

# **Lignes directrices sur l'évaluation des besoins régionaux en matière de toxicomanies**

Concernant les programmes de lutte contre les toxicomanies qui sont offerts aux communautés des Premières nations du Canada

## **Première section : Contexte**

Depuis sa création, le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) a pour objet d'offrir aux membres des Premières nations et aux Inuits des services de prévention et de traitement des toxicomanies qui sont adaptés aux différences culturelles. Le PNLAADA est né en tant que projet pilote dans les années 70 et, depuis, des centaines de projets communautaires de prévention et de traitement de l'alcoolisme ont été mis sur pied dans tout le Canada. Même si l'on admet que les membres des Premières nations et les Inuits sont, en général, satisfaits des services du PNLAADA, les problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres substances restent préoccupants pour la santé et le bien-être des communautés des Premières nations et des communautés inuites.

Au cours de l'examen du PNLAADA en 1998, on a reconnu que le principal défi qui se pose au PNLAADA reste la capacité de celui-ci de coordonner et d'intégrer les services. Ce défi n'est pas propre au PNLAADA et de nombreux services municipaux, provinciaux et autochtones ont, au fil du temps, adopté des mesures qui visent à intégrer, à renouveler et à coordonner leurs services de prévention et de traitement des toxicomanies en prenant en considération les besoins de la population et les pratiques exemplaires. Les communautés des Premières nations et les Régions de la SPNI ne peuvent donc que tirer profit d'un examen systématique de leurs services ayant pour objet de s'assurer que l'allocation des ressources existantes et éventuelles est la meilleure qui soit et que la configuration des services est optimale à l'échelle communautaire, régionale et nationale.

## **Tendances récentes en matière de services de lutte contre les toxicomanies**

Au cours des 25 dernières années, les méthodes de prévention, de traitement et/ou de réduction des méfaits de la consommation abusive d'alcool ou d'autres substances fait des progrès considérables. En raison de ces progrès, des pressions accrues se sont exercées sur les réseaux de prestation des services, afin que l'on s'assure que les méthodes proposées se fondent sur des données probantes et se justifient par rapport à des normes mesurables de qualité. Dans les communautés des Premières nations, la tendance est également vers les méthodes qui se basent sur des données probantes<sup>1</sup>; dans nombre de ces communautés, toutefois, on reconnaît que les modèles classiques sont considérablement enrichis lorsqu'ils incorporent le savoir traditionnel et qu'ils tiennent compte des réalités culturelles, des croyances spirituelles et du point de vue holistique de bien des peuples autochtones.

Il y a également une sensibilisation accrue au fait que les personnes ayant des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres substances constituent un groupe hétérogène qui présente des différences individuelles et culturelles pour ce qui est du contexte et des motivations qui sont liés à la consommation de ces substances et des facteurs qui y

---

<sup>1</sup> Notons que l'on procédera en 2009-2010 et 2010-2011 à l'évaluation des modèles de prestation des services du PNLAADA.

contribuent. Ainsi, on reconnaît maintenant qu'une consommation problématique d'alcool et de drogues résulte de l'interaction complexe de facteurs physiologiques, psychologiques, interpersonnels, sociaux et situationnels. Pour les fournisseurs de services, tant dans le domaine de la prévention que dans celui du traitement, cela signifie qu'il a fallu élargir la portée des démarches proposées, notamment pour qu'elles prennent en considération les déterminants de la santé, comme l'emploi, le logement et les relations interpersonnelles. Compte tenu de ces facteurs, beaucoup d'établissements du PNLAADA offrent, ou ont été incités à le faire, des méthodes d'intervention qui mettent l'accent sur la personne dans sa totalité (c.-à-d. l'univers biologique, psychologique, social et spirituel de l'individu) et le contexte dans lequel évolue la personne à l'intérieur de réseaux plus étendus (p. ex. la communauté et la famille).

La prise de conscience de l'interrelation qui existe entre la consommation d'alcool et d'autres substances et les problèmes de santé mentale s'est également accrue, en raison notamment de la prévalence de troubles concomitants. Même si, traditionnellement, les services de santé mentale et les services de lutte contre les toxicomanies ont fonctionné dans des sphères distinctes, des voix se sont fait entendre récemment en faveur d'une intégration et d'une coordination plus poussées de ces services. Les fournisseurs de services du PNLAADA ont fait en sorte de mieux s'informer sur les questions liées à la santé mentale, de faire porter leurs efforts sur les troubles concomitants et de collaborer avec les services provinciaux, afin que les clients aient accès aux services et aux appuis adéquats en matière de santé mentale.

### **Données probantes en matière de toxicomanies**

Vu les tendances récemment constatées, tant dans les réseaux classiques qu'autochtones, il a été proposé d'adopter un processus de lutte contre les toxicomanies fondé sur des données probantes, afin que le PNLAADA ait une orientation stratégique à l'échelle communautaire, régionale et nationale<sup>2</sup>. Ce processus s'inspire des travaux qui ont été menés en collaboration par l'Assemblée des Premières Nations (APN), la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD) et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada. L'objectif de cette collaboration est d'élaborer un cadre de programme national complet qui permettra à Santé Canada et à ses partenaires communautaires de consolider la coordination et l'intégration des services offerts par le biais du PNLAADA.

Le processus de lutte contre les toxicomanies fondé sur des données probantes comportera une stratégie à deux volets :

Premièrement, les Régions de la SPNI devront effectuer des évaluations des besoins régionaux de leurs services de lutte contre la consommation d'alcool et d'autres substances. Chaque évaluation des besoins, menée à l'aide de diverses techniques de recherche et de consultations appropriées, produira des résultats qui contribueront au renouveau des réseaux et des services de lutte contre les toxicomanies au sein de chacune des Régions de la SPNI.

Deuxièmement, la DGSPNI créera, en consultation avec l'APN et la FANPLD, un groupe consultatif d'experts en toxicomanies des Premières nations (GCETPN) formé de

---

<sup>2</sup> La DGSPNI élabore actuellement, en partenariat avec l'ITK et le Comité national des Inuits sur la santé, un processus fondé sur des données probantes qui est propre aux Inuits.

membres du Comité consultatif en santé publique de l'APN et d'autres spécialistes en toxicomanies. Le GCETPN fournira des orientations en vue du renouvellement des services de lutte contre les toxicomanies qui s'adressent aux communautés des Premières nations en contribuant aux plans de travail relatifs à l'évaluation des besoins régionaux et en examinant les données probantes disponibles et les pratiques prometteuses. Il prendra également en considération les lacunes et les besoins actuels, examinera les priorités régionales et mettra en place un cadre de programme national pour superviser les activités de renouvellement du PNLAADA au cours des prochaines années (l'annexe A propose un calendrier du processus fondé sur des données probantes). On prévoit également que le GCETPN serve de ressources aux régions pendant toute la durée du processus d'évaluation des besoins.

Le PNLAADA étant toujours une initiative de portée nationale, le GCETPN participera à la formulation de recommandations sur la meilleure configuration nationale de services de lutte contre les toxicomanies en se basant sur les résultats des évaluations des besoins régionaux, les pratiques exemplaires définies par les communautés et d'autres informations factuelles.

### **Deuxième section : En quoi consiste une évaluation des besoins?**

Une évaluation des besoins est une étude systématique de l'importance et de la nature des besoins qui peuvent être cernés au sein d'une population cible en fonction des services qui sont offerts ou qui pourraient être offerts pour répondre à ces besoins. Ce processus vise à déceler les lacunes, les chevauchements, les forces et les points à améliorer des services actuels (par le biais d'un inventaire des atouts ou d'autres activités). Les résultats du processus, à leur tour, serviront à déterminer la meilleure combinaison de services possible qui est nécessaire pour répondre à ces besoins avec efficacité et efficience, compte tenu des ressources disponibles.

### **Avantages d'une évaluation des besoins régionaux en matière de toxicomanies**

Une bonne évaluation des besoins peut être avantageuse pour les régions en permettant de :

- définir la configuration optimale de services de lutte contre la consommation de substances et les toxicomanies en fonction des besoins des communautés/régions;
- développer les connaissances, les forces et les atouts dans les communautés;
- définir et promouvoir des démarches fondées sur des données probantes;
- définir et promouvoir les pratiques exemplaires/prometteuses qui sont en place au niveau communautaire/régional;
- favoriser la collaboration/coopération entre les fournisseurs de services dans la région et entre les échelons administratifs;
- s'assurer de l'opportunité/la pertinence des services;
- améliorer la qualité des données régionales;
- déterminer la meilleure allocation des ressources actuelles et prévues au sein du système qui est maintenant en place;
- développer les activités de perfectionnement professionnel;
- mettre en place un processus de collaboration donnant aux membres de la communauté ainsi qu'aux fournisseurs et aux utilisateurs des services la possibilité de s'exprimer dans le cadre du processus de prise des décisions à l'échelle régionale et nationale.

### **Troisième section : Paramètres de l'évaluation des besoins**

Les lignes directrices élaborées se fondent sur un examen de plusieurs documents dont les *Lignes directrices sur l'évaluation des besoins à l'intention des autorités sanitaires des Premières nations et des Inuits* de Santé Canada, les *Community Health Needs Assessment Guidelines* (Santé Manitoba) et des cahiers de consultation de l'Organisation mondiale de la Santé. Un certain nombre d'évaluations des besoins des Premières nations réalisées avec succès ont aussi été examinées, dont la *2004 Saskatchewan Needs Assessment and Program Proposal* (Saskatchewan Aboriginal Youth Services).

#### **Objectif des lignes directrices sur l'évaluation des besoins**

Le présent document vise à définir les paramètres de la première étape du processus fondé sur des données probantes : l'évaluation des besoins régionaux. L'établissement de lignes directrices sur l'évaluation des besoins a deux buts : 1) exposer clairement ce qu'est une évaluation des besoins et fournir un cadre pour les activités qui seront menées; et 2) présenter un ensemble d'hypothèses et de critères proposés qui contribueront à assurer la conformité et la fiabilité des processus dans et entre les Régions de la SPNI.

Pour faire en sorte que le processus se déroule bien et qu'il favorise la collaboration, il est recommandé de tenir compte des hypothèses et des critères qui suivent.

#### **Critères :**

- Les partenaires régionaux des Premières nations doivent participer et appuyer le processus d'évaluation régional et viser l'atteinte des buts fixés (voir l'annexe B).
- L'évaluation des besoins devrait tenir compte des besoins et des ressources des groupes/points de vue suivants : hommes/femmes, jeunes, femmes enceintes, santé mentale (personnes atteintes de troubles concomitants). D'autres optiques d'analyse (personnes deux-esprit, enfants et personnes ayant des incapacités) peuvent être utilisées à la discrétion de la Région et de ses partenaires.
- L'évaluation des besoins devrait faire appel à des méthodes de collecte des données adéquates et éprouvées afin de produire des résultats valides. Le chercheur doit être impartial et expérimenté, et les partenariats avec des établissements d'enseignement postsecondaire ou d'autres chercheurs sont encouragés.
- Les problèmes liés à la dépendance au jeu, au tabagisme ou à l'application des lois ne font pas partie de l'exercice, étant donné que le mandat du PNLAADA se limite à des activités concernant l'alcool et les autres drogues. Lorsque l'évaluation des besoins soulève ces questions, elle peut fournir une analyse de la façon dont ces questions pourraient éclairer d'autres secteurs stratégiques ou de programme.
- L'évaluation des besoins ainsi que ses processus et ses résultats devraient tenir compte des données probantes sur les toxicomanies qui sont généralement admises de celles qui sont propres aux Premières nations (un disque compact accompagnera les lignes directrices et inclura toutes les ressources énumérées dans les annexes de ce document).
- L'évaluation des besoins devrait faire état des ententes ou des pratiques exemplaires/prometteuses qui sont déjà mises en œuvre dans le cadre du PLNAADA et souligner leur importance, particulièrement celles qui permettent

d'offrir aux communautés des Premières nations des services qui sont adaptés aux différences culturelles.

- L'évaluation des besoins devrait examiner les services existants en fonction d'un continuum de services (p. ex. facteurs de protection, prévention, désintoxication, évaluation, aiguillage, traitement et postcure) au moment de déterminer les lacunes et de procéder à l'inventaire des atouts. Dans cette démarche, on devrait insister sur les liens établis avec les principaux services provinciaux, y compris les services spécialisés de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies.

### **Hypothèses :**

- L'enveloppe du financement en toxicomanies ne sera pas réduite en raison des résultats de l'exercice fondé sur des données probantes. De plus, les ressources récemment annoncées dans le cadre de la Stratégie nationale antidrogue seront utilisées pour soutenir le renouvellement du PNLAADA au cours des prochaines années.
- L'évaluation des besoins aidera à formuler des recommandations visant à maximiser les investissements courants et prévus dans le réseau du PNLAADA.
- On s'attend à ce que les organismes représentant les Premières nations pilotent l'évaluation des besoins et le processus de renouvellement dans les régions, en partenariat avec la DGSPNI.
- L'évaluation des besoins régionaux vise à s'assurer que les communautés des Premières nations de la région ont accès à un continuum de services de prévention et de traitement des toxicomanies qui est efficace, viable et adapté aux différences culturelles.

### **Quatrième section : Étapes de l'évaluation des besoins**

#### **1) Consultation et obtention du soutien de la communauté**

Les régions devraient procéder aux consultations habituelles avec les communautés et les organismes qui représentent les Premières nations, car des consultations appropriées sont essentielles pour obtenir l'adhésion des communautés et s'assurer de la validité des résultats. Afin de favoriser le bon déroulement du processus d'évaluation des besoins, les régions devraient nouer le dialogue avec d'autres partenaires du savoir, notamment les intervenants suivants : les fournisseurs des services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies dans les communautés des Premières nations, les fournisseurs de soins de santé habituels (autorités sanitaires, organismes provinciaux de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies, représentants provinciaux, etc.), les utilisateurs précédents et actuels des services, les universitaires ou les chercheurs, les organismes de réglementation des professions (p. ex. le Collège des médecins et des chirurgiens ou l'Ordre des pharmaciens), et les responsables de l'application des lois (voir l'annexe B pour une liste d'autres partenaires possibles).

L'engagement des communautés et le soutien des dirigeants des Premières nations favoriseront l'établissement de partenariats précieux et utiles pour avoir accès à des données de qualité sur la population, pour réduire la collecte de données de base déjà recueillies, pour aider à déterminer l'incidence et la prévalence des problèmes de consommation d'alcool et d'autres substances (soit, respectivement, le rythme auquel de nouveaux problèmes apparaissent pendant une période précise et la proportion de la population qui est aux prises avec les problèmes à un moment précis), pour développer et

consolider les partenariats et pour faire en sorte que les communautés aient la possibilité de s'exprimer dans le processus d'évaluation des besoins.

## **2) Examen des données existantes sur la santé et les services**

Avant d'entreprendre l'étape de la collecte des données, il faudrait s'employer à trouver et à examiner des rapports régionaux, provinciaux et fédéraux, des mémoires et des profils statistiques ayant trait à la santé physique et mentale des communautés des Premières nations de la région (p. ex. l'*Enquête régionale sur la santé (ERS) des Premières nations et des Inuits*). On peut également obtenir de l'information régionale sur la santé par l'examen des documents suivants : recherches antérieures, évaluations précédentes des besoins, documents de planification en santé communautaire, rapports environnementaux liés à la santé, données particulières à la région provenant de l'ERS et rapports d'organismes de services sociaux et de santé (voir l'annexe C pour une liste de documents établissant des profils de la population). Une telle démarche permettra d'éviter les chevauchements par rapport à l'information recueillie antérieurement et fournira les données de base nécessaires pour déterminer l'importance des besoins dans la communauté ou la région.

## **3) Examen de documents fondés sur des preuves et identification de pratiques exemplaires/prometteuses**

En plus de recueillir des données sur la santé relatives à la région, on devrait s'employer à consulter les recherches les plus récentes dans le domaine des toxicomanies et à identifier les stratégies prometteuses et innovatrices qui sont déjà en place dans la région. L'examen des données probantes disponibles (voir l'annexe D pour la liste des documents recommandés) devrait fournir un cadre en vue d'un continuum de services fondés sur des données probantes pour différents problèmes de toxicomanies (l'annexe E donne un exemple de liens entre divers sous-groupes et services). De même, il faudrait s'efforcer d'identifier et de développer les modèles, les ententes et les pratiques qui promettent dans la région, notamment les démarches adaptées aux différences culturelles qui intègrent les méthodes de guérison, la culture et/ou les croyances spirituelles traditionnelles. Il faudrait également consulter les recherches non publiées pour obtenir une perspective plus large du contexte, particulièrement en ce qui touche les aspects culturels et traditionnels qui sont propres à des communautés ou à des régions précises.

## **4) Conception du processus**

Après avoir examiné les données disponibles en santé et les pratiques exemplaires/prometteuses, on verra clairement où se trouvent les lacunes sur le plan de l'information et quels groupes/secteurs cibles particuliers nécessitent de l'attention. À partir de l'évaluation des données disponibles et des évaluations des besoins menées antérieurement (voir l'annexe F pour une liste de documents utiles à la conception d'une évaluation des besoins), établissez un plan de travail en vue de l'évaluation des besoins. Pour vous aider dans l'établissement du plan de travail, l'annexe G fournit des ressources dont plusieurs traitent d'aspects comme la culture, le sexe, l'âge et le mieux-être mental. En outre, la conception devrait mettre l'accent sur l'inventaire des atouts (voir le document *Les forces avant tout* figurant dans l'annexe G), les modèles ou les services novateurs ainsi que les signes de résilience observés dans la communauté face aux problèmes de toxicomanies. On devrait aussi accorder une attention spéciale à la gouvernance, à la coordination et à la structure organisationnelle des services de lutte contre les toxicomanies au sein de la région afin de déterminer la configuration optimale

des services de prévention et de traitement. Enfin, il faut noter qu'une évaluation similaire de la gouvernance sera menée au niveau national, suite aux discussions tenues avec les membres du GCETPN.

À tout le moins, le plan de travail/la conception de l'évaluation des besoins devrait comprendre les éléments suivants :

- le profil régional des communautés des Premières nations;
- un profil détaillé des services régionaux de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies auxquels les clients des Premières nations ont accès (y compris les services municipaux, provinciaux et ceux qui sont administrés par la DGSPNI (voir l'annexe J pour une liste de questions à examiner au moment de l'établissement du profil des services existants);
- un aperçu des stratégies novatrices et prometteuses qui sont en place dans la région;
- un aperçu de la prévalence des problèmes de toxicomanies (voir l'annexe H pour une liste de catégories recommandées);
- un aperçu des risques et des méfaits liés aux toxicomanies dans les communautés et la région (p. ex. suicide, syndrome d'alcoolisme fœtal/troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale, conduite avec facultés affaiblies (voir l'annexe I pour une liste des méfaits liés à l'alcool et aux drogues et des ressources éventuelles);
- la prévalence des méthodes de consommation qui comportent des risques élevés (p. ex. utilisation de drogues injectables (UDI) ou partage de la pipe servant à consommer du crack);
- un aperçu de services provinciaux (p. ex. santé mentale, emploi, éducation, etc.) auxquels les programmes de lutte contre les toxicomanies ont accès;
- un aperçu des structures de gouvernance régionales dans la région;
- les opinions des membres de la communauté, des utilisateurs et des fournisseurs de services et des spécialistes;
- un continuum idéal de services de prévention et de traitement des toxicomanies qui rend compte des services offerts dans la région et de ceux qui sont accessibles par le biais de la province.

Tout au long du processus, la participation des organismes qui représentent les Premières nations devrait se poursuivre de façon à ce qu'ils soutiennent et approuvent le processus d'évaluation des besoins et sa conception. **De plus, une composante essentielle à l'efficacité et à l'uniformité de ce processus est l'examen des critères énumérés dans le présent document au moment de la conception de l'évaluation des besoins; ces critères seront aussi utiles pour déterminer la portée et les limites de l'exercice sur le plan régional.**

Lorsque le modèle préliminaire sera terminé et approuvé, on demandera aux Régions de présenter le plan de travail et la conception de l'évaluation au GCETPN à des fins d'examen. Il faut noter, toutefois, que le GCETPN ne sera pas chargé d'approuver l'évaluation des besoins pour chacune des Régions de la SPNI. Sur la base de son examen du plan de travail et de la conception de l'évaluation des besoins, le GCETPN fournira son avis à chacune des Régions de façon à : 1) valider le plan de travail et la conception de l'évaluation des besoins et d'y contribuer et 2) à s'assurer que les processus sont uniformes et que les données sont comparables dans toutes les Régions de la SPNI. On

prévoit que la comparabilité de l'information entre les Régions sera un facteur important et utile au GCETPN dans l'élaboration d'un cadre national de programme pour le PNLAADA.

### **5) Collecte des données nécessaires à l'évaluation des besoins**

Pour que les conclusions et les recommandations découlant de l'évaluation des besoins soient valides, on suggère de recueillir des données provenant d'une diversité de sources, y compris des travaux utilisant des méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans leurs recherches (voir la l'annexe B pour une liste de participants possibles et l'annexe K pour une liste de méthodes de collecte des données).

### **6) Analyse des données**

Après que les données ont été recueillies, celles-ci sont synthétisées et analysées afin de dégager les thèmes principaux. Ces thèmes devraient être examinés avec les partenaires clés du savoir et les dirigeants des Premières nations afin de déterminer l'importance de l'information.

### **7) Établissement des priorités à des fins d'intervention**

Après avoir mené les consultations appropriées, on prévoit que les Régions de la SPNI et les représentants des Premières nations travailleront à l'établissement des priorités stratégiques (p. ex. un plan stratégique). Les priorités indiquées dans le plan devraient rendre compte des facteurs suivants : faisabilité, soutien de la communauté, données probantes, impact (actuel et possible), besoins en matière de formation, facteurs stratégiques et ressources disponibles, entre autres. On suppose également que le continuum de soins élaboré au cours de la *quatrième étape* sera réexaminé à ce stade afin de voir comment les services actuels et éventuels pourraient enrichir la gamme de services offerts à la communauté.

En ce qui concerne le financement, les priorités devraient également prendre en considération les points suivants : 1) les moyens de maximiser les investissements dans le cadre de l'enveloppe de financement actuelle; 2) les liens ou partenariats avec des tiers (p. ex. provinces, autorités sanitaires régionales) que l'on pourrait utiliser pour un besoin non satisfait exigeant des fonds additionnels; 3) la façon dont les nouveaux investissements qui seront fournis au PNLAADA selon la Stratégie nationale antidrogue pourront être le mieux affectés dans la région.

On pense également que des échanges de vues s'imposeront sur l'efficacité des systèmes et des structures de gouvernance pour ce qui est de combler les écarts décelés (notamment entre les programmes communautaires de prévention, les programmes de traitement et les services provinciaux spécialisés de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies). Si ces systèmes et ces structures sont jugés inadéquats, il faudra se demander comment les améliorer pour s'assurer que l'utilisation des ressources régionales est optimale.

### **8) Élaboration d'une ébauche**

Une fois que les données ont été recueillies et interprétées, et que les priorités de la région ont été établies, on devrait rédiger une ébauche. On suppose que les dirigeants de la communauté, les fournisseurs de services de la communauté, les fournisseurs de services de la province et les autres personnes consultées au cours du processus



examineront cette ébauche et donneront leur avis (voir l'annexe L pour une liste de contrôle en vue de l'évaluation du rapport).

### **9) Présentation des conclusions et proposition de mesures**

L'étape suivante de l'évaluation des besoins consiste à présenter les conclusions et à proposer des mesures sous la forme d'un rapport final. Ce rapport devrait comprendre les éléments suivants :

- une description du processus d'évaluation des besoins qui inclut l'objectif, les méthodes utilisées, les mesures de participation/de consultation mises en œuvre, les outils de collecte des données et les limites du processus ou des outils;
- une description de la région, et notamment des communautés qui y vivent, de leurs forces, de leurs difficultés et de leurs ressources;
- une description des méthodes, des pratiques et des ententes prometteuses ou innovatrices dans la région;
- les liens avec la documentation pour ce qui concerne les services qui sont offerts et ceux qui sont proposés;
- une analyse des services actuels et proposés de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies qui tient compte des forces/limites/atouts des services;
- tout accord de partage des coûts sur lequel des répercussions seraient possibles;
- un examen systématique des services existants de lutte contre les toxicomanies et de leurs structures de gouvernance régionales;
- un continuum de soins détaillé concernant la lutte contre les toxicomanies et destiné à la région;
- un aperçu des liens qui existent avec d'autres services (p. ex. services provinciaux) ou de l'aiguillage des clients dans le cadre d'un continuum de services de lutte contre les toxicomanies;
- un liste de priorités qui tiennent compte des désirs des communautés;
- des mesures proposées et des recommandations (p. ex. un plan stratégique quinquennal) fondées sur les données probantes disponibles, qui a pour objet de modifier ou de maintenir les services offerts dans la région ou d'en proposer de nouveaux; les recommandations devraient tenir compte des points de vue des communautés ainsi que des ressources actuelles et éventuelles de la région;
- les ressources additionnelles qui pourraient être nécessaires;
- des observations au sujet de recherches à mener dans l'avenir.

### **10) Présentation des résultats au Groupe consultatif d'experts en toxicomanies des Premières nations**

Une fois que l'évaluation des besoins sera terminée et que le rapport final et le plan stratégique auront été validés, les résultats seront présentés aux membres du GCETPN. Le GCETPN révisera alors les conclusions des évaluations des besoins régionaux ainsi que d'autres documents comprenant des données probantes. En se basant sur un examen de l'information recueillie ou présentée, le GCETPN produira un cadre de programme quinquennal pour le PNLAADA.

Dans le cadre de l'examen de chaque évaluation des besoins régionaux, les membres du GCETPN fourniront des commentaires et des conseils à chaque Région concernant les résultats de l'évaluation des besoins. Les Régions et leurs partenaires devront tenir compte de ces commentaires et du cadre de programme établi par le GCETPN. Grâce aux

orientations fournies par ces processus, on créera un cadre de programme final pour le PNLAADA, qui sera appuyé par les principaux partenaires régionaux, réalisable dans des délais raisonnables et efficace par rapport à son coût.

## Annexe A

### Calendrier du processus fondé sur des données probantes

- Ébauche des lignes directrices : 30 novembre 2007
- Approbation des lignes directrices par le groupe consultatif d'experts en toxicomanies des Premières nations : mars 2008
- Envoi des lignes directrices à la région : avril 2008
- Première réunion du groupe consultatif d'experts en toxicomanies des Premières nations : mai 2008
- Les régions présentent leur méthodologie : de juin à septembre 2008
- Les évaluations des besoins sont effectuées jusqu'en mars 2009
- Examen des évaluations des besoins et des autres documents par le groupe d'experts : rapport final attendu en avril 2009
- Établissement du cadre de programme prévu à l'été 2009

## Annexe B

### Partenaires/participants possibles

Les personnes suivantes pourraient participer aux entrevues, aux sondages ou à des groupes de discussion :

- Universitaires
- Travailleurs des services à l'enfance et à la famille (dans la réserve et du gouvernement provincial/de l'administration municipale)
- Dirigeants de la communauté
- Membres de la communauté
- Personnel d'hôpitaux
- Travailleurs du PNLAADA au niveau communautaire
- Travailleurs communautaires en santé mentale
- Utilisateurs précédents et actuels du PNLAADA
- Aînés
- Autres travailleurs de la santé et des services sociaux
- Professionnels de la santé
- Personnel d'autres programmes communautaires (p. ex. Grandir ensemble, PAPAR, PCNP)
- Policiers
- Agents de probation
- Comités régionaux
- Chefs religieux/spirituels
- Personnel des établissements du PNLAADA
- Guérisseurs traditionnels
- Enseignants et administrateurs scolaires
- Travailleurs du PLASJ

## Annexe C

### Documents établissant des profils de la population

- Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003, Rapport technique, APN, 2007.
- Profil - Alcoolisme et toxicomanie traitement et réadaptation au Canada, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999.
- Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada pour l'an 2000, Santé Canada, 2000.
- Donnée provinciales

## Annexe D

### Documents fondés sur des données probantes

#### Document obligatoire

- *Interventions Supported by Scientific Evidence for Substance Abuse Treatment, Harm Reduction and Prevention*, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, 2005.

#### Documents recommandés

- *Comportements de dépendance chez les autochtones au Canada*, Fondation autochtone de guérison, 2007.
- *Alcohol Problems and Approaches: Theories, Evidence and Northern Practice*, Ajunnginiq Centre, Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), 2004.
- *Meilleures pratiques - Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, Santé Canada, 2002.
- *Meilleures pratiques - Intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, Santé Canada, 2006.
- *Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, Santé Canada, 2001.
- *Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, Santé Canada, 2001.
- *Every Door is the Right Door: A British Columbia Planning Framework to address problematic substance abuse and addiction*, ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique, 2004.
- *Traitement factuel : Information pour le fournisseur de services*, CCLAT, 2006.
- *Politiques et programmes de réduction des méfaits à l'intention des personnes d'origine autochtone*, CCLAT, 2007.
- *Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les jeunes*, CCLAT, 2006.
- *Recherche documentaire : Stratégies relatives à l'évaluation des programmes de lutte contre l'abus des substances chez les autochtones : Examen de la question*, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Santé Canada, 1999.

- *Mental Health and Addiction Services in Regionalized Health Governance Structures: A Review*, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2005.
- *Models of Care for the treatment of adult substance misusers: Update 2006*. National Treatment Agency for Substance Misuse (R.U.), 2006.
- *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes - Un compendium des meilleures pratiques*, Santé Canada, 2001.
- *Responding to the Risks and Harms of Problematic Substance Use: Re-thinking the Continuum of Care— a background paper for the National Treatment Strategy Working Group*, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2007.
- *Renforcer les programmes factuels d'intervention en matière de toxicomanie : document de discussion de politique*, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, CCLAT et Groupe de travail national sur les politiques, 2003.
- *Towards a Model System of Services and Supports for Addictions— a background paper for the National Treatment Strategy Working Group*, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2006
- *Toxicomanie au Canada : Enjeux et options actuels*, CCLAT, 2005.
- *Toxicomanie au Canada : Pleins feux sur les jeunes*, CCLAT, 2007.

## Annexe E

### Exemple de liens établis entre des sous-groupes de consommateurs de drogues et les services compétents

<b>Subgroups of drug abusers: major problems and main services needed</b>		
The Office of National Drug Control Policy in the United States has developed a performance management framework based on the following structure:		
<i>Subgroups of drug abusers</i>	<i>Major problems</i>	<i>Main services needed<sup>a</sup></i>
Non-dependent drug abuser	Negative consequences and risks of becoming dependent	Appropriate early interventions
Injecting drug abuser	Drug abuse, at risk for blood-borne infection and other medical complications	Drug abuse treatment programmes, HIV/AIDS education and counselling, needle and syringe exchange programme and medical care
Dependent drug abuser	Drug abuse disorders, health and other negative consequences	Drug abuse treatment programmes
Acutely intoxicated drug abuser	Acute behavioural disorders and overdose	Short-term medical and psychiatric intensive care
Drug abuser in withdrawal	Withdrawal symptoms	Short-term detoxification programme
Drug abuser in recovery	At risk of relapse to drug use	Rehabilitation and relapse prevention programme

<sup>a</sup>A variety of services are included in drug abuse treatment programmes, for example, intensive community and residential treatment, aftercare support and social and legal assistance.

<b>Sous-groupes de consommateurs de drogues : problèmes majeurs et principaux services nécessaires</b>		
L'Office of National Drug Control Policy des États-Unis a élaboré un cadre de gestion du rendement qui se fonde sur la structure qui suit.		
<i>Sous-groupes de consommateurs de drogues</i>	<i>Problèmes majeurs</i>	<i>Principaux services nécessaires<sup>1</sup></i>
Consommateur de drogue non dépendants	Conséquences négatives et risque de dépendance	Interventions précoces adéquates
Consommateur de drogues injectables	Consommation de drogues, risques d'infection transmissible par le sang et d'autres complications médicales	Programmes de traitement des toxicomanies, éducation et counseling en matière de VIH/sida, programme d'échange des aiguilles et des seringues et soins médicaux
Consommateur de drogues dépendants	Troubles liés à la consommation de drogues, problèmes de santé et autres conséquences négatives	Programme de traitement des toxicomanies
Consommateur de drogues atteint d'intoxication aiguë	Troubles aigus du comportement et surdose	Soins médicaux et psychiatriques intensifs à court terme
Consommateur de drogues en sevrage	Symptômes de sevrage	Programme de désintoxication à court terme
Consommateur de drogues en rétablissement	Risques de rechute	Programme de réhabilitation et de prévention des rechutes

<sup>1</sup> Les programmes de traitement des toxicomanies englobent une diversité de services, par exemple, le traitement intensif en établissement et en milieu communautaire, le soutien postcure et l'aide sociale et juridique.

D'après le document intitulé *Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: A Practical Planning and Implementation Guide*, Nations Unies : Office contre la drogue et le crime, 2003.



## Annexe F

### Ressources pour l'évaluation des besoins

- *Community Health Needs Assessment Guidelines*, Santé Manitoba, 1997.
- *Évaluation des besoins en santé communautaire : Un guide à l'intention des Conseils de santé des Premières nations et des Inuits*, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, 2000.
- *Élaboration et mise en œuvre d'un plan de santé : Guide à l'intention des Premières nations et des Inuits*. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Santé Canada, 2007.
- *Guidance for the Measurement of Drug Treatment Demand: Toolkit Module 8*, Nations Unies : Office contre la drogue et le crime, 2006.
- *Workbook #3: Needs Assessment*, Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2000.

## Annexe G

### Documents de recherche recommandés

- *Lignes directrices des IRSC pour la recherche en santé chez les peuples autochtones*, Instituts de recherche en santé du Canada, 2007.
- *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 : points saillants*, CCLAT, 2006.
- *Developing a Gender-based Framework*, APN, 2007.
- *Élaboration et mise en œuvre d'un plan de santé : Guide à l'intention des Premières nations et des Inuits*, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, 2007.
- *Ébauche de cadre : Équilibre entre les sexes : Réédifier notre cercle sacré*, APN, 2007.
- *Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: A Practical Planning and Implementation Guide*, Nations Unies : Office contre la drogue et le crime, 2003.
- *Santé publique pour les Premières Nations : Un cadre pour l'amélioration de la santé de nos peuples et de nos collectivités*, Assemblée des premières Nations, 2006
- *Guide d'élaboration d'un plan de travail pluriannuel*, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, 2007.
- *Cadre holistique pour la recherche en matière de politiques autochtones*, Condition féminine Canada, 2004.
- *NNADAP Renewal Framework for Implementing the Strategic Recommendations of the 1998 General Review of the NNADAP*, PANPLD, 2000.
- *OCAP: Ownership, Control, Access, and Possession*, ONSA, 2007.
- *Strategic Action Plan for First Nations and Inuit Mental Wellness*, Comité consultatif sur la santé mentale des Premières Nations et des Inuits, 2007.
- *Les forces avant tout : Guide d'inventaire des atouts à l'intention des Premières nations et des Inuits*, Santé Canada, 2007.

## Annexe H

### Catégories recommandées

1. Alcool
2. Opiacés (héroïne/méthadone/autres)
3. Cocaïne (cocaïne/crack)
4. Stimulants (amphétamines/meth en cristaux/MDMA et autres dérivés)
5. Hypnotiques et sédatifs (barbituriques/benzodiazépines/autres)
6. Hallucinogènes (LSD/autres)
7. Substances volatiles inhalées
8. Cannabis
9. Autres produits

À l'exception de l'alcool, les catégories ci-dessus proviennent de l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; pour plus d'information sur ces catégories, consultez le site <http://www.emcdda.europa.eu>. Compte tenu de l'ampleur de la polytoxicomanie dans les communautés des Premières nations, on peut regrouper ces catégories au besoin.

## Annexe I

### Évaluation des méfaits liés à l'alcool et aux drogues

Une autre façon de faire ressortir l'étendue des problèmes d'alcool et de drogue dans les communautés des Premières nations consiste à examiner la fréquence des méfaits liés à l'alcool et aux drogues avec lesquels la population est aux prises. En gros, ces méfaits peuvent être divisés en conséquences sanitaires à court terme et à long terme (voir le tableau ci-dessous).

Évaluation des méfaits liés à l'alcool et aux drogues		
Méfaits à court et à long terme	Exemples	Sources possibles de données
Conséquences à court terme	Suicide; automutilation; accidents de véhicule moteur; intoxication alcoolique; agressions sexuelles; violence attribuable à la consommation d'alcool ou de drogue; surdose; etc.	Dossiers : données régionales sur les hospitalisations*; casiers judiciaires; recherche/rapports antérieurs; centres de soins de santé/postes de soins infirmiers; données des centres de traitement et de désintoxication régionaux
		Déclaration volontaire : recherche précédente; données propres à la région tirées de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations**
Conséquences chroniques et autres maladies	Cirrhose du foie; infections à VIH et hépatite C; troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale; certains cancers, etc.	Données régionales sur les hospitalisations; centres de soins de santé/postes de soins infirmiers; données des centres de traitement et de désintoxication régionaux

\* Les données régionales peuvent servir à l'évaluation si elles incluent l'identificateur de la communauté et l'identificateur de l'alcool ou de la drogue. Il est suggéré de contacter l'Institut canadien d'information sur la santé au début du processus.

\*\* On peut demander les données propres à la région; il faut remarquer, toutefois, que la plupart des données sur la consommation d'alcool et de drogues par les jeunes qui figurent dans l'ERS sont considérées comme des estimations, en raison du fait que beaucoup de jeunes ont refusé de répondre aux questions.

Notons que les données devraient être disponibles, compte tenu des recherches antérieures et que, par conséquent, l'analyse ne devrait exiger **aucune recherche primaire**.

Ressources recommandées :

- Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 : points saillants. CCLAT, 2006
- *Toxicomanie au Canada : Enjeux et options actuels*, CCLAT, 2005.
- *The relative risks and etiologic fractions of different causes of disease and death attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada*, Single, E. et al. in CMAJ, 2000.

- Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada pour l'an 2000, Santé Canada, 2000.

## Annexe J

### Questions pouvant être prises en considération dans l'établissement du profil des services existants

#### *Région*

- Où sont situés les services? Les programmes sont-ils implantés à l'intérieur ou à l'extérieur des réserves?
- Quels sont les programmes offerts dans la région (p. ex. programmes ambulatoires, en établissement, de jour, d'extension et de prévention)?
- Dans la région, y a-t-il des programmes pour les familles, les jeunes, les femmes, les femmes enceintes et les personnes atteintes de troubles concomitants?
- Y a-t-il une communication ou une collaboration entre les régions/provinces/centres de traitement/centres de soins de santé? L'information est-elle mise en commun?
- Quel est le niveau perçu de besoin pour ce qui est des diverses modalités de réduction des méfaits? Dans quelle mesure, les besoins en matière de réduction des méfaits sont-ils comblés? Quels sont les obstacles qui se posent pour offrir des services de réduction des méfaits et quels sont les facteurs qui contribuent à la prestation de tels services?
- Quels sont les programmes ou services qui s'adressent aux buveurs épisodiques excessifs?
- Les programmes actuels sont-ils réservés à des types particuliers de consommation de drogue?
- Quels programmes portent principalement sur la réduction des méfaits?
- Quels sont les autres programmes de la communauté qui répondent à des besoins liés aux toxicomanies (p. ex. groupes de soutien, programmes scolaires, réunions des 12 étapes, etc.)?
- Dans quelle mesure des partenariats intersectoriels se penchent-ils sur les facteurs contextuels (p. ex. pouvoir judiciaire, éducation, emploi, logement)?
- Dans quelle mesure fait-on des efforts pour favoriser la résilience, en plus de réduire les facteurs de risque?

#### *Programmes et services*

- Quelles sont les heures d'exploitation du service? Y a-t-il d'autres mécanismes d'aide après les heures d'ouverture, comme un numéro d'assistance ou un service de réponse téléphonique?
- À quel éventail de clients le service s'adresse-t-il pour ce qui est de l'âge, du sexe, de la drogue consommée, de la répartition géographique, etc.?
- Les programmes qui s'adressent aux femmes/familles offrent-ils également des services de garderie ou des services d'enseignements pour les enfants?
- Dans quelle mesure y a-t-il des liens établis entre les services du PNLAADA, les services de santé communautaire des PNI et les processus de planification de la santé communautaire?
- Le service est-il facile d'accès? Comment les clients actuels se rendent-ils au service : à pied, en voiture, par les transports publics, le transport offert par le Programme des SSNA?
- Quels sont les besoins précis auxquels le service répond pour les clients?
- Quels sont les programmes spécialisés offerts aux clients? Y a-t-il des dispositions qui sont prises pour les clients qui présentent des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale, des troubles d'apprentissage et/ou des lésions cérébrales? Sert-on les clients en probation? Les clients qui prennent de la méthadone sont-ils acceptés?
- Comment le service accueille-t-il les clients dirigés et d'où viennent ces clients?

- Combien de clients se rendent au service par semaine, mois, trimestre, année?
- Y a-t-il des services qui exigent la cessation complète de la consommation d'alcool et d'autres drogues?
- Des services de réduction de méfaits sont-ils offerts (p. ex. l'échange de seringues)?
- Y a-t-il des services qui encouragent une consommation d'alcool et d'autres drogues, qui est modérée ou qui présente un risque moindre?
- En moyenne, combien de temps les clients fréquentent-ils un service et quelles sont les raisons de leur départ (p. ex. abandon du traitement, aiguillage vers un autre service)?
- Le service a-t-il une liste d'attente? Dans l'affirmative, combien de temps les consommateurs de drogue doivent-ils attendre avant de pouvoir bénéficier du service?
- Le cas échéant, quelle aide est offerte pendant la période d'attente? Quel soutien de suivi est offert?
- Quels sont les modèles de traitement actuellement offert par le service (p. ex. modèle psychosocial, basé sur la maladie, culturel, etc.)?
- Quelles sont les techniques utilisées dans le cadre de ces modèles (counseling psychosocial, thérapie de groupe, etc.)?
- Les programmes s'adressent-ils aux hommes ou aux femmes ou sont-ils mixtes?
- Les services sont-ils agréés? Dans l'affirmative, quel est l'organisme d'agrément? Quelle est la durée de l'agrément? Si les services ne sont pas agréés, envisage-t-on de les faire agréer?
- Quels est le nombre de lits offerts par les établissements de traitement? Ou, pour ce qui est des autres programmes, quel est le nombre de clients servis pendant un cycle de fonctionnement?
- Quelle est la durée du programme?
- Quelle est la fréquence des admissions?
- Qui finance les services (assurez-vous d'indiquer si les fonds sont alloués à des programmes précis)?
- Quelles relations y a-t-il avec les programmes offerts à l'extérieur des réserves ou les autres fournisseurs de services?
- Dans quelle mesure y a-t-il une corrélation entre les services du PNLAADA et les services provinciaux/régionaux de lutte contre les toxicomanies et de santé mentale?
- Le programme offre-t-il couramment accès à des services professionnels de santé mentale (p. ex. conseillers, psychologues, psychiatres, médecins communautaires, infirmières)?
- Quels sont les troubles concomitants les plus courants chez les clients du PNLAADA (p. ex. dépression, anxiété, trouble schizoaffectif, hyperactivité avec déficit de l'attention, troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale)?
- Le programme donne-t-il accès à des traitements pharmacologiques?
- Quels sont les défis et les forces pour ce qui est de la façon dont le PNLAADA repère et traite actuellement les clients qui présentent des troubles concomitants?

### *Personnel*

- Quel est le nombre de clients habituellement pris en charge par les divers membres du personnel? Quel est le rapport travailleur-clients? Combien de personnes sont à l'emploi du service à temps plein?
- Quels sont les niveaux de formation du personnel? Combien de membres du personnel sont titulaires d'un certificat de compétence?
- Quelles sont les possibilités de formation auxquelles participent actuellement les employés?
- Quel accès y a-t-il à une formation?
- Quel est le taux de fidélisation pour le personnel compétent?
- Combien y a-t-il de membres du personnel qui sont Autochtones? Combien y a-t-il de membres du personnel qui ne sont pas Autochtones/Inuits?

- Quel accès y a-t-il à une formation en toxicomanies/santé mentale pour le personnel?
- Quels sont les taux de fidélisation des employés autochtones et non autochtones?
- Quel est le taux de rémunération moyen des employés?

*Programmes à l'intention des Premières nations et des Inuits*

- Quels sont les services adaptés/propres à la culture offerts dans les divers services?
- Intègre-t-on les pratiques spirituelles des Premières nations et des Inuits?
- Les programmes joignent-ils les aînés de la bande/communauté?
- Les programmes comprennent-ils des volets précis pour les questions liées aux pensionnats indiens et/ou à des traumatismes?
- Les programmes tiennent-ils compte des cérémonies ou des pratiques traditionnelles (p. ex. suerie, cérémonie de purification, etc.)?
- Les services intègrent-ils la médecine et le savoir traditionnels?
- Les programmes sont-ils offerts par ou pour une bande en particulier?
- Selon les intervenants et les membres de la communauté, quels sont les besoins les plus immédiats en matière de toxicomanies dans la communauté?



## Annexe K

### Méthodes de collecte des données

*Nota* : Un conseiller en recherche professionnel ou un organisme de recherche doit bien connaître les méthodes qui suivent.

#### Méthodes écrites

##### *Étude des documents*

- L'étude des documents consiste à recueillir l'information pertinente sur la communauté, les taux de toxicomanies, le lieu où les services de santé sont fournis, les autres services connexes et une évaluation préliminaire des lacunes des services.

##### *Sondage*

- Lorsqu'on fait un sondage, il faut s'assurer que le nombre de répondants est suffisant pour qu'il soit possible de faire des affirmations générales sur les problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues et aux toxicomanies dans la communauté. L'échantillon doit être représentatif de la population et être constitué de façon aléatoire afin que les opinions exprimées soient valides et raisonnablement représentatives.

#### Méthodes orales

*Nota* : Les membres/travailleurs des communautés peuvent préférer les formes parlées d'échange des connaissances, car elles s'inscrivent dans la suite logique de la tradition orale. Même si des méthodes quantitatives sont nécessaires, on devrait mettre l'accent sur des méthodes qualitatives au niveau communautaire.

##### *Entrevues avec des répondants clés*

- À partir de l'information recueillie par l'analyse des documents, on peut ensuite interroger des répondants clés si des données additionnelles peuvent aider à déceler les caractéristiques particulières de la communauté ainsi que de possibles problèmes sur le plan de la santé.

##### *Groupes de discussion*

- En plus des sondages, on peut faire appel à des groupes de discussion pour obtenir plus d'informations sur des aspects clés de l'examen des documents, des entrevues et des sondages.

#### Pour joindre les populations « cachées » qui ne sont peut-être pas en contact avec les services :

##### *Sondage en boule de neige*

- Technique qui consiste à demander à un usager de présenter d'autres personnes, puis de demander à ces personnes qu'elles fassent la même chose et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'échantillon de répondants soit suffisant. Une « récompense » ou un encouragement sont parfois donnés pour chaque nouvelle personne présentée.

***Services d'extension***

- Faire appel aux travailleurs des services d'extension pour entrer en contact avec des groupes difficiles à joindre, comme les sans-abri, les prostituées, les enfants ou les jeunes.

## Annexe L

### Liste de contrôle pour l'évaluation du rapport

Liste de contrôle pour l'évaluation de votre rapport		
Processus d'évaluation des besoins		
A-t-on fait les consultations et établi les partenariats appropriés avec les organismes qui représentent les Premières nations et les dirigeants de la communauté?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
A-t-on retenu les services d'un chercheur impartial et expérimenté en vue de ce processus?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le but visé par l'évaluation des besoins est-il bien défini?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les méthodes sont-elles expliquées?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les méthodes utilisées sont-elles décrites en détail (p. ex. organisation des groupes de discussion, distribution du sondage, etc.)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tous les outils (p. ex. questionnaires de sondage, protocoles des entrevues et des groupes de discussion) figurent-ils dans les annexes?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les participants aux sondages, aux groupes de discussion et aux réunions communautaires sont-ils décrits, p. ex. nombre de personnes, identification de ces personnes, groupes d'âges, le cas échéant?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le processus tient-il compte des besoins et des ressources propres aux hommes/femmes, aux jeunes et aux femmes enceintes ainsi que des besoins et des ressources en santé mentale (troubles concomitants)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les limites du processus, des outils et de l'information disponible sont-elles décrites?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Des sujets de recherches ultérieures sont-ils proposés?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Données recueillies		
Les données qualitatives sont-elles groupées par thème?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les données quantitatives sont-elles présentées sous forme de tableaux et de graphiques?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les réponses aux questions à choix multiples sont-elles présentées sous forme de pourcentages ou précisent-elles le nombre de personnes qui ont choisi chaque réponse?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les données de référence ou de comparaison sont-elles fournies?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

<b>Services existants et services nécessaires</b>		
Les programmes et les services qui sont actuellement offerts afin de répondre aux priorités en matière de toxicomanies sont-ils décrits?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Y a-t-il un aperçu des méthodes, des pratiques et des ententes prometteuses ou innovatrices qui sont en place dans la région?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les autres programmes et services nécessaires sont-ils indiqués de façon détaillée et concordent-ils avec les pratiques exemplaires/prometteuses?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les modifications ou les services proposés sont-ils fondés sur des données probantes?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les services et les programmes existants sont-ils examinés en fonction d'un continuum de services intégrés (p. ex. prévention, évaluation, aiguillage, traitement et postcure)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Y a-t-il un examen systémique des services existants de lutte contre la consommation de drogues et les toxicomanies et de leurs structures de gouvernance régionales d'ensemble?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Priorités en matière de toxicomanies</b>		
Les priorités en matière de toxicomanies sont-elles décrites?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
La méthode qui a servi à établir les priorités en matière de consommation de drogues et de toxicomanies est-elle décrite?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les critères qui ont servi à établir les priorités sont-ils décrits?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le processus de participation communautaire à l'établissement des priorités est-il décrit?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Forces et atouts</b>		
Les atouts de la région sont-ils mis en évidence?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les efforts communautaires visant à prévenir ou à réduire les méfaits de la consommation de drogues et des toxicomanies sont-ils reconnus?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Y a-t-il un exposé sur les signes d'innovation et de résilience de la région/des communautés?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Mesures proposées</b>		
Le rapport propose-t-il des mesures et des recommandations pour le renouvellement du système?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les mesures proposées et les recommandations sont-elles fondées sur les données disponibles?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Les mesures proposées tiennent-elles compte des ressources/capacités existantes dans la région?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les mesures proposées tiennent-elles compte des façons d'utiliser plus efficacement les ressources actuelles?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Les demandes d'investissements additionnels sont-elles bien énoncées et tiennent-elles compte de partenariats avec les services provinciaux?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>