A photograph of two tipis in a grassy field. The tipis are conical structures made of wooden poles and animal skins. The one in the foreground is white, and the one behind it is black with white polka dots. The background shows rolling hills under a clear sky.

Développer un  
« Panier d'outils en  
santé mentale & en  
repérage et évaluation  
des dépendances »  
Pour usage auprès  
des clients des  
Premières Nations

*Honorer nos forces -  
Continuum de soins*

# Table des matières

Objectifs du Panier d'outils	1	Sources bibliographiques	62
<i>Population cible</i>	1	Glossaire des termes	64
Repérage	1	Toxicomanies	
<i>Principaux ingrédients d'un outil de repérage</i>	3	Meilleures pratiques:	
Évaluation	4	Services de traitement de jour/de soir communautaires	
<i>Besoin d'outils culturellement adaptés</i>	5	Services de gestion de cas	
Outils de repérage et d'évaluation des problèmes liés aux troubles concomitants	7	Services de traitement médical/psychiatrique communautaires	
PANIER D'OUTILS DE REPÉRAGE ET D'ÉVALUATION SUGGÉRÉ PNLAADA/PNLASJ	11	Services de traitement communautaires	
Outils de repérage pour examen	11	Services de gestion du sevrage communautaires	
<i>AADIS (Adolescent alcohol and Drug Involvement Scale) - Échelle sur l'implication d'adolescents dans la consommation d'alcool et de drogues.</i>	11	Troubles concomitants:	
<i>ASSIST</i>	11	Double diagnostic	
<i>AUDIT - (Alcohol Use Disorders Identification Test) - Test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool</i>	12	Entrée (admission)	
<i>CAGE-AID</i>	12	Programmes fondés sur des éléments probants	
<i>DAST (Drug Abuse Screening Test) - Test de repérage de l'abus de drogues</i>	13	Réduction des méfaits	
<i>Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-8)</i>	13	Promotion de la santé	
<i>Drug Use Screening Inventory (revised) (DUSI-R) - Inventaire de repérage d'utilisation de drogues (révisé)</i>	13	Évaluation initiale/Services de planification du traitement	
<i>GAIN Short Screener (GAIN-SS) (Global Assessment of Individual Needs) - Échelle de repérage bref GAIN-SS</i>	14	Santé mentale	
<i>GAIN Substance Use Disorder Scale (GAIN-SUDS) - Échelle sur des troubles liés à l'utilisation abusive des substances</i>	14	Système de soins en santé mentale et de lutte contre la toxicomanie	
<i>IRIS (Indigenous Risk Impact Screen) (Australie)</i>	15	Récupération	
<i>MAST - Michigan Alcoholism Screening Test</i>	16	Services de traitement en résidence	
<i>MMS- Modified Mini Screen</i>	16	Services de soins médicaux/psychiatriques en résidence	
<i>PDSQ - Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire</i>	16	Services de traitement de soutien en résidence	
<i>SASSI - Substance Abuse Subtle Screening Inventory</i>	16	Services de gestion du sevrage en résidence	
<i>SOCRATES - Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale</i>	17	Repérage :	
<i>Buveurs problématiques - Veuillez noter que SOCRATES a déjà fait l'objet d'essai aux États-Unis auprès de clients adultes hommes et femmes dans plusieurs groupes culturels, y compris auprès des Amérindiens.</i>	17	Maladie mentale grave	
<i>Stay Strong Plan (Australia) Plan demeurer fort</i>	18	Stigmatisation:	
<i>Échelle de résilience YSAC - Version des jeunes</i>	21	Problématique d'abus d'alcool et d'autres drogues	
Outils d'évaluation pour examen	22	Troubles liés à l'usage abusif d'alcool et d'autres drogues	
<i>Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)</i>	22	Tendances suicidaires	
<i>Sous-échelle sur l'état psychologique de l'Indice de gravité de toxicomanie</i>	22	Intégration des systèmes	
<i>Demande de services de traitement des toxicomanies - évaluation des besoins - Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador</i>	23	Services de soins sensibles au traumatisme	
<i>Échelles CMR (Circumstances, Motivation, and Readiness Scales)- Circonstances, motivation et préparation</i>	30	Traitements intégrés	
<i>Giyak Moseng : The Right Path - La bonne voie (Première nation de Nipissing)</i>	31	Sources bibliographiques du Glossaire des termes	
<i>Centre de guérison Nimkee Nupigawagan - Évaluation clinique, le cercle d'influences</i>	35	Intégration des systèmes	
<i>POSIT - Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers</i>	57	Services de soins sensibles au traumatisme	
		Traitements intégrés	
		Sources bibliographiques du Glossaire des termes	67

## Objectifs du Panier d'outils

L'objectif global du *panier d'outils* est de mettre à la disposition de tous les praticiens du PNLAADA et du PNLASJ un ensemble d'outils normalisés de repérage et d'évaluation valables et culturellement adaptés et reconnus sur le terrain comme étant les outils de base devant être utilisés dans le traitement des clients des Premières Nations et des Inuits au sein et à tous les niveaux du PNLAADA et du PNLASJ. Les objectifs fondamentaux de ce projet sont ainsi qui suit:

- établir un résumé des outils de repérage et d'évaluation les plus courants utilisés par les praticiens du PNLAADA et du PNLASJ ; et
- promouvoir des pratiques cliniques normalisées qui permettront de réduire les enjeux relatifs à la toxicomanie et à la santé mentale chez les Premières Nations et les Inuits, tel que prévu dans *Honorer nos forces : cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada (2011)*.

## Population cible

Le *panier d'outils* cible des clients adultes et jeunes<sup>1</sup> des Premières Nations et des Inuits recherchant et/ou recevant des services auprès des prestataires communautaires et des centres de traitement PNLAADA/PNLASJ.

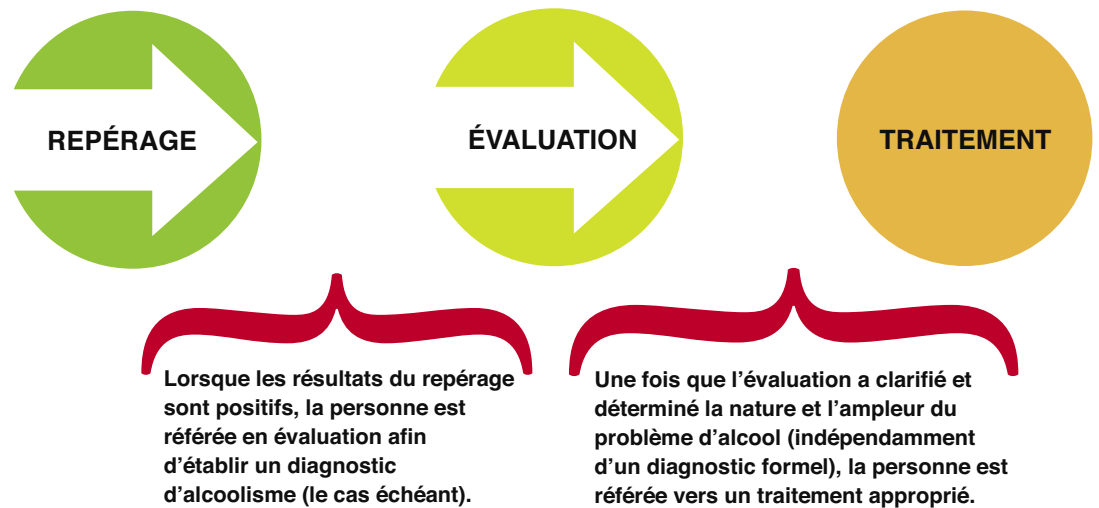
## Repérage

Le repérage est la première étape d'intervention auprès des personnes ayant une dépendance aux produits chimiques.<sup>2</sup> Le repérage est une évaluation complète de l'usage problématique d'alcool ou de drogues chez une personne, y compris ses effets sur la santé et le fonctionnement de celle-ci. Le repérage constitue une composante de service essentielle dans la sélection des ressources de traitement qui répondent mieux aux besoins du client ou de la cliente et il permet de déterminer:

- la gravité de la problématique;
- des influences possibles ayant perpétué l'usage de produits chimiques, aboutissant à la toxicomanie ;
- des difficultés connexes ; et,
- les perceptions et l'attitude d'une personne envers le traitement.

Le repérage de la toxicomanie ou des troubles de santé mentale est indispensable, car il permet de repérer efficacement la problématique et s'assurer que les clients sont orientés vers le type et le niveau de traitement leur convenant le mieux.

L'illustration de processus suivante (Allen et al., 2003) ; Connors et Volk (2004) montre l'interdépendance entre le repérage, l'évaluation et le traitement (pour ce qui est de l'alcoolisme) et la manière dont ces éléments s'enrichissent mutuellement:



Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2010), « le repérage vise à détecter des problèmes de santé ou des facteurs de risque à un stade précoce, avant que ceux-ci n'occasionnent une maladie grave ou d'autres problématiques, et cela rentre dans le cadre d'activités de prévention dans les établissements des soins de santé ». L'OMS a en outre identifié un ensemble de critères pour les médecins généralistes (applicables aux autres fournisseurs de soins) permettant de déterminer les conditions qui conviennent pour le repérage :

### CRITÈRES DE REPÉRAGE

- La problématique est sérieuse et elle a un impact négatif sur la santé et le bien-être des personnes et de la communauté.
- Il y a des traitements ou des moyens d'interventions acceptables et disponibles pour les clients dont le test de repérage est positif.
- Un repérage et une intervention précoces favorisent de meilleurs résultats qu'un traitement tardif.
- Il existe un test de repérage adéquat et qui convient au client.
- Le test de repérage doit être disponible à un coût raisonnable.

1 Les outils destinés aux « jeunes » ciblent en particulier les adolescents, car cette tranche d'âge des 18 ans ou moins est la plus vulnérable.

2 Tiré de : <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/taps/11e.htm>, Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse: Opportunities for Coordination Technical Assistance Publication (TAP) Series 11

Il ressort donc des analyses documentaires un large éventail de processus ou de questions axées sur les processus que les médecins et d'autres prestataires de soins de santé sont encouragés à suivre lors du repérage. Par exemple, dans *Screening and Brief Interventions (SBI) for Unhealthy Alcohol Use: A Step-by-Step Implementation Guide for Trauma Centers* (2009) (*Repérage et Interventions brèves auprès des personnes consommant de façon malsaine l'alcool: Guide de mise en œuvre étape par étape pour les centres de traumatologie* (2009), Higgins-Biddle et al. énumèrent une suite de questions et d'observations à suivre par le traumatologue (services d'urgences) lors du repérage d'un éventuel usage problématique d'alcool:

## TROIS CHOSES À CONNAÎTRE SUR NOTRE PATIENT POUR UNE INTERVENTION ADÉQUATE.

### 1. Repérage positif ou négatif

On procède à une intervention chez les patients dont les habitudes de consommation présentent des risques pour eux-mêmes ou pour les autres. Le repérage est une méthode objective afin de déterminer si ces risques existent, plus précisément que par observation générale (p. ex. « Cette personne à l'air de boire beaucoup trop »).

### 2. Problématiques

Existe-t-il une autre problématique qui serait associée à la consommation d'alcool? Par exemple, une blessure, la raison pour laquelle le patient est à l'urgence de l'hôpital, ou toute autre problématique qu'il constate lui-même. L'efficacité d'une intervention augmente considérablement lorsque le patient réalise que ce problème est le résultat de sa consommation nocive.

### 3. Probabilité de dépendance

Est-ce que le patient est dépendant à l'alcool?

Afin de bien orienter le patient, il importe de déterminer son degré de dépendance à l'alcool. Pour les patients qui ne souffrent pas de dépendance à l'alcool, une intervention brève est adéquate afin de les aider à freiner les comportements à risques. Également, il n'est pas nécessaire de recommander un traitement formel pour un patient qui a abusé d'alcool après 2 ans de sobriété. Pour les patients vraisemblablement dépendants, l'objectif de l'intervention brève pourrait être de les diriger vers des ressources spécialisées et de les encourager à accepter l'aide disponible.

Le repérage est un processus d'essai visant à déterminer si un client requiert davantage d'attention pendant le dépistage d'un problème précis de toxicomanie ou de santé mentale. Comme nous le verrons plus loin dans le contexte des troubles concomitants, le repérage permet également de déterminer si un client présente des signes d'une éventuelle problématique de santé mentale ou de toxicomanie, nécessitant une évaluation plus complète (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2010).

Le repérage est différent de l'évaluation (CAMH, 2010). Le principe clé du repérage est celui de déceler le risque potentiel d'une problématique de toxicomanie ou de santé mentale. L'évaluation, quant à elle, permet le recueil de renseignements plus détaillés sur la nature et l'ampleur d'une problématique, de même que d'autres renseignements nécessaires permettant de développer un plan de traitement approprié (avec le client.)<sup>3</sup>

Tel que souligné dans plusieurs rapports d'évaluation de besoins régionaux dans le cadre du renouvellement du PNLAADA, et il convient de le relever ici, les outils de repérage (et d'évaluation) et leur utilisation reposent essentiellement sur le modèle médical occidental : poser une série de questions et établir un diagnostic selon les réponses du client ou de la cliente. En ce qui concerne les clients des Premières Nations et des Inuits, étant donné que la première rencontre n'est entièrement consacrée qu'à la réponse des questions de repérage, ceux-ci se sentent très souvent aliénés, car la plupart d'outils de repérage ne tiennent compte ni de besoins affectifs d'un individu, ni de ses forces ou sa capacité de résilience. Les outils de repérage occidentaux, ainsi que le processus « clinique » suivi par les prestataires, laissent souvent chez les Premières Nations et les Inuits une image négative d'eux-mêmes.

3 Ce n'est pas tant le nombre de questions ou la fréquence d'administration qui font d'un instrument un outil de repérage et d'un autre un instrument d'évaluation (CAMH, 2009). Certains outils de repérage s'apparentent davantage aux outils d'évaluation globale, du fait de leur longueur et exhaustivité dans la prise en compte des troubles. Certains outils d'évaluation sont plus concis que certains outils de repérage, lorsqu'ils se concentrent sur des anomalies particulières, et l'outil de repérage se veut multidimensionnel dans sa couverture. Les auteurs soulignent en outre l'importance de faire une distinction entre l'outil de repérage ou d'évaluation et le processus de repérage ou d'évaluation. « Le fait d'appeler quelque chose « outil de repérage » n'en fait pas de celui-ci — tout dépend de la façon dont il a été développé, dans quel but, et comment il est lié aux autres processus d'évaluation qui permettront de confirmer ou d'infirmer les résultats du repérage (CAMH, 2009). » Dans le cadre du système de justice juvénile, Grisso (2005) indique également que certains outils, qu'ils soient de repérage ou d'évaluation, pourraient fonctionner mieux pour l'un comme l'autre processus. Mais le simple fait que l'auteur d'un outil l'ait appelé outil de repérage ne garantit pas qu'il répondra à tous les besoins des programmes de justice juvénile quant aux processus de repérage. « Le repérage et l'évaluation établissent le contexte dans lequel l'on décide quels types d'instruments conviendraient le mieux pour réaliser les objectifs de ces deux grands types d'identification.»

## Principaux ingrédients d'un outil de repérage :

Plusieurs facteurs doivent être pris en compte dans le choix des questionnaires, des méthodes de repérage et des procédures à suivre. Ces facteurs devraient donc faire l'objet d'un examen minutieux par ceux qui se chargeront d'approuver l'outil ou qui s'en serviront pour effectuer le dépistage (McLellan & Dembo, 1992 ; *Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse: Opportunities for Coordination, Technical Assistance Publication (TAP) Series II*) - Traitement pour abus d'alcool et autres drogues : possibilités de coordination. Le dépistage devrait également explorer les déterminants sociaux de l'abus tels que des problèmes liés à l'éducation ou à l'emploi, des difficultés conjugales ou familiales, le traumatisme actuel ou passé, des problèmes financiers et juridiques, etc. Si les procédures de repérage indiquent la probabilité de toxicomanie ou de dépendance, il faudrait que l'on fasse subir une évaluation plus complète par l'individu.

### Les critères de repérage clés comprennent les suivants:

- Seules des personnes jugées à risque devraient subir le repérage, dans divers milieux et par divers professionnels ;
- il faudrait une collaboration entre les organismes et les professionnels sur les processus de repérage, les techniques et les questionnaires ;
- tous les questionnaires et processus doivent être sensibles aux préoccupations raciales culturelles, socio-économiques et à celles fondées sur l'égalité des sexes;
- les procédures d'examen initial doivent être brèves ; et
- les renseignements doivent être recueillis de sources diverses.

Stout et Jodoin (2006) décrivent brièvement les quatre « ingrédients-clés » que les chercheurs et les cliniciens traditionnels jugent essentiels pour en assurer un dépistage et une évaluation valides et fiables. La force d'un outil renvoie à ses propriétés psychométriques. Les propriétés psychométriques d'un repérage ou d'une évaluation reposent sur une formule statistique qui sert à déterminer la façon dont un outil mesure constamment ce qu'il prévoit de mesurer et les résultats produits demeurent toujours exacts, bien que les clients diffèrent. La force d'un outil de repérage est basée sur les critères suivants :

1. La validité se rapporte à la façon dont un outil mesure ce pour quoi il avait été conçu pour mesurer.
  - a. Il y a plusieurs mesures de validité, desquelles la sensibilité et la spécificité méritent d'être soulignées. La sensibilité, ou « le taux de vrai positif », répond à la question : Ce test, à quel point peut-il détecter des personnes véritablement à risque ? Un outil de repérage à 80% sensible décèle 80% de tous les gens à risque, laissant de côté les autres 20%. C'est important qu'un programme de repérage soit en mesure d'identifier autant d'individus à risque possibles; d'où la nécessité de disposer d'un outil sensible.
  - b. La spécificité, ou « le taux de vrai négatif », répond à la question : Ce test, à quel point peut-il écarter correctement des personnes n'étant vraiment pas à risque ? Un outil de repérage ayant une spécificité de 95 % écarte correctement 95 % de tous les gens qui ne sont vraiment pas à risque.

Stout et Jodoin relèvent que les tests de repérage sont rarement fiables à 100 %, cependant, un outil de repérage est jugé valide s'il se révèle pouvoir déceler la plupart des gens souffrant du trouble cible (haute sensibilité) et écarter la plupart des gens ne souffrant pas du trouble (spécificité élevée).

2. La fiabilité se rapporte à la mesure dans laquelle les résultats de

repérage sont stables ou fiables quelques soient l'administrateur ou le répondant. Il y a divers indicateurs de fiabilité, parmi lesquels il convient de noter la fiabilité du *test-retest* et la cohérence interne.

- a. Le *test-retest* porte sur la stabilité ou à la cohérence des résultats issus d'administrations différentes à différents moments. Il répond à la question : l'outil de repérage produira-t-il les mêmes résultats si le même évaluateur fait passer le test à la même personne deux fois?
- b. Par cohérence interne, on entend le degré auquel les éléments individuels de l'outil concourent à la mesure du même concept. Elle répond à la question : un outil mesure-t-il le contenu d'un domaine spécifique? La cohérence interne est souvent évaluée en corrélant les performances sur les deux moitiés d'un test (« split-test »).

La discussion sur l'utilité globale et la précision d'un outil de repérage est davantage ramenée à la comparaison entre le repérage et la sévérité des mesures de dépendance. Comme le relèvent Dawe et al. (2002), il y a une distinction entre l'utilité des outils de repérage destinés au public en général et ceux qui sont plus adaptés à la détection des problèmes graves chez des personnes ayant une « dépendance établie ». Les auteurs décrivent leurs résultats comme suit :

1. les outils pouvant repérer la présence éventuelle de l'abus de drogues et d'alcool ;
2. les outils qui permettent d'obtenir une description de la fréquence et la quantité d'utilisation ;
3. les outils qui permettent d'évaluer la gravité de la dépendance ; et,
4. les mesures biochimiques.

D'après Dawe et al., la décision par rapport au type d'outil à utiliser dépend du but de l'évaluation. La plupart d'outils de repérage sont sensibles aux faibles niveaux d'abus de substance, mais ils le sont moins lorsqu'il s'agit de déterminer un éventail d'utilisation et la dépendance (c.-à-d., ils ont « un effet plafond »). Ainsi, les questionnaires de repérage sont plus appropriés pour la recherche auprès du public en général et pour détecter la présence d'un risque d'abus et de dépendance. À l'inverse, les mesures de la gravité de la dépendance sont souvent insensibles aux faibles niveaux d'utilisation et sont mieux adaptés pour le repérage chez les clients ayant une dépendance établie et à suivre les résultats de traitement. Les mesures de fréquence ou de quantité sont les plus utiles sur le plan clinique à des fins de diagnostic et dans la détermination d'objectifs thérapeutiques.

Tel que relevé précédemment, il existe une kyrielle de questionnaires d'évaluation (principalement occidentaux) mis au point comme outils du processus d'évaluation. L'essentiel c'est qu'un bon outil d'évaluation puisse mesurer ce dont il avait pour but de mesurer et produire les mêmes résultats chaque fois<sup>4</sup>. (*Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse: Opportunities for Coordination, Technical Assistance Publication (TAP) Series II*). Avant de faire recours à un questionnaire d'évaluation, il importe de s'assurer que des recherches ont été effectuées afin d'en déterminer la validité et la fiabilité auprès d'un public semblable à celui auprès de qui le questionnaire sera utilisé.<sup>5</sup>

4 <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/taps/11e.htm>

5 Par exemple, un instrument peut être un outil d'évaluation valide et fiable auprès d'hommes adultes blancs, mais pas nécessairement utile pour effectuer une évaluation auprès d'adolescentes.

## Évaluation

L'on pourrait considérer le processus d'évaluation comme « le ciment qui fait tenir le système de traitement ensemble » (auteur). Une évaluation initiale identifie des renseignements critiques dont se servent le praticien et le client leur permettant de prendre des décisions quant aux prochaines étapes du traitement.

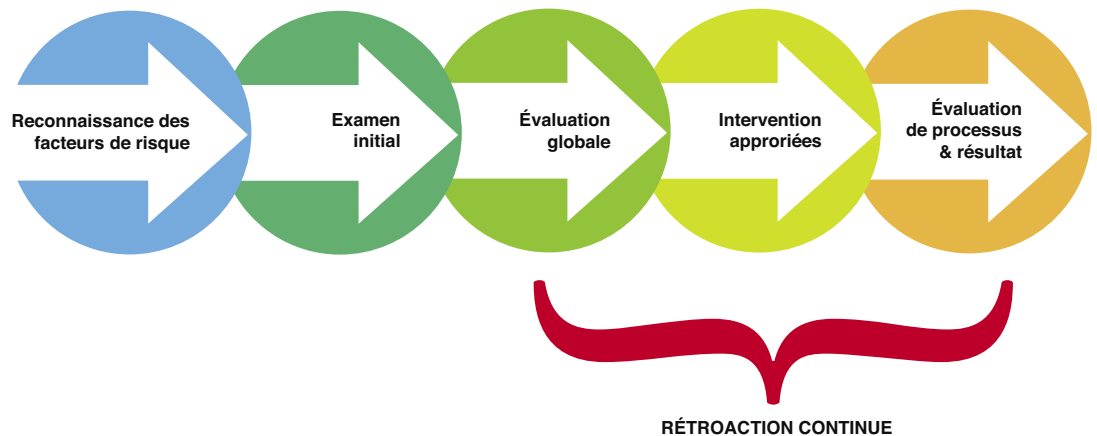
L'évaluation constitue une composante essentielle du continuum des soins et ses caractéristiques sont ainsi qui suit :

- elle fournit des renseignements aux clients sur le rapport qu'il y a entre leurs problèmes et la toxicomanie. Le processus d'évaluation amène le client ou la cliente à se rendre compte du rôle que jouent l'alcool et d'autres drogues dans sa vie et à examiner les conséquences qu'entraîne la consommation de ces derniers sur certains aspects importants de sa vie ;
- elle fournit de la rétroaction de motivation aux clients en établissant un profil individuel personnalisé des résultats de l'évaluation. En présentant de la rétroaction individualisée de manière motivante, on parvient à faire participer le client dans le processus de planification du traitement ;
- elle oriente la planification du traitement, en permettant d'associer le niveau approprié et l'intensité du traitement ;
- elle contrôle le plan de traitement grâce à une évaluation permanente permettant de déterminer si le client devrait continuer au niveau de service en cours ou passer à un autre niveau ; et
- elle permet d'établir les niveaux de référence auxquels fonctionne le client; ainsi donc, on parvient à comparer les niveaux de fonctionnement du client ou de la cliente dès le début du contact avec le système de traitement avec ses niveaux de fonctionnement ultérieurs à différents moments tout au long de son voyage de traitement et de suivi.

### Questions clés à poser lors du choix d'un outil d'évaluation :

- Que voulez-vous mesurer?
- Que faut-il savoir sur le client ou la cliente afin d'élaborer un plan de traitement approprié?
- Quelles sont les caractéristiques principales du client ou de la cliente (par exemple, la culture, le sexe, l'âge) que vous devrez évaluer afin de déterminer les prochaines étapes?
- Quel est le contexte communautaire/intergénérationnel de la toxicomanie?
- L'outil d'évaluation est-il sensible au traumatisme?

Les évaluations, contrairement au repérage, sont, ou devraient être, des actions continues tout au long du traitement du client ou de la cliente. Tel que représenté ci-dessous, un processus complet d'évaluation se compose de cinq étapes consécutives :



La Schizophrenia Fellowship of NSW<sup>6</sup> Inc. (<http://www.sfnsw.org.au/About-Mental-Illness/Quality-of-Life/Indigenous/default.aspx>) prévient que, trop souvent, la mise en œuvre et l'utilisation des outils de repérage et d'évaluation, s'effectuent au détriment des autochtones. L'association (la Schizophrenia Fellowship de NSW Inc.) souligne que le principal obstacle à l'évaluation et à la prestation de services de santé mentale est le fait que les praticiens ne reconnaissent pas la vision du monde autochtone et le rôle que joue la culture dans la vie des peuples autochtones. L'auteur ou les auteurs du site Web précisent que, dès le départ, les services sont souvent voués à l'échec, car ils ne reconnaissent pas que la perception de la santé mentale par les peuples autochtones est différente de la perception traditionnelle des Européens à prédominance blanche. L'approche du modèle médical occidental de diagnostic et de prise en charge d'un problème physique ou mental particulier d'une personne sont incompatibles avec les besoins de nombreux peuples autochtones « lesquels adoptent une approche davantage holistique de la santé mentale et du bien-être social, affectif et spirituel, et mettent un accent plus particulier sur la contribution de la famille et de la communauté » (la Schizophrenia Fellowship de NSW Inc.).

Le processus d'évaluation devrait intégrer des renseignements de diverses sources – du client, des membres de famille, des notes ou des dossiers issus d'autres fournisseurs de services impliqués dans la prise en charge du client ou de la cliente, ainsi que des antécédents médicaux, etc. Une fois les renseignements recueillis, ils font l'objet d'un examen et d'une évaluation par un professionnel qualifié. Les renseignements et l'interprétation qu'en fait le professionnel traitant sont ensuite utilisés pour élaborer des plans de traitement. D'autres personnes proches du client ou de la cliente – c'est-à-dire des gens ayant, ou ayant eu des liens avec la personne évaluée devraient également être interrogées lors de l'évaluation. Parfois appelées «sources collatérales»<sup>7</sup>, on devrait demander à la personne de fournir des renseignements descriptifs plutôt que de porter des jugements sur celle-ci. Tout comme les interrogatoires de patients, les renseignements ainsi recueillis ne sont toujours pas exacts. D'éventuelles sources collatérales comprennent les membres de la famille, les pairs, les enseignants, les employeurs et d'autres personnes pouvant détenir des informations utiles.

Un avantage clé qu'offre l'utilisation de questionnaires normalisés<sup>8</sup> est que l'on pourrait facilement en trouver des renseignements sur la fiabilité et la validité. Un instrument à *validité* élevée mesurera avec précision ce qu'il doit mesurer. Un instrument à *fiabilité* élevée produira des résultats constants ; les résultats du test ne s'en trouveront pas influencés de manière importante par des facteurs changeants ou endogènes (tels que l'humeur de la personne ou le moment de la journée). Le questionnaire devrait être standardisé ou validé auprès d'un public semblable à celui auprès de qui il sera utilisé<sup>9</sup>. Toutefois, même lorsque la crédibilité de ces questionnaires aura été prouvée, ses résultats peuvent s'en trouver influencés par d'autres facteurs, notamment :

- la tentative par des individus qui les utilisent d'en «biaiser» les résultats en répondant aux questions de façon intentionnellement incorrecte ;
- la capacité des gens à lire et à comprendre les éléments du test ;
- la motivation des personnes à prendre le questionnaire au sérieux ; et
- la sensibilité aux réalités culturelles du questionnaire.

Le processus d'évaluation serait d'autant plus utile et instructif si l'on emploie une variété de techniques. Le questionnaire est un outil d'aide à la prise de décision. Comme toutes techniques, les limites de ces tests doivent être reconnues. Les membres du personnel à qui incombe la responsabilité de les faire passer et en interpréter les résultats devraient être dûment formés.<sup>10</sup>

- Le continuum dépistage – évaluation – traitement est représenté par un ensemble progressif de problèmes et pour chaque problème, il y a des questions y relatives à poser à chaque étape. Il importe également de mentionner le contexte de la relation thérapeutique client/conseiller dans le continuum. La relation client/conseiller est le forum où le repérage et l'évaluation ont généralement lieu, et c'est ici que l'on retrouve des préjugés individuels et culturels, ainsi que la domination des théories et des pratiques classiques. Pour des Premières Nations et des Inuits qui accèdent pour la première fois à un service de toxicomanie et/ou de santé mentale, il peut s'agir là du début d'une série d'erreurs de diagnostic, de racisme et de stigmatisation; de tels revers pouvant être imputés au manque de reconnaissance de la culture, aux problèmes familiaux et communautaires et aux traumatismes intergénérationnels, et au fait que des prestataires de service inscrivent, comme étant séparées et distinctes, les expériences personnelles des déterminants sociaux de la santé. Par conséquent, le rôle du conseiller devient un enjeu important dans le processus de repérage et d'évaluation.

Il existe des questionnaires normalisés pour évaluer les individus dans une variété de domaines. En faisant le choix de ces outils, il faudrait d'abord envisager quels domaines évaluer et les options devraient être limitées aux questionnaires conçus pour aborder ces domaines.

### Les éléments suivants devraient être pris en compte lors de l'examen des différents outils d'évaluation :

- facilité d'utilisation ;
- expertise et temps requis par le personnel pour faire passer et noter le test;
- formation requise pour faire passer et noter le questionnaire, et si oui ou non ce type de formation est disponible ;

- possibilité de partialité (culturelle ou dans l'administration du test) ;
- validité (des études ont-elles prouvé que le questionnaire mesure avec précision ce qu'il était censé mesurer?) ;
- fiabilité (des études ont-elles montré que si la même personne venait à passer de nouveau le test les résultats en seraient les mêmes?) ;
- crédibilité des tests auprès des membres de la communauté judiciaire et des professionnels traitants ;
- adaptation du test au processus d'entrée et d'extraction de données du système d'information de gestion;
- si le test a été standardisé auprès d'un public semblable à la clientèle ;
- disponibilité de test dans des langues autres que l'anglais ;
- degré de motivation, habiletés en expression orale et en compréhension de l'écrit requises chez les personnes devant être évaluées ;
- propension à la manipulation du test ; et,
- coût moyen par test.

### Besoin d'outils culturellement adaptés

L'analyse qui précède sur le repérage et l'évaluation correspond le mieux à la façon dont la science et les praticiens occidentaux définissent les principaux ingrédients d'un « bon outil de repérage ou d'évaluation ». Une omission cruciale de ce parti-pris occidental est l'absence totale de reconnaître le rôle de la culture des Premières Nations et des Inuits.

Le centre d'intérêt du modèle biomédical occidental est l'individu, alors que les Premières Nations ou les Inuits perçoivent la santé et le bien-être, y compris les questions de toxicomanie et de santé mentale, comme étant des pièces reliées, qui font partie d'un mode de vie plus holistique, où les individus font partie de et sont touchés par la famille, la communauté, la culture, ainsi que par leur lien intime et complexe avec la terre. Si un membre des Premières Nations ou un Inuk fait face à un problème de toxicomanie ou de santé mentale, c'est signe d'un déséquilibre entre la vie physique, mentale, sociale ou spirituelle de la personne, et le problème doit être vu sous l'angle de la définition des Premières Nations ou des Inuits des déterminants sociaux de la santé, ainsi que du contexte historique de ces derniers. Tel qu'affirmé dans *Honorer nos forces* (2011), les déterminants sociaux de la santé propres aux Premières Nations – la revitalisation de la culture, la langue, la famille, la communauté, le lien, la terre, etc., jouent un rôle essentiel dans la réduction de l'ampleur des problèmes de toxicomane. La reconnaissance de la nécessité pour et l'utilisation des outils de repérage et d'évaluation culturellement adaptés et appropriés aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie, ainsi que la nécessité d'offrir davantage de services et procéder à l'intégration de ceux-ci, sont indispensables pour répondre aux besoins des clients et des collectivités.

Une grande partie de la recherche dirigée par les autochtones de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Canada souligne le fait que les outils de repérage et d'évaluation mis au point à partir d'un modèle occidental et biomédical prennent rarement en compte l'aspect culturel des peuples autochtones. Par exemple, de nombreux participants à l'*Atlantic Chiefs Health Priority Planning Session* (2011) (séance de planification et d'établissement des priorités en matière

7 Tiré de : <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/taps/11e.htm>. Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse: Opportunities for Coordination, Technical Assistance Publication (TAP) Series 11.

8 Tiré de : Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse: Opportunities for Coordination, Technical Assistance Publication (TAP) Series 11

9 Par exemple, un instrument utilisé auprès d'adolescents doit être standardisé auprès d'autres adolescents. Un instrument qu'on utilisera auprès d'auteurs d'actes criminels devrait avoir été standardisé auprès d'autres populations de délinquants.

10 Cela souligne la nécessité, en particulier dans des régions éloignées et du nord, de mettre à la disposition du PNLAADA/PNLASJ et d'autres travailleurs/professionnels de la toxicomanie et la santé mentale, les ressources de formation requises.

de santé des chefs autochtones de l'Atlantique) ont déclaré qu'il y a un besoin urgent d'élaborer un outil et un processus « culturellement sécuritaires pouvant identifier et repérer des individus à risque. » L'un des participants a fait la remarque selon laquelle il y a un besoin (s'agissant ici de la santé mentale) de :

« développer et faire recours à un outil de repérage culturellement approprié, apprendre aux travailleurs et aux membres de la communauté à reconnaître les risques des troubles mentaux, accroître la sensibilisation aux services disponibles : services de santé mentale, guide de l'utilisateur communautaire, développer un outil ou un mécanisme/processus culturellement sécuritaire et approprié d'identification et de repérage des membres à risque de la communauté.»

Des universitaires et des praticiens en matière de santé mentale en Australie et en Nouvelle-Zélande n'ont cessé pour un temps maintenant de souligner que les évaluations pour des problèmes de santé mentale, en particulier, chez les autochtones sont largement inappropriées, pour des raisons suivantes : (O'Shea 1996)

- la non-reconnaissance des points de vue des autochtones en matière de santé mentale ;
- le recours aux normes culturelles non autochtones pour évaluer le comportement convenable;
- l'utilisation d'outils et de critères diagnostiques inadéquats ; et la non-maîtrise de la langue ou des variations spécifiques qui lui sont propres, y compris la méconnaissance d'expressions argotiques et familières.

Les chercheurs australiens et néo-zélandais autochtones soulignent en outre que les services d'évaluation et de traitement peuvent être plus efficaces et plus appropriés s'ils intègrent les principes suivants :

- prendre compte la vision holistique de la santé mentale, le bien-être social, affectif et spirituel, ainsi que l'importance du bien-être communautaire ;
- Lors du traitement ou du soutien d'une personne autochtone souffrant de problèmes mentaux, le clinicien devrait être disposé à reconnaître et à faire face à d'autres problèmes importants auxquels la personne est confrontée, lesquels ont une incidence sur celle-ci; par exemple des problèmes tels que le traumatisme et la perte. Le clinicien devrait être conscient de ces problèmes, mais il devrait cependant s'assurer que c'est la personne elle-même qui détermine ce qui lui est important;
- s'abstenir de toute généralisation ou de tous préjugés envers les peuples autochtones, car il existe plusieurs groupes autochtones, chacun ayant des problèmes culturels qui lui sont propres ;
- être réceptif aux demandes d'intégrer des traitements traditionnels dans des services de santé mentale, surtout lorsque le comportement inhabituel d'une personne (tels que des hallucinations) est perçu par la communauté comme étant une réaction normale aux questions d'ordre spirituel ;
- effectuer, autant que faire se peut, les évaluations, les diagnostics et les traitements au sein de la communauté. Pour les peuples autochtones, les relations et le cadre sont des aspects qui leur sont importants; or, très souvent, les évaluations et le traitement ont lieu loin de la maison et de la famille ; et
- soutenir le droit à l'autodétermination des peuples autochtones dans des processus de soins de santé mentale en :
  - embauchant des agents de la santé autochtones qui assureront la liaison entre les communautés et les services de santé mentale (facilitant ainsi l'accès aux connaissances et aux compétences

autochtones) ;

- offrant des formations de sensibilisation à la culture aux agents de la santé mentale non autochtones ;
- assurant l'éducation et la formation des agents de la santé autochtones sur des questions de santé mentale ;
- formant des agents autochtones afin qu'ils puissent assurer l'éducation des travailleurs de la santé non autochtones ; et
- impliquant les peuples autochtones souffrant de schizophrénie, leurs familles et leurs soignants, ainsi que d'autres membres de la communauté dans des programmes d'éducation et de formation.

C'est dans le cadre d'une évaluation de l'*Ontario Common Assessment of Need (OCAN)* - évaluation des besoins communs de l'Ontario, que la place de choix qu'occupe la culture et la nécessité de mettre en place des outils d'évaluation culturellement appropriés ont fait l'objet d'intenses discussions. L'OCAN<sup>11</sup> est un outil d'évaluation qui sert à recueillir des renseignements personnels complets et cohérents des clients à l'échelle du système des services de santé mentale communautaires de l'Ontario. Des commentaires sur l'efficacité de l'OCAN pour certains clients des Premières Nations ont été recueillis du personnel du (James Bay Community Mental Health Program) - Programme de santé mentale communautaire de la baie James, des (N'Mninoeyaa Aboriginal Mental Health Services)- services de santé mentale autochtone de N'Mninoeyaa, et du (Noojmowin Teg Health Access Centre) – centre d'accès à la santé Noojmowin Teg. Sutherland et Maar (2010) font valoir que, quelles que soient les différences culturelles et les modèles de services de santé mentale des trois organismes des Premières Nations participants concernés, les participants ont identifié plusieurs questions qui leur sont communes, liées à l'OCAN:

- même si l'idée d'un outil d'évaluation commun a été appuyée par les prestataires, un tel outil doit pouvoir faire face au traumatisme et aux antécédents d'abus, tout en répondant aux besoins connexes en services aux clients autochtones ;
- un outil d'évaluation commun doit être culturellement sécuritaire ;
- en formant les travailleurs en santé mentale pour compléter un outil d'évaluation avec des clients autochtones, des scénarios culturellement spécifiques et réalistes doivent être utilisés lors des séances de formation ;
- s'agissant spécifiquement à l'OCAN, la langue et les termes utilisés dans plusieurs questions ne sont pas ceux auxquels les autochtones sont habitués. Ceux-ci devraient être reformulés pour les clients autochtones;
- plusieurs sections de l'OCAN ne semblent ni fiables, ni valables auprès des populations autochtones. Du fait des différences culturelles, langagières et de celles reliées au niveau de scolarisation, les questions sont diversement interprétées ;
- la non-intégration des services de santé mentale provinciaux et fédéraux constitue un obstacle majeur pour tirer pleinement parti des avantages éventuels d'un outil d'évaluation commun;
- plusieurs domaines ont été systématiquement décrits comme étant problématiques au sein des collectivités autochtones ; et
- l'OCAN n'a pas été validé ni au sein des communautés autochtones au Canada ni dans aucune autre communauté indigène.



Presque tous ceux ayant pris part à l'évaluation ont souligné la nécessité de la mise en place d'un processus dirigé par des autochtones, afin de développer davantage un outil d'évaluation qui reflète mieux les réalités des populations autochtones auprès de qui l'outil pourrait être utilisé, en y incorporant les aspects suivants :

- concevoir un protocole d'évaluation culturellement sécuritaire de concert avec la communauté desservie, lequel protocole sera plus représentatif du voyage du patient autochtone et permettra également à déterminer comment, quand et avec qui l'outil serait administré;
- apporter des améliorations à la conception globale de l'outil, afin d'en atténuer le caractère inquisiteur et afin qu'il paraisse moins comme une succession linéaire de questions, mais comme un outil qui soit davantage conforme à une approche holistique du cercle d'influences;
- procéder à une réorientation: d'un « outil d'évaluation » axé sur les besoins et les besoins non satisfaits, à un « inventaire de bien-être personnel » davantage axé sur les forces ; et
- apporter des améliorations dans des domaines spécifiques tels que les transports, l'expression sexuelle, le logement, l'argent et l'accès à une ligne téléphonique, afin que ces derniers reflètent mieux les réalités culturelles, géographiques et communautaires autochtones.

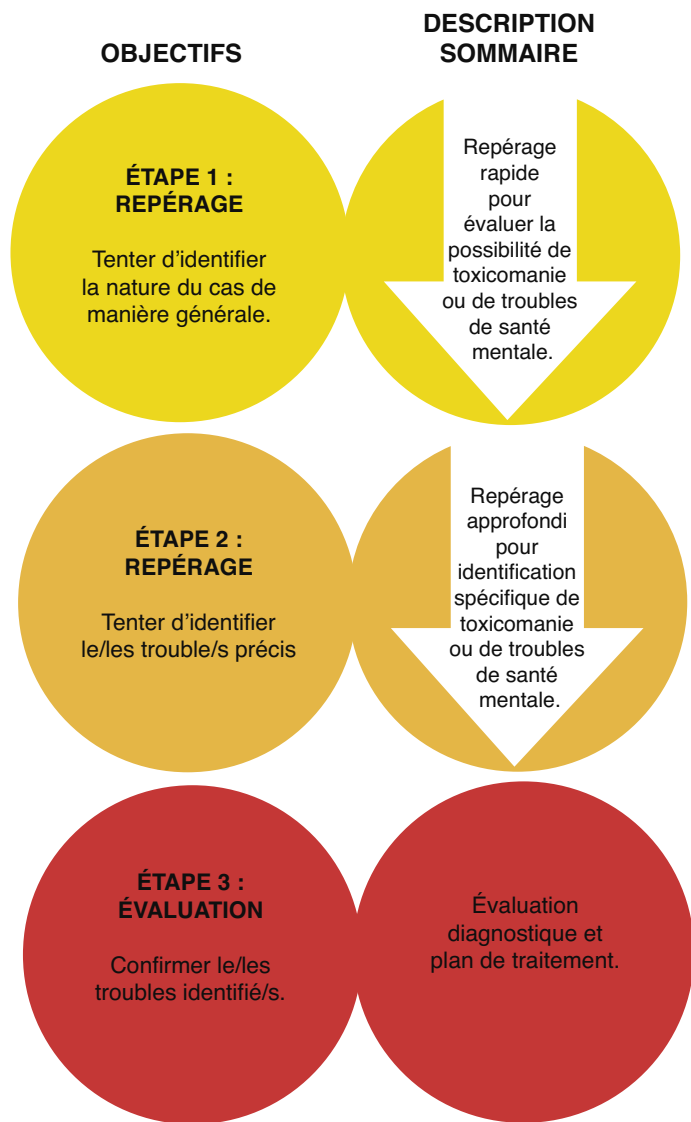
### Outils de repérage et d'évaluation des problèmes liés aux troubles concomitants

Les troubles concomitants ou problèmes cooccurrents renvoient à un état pathologique où une personne est aux prises avec un problème de toxicomanie et de santé mentale en même temps. Le Dr Brian Rush (2002) définit les troubles concomitants comme étant « la présence simultanée d'au moins un trouble mental et au moins un abus de ou une dépendance à une substance conformément à la définition du manuel DSM-IV. » Chez certaines personnes, la dépendance pourrait avoir été due à un problème de santé mentale sous-jacent, ou alors, une personne peut être aux prises avec un problème de santé mentale provoqué par l'abus de substances. Des recherches font état de ce qu'une bonne frange des clients du secteur de traitement de la toxicomanie et des secteurs de santé mentale, ainsi que d'autres secteurs de la santé partout au pays font face à des troubles concomitants ou cooccurrents.

Le repérage et l'évaluation des personnes aux prises avec des troubles concomitants sont souvent complexes; une complexité qui se complique davantage du fait du manque d'un outil unique de repérage des troubles concomitants, adapté à tous les problèmes de toxicomanie et contextes de santé mentale (CAMH, 2006). Alors, bon nombre d'organismes et cliniciens se voient obligés de procéder à l'ajout d'éléments nouveaux dans leurs travaux en cours, tandis que des organismes de lutte contre la toxicomanie doivent souvent, eux aussi, recourir à l'ajout d'un processus de repérage des troubles mentaux aux procédures de repérage déjà en place. Les prestataires de services de santé mentale ajoutent maintenant le dépistage de la toxicomanie à leurs procédures de repérage existantes (CAMH, 2006).

Dans *Screening for Concurrent Substance Use and Mental Health Problems in Youth* (CAMH, 2009) - repérage des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale chez les jeunes, l'approche de dépistage et d'évaluation par étape est représentée ainsi qui suit :

**FIGURE 1: UNE MÉTHODE PAR ÉTAPES POUR LE REPÉRAGE ET L'ÉVALUATION.**



CAMH (2006) a proposé l'utilisation des « Feuilles de route » de repérage et d'évaluation lors des interventions auprès des clients susceptibles de connaître des problèmes de santé mentale liés aux troubles concomitants. Le recours à de tels outils à des moments précis du processus de dépistage et d'évaluation permet d'avoir une approche commune au repérage. Le CAMH fait valoir que les organismes devraient vérifier la présence des troubles concomitants parce que :

- cela leur permettrait de mieux aider les clients, car ils disposeront de renseignements plus complets sur leurs problèmes ;
- l'incidence de troubles concomitants chez les clients aux prises avec des problèmes liés à la santé mentale et à la toxicomanie est très élevée ;
- au Canada et ailleurs, on recommande de plus en plus d'effectuer des repérages systématiques;
- des renseignements cliniques plus complets - repérage de troubles cooccurrents, dressent un portrait plus complet des problèmes auxquels le client fait face, permettant ainsi au clinicien de commencer véritablement à satisfaire les besoins cliniques de la personne ; et

- un problème cooccurrent non repéré peut avoir de nombreuses incidences négatives sur un client et ses proches. Il peut provoquer un renvoi répété de clients d'un système à l'autre de toxicomanie et de santé mentale, ou le recours fréquent aux services d'urgences ou même l'hospitalisation du client ou de la cliente.
  - plus précisément, un problème cooccurrent non repéré peut nuire à la capacité d'une personne à suivre le plan de traitement jusqu'au bout.

Selon les chercheurs du CAMH, il est plus probable que les services de santé mentale reçoivent des personnes atteintes de maladies mentales graves telles que la schizophrénie ou le trouble bipolaire et les fournisseurs de services de toxicomanie des gens aux prises avec des troubles de l'humeur, de l'anxiété ou de la personnalité. Des antécédents de traumatisme et la persistance de symptômes liés au traumatisme sont également très fréquents chez les clients faisant face aux problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. CAMH (2006) fait état de ce qu'entre 25 % et 66 % des personnes suivant le traitement auront des antécédents de traumatisme, quoique pas toute personne ayant vécu un traumatisme développera des symptômes de stress post-traumatique. Chez les femmes, l'expérience de la violence physique et/ou sexuelle et des problèmes de santé mentale et de toxicomanie s'en trouvent encore plus graves.

Comme tout outil de repérage en général, un outil de repérage des troubles concomitants se doit d'être:

- bref;
- valable et fiable;
- sensible et précis.



Plutôt que d'utiliser un simple modèle de notation ou de questionnement par le personnel, le recours à un outil de repérage réel permet d'avoir des mesures plus objectives de la présence possible de problèmes de toxicomanie ou de santé mentale (CAMH, 2006). Plus important encore, les outils de repérage peuvent être normalisés entre organismes et systèmes de traitement de troubles mentaux et de toxicomanie, permettant ainsi de s'assurer que les clients présentant des troubles concomitants seront identifiés et que des services appropriés leur seront offerts.

Les outils de repérage de troubles concomitants peuvent être dimensionnels ou diagnostics (CAMH, 2006). Un « outil dimensionnel » tel que le Global Assessment of Individual Needs - Short Screener (GAIN-SS)- échelle de repérage bref GAIN, mesure la quantité, le degré ou la fréquence d'un paramètre (par exemple, la toxicomanie, la santé mentale, le recours aux services de traitement). Les outils de dépistage et de diagnostic appliquent les critères diagnostiques du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM – IV ) - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et indiquent la présence ou non d'un trouble psychiatrique. Le Psychiatric Disorders Screening Questionnaire -Questionnaire de dépistage de troubles psychiatriques (PDSQ) en est un exemple d'outil de diagnostic.





CAMH (2006) a mis au point les feuilles de route qui suivent, permettant le repérage et l'évaluation efficaces des troubles concomitants :

La feuille de route ci-dessous est destinée aux organismes de santé mentale (les outils d'évaluation et de planification du traitement qui figurent dans la colonne Possibilités ne sont indiqués qu'à titre d'exemple):

Étapes	Questions/Problème	Possibilités
<b>Repérage</b> 	Is there evidence of a possible substance use problem that requires further investigation?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calcul des probabilités fondé sur tous les renseignements disponibles</li> <li>• Questions brèves sur l'usage d'alcool ou d'autres drogues</li> <li>• CAGE-AID</li> <li>• GAIN Short Screener (GAIN-SS) - Échelle de repérage bref GAIN</li> <li>• GAIN Substance Use Disorder Scale (GAIN-SADS) – Échelle sur des troubles liés à l'usage abusif d'alcool et d'autres drogues</li> <li>• Psychiatric Disorders Screening Questionnaire -Questionnaire de repérage de troubles psychiatriques (PDSQ)-alcohol/drug subscales - sous-échelle sur la l'usage abusif d'alcool et d'autres drogues</li> <li>• AUDIT (alcool seulement)</li> <li>• Poser également des questions sur la consommation d'autres drogues au cours de la vie et de l'année écoulée.</li> </ul>
	<b>Évaluation</b> 	La personne est-elle en situation de crise ou éprouve-t-elle des symptômes de sevrage?
	Quelle est la gravité du problème? Est-ce un cas d'abus ou dépendance?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échelle sur la dépendance à l'alcool (ADS)</li> </ul>
	Quelle est la portée ou quelles sont les caractéristiques du problème de consommation ou d'abus d'alcool ou d'autres drogues?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drug History Questionnaire - Questionnaire relatif aux antécédents d'abus de drogues(DHQ)</li> <li>• Méthode de suivi linéaire</li> <li>• Indice de gravité d'une toxicomanie (ASI)</li> </ul>
	Quel est l'effet sur les symptômes des troubles mentaux et la conformité? Quelle est la matrice de gains? Questions d'ordre biopsychosocial?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents du client ou de la cliente</li> <li>• Matrice de gains Mueser</li> <li>• Dimensions biopsychosociales</li> </ul>
	Les symptômes des troubles mentaux, sont-ils induits par une substance?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents thérapeutiques des troubles mentaux et réponse à la réduction de la consommation des substances.</li> </ul>
<b>Planification du traitement</b>	Quelle serait la façon appropriée de structurer le traitement?	

La feuille de route ci-dessous est destinée aux organismes de traitement de la toxicomanie (les outils d'évaluation et de planification du traitement qui figurent dans la colonne Possibilités ne sont indiqués qu'à titre d'exemple).

Étapes	Questions/Problème	Possibilités
<b>Repérage</b> 	Y a-t-il des preuves d'un possible problème de toxicomanie nécessitant une enquête plus approfondie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notation par le personnel sur la base de tous les renseignements disponibles—ABC</li> <li>• Questions brèves sur la santé mentale.</li> <li>• Échelle de repérage bref (GAIN-SS)</li> <li>• Modified Mini Screen</li> <li>• K6</li> <li>• Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) sous échelle sur l' « état psychologique »</li> <li>• Questionnaire de repérage de troubles psychiatriques (PDSQ)</li> </ul>
	<b>Évaluation</b> 	La personne, est-elle en situation de crise?
	Quelle est la nature du problème de santé mentale?	Entrevue psychiatrique structurée (DSM-IV)
	Quelle est la gravité des problèmes ou des symptômes?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptom Check List-90 Revised - Liste de vérification des symptômes - 90 révisée (SLC-90)</li> <li>• Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)-Échelle de notation psychiatrique brève</li> <li>• Disorder specific tests, e.g., Beck Depression Inventory-II – Tests portant sur un trouble précis, par ex., l'Inventaire de dépression de Beck-II</li> </ul>
	Quel est l'effet sur les symptômes de maladie mentale et la conformité au traitement? Quelle est la matrice de gains? Y a-t-il des questions biopsychosociales?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents des clients, analyse du comportement et analyse fonctionnelle.</li> <li>• Multnomah Community Ability Scale (MCAS)- Échelle de capacité communautaire Multnomah</li> <li>• Behaviour and Symptom Identification Scale (BASIS-32/24) - Échelle d'identification des comportements et des symptômes.</li> <li>• Quality of life scales, e.g., Wisconsin Quality of Life Provider Questionnaire - Échelles de qualité de vie, p. ex., Wisconsin Qualité of Life Provider Questionnaire</li> <li>• Matrice de gains de Mueser.</li> </ul>
	Les symptômes de maladie mentale sont-ils provoqués par l'alcool ou d'autres drogues?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents de traitement pour problématiques de santé mentale et réaction à la réduction de la consommation d'alcool et d'autres drogues.</li> </ul>
<b>Planification du traitement</b>	Comment le traitement devrait-il être structuré ?	

Les feuilles de route comportent des options qui dans certains contextes pourraient être assimilées aux outils d'évaluation ou de planification du traitement. Tel que le relève le CAMH, les feuilles de route mettent l'accent sur le repérage - la première étape de l'engagement du client ou de la cliente. Les deuxième et troisième étapes servent à renforcer le rôle du repérage dans le continuum de dépistage, d'évaluation et de planification du traitement. Quel que soit le prestataire de services, lorsque les cliniciens se servent d'un outil de repérage formel, il leur faut tenir compte du fait que des problèmes contextuels peuvent avoir une incidence sur les résultats, notamment :

- les directives qui ont été données au client pour compléter l'outil;
- le cadre dans lequel le repérage a lieu (p.ex., le niveau de protection de la vie privée) ;
- la confiance et le rapport entre le client et le clinicien ; et
- le degré de détresse du client ou de la cliente au moment du dépistage.

Le rapport *Meilleures pratiques relatives aux troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie* (Santé Canada, 2002) relève également que très peu de mesures d'évaluation ont été évaluées pour leur fiabilité et leur validité auprès des

personnes souffrant de troubles concomitants. Produit par le CAMH, ce rapport propose l'utilisation des outils suivants lors des interventions auprès des clients aux prises avec des troubles concomitants :

- l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) - outil d'évaluation normalisé couramment utilisé dans des programmes de traitement de la consommation d'alcool et d'autres drogues;
- évaluation du stade de changement et la motivation au traitement – recommandée pour l'évaluation des personnes présentant des troubles concomitants, afin de vérifier leur motivation au changement, y compris le stade de changement et/ou le stade auquel se trouve l'individu dans le processus de traitement ;
- l'évaluation du fonctionnement psychosocial - l'évaluation des troubles mentaux et de la toxicomanie doit viser le fonctionnement psychosocial global de la personne, y compris ses besoins fondamentaux comme le logement, l'alimentation, le soutien social, le travail, l'éducation, etc. Cela comprend également une évaluation du comportement à risque élevé pour le VIH, la violence et la victimisation, etc. Le protocole le plus complet pour l'évaluation et la classification du fonctionnement social est le *Person-in-Environment System* (PIE). Ce protocole d'évaluation, mis au point par les professionnels du travail social, est compatible avec la perspective biopsychosociale générale de la toxicomanie et de la santé mentale. Il complète le processus d'évaluation diagnostique du DSM-IV en mettant l'accent séparément sur les facteurs liés au fonctionnement social (p. ex., la famille, les amitiés, la communauté) et aux problèmes environnementaux (p. ex., l'alimentation, le logement, l'emploi) et en y intégrant par la suite le diagnostic de troubles mentaux et physiques. Le système comprend les évaluations cliniques de la sévérité, de la durée et de la capacité d'adaptation; et,
- un autre outil pour l'évaluation du fonctionnement est le *Global Assessment of Functioning Scale*. Avec le GAF, on demande à un clinicien connaissant bien la personne d'évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel global de celle-ci sur une échelle de 1 à 100. Des indicateurs clairs et concis sont offerts pour chaque tranche de 10 points de l'échelle. Le GAF peut être administré en se référant à des périodes variables (p. ex., le niveau le plus élevé actuellement, l'an dernier) et il constitue le résultat opérationnel de l'axe V de l'évaluation multiaxiale du DSM-IV.

Les outils de repérage utilisés auprès des jeunes présentant des troubles concomitants suscitent encore la controverse parmi de nombreux cliniciens. Selon Chaim et Henderson (2009), les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie chez les jeunes sont associés à des mauvaises issues à l'âge adulte, cependant, des approches efficaces et efficaces de repérage, d'évaluation et de traitement, surtout destinés aux jeunes, commencent à peine à faire surface. En dépit du manque d'outils et de procédures solides d'intervention auprès des jeunes présentant des troubles concomitants, des préoccupations relatives aux troubles concomitants chez ces derniers sont en train d'être identifiées dans des services d'un secteur à l'autre, notamment dans les secteurs de la protection de l'enfance, la justice pour les jeunes, la santé mentale, les toxicomanies, l'éducation, les soins de santé, le logement et au sein d'autres organismes de services sociaux. Afin de faire véritablement face aux problèmes de cette frange de la population, les auteurs proposent le recours au GAIN-SS comme outil de repérage. Le GAIN SS est un outil de repérage intégré, dont les caractéristiques sont les suivantes :

- il sert au repérage de la toxicomanie et des troubles mentaux ;
- il est bref (entre cinq et sept minutes pour le compléter);
- il peut être rempli par soi-même sur papier avec crayon ou sur ordinateur ;
- le GAIN-SS a été validé pendant 10 ans, voire plus (y compris pour l'utilisation auprès des adultes) ; et
- il coûte moins cher : 100 \$ pour une licence de 5 ans pouvant être valable pour plusieurs organismes.

Il importe toutefois de noter qu'en ce qui concerne les conclusions tirées au sujet de l'utilisation du GAIN-SS, la répartition ethnique des jeunes ayant participé à l'étude ne comprenait que 5,1% de ceux-ci s'identifiant comme étant autochtones (y compris ceux des milieux urbains, n'ayant pas d'affiliation spécifique à une Première Nation ou à une bande).

## Panier d'outils de repérage et d'évaluation suggéré PNLAADA/PNLASJ

Les outils de repérage et d'évaluation suggérés suivants ont été choisis à la suite d'une analyse documentaire approfondie, mais aussi sur la base des commentaires sur les Constatations sommaires relatives aux *NNADAP/YSAP Community & Treatment Centre Screening & Assessment Tools Questionnaires* (2012)- Questionnaires sur les outils de repérage et d'évaluation communautaires des centres de traitement du PNLAADA/PLASJ, ainsi que des commentaires des membres de la communauté de pratique de la FANPLD. Ce panier d'outils a pour but de mettre en place un ensemble d'outils normalisés pour l'utilisation du personnel du PNLAADA et du PNLASJ aussi bien au niveau communautaire qu'au niveau des centres de traitement. La mise en œuvre et l'utilisation d'outils de repérage et d'évaluation normalisés dans l'ensemble du système du PNLAADA/PNLASJ, renforceront l'usage d'un langage commun dans la prestation des services et le traitement, permettant ainsi d'offrir un continuum de soins plus cohérents et homogènes axés sur le client.

## Outils de repérage pour examen

### AADIS (Adolescent alcohol and Drug Involvement Scale) – Échelle sur l'implication d'adolescents dans la consommation d'alcool et de drogues.

L'AADIS est un outil de repérage à 14 points qui mesure et évalue l'usage inapproprié de drogues ou d'alcool chez les adolescents. Pour compléter l'AADIS, il faut entre 5 à 15 minutes, pour ce qui est de l'auto-administration ou de l'entrevue de clinicien. Le protocole est dans le domaine public et peut être consulté au lien suivant: <http://uwphi.pophealth.wisc.edu/programs/evaluation-research/adis.htm>

### ASSIST

L'ASSIST est un questionnaire à 8 points, conçu pour être administré par un agent de santé avec papier et crayon, et il faut entre 5 à 10 minutes environ pour le faire passer. L'ASSIST a été conçu pour s'appliquer à une variété de cultures dans le repérage de l'usage :

- des produits du tabac
- d'alcool
- de cannabis
- de cocaïne
- de stimulants de type amphétamine (STA)
- des sédatifs et somnifères (benzodiazépines)
- d'hallucinogènes
- de substances inhalées
- d'opioïdes
- d'« autres » drogues

L'ASSIST établit une cote de risque pour chaque substance par laquelle l'on entame la discussion (intervention brève) avec le client sur sa consommation d'alcool et d'autres drogues. La cote ainsi obtenue est classée sous les catégories de risque « plus faible », « modéré » ou « élevé », laquelle catégorie détermine l'intervention la plus appropriée pour chaque niveau d'usage - (« aucun traitement », « intervention brève » ou « orientation vers un spécialiste pour évaluation et

traitement », respectivement). L'ASSIST recueille des renseignements des clients sur l'usage des substances à un moment ou un autre de la vie, ainsi que sur l'usage de substances et des problèmes connexes au cours des trois derniers mois. L'outil peut identifier une gamme de problèmes liés à la toxicomanie, dont l'intoxication aiguë, l'usage régulier, dépendant ou à « risque élevé » et les habitudes d'injection.

#### L'ASSIST comprend les questions suivantes :

La question 1 porte sur les substances ayant été utilisées par le client durant sa vie.

La question 2 porte sur la fréquence d'usage de substances au cours des trois derniers mois, ce qui donne une idée des substances les plus pertinentes pour expliquer l'état de santé actuel.

La question 3 porte sur la fréquence de désir ou d'envie forts d'utiliser chaque substance au cours des trois derniers mois.

La question 4 porte sur la fréquence de problèmes sociaux, juridiques, financiers ou de santé liés à la consommation de substances au cours des trois derniers mois.

La question 5 porte sur la fréquence à laquelle l'usage de chaque substance entrave l'acquiescement de responsabilités au cours des trois derniers mois.

La question 6 demande si quelqu'un d'autre s'était déjà dit préoccupé par la consommation du client ou de la cliente de chaque substance et à quand remonte la dernière fois que cela s'est produit.

La question 7 demande si le client ou la cliente a déjà essayé de réduire ou d'arrêter la consommation d'une substance, et avait échoué dans cette tentative et à quand remonte la dernière fois que cela s'est fait.

La question 8 demande si le client ou la cliente s'est déjà injecté une substance et à quand remonte la dernière fois que cela s'est fait.

#### Populations visées :

Validé pour utilisation chez les adultes de 18 à 60 ans. Les auteurs (OMS, 2010) stipulent que l'outil ASSIST présente une bonne neutralité interculturelle et il peut être utilisé auprès des adolescents. Les auteurs relèvent en outre que « le style et le contenu du questionnaire actuel ainsi que les seuils d'inclusion qui déterminent si un client est « à faible risque », « à risque modéré » ou « à risque élevé » peuvent faire en sorte qu'il ne soit pas indiqué pour utilisation chez les adolescents » (Organisation mondiale de la santé, 2010).

#### Administration:

L'ASSIST peut être complété en 5 - 10 minutes environ et on peut l'intégrer dans les soins primaires réguliers ou le faire passer par le client lors d'une consultation initiale en générale. Il peut également être administré par un autre membre du personnel pendant que le client attend de voir l'agent de santé.

#### AUDIT - (Alcohol Use Disorders Identification Test) - Test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool

L'AUDIT est un questionnaire à 10 points, qui permet de repérer l'usage dangereux ou nocif d'alcool.

#### Populations visées :

L'AUDIT a été utilisé auprès de diverses populations, dont des hommes et des femmes adultes, des étudiants, des clients souffrant de maladie mentale, des patients des urgences, ainsi que des personnes travaillant dans le système juridique. Il a également été utilisé dans plusieurs pays et a été jugé approprié pour utilisation auprès d'un éventail de groupes culturels, y compris chez les clients autochtones.

#### Administration, notation et l'interprétation

L'AUDIT peut être administré par des professionnels de première ligne et de la santé primaire.

L'Organisation mondiale de la santé fait savoir que même si une cote de 8 + indique un trouble lié à l'utilisation d'alcool, des mesures psychométriques suggèrent qu'un seuil de 4 + conviendrait pour les femmes, car, selon les auteurs, les femmes souffrent des dommages liés à la consommation d'alcool à des niveaux plus inférieurs que les hommes. Un seuil plus faible est également approprié pour les adolescents.

#### Site Web

Le manuel de l'AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary - Test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool: lignes directrices applicables aux soins primaires, peut être téléchargé au lien: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/)

#### CAGE-AID

Le CAGE-AID est un outil de repérage comportant quatre points :

1. Avez-vous déjà pensé que vous devriez réduire (Cut down) votre consommation d'alcool ou de drogue ?
2. Quelqu'un vous a-t-il déjà fâché (Annoyed) en vous disant que vous devriez diminuer votre consommation d'alcool ?
3. Vous êtes-vous déjà senti coupable (Guilty) à cause de votre consommation d'alcool?
4. Avez-vous déjà eu à consommer de l'alcool ou d'autres drogues en vous levant le matin pour mieux vous réveiller (Eye-opener), vous débarrasser d'une gueule de bois, vous calmer ou bien commencer la journée ?

Le CAGE-AID est une adaptation du CAGE original (conçu pour repérer la consommation problématique d'alcool). Il pose des questions sur la consommation au cours de sa vie.

#### Populations visées :

- Le CAGE-AID aux adultes et aux adolescents de plus de 16 ans.

#### Administration, notation et interprétation

- Le CAGE-AID peut être administré par un intervieweur, il peut aussi être sous la forme d'un questionnaire à remplir soi-même sur papier ou sur ordinateur;
- Il peut être administré en deux minutes ou moins;
- Aucune formation préalable n'est nécessaire;
- Un score de deux ou plusieurs réponses « Oui » indique que le client serait en train d'utiliser des substances à des niveaux nocifs ou dangereux et nécessite une évaluation plus complète.

#### Site Web

Pour plus de détails sur le CAGE-AID, consultez le lien suivant: <http://lib.adai.washington.edu/instruments/>

## DAST (*Drug Abuse Screening Test*) - Test de repérage de l'abus de drogues

Le DAST est un questionnaire de repérage comportant 20 questions, conçu pour identifier des individus ayant eu des problèmes d'abus de drogues (à l'exclusion de l'alcool) au cours des 12 derniers mois. Il comporte certains éléments du syndrome de dépendance tels que l'incapacité de s'abstenir, les symptômes de sevrage et une gamme de problèmes sociaux et affectifs liés à l'abus de drogues.

### Populations visées:

Le DAST est basé sur le Michigan Alcoholism Screening Test. Les autochtones (australiens) n'en ont fait que très peu d'usage.

## Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-8)

Le DTCQ-8 mesure le niveau de confiance du client ou de la cliente quant à sa capacité à faire face à des situations à haut risque qui pourraient le ou la pousser à consommer de l'alcool et d'autres drogues. L'outil fournit des renseignements sur les forces et les besoins du client ou de la cliente en ce qui a trait au risque de rechute. Il permet d'explorer l'éventualité de rechute du client ou de la cliente en identifiant non seulement des situations à haut risque chez cette personne, mais aussi le niveau de confiance de celle-ci à faire face à une situation présentant un risque particulièrement élevé.

Les huit situations à haut risque présentant un risque élevé de rechute se répartissent en deux grandes catégories de situations:

1. états personnels ; et situations impliquant d'autres personnes.

La catégorie « états personnels » renvoie aux états internes, tant physiques qu'affectifs (pensées et sentiments) et elle comprend cinq situations :

1. émotions désagréables ;
2. inconfort physique ;
3. émotions agréables ;
4. tests de contrôle personnel ; et pulsions et tentations.

L'autre catégorie, « situations impliquant d'autres personnes, » renvoie à des situations difficiles qui impliquent autrui :

1. conflit avec autrui;
2. pression sociale à consommer de l'alcool; et moments agréables avec autrui.

Pour certaines personnes, une classe de situations s'avère plus difficile que ne le sont d'autres.

### Populations visées :

- Adultes

### Administration

Le DTCQ-8 a des questionnaires distincts pour l'alcool et d'autres drogues. Lors de l'évaluation, l'on peut enregistrer jusqu'à trois substances séparément. Les types de drogues sont ainsi qui suit :

- l'alcool
- le cannabis
- la cocaïne
- les hallucinogènes
- l'héroïne

- les sédatifs
- les hypnotiques
- les solvants
- les stimulants
- les tranquillisants
- les autres stupéfiants

Si les substances préoccupantes sont des drogues, le DTCQ-8 s'appliquant aux drogues prévoit une ligne sur laquelle le conseiller insérerait le nom de la drogue. Les instructions en haut de la page demandent au conseiller de dire ceci au client «Imaginez-vous comme vous êtes maintenant dans chacune de ces situations.» La phrase qui précède chacune des déclarations est indiquée juste au-dessus des échelles de notation. Le client ou la cliente dit, «je serais en mesure de résister à l'envie de consommer beaucoup d'alcool si « j ('étais dans telle ou telle situation » et puis il ou elle choisit son niveau de confiance par rapport à la déclaration. C'est le client lui-même qui définit ce qu'il entend par « forte » consommation d'alcool.

## Planification du traitement

### Évaluation initiale

- Le conseiller doit faire une interprétation suffisante des résultats du DTCQ-8 au client et aux autres membres de l'équipe de traitement afin que ces renseignements puissent servir à élaborer le plan de traitement plus approprié.
- Pour certains clients, afin de comprendre leur risque de rechute, seul le global Self-Efficacy Score - mesure globale de la perception d'efficacité personnelle, leur suffit. Pour d'autres, la prise en considération du risque de rechute comme phénomène de situation spécifique est une nouvelle façon pour eux de penser. En discutant des résultats du DTCQ-8 avec ces derniers, il serait mieux d'entrer un peu plus dans les détails.
- Peut-être s'agit-il de la première fois qu'un client aurait à penser à la rechute comme processus qu'il pourrait comprendre et peut-être en faire face au cours du traitement. Le fait de mieux comprendre des situations à haut risque personnelles peut constituer un facteur qui motive le client ou la cliente à entamer le traitement.

### À propos du service de traitement

- Le service de traitement peut également se servir des résultats du DTCQ-8, lesquels lui offriront plus de détails dans l'élaboration d'un plan de traitement interne pour l'individu participant au traitement. Les interprétations plus détaillées des profils cliniques sont utiles, car elles permettent de mieux cibler les travaux de prévention de rechute sur les scénarios à haut risque spécifiques d'un client.

## Drug Use Screening Inventory (revised) (DUSI-R)- Inventaire de repérage d'utilisation de drogues (révisé)

Le DUSI-R mesure la gravité des problèmes dans 10 domaines :

1. abus de substances
2. trouble psychiatrique
3. problèmes de comportement
4. adaptation scolaire
5. état de santé
6. adaptation au travail
7. relations avec les pairs
8. compétences sociales
9. adaptation à la famille
10. Loisirs/activités récréatives

En outre, l'outil comporte une échelle de mensonge et documente l'usage de drogues et d'alcool, de substances préférées, ainsi que des substances avec lesquelles le client signale avoir le plus grand problème.

Le produit se sous forme de deux profils: (1) un profil indexant la gravité absolue du trouble (0 à 100 pour cent) ; et (2) un indice de problème relatif qui classe l'ordre de gravité dans les 10 domaines. Un score global de la densité du problème, allant de 0 à 100 pour cent, documente la gravité d'inadaptation.

Le DUSI-R sert à mesurer l'état actuel du client ou de la cliente, à identifier ce qu'il y a lieu d'être prévenu et à évaluer l'ampleur du changement après une intervention de traitement.

#### Populations visées :

- des enfants de plus de 10 ans ; les adolescents et les adultes
- Utilisateurs d'alcool/drogues connus ou soupçonnés ; traitements spécifiques correspondants à des problèmes spécifiques ; identification de jeunes dans le besoin de la prévention.

#### Administration:

Nombre de questions: 159 ; Nombre de sous-échelles : 11

#### Format(s):

- Sous forme de questionnaire à remplir soi-même sur papier
- entrevue
- observation
- sous forme de questionnaire à remplir soi-même sur ordinateur
- autres

Le temps requis pour l'administration est de 20 minutes. Il peut être rempli par soi-même ou avec un conseiller au cours d'une entrevue. Aucune formation n'est requise pour l'administration. La version d'auto-évaluation exige un niveau de compréhension de l'écrit de cinquième année.

#### Coût :

- le DUSI-R est sous droits
- coût : version papier 3.00 \$ par exemplaire ; administration et notation sur ordinateur 495,00 \$

#### Source : Ralph Tarter

Département des Sciences pharmaceutiques  
University of Pittsburgh, School of Pharmacy  
711 Salk Hall  
Pittsburgh, PA 15261

## GAIN Short Screener (GAIN-SS)

### (Global Assessment of Individual Needs) - Échelle de repérage bref GAIN-SS

Le GAIN-SS est conçu pour repérer des personnes susceptibles d'avoir un trouble mental (et qui devrait subir une évaluation complète). Étant donné que le GAIN-SS comporte une sous-échelle de repérage des troubles liés aux substances, il fait maintenant souvent partie de la liste d'outils de repérage de consommation de substances, ainsi que de celle de repérage de troubles de santé mentale. Le GAIN Substance Use Disorder Scale - échelle sur les troubles liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues fournit plus de renseignements détaillés sur les problèmes de toxicomanie.

Le GAIN-SS comporte quatre sous-échelles :

1. troubles internes (somatiques, suicide, anxiété, dépression, traumatisme) ;
2. troubles du comportement (trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, trouble du comportement) ;
3. troubles de toxicomanie (abus, dépendance) ; et crime/violence liés au comportement (violence interpersonnelle, crimes contre les biens, criminalité liée à la drogue).

#### Populations visées :

- Le GAIN-SS peut être utilisé auprès des adolescents et des adultes.

#### Administration, notation et interprétation

- Le GAIN-SS est conçu sous forme de questionnaire à remplir soi-même sur papier avec crayon ou sur ordinateur.

Des frais sont exigés pour son utilisation. Le coût et des renseignements supplémentaires sur l'outil GAIN se trouvent au lien suivant: <http://www.gaincc.org/>

## GAIN Substance Use Disorder Scale (GAIN-SUDS) - Échelle sur des troubles liés à l'utilisation abusive des substances

Le GAIN-SUDS est une échelle comportant 16 questions. Elle est basée sur les critères du DSM-IV s'appliquant à :

1. l'abus de substances (conséquences de l'utilisation) la dépendance à une substance (tolérance, sevrage, incapacité de contrôler l'utilisation)

Le GAIN-SUDS fait partie de la Global Appraisal of Individual Needs - évaluation globale des besoins individuels. L'échelle sur l'abus/la dépendance pose des questions sur la consommation d'alcool et d'autres drogues.

#### Populations visées :

- Il peut être utilisé chez les adolescents et les adultes.

#### Administration, notation et interprétation

- Il peut être administré sous forme de questionnaires de repérage à remplir soi-même à l'aide de papier et de crayon ou sur ordinateur et cela peut se faire en cinq à dix minutes. Un accord de licence est requis avant utilisation de tout questionnaire de la famille GAIN.

#### Site Web

Des frais sont exigés pour son utilisation. De plus amples renseignements sur les coûts et l'outil se trouvent au lien: [www.chestnut.org/LI/gain/index.html](http://www.chestnut.org/LI/gain/index.html)



## IRIS (Indigenous Risk Impact Screen) (Australie)

L'outil de repérage IRIS n'a été inclus que pour servir d'exemple d'outil de repérage autochtone, qui, le cas échéant, pourrait servir à concevoir un outil semblable pour les Premières Nations et des Inuits.

### OUTIL DE RÉPÉRAGE DU RISQUE POUR AUTOCHTONES

Encercler la réponse qui correspond le mieux à votre situation

1. Au cours des six derniers mois, avez-vous augmenté les quantités d'alcool que vous consommez pour obtenir l'effet désiré?			
Non	Oui	Oui, beaucoup plus	
2. Lorsque vous avez réduit ou arrêté votre consommation d'alcool ou de drogues dans le passé, avez-vous ressenti des symptômes quelconques, par exemple : transpiration, tremblements, se sentir malade (avoir la nausée, mal de cœur), diarrhée, se sentir déprimé ou anxieux, troubles du sommeil, malaises, douleurs?			
Jamais	Parfois quand j'arrête complètement	Oui, toujours	
3. Avez-vous régulièrement l'impression que vous buvez ou consommez de la drogue en plus grande quantité que ce que vous aviez prévu?			
Jamais/Presque jamais Une fois par semaine	Une fois par mois Plus d'une fois par semaine	Une fois par deux semaines Presque tous les jours/Tous les jours	
4. Vous sentez-vous régulièrement hors de contrôle lorsque vous buvez ou consommez de la drogue?			
Jamais/Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque tous les jours/Tous les jours
5. À quel point vous serait-il difficile de réduire ou d'arrêter votre consommation d'alcool ou de drogues?			
Pas du tout difficile	Assez facile	Difficile	Je serais incapable d'arrêter ou de réduire
6. À quel moment de la journée commencez-vous habituellement à consommer de l'alcool ou de la drogue?			
Le soir	L'après-midi	Parfois le matin	Dès que je me réveille
7. Vous arrive-t-il régulièrement de réaliser que la consommation d'alcool ou de drogues a été présente tout au long de votre journée?			
Jamais/Presque jamais	Parfois	Presque tous les jours/Tous les jours	
8. Vous sentez-vous souvent déprimé, triste ou paresseux?			
Jamais/Presque jamais	Parfois	Presque tous les jours/Tous les jours	
9. Vous arrive-t-il régulièrement d'être rempli de désespoir face à la vie?			
Jamais/Presque jamais	Parfois	Presque tous les jours/Tous les jours	
10. Vous arrive-t-il régulièrement de vous sentir nerveux ou effrayé?			
Jamais/Presque jamais	Parfois	Presque tous les jours/Tous les jours	
11. Êtes-vous souvent inquiet?			
Jamais/Presque jamais	Parfois	Presque tous les jours/Tous les jours	
12. Vous sentez-vous régulièrement agité ou fébrile, incapable de rester tranquille?			
Jamais/Presque jamais	Parfois	Presque tous les jours/Tous les jours	
13. Est-ce que certains événements passés dans votre famille affectent votre bien-être présent (par exemple, avoir été retiré de votre famille)?			
Jamais/Presque jamais	Parfois	Presque tous les jours/Tous les jours	

## MAST - Michigan Alcoholism Screening Test

Le MAST est un questionnaire de repérage à 24 questions conçu pour repérer et évaluer la dépendance et l'abus d'alcool. Il a été démontré que le MAST est suffisamment sensible et spécifique, avec un seuil de 13 dans le repérage d'individus répondant à des critères diagnostiques pour abus d'alcool et de dépendance. Des versions écourtées - 13 questions (SMAST) et 10 questions (MAST bref) du MAST peuvent être utilisées avec fiabilité comme questionnaires de repérage à remplir soi-même.

### Populations visées :

- Adultes
- Adolescents de plus de 16 ans

### Coût:

- aucun droit d'auteur
- 40,00 \$ par exemplaire, aucun frais lié à l'utilisation

## MMS - Modified Mini Screen

Le Modified Mini Screen est un test de repérage à 22 questions issu d'une entrevue psychiatrique structurée. Il est conçu pour repérer des personnes devant subir une évaluation pour des troubles de santé mentale. Le MMS porte sur trois catégories de problèmes de santé mentale :

1. troubles de l'humeur ;
2. troubles de l'anxiété ; et troubles psychotiques.

Certaines questions portent sur des problèmes sur une période donnée (la période varie de deux semaines à deux ans), tandis que d'autres portent sur des problèmes survenus tout au long de la vie du client ou de la cliente.

### Populations visées :

- adultes

### Administration, notation et interprétation

Il faut environ 15 minutes pour faire passer le MMS. Le client répond par oui ou non à chaque question et chaque réponse Oui vaut 1. Les valeurs vont de 1 à 22. Les valeurs se situant dans la moyenne entre 6 et 9 indiquent une probabilité modérée d'un trouble mental, et l'on devrait sérieusement envisager de référer le client afin qu'il ou elle subisse une évaluation diagnostique. Les valeurs de 10 ou plus indiquent une forte probabilité d'un trouble mental. Si tel est le cas, le client devrait certainement faire l'objet d'une évaluation diagnostique. Des réponses positives aux questions liées aux tendances suicidaires et au traumatisme indiquent également que des examens complémentaires par le client sont nécessaires, quelle que soit la valeur totale du MMS.

### Coût :

- peut être reproduit sans frais.

## PDSQ - Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire

Le PDSQ est un protocole de repérage par autodéclaration pour le repérage des 13 troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV qui suivent :

1. troubles liés à la consommation de substances
2. trouble dépressif majeur
3. trouble d'anxiété généralisée
4. trouble de panique
5. trouble de stress post-traumatique
6. abus/dépendance à l'alcool
7. abus/dépendance à la drogue
8. psychose
9. boulimie/trouble d'hyperphagie boulimique
10. trouble de somatisation
11. trouble obsessionnel compulsif
12. phobie sociale
13. hypocondrie

### Populations visées :

- utilisation répandue dans les milieux de santé mentale ambulatoire.
- approprié pour les adultes de 18 ans et plus.

### Administration et notation :

- Le seuil, les éléments critiques et les guides d'entrevue de suivi sont fournis pour chaque trouble.

### Site Web

Le PDSQ est distribué par l'éditeur de tests d'évaluation commerciaux Western Psychological Services (WPS). Pour plus d'informations sur les coûts d'achat, consulter le lien suivant: [http://portal.wpspublish.com/portal/page?\\_pageid=53,70444&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,70444&_dad=portal&_schema=PORTAL)

## SASSI - Substance Abuse Subtle Screening Inventory

SASSI est un outil bref de dépistage de la dépendance chimique par autodéclaration. Il peut être noté et tracé de façon objective par le personnel de soutien en 1 minute et il comporte des règles de décision objectives permettant d'établir si oui ou non un individu est chimiodépendant. Il est disponible en version papier, sur disquette et disque optique pour adultes et adolescents. Il est particulièrement efficace dans le repérage de la chimiodépendance à un stade précoce chez les individus qui sont soit dans le déni ou qui délibérément tentent de dissimuler leurs habitudes de dépendance chimique. SASSI comporte un inventaire de 93 questions de dépistage, dont 67 sont des questions vrai/faux. Un client peut répondre au questionnaire en 15 minutes ou moins, lequel peut être interprété en quelques minutes seulement.

### Coût:

- trousse de départ avec 25 tests, manuel, grille de notation
- \$75,00 ; tests supplémentaires : moins de 2,00 \$ chacun

## SOCRATES – Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale

L'échelle SOCRATES offre des informations sur les forces et les besoins du client ou de la cliente en ce qui concerne la réceptivité au traitement. Le nom de l'outil en anglais implique qu'il mesure: les Stages of Change - étapes du changement et le Readiness and Treatment Eagerness - réceptivité et disposition à suivre le traitement. L'outil SOCRATES est conçu pour offrir une mesure générale de la motivation des buveurs problématiques et des consommateurs de drogues à se soumettre au traitement. L'outil actuel est composé d'une brève version de 19 éléments. Les six étapes du changement que mesure l'outil comprennent :

1. précontemplation
2. contemplation
3. préparation
4. action
5. entretien
- cessation

La version de l'outil de SOCRATES comportant 19 questions ne détermine pas l'« étape du changement » spécifique du client ou de la cliente, mais il fournit des indices sur trois échelles — Reconnaissance, Ambivalence et Prise de mesures — qui mesurent le niveau de motivation général du client ou de la cliente:

1. Reconnaissance : cette échelle fournit des renseignements sur le niveau de prise de conscience du client ou de la cliente et la reconnaissance par celui ou celle-ci du lien qu'il y a entre la consommation des substances et ses problèmes actuels.
2. Ambivalence : cette échelle fournit des renseignements sur la question de savoir si le client est certain ou incertain qu'il a ou qu'il n'a pas de problème. Les scores ne sont ni bons ni mauvais ; ils ne font qu'indiquer combien en terme d'énergie le client dépense en réfléchissant sur le processus de changement ou en discutant des avantages et des inconvénients du changement.
3. Prise de mesures : cette échelle prend en compte des indices démontrant qu'un client commence à prendre des mesures ou que celui-ci a déjà pris quelques mesures visant à changer ses habitudes.

### Populations visées :

Buveurs problématiques –Veuillez noter que SOCRATES a déjà fait l'objet d'essai aux États-Unis auprès de clients adultes hommes et femmes dans plusieurs groupes culturels, y compris auprès des Amérindiens.

- Destinés aux clients de plus de 19 ans (pas aux jeunes).

### Administration

- Il y a deux formulaires, un pour l'alcool et un autre pour d'autres drogues;
- Le conseiller complète celui s'appliquant à l'alcool et au moins un exemplaire du formulaire des autres drogues si le client ou la cliente consomme de l'alcool et un ou plusieurs autres drogues
- Le conseiller doit déterminer si des aspects tels que la culture, la diversité, la langue et le niveau scolaire peuvent avoir une incidence sur l'auto-administration. Les formulaires peuvent être remplis comme devoir à domicile et aussi lors des séances individuelles ou de groupes.



HRN: \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

MOIS JOUR ANNÉE

DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

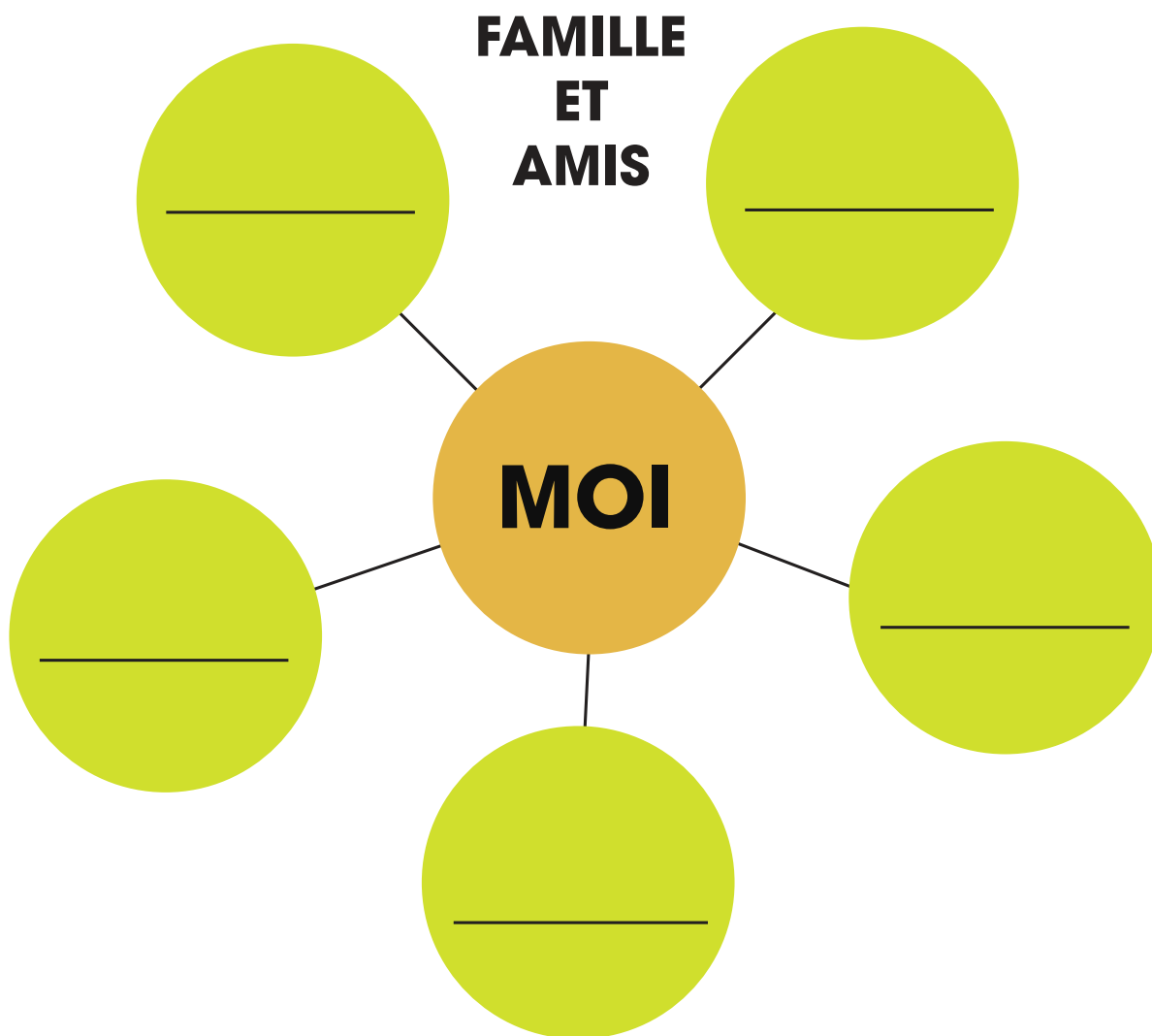
MOIS JOUR ANNÉE

# PLAN DEMEURER FORT



## Étape 1

Les personnes qui m'aident à rester fort  
(famille, amis, anciens, soignant)



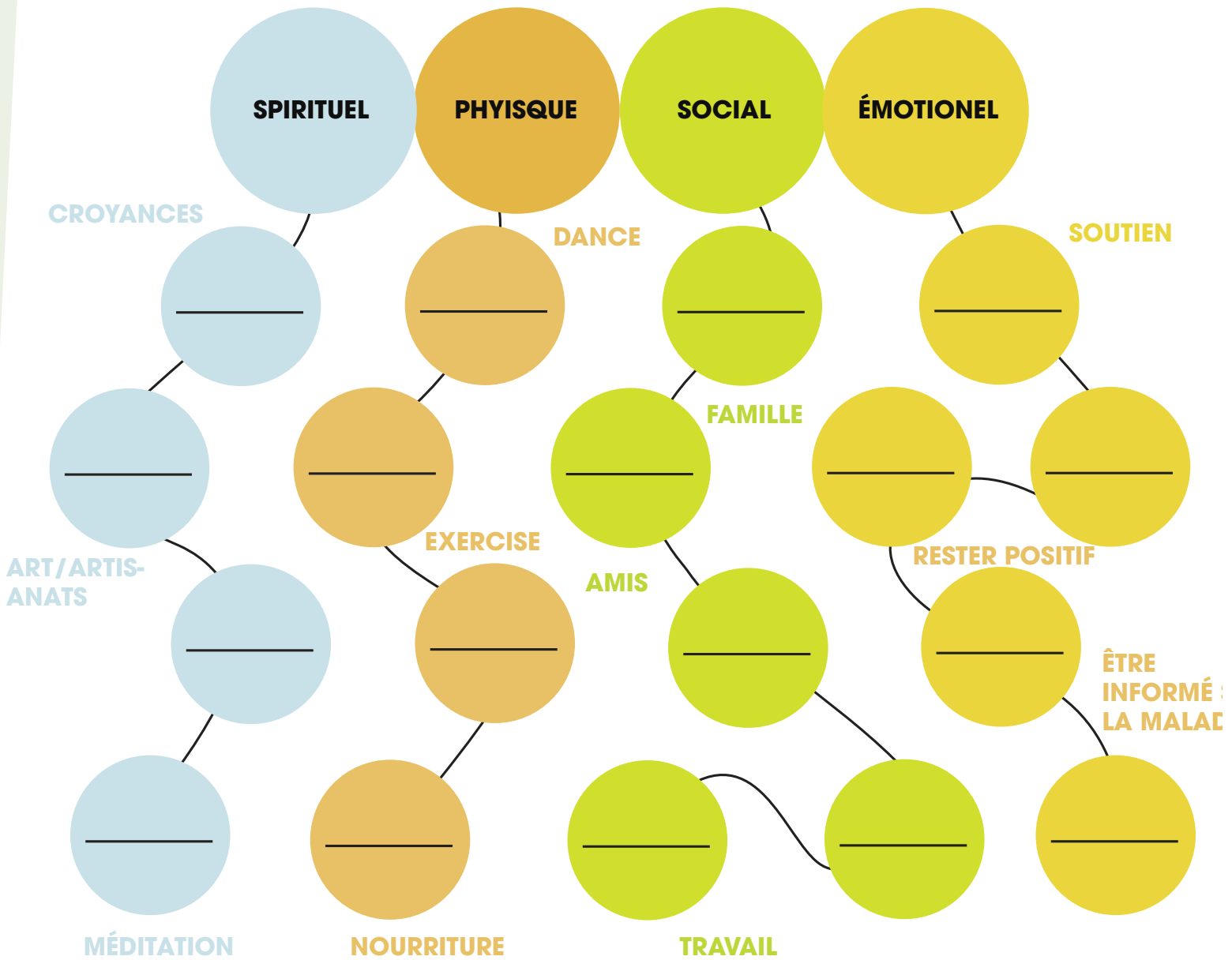
J'ai confiance en cette personne pour me conseiller par rapport à mon traitement :

# Qu'est qui me rend fort?



## Étape 2

Ce qui m'aide à demeurer fort (sur le plan spirituel, culturel, physique, familial, social, mental et émotionnel). Inscrivez des forces.

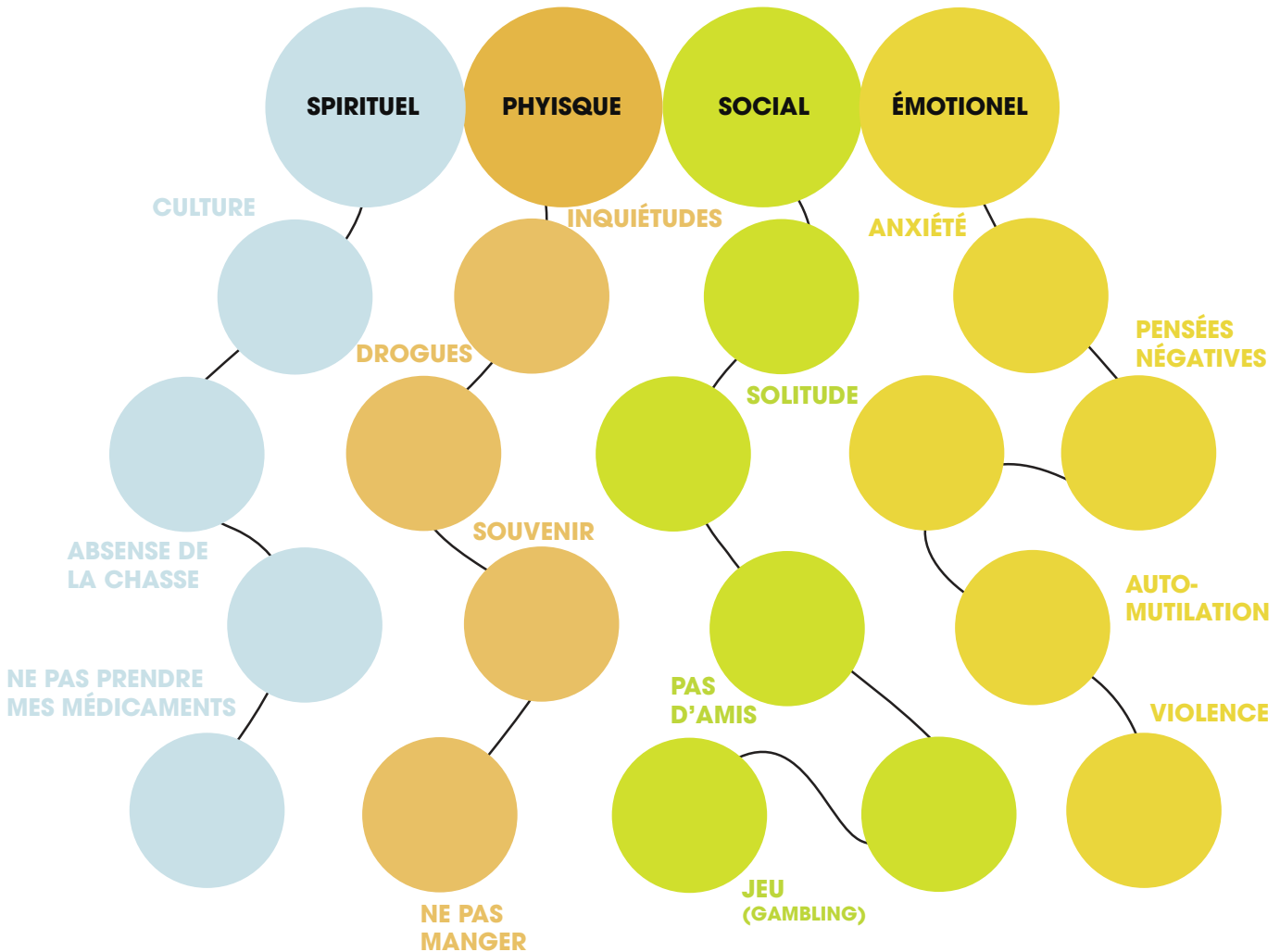


# Les soucis qui m'affaiblissent :



## Étape 3

Les choses qui me font sentir faible. Inscrivez-les dans les cercles.



## Étape 4. Définir des objectifs

a) Mes objectifs pour changer mes soucis/inquiétudes :

Premier objectif :

Étape 1

Étape 2

Étape 3

Deuxième objectif :

Étape 1

Étape 2

Étape 3

b) Autres choses qui peuvent m'aider :

1.

2.

3.

4.

Ce qui est positif dans mes objectifs de changement :

Les signes précurseurs auxquels je dois être attentif quand je suis en train de retomber malade :

## Échelle de résilience YSAC - Version des jeunes

Issue de l'Échelle de résilience des jeunes YSAC, version 4, janvier 2007. Veuillez lire chaque déclaration et encercler le chiffre correspondant à celle qui vous représente le mieux - 5 étant toujours et 1 jamais.

1 - Jamais 2 - de temps en temps 3 - parfois 4 - souvent 5 - toujours. **Faites vos choix par rapport à vos sentiments aujourd'hui.**

Nom _____	Date _____				
Je me sens comme si je sais qu'il va se passer une bonne chose	1	2	3	4	5
Je me fais facilement des amis	1	2	3	4	5
Il y a des choses que je fais très bien	1	2	3	4	5
Je suis sûr que les choses iront mieux pour moi plus tard dans la vie	1	2	3	4	5
J'aime faire des choses pour les gens	1	2	3	4	5
Je me sens bien dans ma peau lorsque j'aide autrui	1	2	3	4	5
Je suis à l'aise quand je suis seul	1	2	3	4	5
J'ai des loisirs ou des activités sains que je peux faire seul	1	2	3	4	5
J'ai des façons saines de me départir de mauvaises situations	1	2	3	4	5
Je me sens comme si je sais qu'il va se passer une mauvaise chose	1	2	3	4	5
Je fais des choses sans qu'on me le rappelle	1	2	3	4	5
Je crois en moi-même et en ma capacité à atteindre mes objectifs	1	2	3	4	5
Je suis capable d'établir des relations avec d'autres personnes	1	2	3	4	5
J'ai quelqu'un qui m'encourage, qui me soutient ou qui m'aide	1	2	3	4	5
Je m'entends avec les autres	1	2	3	4	5
Je sais faire démarrer les choses	1	2	3	4	5
Je comprends ce qu'est un « lien spirituel »	1	2	3	4	5
Je suis le premier à avoir une idée sur un jeu	1	2	3	4	5
Je peux penser à quelque chose de positif à faire quand je m'ennuie	1	2	3	4	5
J'ai pu penser à divers moyens de gagner de l'argent (baby-sitting, aide, etc.)	1	2	3	4	5
Je crois en Dieu, créateur ou quelque chose du genre.	1	2	3	4	5
Je vois un avenir pour moi.	1	2	3	4	5
J'ai un lien spirituel dans ma vie. (église, aînés, cérémonies, loge de sueur et d'autres activités culturelles)	1	2	3	4	5
Je me sens bouleversé quand on me colle des étiquettes.	1	2	3	4	5
Je crois que la vie a une plus grande signification	1	2	3	4	5
Je peux voir le côté drôle des choses	1	2	3	4	5
J'aime quand les gens utilisent les blagues pour m'apprendre quelque chose	1	2	3	4	5
Si je vois l'argent de quelqu'un tomber, je le lui remettrais	1	2	3	4	5
Si je trouve un personnel de nuit endormi, je le signalerais à quelqu'un	1	2	3	4	5
Si mon ami me dit qu'il va se suicider, je le signalerais à quelqu'un	1	2	3	4	5
si d'autres jeunes essayaient de planer ou buvaient excessivement de l'alcool, je le signalerais à un membre du personnel	1	2	3	4	5
Je suis content du genre de personne que je suis	1	2	3	4	5

Consignes au personnel:

Reportez les résultats sur le guide d'interprétation et sauvegardez-les dans le fichier central de résilience.

## Outils d'évaluation pour examen Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)

### Description :

L'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) évalue le type et la sévérité de la toxicomanie/des troubles de dépendance aux substances dans sept domaines différents de la vie du client ou de la cliente. L'IGT peut servir d'évaluation préalable au traitement, permettant de déterminer les interventions et les programmes de traitement appropriés ou de mesure de progrès pendant et après l'achèvement du programme.

La ASI-NV est une version spécifique de l'IGT conçue pour utilisation chez les Amérindiens.

Toutes les versions de l'IGT sont du domaine public et elles sont libres.

### Populations visées:

L'IGT a été conçu pour être employé auprès d'adultes, mais il a déjà été employé auprès d'adolescents également. Le Teen-ASI (T-ASI) est la version pour les jeunes de l'IGT. Celle-ci a été conçue spécifiquement pour être employée auprès des clients adolescents.

## Sous-échelle sur l'état psychologique de l'Indice de gravité de toxicomanie

### Description

La sous-échelle psychiatrique de l'IGT (voir note ci-dessous) comporte 14 questions auxquelles le client doit répondre et trois questions auxquelles doit répondre l'intervieweur. Le délai de l'IGT est la consommation au cours des trente jours précédents pour certains éléments et la consommation durant toute la vie pour d'autres éléments.

### Populations visées:

L'IGT convient aux adultes des deux sexes chez qui la consommation d'alcool et d'autres drogues est signalée comme étant le principal problème. Il a également été employé auprès de personnes ayant des troubles psychiatriques, de femmes enceintes et de personnes ayant commis des actes criminels.

### Administration, notation et interprétation

Des renseignements sur son administration et sa notation sont disponibles sur le site du TRI (voir ci-dessous).

### Site Web

Pour plus d'informations sur l'IGT (y compris sur les manuels téléchargeables), consultez le site Web du Treatment Research Institute au : <http://www.tresearch.org/resources/instruments.htm>

**Remarque :** L'IGT est une entrevue semi-structurée qui vise à évaluer sept types de problèmes éventuels chez les personnes aux prises avec des problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues .

- état de santé
- emploi et ressources
- consommation d'alcool
- usage de drogues
- situation judiciaire
- situation de famille et statut social
- état psychologique

L'IGT est utilisée dans la planification du traitement et l'évaluation des résultats.

L'IGT produit deux ensembles de scores :

- une cote de gravité établie par l'interviewer déterminant à quel point la cliente ou le client a besoin d'un traitement
- une cote composite produite par ordinateur indiquant la gravité des problèmes au cours des 30 jours précédents.



# Demande de services de traitement des toxicomanies – évaluation des besoins

- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

## Échantillon de formulaire:

DATE DE LA DEMANDE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
JOUR MOIS ANNÉE

NUMÉRO DE DOSSIER: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DU REQUÉRANT

NOM DE FAMILLE: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
JOUR MOIS ANNÉE

ÂGE: \_\_\_\_\_ M  F

COCHER ✓

LANGUE MATERNELLE:  FRANÇAIS  ANGLAIS  ABÉNAQUIS  ALGONQUIN  ATIKAMEKW  
 CRI  MI'GMAQ  MOHAWK  INNU  NASKAPI  
 INUKTITUT  AUTRE, VEUILLEZ LE PRÉCISER: \_\_\_\_\_

LANGUE UTILISÉE:  FRANÇAIS  ANGLAIS

NUMÉRO D'ASSURANCE SANTÉ.: \_\_\_\_\_

DATE D'EXPIRATION: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ANNÉE MOIS

LA DEMANDE DE RENOUELEMENT SERA FAITE LE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
JOUR MOIS ANNÉE

ADRESSE DU DOMICILE: \_\_\_\_\_  
NUMÉRO RUE APPARTEMENT

\_\_\_\_\_ VILLE PROVINCE CODE POSTAL

ÉTAT CIVIL:  CÉLIBATAIRE  MARIÉ(E)  VEUF (VE)  DIVORCÉ(E)  CONJOINT DE FAIT

NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE: \_\_\_\_\_ GARDE:  GARDE PARTAGÉE  GARDE À TEMPS PLEIN

PRÉCISER L'ÂGE DES ENFANTS: 1-\_\_\_\_ 2-\_\_\_\_ 3-\_\_\_\_ 4-\_\_\_\_ 5-\_\_\_\_

PROFESSION:  EMPLOI À TEMPS PLEIN  EMPLOI À TEMPS PARTIEL  SANS EMPLOI  
 ÉTUDES À TEMPS PLEIN  ÉTUDES À TEMPS PARTIEL  RESTE À LA MAISON

NOMBRE D'ANNÉES DE SCOLARITÉ ACHEVÉES: \_\_\_\_\_

MÈRE: \_\_\_\_\_  
NOM DE FAMILLE (À LA NAISSANCE) PRÉNOM

PÈRE: \_\_\_\_\_  
NOM DE FAMILLE PRÉNOM

CONJOINT: \_\_\_\_\_  
NOM DE FAMILLE (À LA NAISSANCE) PRÉNOM



# Demande de services de traitement des toxicomanies - évaluation des besoins

- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

REMPII PAR: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
                  JOUR            MOIS            ANNÉE

## CONSUMPTION

SUBSTANCES	FRÉQUENCE AU COURS DES 3 MOIS PRÉCÉDENTS	FRÉQUENCE AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDENTE	QUANTITÉ PAR JOUR	MÉTHODE D'ADMINISTRATION	DEPUIS COMBIEN DE TEMPS VOTRE CONSOMMATION EST-ELLE PROBLÉMATIQUE ?
ALCOOL					
OPIACÉS					
COCAÏNE					
AMPHÉTAMINES (SPEED)					
CANNABIS					
HALLUCINOGENÈS					
AUTRES: _____ _____					

PÉRIODE D'ABSTINENCE :     ACTUELLEMENT     AUPARAVANT     AUCUNE

### LÉGENDE: MÉTHODE D'ADMINISTRATION

1. VOIE ORALE

2. VOIE NASALE

3. FUMÉ

4. INJECTÉE     (I.M) OU     (I.V.)

5. AUTRES, PRICISEZ: \_\_\_\_\_

# Demande de services de traitement des toxicomanies - évaluation des besoins

- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

## ÉTAT PSYCHOLOGIQUE

SI OUI, LEQUEL:	ACTUELLEMENT	AUPARAVANT	OBSERVATIONS
TREMBLEMENTS EXCESSIFS			
MAL DE VENTRE			
VOMISSEMENTS			
INSOMNIE			
TRANSPIRATION EXCESSIVE			
HALLUCINATIONS			
CONVULSIONS			
ANXIÉTÉ			
ÉTAT DÉPRESSIF			
AUTRES : _____			

SUIVI PSYCHIATRIQUE OU PSYCHOLOGIQUE :       ACTUELLEMENT       AUPARAVANT       AUCUNE

MOTIFS	ACTUELLEMENT	AUPARAVANT	OBSERVATIONS
IDÉES SUICIDAIRES			
TENTATIVE DE SUICIDE			
AUTOMUTILATION			
SENTIMENTS DE DÉPRESSION			
PROBLÈME DE COMPORTEMENT (agressivité, mauvaise conduite, violence)			
PERTE D'INTÉRÊT DÉMOTIVATION			
HALLUCINATIONS			
ISOLEMENT			
PHOBIE			
AUTRES :			

### LÉGENDE: FRÉQUENCE DE CONSOMMATION

6. TOUS LES JOURS

7. 3 FOIS ET + PAR SEMAINE

8. UNE OU DEUX FOIS PAR SEMAINE

9. LES FINS DE SEMAINE

10. DE TEMPS EN TEMPS

## Demande de services de traitement des toxicomanies – évaluation des besoins

- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

AVEZ-VOUS UN DIAGNOSTIC DE TROUBLE MENTAL ?

OUI

NON

SI OUI, VEUILLEZ LE PRÉCISER : \_\_\_\_\_

PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS ?

OUI

NON

SI OUI, VEUILLEZ LE PRÉCISER : \_\_\_\_\_

### ÉTAT DE SANTÉ À SURVEILLER

ÊTES-VOUS ENCEINTE ?

OUI

NON

AVEZ-VOUS UNE MALADIE CHRONIQUE ? :

VIH

ASTHME

TROUBLE CARDIAQUE

TROUBLE PULMONAIRE

DIABÈTE

HÉPATITE

ÉPILEPSIE

HYPERTENSION

AUTRE: \_\_\_\_\_

ÊTES-VOUS SOUS SURVEILLANCE MÉDICALE? (EN CE MOMENT) :

OUI

NON

ÊTES-VOUS SOUS MÉDICAMENTS POUR DES PROBLÈMES PHYSIQUES ??

OUI

NON

AVEZ-VOUS UN MÉDECIN DE FAMILLE?

OUI

NON

MÉDECIN: \_\_\_\_\_

LE MÉDECIN EST-IL AU COURANT DE VOTRE DEMANDE D'ACCÉDER À NOS SERVICES ?

OUI

NON

ÉPROUVEZ-VOUS DES TROUBLES DE SOMMEIL ?

OUI

NON

SI OUI, VEUILLEZ LE PRÉCISER : \_\_\_\_\_

ÉPROUVEZ-VOUS DE LA DIFFICULTÉ À MANGER?

OUI

NON

SI OUI, VEUILLEZ LE PRÉCISER : \_\_\_\_\_

# Demande de services de traitement des toxicomanies – évaluation des besoins

- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

## PRIORISATION DE CLIENTS

PRIORISATION DE CLIENTS	ÉLÉMENTS DE PRIORITÉ
<input type="radio"/> FEMME ENCEINTE	<input type="radio"/> ACCÈS IMMÉDIAT
<input type="radio"/> PARENTS D'ENFANTS ÂGÉS DE 5 ANS ET MOINS	<input type="radio"/> A LA GARDE DE L'ENFANT OU LES ENFANTS <input type="radio"/> EST UN PARENT CÉLIBATAIRE <input type="radio"/> LES DEUX PARENTS ONT DES PROBLÈMES DE TOXICOMANIE <input type="radio"/> IMPLICATION DE LA D.P.J. <input type="radio"/> AIGUILLAGE DE LA COURT
<input type="radio"/> JEUNES (MOINS DE 18 ANS) <input type="radio"/> ADULTES <input type="radio"/> JEU COMPULSIF	<input type="radio"/> AIGUILLAGE DU CENTRE JEUNESSE <input type="radio"/> ORDONNANCE DU TRIBUNAL <input type="radio"/> ÉCOLE <input type="radio"/> AUTRES SERVICES: _____ <input type="radio"/> DEMANDE FAITE PAR LE JEUNE LUI-MÊME  <input type="radio"/> PARENTS AVEC ENFANTS ÂGÉS DE 7 À 17 ANS <input type="radio"/> UTILISATEURS DE DROGUES INJECTABLES <input type="radio"/> UTILISATEUR ÂGÉ DE 18-24 ANS <input type="radio"/> SERVICES AYANT ORIENTÉ L'UTILISATEUR : PARTENAIRE <input type="radio"/> DEMANDE FAITE DIRECTEMENT PAR LA PERSONNE ÂGÉE DE 24 ET + <input type="radio"/> ENTOURAGE DE L'UTILISATEUR

- RENCONTRE INDIVIDUELLE
- INFIRMIÈRE
- AUTRE INTERVENANT DE PREMIÈRE LIGNE
- CENTRE DE RÉADAPTATION
- RESSOURCES EXTERNES

DATE PRÉVUE: \_\_\_\_\_

VEUILLEZ PRÉCISER: \_\_\_\_\_

VEUILLEZ PRÉCISER: \_\_\_\_\_

DATE PRÉVUE: \_\_\_\_\_

VEUILLEZ PRÉCISER: \_\_\_\_\_

OBSERVATIONS: \_\_\_\_\_

REMPII PAR: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
          JOUR           MOIS           ANNÉE

## Demande de services de traitement des toxicomanies - évaluation des besoins

- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

### FERMETURE DU DOSSIER

DATE D'OUVERTURE DU DOSSIER: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
JOUR MOIS ANNÉE

DATE DE FERMETURE DU DOSSIER: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
JOUR MOIS ANNÉE

#### RAISON DE LA FERMETURE: Cocher/

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> LE CLIENT NE S'EST PAS PRÉSENTÉ EN TROIS RENDEZ-VOUS CONSÉCUTIFS | <input type="radio"/> HOSPITALISATION   |
| <input type="radio"/> DOSSIER INACTIF PENDANT PLUS DE TROIS MOIS                       | <input type="radio"/> COMMUN ACCORD     |
| <input type="radio"/> MANQUE DE MOTIVATION DE LA PART DU CLIENT OU DE LA CLIENTE       | <input type="radio"/> ABANDON           |
| <input type="radio"/> DÉMÉNAGEMENT   | <input type="radio"/> AUGUILLÉ AILLEURS |
| <input type="radio"/> SUIVI TERMINÉ  | <input type="radio"/> INCONNU           |

AUTRE, VEUILLEZ PRÉCISER: \_\_\_\_\_

OBSERVATIONS: \_\_\_\_\_

REMPLI PAR: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
JOUR MOIS ANNÉE

## Échelles CMR (Circumstances, Motivation, and Readiness Scales)- Circonstances, motivation et préparation

Le protocole est conçu dans le but de prédire la poursuite du traitement et il s'applique à la fois aux modalités de traitement ambulatoire et du traitement en établissement. Les échelles CMR comprennent quatre échelles dérivées mesurant la pression externe d'entamer le traitement, la pression extérieure de l'abandonner, la motivation au changement et la disposition à recevoir le traitement. Les éléments sont développés à la suite d'enquêtes auprès des groupes de discussion des personnels et des clients qui se remettent de la toxicomanie et ces échelles conservent une grande partie de la langue d'origine. Les clients qui commencent le traitement de la toxicomanie estiment les éléments pertinents à leur expérience.

### Populations visées:

- Adultes

### Administration:

- L'outil est composé de 18 énoncés de niveau de lecture équivalent de la troisième année.
- Les réponses aux énoncés comprennent une échelle de Likert de 5 questions sur laquelle l'individu note chaque énoncé allant de fortement en désaccord à fortement d'accord.
- Le temps d'administration est de 5-10 minutes et la notation se fait en inversant les formulations en des termes négatifs et en additionnant les valeurs des énoncés.
- Aucune formation n'est requise pour l'administration.

### Coût:

Aucun frais n'est exigible pour son utilisation.

Disponible auprès de: George De Leon, Ph.D,  
ou Gerald Melnick, Ph.D

National Development and Research Institutes, Inc.  
New York

Téléphone: (212) 845-4400

Fax: (917) 438-0894

Courriel: gerry.melnick@ndri.org

www.ndri.org



## Giyak Moseng : The Right Path - La bonne voie (Première nation de Nipissing)

### ÉVALUATION DU CLIENT OU DE LA CLIENTE

Antécédents pertinents : \_\_\_\_\_

Intervenant de première ligne : \_\_\_\_\_

Nom du client ou de la cliente : \_\_\_\_\_

1. Problème présenté (inclure le point de vue du client ou de la cliente relatif aux problèmes et ses causes) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. points forts identifiés : \_\_\_\_\_

3. pertes importantes (décès, séparation, capacité, sécurité) :

\_\_\_\_\_

4. systèmes de soutien : \_\_\_\_\_

5. antécédents de violence (violence physique, affective, sexuelle, familiale) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. problèmes juridiques :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. antécédents de toxicomanie:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. usage actuel (alcool et d'autres drogues, quantité, fréquence) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. habitudes :

- abstinent       occasionnel       buveur mondain       fin de semaine  
 buveur excessif       tous les jours       alcoolique / toxicomane

## ÉVALUATION DU CLIENT OU DE LA CLIENTE

10. Antécédents d'usage de drogues injectables :  oui  non

Préciser: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Suivez-vous ou avez-vous déjà suivi un programme d'entretien à la méthadone :  oui  non

Obtenir plus de détails : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Usage antérieur (alcool et d'autres drogues, quantité, fréquence) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Antécédents familiaux de problèmes attribuables à l'usage d'alcool et d'autres drogues :

13. Activités de jeu compulsif:  oui  non

Obtenir plus de détails : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Avez-vous déjà connu des problèmes de santé mentale ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Antécédents de problèmes de santé mentale: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de maladie mentale comme:

la dépression  l'anxiété  la schizophrénie  le trouble bipolaire

le trouble de stress post-traumatique  le trouble de l'alimentation

Préciser: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ÉVALUATION DU CLIENT OU DE LA CLIENTE

17. Antécédents de suicide (pensées, tentatives, antécédents familiaux) : \_\_\_\_\_

---

---

18. Traitement antérieur ( dont le counselling, l'effort autonome, l'hospitalisation, l'aide spirituelle, etc.) :

- traitement médical       services traditionnels       traitement de la toxicomanie
- services de counselling sur les méfaits de la toxicomanie       groupe d'entraide
- psychiatre/psychologue       counselling en matière de santé mentale
- services aux victimes d'agression sexuelle       conseils aux familles       services juridiques
- autres :

Préciser: \_\_\_\_\_

---

### Historique d'emploi et de scolarité :

- Scolarité complétée :**
- Primaire       Secondaire - Année complétée : \_\_\_\_\_
- Collégial (quelques cours)       Certificat d'études collégiales
- Diplôme d'études collégiales       Universitaire (quelques cours)
- Diplôme universitaire →  Baccalauréat       Maîtrise       Doctorat
- Aucune formation scolaire

**Problématique avec :**       La lecture       L'écriture

**Avez-vous fréquenté un pensionnat?**       Oui       Non       Nombre d'années : \_\_\_\_\_

**Est-ce qu'un membre de votre famille a fréquenté un pensionnat?**       Oui       Non

**Précisez :**

---

---

---

---

**Historique de travail :**

- Personne au foyer
- Emploi à temps partiel
- Emploi saisonnier
- Étudiant(e)
- Sans emploi
- Invalidité
- Emploi à temps plein
- Autre : \_\_\_\_\_

**Commentaires :**

---

---

---

---

**Vie spirituelle :**

- Traditionnelle
- Catholique
- Autre : \_\_\_\_\_

**Niveau de participation :**

---

Seriez-vous intéressé à participer à des services religieux traditionnels?  Oui  Non

**Problèmes médicaux/physiques :**

---

---

---

**Nom du médecin de famille/Guérisseur :**

---

Prenez-vous des médicaments?  Oui  Non

**Liste des médicaments :**

---

---

---

Prenez-vous vos médicaments tel que prescrits par votre médecin?  Oui  Non

**Précisez :**

---

---

---

**Observation et évaluation du travailleur/professionnel**  
(décrivez le niveau de fonctionnement actuel, les forces, les problèmes et les besoins) :

---

---

---

**Objectifs de traitement :**

---

---

---

**Type d'intervention :**

---

---

---

**Plan d'évaluation :**

---

---

---

---

---

**Plan de traitement :**

---

---

---

---

---

**Signature du client(e) :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_  
(jour/mois/année)

**Signature du membre du personnel :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_  
(jour/mois/année)

# Centre de guérison Nimkee Nupigawagan - Évaluation clinique, le cercle d'influences

Conformément à l'outil:

## Objet

- Parvenir à une compréhension de base du comportement du client ou de la cliente;
- Parvenir à une compréhension de base de l'environnement du client ou de la cliente;
- Cette compréhension comprendra une évaluation culturelle du comportement;
- Le comportement ainsi étudié s'appuiera sur 5 cinq catégories qui cadrent avec le cercle d'influences.
- Ces cinq 5 catégories sont :

## Porte de l'Est- vision

Se rapporte aux aspirations du client ou de la cliente

## Porte du Sud – relations et temps

Se rapporte aux relations familiales et communautaires du client ou de la cliente

## Porte de l'Ouest – Respect/raison

Se rapporte aux réflexions actuelles du client ou de la cliente sur les relations et le comportement

## Porte du Nord – mouvement

Se rapporte à la compréhension du client ou de la cliente de son propre comportement vis-à-vis de la communauté familiale.

## Centre-Guérison de la Terre

Se rapporte à une stratégie de guérison dans les quatre catégories indiquées ci-dessus. Le postulat de base au centre du cercle est la conviction selon laquelle la première étape vers la guérison est la capacité d'écouter.

## Questions de l'évaluation :

Les clients doivent être avisés avant l'entrevue d'évaluation de la divulgation de leurs antécédents d'abus, car ceux-ci doivent être signalés aux termes de la Loi sur les services à l'enfance et à la famille. Les clients doivent également être avisés des ramifications potentielles des divulgations, telles que les enquêtes policières, ainsi que de possibles ramifications relatives à la dynamique familiale et communautaire .

Les questions de cet outil d'évaluation ont été conçues à l'intention d'un groupe de clients adolescents Anishnabe, lesquels clients avaient été admis dans un pavillon de ressourcement. Ces questions avaient préalablement fait l'objet d'essai sur une période de quatre (4) mois et en conséquence, le processus d'évaluation a connu des modifications.

L'outil d'évaluation n'est conçu que pour servir de guide lors d'un processus d'entrevue. Les questions qui y sont utilisées peuvent ouvrir la porte à des questions supplémentaires. Étant donné que certaines de ces questions peuvent susciter de vieux souvenirs et des sentiments de douleur, le processus d'évaluation doit permettre à la cliente ou au client à se départir de sentiments douloureux dans un cadre de confiance et de soutien.

## Porte de l'Est – aspirations

- Selon vous, pour quelle raison vous a-t-on envoyé à cet (établissement) ?
- Quelle est votre compréhension de la nature de vos problèmes ?
- Où espérez-vous être d'ici un (1) an ?
- Que voulez-vous faire pendant le restant de votre adolescence ?
- Que voulez-vous faire quand vous serez adulte ?

Les deux premières questions se rapportent à la face sombre de la porte de l'Est – l'infériorité. Les trois dernières questions se rapportent au côté positif de la porte de l'Est – de bons sentiments.

## Porte du Sud- relations et temps

Remarque : Avec l'aide de votre client, dessinez un génogramme du système familial – cela peut inclure la famille élargie.

- Décrivez votre relation avec votre famille (ou aidant naturel) ?
- Habitez-vous avec votre famille depuis votre naissance ?
- Y a-t-il des moments heureux dans votre famille ?
- Décrivez ce que vous aimez le plus dans votre famille ?
- Décrivez ce que vous aimez le moins à propos de votre famille ?
- Avez-vous un copain/une copine ? (Des questions supplémentaire pourraient être nécessaires, par exemple, êtes-vous sexuellement actif (ve)?)

Les questions ont été conçues pour tenir compte dans cette porte du côté sombre – l'envie et du côté positif (bonnes relations).

## Porte de l'Ouest – respect/raison

- Selon vous, qu'y a-t-il de positif dans votre communauté ?
- Y at-il des problèmes d'abus d'alcool et d'autres drogues, ou de reniflement dans votre famille ?
- Décrivez ce qui y a de positif de votre famille ?
- Décrivez ce qui se passe lorsqu'il y a un problème d'abus d'alcool et d'autres drogues ou lorsqu'il y a une fête dans votre famille ?
- Consommez-vous personnellement l'alcool et les drogues ou reniflez-vous ?
- Quelqu'un vous a-t-il déjà touché de manière à vous mettre mal à l'aise ?

Ces questions ont également été conçues pour tenir compte dans cette porte du côté positif - le respect et du côté sombre - le ressentiment.

## Porte du Nord – comportement

- Comment décririez-vous votre propre comportement au sein de la famille ?
- Qu'aimez-vous le plus vous concernant ?
- Y a-t-il quelque chose vous concernant que vous n'aimez pas?
- Définiriez-vous votre comportement au sein de la famille comme doux ou dur ?
- Décrivez votre interaction avec votre famille lorsque vous voulez soulager votre douleur ou votre mal ? (Des questions supplémentaires pourraient être nécessaires, par ex. des renseignements relatifs au comportement à la suite du sevrage.)

## Centre – Stratégie de guérison

À quel point est-il important pour vous d'être écouté ?

Pas important  Important  Très important

Pourquoi est-il important pour vous d'être écouté ?

L'écoute vous aide-t-elle avec vos sentiments ? Citez un exemple – ce qui est mauvais c'est la consommation d'alcool, de drogues, la violence et la colère.

Oui  Non  Peut-être

Quelles sont certaines des choses que vous devez faire pour vous guérir de la douleur ? (Les réponses doivent être liées aux trois premières questions.)

Y a-t-il quelqu'un à qui vous pouvez parler au sujet de votre douleur ? (Se rapporte au bris d'isolement – l'interaction)

Le côté positif du Centre est l'aspect guérison. Le côté sombre a trait à la jalousie.

## Conclusion

Le but ici est de comprendre la personne dans le contexte de sa famille et sa communauté. L'outil d'évaluation essaie de définir de façon implicite l'âme, le corps et l'esprit d'une personne. Le document est conforme à la culture Anishnabe, qui essaie elle aussi de définir l'âme, le corps et l'esprit des personnes.

## Porte du Nord – Comportement

Comment décririez-vous votre propre comportement au sein de la famille ?

Qu'est-ce que vous aimez le plus vous concernant ?

Y a-t-il quelque chose vous concernant que vous n'aimez pas ?

Définiriez-vous votre comportement au sein de la famille comme doux ou dur ?

Décrivez votre interaction avec votre famille lorsque vous voulez soulager votre douleur ou votre mal ? (Des questions supplémentaires pourraient être nécessaires ici, par ex. des renseignements relatifs au comportement à la suite du sevrage.)

## Centre – Stratégie de guérison

À quel point est-il important pour vous d'être écouté ?

Pas important  Important  Très important

Pourquoi est-il important pour vous d'être écouté ?

L'écoute vous aide-t-elle avec vos sentiments ? Citez un exemple – ce qui est mauvais c'est la consommation d'alcool, de drogues, faire preuve de violence et de colère.

Oui  Non  Peut-être

Quelles sont certaines des choses que vous devez faire pour vous guérir de la douleur ? (Les réponses doivent être liées aux trois premières questions.)

Y a-t-il quelqu'un à qui vous pouvez parler au sujet de votre douleur ? (Se rapporte au bris d'isolement – l'interaction)

Le côté positif du Centre est l'aspect guérison. Le côté sombre a trait à la jalousie.

## Conclusion

Le but ici est de comprendre la personne dans le contexte de sa famille et sa communauté. L'outil d'évaluation essaie de définir de façon implicite l'âme, le corps et l'esprit d'une personne. Le document est conforme à la culture Anishnabe, qui essaie elle aussi de définir l'âme, le corps et l'esprit des personnes.

## Implications: Principes directeurs dans l'exercice de la profession du travail social

L'implication la plus importante relative à l'utilisation du cercle d'influences dans le processus d'évaluation est que le recours à cet outil permet de façonner la nature de notre intervention auprès des clients. Plus précisément, ce dernier façonne notre perception du problème, notre compréhension du rôle qui est le nôtre en tant que travailleur social, ainsi que notre méthode en matière de l'exercice de la profession du travail social. Ayant utilisé le cercle d'influences dans le processus d'évaluation, l'auteur principal en a dégagé les principes suivants pouvant nous servir de guide dans notre pratique :

### Principe 1 – la nature holistique des relations

L'utilisation du cercle d'influences dans le processus d'évaluation fait en sorte que l'on ne se concentre plus trop sur le « problème, donnant lieu à un renvoi », mais plutôt de percevoir le client de manière holistique. Plus précisément, on perçoit la personne du point de vue d'interactions; à savoir ses interactions avec sa famille, sa nation et la communauté environnante. Les relations que nous partageons tous avec toute la création – notre créateur, notre mère la terre, le soleil, et la lune, les quatre points cardinaux, les espèces à quatre pattes, aux ailes, celles qui volent, qui rampent et qui nagent, sont implicites dans ce cercle de la compréhension. Notre relation avec les esprits, « aidants » et « directeurs » qui sont peut-être des forces invisibles, mais ayant une incidence sur notre bien-être, est implicite dans le cercle de notre compréhension. Nous reconnaissons et respectons le fait que ces forces influent sur nos vies. On peut également en faire appel pour faciliter le processus de changement.

### Principe 2 – l'humilité dans l'exercice de la profession du travail social

Le cercle d'influences nous offre le miroir qui nous permet de comprendre que le Créateur vit en chaque être vivant. Ainsi, le créateur vit au sein des clients que nous servons. Cela nous rappelle notre rôle qui se doit d'être humble. Nous sommes une personne dans la vie du client ou de la cliente. Nous reconnaissons que notre relation avec le client est « professionnelle » et il qu'il s'agit d'une relation à durée limitée. Ceci a une incidence sur nos attentes quant à la planification d'intervention.

### Principe 3 – la responsabilisation dans l'exercice de la profession du travail social

La reconnaissance que la création est en nous sert également à nous rappeler que le vrai « guérisseur » ou l'« aidant » c'est le client lui-même. Nous respectons la capacité de guérison au sein de chaque individu. C'est cela qui nous

aide à mieux comprendre qui nous sommes par rapport à nos clients. Nous pouvons nous percevoir, peut-être, comme facilitateur ou guide. Toutefois, nous sommes conscients de la responsabilité ultime qui est la nôtre - celle d'aider nos clients à découvrir et à « puiser » dans le pouvoir de guérison qu'ils possèdent en eux. C'est cela qui façonne notre plan de soins et nos interventions auprès de nos clients. Nous aidons nos clients à accéder à leurs propres remèdes. Et c'est donc ainsi qu'on commence à se rendre compte que le cercle d'influences est un outil de responsabilisation. En effet, comme l'a indiqué Nabigon (1990), le cercle d'influences pourrait être considéré comme un paradigme culturel de l'autonomie gouvernementale des Premières nations.

#### Principe 4 – Le respect de la non-ingérence

En rapport avec ce qui précède est la compréhension selon laquelle il incombe à l'individu à vouloir changer. Nous reconnaissons que notre rôle en amont est celui de faciliter chez le client la prise de conscience de la nécessité de changer. (Antone et al., 1986). Nous respectons également l'autonomie personnelle de chaque individu. Nous reconnaissons que la croissance se produit à son propre rythme naturel. Encore une fois, on garde à l'esprit la nécessité de faire preuve d'humilité et de respect lors de nos interactions avec ceux que nous servons.

#### Principe 5 – La guérison est un phénomène naturel

Le cercle d'influences reflète les phénomènes naturels. Comme indiqué précédemment, il présente une vue schématique de la relation qu'on partage avec toute vie dans le milieu naturel. Le cercle représente l'équilibre et l'harmonie. Les facteurs suivants en sont implicites dans cette compréhension. Tout ce qui est déséquilibré peut rentrer en équilibre. Les enseignements des « Cinq coquins » dans le cercle laissent entendre que c'est naturel si ces coquins ont un effet sur nous. Cela signifie implicitement que nous devons tous faire face à ces coquins afin de maintenir l'équilibre et l'harmonie dans nos vies. C'est ainsi que notre processus de changement s'en trouvera démystifié. Les solutions naturelles pour le changement sont reflétées sur le cercle.

#### Principe 6 – l'autodétermination dans l'exercice de la profession du travail social

Le recours au cercle d'influences dans le processus d'évaluation se veut être l'une des solutions naturelles pour le changement. Les questions utilisées dans l'outil d'évaluation sont conçues dans l'intention de favoriser la guérison. Les questions sont formulées expressément de manière à ce qu'elles soient plus consensuelles, sans porter de jugement. Elles sont conçues de façon à susciter la conscience de soi chez les personnes interrogées. Les questions demandent aux clients leurs propres perceptions des problèmes auxquels ils font face dans leurs vies. Elles sont conçues de manière à susciter l'autodétermination chez ceux qui y répondent. Ainsi donc, le processus d'évaluation devient une partie intégrante de l'intervention auprès du client ou de la cliente.

## Conclusion

### Principe 7 – L'évaluation clinique peut être une pratique de guérison

L'entrevue d'évaluation peut jeter une base très solide pour les interventions futures. Cet auteur principal a fait l'expérience selon laquelle l'utilisation de cet outil constitue la base de la confiance, du partage, de l'honnêteté et de la bienveillance que l'on jette pour les interventions futures auprès des clients. Dans un cadre où il y a respect et sécurité, les clients se sentent à l'aise pour dévoiler sereinement les nombreux traumatismes douloureux auxquels ils ont eu à faire face tout au long de leur vie. Pour beaucoup, ceci constitue le début du processus de la sortie de l'isolement. Il a été observé que la guérison peut avoir lieu dans le cadre d'une entrevue d'évaluation initiale beaucoup plus facilement que lorsqu'on utilise des méthodes ordinaires d'évaluations cliniques.

## QUESTIONNAIRE SUR L'ESTIME DE SOI

Y a-t-il d'autres des choses vous concernant...qui sont

- BONNES POUR LA PLUPART     MAUVAISES POUR LA PLUPART     BONNES ET MAUVAISES

Un gamin a dit ceci: (je suis un bon à rien). Ressentez-vous souvent comme ça ?

- OUI     NON     PARFOIS

Un gamin m'a dit ceci: «Il y a beaucoup de choses chez moi qui ne vont pas.» Vous sentez-vous comme ça ?

- OUI     NON     PARFOIS

Un autre gamin a dit ceci «Je ne sais faire grand-chose.» Ressentez-vous comme ça ?

- OUI     NON     PARFOIS

Êtes-vous heureux de votre vie ?

- TRÈS HEUREUX     ASSEZ HEUREUX

Si certains enfants disaient quelque chose de mauvais sur les peuples autochtones, vous sentiriez-vous comme s'ils avaient dit quelque chose de mal sur vous ?

- OUI     NON     PEUT-ÊTRE

Comment vous sentez-vous d'être autochtone ?

- FIER     ASSEZ FIER     PAS TRÈS FIER     PAS FIER

Si vous pouviez être né de nouveau, souhaiteriez-vous d'être né ?

- AUTOCHTONE     NON-AUTOCHTONE

Si vous pouviez être né de nouveau, souhaiteriez-vous d'être né comme ?

- VOUS-MÊME     UN AMI     AUTRE

Pensez-vous que vous seriez plus heureux si vous n'étiez pas autochtone ?

- OUI     NON     PEUT-ÊTRE

Pensez-vous que la consommation d'alcool et de drogues ou le reniflement peuvent aider les gens à faire face à leurs problèmes ?

- OUI     NON     PEUT-ÊTRE

Pensez-vous que la consommation d'alcool ou de drogues par votre papa ou votre maman est due à quelque chose que vous faites ?

- OUI     NON     PEUT-ÊTRE

Pensez-vous que votre maman et papa se disputent/se chicanent à cause de quelque chose que vous faites?

- OUI     NON     PEUT-ÊTRE

Pensez-vous que c'est correct de parler de la consommation d'alcool et de drogues de votre papa ou votre maman ?

- OUI     NON     PEUT-ÊTRE

Avez-vous quelqu'un à qui vous faites confiance et auprès de qui vous pouvez aller demander de l'aide ?

- OUI     NON     PEUT-ÊTRE

Faites-vous souvent part de vos sentiments (bonheur, tristesse, colère) ?

- OUI     NON     PEUT-ÊTRE



## QUESTIONNAIRE SUR L'ESTIME DE SOI

**Pouvez-vous faire quelque chose pour aider votre maman ou papa à cesser la consommation d'alcool ou de drogues ?**

OUI       NON       PEUT-ÊTRE

**Faites-vous des choses qui vous rendent heureux ?**

OUI       NON       PEUT-ÊTRE

**Lorsque vous partirez de Nimkee, reniflerez-vous ou consommerez-vous de l'alcool ou des drogues ?**

OUI       NON       PEUT-ÊTRE

**Si quelqu'un dit ou fait des choses qui retiennent vraiment votre attention, devriez-vous essayer de les oublier ?**

OUI       NON       PEUT-ÊTRE

**Si quelqu'un vous montre une partie intime de son corps, devriez-vous essayer d'oublier que cela s'est produit ?**

OUI       NON       PEUT-ÊTRE

**Si quelque chose de vraiment effrayant vous arrive, pensez-vous qu'il est préférable de ne pas en faire part ?**

OUI       NON       PEUT-ÊTRE

**Si vous êtes effrayé, pensez-vous qu'il faut attirer l'attention afin d'obtenir de l'aide ?**

OUI       NON       PEUT-ÊTRE

**Si quelqu'un essaye de faire quelque chose qui porte atteinte à vos sentiments ou à votre corps, devriez-vous le dire à quelqu'un ?**

OUI       NON       PEUT-ÊTRE

**Pensez-vous qu'on doit rejeter la faute aux enfants lorsque les adultes leur font du mal ?**

OUI       NON       PEUT-ÊTRE

**Pensez-vous que les enfants devraient le signaler quand un adulte leur fait du mal ?**

OUI       NON       PEUT-ÊTRE

**Pensez-vous que vous pouvez distinguer entre les gens qui tentent de porter atteinte aux sentiments et au corps des enfants de ceux qui ne le tentent pas ?**

OUI       NON       PEUT-ÊTRE

**Pensez-vous que vous pouvez faire la différence entre une personne qui essaie vraiment d'effrayer les enfants et celle qui ne l'essaie pas ?**

OUI       NON       PEUT-ÊTRE

**Jeune:** \_\_\_\_\_ **Administré au moment de l'admission par:** \_\_\_\_\_

**Administré à la fin des soins par:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

## ÉVALUATION DU COMPORTEMENT

### Examen sur 30 jours

Nom du pensionnaire: \_\_\_\_\_ DDN: \_\_\_\_\_

Intervenant de première ligne: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Date d'admission: \_\_\_\_\_ Date de fin des soins par: \_\_\_\_\_

Droits & responsabilités: \_\_\_\_\_

Date de l'examen: \_\_\_\_\_ Prochain examen: \_\_\_\_\_ Date requise: \_\_\_\_\_

Personnes contactées: \_\_\_\_\_ Date d'examen du graphique du groupe: \_\_\_\_\_

Observations: \_\_\_\_\_

<b>LISTE DE CONTRÔLE D'INCIDENTS :</b>	<b># D'INCIDENTS</b>	<b>SÉANCE DE COUNSELLING (Identifier les problèmes de comportement) CYW</b>	<b># D'INCIDENTS</b>
Non-conformité au sein du groupe			
Non-conformité 1/11			
Instigateur de comportements			
Menaces ou tentatives de suicide		Comportements exemplaires	
Fumeur		Compétences en résolution de problèmes	
Incidents		Rapports d'incidents	
Séances auto-infligées		Compétences en direction	
Rapports de comportement (suivi de rapports d'incidents)		Fait preuve d'initiative	
Rapports d'incidents graves		Fait preuve de maîtrise de soi en cas de colère	
Escortes		Prise de responsabilité	
Contentions physiques		Bon Effort / Travail acharné	
Absent sans permission (ASP)		Esprit sportif	
Comportement menaçant envers autrui		Niveau de maturité	
Agression physique		Respecte les attentes/directives du programme	
Agression verbale			

## ÉNONCÉ DE POLITIQUE ET DE PROCÉDURES

Branche: \_\_\_\_\_ No CNSN \_\_\_\_\_ Section: \_\_\_\_\_  
POLITIQUE DE TRAITEMENT \_\_\_\_\_ Délivré en: \_\_\_\_\_ Jan 2002 \_\_\_\_\_  
Objet: \_\_\_\_\_ PLAN DE SOINS \_\_\_\_\_ Entré en vigueur le: \_\_\_\_\_  
Délivré à: \_\_\_\_\_ Page: \_\_\_\_\_ 1 of 2 \_\_\_\_\_  
Remplace: \_\_\_\_\_  
Délivré par: \_\_\_\_\_ Délivré: \_\_\_\_\_

### 1. POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ ET DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

**1.01** L'objectif principal du plan de soins (PDS) est de s'assurer que les jeunes sont conscients de la raison pour laquelle ils sont en traitement, et de ce à quoi ils peuvent s'attendre quant au programme de traitement – le plan de soins protège en outre les droits des enfants. Le PDS nous permet également d'être consciemment et constamment au courant des besoins, du changement et de la croissance des jeunes

**1.02** La législation relative à l'acquisition de licences pour établissements de soins destinés aux enfants exige que le 1er plan de soins soit complété dans les 30 premiers jours suivant l'admission en établissement. À ce stade, le PDS ne reflète que les problèmes que présente le jeune et tout ce qui peut être tiré des évaluations au cours 30 premiers jours.

**1.03** Ce PDS est ensuite mis à jour et révisé tous les 30 jours et un plan de fin d'intervention après 150 jours. L'évaluation du programme, le questionnaire sur l'estime de soi et le rapport sommaire final doivent également être prêts à la fin de l'intervention.

**1.04** L'exigence de 30 jours veut que le PDS soit rempli avec le client. Si d'autres personnes sont impliquées, alors c'est bon, mais si elles ne sont pas disponibles, la date à laquelle le PDS a été rempli avec le client, portant la signature de ce dernier doit figurer sur le PDS.

**1.05** On devrait ensuite faire parvenir une copie dactylographiée du PDS au travailleur social référent et au parent, qu'ils aient ou non pris part à l'élaboration du PDS ou à la conférence téléphonique.

**1.06** Si plusieurs tentatives ont été faites pour impliquer la famille et la communauté, cela devrait être noté dans le PDS. Mais après quelques tentatives, il serait approprié de leur faire parvenir une copie du rapport, assortie d'une lettre leur rappelant quand a lieu le prochain PDS et les invitant à y assister. Ne perdez pas beaucoup de temps en voulant mettre main sur des parents ou des travailleurs sociaux référents – mais prenez-en note de toutes tentatives et des raisons évoquées de ne pouvoir y prendre part.

**1.07** En remplissant le PDS, les jeunes doivent demeurer la priorité .

**1.08** Le PDS doit également inclure des renseignements sur les loisirs, les évaluations et les plans de l'éducation, les rapports CYW, objet : aptitudes comportementales/sociales/à la vie/ et toute autre personne impliquée dans le traitement des jeunes, c'est-à-dire pour des problèmes psychiques, psychiatriques, des problèmes d'évaluation culturelle et de soins de santé, ainsi que l'agent de probation.

**1.09** Le PDS offre également l'occasion de documenter que les droits et les responsabilités du jeune ont été passés en revue, de documenter la date à laquelle le jeune a terminé l'orientation du programme, ainsi que la date de participation aux exercices d'évacuation par ce dernier.

## ÉNONCÉ DE POLITIQUE ET DE PROCÉDURES

Branche: \_\_\_\_\_ No CNSN \_\_\_\_\_ Section: \_\_\_\_\_  
POLITIQUE DE TRAITEMENT \_\_\_\_\_ Délivré en: \_\_\_\_\_ Jan 2002 \_\_\_\_\_  
Objet: \_\_\_\_\_ PLAN DE SOINS \_\_\_\_\_ Entré en vigueur le: \_\_\_\_\_  
Délivré à: \_\_\_\_\_ Page: \_\_\_\_\_ 1 of 2 \_\_\_\_\_  
Remplace: \_\_\_\_\_  
Délivré par: \_\_\_\_\_ Délivré: \_\_\_\_\_

### 2. PROCÉDURE

L'intervenant de première ligne veillera à ce que les dates, les moments et les méthodes spécifiques d'implication de tuteurs/parents/travailleurs sociaux référents soient établis au moment de la prise en charge du client ou de la cliente. L'échéancier sera communiqué verbalement et par écrit au client, aux parents et au travailleur social référent. Le parent/tuteur et le travailleur social référent seront également tenus informés par l'intervenant de première ligne et l'intervenant secondaire du processus du Plan de soins et ils souligneront l'importance de l'implication de parents/tuteurs et de travailleurs sociaux référents. Le Plan de soins devra toujours être rempli avec le client tous les 30 jours, même si les parents/tuteurs ou travailleur social référent n'y prennent pas part. Un Plan de soins comprendra les éléments suivants :

- Nom et date de naissance du client ou de la cliente
- Tuteur légal
- Travailleur social/Agence référent
- Date d'admission et de fin d'intervention
- Date du présent PDS
- Date du dernier PDS
- Date du prochain examen
- Intervenant de première ligne et intervenant secondaire
- Coordonnateur de traitement
- Défenseur de l'enfant
- Participants à l'examen
- Date de l'examen avec le client
- Date de l'examen avec le tuteur
- Signature du client ou de la cliente
- Examen des droits et des responsabilités des clients
- Examen des objectifs
- Mise à jour du plan d'éducation

**PLAN DE SOINS  
CENTRE DE GUÉRISON NIMKEE NUPIGAWAGAN**

PG \_\_\_\_\_

**PRIVÉ ET CONFIDENTIEL**

30 jours \_\_\_\_\_

Examen \_\_\_\_\_

Transfert \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Tuteur légal: \_\_\_\_\_ Agence & travailleur social orienteurs: \_\_\_\_\_

Date d'admission: \_\_\_\_\_ Date de fin d'intervention: \_\_\_\_\_

Date du présent PDS: \_\_\_\_\_ Date du dernier PDS : \_\_\_\_\_

Date du prochain examen: \_\_\_\_\_

Intervenant de première ligne et intervenant secondaire: \_\_\_\_\_

Coordonnateur de traitement: \_\_\_\_\_ Défenseur de l'enfant: \_\_\_\_\_

Participants à l'examen: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

(Doit inclure les raisons pour lesquelles le tuteur légal /l'enfant/ le travailleur social/l'agent de probation n'est pas présent)

---

---

---

---

---

Date de l'examen avec l'enfant: \_\_\_\_\_ Date de l'examen avec le tuteur légal: \_\_\_\_\_

Examen des droits et responsabilités du client ou de la cliente:

---

---

---

---

---

Signature du client ou de la cliente: \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant de première ligne et secondaire: \_\_\_\_\_

Signature du coordonnateur de traitement: \_\_\_\_\_

**EXAMEN D'OBJECTIFS** : énoncer les objectifs, les programmes et l'état d'avancement (inclure l'indice GAS, voir copie en annexe)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**MISE À JOUR DU PLAN D'ÉDUCATION:**

---

---

---

---

**EN VUE D'AMÉLIORER L'ESTIME DE SOI**

**A. Améliorer les valeurs et les points forts personnels :**

---

---

---

---

**B. Améliorer votre langage corporel:**

---

---

---

---

**EN VUE D'AMÉLIORER L'ESTIME DE SOI**

**C. Améliorer l'image de soi & les convictions personnelles sur soi:**

---

---

---

---

**D. Faire face aux sentiments de culpabilité et renforcer la responsabilité:**

---

---

---

---

**COMMUNICATION**

**A. Exprimer et accepter des sentiments:**

---

---

---

---

**Verbale et non verbale:**

---

---

---

**Améliorer l'interaction sociale:**

---

---

---

**Contact avec la famille/la communauté d'origine:**

---

---

---

**PRISE DE CONSCIENCE DU SOI ÉMOTIONNEL**

**Colère:**

---

---

---

**Deuil:**

---

---

---

**Anxiété:**

---

---

---

**Crainte:**

---

---

---

**Solitude:**

---

---

---

**Plaisir:**

---

---

---

**Empathie:**

---

---

---



**PRISE DE CONSCIENCE DU SOI ÉMOTIONNEL**

**Cycle lunaire (menstruation) :** \_\_\_\_\_ **Sexualité:** \_\_\_\_\_

**Aptitudes personnelles & capacités:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**PRISE DE CONSCIENCE DU SOI MENTAL**

**Styles d'apprentissage individuel:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Capacité de prise de décision:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**PRISE DE CONSCIENCE DU SOI SPIRITUEL**

Nom de l'esprit: \_\_\_\_\_ Système clanique: \_\_\_\_\_

Identité autochtone: \_\_\_\_\_

**Objectifs culturels, religieux/besoins linguistiques:**

---

---

---

---

---

---

**Relation avec la création & le créateur:**

---

---

---

---

---

---

**RÉSOLUTION DE PROBLÈMES**

**Capacité à faire des choix:**

---

---

---

---

**Capacité à faire des choix:**

---

---

---

---

**Capacité à faire des choix:**

---

---

---

---

**APTITUDES D'ADAPTATION**

**Réaction au stress:**

---

---

**Comportement:**

---

---

**Intégration:**

---

---

**Vulnérabilité:**

---

---

**AFFIRMATION DE SOI**

**Sécurité et protection:**

---

---

**Limites et vie privée:**

---

---

**Prévention - capacité à dire « non » ou « oui » :** \_\_\_\_\_

**RECOMMANDATIONS:**

---

---

---

---

**PLAN DE FIN D'INTERVENTION ET DE SOINS DE SUIVI:**

---

---

---

# CENTRE DE GUÉRISON NIMKEE NUPIGAWAGAN

## RAPPORT DE FIN D'INTERVENTION FINAL

NOM: \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

TYPE DE TRAITEMENT: \_\_\_\_\_ DATE D'ADMISSION: \_\_\_\_\_

DATE DE FIN D'INTERVENTION: \_\_\_\_\_ TRAITEMENT TERMINÉ:  OUI  NON

SI NON, VEUILLEZ DONNER DES PRÉCISIONS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AGENCE D'ORIGINE: \_\_\_\_\_

DISPENSATEUR DE SOINS RÉFÉRANT: \_\_\_\_\_

CONSEILLER PENDANT LE TRAITEMENT: \_\_\_\_\_

**RÉSUMÉ DU RAPPORT:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Médicaments ramenés par le client à la maison:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Instructions d'utilisation des médicaments:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_ DOSSIER FERMÉ : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
GESTIONNAIRE DU PROGRAMME (SIGNATURE)

COPIE ENVOYÉE À :	NOM:	DATE:
Intervenant orienteur		
Parent		
Agent de probation		

\* Remarque: ce rapport et cette évaluation interviennent après le plan de soins de suivi.

# CENTRE DE GUÉRISON NIMKEE NUPIGAWAGAN

## ÉVALUATION DE FIN D'INTERVENTION

Observation générale:

---

---

### GROUPES VOUS AYANT ÉTÉ LES PLUS UTILES:

#### Choix personnelle

- |   |                                    |  |                                    |
|---|------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Hygiène               | <input type="radio"/> Conséquences | <input type="radio"/> Estime de soi      | <input type="radio"/> des conflits |
| <input type="radio"/> au sein de la famille | <input type="radio"/> Résolution   | <input type="radio"/> Affirmation de soi | <input type="radio"/> Rôles        |

#### Culturels

- |                                     |                                   |  |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Enseignements | <input type="radio"/> Abus sexuel | <input type="radio"/> Dépression         |
| <input type="radio"/> Colère        | <input type="radio"/> Sudation    | <input type="radio"/> Éducation sexuelle |

#### Cérémonie

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> de pleine lune | <input type="radio"/> Aptitudes à la vie quotidienne | <input type="radio"/> Respect/limites        |
| <input type="radio"/> Éducation      | <input type="radio"/> Loisirs                        | <input type="radio"/> Centre d'apprentissage |

### GROUPES VOUS AYANT ÉTÉ LES MOINS UTILES:

#### Choix personnelle

- |   |                                    |  |                                    |
|---|------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Hygiène               | <input type="radio"/> Conséquences | <input type="radio"/> Estime de soi      | <input type="radio"/> des conflits |
| <input type="radio"/> au sein de la famille | <input type="radio"/> Résolution   | <input type="radio"/> Affirmation de soi | <input type="radio"/> Rôles        |

#### Culturels

- |                                     |                                   |  |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Enseignements | <input type="radio"/> Abus sexuel | <input type="radio"/> Dépression         |
| <input type="radio"/> Colère        | <input type="radio"/> Sudation    | <input type="radio"/> Éducation sexuelle |

#### Cérémonie

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> de pleine lune | <input type="radio"/> Aptitudes à la vie quotidienne | <input type="radio"/> Respect/limites        |
| <input type="radio"/> Éducation      | <input type="radio"/> Loisirs                        | <input type="radio"/> Centre d'apprentissage |

Avez-vous trouvé que six mois c'était assez de temps pour votre guérison?  Oui  Non

Avez-vous trouvé que six mois c'était trop de temps pour vous être séparé de votre famille?  Oui  Non

Avez-vous bénéficié d'une visite à la maison pendant les 6 mois?  Oui  Non

### PRÉSENTATION DU PROGRAMME PAR LE PERSONNEL

Y avait-il assez de variété dans les activités du programme ?

_____ Exposés	_____ Vidéos	_____ Ordinateurs	_____ Musique
_____ Jeux	_____ Sorties	_____ Art	_____ Cérémonies

## CENTRE DE GUÉRISON NIMKEE NUPIGAWAGAN

### ÉVALUATION DE FIN D'INTERVENTION

#### PRÉSENTATION DU PROGRAMME PAR LE PERSONNEL

Étiez-vous satisfait des horaires de travail et des pauses quotidiens du programme ?

Oui  Non

Le personnel vous a-t-il permis de participer dans des groupes ?

Oui  Non

Le personnel vous a-t-il permis de discuter de ce dont vous aviez envie de parler?

Oui  Non

Avez-vous eu suffisamment de rencontres individuelles avec votre conseiller?

Oui  Non

#### COMMENTAIRES SUR LE CONTENU DU PROGRAMME

Avez-vous été en mesure d'appliquer les informations obtenues des activités en groupe dans votre propre vie ? Par exemple.

---

---

---

---

À quoi vous attendiez-vous du traitement ? Vos attentes ont-elles été comblées ? Que vous faut-il maintenant ?

---

---

---

---

Seriez-vous prêt à prendre part à un programme de prévention de rechute de deux semaines à Nimkee?

---

---

---

---

#### COMMENTAIRE GÉNÉRAL:

---

---

---

---

## CENTRE DE GUÉRISON NIMKEE NUPIGAWAGAN

### Satisfaction de la clientèle quant aux problèmes de traitement

Veillez évaluer votre niveau de satisfaction par rapport au traitement que vous avez reçu en ce qui concerne les éléments suivants:

TRAITEMENT POUR:	Très satisfait(e)	Relativement satisfait(e)	Relativement insatisfait(e)	Très insatisfait(e)
Troubles affectifs				
Abus de solvants				
Loisirs /récréation / temps libre				
Activités sociales /relations				
Expression de soi				
Problèmes d'alcool et de drogues				
Préoccupations d'ordre sexuel				
École				
Préoccupations/problèmes familiaux				
Problèmes médicaux				
Prévention de la violence				
Identité culturelle / autochtone				
Compétences professionnelles				
Prise de décision				
<b>SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE À L'ÉGARD DU PERSONNEL</b>	<b>Excellente</b>	<b>Très bien</b>	<b>Mauvaise</b>	<b>Très mauvaise</b>
Bien informé au sujet des abus de solvant/ de la dépendance				
Respect des droits de client à la confidentialité & à la vie privée				
Écoute				
Bienveillance				
Respect des sentiments des clients				
Disponible lorsqu'on a besoin de lui				
Aide les clients à atteindre leurs objectifs				
Aide les clients à faire de bons choix				

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU CLIENT OU DE LA CLIENTE

\_\_\_\_\_  
DATE

## CENTRE DE GUÉRISON NIMKEE NUPIGAWAGAN

### Satisfaction de la clientèle quant aux problèmes de traitement

Veillez évaluer votre niveau de satisfaction par rapport au traitement que vous avez reçu en ce qui concerne les éléments suivants:

ACTIVITÉS:	Satisfait	Relativement Satisfait	Relativement insatisfait	Très insatisfait
Soutien au tuteur qui s'occupe d'un jeune toxicomane				
Soutien au tuteur qui s'occupe d'un jeune au comportement agressif				
Aide aux familles faisant face aux problèmes liés à la toxicomanie des jeunes				
Obtention de renseignements sur la guérison et le traitement				
Obtention de renseignements sur les compétences parentales				
Obtention de renseignement sur la manière de faire face au problème de comportements agressifs des jeunes				
Obtention de renseignements sur l'abus de solvant/la dépendance				
Obtention de soutien après que le jeune ait terminé le traitement / pour des soins de suivi				
NIVEAU DE SATISFACTION DU PARENT/DE L'AIDANT À L'ÉGARD DU PERSONNEL	Excellente	Bien	Mauvaise	Très mauvaise
Bien informé au sujet des abus de solvant/ de la dépendance				
Respecte les droits à la confidentialité				
Écoute				
Bienveillance				
Respecte les sentiments des parents/d'aidants				
Aide les jeunes à atteindre leurs objectifs				
Disponible lorsqu'on a besoin de lui				

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR

\_\_\_\_\_  
DATE



## CENTRE DE GUÉRISON NIMKEE NUPIGAWAGAN

### Satisfaction de l'agent référant à l'égard du programme de traitement et du personnel

Veillez évaluer votre niveau de satisfaction du traitement que vous avez reçu pour chacun d'éléments suivants:

<b>ACTIVITÉS DU PROGRAMME:</b>	<b>Excellente</b>	<b>Très bien</b>	<b>Mauvaise</b>	<b>Très mauvaise</b>
Counselling individuel				
Évaluation du client ou de la cliente				
Sensibilisation/renseignements sur l'abus de solvants				
Counselling de groupe				
Plan de suivi				
Plan de traitement				
École				
Récréation				
Programmation culturelle				
Problèmes de comportement				
Aptitudes à la vie quotidienne				
<b>SATISFACTION À L'ÉGARD DU PERSONNEL</b>	<b>Satisfait</b>	<b>Relativement Satisfait</b>	<b>Relativement insatisfait</b>	<b>Très insatisfait</b>
Coopératif				
Professionnel				
Bien informé				
Sympathique				
Accessible				
Manifeste un véritable intérêt envers les jeunes				
Bienveillant				



## POSIT - Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers

Le protocole POSIT est un outil multidimensionnel qui cible les adolescents ayant besoin d'une évaluation plus approfondie pour consommation problématique d'alcool et d'autres drogues, et d'autres évaluations dans neuf domaines fonctionnels, que sont:

- santé physique
- santé mentale
- relations familiales
- relations avec les pairs
- niveau d'instruction
- situation professionnelle
- compétences sociales
- loisirs et récréation
- comportement agressif/délinquant

Le protocole POSIT est composé de 139 questions oui/non qui explorent le fonctionnement actuel du client ou de la cliente. L'échelle sur la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues a fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la validation des critères et d'autres tests psychométriques. Il comporte 17 questions, et une version plus brève, composée 11 questions a été élaborée.

Un questionnaire de suivi est également disponible et il peut servir comme mesure descriptive dans l'évaluation du programme.

### Populations visées :

- Le protocole POSIT a fait l'objet d'essai dans le cadre du traitement de la toxicomanie et des problèmes de santé mentale, ainsi qu'en milieux carcéral et médical
- auprès d'adolescents de 12 à 19 ans - ayant atteint au moins le niveau de lecture de la sixième année.
- Peut être utilisé dans divers milieux et il est utile dans l'élaboration des plans de traitement et d'orientation.

### Administration:

Formats disponibles :

- sous forme de questionnaire à remplir soi-même (papier et crayon)
- sous forme de questionnaire à remplir soi-même (ordinateur)

Temps requis - 20 à 30 minutes.

### Coût :

- Aucuns frais pour l'utilisation

Disponible chez :

National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information  
P.O. Box 2345  
Rockville, MD 20847-2345  
1-900-729-6686

Version PDF disponible en cliquant sur ce lien:  
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction  
<http://www.emcdda.europa.eu/eib>

Version informatisée

PowerTrain, Inc.  
8201 Corporate Drive  
Suite 1080  
Landover, MD 20785  
(301) 731-0900

## ÉCHANTILLON DU FORMULAIRE /DES QUESTIONS DU POSIT :

1. Avez-vous tellement d'énergie que vous ne savez pas quoi en faire ?	Oui	Non
2. Vous vantez-vous souvent ?	Oui	Non
3. Vous attirez-vous des ennuis parce que vous consommez des drogues ou de l'alcool à l'école ?	Oui	Non
4. Vos amis s'ennuient-ils lors des soirées quand on n'y sert pas d'alcool ?	Oui	Non
5. Avez-vous souvent du mal à demander à autrui de vous aider ?	Oui	Non
6. Les soirées auxquelles vous avez assisté récemment, étaient-elles sous la surveillance d'un adulte?	Oui	Non
7. Vos parents ou tuteurs se chamaillent-ils beaucoup ?	Oui	Non
8. Pensez-vous souvent de l'incidence que vos actions auront sur autrui ?	Oui	Non
9. Avez-vous récemment pris ou perdu plus de 10 livres de poids ?	Oui	Non
10. Avez-vous déjà eu des rapports intimes avec quelqu'un qui s'injectait des drogues illicites ?	Oui	Non
11. Sentez-vous souvent fatigué ?	Oui	Non
12. Avez-vous déjà eu des problèmes de douleurs à l'estomac ou les nausées ?	Oui	Non
13. Vous sentez-vous facilement effrayé ?	Oui	Non
14. Un/une de vos meilleurs ami(e)s, sortait-il/elle régulièrement avec quelqu'un au cours de l'année écoulée ?	Oui	Non
15. Sortiez-vous régulièrement avec quelqu'un au cours de l'année écoulée ?	Oui	Non
16. Avez-vous une compétence, une activité artisanale ou commerciale ou de l'expérience professionnelle ?	Oui	Non
17. La plupart de vos amis, sont-ils plus âgés que vous?	Oui	Non
18. Disposez-vous de moins d'énergie que vous pensez devoir en disposer?	Oui	Non
19. Vous sentez-vous facilement frustrés ?	Oui	Non
20. Menacez-vous souvent de faire du mal à autrui?	Oui	Non
21. Vous sentez-vous seul la plupart du temps ?	Oui	Non
22. Dormez-vous trop ou trop peu ?	Oui	Non
23. Jurez-vous ou utilisez-vous souvent un langage inapproprié?	Oui	Non
24. Faites-vous preuve d'écoute attentive ?	Oui	Non
25. Vos parents ou tuteurs sont-ils d'accord avec vos choix d'amis ?	Oui	Non
26. Avez-vous menti à quelqu'un au cours de la semaine dernière ?	Oui	Non
27. Vos parents ou tuteurs refusent-ils de vous parler quand ils sont en colère contre vous ?	Oui	Non
28. Vous précipitez-vous à faire des choses sans vous inquiéter de ce qui pourrait arriver?	Oui	Non
29. Avez-vous eu un emploi rémunéré l'été dernier ?	Oui	Non
30. Votre temps libre, le passez-vous juste à sortir avec des amis ?	Oui	Non
31. Vous êtes-vous malencontreusement blessé ou avez-vous blessé quelqu'un d'autre étant saoul ou drogué ?	Oui	Non
32. Avez-vous déjà eu des accidents ou des blessures qui vous gênent encore ?	Oui	Non
33. Êtes-vous fort en orthographe ?	Oui	Non
34. Avez-vous des amis qui endommagent ou détruisent délibérément des choses ?	Oui	Non
35. Le blanc de vos yeux, jaunit-il souvent ?	Oui	Non
36. Vos parents ou tuteurs savent-ils souvent où vous êtes et ce que vous faites ?	Oui	Non
37. Manquez-vous souvent des activités parce que vous dépensez trop d'argent sur les drogues ou l'alcool ?	Oui	Non
38. Les gens vous harcèlent-ils à cause de votre apparence ?	Oui	Non

## ÉCHANTILLON DU FORMULAIRE /DES QUESTIONS DU POSIT :

39. Savez-vous comment obtenir un emploi, si vous en voulez un ?	Oui	Non
40. Vos parents ou tuteurs et vous, faites-vous beaucoup de choses ensemble ?	Oui	Non
41. Obtenez-vous des A et B dans certains cours et en échouez-vous d'autres ?	Oui	Non
42. Vous sentez-vous nerveux la plupart du temps ?	Oui	Non
43. Avez-vous déjà eu à voler des choses ?	Oui	Non
44. Vous êtes-vous déjà fait dire que vous êtes hyperactif ?	Oui	Non
45. Vous êtes-vous déjà senti comme si vous étiez accro à l'alcool ou aux drogues ?	Oui	Non
46. Êtes-vous un bon en lecture ?	Oui	Non
47. Avez-vous un passe-temps qui vous intéresse vraiment?	Oui	Non
48. Avez-vous l'intention d'obtenir un diplôme (ou en avez déjà un) ?	Oui	Non
49. Êtes-vous fréquemment absent ou en retard au travail ?	Oui	Non
50. Avez-vous l'impression que les gens sont contre vous ?	Oui	Non
51. Pratiquez-vous des sports d'équipe dont les entraînements ont lieu régulièrement ?	Oui	Non
52. Avez-vous déjà eu à lire un livre du début à la fin pour votre propre plaisir ?	Oui	Non
53. Avez-vous des tâches dont vous devez régulièrement vous occuper à la maison ?	Oui	Non
54. Vos amis, apportent-ils des drogues aux soirées ?	Oui	Non
55. Participez-vous trop à des bagarres ?	Oui	Non
56. Avez-vous un tempérament bouillant ?	Oui	Non
57. Vos parents ou tuteurs, vous prêtent-ils attention quand vous leur parlez ?	Oui	Non
58. Avez-vous commencé à consommer de plus et plus de drogues ou d'alcool afin d'en obtenir l'effet souhaité ?	Oui	Non
59. Vos parents ou tuteurs, ont-ils des règles sur ce que vous pouvez et ne pouvez pas faire ?	Oui	Non
60. Les gens, vous disent-ils que vous êtes imprudent ?	Oui	Non
61. Êtes-vous récalcitrant ?	Oui	Non
62. Certains de vos meilleurs amis, sortent-ils pendant les soirées de la semaine scolaire sans l'autorisation de leurs parents ou tuteurs ?	Oui	Non
63. Avez-vous déjà eu un emploi ou l'avez-vous maintenant?	Oui	Non
64. Avez-vous du mal à vous changer les idées?	Oui	Non
65. Avez vous déjà menacé quelqu'un avec une arme ?	Oui	Non
66. Avez-vous le moyen pour vous rendre à un emploi ?	Oui	Non
67. Avez-vous déjà eu à quitter une soirée parce qu'il n'y avait pas d'alcool ou de drogues ?	Oui	Non
68. Vos parents ou tuteurs savent-ils ce à quoi vous pensez vraiment ou comment vous sentez-vous ?	Oui	Non
69. Agissez-vous souvent sur un coup de tête ?	Oui	Non
70. Faites-vous souvent de l'exercice pendant une demi-heure ou plus au moins une fois par semaine ?	Oui	Non
71. Avez-vous une envie constante de consommer de l'alcool ou des drogues ?	Oui	Non
72. Est-ce facile d'apprendre de nouvelles choses ?	Oui	Non
73. Avez-vous des difficultés à respirer ou à tousser ?	Oui	Non
74. Les gens de votre âge, vous aiment et vous respectent-ils ?	Oui	Non
75. Votre esprit erre-t-il beaucoup ?	Oui	Non

## ÉCHANTILLON DU FORMULAIRE /DES QUESTIONS DU POSIT :

76. Entendez-vous des choses que personne d'autre autour de vous n'entend ?	Oui	Non
77. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	Oui	Non
78. Avez-vous un permis de conduire valide?	Oui	Non
79. Avez-vous déjà occupé un emploi rémunéré qui a duré au moins un mois ?	Oui	Non
80. Vos parents ou tuteurs et vous, avez-vous des disputes fréquentes, occasionnant des hurlements et des cris ?	Oui	Non
81. Avez-vous déjà eu un accident de voiture étant sous l'effet de l'alcool ou de drogues ?	Oui	Non
82. Oubliez-vous des choses que vous avez faites pendant que vous consommiez de l'alcool ou des drogues ?	Oui	Non
83. Au cours du dernier mois, avez-vous eu à conduire une voiture étant sous l'effet de l'alcool ou de drogues ?	Oui	Non
84. Votre voix, est-elle plus forte que celle d'autres enfants ?	Oui	Non
85. La plupart de vos amis, sont-ils plus jeunes que vous ?	Oui	Non
86. Avez-vous déjà eu à endommager intentionnellement les biens d'autrui ?	Oui	Non
87. Avez-vous déjà eu à arrêter de travailler quelque part parce que vous vous en moquiez ?	Oui	Non
88. Vos parents ou tuteurs, aiment-ils vous parler et passer du temps avec vous ?	Oui	Non
89. Avez-vous déjà eu à passer la nuit en dehors de chez vous, alors que vos parents ne savaient pas où vous étiez ?	Oui	Non
90. Un de vos meilleurs amis a-t-il déjà eu à participer à des sports d'équipe dont les entraînements se tiennent régulièrement ?	Oui	Non
91. Vous méfiez-vous d'autres personnes ?	Oui	Non
92. Êtes-vous déjà trop occupé par l'école et d'autres activités surveillées par un adulte que vous ne voyez plus l'intérêt d'avoir un emploi ?	Oui	Non
93. Avez-vous séché école au moins 5 jours au cours de l'année écoulée ?	Oui	Non
94. Êtes-vous souvent satisfait de vos réalisations au cours des activités avec vos amis ?	Oui	Non
95. La consommation d'alcool ou de drogue provoque-t-elle un changement bref de vos humeurs, par ex. de heureux à triste ou vice versa ?	Oui	Non
96. Vous sentez-vous triste la plupart du temps ?	Oui	Non
97. Manquez-vous l'école ou y arrivez-vous en retard en raison de votre consommation d'alcool ou de drogue ?	Oui	Non
98. Est-il important pour vous maintenant d'obtenir ou de conserver un emploi satisfaisant ?	Oui	Non
99. Vous êtes-vous déjà fait dire par votre famille ou vos amis que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ou de drogue ?	Oui	Non
100. Avez-vous souvent de sérieuses disputes avec des amis ou des membres de votre famille en raison de votre consommation d'alcool ou de drogue ?	Oui	Non
101. Taquinez-vous beaucoup autrui ?	Oui	Non
102. Éprouvez-vous des difficultés à dormir ?	Oui	Non
103. Avez-vous des difficultés avec du travail écrit ?	Oui	Non
104. Votre consommation d'alcool ou de drogue, vous fait-elle faire des choses que vous ne feriez pas normalement; comme enfreindre des règles, ne pas respecter un couvre-feu, ou enfreindre la Loi ?	Oui	Non
105. Avez-vous l'impression que vous perdez le contrôle de vous-même et vous vous lancez dans des bagarres?	Oui	Non

## ÉCHANTILLON DU FORMULAIRE /DES QUESTIONS DU POSIT :

106. Avez-vous déjà été congédié d'un emploi ?	Oui	Non
107. Au cours du dernier mois, avez-vous séché l'école ?	Oui	Non
108. Avez-vous du mal à vous entendre avec un de vos amis en raison de votre consommation d'alcool ou de drogue ?	Oui	Non
109. Avez-vous du mal à suivre des instructions ?	Oui	Non
110. Êtes-vous bon à résoudre des problèmes par la discussion?	Oui	Non
111. Avez-vous des amis qui ont frappé ou qui ont menacé de frapper quelqu'un sans aucune raison réelle ?	Oui	Non
112. Vous sentez-vous souvent comme s'il vous est impossible de contrôler votre consommation d'alcool ou de drogue ?	Oui	Non
113. Avez-vous une bonne mémoire ?	Oui	Non
114. Vos parents ou tuteurs ont-ils une assez bonne idée de vos préférences ?	Oui	Non
115. Vos parents ou tuteurs, sont-ils généralement d'accord sur la façon de vous gérer ?	Oui	Non
116. Avez-vous souvent du mal à planifier et à organiser ?	Oui	Non
117. Éprouvez-vous des problèmes avec les mathématiques ?	Oui	Non
118. Vos amis sèchent-ils trop l'école ?	Oui	Non
119. Vous faites-vous trop de soucis ?	Oui	Non
120. Éprouvez-vous des difficultés à achever des projets de classe ou des tâches?	Oui	Non
121. L'école fait-elle parfois que vous vous sentiez stupide ?	Oui	Non
122. Êtes-vous en mesure de vous faire facilement d'amis dans un nouveau groupe ?	Oui	Non
123. Avez-vous souvent le sentiment de vouloir de pleurer ?	Oui	Non
124. Avez-vous peur d'être parmi les gens ?	Oui	Non
125. Avez-vous des amis qui ont volé des choses ?	Oui	Non
126. Voulez-vous être membre d'un groupe organisé, d'une équipe ou d'un club ?	Oui	Non
127. Au moins un de vos parents ou tuteurs, a-t-il un emploi stable ?	Oui	Non
128. Pensez-vous que c'est une mauvaise idée de faire confiance à autrui ?	Oui	Non
129. Aimez-vous faire des choses avec des personnes de votre âge ?	Oui	Non
130. Avez-vous le sentiment que vous étudiez beaucoup plus que vos camarades de classe, mais vous obtenez toujours de mauvaises notes ?	Oui	Non
131. Avez-vous déjà échoué une année scolaire ?	Oui	Non
132. Sortez-vous pour vous amuser les soirées des jours de classe sans l'autorisation de vos parents ?	Oui	Non
133. L'école vous paraît-elle difficile ?	Oui	Non
134. Avez-vous une idée du type d'emploi ou de carrière qui vous voudriez avoir ?	Oui	Non
135. Au cours d'une journée normale, regardez-vous la télévision pendant plus de deux heures ?	Oui	Non
136. Vous sentez-vous agité et ne vous pouvez pas rester immobile ?	Oui	Non
137. Avez-vous du mal à trouver les mots justes pour exprimer vos pensées ?	Oui	Non
138. Criez-vous beaucoup ?	Oui	Non
139. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels sans préservatif ?	Oui	Non

## SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Susan Cross & Linda B. Sibley, 2010, Admission and Discharge Criteria and Assessment Tools Manual (Revised). Helping clients navigate Addiction Treatment in Ontario using the Admission and Discharge Criteria and Standardized Tools, Centre for Addiction and Mental Health
2. Native Addictions and Mental Health Regional Research Consultation (Saskatchewan and Manitoba), October 4-6, 2010, "Creating Momentum on Research Priorities", Meeting Outcomes Summary Report. Wanuskewin Heritage Park, Saskatoon, Saskatchewan
3. Anishnawbe Health, 2006, Aboriginal Mental Health Strategy, Strategic Directions and Service Model, Toronto.
4. First Nations Health Council, 2010, Traditional Models of Wellness. Environmental Scan Summary.
5. Cross Cultural Mental Health – title of volume, will be multiple articles and authors noted. Author: Visions Journal. BC's Mental Health Journal. Canadian Mental Health Association. Year: No. 9, Winter 2000.
6. Anna B Williamson, Beverley Raphael, Sally Redman, John Daniels, Sandra J Eades and Naomi Mayers, Emerging themes in Aboriginal child and adolescent mental health: findings from a qualitative study in Sydney, New South Wales, MJA. Volume 192 Number 10. 17 May, 2010.
7. Nigel Cord-Udy, Vol 14, No 3. September 2006, Remote area indigenous psychiatry: not your usual day at the office, Australasian Psychiatry.
8. Tracy Westerman, Guest Editorial. Engagement of Indigenous Clients in Mental Health Services: what role do cultural differences play? Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH), Volume 3, Issue 3, 2004.
9. Westerman, T.G., 2002, Psychological Interventions with Aboriginal People, Connect, Health Department of Western Australia.
10. Westerman, T & Wettinger, M., (1997), PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT AND INTERVENTION, Psychological Assessment of Aboriginal people. Psychologically Speaking.
11. Ontario Legislative Assembly. Select Committee on Mental Health and Addictions, RA790.7.C2 O57 2010, Final Report. Navigating the Journey to Wellness: The Comprehensive Mental Health and Addictions Action Plan for Ontarians.
12. Respect, Recovery, Resilience: Recommendations for Ontario's Mental Health and Addictions Strategy. Report to the Minister of Health and Long-Term Care from the Minister's Advisory Group on the 10-Year Mental Health and Addictions Strategy, December 2010.
13. Aboriginal Health Strategic Initiatives, Vancouver Coastal Health, November 18, 2009. VCH Aboriginal Mental Health & Addictions Forum. September 24—25, 2009. Summary of Proceedings.
14. Len G Kanowski, Anthony F Jorm and Laura M Hart, A mental health first aid training program for Australian Aboriginal and Torres Strait Islander peoples: description and initial evaluation, International Journal of Mental Health Systems 2009, 3:10.
15. Strengthening Aboriginal Health through a Place-Based Learning Community, Journal of Aboriginal Health, March 2011.
16. John F. Anderson, Basia Pakula, Victoria Smye, Virginia Peters (Siyamex) and Leslie Schroeder, 2002, Best Practices. Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders. Prepared by the Centre for Addiction and Mental Health for Health Canada.
17. Candice Sabin, Ph.D., Hoskie Benally, B.S., Susan K. Bennett, LMSW and Eleanor Jones, M.A., Walking in Beauty on the Red Road. A Holistic Cultural Treatment Model for American Indian & Alaskan Native Adolescents and Families. Program Description and Clinical Manual.
18. Mental Health Commission of Canada, November 2009, Toward Recovery & Well-Being. A Framework for a Mental Health Strategy for Canada.
19. World Health Organization, 2010 (R. Humeniuk, S. Henry-Edwards, R. Ali, V. Poznyak and M. Monteiro), ASSIST. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Manual for use in primary care.
20. Marion A Maar, Barbara Erskine, Lorrilee McGregor, Tricia L Larose, Mariette E Sutherland, Douglas Graham, Marjory Shawande and Tammy Gordon. International Journal of Mental Health Systems 2009, 3:27, Innovations on a shoestring: a study of a collaborative community-based Aboriginal mental health service model in rural Canada.
21. Melanie Noel, Roisin M. O' Connor, Brock Boudreau, Christopher J. Mushquash, M. Nancy Comeau, Doreen Stevens and Sherry H. Stewart. Int J Ment Health Addiction (2010) 8:336–350, The Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI): A Comparison of Cut-Points in First Nations Mi'kmaq and Non-Aboriginal Adolescents in Rural Nova Scotia.
22. Emma Kowal, Wendy Gunthorpe and Ross S Bailie. International Journal for Equity in Health 2007, 6:18, Measuring emotional and social wellbeing in Aboriginal and Torres Strait Islander populations: an analysis of a Negative Life Events Scale.
23. Jeffrey D Fuller, David Perkins, Sharon Parker, Louise Holdsworth, Brian Kelly, Russell Roberts, Lee Martinez and Lyn Fragar. Fuller et al. BMC Health Services Research 2011, 11:66, Building effective service linkages in primary mental health care: a narrative review part 2. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/66>
24. Te Kani Kingi and Mason Durie. 2001, "Hua Oranga" A Maori Measure of Mental Health Outcome.
25. Te Puawaiwhero, The Second Maori Mental Health and Addiction National Strategic Framework 2008–2015. Ministry of Health. 2008
26. Guidelines for the use of Hua Oranga. The University of Auckland, Massey University and Te Rau Matatini. 2011
27. Éd. : John P. Allen and Veronica B. Wilson. Gerard J. Connors and Robert J. Volk, 2003 Self-Report Screening for Alcohol Problems Among Adults in Assessing Alcohol Problems. A Guide for Clinicians and Researchers, Second Edition.
28. Centre for Addiction and Mental Health; BC Mental Health and Addiction Services; Canadian Executive Council on Addictions and the Canadian Centre on Substance Abuse. 2007, Developing Recommendations for a National Treatment Strategy for Canada.
29. Gerald Thomas, 2005, Addiction Treatment Indicators in Canada: An Environmental Scan.
30. Shirley Tagalik and Margaret Joyce, avec le concours de Joan Brackenbury, 2006, The Feasibility and Applicability of the Australian (WASC-Y) Model of Suicide Prevention/ Intervention for Use in Nunavut.
31. British Columbia - Ministry of Health Services and Ministry of Children and Family Development. 2010, Healthy Minds, Healthy People: A Ten-Year Plan to Address Mental Health and Substance Use in British Columbia.
32. Schizophrenia Fellowship of NSW Inc. – site Web. Page: Qualité de vie – Autochtone: <http://www.sfnsw.org.au/About-Mental-Illness/Quality-of-Life/Indigenous/default.aspx> . Schizophrenia Fellowship of NSW Inc.
33. Health Canada. February 21 and 22, 2002, SUMMARY REPORT of the Workshop on Best Practices for Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders. Ottawa, Ontario
34. The Canadian Network of Substance Abuse and Allied Professionals, 2011, Essentials of Comprehensive Addiction Medicine Assessment.
35. Government of Alberta; Alberta Health Services, 2010, Becoming the Best: Alberta's 5-Year Health Action Plan 2010-2015.
36. Cindy Smythe, Beth Powell, Leona Murphy, Roseanne Pulford, Results of the Survey of Mental Health and Addiction Agencies in Ontario for Concurrent Disorders Screening and Assessment Tools.
37. Carla M. Schlesinger, Coralie Ober, Molly M. McCarthy, Joanne D. Watson & Anita Seinen. Drug and Alcohol Review (March 2007), 26, 109 – 117, The development and validation of the Indigenous Risk Impact Screen (IRIS): a 13-item screening instrument for alcohol and drug and mental health risk.
38. Indigenous Risk Impact Screen (IRIS) and Brief Intervention. Schlesinger, C.M., Ober, Coralie, McCarthy, M.M (2007) The Development and validation of the Indigenous Risk Impact Screen (IRIS): a 13 item screening instrument for alcohol and drug and mental health risk. Drug and Alcohol Review, 26: 109-117
39. Evaluation of the Ontario Common Assessment of Need (OCAN) in Aboriginal Mental Health Programs. Evaluation Report of the OCAN Implementation in Aboriginal Mental Health Programs in the Ontario North East Local Health Integration Network. Mariette Sutherland and Marion Maar. 2010
40. Marion A. Maar and Marjory Shawande, Traditional Coordinator, Noojmowin Teg Health Access Centre. Journal of Aboriginal Health, January 2010, Traditional Anishinabe Healing in a Clinical Setting: The Development of an Aboriginal Interdisciplinary Approach to Community-based Aboriginal Mental Health Care.
41. Sharon Dawe, Natalie J Loxton, Leanne Hides, David J Kavanagh and Richard P Mattick. 2002, Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders.



42. Gloria Chaim and Joanna Henderson, 2009, Innovations in Collaboration. Findings from the GAIN Collaborating Network Project. A Screening Initiative Examining Youth Substance Use and Mental Health Concerns.
43. Atlantic Chiefs Health Priorities: Guiding Principles. Summary of March 2011 Health Priority Planning Session. Janet Rhymes, Logical Minds Consulting, 2011
44. Enette Pauzé and Marie-Anik Gagné, 2005, Collaborative Mental Health Care in Primary Health Care: A Review of Canadian Initiatives. Volume II Resource Guide.
45. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Province d'Ontario, 2011, Open Minds, Healthy Minds. Ontario's Comprehensive Mental Health and Addictions Strategy.
46. Ontario Region First Nations and Inuit Health and the Chiefs of Ontario, 2009, Ontario Region First Nations Addictions Service Needs Assessment. Final Report.
47. The Native Mental Health Association of Canada and the Mood Disorders Society of Canada. 2010, BUILDING BRIDGES 2. A Pathway to Cultural Safety, Relational Practice and Social Inclusion. Final Report.
48. Groupe consultatif du ministre (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée), 2009, Every Door is the Right Door. Towards a 10-Year Mental Health and Addictions Strategy, document de travail.
49. Northwest Territories Health and Social Services, 2004, Integrated Service Delivery Model for the NWT Health and Social Services System. A Detailed Description.
50. CAMH, 2009, Screening for Concurrent Substance Use and Mental Health Problems in Youth.
51. Auteur Thomas Grisso. 2005, Edited by Thomas Grisso, Gina Vincent, and Daniel Seagrave, Why We Need Mental Health Screening and Assessment in Juvenile Justice Programs, chapter excerpt from Guilford Publications. Mental Health Screening and Assessment in Juvenile Justice,
52. South West Local Health Integration Network. 2009, A Healthier Tomorrow. Health System Design Blueprint -Vision 2022. Appendix A FINAL.
53. Tricia Nagel, Carolyn Thompson, Menzies School of Health Research, 2006, Mental Health Stay Strong Care Plan, Package AIMHI NT.
54. Australian Integrated Mental Health Initiative in the Northern Territory (AIMHI NT), AIMHI NT Project Team, 2008, Caring for Indigenous People with Mental Illness. Project SE63:
55. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Alert Number 65 April 2005, Below are from: Title: Screening for Alcohol Use and Alcohol-Related Problems.
56. Sioux Lookout First Nations Health Authority, 2006, The Anishinabe Health Plan.
57. Cross Cultural Mental Health. Visions Journal. BC's Mental Health Journal. Canadian Mental Health Association. Year: No. 9, Winter 2000. Culture-specific syndromes: It's all relative – by Sarah Hamid.
58. Cross Cultural Mental Health. Visions Journal. BC's Mental Health Journal. Canadian Mental Health Association. Year: No. 9, Winter 2000. Working with the South Asian Community: Difficulties in Cross Cultural Assessment - by Karin Rai
59. Integrated Service Delivery Model for the NWT Health and Social Services System. A Detailed Description. Northwest Territories Health and Social Services. March 2004
60. Issues in Mental Health Assessment with Indigenous Australians, by Neil Drew, Yolonda Adams and Roz Walker, in Working Together: Aboriginal and Torres Strait Islander Mental Health and Wellbeing Principles and Practice. Editors: Nola Purdie, Pat Dudgeon and Roz Walker, Foreword by Tom Calma. 2010.
61. CAMH. 2009, Screening for Concurrent Substance Use and Mental Health Problems in Youth,
62. Higgins-Biddle J, Hungerford D, Cates-Wessel K. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2009, Screening and Brief Interventions (SBI) for Unhealthy Alcohol Use A Step-by-Step Implementation Guide for Trauma Centers.
63. U.S. National Library of Medicine, National Institutes of Health: Appendix G: Screening and Assessment Instruments. Téléchargé du lien: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK26247/>)
64. Gerard J. Connors and Robert J. Volk. 2004, Self-Report Screening for Alcohol Problems Among Adults.
65. Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health - <http://www.excellenceforchildandyouth.ca/support-tools/measure-profile?id=303>

## GLOSSAIRE DES TERMES

### Toxicomanies

Le terme toxicomanie renvoie plus couramment à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues. Les gens adoptent aussi d'autres comportements potentiellement toxicomanogènes (propices à l'accoutumance), tels que le jeu compulsif, le jeu sur internet et le magasinage, etc. . Aux fins du présent rapport, la toxicomanie est un usage (ou comportement) devenu habituel et compulsif, en dépit de ses incidences fâcheuses sur la santé et la société.

Les comportements faisant l'objet d'attention prioritaire sont l'usage de substances psychoactives (alcool et autres drogues) et le jeu compulsif. Il importe de noter que ces comportements se produisent dans un continuum et ne créent forcément pas toujours la dépendance. Le spectre d'usage de substance psychoactive, comme indiqué ci-dessous, s'applique également à d'autres comportements tels que le jeu compulsif :

- Usage bénéfique: renvoie à l'usage ayant une incidence positive sur la santé et la société (p. ex., les médicaments psychotropes, le café pour augmenter la vivacité d'esprit, etc.)
- Usage occasionnel/non problématique: renvoie à l'usage à des fins récréatives ou à d'autres usages ayant une incidence négligeable sur la santé ou la société;
- Usage problématique: renvoie à l'usage dont les effets commencent à nuire aux individus, aux amis/à la famille ou à la société (p. ex. conduite avec facultés affaiblies ; consommation excessive; prise de médicaments par des moyens nocifs )
- Dépendance chronique: renvoie à l'usage étant devenu une habitude et compulsif, en dépit des incidences fâcheuses sur la santé et la société.

**Meilleures pratiques:** renvoie à un ensemble de thèses développées selon une méthodologie systématique, en vue d'assister les médecins et les patients dans leur prise de décision en matière médicale, dans des conditions cliniques bien spécifiques(Santé Canada, 2001, p. 24); ou à des activités ou programmes qui cadrent bien avec les meilleures preuves disponibles au sujet de ce qui est efficace (US Department of Health and Human Services, 2001, p.196).

**Services de traitement de jour/ de soir communautaires:** renvoie à un programme structuré et planifié d'activités de traitement, généralement offerts cinq jours ou soirs par semaine (par exemple, 3-4 heures par jour) et le client reste chez soi ou dans un autre cadre, y compris de services résidentiels thérapeutiques en établissement, en vue d'aider celui-ci à développer des compétences lui permettant de gérer la toxicomanie/le jeu compulsif et des problèmes connexes.

**Services de gestion de cas:** renvoie à un processus qui comprend la désignation d'un intervenant de première ligne dont les responsabilités comprennent l'évaluation continue du client ou de la cliente et ses problèmes, l'ajustement continu du plan de traitement, l'orientation vers les services requis et la coordination de ceux-ci, le suivi et le soutien, l'élaboration et la mise en œuvre du plan de congé et la défense des intérêts du client ou de la cliente. Les services de gestion de cas sont offerts, quel que soit le niveau auquel la personne se trouve dans le système.

**Services de traitement médical/psychiatrique communautaires:** renvoie à un service non résidentiel précis pour répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles concomitants. Ce service peut être offert dans le cadre d'un programme de traitement structuré de jour/de soir ou de traitement communautaire. Ceux-ci font généralement partie des services hospitaliers plus larges et disposant de médecins, d'infirmières et du personnel spécialisé dans le traitement des troubles concomitants.

**Services de traitement communautaires:** renvoie aux services souvent offerts par séances individuelles ou de groupe de 1 à 2 heures, généralement une fois par semaine ou moins souvent, pendant que le client reste ailleurs dans la communauté. Les services de counselling/traitement communautaires comprennent l'intervention brève, le counselling personnel et sur le mode de vie, en vue d'aider l'individu à développer des compétences nécessaires lui permettant de gérer les problèmes liés à la toxicomanie/au jeu compulsif et des problèmes connexes, ou de maintenir et de renforcer les objectifs du traitement. À cela s'ajoutent des activités telles que la prévention des rechutes, Guided Self-Change (Changement de vie autogéré), l'intervention auprès des familles, le suivi et la postcure. Les soins peuvent être prodigués avec ou sans traitement médical/psychiatrique. La fréquence et la durée des séances peuvent varier selon les besoins du client ou de la cliente et la formule du programme. Ils peuvent être offerts dans divers cadres, y compris sous forme d'intervention directe au domicile du client ou de la cliente, à l'école, dans une agence de traitement des toxicomanes ou dans d'autres cadres de service. L'intervention directe comprend des activités telles que l'intervention précoce, à l'exception d'activités de prévention, d'éducation ou de relations publiques.

**Services de gestion du sevrage communautaires:** renvoie aux services d'aide au sevrage volontaire de l'alcool ou d'autres drogues offerts aux clients qui sont sous l'emprise de ces substances et/ou pendant qu'ils sont en sevrage ou en crises directement liées à ces substances. Les clients peuvent, pendant qu'ils bénéficient de ces services, avoir en même temps accès aux services de soutien résidentiel, résider à leur domicile ou au domicile de leur tendre moitié, ou dans un autre cadre communautaire, avec ou sans surveillance. Les soins peuvent être prodigués avec ou sans thérapie médicamenteuse et/ou d'autres interventions médicales. Du soutien supplémentaire tel que la planification du congé et la sensibilisation quant au début de récupération y est offert. Les services sont offerts à trois niveaux.

**Troubles concomitants:** renvoie aux troubles chez les personnes ayant reçu le diagnostic de maladie mentale et de toxicomanie, c'est-à-dire des personnes atteintes d'une combinaison de problèmes mentaux /affectifs /psychiatriques et d'abus d'alcool et/ou d'autres drogues psychoactives. En termes de diagnostics, ce terme renvoie à une combinaison de troubles de santé mentale et de toxicomanie au sens (par exemple) de l'axe I ou l'axe II du DSM-IV (Santé Canada, 2001, p. 7). Les personnes faisant face à ces deux types de problèmes ont ce qu'on appelle des troubles concomitants (CAMH).

**Double diagnostic:** diagnostic chez des personnes ayant une déficience de développement et une maladie mentale grave.

**Entrée (admission):** fait référence aux activités et aux étapes décisionnelles qui sous-tendent le processus par lequel une personne obtient des renseignements sur ou rentre dans le système de traitement des toxicomanies, dont :

- Le renseignement de prise de contact (une demande de renseignements sur les programmes de l'agence, le système de traitement ou sur d'autres questions, faite par une personne de la communauté, un membre du personnel d'une autre agence, ou par un autre professionnel)
- Admission (contact avec une personne pour déterminer si celle-ci est admissible aux services de l'agence, pour inscrire le client à l'agence et aiguiller celui-ci aux services disponibles à l'agence)

## GLOSSAIRE DES TERMES

- **Triage** (bref processus de recueil de renseignements seulement suffisamment précis en vue de déterminer les besoins immédiats du client ou de la cliente et orienter les prochaines étapes dans le processus d'évaluation et de soins. Le processus de triage peut également offrir aux clients des renseignements leur permettant de clarifier leur propre position par rapport aux prochaines étapes. Le triage se fait en groupe ou individuellement.)
- **Intervention directe** (prendre des mesures proactives afin d'identifier et joindre des clients potentiels dans leurs milieux; inciter les gens à risque ou aux prises avec les problèmes de toxicomanie ou de jeu compulsif (p. ex., dans les écoles, les quartiers à risque élevé, les raves, les centres commerciaux).
- **Crise** (intervention immédiate auprès de personnes en situation de crise grâce à un accès facile aux services qui octroient de l'aide pratique aux problèmes de toxicomanie et/ou de jeu compulsif, du soutien, des conseils ou des réponses aux besoins médicaux, psychosociaux urgents ou de base).

Les diverses activités d'admission peuvent se faire par téléphone, sur internet, ou en personne et on peut les effectuer en une ou plusieurs séances, à un ou plusieurs endroits, individuellement ou en groupe.

Programmes fondés sur des éléments probants ou des interventions qui ont fait l'objet d'une évaluation scientifique et ont démontré leur efficacité (adapté du US Department of Health and Human Services (ministère américain de la Santé et des services humains, 2001, p. 198).

**Réduction des méfaits:** renvoie à une philosophie et un ensemble de pratiques qui sont pragmatiques, fondés sur des preuves, avec pour intention ultime de réduire les méfaits. Les stratégies de réduction des méfaits adoptent une vision à long terme d'intervention et de changement et mettent l'accent sur des démarches immédiates et réalisables, ainsi que sur des démarches de protection favorables au changement positif.

**Promotion de la santé:** renvoie au processus consistant à permettre aux gens de mieux gérer et d'améliorer leur santé.

**Évaluation initiale/Services de planification du traitement:** L'évaluation initiale est un processus qui fait appel à une enquête ou exploration mutuelles qui met à la disposition du clinicien des renseignements plus détaillés lui permettant de déterminer les besoins, les objectifs, les caractéristiques, les problèmes ou l'étape du changement propres au client. Les évaluations varient en longueur selon la situation du client ou de la cliente, et les évaluations plus complètes peuvent n'être effectuées que pour les cas de clients ayant des antécédents et des problèmes plus complexes. Cette évaluation sert de base à la planification du traitement initial - un processus de négociation qui se fonde sur les commentaires des résultats de l'évaluation, les points forts du client ou de la cliente, les problématiques priorisées, le jugement du clinicien, les préférences du client ou de la cliente et sa disposition au changement, ainsi que sur l'identification d'éventuelles entraves au suivi de traitement. Un plan d'action clair, comprenant des aiguillages, le cas échéant, est ainsi élaboré.

**Santé mentale:** selon l'OMS, la notion de santé mentale n'a aucune définition « officielle ». Cependant, la plupart d'experts s'accordent à dire que la santé mentale et l'absence de maladie mentale ne sont pas la même chose ; l'absence d'un trouble mental reconnu n'est pas le seul indicateur de la santé mentale. Par conséquent, on peut comprendre la santé mentale sous l'angle d'une ressource qui :

- permet aux individus et aux communautés de gérer leur bien-être subjectif et faire face à l'adversité et au changement
- soutient la participation significative et inclusive dans des cadres sociaux.

Système de soins en santé mentale et de lutte contre la toxicomanie: le terme « Système de soins en santé mentale et de lutte contre la toxicomanie » est utilisé tout au long de ce rapport pour faire référence aux soins médicaux spécialisés, aux services et aux mesures de soutien en faveur des personnes atteintes de troubles mentaux, et de celles aux prises avec la consommation problématique d'alcool et de drogues et le jeu compulsif. Cependant, des personnes faisant face à des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale peuvent également accéder à de nombreux autres services de soins de santé généraux, ainsi qu'aux services sociaux et communautaires, y compris aux services des soins de santé primaire, des soins de longue durée, des soins à domicile, de soutien du revenu, aux services policiers, judiciaires et pénitentiaires, ainsi qu'aux services liés au logement et à l'éducation.

**Récupération:** des divergences importantes subsistent de par le monde quant à la notion de récupération, et l'interprétation qu'on en fait diffère d'un groupe d'experts à l'autre. Dans cet article, nous soutenons une vision large de récupération qui implique un processus de restauration ou de développement de sentiment positif et véritable d'une identité qui soit distincte de l'état du client ou de la cliente, et d'un véritable sentiment d'appartenance, pendant que celui ou celle-ci reconstruit sa vie malgré ou en surmontant les limites qui lui sont imposées par son état. Un système de soins axé sur la guérison, identifie et s'appuie sur les actifs et les points forts que possède chaque individu, ainsi que sur les domaines de la santé et des compétences en vue de renforcer chez le client ou la cliente le sentiment de bien maîtriser son état, lui permettant ainsi de sentir qu'il ou elle demeure utile et appartient à la communauté plus large.

**Services de traitement en résidence :** renvoie à un programme structuré et planifié d'activités de traitement ou de réadaptation offerts au client à son domicile, en vue d'aider celui-ci à développer et à exercer des aptitudes nécessaires à la gestion des problèmes de toxicomanie et autres problèmes connexes. Outre les activités prévues du programme, les clients ont accès 24 heures sur 24 à l'appui et au cadre du traitement en résidence.

**Services de soins médicaux/psychiatriques en résidence:** renvoie souvent à un programme structuré et planifié d'activités de traitement des toxicomanies et/ou de réadaptation offertes à domicile aux clients dont les problèmes biomédicaux, affectifs et/ou comportementaux sont assez graves pour nécessiter des soins médicaux/psychiatriques individualisés. Les soins et/ou la réadaptation visent à aider l'individu à stabiliser et à gérer ses problèmes médicaux / psychiatriques, tout en s'attaquant au problème de la toxicomanie en soi, ou à faciliter le processus d'aiguillage à un service approprié de traitement des toxicomanies/jeu compulsif. Outre les activités prévues du programme, les clients ont accès 24 heures sur 24 à l'appui et au cadre du traitement en résidence.

### Services de traitement de soutien en résidence

- **Niveau I:** Logement et services connexes de récupération/des services de soutien comme l'orientation du mode de vie, l'encadrement quant aux activités de la vie quotidienne, la réinsertion sociale, l'orientation professionnelle et l'entraide, sont offerts aux clients ayant besoin d'un environnement stable et propice avant, pendant ou après le traitement ayant été suivi ailleurs.
- **Niveau II:** Logement/hébergement dans un cadre sans alcool/drogues. Les services de toxicomanie ne sont pas offerts sur place ou dans le cadre du service de logement.

Services de gestion du sevrage en résidence: renvoie au service d'aide au retrait volontaire de l'alcool et/ou d'autres drogues offerts aux clients

## GLOSSAIRE DES TERMES

sous l'emprise de ces substances et/ou pendant qu'ils sont en sevrage ou en crises directement liées à ces substances. Ces soins sont offerts dans un centre de gestion du sevrage (désintoxication), ou dans le cadre d'une hospitalisation. Les soins peuvent être prodigués avec ou sans thérapie médicamenteuse et/ou d'autres interventions médicales. Du soutien supplémentaire tel que la planification du congé et l'éducation sur le début de récupération y est offert. Le service s'offre à trois niveaux (ce qui suit s'applique tant aux services communautaires qu'aux services de gestion du sevrage en résidence) :

### Niveau I

- Les symptômes de client peuvent être surveillés en toute sécurité par un personnel n'ayant pas de formation médicale.
- L'intensité ou la gravité des symptômes peuvent être gérées, telles que requises, avec consultation médicale assurée par un médecin /une clinique après la fermeture/un centre de santé/le service d'urgence d'un Hôpital.
- Les ratios client - employé ne permettent pas la surveillance des symptômes à forte intensité.
- En consultation avec un médecin, si nécessaire, examiner et évaluer pour admission des personnes prenant les types de médicaments suivants :
  - Médicaments pour des problèmes médicaux
  - Médicaments pour des troubles psychiatriques diagnostiqués
  - Médicaments contre la douleur pour des lésions aiguës seulement ou une chirurgie récente.

### Niveau II

- Les symptômes du client ou de la cliente peuvent être surveillés en toute sécurité par un personnel n'ayant pas de formation médicale.
- L'intensité ou la gravité des symptômes peuvent être gérées, telles que requises, avec consultation médicale assurée par un médecin /une clinique après la fermeture/un centre de santé/le service d'urgence d'un Hôpital.
- La consultation médicale de routine et des ressources humaines suffisantes sont disponibles pour envisager la gestion des médicaments/ conditions suivants :
  - Tous les médicaments énumérés au niveau I
  - Les clients sous traitement à la méthadone
  - Les clients étant sevrage progressif des benzodiazépines ou de stupéfiants

### Niveau III

- Les symptômes du client ou de la cliente nécessitent une surveillance par personnel formé en soins médicaux;
- La consultation et le personnel médicaux sont disponibles sur une base constante pour assumer la surveillance et la gestion de médicaments/ condition suivants :
  - Tous les médicaments énumérés au niveau I
  - Les situations énumérées au niveau II
  - Le sevrage médicalement assisté

**Repérage/Dépistage** : peut se faire en ayant recours à diverses méthodes afin de déterminer si une personne fait face à un problème de toxicomanie ou de santé mentale, exigeant des méthodes plus complètes. Le processus de triage permet de déterminer la pertinence et l'admissibilité d'un client pour admission à un programme particulier. Le processus de triage permet également au conseiller et au client (et souvent les proches de celui-ci) de déterminer le plan d'action initial le plus approprié, compte tenu des besoins et des caractéristiques du client ou de la cliente, ainsi que des services et de mesures de soutien disponibles dans la communauté.

**Maladie mentale grave**: les trois catégories ayant servi à repérer des personnes aux prises avec des maladies mentales graves sont les suivantes :

1. incapacité
2. durée prévisible et/ou durée actuelle.
3. diagnostics

Ce qui demeure essentiel c'est la mesure de l'incapacité et le risque grave pour les clients, lié au trouble diagnostiqué, à se porter eux-mêmes préjudice ou à autrui .

L'incapacité renvoie au fait que certaines personnes sont incapables d'accomplir des tâches minimales de la vie quotidienne comme manger, se laver ou s'habiller; tenir un ménage, gérer l'argent, se déplacer dans la communauté et utiliser des médicaments de façon appropriée ; ainsi que fonctionner dans des cadres sociaux, familiaux, éducatifs et de formation professionnelle

**Durée prévue /durée actuelle** : les preuves pourraient faire état de ce que les troubles auxquels fait face une personne seraient de longue durée. Cela ne signifie pas que ces troubles sont constants ; il peut y avoir des moments intermittents de rétablissement complet ou durable à long terme, et parfois certains clients se remettent complètement.

**Diagnostics** : par exemple, la schizophrénie, les troubles de l'humeur, le syndrome cérébral organique et paranoïaque et d'autres psychoses. D'autres troubles pouvant être diagnostiqués tels que le trouble de la personnalité grave, les troubles concomitants, y compris le double diagnostic.

**Stigmatisation**: les personnes ou les groupes faisant l'objet de stigmatisation sont ceux que l'on estime différents par rapport aux normes, aux comportements et aux identités classiques de la société. En effet, on fait suivant recours à la stigmatisation dans le but de discréditer, d'isoler et au bout du compte de tenter d'exercer un certain contrôle sur les gens appartenant au groupe stigmatisé. Il s'agit d'un processus social, vécu ou prévu, caractérisé par l'exclusion, le rejet, le blâme ou la dévaluation.

**Problématique d'abus d'alcool et d'autres drogues**: terme général décrivant une vaste gamme de problèmes sociaux, personnels et /ou physiques qu'entraîne la consommation d'alcool ou d'autres drogues, laquelle consommation n'ayant pas encore abouti à la dépendance.

**Troubles liés à l'usage abusif d'alcool et d'autres drogues**: terme diagnostique faisant référence à une habitude régulière de consommation d'alcool or de drogues illicites entraînant des problèmes majeurs liés aux aspects de la vie tels que le travail, les relations interpersonnelles, la santé physique, le bien-être économique et, etc. Deux sous-catégories mutuellement exclusives sont identifiées, soit l'abus et la dépendance aux substances psychoactives. Dans certains cas, la consommation de substances (par opposition à l'abus ou à la dépendance) a des répercussions négatives sur les individus ayant des troubles mentaux (Santé Canada, 2001, p. 8).

**Tendances suicidaires**: terme qui englobe les pensées suicidaires, les idées suicidaires, les intentions, les tentatives de suicide et le suicide réussi (US Department of Health and Human Services, 2001, p. 203) - ministère américain de la Santé et des Services humains.

**Intégration des systèmes**: renvoie à l'établissement de liens durables entre les dispensateurs de services ou les unités de traitement au sein d'un système de soins ou entre de multiples systèmes afin de faciliter la prestation des services aux clients

## GLOSSAIRE DES TERMES

au plan local. Le traitement des troubles mentaux et le traitement des troubles liés aux substances sont ainsi offerts par au moins deux cliniciens et intervenants travaillant pour des unités de traitement ou des dispensateurs de services différents. Divers arrangements de coordination et de collaboration sont utilisés pour développer et implanter un plan de traitement intégré. (Santé Canada, 2001, p16).

Services de soins sensibles au traumatisme : renvoie aux services qui prennent en compte les répercussions du traumatisme et intègrent ce renseignement dans les services offerts. Une perspective qui adopte la vision de soins sensibles au traumatisme considère des comportements comme mécanisme de réponse ou d'adaptation à la suite d'expériences actuelles ou antérieures traumatisantes ou d'abus. Les services de soins sensibles au traumatisme ne nécessitent pas que le problème soit divulgué ; mais c'est plutôt la reconnaissance du fait que le traumatisme peut avoir des répercussions sur la vie d'un individu et s'atteler à intervenir de manière à offrir à celui-ci le soutien dont il a besoin à l'échelle de tous les services. Dans de tels services, tout le personnel est formé en matière de traumatisme et bien sensibilisé par rapport à l'incidence que celui-ci peut avoir sur la vie de ceux qui cherchent de l'aide.

Traitements intégrés: a lieu lorsque les traitements de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie sont administrés conjointement par les mêmes cliniciens et les mêmes intervenants ou par une même équipe de cliniciens et d'intervenants, de façon à ce que les clients aient une explication uniforme quant à leurs troubles et leurs problèmes, ainsi qu'une ordonnance médicale cohérente plutôt qu'une série de messages contradictoires provenant de différents intervenants.

## SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES DU GLOSSAIRE DES TERMES

1. Center for Substance Abuse Treatment. Definitions and Terms Relating to Co-Occurring Disorders. COCE Overview Paper 1. DHHS Publication No. (SMA) 06-4163 Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, and Center for Mental Health Services, 2006.
2. Concurrent disorders Ontario Network. Draft Policy Framework on Integrated Service Systems for People Living with Concurrent Substance Use and Mental Health Problems, April 2005.
3. First Nations Wellness/Addictions Counsellor Certification Board – téléchargé du lien: [http://www.fnwaccb.ca/english/core\\_functions.html](http://www.fnwaccb.ca/english/core_functions.html)
4. Ontario Mental Health and Addictions Strategy Strengthening the Workforce Theme Group Paper (2012).
5. Health Canada, Best Practices. Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders, (2002).
6. U.S. Department of Health and Human Services (HHS), Report delivered by the Expert Panel on Scopes of Practice In the Field of Substance of Use Disorders, held March 12, 2010. Scopes of Practice & Career Ladder for Substance Use Disorder Counselling Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2011.
7. World Health Organization, Lexicon of alcohol and drug terms, (1994). Veuillez télécharger le formulaire au lien suivant: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_ladt/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_ladt/en/index.html)

## NOTES DE FIN

<sup>i</sup> Tiré de: Méthodes de repérage des troubles concomitants (CAMH), 2006):

Le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux): est utilisé en Amérique du Nord pour le diagnostic des troubles mentaux. Sa quatrième et plus récente édition, le DSM-IV, divise les troubles mentaux en 16 grandes catégories, comme les troubles de l'humeur et les troubles liés aux substances. Chacune de ces catégories est subdivisée en troubles précis; par exemple, les troubles dépressifs et les troubles bipolaires se trouvent dans la catégorie des troubles de l'humeur. Pour chaque trouble, le DSM-IV énumère des critères précis permettant de poser un diagnostic:

- Fiabilité: stabilité des mesures sur une certaine période;
- Sensibilité: identification exacte des personnes qui répondent aux critères correspondant à un diagnostic ou à un problème particulier;
- Spécificité: identification exacte des personnes qui ne répondent pas aux critères correspondant à un diagnostic ou à un problème particulier;
- Validité: degré auquel un test mesure ce qu'il est censé mesurer.

<sup>ii</sup> ADAT (Admission and Discharge Criteria and Assessment Tools) - Manuel sur les critères d'admission et de congé et les outils d'évaluation est un instrument complet permettant aux thérapeutes de déterminer le niveau le plus approprié et l'intensité des soins dont un client a besoin. Les outils d'évaluation clinique inclus dans la trousse sont le DHQ, Adverse Consequences - Conséquences négatives, Health Screening Form- Fiche de dépistage de l'état de santé, SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale), TEQ, PSS, DTCQ-8, BASIS-32 et le Clinical Profile Form - Fiche de profil clinique. Six des huit outils que comporte l'ensemble d'outils ADAT sont la propriété de CAMH. Les deux autres outils ((BASIS-32 et SOCRATES);) ne lui appartiennent pas; ils ne font donc pas partie du présent accord. DATIS est le concédant de licence canadien exclusif de BASIS-32. Il y a un frais de licence associé à son utilisation. En fonction du statut de l'agence par rapport au ministère de la Santé & des Soins de longue durée, c'est possible que ce frais ait déjà été couvert dans les ententes existantes. Pour plus de détails, veuillez contacter DATIS à l'adresse courriel: [datis\\_staff@camh.net](mailto:datis_staff@camh.net). SOCRATES est dans le domaine public et peut être utilisé sans frais ni permission. Cet accord d'autorisation ne concerne que les outils appartenant au CAMH. Toute référence à ADAT faite dans le présent accord ne renvoie qu'aux outils dont CAMH est propriétaire.

### Concession de licence

CAMH accorde au licencié une licence non exclusive, non transférable, limitée à l'usage interne d'ADAT avec les clients de son titulaire. Le licencié s'engage à protéger les droits d'auteur de CAMH en limitant l'utilisation des outils d'évaluation aux programmes internes désignés. Toutefois, le titulaire a le droit de copier, de reproduire sur le support fourni ou sur d'autres supports et d'en distribuer des exemplaires en interne, dans le cadre de l'utilisation autorisée, sous réserve que les droits d'auteur de CAMH soient protégés. Le licencié s'assurera que les droits d'auteur de CAMH sont protégés en veillant à ce que la déclaration de droits d'auteur sur chaque fiche reproduite et distribuée soit bien visible.

### Restrictions

Vous acceptez que vous ne modifierez pas et ne permettrez pas à des tiers à

- modifier ou à créer des œuvres dérivées de toute partie du contenu de l'ADAT
- à accorder une sous licence, à distribuer pour de l'argent ou toute autre contrepartie, ou autrement exploiter à des fins commerciales, assigner ou transférer tout document de l'ADAT.

Vous serez responsable de toute violation du présent contrat et vous vous engagez à prendre toutes les mesures (y compris, mais sans se limiter aux procédures judiciaires) visant à empêcher l'utilisation illicite ou non autorisée du document de l'ADAT.

### Propriété

Tous les droits, titre et intérêt mondiaux, y compris et sans s'y limiter, tous les droits d'auteur, brevets, marques déposées, droits moraux, droits de contrat et de licence et tous autres droits de propriété intellectuelle et les autres droits de propriété de toute nature pouvant exister maintenant ou dans le futur et tous renouvellements et extensions éventuels, que ces droits se posent ou non en vertu des lois de l'Ontario, ou de toute autre juridiction, les ("droits de propriété intellectuelle") de CAMH seront en tout temps détenus par la partie vous octroyant cette licence (le « concédant »). Nulle disposition du présent ne vous confère, ou n'est censée vous conférer aucun titre ou intérêt, ni droit de propriété intellectuelle dans le monde, sauf disposition expresse dans le présent accord.

### Limitation de responsabilité

L'objectif principal de L'ADAT est de permettre l'identification du niveau et de l'intensité des soins les plus appropriés dont a besoin un client à un moment donné. ADAT est conçu pour être administré par un dispensateur de soins de santé qualifié (y compris, mais sans s'y limiter, des intervenants, des cliniciens, des conseillers ou des infirmières en santé mentale). ADAT a été conçu pour être utilisé en combinaison avec une évaluation clinique standard et une entrevue, afin de recueillir des renseignements qui permettront à un dispensateur de soins de déterminer les recommandations thérapeutiques les mieux adaptées au client, à ce moment précis, au sein du réseau de soins et par rapport à son environnement/sa situation géographique spécifique. L'ADAT ne vise pas à se substituer à une évaluation clinique; par conséquent, le thérapeute doit évaluer le client à fond et ne pas se fier uniquement aux résultats de l'ADAT pour l'établissement de son diagnostic ou pour toute prise de décision relative aux traitements. Les informations contenues et générées dans ces documents n'ont pas pour but, ni ne prétendent se substituer à un diagnostic médical, un traitement ou un avis médical professionnel. CAMH décline toute responsabilité envers le licencié ou ses clients ou envers tout tiers pour tout dommage découlant de l'utilisation par le licencié de l'ADAT.

### Droit applicable

Cet accord doit être interprété selon les lois de fond de l'Ontario, indépendamment de la règle du choix de la loi applicable de toute juridiction, et le licencié s'engage à se soumettre à la compétence des tribunaux de l'Ontario. Cet accord exprime l'entente complète des parties relativement à l'objet et remplace toutes représentations et ententes antérieures.



