanie communautaires, y compris les définitions et les modèles des toxicomanies, les tendances récentes dans la prestation des services de toxicomanie dans les autres communautés, l'examen des composants d'un programme typique de toxicomanie et les diverses dépenses associées aux toxicomanies.

Définitions et modèles des toxicomanies

La définition des toxicomanies remonte au milieu du dix-neuvième siècle. Des termes comme *buveurs invétérés*, *alcooliques*, *ivresse incorrigible*, *ivrogne*, *ébriété*, *abus d'alcool* et *dépendance aux substances* ont tous été utilisés ou sont actuellement utilisés pour décrire le phénomène des « toxicomanies ». La définition des toxicomanies est liée aux modèles conceptuels des problèmes d'alcool et de l'alcoolisme. Voici une liste et une courte description de ces modèles :

1. **Les toxicomanies sont des maladies.** La toxicomanie est perçue comme une maladie initiale parce qu'elle existe en soi et n'est pas subordonnée à une autre maladie (Fisher & Harrison, 2000). Dans ce modèle, les toxicomanies peuvent être liées à une allergie à l'alcool et sont perçues comme résultant d'une combinaison de causes physiques, psychologiques et spirituelles. Elles sont irréversibles et ne peuvent être guéries. Il est possible de les stopper grâce à l'abstinence totale. Les deux éléments importants sont l'absence de contrôle par rapport à la consommation de la substance et la consommation continue de la substance malgré les conséquences négatives.

L'avantage évident de ce modèle est de supprimer le stigmate moral lié à la chimiodépendance pour retenir plutôt l'aspect du traitement d'une maladie. Le plus grand

désavantage est l'implication qu'une personne sans formation médicale ne peut traiter la maladie.

2. **Les toxicomanies sont un problème moral.** Dans ces modèles, on considère que le choix personnel est la cause des problèmes d'alcool et de drogue. Le toxicomane est perçu comme choisissant et décidant de consommer de l'alcool ou de la drogue de manière problématique et comme étant capable de faire d'autres choix. Le modèle moral des toxicomanies implique que le système de santé n'a pas l'obligation de fournir un soutien médical ou psychosocial.
3. **Les toxicomanies sont une affection cérébrale.** Récemment, les recherches de pointe ont dégagé qu'un facteur biologique pourrait causer la toxicomanie. Certaines personnes sont plus prédisposées à contracter des toxicomanies à cause de facteurs de risque physiques, psychologiques ou génétiques.

Ces recherches sont très récentes et méritent d'être suivies avec beaucoup d'intérêt.

4. **Le modèle socioculturel.** Ce modèle repose grandement sur le rôle joué par la société et la culture sur le développement de tendances à l'alcoolisme et de problèmes connexes chez les individus. Le rôle de la société est associé à la disponibilité de l'alcool, à la facilité d'accès, aux dépenses, aux règlements juridiques, etc. Le niveau de stress de la société, l'aliénation et les traumatismes influent sur la consommation d'alcool et d'autres drogues, tout comme les pairs.

Dans cette perspective, les interventions visent surtout à changer la relation d'une personne par rapport à son environnement, à lui faire acquérir des stratégies d'adaptation, à favoriser des modèles encourageants dans la communauté et à aborder les aspects d'offre et de demande de la consommation d'alcool et de drogues.

5. **Modèle de la famille/des systèmes généraux.** Ce modèle est fondé sur la prémisse que le comportement individuel fait partie d'un plus grand système social. Il en découle que la toxicomanie, par exemple, ne peut être comprise sans considérer la relation avec les autres membres du système auquel appartient l'individu. La toxicomanie peut être perçue comme un trouble familial qui ne peut être traité qu'à l'échelle de la famille tout entière. Ce modèle est en harmonie avec les croyances de nombreux groupes autochtones pour qui la famille représente une institution centrale.

Le traitement comprend une thérapie familiale et le recours aux jeux de rôle pour repérer les rôles fonctionnels et dysfonctionnels au sein du système familial.

6. **Modèle de la santé mentale.** Le modèle de la santé mentale perçoit la toxicomanie comme un symptôme d'un problème de santé mentale ou de troubles psychologiques. Les traumatismes et les facteurs stressants qui en résultent contribuent au développement d'une toxicomanie.

Dans ce modèle, le traitement des toxicomanies comprend la « guérison » du trouble de

santé mentale sous-jacent afin de « guérir » la toxicomanie.

7. **Modèle des toxicomanies des Premières nations.** De nombreux chercheurs des Premières nations suggèrent que l'alcool et d'autres substances sont utilisés par les Autochtones pour soulager temporairement la souffrance entraînée par la violence sexuelle, la violence familiale, les traumatismes des pensionnats et d'autres agents stressants psychosociaux. Ce modèle comprend un débat sur la définition de la toxicomanie, considérée soit comme un trouble initial, soit comme une manifestation de troubles bien enracinés.
8. **Le modèle biopsychosocial.** Pour expliquer la toxicomanie, on tient compte des interactions entre diverses variables biologiques, psychologiques, cognitives, sociales, développementales, environnementales et culturelles. La toxicomanie est une maladie initiale qui progresse sur le plan développemental, allant de l'augmentation de la tolérance et de la dépendance à la perte de contrôle et à la détérioration de la santé biopsychosociale.

Ce modèle combine tous les modèles dans un cadre unique et exige des professionnels du domaine des toxicomanies qu'ils évaluent les clients à fond, pour ensuite émettre plusieurs hypothèses explicatives basées sur cette évaluation, éviter d'essayer de caser le client dans une définition rigide de la toxicomanie et utiliser une gamme d'interventions pour répondre aux besoins du client. À l'heure actuelle, c'est peut-être là le modèle le plus utile.

Étapes clés des programmes de toxicomanie

Conséquences physiques des toxicomanies

L'ingestion d'alcool et de diverses drogues a de nombreuses conséquences communes, du moment de l'ingestion de la substance jusqu'à son métabolisme de la substance par le foie. Voici une courte liste des conséquences physiques des toxicomanies :

- La consommation à long terme de substances peut causer des lésions cérébrales, ce qui entraîne de la confusion, de la désorientation et l'affaiblissement des facultés cognitives.
- Les carences nutritives des personnes chimiodépendantes peuvent entraîner des lésions à un nerf, causant de l'engourdissement, des picotements, de la faiblesse musculaire et de la paralysie.
- Le cancer de l'œsophage et de l'estomac, de même que les ulcères et la gastrite sont courants, ce qui implique que le système digestif ne fonctionne pas à son mieux.
- L'inflammation du pancréas entraîne des problèmes de métabolisme du glucose.
- Le foie des personnes chimiodépendantes peut être gravement endommagé, ce qui entraîne des maladies comme la cirrhose du foie.

- Les personnes chimiodépendantes résistent moins bien aux infections. Les poumons sont touchés, car elles courent un risque plus élevé de contracter une pneumonie et d'autres maladies pulmonaires graves.
- La consommation prolongée et intense de substances a des répercussions sur les organes reproducteurs, tant chez les hommes que les femmes. Aussi, une simple dose d'alcool ou de drogue durant la grossesse peut avoir des répercussions négatives irréversibles sur le fœtus.
- L'hypertension peut aussi être provoquée par la consommation de substances chimiques.
- Les carences nutritives provoquent souvent de l'atrophie musculaire chronique et la déperdition osseuse chez les toxicomanes.

Les conséquences psychologiques des toxicomanies

En plus des conséquences physiques, les toxicomanies ont également des répercussions psychologiques semblables pour l'alcool et de nombreuses drogues. En voici le résumé :

- Les changements d'humeur sont très fréquents chez les personnes consommant des substances pour se sentir mieux. Comme elles se retrouvent incapables de maintenir ce sentiment euphorique, elles deviennent craintives et dépressives.
- Les problèmes cognitifs, de mémoire et de perception, ainsi que les troubles de la pensée et les délires, sont fréquents chez les personnes chimiodépendantes.
- L'anxiété et d'autres troubles de l'humeur comme les troubles bipolaires, les troubles de stress post-traumatiques et la dépression sont également fréquents chez les toxicomanes.
- La dépendance et l'accoutumance à la majorité des substances se produit au fil du temps. Certaines substances ont un seuil de tolérance qui se franchit rapidement, alors que c'est beaucoup moins spectaculaire pour d'autres.

Conséquence physiques et psychologiques des toxicomanies durant la guérison

Les conséquences physiques et les répercussions psychologiques de la consommation de substances s'appliquent aussi à la période de guérison lors de la désintoxication. Il existe cinq étapes de symptômes durant le processus, dont quelques-unes sont plus intenses que d'autres.

1. Symptômes de la première étape : hyperactivité du système nerveux prenant la forme de tremblements, d'anorexie, de transpiration, de nausées, de vomissements, d'une faible résistance au stress, de confusion et d'une mauvaise mémoire.

2. Symptômes de la deuxième étape : déformation de la réalité, objets qui semblent bouger, bruits pouvant être entendus, de fortes illusions créant de la confusion, de l'excitation et de la peur.
3. Symptômes de la troisième étape : délires et désorientation, hallucinations, confusion, incohérence et peur.
4. Symptômes de la quatrième étape : des crises convulsives peuvent se produire dans les 48 heures suivant la dernière consommation et jusqu'à sept jours plus tard.
5. Symptômes de la cinquième étape : *delirium tremens* comprenant de graves délires, des hallucinations, une forte fièvre, la perte de fluides et l'épuisement physique. Comme cette étape peut être très grave, voire mortelle, il faudrait alors prévenir l'apparition de ces symptômes en obtenant des soins médicaux professionnels et des services de soutien.

Tendances des toxicomanies

Aux États-Unis, le prix des drogues illicites est en train de diminuer et la demande est en train d'augmenter. La marijuana, la méthamphétamine (la cocaïne des pauvres) et l'héroïne sont plus accessibles, moins chères et plus populaires. Les drogues consommées dans les boîtes de nuit ou pour les viols perpétrés par des amis comme le gamma-hydroxybutyrate (GHB), l'ecstasy et le rohypnol sont de plus en plus populaires au sein de la jeune génération américaine. Une soirée de plaisir inclut donc souvent la consommation de telles drogues.

À l'heure actuelle, les États-Unis sont coincés entre deux paradigmes de la toxicomanie : le premier perçoit la toxicomanie comme une maladie et le deuxième perçoit la toxicomanie comme un acte criminel et volontaire.

En Europe, la tendance est de réduire les méfaits lors du traitement des problèmes de drogues d'usage courant en visant l'abstinence à long terme; cette tendance s'appelle modèle de réduction des méfaits. Le traitement dure habituellement de deux à six mois, ce qui permet d'y intégrer une composante comportementale importante et l'usage de médicaments pour les états de manque et la stabilisation du cerveau. L'objectif de l'abstinence est un but à long terme qui ne peut être atteint immédiatement.

Modèle de réduction des méfaits

Le modèle de thérapie de réduction des méfaits est l'une des innovations les plus récentes dans le traitement des problèmes de toxicomanie et désigne un processus pour aider les toxicomanes à réduire les méfaits associés à leur comportement. L'abstinence est peut-être la stratégie la plus sûre pour protéger quelqu'un, mais toute démarche visant à réduire les méfaits est un pas dans la bonne voie. Le faible taux de réussite des traitements découle souvent du fait que l'on s'attend à ce que l'abstinence totale soit la seule mesure de succès. Le traitement de réduction des méfaits engage une personne dans un processus de changement graduel et mesure le succès par les pas dans la bonne voie.

Voici la liste des principaux éléments du traitement des toxicomanies, tel qu'on le retrouve dans le modèle de réduction des méfaits :

- Accepter le client à l'étape où il en est.
- Mettre l'accent sur la réduction des méfaits causés par la consommation de la substance et non nécessairement sur la consommation de la substance.
- Permettre au client de choisir ses buts, allant de l'abstinence à une consommation sans risque.
- Les méthodes visent une démarche d'auto-efficacité et de changement.
- Des conseillers hautement qualifiés dans le domaine des méthodes thérapeutiques et des facteurs déterminants biopsychosociaux des toxicomanies.
- Fondé sur le concept « ne pas nuire » de l'exercice de la médecine.
- Pour obtenir du counseling ou un traitement, il faut que les clients ne consomment plus de substance.
- On fait preuve de neutralité par rapport à l'abstinence comme type de traitement; cela dépend des buts du client.
- Aucun jugement moral n'est porté sur la consommation de substances.
- Ce modèle peut être combiné avec les stratégies de traitement existantes et peut être plus efficace de cette manière.

Ce modèle est en harmonie avec le modèle biopsychosocial des toxicomanies et sera une force prédominante dans la lutte contre les toxicomanies.

Troubles simultanés

Les troubles simultanés désignent une combinaison de troubles de santé mentale et de consommation de substances. Ils ont été définis par le Centre de toxicomanie et de santé mentale, dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue de Santé Canada. Les États-Unis utilisent le terme « diagnostic mixte » pour désigner ce trouble.

Les sources de recherche canadiennes recommandent cinq sous-groupes de troubles simultanés. Le dénominateur commun est l'usage simultané de substances avec l'un des cinq autres troubles : troubles de l'humeur et troubles anxieux, troubles de santé mentale graves et durables, troubles de la personnalité, troubles alimentaires et troubles de santé mentale.

On ne connaît pas encore l'ensemble des faits relatifs aux troubles simultanés pour la population des T. N.-O. Cette situation se complique de par les préjugés socioculturels voulant

qu'on n'établisse pas de diagnostic de troubles de santé mentale et par un manque de ressources en santé mentale pour établir ces diagnostics. Cependant, pour répondre aux besoins des personnes ayant des troubles de santé mentale et de toxicomanie, il est essentiel d'adopter une approche coordonnée de l'évaluation, du traitement et de la prévention. Voici les grands principes sur lesquels reposent les soins à prodiguer aux personnes ayant des troubles simultanés de santé mentale et de toxicomanie :

- Pour déterminer la gravité et la nature de la toxicomanie et des troubles de santé mentale, il faut procéder à une évaluation complète.
- Il faut offrir des solutions immédiates aux problèmes, de même qu'un encadrement, du soutien et une réadaptation à long terme.
- Pour établir des diagnostics en santé mentale et en toxicomanie, il faut recourir à des cliniciens hautement qualifiés.
- Il faut adopter une démarche de traitement intégrée, comprenant le traitement résidentiel ou non.
- L'intervention traitant la consommation de substances et les troubles graves de santé mentale doit être planifiée et mise en œuvre simultanément.

Les estimations actuelles des sources canadiennes et américaines prédisent que près de la moitié de la population toxicomane peut avoir un trouble de santé mentale. Les efforts actuels d'évaluation, de traitement et de prévention doivent considérer la meilleure méthode pour rejoindre ce groupe de personnes.

Composants d'un programme de toxicomanie

Dans le domaine des toxicomanies, on reconnaît généralement qu'un programme de toxicomanie comprend huit étapes clés, lesquelles forment une approche globale de la gestion des toxicomanies. Pour la plupart, ces étapes reposent sur le modèle biopsychosocial des toxicomanies. Il faut souligner que les clients ne progressent pas nécessairement de la première étape à la huitième étape. Toutefois, une progression séquentielle donne souvent de meilleurs résultats pour ce qui est de faire disparaître les symptômes et les tendances des comportements pouvant entraîner une dépendance.

1. **Première étape – Intervention d'urgence et entrée dans le système.** La situation de crise constitue souvent le premier point d'entrée d'un toxicomane dans le système. Le but principal est d'inciter le client potentiel à demeurer en communication avec un intervenant ou un professionnel. Il s'agit souvent de la première fois qu'un client fait face à sa toxicomanie. Il est donc de la plus haute importance que le travailleur possède de l'expérience en intervention d'urgence.
2. **Deuxième étape – Inscription et évaluation du risque.** Cette étape consiste à inscrire des renseignements sur le client dans le système. Ces renseignements doivent comprendre

le nom, la date de naissance et toute autre information obligatoire, mais aussi une liste à jour des problèmes identifiés. Cette étape peut être considérée comme le stade de préévaluation.

3. **Troisième étape – Désintoxication ou détox.** Durant cette étape, un client fait un sevrage de substances, souvent à l'aide de divers médicaments. Il faut alors effectuer une surveillance médicale vigilante. Les services de désintoxication peuvent être offerts avec ou sans hospitalisation, selon la situation du client (logement, stabilité médicale, etc.)
4. **Stage 4 – Évaluation de traitement multidisciplinaire.** L'évaluation se définit généralement comme une démarche d'analyse et de collecte d'information afin de résumer le niveau de fonctionnement du client et d'établir aussi un diagnostic. Le but de l'évaluation est de dresser un plan donnant au client la meilleure chance qui soit de se défaire de sa toxicomanie. On obtient de l'information sur l'histoire du client par rapport aux aspects suivants grâce à divers outils relevant du domaine psychosocial, de la famille, du domaine juridique, de l'éducation, de la profession, du domaine médical et du traitement de la toxicomanie. Chacun de ces domaines contribue à décrire le client et à définir la direction à prendre dans son cas. Après avoir obtenu l'information, on prépare un rapport d'évaluation pouvant inclure un diagnostic du trouble lié à une substance. Cela représente habituellement le premier pas vers un plan de traitement.
5. **Cinquième étape – Counseling de soutien et planification de traitement.** La décision de référer un client à un traitement est habituellement prise en commun par l'équipe d'évaluation, le client et sa famille. Elle peut aussi être ordonnée par le système juridique. Le traitement peut se dérouler en milieu hospitalier ou non hospitalisation, parfois en combinant les deux. Pendant qu'il attend pour suivre son traitement, peu importe la forme que cela prendra, il est essentiel que le client obtienne du counseling continu.
6. **Sixième étape – Traitement.** Il n'existe pas de type unique de modèle de traitement produisant des résultats chez tous les clients. On retient cinq modèles importants, mais on a souvent recours à d'autres modèles, soit le modèle de traitement du Minnesota (Hazelden), le programme des Douze Étapes, le modèle de traitement du comportement, le modèle de traitement cognitivo-comportemental et le modèle de traitement reposant sur l'augmentation de la motivation. Ces modèles peuvent être appliqués au traitement résidentiel et non résidentiel.
7. **Septième étape – Soins intermédiaires ou traitement prolongé.** Pour les clients en traitement qui ont peu de possibilités de se loger et ne veulent pas retourner dans leur milieu de toxicomanie, on utilise les maisons de soins intermédiaires, un concept relativement nouveau dans le domaine des toxicomanies. Ces maisons sont gérées comme des unités d'habitation à court terme et préconisent un modèle d'abstinence.
8. **Huitième étape – Suivi et prévention des rechutes.** La recherche a établi que les soins prolongés et la communication avec un système de soutien formel après le traitement résidentiel ont des répercussions spectaculaires en matière de guérison. Le suivi peut comprendre du counseling individuel, du suivi avec des membres du personnel de

traitement, de gestion de stress, de réunions des AA ou des NA et toute autre forme d'aide encourageant la guérison d'une toxicomanie. Puisque les rechutes sont inhérentes aux toxicomanies, il est essentiel de les aborder de manière franche et directe – les rechutes se produisent presque toujours, mais c'est la façon dont elles sont traitées qui est la clé principale de la guérison à long terme. Cette étape d'un programme de traitement doit être très solide.

Les coûts économiques, sociaux et médicaux des toxicomanies

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies a rapporté en 1992 que les dépenses liées à l'alcoolisme représentent 265 \$ par personne par année et que celles associées aux drogues illicites représentent 48 \$ par personne par année. La majorité des dépenses liées à la consommation d'alcool peuvent être évitées. Une recherche plus récente du National Institute of Health des États-Unis confirme ces résultats, tout en fixant les dépenses annuelles liées à la consommation d'alcool et de drogues à 965 \$ par personne. Si on les néglige, les toxicomanies continueront de nécessiter de nombreuses dépenses et d'influer sur tous les domaines de la vie sociale, y compris l'économie.

Il est difficile d'évaluer la dimension coût-efficacité des traitements. Toutefois, les recherches indiquent qu'environ la moitié des dépenses liées aux traitements, y compris l'évaluation et le suivi, ont été compensées dans l'année qui suit par des réductions dans les dépenses liées aux soins de santé des toxicomanes et de leur famille. Les bons traitements produisent des résultats. Les répercussions générales de l'intervention de traitement (évaluation, counseling, traitement et prévention des rechutes) semblent indiquer une réduction de la consommation d'alcool et de drogues, l'amélioration de la santé, une réduction du risque de contracter le VIH ou des MTS, une diminution de l'activité criminelle, une diminution de problèmes de logement, un meilleur fonctionnement au sein des familles et des milieux de travail, et une réduction des dépenses sociales liées aux toxicomanies.

Rien ne fonctionne parfaitement avec tous les clients, voire avec le même client à divers moments. Toutefois, cela est inhérent à la nature même d'une maladie chronique comme la toxicomanie.

3.0 Méthodes d'évaluation

Approche adoptée pour effectuer l'évaluation

L'évaluation a consisté en un examen de 15 programmes de toxicomanie communautaires et de quatre programmes pilotes mobiles de traitement des toxicomanies. Diverses méthodes d'interrogation ont été retenues, notamment des entrevues semi-dirigées, un examen des programmes dans le contexte du *NWT Addictions Handbook* et une analyse des données sur la satisfaction des clients.

Instruments de la collecte de données et échéanciers

L'analyse de la documentation n'a fourni aucun instrument de mesure du contenu et de la qualité des programmes de toxicomanie. Toutefois, un examen détaillé supplémentaire de la documentation pédagogique a fourni un instrument utilisé dans ce milieu pour analyser et évaluer les programmes et les salles de classe de la petite enfance. Cet instrument, appelé Échelle d'évaluation du milieu de la petite enfance (ÉÉMPE)¹, mesure sur une échelle de sept points la qualité de la salle de classe, le contenu du programme, les activités culturelles et linguistiques et l'administration du programme. Il a été adapté pour l'évaluation des programmes de toxicomanie communautaires des T. N.-O

L'instrument a été modifié dès le début de la collecte de données, pour tenir compte des étapes clés des programmes de toxicomanie comme l'inscription, l'évaluation, la portée des services et la supervision clinique. On y a ajouté certaines étapes de l'administration de programmes, dont la responsabilité, le niveau de financement et la définition de politiques. L'instrument s'appelle Échelle de l'efficacité des programmes de toxicomanie communautaire (ÉÉPTC)² et ne possède aucune fiabilité certaine, sauf en ce qui concerne son utilisation dans le cadre de chaque programme de toxicomanie communautaire visité durant cette évaluation.

Nous avons également adapté l'échelle d'évaluation de l'ÉÉMPE en échelle de sept points, dans laquelle 1 représente une note insuffisante et 7 une note excellente. Par souci d'uniformité, chaque programme de toxicomanie communautaire a été évalué avec cette échelle.

Un instrument supplémentaire plus distinct a été extrait de l'ÉÉPTC, parce qu'il portait spécifiquement sur la structuration, l'espace et les problèmes d'accessibilité pour les personnes âgées et les personnes handicapées. La même échelle a été utilisée pour cet instrument.

D'autres outils sommatifs ont été conçus, afin de consigner des questions connexes à la documentation et aux activités dans chaque programme de toxicomanie communautaire. Cette information a servi à la conceptualisation finale des rapports de site, des résultats généraux et des recommandations.

On a formulé des questions d'entrevues semi-dirigées en harmonie avec le mandat. Ces questions ont été modifiées en fonction des divers groupes de personnes interrogées, comme le personnel des administrations des services sociaux et de santé, les travailleurs communautaires en toxicomanie et les chefs de file régionaux.

Pour respecter et manifester de la compréhension envers les clients par rapport à l'étape où ils en étaient dans leur guérison, on a eu recours à des questions informelles.

Le processus d'évaluation a respecté les lignes directrices déontologiques de collecte de données prescrites par l'Association canadienne de counseling et la Société canadienne d'évaluation, tout en tenant compte des enjeux liés aux activités d'évaluation menées auprès des Autochtones et d'autres groupes minoritaires.

¹ NDT : Traduction libre de Early Childhood Environment Rating Scale (ECERS).

² NDT : Traduction libre de Community Addictions Program Effectiveness rating Scale (CAPERS).

La collecte de données et les visites sur place ont eu lieu entre décembre 2001 et le 31 mars 2002. On a également effectué de nombreuses conférences téléphoniques et des entrevues de suivi jusqu'en avril 2002.

Analyse et limites des données

L'équipe d'évaluation a utilisé une gamme de techniques qualitatives pour l'analyse de données, dont l'élaboration de thèmes, la triangulation et la vérification de l'information, pour viser l'exactitude et la reproductibilité. L'analyse de la documentation comprenait un examen de la portée, de la présence, de l'usage et des fonctions de la documentation. L'information portant sur les dépenses et le budget a été analysée au moyen de mesures descriptives. L'analyse de l'information, des données et des commentaires résultant des entrevues a été effectuée selon les normes de recherche en psychologie et en évaluation. L'équipe d'évaluation a porté une attention particulière aux limites des données et à leur généralisation par rapport aux autres communautés dans les T. N.-O.

Un certain nombre de restrictions en matière de collecte de données étaient inévitables et ont, par conséquent, réduit le degré de rigueur scientifique de l'analyse de l'Échelle de l'efficacité des programmes de toxicomanie communautaires. En voici une liste partielle :

1. La généralisation de l'analyse de données par rapport aux autres communautés des T. N.-O. n'est pas recommandée, car les données analysées sont limitées aux quinze programmes de toxicomanie communautaires.
2. Certaines données résultant des entrevues ont été exclues à cause de leur contenu confidentiel. La collecte de données s'est déroulée durant quatre mois, de décembre à mars, à une période très occupée dans de nombreuses communautés des T. N.-O. Pour une évaluation de cette portée, il aurait été préférable d'avoir des échéanciers moins serrés.
3. Puisque les communautés dans les T. N.-O. varient en matière de systèmes politiques et culturels, d'emplacement géographique et d'accès aux divers services, on peut remettre en question la pertinence d'effectuer des collectes de données et des analyses semblables sur l'efficacité de programmes de toxicomanie communautaires.
4. Les instruments ont été précisément conçus pour répondre aux questions du mandat. Cela a pu limiter la portée et le contenu des données recueillies et produire un préjugé inhérent.

4.0 Résultats et recommandations

Le titre de ce rapport, qui est « *L'état d'urgence...* », reflète l'état général des services de toxicomanie communautaires dans les Territoires du Nord-Ouest. Il faut s'occuper immédiatement de ces services, c'est-à-dire se pencher sur les compétences des intervenants, l'expertise et l'orientation à adopter, et élaborer des directives en matière de politiques, de

leadership et de restructuration. L'analogie avec l'état d'urgence signifie qu'il est temps de prendre des mesures et de procéder à une restructuration. La tempête a déjà fait rage.

Les résultats comprennent plus de 1 000 pages de documentation et plus de 150 entrevues effectuées avec des travailleurs communautaires en toxicomanie, des clients en communauté, des chefs de file communautaires, des chefs de file régionaux, des employés des agences communautaires comme le personnel des centres de santé et la GRC, le personnel de l'administration des services sociaux et de santé, le personnel du ministère de la Santé et des Services sociaux et l'industrie privée.

Contexte des résultats et des recommandations

L'évaluation a été effectuée dans le contexte de quatre rapports :

1. *Réponse du ministre au Forum sur la santé et les services sociaux (1999);*
2. *C'est le temps d'agir! – Rapport sur le système des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest;*
3. *Review of Nats' ejee Ke'h Treatment Centre;*
4. *Ensemble pour le mieux-être communautaire. Stratégie en matière de dépendances et de toxicomanies, de santé mentale et de violence familiale aux T. N.-O.*

Les deux derniers rapports ont représenté des documents de base et de mise en contexte particulièrement importants durant l'analyse et la collecte de données. Les résultats et les recommandations présentés dans ce rapport ont été résumés en fonction de ces documents.

Une des questions importantes présentées dans le document *Ensemble pour le mieux-être communautaire* est celle d'intégrer les services de counseling communautaires pour que les travailleurs en santé mentale, en toxicomanie et en violence familiale travaillent ensemble de manière officielle. L'intégration a été proposée comme étant une option pratique pour améliorer l'efficacité, les compétences et la prestation de ces services aux T.N.-O. Pour les communautés faisant face aux troubles simultanés qui exigent une approche de counseling intégrée et holistique, on a proposé comme solution pertinente un système intégré de services de counseling au niveau communautaire.

Les résultats et les recommandations présentés dans ce rapport soutiennent la démarche entreprise par le ministère de la Santé et des Services sociaux d'intégrer des services de counseling communautaires au cours des prochaines années. Cela ne représentera pas un processus simple et exigera beaucoup de planification, de communication et de soutien de la part des participants.

Administration et gestion – résultats

Voici les résultats relativement à l'administration et à la gestion des programmes de toxicomanie communautaires. Un résumé des recommandations comprises dans le rapport détaillé se trouve à l'**Annexe 1 qui fait partie de ce rapport sommaire**.

- La majorité écrasante des personnes interrogées ne pouvaient produire de définition des toxicomanies. Il est difficile, sinon impossible, de traiter une maladie qui n'a pas encore été clairement définie.
- Il existe des lacunes générales en matière de compétences, de connaissances et d'aptitudes de la part du personnel participant à la prestation des services de toxicomanie. Ce manque de compétences s'étend du niveau communautaire et régional jusqu'au niveau ministériel.
- Le deux tiers des programmes de toxicomanie communautaires évalués ont été jugés de qualité insuffisante. L'autre tiers a obtenu un niveau de qualité minimal.
- Seuls les programmes de toxicomanie communautaires qui sont situés dans les édifices du gouvernement ou dans les centres de santé offraient un accès physique aux personnes âgées et aux personnes handicapées.
- Quatre des sites évalués ont obtenu des notes allant de bon à excellent pour la surface de bureaux et l'organisation matérielle. Ces mêmes sites ont obtenu de meilleures notes selon l'Échelle de l'efficacité des programmes de toxicomanie communautaires. Il s'agit de programmes qui ont intégré leurs services aux administrations des services sociaux et de santé ou qui ont fusionné leurs services avec les services communautaires de santé mentale.
- Les travailleurs communautaires en toxicomanie n'ont pas fait les études postsecondaires nécessaires leur permettant d'offrir un counseling de qualité sur les toxicomanies.
- Il n'existe pas de diplôme postsecondaire ou de certificat de programme de counseling des toxicomanies offert dans les T. N.-O.
- Les rôles et les responsabilités des spécialistes des toxicomanies varient à l'échelle des Territoires et manquent d'efficacité et d'orientation. En général, les travailleurs communautaires en toxicomanie ne voient pas d'avantage à ces postes et les spécialistes des toxicomanies ont eux-mêmes exprimé de l'incertitude quant à leur rôle dans la prestation des services de toxicomanie dans les T. N.-O.

Efficacité du traitement et du programme – résultats

L'analyse de données a produit treize résultats, dont voici un sommaire. L'**Annexe 1 qui fait partie de ce rapport sommaire** présente un résumé des recommandations comprises dans le rapport détaillé.

- Le financement alloué aux programmes de toxicomanie communautaires est inadéquat et n'est pas comparable au financement accordé aux autres programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Les intervenants des programmes de toxicomanie communautaires ont manifesté une grande frustration par rapport à l'administration des services sociaux et de santé. Cette frustration porte sur les ententes de financement, les multiples niveaux d'approbation nécessaires au traitement de la toxicomanie en milieu résidentiel, sur l'inaccessibilité du soutien régional et sur des problèmes de responsabilité et de confidentialité.
- La prestation des services de toxicomanie effectuée dans le cadre d'un accord de contribution passé entre les administrations des services sociaux et de santé et les commanditaires communautaires ne contribue pas à de bonnes pratiques, comparativement à un financement de base.
- La portée des services qui comprennent un contenu et une définition de programme, une évaluation, une gestion de cas efficace et une supervision clinique est très médiocre dans la grande majorité des programmes de toxicomanie communautaires.
- D'après l'évaluation, les sites offrant des programmes de toxicomanie de meilleure qualité utilisaient un modèle intégré de prestation des services.
- Les outils d'évaluation ne sont pas utilisés de manière uniforme dans la prestation des services de toxicomanie.
- La qualité des services de désintoxication médicaux et la prestation de santé mentale pour les personnes ayant des troubles simultanés offerts dans les T. N.-O. est très inégale.
- Les programmes pilotes mobiles de traitement des toxicomanies destinés aux femmes et aux jeunes se déroulant en 2000-2001 ont éprouvé des problèmes importants d'administration, de mise en œuvre du programme, de fréquentation et d'impact général pour ce qui était d'offrir un traitement au niveau communautaire.
- Les jeunes ayant besoin d'un traitement des toxicomanies résidentiel sont envoyés dans les établissements du sud. Cependant, on ne procède pas à une évaluation clinique complète du jeune et de sa famille, car la plupart des communautés ne possèdent pas le personnel pour mener de telles évaluations.
- Les établissements de traitement du sud sont perçus comme une solution inadéquate pour traiter les toxicomanies des jeunes et répondre à leurs besoins en santé mentale.
- La plupart des familles autochtones accordent une grande valeur à la famille dans le processus de guérison. Cela indique le besoin de faire participer la famille au traitement résidentiel.

Structure des systèmes de toxicomanie et liaisons – résultats

Voici un sommaire des résultats relativement à la structure du système de toxicomanie et des liaisons aux autres systèmes. Un résumé des recommandations comprises dans le rapport détaillé se trouve à l'**Annexe 1 qui fait partie de ce rapport sommaire.**

- L'examen des quinze programmes de toxicomanie communautaires ne comportait pas d'activités d'évaluation basées sur les résultats avec clarté.
- Certains communautés des T. N.-O. ont intégré leur programmes de toxicomanie aux administrations des services sociaux et de santé régionales. Ces transitions ont été difficiles tout en constituant, pour la plupart, un pas dans la bonne voie pour ce qui est de la qualité des programmes de toxicomanie.
- Les prestataires de soins de santé, comme les infirmières et les médecins, sont mal intégrés à la prestation des services de santé à des toxicomanes. Cela entraîne des refus de donner des soins de santé à certains toxicomanes, en raison du stigmate moral lié à la toxicomanie.
- La majorité des intervenants des programmes de toxicomanie communautaires ont très clairement manifesté leur volonté d'offrir des services de toxicomanie de meilleure qualité dans les communautés.
- Quatre-vingt-dix pour cent (90 %) des intervenants des programmes de toxicomanie communautaires ont indiqué un mécontentement de la portée des services offerts par Nats' ejee Ke'h, le seul centre de traitement dans les T. N.-O.
- Les travailleurs communautaires en toxicomanie savent que les programmes actuels ne répondent pas aux besoins accrus des problèmes des toxicomanies et se rendent compte aussi du besoin d'équilibrer les méthodes de guérison traditionnelles et les nouveaux styles de modèles médicaux de traitement des toxicomanies.
- Le système tout entier des services de toxicomanie manque de crédibilité, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de sa structure.
- Le système des services de toxicomanie, tel qu'il est structuré à l'heure actuelle, a manqué à ses engagements envers les résidents des Territoires du Nord-Ouest.

5.0 Programmes pilotes mobiles de traitement des toxicomanies

Durant l'exercice financier 2000-2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux a alloué des subventions à diverses administrations des services sociaux et de santé afin d'exécuter des programmes mobiles de traitement des toxicomanies pour les femmes et les jeunes. Le but de ces programmes pilotes était de fournir des programmes de toxicomanie communautaires en fonction du sexe dans les diverses régions géographiques des T. N.-O. Les programmes devaient être créés avec un soin tout particulier par les spécialistes des toxicomanies des administrations des services sociaux et de santé, en collaboration avec le travailleur communautaire en

toxicomanie. Quatre services sociaux et de santé (Deh Cho, Dogrib, Inuvik et Lutsel K'e) ont reçu des fonds pour ces programmes.

L'examen a porté sur les étapes de l'administration et de la gestion, de l'efficacité du traitement et des résultats du programme. Voici un résumé des résultats :

- Les programmes mobiles de traitement des toxicomanies pour les femmes étaient généralement peu à la hauteur en matière de pratiques de gestion. Plus particulièrement, les programmes n'étaient pas planifiés de manière convenable.
- Les procédures d'inscription étaient généralement inadéquates.
- Le contenu des programmes mobiles de traitement des toxicomanies variait grandement.
- Plusieurs des programmes mobiles de traitement des toxicomanies ne comprenait aucun contenu culturel.
- L'absence de suivi après un programme mobile de traitement des toxicomanies a rendu les traitements inefficaces.
- En général, les animateurs ne possédaient pas les compétences appropriées.
- La plupart des personnes interviewées étaient incapables d'identifier les raisons pour lesquelles le ministère de la Santé et des Services sociaux pilotait les programmes mobiles de traitement des toxicomanies.
- Il y avait très peu de cohésion entre les divers programmes pilotes.

Les recommandations sur les programmes mobiles de traitement des toxicomanies se trouvent dans l'évaluation des programmes mobiles de traitement des toxicomanies, qui fait partie du rapport détaillé intitulé « *L'état d'urgence...* ». *Rapport sur la prestation des services de toxicomanie dans les T.N.-O.*

6.0 Prochaines étapes et derniers commentaires

Prochaines étapes (de 2002-2003 à 2005-2006)

1. Il faut faire acquérir des compétences et des connaissances, en faisant appel aux connaissances et aux ressources des autres régions du Canada, de même qu'en établissant des relations de collaboration avec ces régions. Pour ce qui est des postes rattachés aux services de toxicomanie, les éléments des domaines clés suivants pourraient constituer, en partie, des normes à respecter pour les soins en toxicomanie : études et formation de niveau postsecondaire et de deuxième cycle universitaire, modèles de traitement des toxicomanies, considérations déontologiques sur la prestation des services de counseling et sur tous les aspects de traitement résidentiel.

2. Il faut élaborer des normes à suivre dans le domaine des soins. Cela comprendrait la formulation d'une directive en matière de politiques et une nouvelle version du guide *NWT Addictions Handbook*.
3. L'intégration et la transition exigeront l'établissement d'un groupe de facilitation formé de membres du personnel de tous les échelons de la prestation des services de toxicomanie.
4. Les problèmes de financement, de recrutement et de maintien de l'effectif doivent être réglés, surtout quand les travailleurs communautaires en toxicomanie cherchent à se perfectionner sur le plan professionnel.
5. En partenariat avec le Collège Aurora, il faut créer un diplôme de niveau d'entrée en counseling « conçu dans les T. N.-O. ».

Prochaines étapes (de 2002-2003 à 2007-2008)

1. Il faut tenir compte de l'emplacement des édifices des services de travail social et de counseling communautaire dans le centre de santé communautaire.
2. La prestation des services de centre de traitement résidentiel à tous les résidents des T. N.-O. devra être réévaluée après la restructuration des programmes de toxicomanie communautaires.

Derniers commentaires

Voici le résumé de la conclusion générale de l'évaluation des programmes de toxicomanie communautaires :

« Restructurer le système entier des programmes de toxicomanie communautaires parce que l'ajout de ressources au système actuel serait improductif. La structure de la prestation complète des services de toxicomanie (évaluation, counseling, préévaluation, traitement, soutien dans la communauté, prévention des rechutes et éducation/prévention) doit d'abord être repensée et restructurée en collaboration avec les communautés des T. N.-O.

Il est nécessaire d'investir dans le système, afin de bâtir un système solide et efficace de services de toxicomanie communautaires. Ces nouveaux investissements doivent cibler la structuration d'effectifs qualifiés pouvant venir en aide aux prochaines générations de résidents des T. N.-O. qui sont aux prises avec les toxicomanies.

À l'heure actuelle, il faut commencer par offrir des services de toxicomanie de meilleure qualité aux résidents des T. N.-O. Le système vit déjà un état d'urgence et les gens sont prêts à apporter des changements dans leur vie, s'ils bénéficient des services et du soutien approprié. Pour les résidents des T. N.-O., une meilleure qualité de services de

toxicomanie de meilleure qualité n'est pas un luxe, mais bien une nécessité pour la santé, le bien-être et l'autonomie. »

Les membres de l'équipe d'évaluation

Annexe 1 – Résumé des recommandations

Administration et gestion

1. L'équipe d'évaluation recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux, les communautés des T. N.-O. et les administrations des services sociaux et de santé régionales travaillent ensemble pour incorporer les résultats et les recommandations de ce rapport d'évaluation dans le modèle proposé de services de counseling intégrés qui comprend les services de santé mentale, de toxicomanie et de counseling de la violence familiale.
2. Le gouvernement des T. N.-O. doit élaborer une définition *ad hoc* des toxicomanies comprenant le modèle biopsychosocial, les valeurs culturelles et familiales, le modèle considérant que les toxicomanies sont des maladies, la prévention des rechutes et les états chroniques.

Cette définition doit faire partie d'un document de politiques sur la prestation des services de toxicomanie offerts dans les T. N.-O., afin d'assurer un service uniforme et d'excellente qualité.

3. Il faut développer de l'expertise sur la toxicomanie dans les T. N.-O., pour ce qui est des connaissances et des compétences, ou la rechercher ailleurs dans les autres régions du Canada et l'intégrer dans tous les aspects des services de toxicomanie.
4. Il est extrêmement urgent de s'occuper de la qualité des programmes de toxicomanie communautaires dans les T. N.-O. en ce qui concerne les définitions de programme, la gestion, la portée de la prestation des services, le contenu clinique et les activités de sensibilisation et de prévention offertes dans la communauté.
5. Tout programme nécessitant une relocation de services doit être logé dans des édifices accessibles à tous. Les administrations appropriées doivent étudier cette question.
6. À l'avenir, la conception et l'aménagement des centres de santé communautaires doivent comprendre des agences de services sociaux et de counseling, afin de fournir une approche coordonnée des soins.
7. Il faut que les administrations des services sociaux et de santé tiennent vraiment compte de l'espace physique et de l'équipement nécessaires aux programmes de toxicomanie.
8. Il est urgent que le ministère de la Santé et des Services sociaux établisse des normes minimales en matière d'études postsecondaires et de niveau de compétences pour les conseillers en toxicomanie dans les T. N.-O.

Il est recommandé que la norme minimale ou le poste de premier échelon exigent d'être titulaire d'un diplôme postsecondaire en sciences sociales (en harmonie avec le travail social effectué dans les T. N.-O.).

Il est recommandé que la norme générale ou le poste subalterne exigent d'être titulaire d'un diplôme de premier cycle en sciences sociales ou d'avoir suivi un programme menant à un diplôme équivalent avec des travaux de cours ou des heures de stage terminées.

La norme idéale correspondrait à être titulaire d'une maîtrise en psychologie de counseling ou en travail social clinique. Les personnes possédant ces diplômes et des compétences en toxicomanie et en counseling pourraient occuper un poste de gestionnaire clinique ou de chef d'équipe et pourraient superviser des conseillers de premier échelon et de niveau général.

9. On a discerné le besoin de créer un poste de sensibilisation communautaire dans le système de prestation des services de toxicomanie. Ce poste peut être comblé par des personnes travaillant déjà dans des programmes de toxicomanie offerts dans des communautés des T. N.-O.
10. Le diplôme postsecondaire de counseling en toxicomanie de deux ans offert par le Collège Aurora doit être repensé et restructuré dans les dix-huit prochains mois, afin de répondre aux besoins des conseillers communautaires de premier échelon. Le programme menant à un diplôme doit être rattaché à une université qui offre la possibilité de transférer les crédits de cours du Collège Aurora à un baccalauréat.
11. Il est extrêmement urgent de réévaluer le poste de spécialiste des toxicomanies sur le plan régional. À court terme, cela veut dire réaffecter les responsabilités cliniques, comme les références pour traitement, au personnel clinique titulaire de diplômes pertinents et qualifié et, à long terme, réévaluer la nécessité de ces postes dans la nouvelle structure des toxicomanies, de santé mentale et de counseling en violence familiale dans les T. N.-O.

Efficacité du traitement et du programme

12. Les niveaux actuels de financement alloué aux ressources humaines, aux activités de programmes, à l'espace physique et au matériel doivent être revus par les administrations du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il faut augmenter le financement, afin de faire correspondre les normes plus exigeantes en matière de niveau d'études, de compétences et de besoins aux structures actuelles du financement alloué aux postes de travail social.
13. Il est recommandé de procéder à une comparaison formelle des coûts liés aux services de toxicomanie et aux soins de santé connexes à la chimiodépendance. Cette comparaison devrait être suivie de près par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ce, régulièrement.
14. On suggère d'établir des partenariats de financement entre le ministère de la Justice et le ministère de la Santé et des Services sociaux, par rapport aux délinquants juvéniles et aux récidivistes. Il faut prendre des mesures afin d'offrir des programmes de toxicomanie de meilleure qualité aux délinquants juvéniles et aux adultes qui purgent leur peine dans des établissements de correction situés dans les T. N.-O.

15. Après l'amélioration de la prestation des services, le processus d'approbation pour les services de traitement résidentiel devra être réévalué. Il faudra tout particulièrement veiller à ce que le personnel clinique prenant les décisions en partenariat avec les clients en ce qui concerne la pertinence du traitement des toxicomanies résidentiel soit compétent en la matière.
16. Pour ce qui est de l'approbation des clients pour le traitement résidentiel, il faut résoudre les problèmes de confidentialité, de relations duelles et de conflit d'intérêt. Les administrations des services sociaux et de santé doivent équilibrer le besoin d'obtenir de l'information sur le client à des fins administratives et le maintien de la confidentialité et de la pratique déontologique.
17. Les membres du personnel clinique régional doivent accomplir les tâches pour lesquelles ils ont été formés et limiter le temps consacré aux tâches administratives.
18. Les services de toxicomanie doivent faire partie d'un continuum des services de santé offerts à chaque femme, homme, enfant et famille des T. N.-O. Ces services doivent être gérés, financés, suivis de près et évalués comme le sont les services des centres de santé communautaires et les services de travail social.
19. Les administrations des services sociaux et de santé doivent prendre des mesures immédiates pour réduire les demandes administratives imposées aux travailleurs communautaires en toxicomanie et aux membres du personnel clinique régional, pour que ceux-ci puissent offrir des services cliniques.
20. Il est crucial de répondre au besoin de résoudre les problèmes de compétences, d'aptitudes et d'études à faire dans le domaine des toxicomanies et de santé mentale dans les T. N.-O.
21. Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit faire montre de leadership dans l'établissement de normes de compétences, d'aptitudes et d'études appropriées pour les postes de counseling en toxicomanie et en santé mentale.
22. Le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrations des services sociaux et de santé régionales doivent travailler de manière coopérative pour insérer les infirmières et les médecins à l'équipe de soins de santé qui offre des services aux toxicomanes. Cette mesure pourrait exiger qu'on offre une formation interne à l'intention des infirmières en poste, qu'on accorde plus d'importance à la gestion des toxicomanies durant l'orientation du nouveau personnel médical et qu'on inclut des services médians dans la restructuration des services de toxicomanie, de santé mentale et de violence familiale au niveau communautaire.
23. Les administrations des services sociaux et de santé doivent régler leurs problèmes de piètre qualité et de mauvaise efficacité en matière de services de toxicomanie, en offrant un modèle intégré de prestation des services de toxicomanie, de santé mentale et de violence familiale et en appuyant ce modèle.

24. Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit fournir aux administrations des services sociaux et de santé des définitions de programme, des buts, des normes de soins et des indicateurs de rendement sur la prestation des services de counseling en toxicomanie. Ces directives de counseling doivent remplacer le *NWT Addictions Handbook (1997)* et comprendre toutes les étapes du traitement des toxicomanies, allant de l'intervention d'urgence au suivi, en passant par l'inscription et l'évaluation.
25. Pour élaborer ces normes de soins, le ministère de la Santé et des Services sociaux doit travailler en partenariat avec les membres compétents du personnel communautaire qui sont en poste, les aides et les spécialistes régionaux du domaine des toxicomanies.
26. Il existe un besoin d'incorporer les instruments normalisés de toxicomanie et en santé mentale dans l'évaluation clinique des clients, en tant que moyen d'autovérification et de documentation clinique. Ces instruments d'évaluation normalisés en toxicomanie et en santé mentale doivent être incorporés dans les nouvelles normes de soins des toxicomanies destinées aux T. N.-O.
27. Les services de désintoxication médicale doivent être offerts de façon permanente à l'échelle des Territoires. Il faut que des stratégies médicales et sociales ou de nouvelles stratégies de désintoxication soient en place pour tous les clients.
28. Envisager la mise en place de deux nouveaux services de désintoxication dans la région d'Inuvik, afin d'équilibrer le nombre de places dans le territoire.
29. Le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrations des services sociaux et de santé régionales doivent examiner la portée et le niveau des services de santé mentale offerts dans les T. N.-O., afin de fournir un service uniforme aux personnes ayant des troubles simultanés.
30. Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit définir avec clarté les programmes mobiles de traitement en ce qui a trait à leurs buts, leurs objectifs, leur contenu de programme et leur raison d'être avant de passer à toute autre planification ou mise en œuvre de programmation mobile de traitement dans les T. N.-O.
31. Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit définir les programmes mobiles de traitement des toxicomanies en ce qui concerne les buts, le contenu de programme et la raison d'être et ce, avant toute autre planification ou mise en œuvre de programmation mobile de traitement.
32. Les programmes pilotes mobiles de traitement des toxicomanies doivent être révisés à fond, depuis leurs débuts jusqu'à la fin. Dans un avenir rapproché, les ressources financières allouées aux programmes mobiles devraient être orientées vers l'élaboration et la mise en œuvre de ce modèle de traitement des toxicomanies et ce, avant tout nouvel investissement dans ce genre de programme.

33. Avant d'envoyer un jeune suivre un traitement, une équipe multidisciplinaire, formée d'intervenants communautaires locaux, de prestataires de soins de santé et de membres du personnel du système d'éducation, doit effectuer une évaluation du jeune.
34. Au cours de la prochaine année, il faudrait créer un nouveau poste au ministère de la Santé et des Services sociaux au même niveau que les conseillers en santé mentale en poste à l'heure actuelle. Ce poste peut s'insérer dans une équipe déjà en place (conseiller en toxicomanie, conseiller en santé mentale, conseiller à la jeunesse – santé mentale) et travaillant dans les domaines des toxicomanies, de la santé mentale et de la violence familiale. Dans le cadre de ce poste, il sera possible de faire acquérir des compétences en matière de traitements et de pistes alternatives de traitement à l'intention des jeunes.
35. Durant les six prochains mois, il faudrait créer un groupe de travail du ministère de la Santé et des Services sociaux. Formé de conseillers en soins infirmiers, en travail social et en santé mentale et toxicomanie, ce groupe établirait des normes de soins pour les jeunes en crise à l'échelle des T. N.-O.
36. Durant les deux prochaines années, il faudrait envisager d'utiliser les traitements itinérants des toxicomanies comme programme de suivi pour la famille d'un toxicomane sur le plan communautaire. Il faudrait prévoir ces traitements itinérants environ trois mois après la fin du traitement.
37. Durant les deux prochaines années, il faudrait envisager de présenter la programmation familiale de manière différente, grâce à une équipe mobile multidisciplinaire (toxicomanies, counseling et jeunesse) allant offrir un programme familial de trois à cinq jours dans les diverses communautés.

Structure des systèmes de toxicomanie et liaisons

38. En ce moment, il serait opportun de commencer une évaluation. Le processus et l'évaluation fondée sur les résultats doivent être intégrés à la prestation restructurée des services de toxicomanie offerts dans les T. N.-O. Il faut déterminer des indicateurs de rendement pour tous les aspects de la prestation des services de toxicomanie, de santé mentale et de violence familiale.
39. Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit faire connaître les avantages de l'intégration des toxicomanies, de la santé mentale et de la violence familiale aux clients, aux membres du personnel et aux communautés.
40. Le personnel des centres de santé, dont les infirmières, les représentants de santé communautaire et les médecins, ont besoin de counseling et de services sur place continus portant sur la nature et de la progression des toxicomanies et de la gestion des personnes ayant des toxicomanies ou des troubles simultanés.
41. Il faudrait former une équipe de facilitation pour accélérer l'intégration des services de toxicomanie communautaires aux services de santé mentale et de violence familiale.

Idéalement, cette équipe de facilitation serait composée de représentants communautaires, de membres du personnel communautaire œuvrant dans les services de toxicomanie et de santé mentale, de personnes-ressources ayant déjà participé au processus d'intégration et de membres du personnel du ministère de la Santé et des Services sociaux.

42. Il faudrait miser sur les forces et la créativité des organismes autochtones afin d'améliorer les services de toxicomanie et de counseling et ce, en partenariat avec les agences gouvernementales.
43. Il faut inclure le centre de traitement Nats' ejee K'eh dans la reconstruction et la restructuration des services de toxicomanie offerts dans les T. N.-O.
44. Les problèmes liés aux centres de traitement nécessitant qu'on prenne des mesures radicales comprennent les éléments suivants : des conseillers possédant un niveau d'instruction et de compétences plus élevés, le contenu des programmes, l'expertise en matière de toxicomanie, l'intégration de counseling thérapeutique (individuel ou de groupe) et la prévention des rechutes. Il faudra aussi former une équipe multidisciplinaire comprenant des médecins, des infirmières et des spécialistes en counseling, afin d'offrir un encadrement médical (prise de médicaments supervisée) et, dans le cadre des programmes de traitement, des services de soutien aux clients faisant face à des problèmes aigus de sevrage aigus et de sensibilisation.
45. Il faudrait veiller à ce que les programmes actuels de toxicomanie communautaires soient représentés au sein de l'équipe de facilitation, afin d'offrir du counseling sur tous les changements au système actuel de prestation des services de toxicomanie.
46. Le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrations des services sociaux et de santé régionales doivent offrir la possibilité d'incorporer les pratiques traditionnelles et culturelles en tant que composant du continuum de soins nécessaires au traitement d'une toxicomanie.
47. Il faudrait miser sur les forces des femmes, des hommes et des enfants vivant dans les communautés pour restructurer les programmes de toxicomanie, tant sur le plan de la communauté que du traitement ou de la gestion.
48. Le ministère de la Santé et des Services sociaux, les administrations des services sociaux et de santé régionales et les communautés doivent travailler ensemble dans une atmosphère de collaboration et d'ouverture d'esprit pour reconstruire le système tout entier des services de toxicomanie des T. N.-O.