

PROGRAMME RÉGIONAL D'ÉVALUATION SPÉCIALISÉE EN DÉPENDANCE

**FONDEMENTS ET
MODALITÉS D'ORGANISATION**

ASSOCIATION DES CENTRES
**DE RÉADAPTATION
EN DÉPENDANCE**
DU QUÉBEC



La rédaction de ce document a été réalisée par :

Candide Beaumont
Conseillère aux affaires professionnelles
Association des centres de réadaptation
en dépendance du Québec (ACRDQ)

ASSOCIATION DES CENTRES
**DE RÉADAPTATION
EN DÉPENDANCE**
DU QUÉBEC



L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) est une association d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ses membres sont des centres de réadaptation ou des organismes apparentés qui offrent des services spécialisés aux personnes, jeunes ou adultes, aux prises avec des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique.

Les centres de réadaptation en dépendance (CRD), présents dans toutes les régions du Québec, offrent leurs services sur une base externe ou en hébergement. Il s'agit de services d'accueil,

d'évaluation, de désintoxication, de réadaptation, de réinsertion sociale et professionnelle, de traitements de substitution, de services médicaux et de services de soutien à l'entourage.

L'Association offre des services de soutien à ses membres autant sur le plan clinique que sur le plan de la gestion et leur fournit une tribune de partage de leur expertise, de leurs connaissances, de leurs réalités. De plus, l'Association représente ses membres auprès des instances gouvernementales et auprès d'un vaste réseau de partenaires avec qui ils sont en relation.

	2	
--	---	--



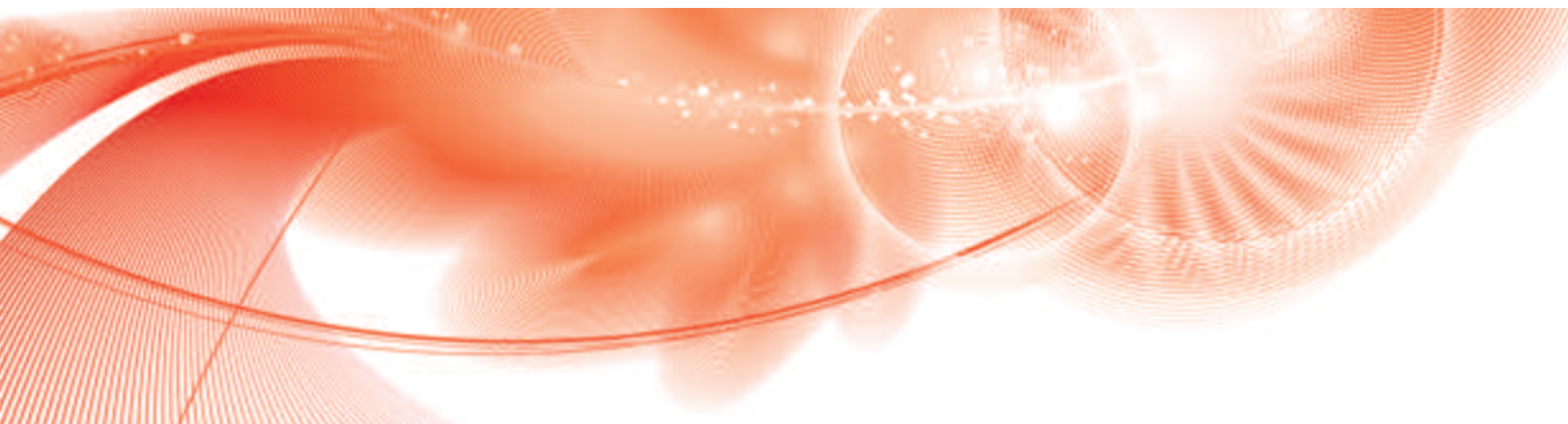


TABLE DES MATIÈRES

PRINCIPALES CONTRIBUTIONS	5
PARTIE 1	
LE PROGRAMME RÉGIONAL D'ÉVALUATION SPÉCIALISÉE ET LE MANDAT DU COMITÉ DE L'ACRDQ	7
PARTIE 2	
DES CONSTATS DE LA LITTÉRATURE RELIÉE AU PRÉS	9
CONSTAT 1 Adapter les services à la nature de la dépendance	9
CONSTAT 2 Reconnaître les besoins spécifiques des clientèles	10
CONSTAT 3 Joindre la clientèle là où elle se trouve	10
CONSTAT 4 Favoriser un accès rapide	11
▶ Délais d'accès et taux d'abandon de la démarche	11
▶ Délai d'accès et aggravation des problèmes	11
▶ Stratégie de gestion pour un accès rapide aux services	11
CONSTAT 5 Accueillir efficacement	12
▶ Procédures d'accueil simples	12
▶ Accueil centré sur le lien de confiance	12
CONSTAT 6 Soutenir la motivation et l'engagement du client dans sa démarche	12
CONSTAT 7 Impliquer des personnes importantes de l'entourage dès le début de la démarche	12
CONSTAT 8 Accompagner la personne dans le continuum de services	13
CONSTAT 9 Appliquer un processus adapté d'évaluation spécialisée	13
CONSTAT 10 Orienter en s'appuyant sur des critères d'appariement reconnus	14
CONSTAT 11 Organiser efficacement l'évaluation spécialisée	14
▶ Permettre l'accès aux services par plusieurs portes	14
▶ Un guichet unique d'évaluation spécialisée ou non ?	14
▶ Collaborer et établir des ententes	15
PARTIE 3	
LES FONDEMENTS DU PRÉS ET DES ÉLÉMENTS DE MISE EN OEUVRE D'UN PRÉS	17
FONDEMENT 1 L'accès par plusieurs portes aux services spécialisés en dépendance	17
▶ L'accès direct de la clientèle dépendante et de son entourage	18
▶ L'accès par le CSSS	18
▶ L'accès par le réseau des partenaires	18
▶ Des services pour joindre la clientèle là où elle se trouve	18

FONDEMENT 2	Une orientation du client soumise à un ou à des mécanismes d'accès	21
▶	Le mécanisme d'accès jeunesse	21
▶	Le mécanisme d'accès adulte	22
FONDEMENT 3	Du personnel dédié à l'évaluation spécialisée des dépendances	22
FONDEMENT 4	Un accueil rapide, chaleureux et efficace	22
FONDEMENT 5	Des activités de soutien et de maintien de la motivation en cas d'attente	23
▶	Des objectifs de stabilisation et de motivation	23
▶	Un protocole et des outils de soutien à l'attente et à la motivation à développer	23
FONDEMENT 6	Une préoccupation essentielle envers l'entourage le plus tôt possible	23
▶	Implication de l'entourage comme partie prenante de la démarche de la personne dépendante ...	24
▶	Des services de soutien à l'entourage	24
FONDEMENT 7	Un processus et des outils d'évaluation et d'orientation spécialisés validés en dépendance	24
▶	Les outils de détection pour les partenaires de la première ligne	24
▶	Les outils d'évaluation et d'orientation pour les ressources d'hébergement certifiées en dépendance	25
▶	Les outils du processus d'évaluation spécialisée en dépendance des CRD	25
▶	Un processus d'orientation continu inspiré des critères d'appariement comme ceux de l'ASAM	26

PARTIE 4

LES CONDITIONS D'IMPLANTATION ET DE RÉUSSITE DU PRÉS..... 29

CONDITION 1	Volonté régionale d'implantation du programme	29
CONDITION 2	Implantation dans le respect des disparités régionales	30
CONDITION 3	Gestion optimale des services pour répondre aux standards du PRÉS	30
▶	Sur le plan organisationnel	30
▶	Sur le plan clinique	30
▶	Sur le plan des ressources humaines,	30
▶	Sur le plan de l'atteinte et du maintien des standards du PRÉS (accessibilité, qualité, continuité, efficacité, efficience)	31
CONDITION 4	Soutien financier réaliste	32

PARTIE 5

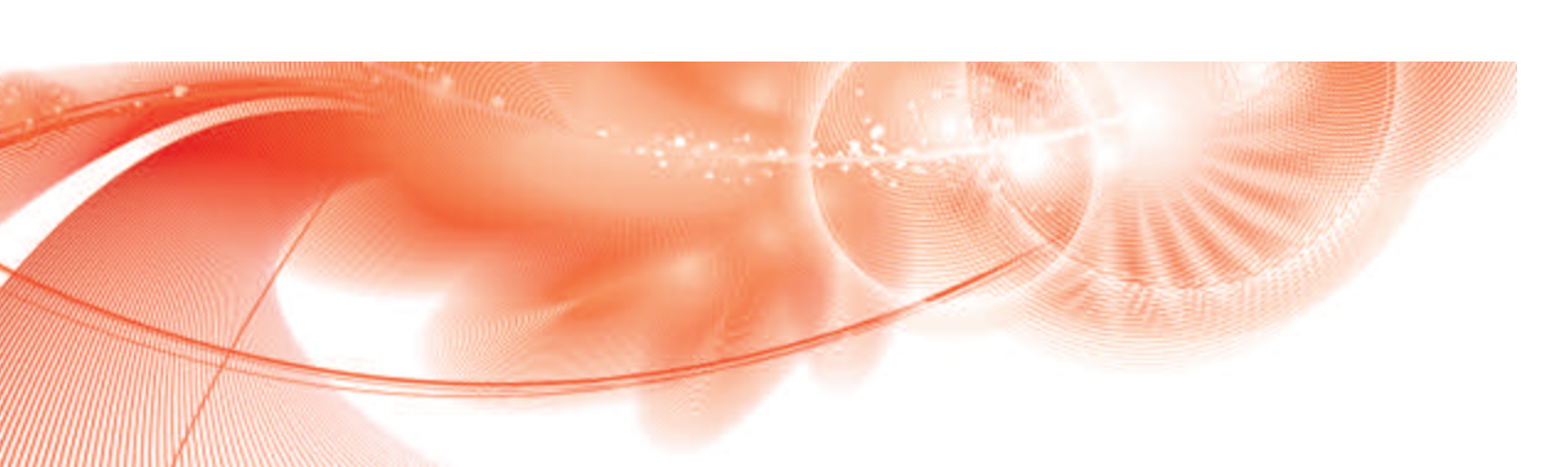
LES RECOMMANDATIONS..... 33

L'organisation du Programme régional d'évaluation spécialisée en dépendance (PRÉS)	33
L'intervention clinique	38
La formation et la supervision continues	41
La recherche	42

PARTIE 6

CONCLUSION..... 43

RÉFÉRENCES..... 45



CONTRIBUTIONS

L'ACRDQ souhaite remercier pour leur contribution au présent document les membres du Comité sur le Programme régional d'évaluation spécialisée :

- **Pierre Bourassa**, Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec, président du comité
- **Candide Beaumont**, ACRDQ
- **Louise Dufour**, Centre de réadaptation dépendances et santé mentale de l'Estrie (Centre Jean-Patrice Chiasson/Maison Saint-Georges)
- **Lynne Duguay**, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
- **Caroline Jacques**, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
- **Nancy Guilmette**, CRD – SSS de Jonquière
- **Marie Lecavalier**, Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

et pour la révision du document :

- **Pierre Desrosiers** et **Lisa Massicotte**, ACRDQ

AUTRES CONTRIBUTIONS

- Secrétariat : **Renée Auger** et **Anne-Chantal Roy**, ACRDQ
- Révision linguistique : **Jacinthe Rouisse**, ACRDQ
- Communications : **Lucie Mongrain**, ACRDQ

À toutes ces personnes, un grand merci.

Ce document est disponible en version PDF à l'adresse : www.acrdq.qc.ca

Dépôt légal 2010

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

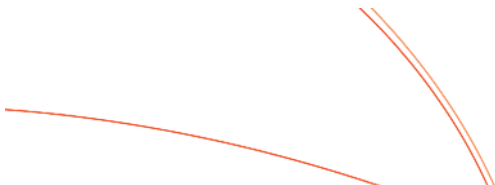
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

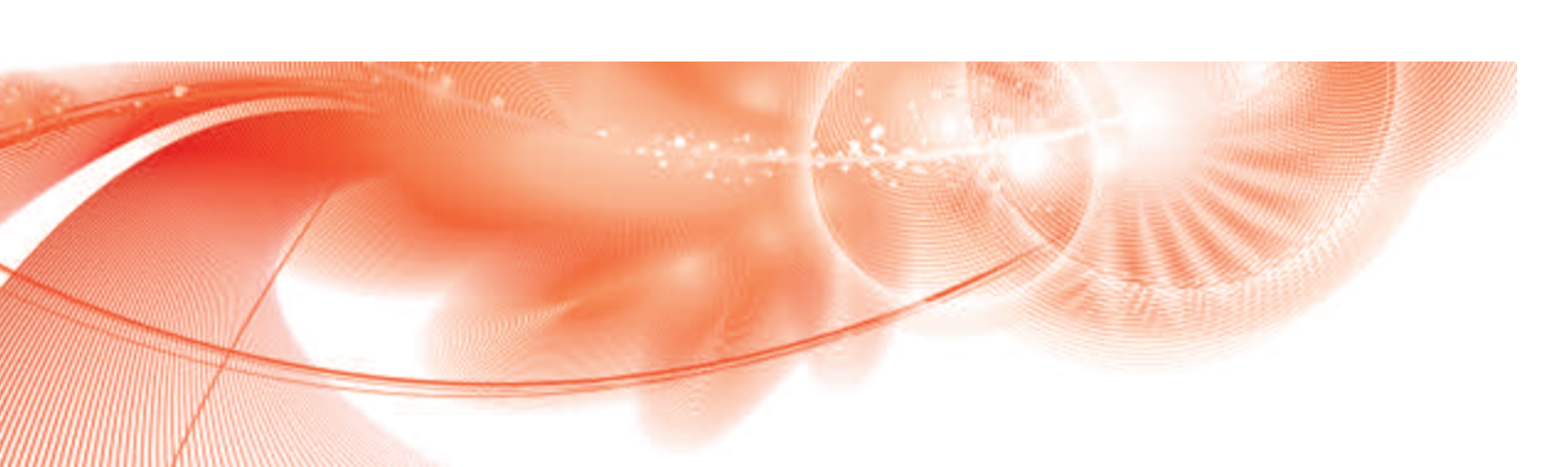
ISBN 978-2-921628-13-9 (version imprimée)

ISBN 978-2-921628-14-3 (version PDF)

Toute reproduction partielle ou totale de ce document est autorisée avec mention de la source.

	6	
--	---	--





PARTIE 1

LE PROGRAMME RÉGIONAL D'ÉVALUATION SPÉCIALISÉE ET LE MANDAT DU COMITÉ DE L'ACRDQ

L'Offre de service 2007-2012 pour le Programme-services Dépendances du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008) confirme aux centres de réadaptation en dépendance (CRD) leurs responsabilités au regard de l'évaluation spécialisée, de la désintoxication, de la réadaptation, de la réinsertion sociale et du soutien à l'entourage. Dans le respect des principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services, le MSSS y définit une gamme de services visant à prévenir, à réduire et à traiter les problèmes de dépendance sur l'ensemble du territoire québécois.

Parmi les responsabilités confiées aux CRD, figure l'implantation d'un programme régional d'évaluation spécialisée (PRÉS), lequel doit permettre l'accueil, l'évaluation et l'orientation de la personne dépendante et de son entourage qui nécessitent des services spécialisés en dépendance. Le MSSS prévoit que ce programme sera mis en place dans toutes les régions du Québec pour favoriser l'accès aux services et la réduction des délais d'attente pour l'évaluation spécialisée en dépendance (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Les objectifs du PRÉS sont aussi d'améliorer l'expertise visant à préciser le niveau de gravité de la dépendance, l'orientation des clientèles et le soutien des personnes en attente de services de réadaptation.

De manière à soutenir ses membres dans l'implantation du PRÉS, l'ACRDQ a mis en place un comité de travail, formé d'experts des services de réadaptation, afin de développer une compréhension commune de ce que représente un PRÉS en dépendance et d'en préciser les fondements, la finalité et les modalités d'organisation. L'ACRDQ propose aussi de définir les conditions nécessaires de réalisation et de fonctionnement d'un PRÉS en tenant compte des dynamiques et des particularités régionales ainsi que des expériences sur le terrain.

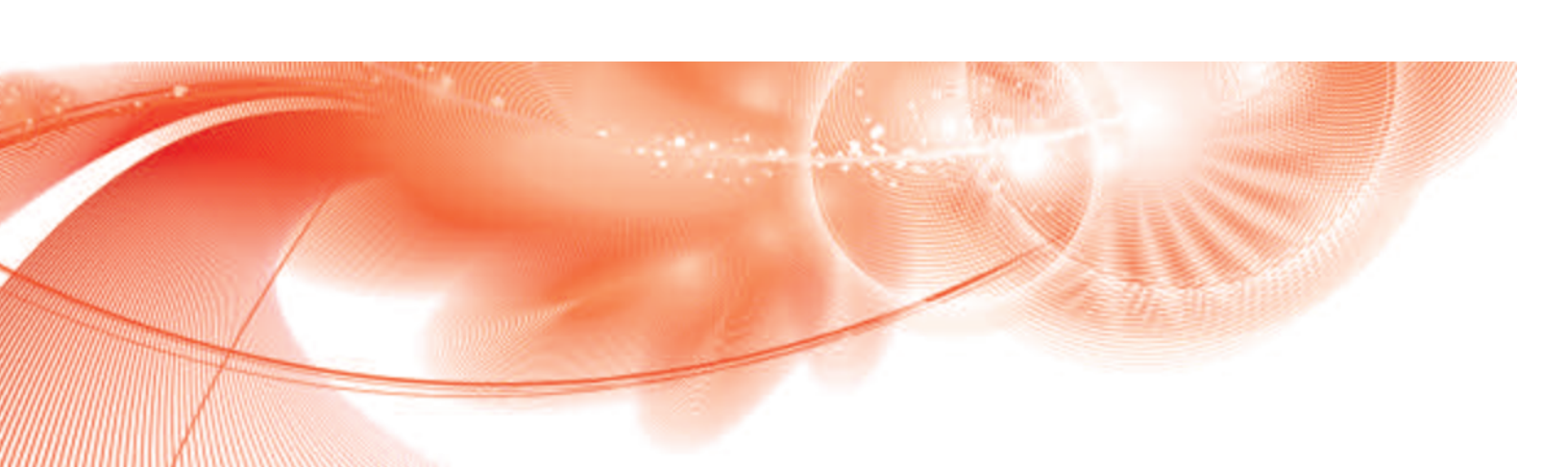
Le présent guide comporte quatre parties :

Une **revue de littérature présentant les principaux constats** en matière d'accès, d'accueil, d'évaluation et d'orientation vers les services spécialisés de réadaptation ;

Les **principaux fondements** du PRÉS découlant des bonnes pratiques et de l'expertise des CRD en la matière ;

Certaines **conditions d'implantation et de réussite** du PRÉS tenant compte des dynamiques et des particularités régionales ;

Une série de **recommandations** visant l'implantation du PRÉS, à la fois sur le plan clinique, sur le plan de l'organisation des services et sur ceux de la formation et de la recherche.



PARTIE 2

DES CONSTATS DE LA LITTÉRATURE RELIÉE AU PRÉS

Lorsque les personnes dépendantes consultent un CRD au Québec, leur situation s'améliore (Landry *et al.*, 2001 ; Brochu *et al.* 2006). Or, à peine 8 à 10 % des personnes en besoin d'aide font appel aux services de réadaptation spécialisés. Parmi celles qui ont demandé de l'aide, plusieurs ne vont pas plus loin ou abandonnent le traitement avant de l'avoir complété. Des facteurs personnels, sociaux ou organisationnels, interreliés et dynamiques (Andersen, 1995 ; Rapp *et al.*, 2006) peuvent expliquer pourquoi elles ne demandent ni ne reçoivent l'aide spécialisée dont elles ont besoin ou pourquoi elles ne persèverent pas. La littérature propose différentes pistes de solution pour favoriser l'accès aux services de réadaptation spécialisés en dépendance, évaluer, orienter et soutenir efficacement la clientèle en cas d'attente et offrir une démarche de réadaptation adaptée aux besoins de chacun (Desrosiers, Ménard, Tremblay, Bertrand et Landry, 2010). Cette première partie du document présente les principaux constats reliés au PRÉS, tirés de la littérature.

CONSTAT 1

Adapter les services à la nature de la dépendance

Une partie de la population présente une dépendance plutôt transitoire, ponctuelle et qui se résorbera probablement à court ou moyen terme (Coviello *et al.*, 2001 ; Cunningham, 2000). Par contre, une bonne partie de la clientèle dépendante présente des problèmes chroniques liés aux substances psychoactives. Par conséquent, l'organisation des services doit aussi prévoir un modèle de soins à long terme (McLellan, McKay, Forman, Cacciola et Kemp, 2005a ; Scott et Dennis, 2009). Le processus d'accueil, d'évaluation,

d'orientation et d'accompagnement de la personne doit donc s'adapter à la nature de la dépendance.

Comme les CRD offrent des services spécialisés, ils sont susceptibles de recevoir cette clientèle nécessitant un suivi au long cours. Ainsi, les services offerts à la personne vivant un problème chronique devraient tenir compte des informations sur les épisodes antérieurs de soins, éviter les répétitions inutiles, permettre de tracer un état actuel de la situation de l'utilisateur de retour dans leurs services, établir des objectifs correspondant à son histoire de dépendance et de traitement.

CONSTAT 2

Reconnaître les besoins spécifiques des clientèles

Plusieurs chercheurs, dont Brian Rush (2004), concluent que les problématiques multiples constituent la norme lorsqu'une toxicomanie est présente. Connaître et tenir compte des problématiques co-existantes s'avère essentiel pour desservir adéquatement la clientèle dépendante. Le Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) publie plusieurs manuels appuyés sur les connaissances et l'expérience clinique et de gestion. Ces manuels proposent des protocoles de traitement visant des clientèles dépendantes manifestant des problèmes concomitants. Des guides de pratique publiés par l'ACRDQ présentent des recommandations pour mieux joindre, évaluer et orienter certaines de ces clientèles, comme les jeunes (Bertrand, Beaumont, Durand et Massicotte, 2006), les personnes vivant des troubles concomitants de consommation, de jeu et de santé mentale (Beaumont, Charbonneau, Ménard *et al.*, 2005) et les joueurs pathologiques (Desrosiers et Jacques, 2009).

CONSTAT 3

Joindre la clientèle là où elle se trouve

Selon la plus récente enquête du SAMHSA¹, seulement 10 % de la population des États-Unis qui aurait eu besoin d'un traitement pour un problème d'alcool, de drogue illégale ou pour les deux l'a vraiment reçu. Parmi ces personnes qui avaient besoin d'une aide qu'elles n'ont pas eue, seulement 4,8 % reconnaissaient qu'elles en avaient besoin et, parmi celles-ci, 23,3 % ont dit qu'elles avaient fait un effort pour trouver un traitement.

Les caractéristiques comme l'âge, le sexe, l'éducation ne sont pas à elles seules utiles pour expliquer les raisons qui font qu'un individu se présente ou non en traitement (Kleinmann *et al.*, 2002). Une étude menée auprès d'abuseurs de drogues révèle que les personnes n'accèdent pas à un traitement pour différentes raisons : elles ne se perçoivent pas de problèmes ou de besoins, leur réseau social est négatif (peu développé), elles ont peur du traitement, elles vivent d'autres difficultés dans leur vie privée, elles ont des horaires ne le permettant pas, les traitements

sont peu accessibles ou elles éprouvent des difficultés découlant de l'organisation du système d'admission (Rapp, 2006).

Le Network for the Improvement of Addiction Treatment (NIATx), un réseau rattaché à l'Université du Wisconsin visant à soutenir les organisations qui souhaitent améliorer l'accès et le maintien en traitement des personnes dépendantes conclut que, même lorsqu'elles sont détectées par d'autres services qu'elles consultent pour divers autres besoins, les personnes dépendantes sont rarement orientées par ceux-ci vers les services spécialisés en dépendance. À la suite d'une revue de littérature sur le sujet, Roche et Freeman (2004) concluent que, même si une intervention brève peut faire la différence pour inciter les personnes dépendantes à diminuer leur consommation ou à recourir à un traitement, les médecins ne se sentent pas légitimés à faire pareille intervention, notamment parce qu'ils craignent que ces patients adoptent des « comportements difficiles, agressifs, manipulateurs » à leur égard.

¹ SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (2009). *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*, Office of Applied Studies, NSDUH Series H-36, HHS Publication No. SMA 09-4434, Rockville, MD., page 81 et suivantes. La section 7.3, d'où sont tirées ces données mentionne seulement les traitements spécialisés pour un problème de dépendance à une substance psychotrope. Le traitement spécialisé est ici défini comme reçu à n'importe lequel des types suivants d'installations : hôpitaux (patient hospitalisé seulement), installations de réadaptation (patient en résidence ou en consultation externe) ou centres de santé mentale. Il n'inclut pas une intervention effectuée dans une urgence hospitalière, un cabinet médical privé, un groupe d'entraide, un centre de détention, ou en consultation externe d'un hôpital. Un individu est défini comme ayant besoin du traitement pour sa consommation d'alcool ou de drogue s'il répond aux critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994) d'abus ou de dépendance dans les 12 derniers mois ou s'il a reçu un traitement spécialisé pour l'utilisation d'alcool ou de médicament (drogue) illicite dans les 12 derniers mois.

Les services de première ligne, les urgences hospitalières, les milieux scolaires, les services de santé mentale, les tribunaux et autres organisations fréquentés par les personnes pouvant être en besoin de soins spécialisés pour leur dépendance manquent souvent d'information sur les services ou d'incitatifs à y orienter leur clientèle. Il en est de même pour l'entourage de ces personnes. Les personnes dépendantes se présentent dans les services spécialisés uniquement lorsque leur condition est très détériorée (NIATx, 2010). Pourtant, diverses modalités d'intervention utilisées pour joindre les personnes dépendantes là où elles se trouvent se sont avérées efficaces et efficientes (Booth, Corsi et Mikulich, 2003).

CONSTAT 4

Favoriser un accès rapide

► DÉLAIS D'ACCÈS ET TAUX D'ABANDON DE LA DÉMARCHE

Les personnes dépendantes hésitent à recourir à des services spécialisés de réadaptation. Elles ont aussi une faible tolérance à l'attente (Chun, Gudyish, Silber et Gleghorn, 2008). Lorsqu'une personne demande de l'aide pour une dépendance, elle devrait donc recevoir une réponse rapide et efficace. Plus l'attente est longue pour obtenir un traitement, plus le taux d'attrition est élevé. Donovan *et al.* (2001) ; Hser *et al.* (1998) indiquent que jusqu'à la moitié des personnes quitte la démarche entre l'accueil et le début de la réadaptation. Même un court temps d'attente peut décourager les personnes plus vulnérables ou moins motivées au traitement.

Dans un centre externe de réadaptation pour personnes abusant de cocaïne, 72 % des participants ayant obtenu un rendez-vous dans un délai de 24 heures s'y sont présentés comparativement à 41 % de ceux qui l'ont obtenu 3 jours plus tard et 38 % de ceux dont le rendez-vous a été fixé 7 jours plus tard (Festinger, Lamb, Douglas, Marlowe et Kirby, 2002). Ainsi, la possibilité d'obtenir une première rencontre en moins de sept jours augmente le taux de rétention au traitement (Gariti *et al.*, 1995).

Selon les conclusions du NIATx, 50 % seulement des personnes se présentent à leur rencontre d'accueil et 50 % de celles-ci participent à une première rencontre, ce qui signifie que seulement 25 % de celles qui ont demandé de l'aide se rendent en traitement. Il faut donc viser à répondre le plus rapidement possible, sinon sur-le-champ, à toute demande d'aide d'une personne dépendante.

► DÉLAI D'ACCÈS ET AGGRAVATION DES PROBLÈMES

Une étude québécoise (Cuillerier et Forget, 2002) démontre qu'après 15 jours d'attente plusieurs indicateurs de détérioration de la situation des personnes ayant demandé l'aide d'un CRD s'accroissent de façon importante. Entre autres exemples, le nombre de signalements à la Direction de la protection de la jeunesse se multiplie par six, celui des hospitalisations est cinq fois plus élevé, les consultations médicales se multiplient par trois et la commission de délits de même que le nombre de personnes prenant des médicaments doublent. Les personnes en attente auraient demandé de l'aide

à d'autres organismes publics (médecins, centres hospitaliers, CLSC, DPJ). L'accès rapide aux services prévient l'aggravation de la situation découlant du maintien de la consommation abusive pendant l'attente (Chun *et al.*, 2008).

► STRATÉGIE DE GESTION POUR UN ACCÈS RAPIDE AUX SERVICES

Plusieurs facteurs reliés à l'organisation des services constituent des barrières à l'accès au traitement : des critères d'admission compliqués, l'absence de services pour des groupes qui ont des besoins spécifiques, le manque de collaboration entre les organisations et les listes d'attente (Rapp *et al.*, 2006). Un sondage mené auprès de 147 centres de réadaptation américains documente les meilleures pratiques de gestion (McConnell, Hoffman, Quanbeck et McCarty, 2009) : les organisations qui déterminent des cibles claires, d'un certain niveau de difficulté et qui les communiquent adéquatement à leurs employés présentent les listes d'attente les moins longues.

Sur une période de 4 ans, NIATx indique avoir diminué de 34 % le temps d'attente et de 33 % le nombre des rendez-vous manqués. Le nombre d'admissions a augmenté de 21 % et le taux de rétention au traitement, de 22 %. L'application de mesures simples, comme téléphoner la veille du premier rendez-vous pour le confirmer ou à la suite d'un rendez-vous manqué pour vérifier si la personne est encore intéressée, permet d'augmenter l'engagement en réadaptation (Gariti *et al.*, 1995).

CONSTAT 5

Accueillir efficacement

► PROCÉDURES D'ACCUEIL SIMPLES

Un processus d'accueil et d'évaluation fluide et simple facilite l'accès au traitement. Par exemple, il est suggéré de s'assurer que la personne en besoin d'aide reçoit une réponse de vive voix plutôt que d'une boîte vocale, de mener des évaluations brèves et ciblées sur les préoccupations particulières de chacun des clients, d'éviter les répétitions au cours du processus d'admission, de cerner les besoins courants des clients (en garderie, en transport, en services de santé mentale), de développer un système favorisant une réponse rapide et efficace à ces besoins, d'éliminer les délais, de s'assurer de communiquer clairement au client la nature des services offerts (Ford *et al.*, 2007).

► ACCUEIL CENTRÉ SUR LE LIEN DE CONFIANCE

Dès l'accueil, il faut viser à établir la confiance de la personne dépendante. Selon les résultats d'une étude portant sur 327 centres de réadaptation américains en toxicomanie, on recommande notamment d'implanter un processus d'accueil et d'évaluation centré sur le développement d'un lien de confiance et orienté vers l'engagement de la personne en traitement. Pour les gestionnaires de CRD, il existe un consensus selon lequel la qualité de l'accueil est une dimension importante pour

favoriser l'accessibilité (Ford *et al.*, 2007). Il est de plus en plus clair que ce lien constitue un facteur significatif de l'évolution de la personne dépendante dans son processus d'accès au traitement.

Les recherches des dernières décennies ont largement démontré qu'un thérapeute empathique, authentique et encourageant augmente les chances de succès (Mee-Lee, McLellan et Miller, 2010 ; Lebow, Kelly, Knobloch-Fedders et Moos, 2006). En corollaire, la littérature porte à notre attention l'importance de garantir des relais efficaces en cas de changement de thérapeute ou de services et de proposer un accompagnement continu pendant la démarche.

CONSTAT 6

Soutenir la motivation et l'engagement du client dans sa démarche

Il devient de plus en plus évident qu'il faut favoriser l'engagement de la personne dès le début de sa démarche de changement et favoriser la persistance vers la réadaptation par des mesures soutenues (Mee-Lee, McLellan et Miller, 2010). S'il y a attente, cette période pourrait être consacrée à augmenter la motivation et à régler les problèmes prioritaires de chaque personne ou nuisant à son engagement dans le traitement, tels des problèmes de logement ou de santé (Miller et Miller, 2009).

Les recherches tendent à démontrer que diverses approches motivationnelles sont efficaces à faire naître, à maintenir ou à augmenter la motivation à la réadaptation. L'entretien motivationnel (EM) et la *Motivational Enhancement Therapy* (MET) sont de plus en plus considérés comme des pratiques prometteuses pour mener la personne dépendante de l'évaluation jusqu'au traitement (Carroll *et al.*, 2006). Parmi des méthodes prometteuses d'engagement, NIATx suggère d'impliquer le client dans son plan de traitement, de découvrir les principales raisons de l'absence à son rendez-vous, de l'aider à régler ses préoccupations pressantes et d'utiliser des récompenses.

CONSTAT 7

Impliquer des personnes importantes de l'entourage dès le début de la démarche

Le rôle de la famille ou de membres du réseau social s'est souvent avéré significatif dans la décision de demander de l'aide pour une dépendance. Reconnaître la capacité des membres de l'entourage à influencer le comportement de consommation peut favoriser l'accès aux services spécialisés et soutenir l'attente et la réadaptation. L'implication de l'entourage est importante pour influencer la personne dépendante à s'engager dans un processus de réadaptation (Meyers, Miller, Hill et Tonigan, 1998 et 2002 ; Miller, Meyers et Tonigan, 1999).

CONSTAT 8

Accompagner la personne dans le continuum de services

Plusieurs clients abandonnent à l'une ou l'autre des diverses étapes de leur démarche de changement (NIATx, 2003-2006). L'implication d'un gestionnaire de cas ou d'un intervenant principal peut favoriser notamment l'accessibilité et la continuité des services pour les personnes toxicomanes aux prises avec des besoins multiples (SAMHSA-TIPS, 1998). L'imposante tâche du gestionnaire de cas en toxicomanie comporte des fonctions :

- d'accueil, d'évaluation, d'orientation ;
- de soutien pendant la période d'attente de début de traitement ;
- d'aide circonstancielle à la résolution de problème et de gestion des situations de crise ;
- d'aide à l'orientation au moment du changement d'établissement et de recours auprès des établissements pour obtenir des soins auxquels le client a droit ;
- de reprise de contact avec le client en cas d'arrêt inopportun du traitement (ex. : rechute, expulsion d'un programme, etc.) ;
- de monitoring pour guider le parcours dans les services ;
- d'implication de la famille à participer au processus de rétablissement ;

- de simplification des liens entre la personne, son milieu scolaire, son travail et sa communauté et même d'aide à répondre à des obligations légales.

L'implication d'un gestionnaire de cas auprès d'adultes en attente de traitement augmente la probabilité que l'utilisateur persévère jusqu'au traitement prescrit (Rapp *et al.*, 2008). Ces stratégies de gestion de cas réduisent les délais d'attente après l'évaluation (Carr, Xu, Redko, Lane et Rapp, 2008). La proximité et l'accessibilité du gestionnaire de cas, particulièrement en milieu rural, augmentent la probabilité que la personne se rende dans un programme de traitement (Vaughan-Sarrazin, Hall et Rick, 2000).

CONSTAT 9

Appliquer un processus adapté d'évaluation spécialisée

Le processus d'évaluation doit permettre de reconnaître rapidement les aspects exigeant une orientation prompte vers la ou les ressources pouvant répondre à ces impératifs et de déterminer le plan d'intervention répondant aux besoins de chaque personne dépendante. Les résultats des recherches indiquent qu'afin d'assurer un meilleur engagement dans le processus de changement il faut répondre rapidement aux priorités de la personne qui demande des services pour sa dépendance : ses besoins sont souvent urgents à combler, sa situation peut se détériorer (Miller et Miller, 2009 ; Mee-Lee, McLellan et Miller, 2010).

Linehan propose la hiérarchisation suivante des cibles d'intervention (Dimeff et Linehan, 2008) :

- Diminution des comportements qui mettent la vie en danger de façon imminente (ex. : suicides ou homicides) ;
- Diminution des comportements qui interfèrent avec la thérapie (ex. : retard aux rendez-vous, absence, se présenter intoxiqué aux rencontres, etc.) ;
- Diminution des comportements dont les conséquences dégradent la qualité de vie, tout d'abord l'abus de substances lorsque présent, mais aussi le sans-abrisme, les troubles à l'axe, les problèmes de comportement, etc. ;
- Développement des habiletés (Desrosiers, Ménard, Tremblay, Bertrand et Landry, 2010).

Les outils d'évaluation utilisés devraient être valides, fiables et informatifs sur tous les aspects permettant de comprendre et d'améliorer la situation d'une personne dépendante. L'évaluation spécialisée en dépendance ne se limite pas à évaluer les besoins en services de désintoxication ou la sphère de la consommation. Elle doit être complète, multidimensionnelle et continue. L'évaluation doit permettre également d'orienter la personne vers un traitement complet, multimodal ou à large spectre, dont les cibles ou objectifs sont établis dans un plan d'intervention individualisé constitué de services dynamiques. Elle tient compte des capacités, des difficultés, de la situation et des besoins de la personne. Cette évaluation permet d'orienter la personne dans le continuum de services selon qu'elle atteint ou non ses objectifs.

Enfin, rappelons que plusieurs facteurs (honte, déni, problème de mémoire...) peuvent contribuer à fausser l'évaluation des personnes dépendantes. Il peut donc être utile de consulter des sources d'information autres que la personne dépendante (Santé Canada, 2002).

CONSTAT 10

Orienter en s'appuyant sur des critères d'appariement reconnus

L'évaluation doit mener à l'orientation de la personne vers les services requis. Le choix de critères d'appariement efficaces entre la situation de la personne et ces services s'avère donc crucial.

Bien que la recherche ne permette pas de conclure sur l'appariement idéal entre un traitement spécifique et des profils de clientèle, un large consensus s'établit chez les experts selon lequel des critères d'appariement basés sur ceux de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM, 2001) servent à déterminer l'orientation de la personne dépendante vers le traitement disponible convenant le mieux à ses besoins actuels.

L'ASAM (Mee-Lee, 2009) propose de prendre d'abord en compte les besoins urgents ou à risque d'entraver le plus sérieusement le traitement de réadaptation en raison de troubles liés à la consommation ou au sevrage, à la santé physique ou à la santé mentale. Pour les adolescents, les risques liés à la condition

affective, cognitive, comportementale conduisent à considérer aussi six sous-catégories, dont la menace à la sécurité et au développement (Mee-Lee, 2008). De plus en plus, l'ASAM insiste sur l'importance d'utiliser d'abord les besoins exprimés par la personne comme levier motivationnel au traitement (Mee-Lee, 2009). L'évaluation devrait se poursuivre tout au long du processus de changement et permettre d'adapter le traitement à la situation, aux capacités et aux besoins actuels de la personne à chacune des étapes qu'elle traverse (Mee-Lee, Shulman, Fishman, Gastfriend et Griffith, 2001).

CONSTAT 11

Organiser efficacement l'évaluation spécialisée

► PERMETTRE L'ACCÈS AUX SERVICES PAR PLUSIEURS PORTES

Le groupe de travail sur la stratégie nationale canadienne sur le traitement conclut que les personnes éprouvant des problèmes de dépendance « devraient toujours recevoir l'aide dont elles ont besoin, peu importe le point d'accès par lequel elles sont entrées. Un système bien pensé, complet et multisectoriel est nécessaire pour atteindre cet objectif. Un tel système garantit également que les personnes reçoivent de l'aide lorsqu'elles doivent passer d'un secteur à un autre » (Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement, 2008).

► UN GUICHET UNIQUE D'ÉVALUATION SPÉCIALISÉE OU NON ?

Des guichets centralisés d'évaluation, les *Centralized Intake Units* (CIU), ont été mis en place aux États-Unis principalement dans les années 1990. Ces guichets ont comme objectif d'évaluer le client grâce à des procédures standardisées et de l'orienter vers la ressource lui convenant le mieux. Ils sont organisés différemment les uns des autres mais comportent généralement un seul point d'entrée. Ils sont en mesure d'offrir une évaluation spécialisée dans de courts délais et ils disposent d'un système de gestion de l'information permettant de mieux gérer les trajectoires de services. Ces guichets s'apparentent aux mécanismes d'accès pour les jeunes déjà en application dans plusieurs régions du Québec et sont présentement sous évaluation.

Bien qu'il s'agisse d'une pratique assez novatrice, dont l'efficacité sur l'amélioration de l'accès mais aussi sur les résultats du traitement restent à valider par des recherches complémentaires (Dembo *et al.*, 2005), certaines observations indiquent que ce type d'organisation peut être plus efficace dans des régions à forte densité, là où il y a plusieurs établissements utilisant des procédures différentes d'évaluation et où un suivi de l'évolution de la clientèle est plus difficile (Kraft et Dickinson, 1997). Il semble que ce type de pratique ait permis d'améliorer l'accès aux traitements pour des adultes toxicomanes

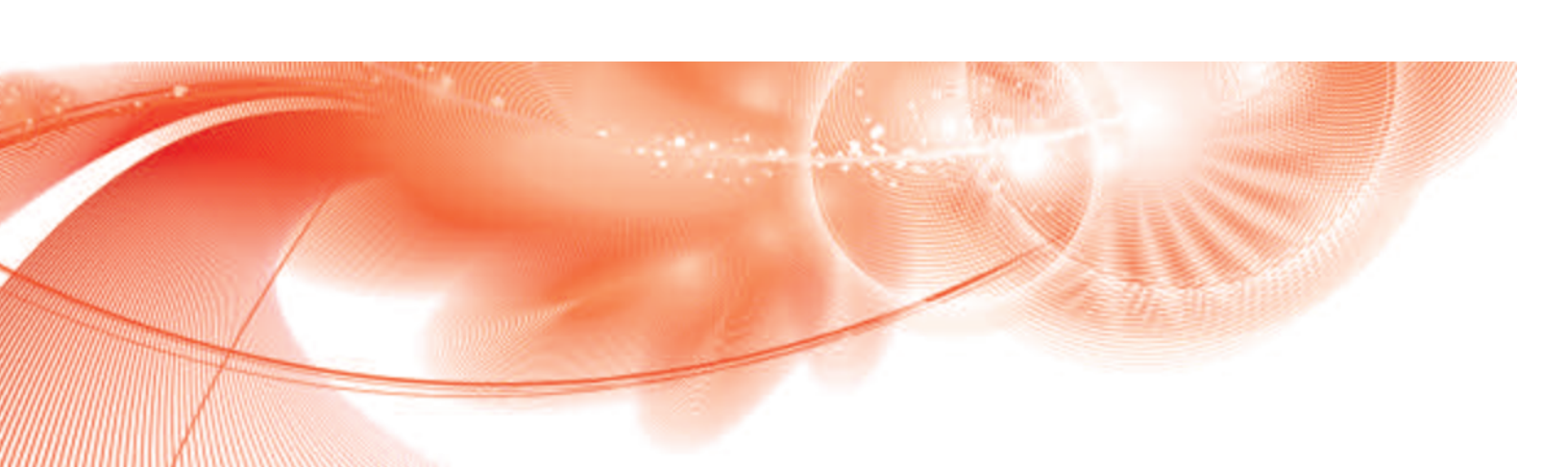


plus sévèrement atteints (Guydish *et al.*, 2001) et qu'il ait l'avantage d'offrir des évaluations et des orientations standardisées, et ce, dans de meilleurs délais. Le réseau NIATx, quant à lui, conclut que ce sont là des résultats associés à un meilleur accès aux services.

► **COLLABORER ET ÉTABLIR DES ENTENTES**

Même si cela n'est pas évalué formellement, les résultats des CIU pourraient être liés à l'organisation du service et à la qualité de la collaboration entre les partenaires impliqués (NIATx, 2010).

Établir de solides collaborations entre les partenaires concernés par les problèmes des personnes dépendantes pourra non seulement permettre aux organisations de première ligne de jouer un rôle important de détection et d'intervention précoce, mais aussi de reconnaître et d'orienter plus rapidement lorsque nécessaire vers les services spécialisés. Cibler les endroits les plus fréquentés par les différentes clientèles pourra faciliter leur accès aux services spécialisés en réadaptation. L'accueil, l'évaluation et même la réadaptation auront souvent avantage à se dérouler dans ces milieux.



PARTIE 3

LES FONDEMENTS DU PRÉS ET DES ÉLÉMENTS DE MISE EN OEUVRE D'UN PRÉS

Mieux joindre les personnes dépendantes, bien les accueillir, les évaluer, les orienter vers les services qu'elles requièrent dans des délais raisonnables, voilà qui constitue un défi de taille. Se basant sur les principaux constats de la littérature et sur l'expérience éprouvée sur le terrain des CRD en cette matière, l'ACRDQ propose dans la présente section les principaux fondements d'un PRÉS et quelques exemples d'application parmi celles déjà mises en place par les CRD et leurs partenaires.

FONDEMENT 1

L'accès par plusieurs portes aux services spécialisés en dépendance

L'accès aux services de réadaptation spécialisée constitue un réel défi. Au Québec, comme ailleurs dans le monde, à peine 10 % des personnes aux prises avec un problème d'abus ou de dépendance grave fait appel aux services des CRD. Pour améliorer ce taux de pénétration des services, il est souhaitable de diversifier les lieux d'accès aux services.

Dans le traitement des dépendances, toutes les portes d'accès aux services devraient donner accès au PRÉS. Considérant le faible taux de personnes dépendantes faisant appel aux services spécialisés et l'importance de répondre rapidement à la demande d'aide lorsqu'elle est

formulée, il est souhaitable que la personne aux prises avec une dépendance reçoive une aide, peu importe le point d'accès par lequel elle est entrée. Bien qu'il soit important de porter une attention particulière à certaines clientèles (les femmes enceintes, les parents de jeunes enfants, les jeunes en difficulté, les personnes aux prises avec des troubles mentaux), toutes les clientèles aux prises avec une dépendance devraient avoir accès au PRÉS, quel que soit l'accès qu'elles utilisent.

C'est pourquoi l'ACRDQ propose que les demandes d'évaluation spécialisée puissent être acheminées au CRD, non seulement par des centres de santé et de services sociaux (CSSS) comme le suggère la trajectoire de services du programme-services Dépendances, mais aussi par différents partenaires, tels les centres jeunesse,

les centres hospitaliers, les centres de détention, les milieux de santé mentale, la personne dépendante elle-même ou son entourage. Chaque région devrait ajuster cette trajectoire de manière à garantir aux clientèles dépendantes l'accès le plus efficient aux services spécialisés.

► L'ACCÈS DIRECT DE LA CLIENTÈLE DÉPENDANTE ET DE SON ENTOURAGE

Comme le prévoit la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec, les personnes dépendantes ou les membres concernés de leur entourage peuvent se présenter directement au PRÉS du CRD. Les besoins en services spécialisés y seront évalués à l'aide d'outils d'évaluation spécialisée valides et fiables. Si elles requièrent d'autres services que ceux de réadaptation spécialisée, elles seront accompagnées jusqu'aux services requis par leur situation.

► L'ACCÈS PAR LE CSSS

Le MSSS indique clairement dans son *Offre de service 2007-2012 Dépendances* que « les CSSS doivent favoriser la détection des problèmes de toxicomanie et de jeu pathologique des personnes qui sont jointes par leurs services généraux et par les programmes-services. Les personnes présentant des comportements à risque ou des problèmes de dépendance seront dirigées vers le service ou l'établissement le mieux adapté à leurs besoins ».

Rappelons que les CSSS devraient être la principale porte d'entrée des services en dépendance. Ceux-ci sont responsables du repérage, de la détection des problèmes liés à la consommation de psychotropes et aux jeux de hasard et d'argent des personnes jointes par leurs services. Pour ce faire, ils accueillent les personnes, détectent leurs problèmes et les orientent vers les services publics les mieux adaptés à leurs besoins. Le développement de l'accès par le CSSS doit être favorisé et soutenu.

Il est nécessaire que des ententes claires soient établies avec les CSSS de façon à ce qu'ils assurent la réponse aux besoins de la clientèle dépendante dont ils sont responsables, par exemple sur le plan de la santé mentale, des problèmes de santé physique et de l'intervention précoce en dépendance.

► L'ACCÈS PAR LE RÉSEAU DES PARTENAIRES

Divers autres partenaires rencontrent régulièrement des personnes en besoin de services spécialisés en dépendance. Ils sont la plupart du temps en contact avec cette clientèle en raison de la présence d'autres problématiques. Il en est ainsi des intervenants de centres jeunesse, des milieux scolaire ou de santé mentale. Ces partenaires sont invités à assurer la détection de la clientèle à l'aide d'outils validés, à la diriger, si elle le requiert, en suivant la trajectoire la plus efficiente du programme d'évaluation spécialisée de leur région. Si ces ressources ne sont pas aptes à

effectuer pareille détection, elles peuvent orienter la personne vers le CSSS de son territoire.

Par ailleurs, certaines ressources d'hébergement certifiées œuvrant en dépendance peuvent être appelées à effectuer une évaluation sommaire de la clientèle qui se présente chez elle, de manière à préciser le niveau de soins requis. L'accès aux services spécialisés devrait être le plus fluide possible, utilisant le corridor le plus efficace selon la situation décrite dans ce document.

L'orientation directe vers les services spécialisés en dépendance par un médecin, un employeur, l'école ou d'autres services ou organismes de la communauté ayant détecté un problème d'abus ou de dépendance devrait aussi être favorisée.

► DES SERVICES POUR JOINDRE LA CLIENTÈLE LÀ OÙ ELLE SE TROUVE

Faciliter l'accès aux services spécialisés en dépendance exige de répondre à l'enjeu important d'offrir des services là où la clientèle se trouve, plus particulièrement la clientèle prioritaire, afin de lui assurer un meilleur accès à une évaluation spécialisée. Les personnes dépendantes en besoin d'aide connaissent de nombreux problèmes associés. Elles sont peu orientées par d'autres services et sollicitent rarement les services spécialisés dont elles ont besoin ou n'y persistent pas pour différentes raisons, incluant les

barrières institutionnelles. Joindre cette clientèle vulnérable devient donc une priorité des CRD. La mobilité des ressources dédiées pour effectuer des évaluations spécialisées dans les centres de détention, au tribunal, en milieu scolaire, en centre jeunesse et autres lieux où se trouve la clientèle est un élément important du PRÉS. À titre d'exemples, voici quelques services ou programmes jugés probants ou prometteurs :

- Une équipe de liaison spécialisée en dépendance dans les urgences hospitalières ;
- Des programmes visant les personnes vivant un problème concomitant de santé mentale ;
- Des programmes visant les jeunes dans les écoles ou en centre jeunesse identifiés comme feu rouge au DEP-ADO ;
- Des programmes s'adressant aux personnes impliquées dans un itinéraire délinquant et détectées dans les tribunaux, dans les centres de détention ou nécessitant des interventions en communauté ;
- Des programmes de traitement de substitution pour la clientèle dite à bas seuil d'accessibilité ;
- Des programmes visant la famille (pour les jeunes parents, les femmes enceintes, les mères de jeunes enfants...) ;
- Des programmes visant des personnes souffrant de déficience physique ;
- Des programmes d'évaluation des besoins d'hébergement (PEBH).

Même si cela n'est pas évalué formellement, les résultats pourraient être liés à l'organisation du service et à la qualité de la collaboration entre les partenaires impliqués (NIATx, 2010).

► LES ÉQUIPES DE LIAISON SPÉCIALISÉES EN DÉPENDANCE À L'URGENCE

Selon l'*Offre de service 2007-2012 Dépendances* du MSSS, les personnes visées par le PRÉS sont celles qui ont été détectées principalement par les CSSS et les urgences hospitalières de soins généraux et spécialisés et orientées vers les CRD pour un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard.

L'action des équipes de liaison en dépendance vise à mieux orienter les clientèles aux prises avec un problème de dépendance, à mettre fin au phénomène des portes tournantes, à désengorger les urgences hospitalières, à diminuer la durée de séjour sur civière, bref à offrir le bon service à la bonne personne. Cette intervention a aussi permis d'atteindre des clientèles vulnérables, notamment celles présentant un trouble concomitant de dépendance et de santé mentale. Le personnel des urgences hospitalières effectue le repérage d'individus présentant des signes d'abus ou de dépendance à une substance psychoactive ou au jeu pathologique. Le repérage de cas peut se faire à l'aide d'outils validés ou par jugement clinique. La personne présentant certains signes avant-coureurs d'une problématique de toxicomanie peut être dirigée vers le personnel infirmier de l'équipe de liaison du CRD qui procède à

une évaluation plus approfondie à l'aide d'outils validés et standardisés. Selon le résultat obtenu, la personne sera orientée vers les services appropriés de première ligne ou vers les services spécialisés en dépendance.

En plus des infirmières du CRD disponibles dans les urgences hospitalières, l'équipe de liaison spécialisée est composée d'intervenants psychosociaux qui aident à la prise en charge rapide des clientèles détectées. Cette équipe peut avoir accès à des lits multifonctionnels d'hébergement à court terme en soutien à la réadaptation, incluant la désintoxication. Si un lit n'est pas disponible en CRD, il peut être obtenu par entente de service avec des ressources d'hébergement certifiées. Finalement, l'accès à des services de consultation psychiatrique et des services de désintoxication devrait aussi être possible. Le *Guide d'implantation : équipe de liaison spécialisée en dépendance à l'urgence* (MSSS, 2008) propose un modèle d'équipe de liaison hospitalière que les CRD pourront adapter à leur réalité régionale.

Les premiers résultats du suivi de l'implantation des équipes de liaison dans une urgence hospitalière en milieu urbain indiquent que cette mesure peut augmenter de 500 par année le nombre de personnes qui auront recours à des services spécialisés de réadaptation. Plus de 70 % des personnes évaluées acceptent l'orientation proposée vers les services spécialisés en dépendance. L'ACRDQ conclut que les expériences conduites au Québec démontrent l'efficacité de l'équipe de liaison spécialisée en dépendance, à la

fois sur le plan de l'accessibilité des services, de la continuité, de la qualité et de l'efficacité.

▷ DES SERVICES POUR PROBLÈME CONCOMITANT DE SANTÉ MENTALE

Les troubles concomitants de dépendance et de santé mentale, particulièrement les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et de la personnalité, sont la règle plutôt que l'exception parmi la clientèle requérant des services des centres de réadaptation (Rush, 2004 ; Beaumont, Charbonneau, Delisle, Landry, Ménard, Paquette, D. et al., (2005). Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2004) et l'*Offre de service 2007-2012 Dépendances* (MSSS, 2007) soulignent l'importance de développer des interfaces entre les services en santé mentale et ceux en dépendance, afin que les personnes aient accès aux services requis par leur condition.

Bien que plusieurs CRD aient implanté de telles collaborations avec des partenaires pour permettre de mieux dépister, évaluer et desservir cette clientèle (Beaumont, Charbonneau, Cuillerier, 2008) les organisations reconnaissent que les services actuels ne tiennent pas suffisamment compte des besoins particuliers de la clientèle présentant des troubles concomitants et des enjeux liés à son traitement.

Le dépistage et l'évaluation des troubles concomitants demeurent un défi organisationnel et clinique. Récemment, et en s'inspirant des

meilleures pratiques dans le traitement des dépendances et de la santé mentale, le CRD Le Virage et le CSSS Pierre-Boucher ont élaboré une organisation de services intégrés pour mieux répondre à la clientèle présentant un problème de dépendance ainsi qu'un trouble de personnalité (limite ou narcissique) ou psychotique modéré et complexe ou grave et non stabilisé. Cette organisation de service favorise le dépistage des troubles concomitants, leur évaluation et l'accès aux services requis (Kennedy, Phaneuf, Picard, 2010).

▷ LES SERVICES JEUNES-PARENTS

Certains CRD, tels le Centre Ubald-Villeneuve et le Pavillon Foster, offrent déjà, en concertation avec un centre jeunesse et la Cour du Québec – Chambre de la jeunesse, un programme donnant un accès prioritaire et offrant une prise en charge rapide et concertée, lorsque la situation le requiert, aux femmes enceintes et aux parents de jeunes enfants de 0 à 5 ans aux prises avec un problème de dépendance (Duguay, Olivier, 2009).

Ce type de programme peut aussi joindre les parents dont la problématique de dépendance oblige à envisager le placement des enfants. Grâce à la collaboration entre le CRD, le tribunal, les directions de la protection de la jeunesse, ces programmes permettent de procéder à l'évaluation de la problématique de la consommation et suggèrent un traitement approprié. Ils visent à motiver les parents à s'inscrire dans une

démarche de réadaptation et à recevoir un traitement pour leur problème de dépendance. De plus, les interventions permettent de les rendre aptes à mieux remplir leur rôle parental pour assurer la protection de leurs enfants (Centre Dollard-Cormier, 2004).

▷ LES SERVICES D'ÉVALUATION À LA COUR ADULTE, EN ÉTABLISSEMENT DE DÉTENTION OU EN COMMUNAUTÉ

Le service d'évaluation à la Cour adulte (Brochu, Landry, 2010), vise à aider la magistrature dans la prise de décision inhérente aux besoins de réadaptation en alcoolisme ou en toxicomanie des personnes mises en accusation pour un délit. Un exemple de ce type de services est offert par le Centre Dollard-Cormier – IUD au Palais de justice de Montréal. Il permet de dépister les consommateurs à risques, d'évaluer le degré du besoin d'aide lié à la consommation et de suggérer une orientation vers un niveau de service en fonction du besoin défini, d'évaluer le risque de sevrage et de faire des recommandations sur l'encadrement médical à assurer. Ce service est disponible à toutes les étapes du processus judiciaire, mais surtout au moment de l'enquête sur remise en liberté. L'équipe est constituée d'un éducateur et d'une infirmière. Une entrevue avec le client se déroule dans les locaux de la détention et le rapport en découlant est remis aux procureurs qui s'en inspirent pour la suite des procédures et l'orientation vers la ressource nécessaire (Charbonneau, Duclervil, 2010).

Le Programme toxicomanie-justice du Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve, offert en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique du Québec et l'établissement de détention de Québec, permet d'appliquer sur place une évaluation spécialisée en dépendance orientant vers un programme de réadaptation offert également en détention (Duguay, Olivier, 2009). Les agents de probation et les agents des services correctionnels sont aptes à effectuer la détection. Si une problématique nécessite des services de deuxième ligne, le professionnel du CRD œuvrant dans ce programme procède aux évaluations spécialisées pour cette clientèle incarcérée, et ce, dans le milieu même de détention. En milieu ouvert, ce programme s'adresse à toute personne judiciairisée ayant un problème d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives. Selon les besoins évalués par l'équipe régionale d'évaluation spécialisée, cette personne peut être suivie par le professionnel du centre affecté au Programme toxicomanie-justice ou être orientée vers les autres programmes offerts au centre.

► **UN PROGRAMME OU DES SERVICES DE TRAITEMENT DE SUBSTITUTION POUR LA CLIENTÈLE DITE « À BAS SEUIL »**

Les personnes ayant une dépendance aux opiacés ont accès à un programme de traitement de substitution (méthadone et buprénorphine) du CRD qui offre un suivi médical et pharmaceutique, ainsi que des services psychosociaux. Ces services sont également disponibles pour la clientèle dite « à bas seuil » et peuvent être dispensés à la ressource

communautaire qui dessert une clientèle toxicomane, tels Point de repère, dans la région de la Capitale-Nationale, ou Relais méthadone, associé au CRAN, et dont la mission principale est la prévention des infections transmissibles par le sang et le sexe. Ces services sont offerts près du milieu de vie des personnes vivant une problématique importante de consommation de drogues, particulièrement de drogues injectables. Ces derniers requièrent peu ou pas de critères d'admissibilité ou d'exclusion et permettent d'offrir une variété de soins médicaux de base, ainsi que des services psychosociaux (Duguay, Olivier, 2009).

FONDEMENT 2

Une orientation du client soumise à un ou à des mécanismes d'accès

► LE MÉCANISME D'ACCÈS JEUNESSE

Sous la responsabilité des CRD et mis en œuvre en concertation avec les partenaires offrant des services en toxicomanie pour les jeunes de 12 à 17 ans, le mécanisme d'accès jeunesse a pour principal objectif de favoriser une utilisation optimale des services jeunesse en offrant une trajectoire fluide à cette clientèle particulière. Des mécanismes d'accès jeunesse favorisant l'accessibilité aux services et un meilleur appariement de la clientèle sont déjà implantés dans plusieurs régions, notamment dans la région de la Capitale-Nationale, de la Mauricie et du Centre-du-Québec, des Laurentides et de Montréal. Des mécanismes d'accès jeunesse sont également en cours

d'implantation dans certaines régions du Québec et des modalités différentes d'accessibilité aux services sont utilisées dans d'autres régions.

L'orientation des jeunes présentant des besoins de services spécialisés en toxicomanie vers ces mécanismes est assurée principalement par des intervenants du milieu scolaire, des centres jeunesse, des organismes communautaires ou des CSSS. Les partenaires utilisent la grille DEP-ADO pour déterminer l'admissibilité du jeune en service spécialisé. Le mécanisme d'accès jeunesse est présenté comme la porte d'entrée pour les services spécialisés en dépendance (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2001 ; Centre Dollard-Cormier – IUD, 2006).

Les composantes administratives impliquent habituellement un comité consultatif consacré à la gestion et un comité clinique pour superviser les cas plus complexes. Le mécanisme peut comporter du personnel de liaison, des évaluateurs et du personnel de soutien qui reçoivent les demandes d'évaluation sur référence des partenaires, coordonnent les évaluations, valident les résultats et les orientations proposées, gèrent les inscriptions aux différents services et en assurent le suivi.

► LE MÉCANISME D'ACCÈS ADULTE

Seulement quelques régions du Québec ont implanté un mécanisme d'accès adulte. Par exemple, dans la région de Lanaudière, le CRD Le Tremplin implique des dispensateurs privés et communautaires de services en dépendance avec hébergement. Le DÉBA est l'outil actuellement utilisé pour déterminer l'admissibilité en services spécialisés en dépendance. Le fonctionnement est semblable à celui décrit pour le mécanisme d'accès jeunesse. Une première évaluation indique que ce mécanisme est bien implanté et qu'il remplit les objectifs visés.

Pour sa part, le Programme d'évaluation des besoins d'hébergement (PEBH), coordonné par Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec, est utilisé pour définir le besoin d'hébergement de la clientèle bénéficiaire de la sécurité du revenu et dirigée vers le programme par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS).

Chaque CRD articulera la coordination et l'organisation de ce ou de ces mécanismes de la manière qui lui paraîtra la plus pertinente. Dans tous les cas, un mécanisme d'accès devrait disposer de procédures fluides de réception, d'évaluation des demandes de plusieurs sources et d'orientation vers les ressources appropriées.

FONDEMENT 3

Du personnel dédié à l'évaluation spécialisée des dépendances

Du personnel dédié à la fonction d'évaluation spécialisée se charge de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation des personnes qui nécessitent des services spécialisés en dépendance. Il reçoit aussi les demandes des membres de l'entourage (proches et parents) d'une personne ayant un problème d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique.

L'équipe affectée à l'évaluation spécialisée de la dépendance adulte peut comprendre du personnel de liaison pour recevoir les demandes de service et planifier l'évaluation spécialisée; des évaluateurs pour accueillir les personnes, effectuer l'évaluation spécialisée et orienter la personne vers le service approprié selon les résultats de cette évaluation et selon les critères d'appariement définis; un gestionnaire pour assurer la coordination de l'équipe; du personnel administratif; et du personnel pour offrir les activités de soutien et de maintien de la motivation des personnes, gérer les situations de crise se présentant à cette étape de l'intervention et soutenir les évaluateurs sur le plan clinique.

Dans les points de service du CRD où il y a peu d'intervenants et où la densité de population ne justifie pas l'augmentation du nombre de

ressources, chaque intervenant effectue la plupart du temps l'évaluation et le traitement des personnes présentant des problèmes d'abus ou de dépendance. L'ACRDQ suggère que chaque intervenant ainsi dédié partiellement au PRÉS soit considéré comme faisant partie d'une équipe d'évaluation spécialisée décentralisée du CRD dont il relève et qu'il soit soutenu par le CRD pour qu'il remplisse le plus efficacement possible le mandat du PRÉS dans le secteur qu'il dessert.

FONDEMENT 4

Un accueil rapide, chaleureux et efficace

La première procédure d'orientation survient dès la demande d'aide, alors qu'il faut déterminer si le demandeur peut recevoir les services du CRD et s'il a des besoins urgents à satisfaire avant de le diriger vers une évaluation plus poussée de ses problèmes de dépendance. Cela peut se faire au téléphone ou en personne, par discussion avec la personne en besoin ou un agent orienteur. Pour augmenter leur capacité d'accueil, certains CRD effectuent cet accueil en groupe. Quelle que soit la modalité de l'accueil, la recension des écrits précise qu'il s'agit d'une étape déterminante et qu'une réponse rapide, chaleureuse et efficace augmente les chances que la personne s'engage plus avant dans sa démarche.

Une réponse adaptée à la demande devrait toujours être fournie le plus tôt possible, idéalement sur-le-champ.

Selon les travaux réalisés par des experts des CRD en réadaptation adulte, le délai pour attribuer un rendez-vous d'évaluation ne doit pas dépasser 14 jours et être de moins de 7 jours pour les clientèles ou les situations qui ont besoin d'un accès prioritaire (jeunes, femmes enceintes, parents de jeunes enfants, personnes à risques suicidaires et celles à risques de sevrage).

FONDEMENT 5

Des activités de soutien et de maintien de la motivation en cas d'attente

Dans certaines régions, les délais d'attente avant d'obtenir une évaluation spécialisée constituent parfois un obstacle à la poursuite de l'intervention. Plusieurs CRD ont mis sur pied des activités de groupe ou des activités individuelles pour accueillir, soutenir et motiver la personne jusqu'à son admission ou son inscription en réadaptation. La question des délais d'attente est très peu documentée dans les CRD. Ainsi, le Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve indique que « la mise en place d'un mécanisme d'accès régional concerté et coordonné aux services publics spécialisés permet d'obtenir une évaluation complète des besoins et de la sévérité de la dépendance en moins de dix jours ouvrables. Toutefois, l'accès aux services de réadaptation (traitement) demeure long et préoccupant considérant les caractéristiques particulières

de la clientèle ». D'où l'importance de mettre en place certaines activités de soutien ou de maintien de la motivation durant cette attente (Tremblay, Tourigny, Gingras et Dumont, 2007).

► DES OBJECTIFS DE STABILISATION ET DE MOTIVATION

Les activités de soutien à l'attente visent principalement la stabilisation de l'état de la personne, le maintien ou l'augmentation de ses motivations au changement, le maintien de l'abstinence, d'une consommation non problématique ou la réduction de ses méfaits. Ces activités devraient favoriser le passage vers le programme spécialisé leur convenant le mieux et les préparer à la réadaptation. Elles pourraient par exemple donner de l'information supplémentaire sur la démarche de réadaptation notamment sur les approches et les modalités proposées ou la préparer à mieux profiter d'un programme de groupe. Ces activités de soutien et de motivation au changement favorisent la rétention de la clientèle et facilitent l'intégration aux services spécialisés subséquents.

► UN PROTOCOLE ET DES OUTILS DE SOUTIEN À L'ATTENTE ET À LA MOTIVATION À DÉVELOPPER

Le CRD devrait pouvoir offrir le soutien en cas d'attente et favoriser le maintien de la motivation le plus tôt possible après la demande d'aide. Un protocole et un contenu d'activités de soutien et de motivation en cas d'attente devraient être développés pour garantir la persistance dans la démarche de changement malgré l'attente. Ce protocole est basé

sur des pratiques prometteuses tels la relation de confiance, des réponses aux barrières au traitement, le maintien de la motivation, l'inclusion d'un membre de l'entourage le plus tôt possible dans la démarche et l'engagement dans le traitement. Il devrait être présenté comme faisant partie de la réadaptation et comporter un plan d'encadrement ou des objectifs à atteindre afin de faciliter l'engagement. Ces interventions doivent être adaptées à la nature chronique ou transitoire de la dépendance.

Des personnes qui doivent attendre trop longtemps pourraient abandonner leur démarche vers la réadaptation pendant leur processus d'évaluation. Il faut s'assurer qu'elles en auront quand même retiré des bénéfices leur permettant au moins de ne pas vivre cet abandon comme un échec. De plus, il faut prévoir des moyens pour que la personne soit contactée advenant une absence ou un décrochage pendant cette période cruciale de sa démarche.

FONDEMENT 6

Une préoccupation essentielle envers l'entourage le plus tôt possible

Une proportion importante des Québécois (39,6 %) affirment subir les conséquences négatives découlant de la consommation excessive d'alcool d'un de leurs proches (Single, 1999). Les membres de l'entourage sont affectés par la personne dépendante et l'affectent en retour. Ils ont très souvent besoin d'aide mais peuvent aussi se révéler un atout pour

la réadaptation. Les problèmes et les solutions de la dépendance passent par le système familial et le réseau social. Plusieurs centres de réadaptation ont déjà développé des services ou une programmation permettant d'intégrer le plus rapidement possible des membres de l'entourage, soit la famille immédiate (parents, fratrie, conjoint ou conjointe, enfant) ou toute personne ayant un lien indéniable avec une personne dépendante, aux services de réadaptation offerts aux personnes dépendantes ainsi qu'une programmation particulière pour les membres de l'entourage des personnes dépendantes qui ne reçoivent pas de service du CRD.

► IMPLICATION DE L'ENTOURAGE COMME PARTIE PRÉNANTE DE LA DÉMARCHE DE LA PERSONNE DÉPENDANTE

Impliquer l'entourage permet de traiter les problèmes de consommation plus efficacement, mais aussi de consolider les liens familiaux. Le PRÉS devrait être porteur d'un message très clair : « Ici on encourage la participation des proches » (Cuillerier, Dufour, Gascon, 2010). Cette participation de tierces personnes peut se faire à l'une ou l'autre des étapes du processus : l'accueil, l'évaluation, l'orientation et la planification du traitement de la personne dépendante dans sa réadaptation (Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement, 2008). De manière à évaluer adéquatement le problème de dépendance

et ses liens avec la dynamique de l'entourage et de la communauté, les CRD sont encouragés à intégrer un ou des membres de l'entourage le plus tôt possible dans le processus d'évaluation spécialisée. Notamment, le CRD Le Virage le fait à l'aide d'un outil structuré permettant d'orienter efficacement et rapidement l'intervention ou un plan de protection lorsque requis (violence, suicide, perte financière).

► DES SERVICES DE SOUTIEN À L'ENTOURAGE

Selon les régions, le soutien à l'entourage est plus ou moins structuré. L'offre de service du CRD devrait inclure ce soutien, peu importe si la personne dépendante est elle-même prise en charge. Ainsi, au Centre de réadaptation dépendances et santé mentale de l'Estrie (Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges), on offre des activités de groupes de parents d'adultes dépendants (alcool, drogues, jeu pathologique), de conjoints et conjointes de personnes dépendantes et de parents d'adolescents. Au CRD Le Virage, on aide les personnes de l'entourage à développer des stratégies visant à susciter un changement chez leur proche dépendant et à l'inciter à formuler une demande de consultation. On souhaite aussi aider les personnes de l'entourage à améliorer leur propre bien-être.

FONDEMENT 7

Un processus et des outils d'évaluation et d'orientation spécialisés validés en dépendance

Les outils d'évaluation et d'orientation diffèrent selon la porte d'entrée utilisée.

► LES OUTILS DE DÉTECTION POUR LES PARTENAIRES DE LA PREMIÈRE LIGNE

Afin de déterminer le niveau de service le mieux adapté, les CSSS et d'autres partenaires (notamment les écoles, les centres jeunesse...) utilisent des outils validés et standardisés de détection.

En ce qui concerne les adultes, une boîte à outils de détection et d'intervention précoce a été élaborée par un comité du RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec) pour les intervenants de première ligne. Ceux fréquemment utilisés pour les adultes sont le questionnaire Dépistage évaluation du besoin d'aide – Alcool/Drogues (DÉBA-A/D) et le questionnaire Dépistage évaluation du besoin d'aide – Jeu (DÉBA-Jeu) (Tremblay, Blanchette-Martin, 2009). Certains médecins de pratique privée utilisent aussi d'autres outils (CAGE, les critères du DSM-IV).

En ce qui concerne les jeunes, la grande majorité des intervenants de première ligne utilise la grille de dépistage de consommation

problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) (Germain, Guyon, Landry, Tremblay, Brunelle et Bergeron, 2007).

Cette pratique de détection doit s'étendre à plusieurs autres milieux où se trouvent les clientèles dépendantes. Le CRD devrait soutenir le développement de ces pratiques et assurer que le relais vers le PRÉS des personnes ainsi détectées s'effectue le plus rapidement et le plus efficacement possible.

► LES OUTILS D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION POUR LES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT CERTIFIÉES EN DÉPENDANCE

Il est souhaitable que le choix d'outils d'orientation vers le niveau et le type de services spécialisés requis soit fait conjointement par le CRD et les ressources d'hébergement. Il peut s'agir d'un contenu d'entrevue structurée d'accès ou d'un outil validé d'orientation vers les niveaux de services appropriés. À titre d'exemple, dans le cadre du Programme d'évaluation du besoin d'hébergement (PEBH), projet pilote réalisé dans la région de la Mauricie/Centre-du-Québec, les ressources d'hébergement ont administré le NID-ÉP, qui devait par la suite être validé par une infirmière du CRD, afin de confirmer l'orientation d'une personne dépendante vers le service approprié (Ménard, L'Espérance, 2009).

► LES OUTILS DU PROCESSUS D'ÉVALUATION SPÉCIALISÉE EN DÉPENDANCE DES CRD

► L'ENTREVUE D'ACCUEIL

Dans la plupart des CRD, il existe un premier niveau de procédures permettant d'analyser et de

répondre rapidement à la demande d'aide de la personne dépendante. Cette première intervention du PRÉS vise à préciser et à traiter les besoins immédiats et les motifs de la demande requis par la situation, à statuer sur l'admissibilité de la personne aux services spécialisés et à déterminer le degré de priorité à lui donner. Les CRD ont développé des procédures et des outils leur permettant d'effectuer une première orientation rapide de la demande.

De l'avis de l'ACRDQ, un protocole de réponse à cette demande initiale mériterait d'être développé et standardisé de manière à s'assurer que, peu importe le lieu d'accès aux services, la réponse à la clientèle sera adaptée, efficace et rapide, favorisant ainsi la poursuite de la démarche vers l'évaluation complète et la réadaptation. Ce protocole devrait prévoir des moyens de déterminer clairement la raison de la demande d'aide, mais aussi les empêchements possibles à l'engagement plus avant dans le processus de changement.

► LE NID-ÉM, LE NID-ÉP ET LES OUTILS APPARENTÉS

Le NID-ÉM et le NID-ÉP, outils d'orientation en sciences infirmières aussi utilisés par les intervenants psychosociaux, permettent de déterminer le niveau de soins spécialisés à offrir. L'utilisation de ces instruments de premier niveau sert d'indicateurs d'abus ou de dépendance et oriente vers le service spécialisé de réadaptation approprié, incluant la désintoxication. Il permet aussi une rétroaction de l'entretien motivationnel. Le Centre Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec utilise ces outils pour guider le client vers le niveau de

service adéquat de sa programmation. La grille *Évaluation initiale en soins infirmiers de la clientèle dépendante* développée par l'équipe du Centre Dollard-Cormier – IUD remplit aussi cette fonction. À notre connaissance, il n'existe pas d'outil d'orientation spécialisée qui soit validé présentement au Québec.

► LA BATTERIE D'INSTRUMENTS DU GLOBAL APPRAISAL OF INDIVIDUAL NEEDS (GAIN)

Pour planifier une intervention de réadaptation personnalisée, le CRD effectue une évaluation spécialisée multidimensionnelle en dépendance. Cette évaluation spécialisée doit être fondée sur des outils validés et standardisés qui visent à établir le niveau d'abus ou de dépendance. La situation globale, les besoins et les capacités de la personne doivent être pris en considération.

Présentement l'Indice de gravité de la toxicomanie (IGT) est l'outil le plus utilisé pour la clientèle francophone. L'outil utilisé par le mécanisme d'accès pour évaluer le jeune est l'Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents (IGT-adolescent) (Landry, Bergeron, Provost, Germain, Guyon et Desjardins, 2000). En 2008, les CRD membres de l'ACRDQ ont opté pour l'utilisation de la batterie d'instruments du Global Appraisal of Individual Needs (GAIN) (Dennis, White, Titus et Unsicker, 2006) pour effectuer l'évaluation spécialisée des adultes et des jeunes. Le GAIN, utilisé actuellement dans sa version anglaise par six CRD, est en cours de traduction et d'adaptation en français.

La batterie d'instruments du GAIN est conçue pour effectuer la détection, l'évaluation et le suivi des personnes dépendantes. Ces instruments mesurent la sévérité des comportements de dépendance et des troubles mentaux concomitants. Les résultats de l'évaluation servent de base à l'élaboration du plan d'intervention (PI) ou, étant donné les besoins connexes habituels des personnes dépendantes, d'un plan de services individualisés (PSI). En s'appuyant sur les critères de l'ASAM et en dégageant des impressions diagnostiques selon le DSM, ces outils permettent de recommander le niveau d'intensité de services facilitant la planification et l'arrimage des interventions des différents partenaires impliqués dans le continuum de services de réadaptation.

► **UN PROCESSUS D'ORIENTATION CONTINU INSPIRÉ DES CRITÈRES D'APPARIEMENT COMME CEUX DE L'ASAM**

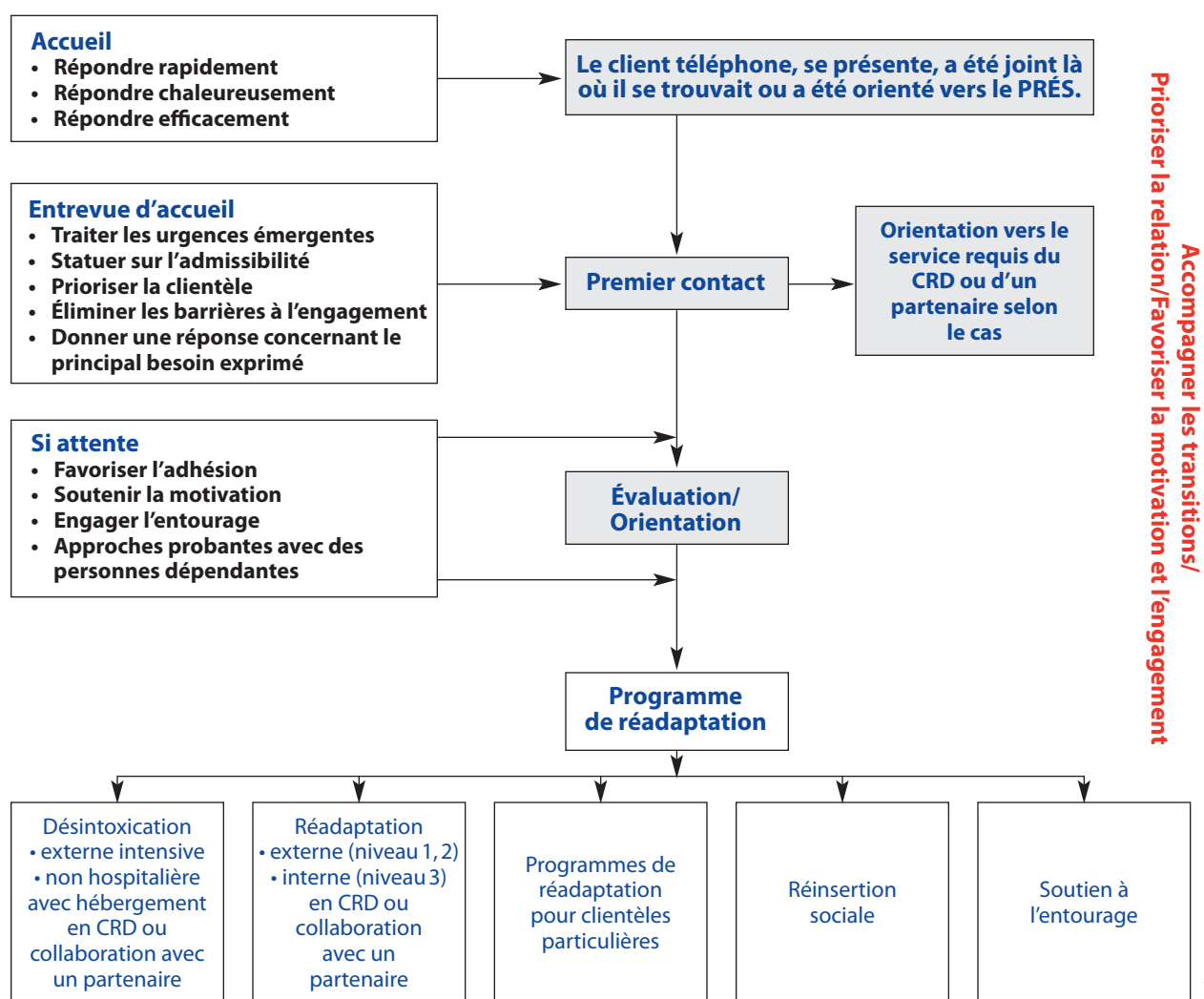
L'Offre de service 2007-2012 *Dépendances* du MSSS suggère que l'orientation de la personne dépendante soit fondée sur différents niveaux d'intensité de services, lesquels sont inspirés de l'ASAM, (2001). L'utilisation du GAIN devrait faciliter l'orientation de la personne en tenant compte à la fois de critères dimensionnels et des niveaux d'intensité de services proposés par l'ASAM. Comme il a déjà été précisé dans une publication de l'ACRDQ (Desrosiers, 2008), ces

critères d'appariement servent aussi à l'orientation vers les services de désintoxication. En ce qui concerne les jeunes, plusieurs régions ont développé différentes grilles d'appariement. L'ACRDQ a récemment suggéré à ses membres une grille d'appariement basée sur les critères de l'ASAM (Beaumont *et al.*, 2010).

Les services spécialisés de réadaptation ont le souci de vérifier continuellement l'évolution de la situation et l'atteinte des objectifs de traitement de leurs clients; les services sont ainsi régulièrement ajustés selon la situation actuelle de la personne. L'évaluation se préoccupe aussi de déterminer le moment de la fin de traitement, soit parce que les objectifs personnels ont été atteints, soit parce qu'il est devenu clair qu'ils sont impossibles à atteindre.

Le tableau suivant résume les fondements sur lesquels repose le processus d'accueil, d'évaluation et d'orientation du PRÉS.

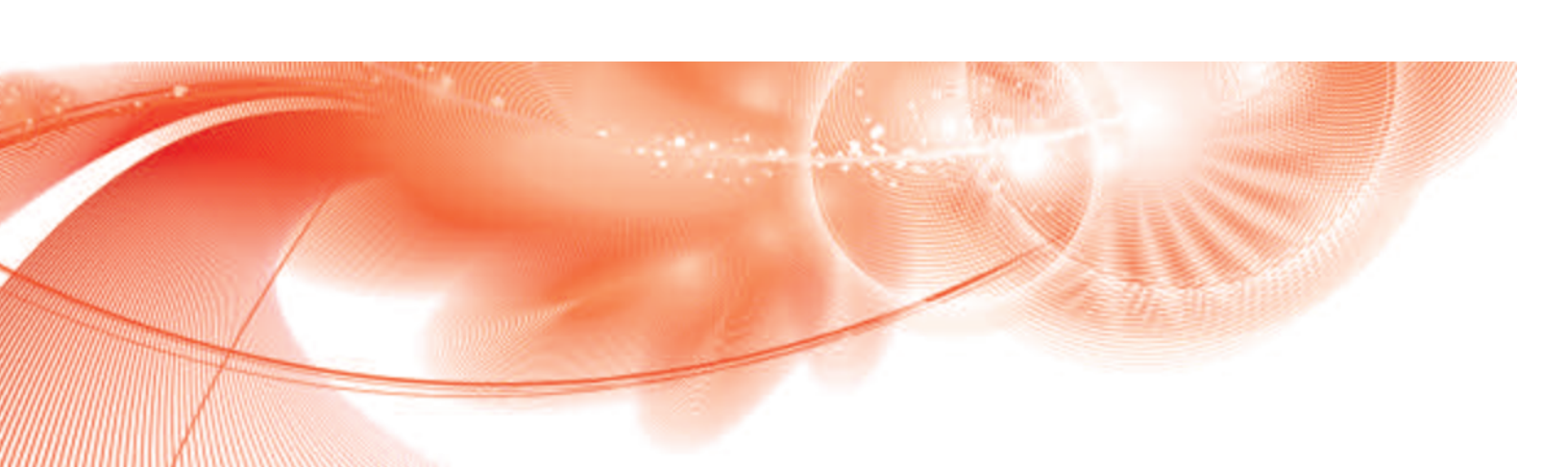
Principaux fondements du processus d'accueil, d'évaluation et d'orientation



Un programme d'évaluation de qualité permet d'orienter la personne en besoin vers des services efficaces de réadaptation. Le guide de l'ACRDQ *Les services de*

réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance – Guide de pratique et offre de services de base (Desrosiers, Ménard,

Tremblay, Bertrand, Landry, 2010) constitue une référence pour établir le choix des meilleurs services.



PARTIE 4

LES CONDITIONS D'IMPLANTATION ET DE RÉUSSITE DU PRÉS

De façon à atteindre les objectifs visés en matière d'évaluation et d'orientation, un certain nombre de conditions gagnantes et de modalités d'organisation seront nécessaires pour développer, démarrer et faire évoluer le PRÉS.

CONDITION 1

Volonté régionale d'implantation du programme

Une des principales conditions gagnantes consiste à faire du PRÉS une priorité régionale. La responsabilité de l'implantation du programme doit être clairement attribuée aux CRD, comme c'est le cas des mécanismes d'accès jeunesse. L'agence régionale devrait soutenir l'effort de développement et de maintien du programme. La mise sur pied d'un comité de coordination régionale s'assurant du bon fonctionnement et de la collaboration des acteurs apparaît essentielle. Il veillera à la qualité de l'accès, de l'évaluation spécialisée, des mesures de soutien et de l'orientation de la clientèle. L'adhésion des différents paliers décisionnels, des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels est également cruciale au fonctionnement efficace du programme. Des définitions communes de la

trajectoire de services, dont un suivi de l'évaluation originale, s'appuyant sur des outils de détection, d'évaluation, des critères d'appariement et des protocoles de collaboration découlant des meilleures pratiques doivent être partagés par les partenaires.

Une clé de succès de l'implantation du PRÉS réside dans la collaboration entre les différents organismes partenaires, afin d'assurer la continuité des services. L'ACRDQ souligne de façon particulière le besoin d'établir et de respecter des ententes de collaboration ou des protocoles permettant de déterminer promptement quels services sont les plus appropriés au regard de leur accessibilité, de leur proximité et de leur adéquation. Le PRÉS doit prévoir comment les ressources d'hébergement certifiées en dépendance peuvent s'inscrire dans ce partenariat. Dans le contexte de l'élaboration des projets cliniques, les ententes de service ou de collaboration constituent un des

mécanismes disponibles pour interpeller les partenaires du CSSS et susciter leur adhésion et leur mobilisation. Ces ententes peuvent également être conclues entre le CSSS et les organismes communautaires ou privés et les directions régionales de certains ministères.

CONDITION 2

Implantation dans le respect des disparités régionales

L'offre de services de base des CRD se déploie différemment d'une région à l'autre en fonction des ressources des CRD, mais aussi de celles des partenaires impliqués dans l'offre de services en dépendance. Le PRÉS que chaque région sera appelée à développer devra s'adapter aux différentes réalités régionales : éloignement, étendue du territoire, caractère urbain ou rural, densité de la population, mais aussi ressources disponibles et dynamiques de collaboration propres à chacune.

CONDITION 3

Gestion optimale des services pour répondre aux standards du PRÉS

L'Offre de service 2007-2012 *Dépendances* du MSSS propose certains standards dans la mise en place du PRÉS. L'accessibilité, la qualité, la continuité, l'efficacité et l'efficience sont des critères sur lesquels les CRD appuient déjà

leurs pratiques pour offrir les meilleurs services à la clientèle et aux partenaires.

► SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL

La mise en place des fondements du PRÉS peut impliquer un remaniement des structures, un déplacement de personnel, mais aussi un changement de pratiques cliniques et de gestion. C'est un service sensible autant par sa nature (l'importance accordée à ce premier contact pour la clientèle) que par la pression de la demande. Il importe donc d'ajuster périodiquement les ressources qui y seront affectées en portant un regard continu sur l'atteinte des standards d'efficacité attendus et l'augmentation documentée de la clientèle amenée à y participer.

► SUR LE PLAN CLINIQUE

La gravité de la problématique de dépendance, les besoins médicaux liés au sevrage ainsi que les nombreuses problématiques concomitantes à celle de la dépendance (délinquance, troubles mentaux, etc.) impliquent un travail de concertation avec les partenaires et l'utilisation d'expertise complémentaire. Par exemple, le CRD doit agir de façon proactive avec ses collaborateurs de la santé mentale, afin de permettre une intervention efficace et concertée pour les clientèles présentant des troubles concomitants, pouvant impliquer le développement de protocoles d'évaluation complémentaires.

► SUR LE PLAN DES RESSOURCES HUMAINES

Afin d'assurer l'expertise d'évaluation, il importe de développer les compétences du personnel nouvellement embauché et de favoriser le perfectionnement des ressources plus expérimentées.

La formation requise pour soutenir l'implantation du PRÉS comporte deux volets. Le premier s'adresse aux partenaires de la première ligne et porte sur les outils de détection et d'intervention précoce ainsi que sur les modalités de référence et d'accès aux services spécialisés.

Le second volet concerne tout le personnel du CRD et traite des outils d'évaluation spécialisée et de la connaissance de l'Offre de service 2007-2012 *Dépendances* du MSSS. Il tient compte également des critères pour diriger la clientèle, de la trajectoire de service convenue sur le plan régional, mais aussi des approches et des techniques probantes propres à l'évaluation et au soutien, à l'attente et à la motivation. Une formation est déterminante pour que le personnel détienne les connaissances, les compétences et les outils nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Le CRD offre une formation continue avec supervision permettant d'acquérir et de développer les connaissances et les compétences requises. Cette supervision devrait garantir la qualité de l'application du processus d'évaluation et d'orientation par une vérification assidue du respect des protocoles.

► **SUR LE PLAN DE L'ATTEINTE ET DU MAINTIEN DES STANDARDS DU PRÉS (ACCESSIBILITÉ, QUALITÉ, CONTINUITÉ, EFFICACITÉ, EFFICIENCE)**

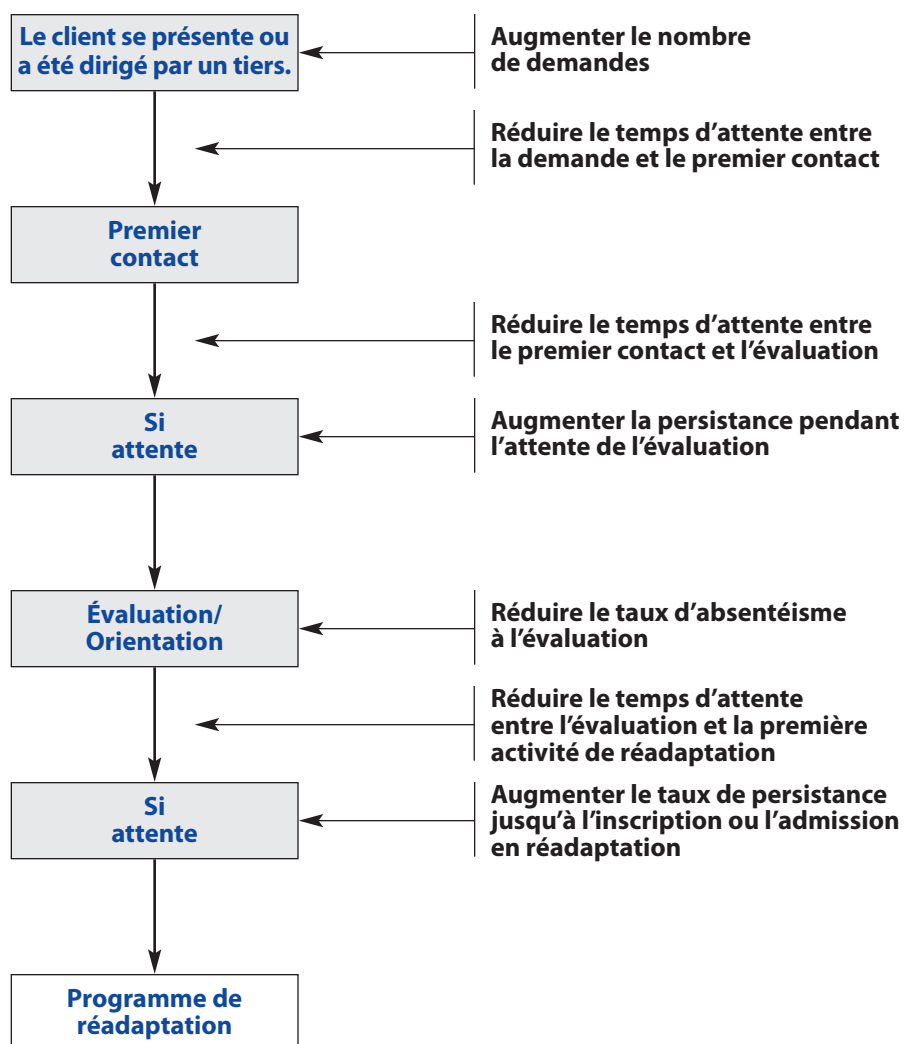
La clientèle dépendante est difficile à joindre. De plus, même lorsqu'elle demande de l'aide, elle annule fréquemment les rendez-vous, abandonne des activités et même le traitement. Il est donc

nécessaire d'établir une gestion rigoureuse, notamment des rendez-vous, et de découvrir certains moyens pour assurer l'efficacité du service d'accueil, d'évaluation et d'orientation.

Il importe d'établir des objectifs clairs, des mesures précises pour les atteindre et de maintenir des standards liés aux délais, à la fré-

quentation et à la persistance dans le processus d'évaluation spécialisée. Le tableau suivant, inspiré de NIATx (2010), suggère les objectifs à atteindre et à maintenir pour favoriser l'accès et la persistance en traitement à différentes étapes clés du processus d'évaluation.

Objectifs à poursuivre pour améliorer l'accès au service et la persistance en traitement
(Adaptation de NIATx)



Le système d'information clientèle pour les services de réadaptation en dépendance (SIC-SRD) devrait permettre de recueillir les données nécessaires à la mesure d'indicateurs de l'atteinte des objectifs du PRÉS dans le respect de ses standards. Les régions et les établissements développeront aussi sans doute des moyens pour assurer le suivi de leur PRÉS. Une gestion serrée des protocoles établis pour augmenter et maintenir les cibles de fréquentation des services, les délais de réponse, d'évaluation et d'orientation vers le service requis s'avère un ingrédient essentiel pour atteindre les objectifs établis. NIATx suggère aussi des pratiques prometteuses, des outils de mesure pour favoriser l'amélioration des services à chacune des étapes du processus. Par exemple : prévoir des périodes de consultation sans rendez-vous ; centraliser la prise de rendez-vous ; prendre plus de rendez-vous simultanés sachant que plusieurs clients ne s'y présentent pas ; réassigner des tâches non cliniques au personnel non clinique ; prendre les rendez-vous dès le premier appel ; prévoir plusieurs objectifs à la première rencontre ; prévoir des rencontres de groupe ; réduire les obstacles à l'utilisation des services et la paperasse qui étire les délais et décourage la poursuite de la démarche.

CONDITION 4

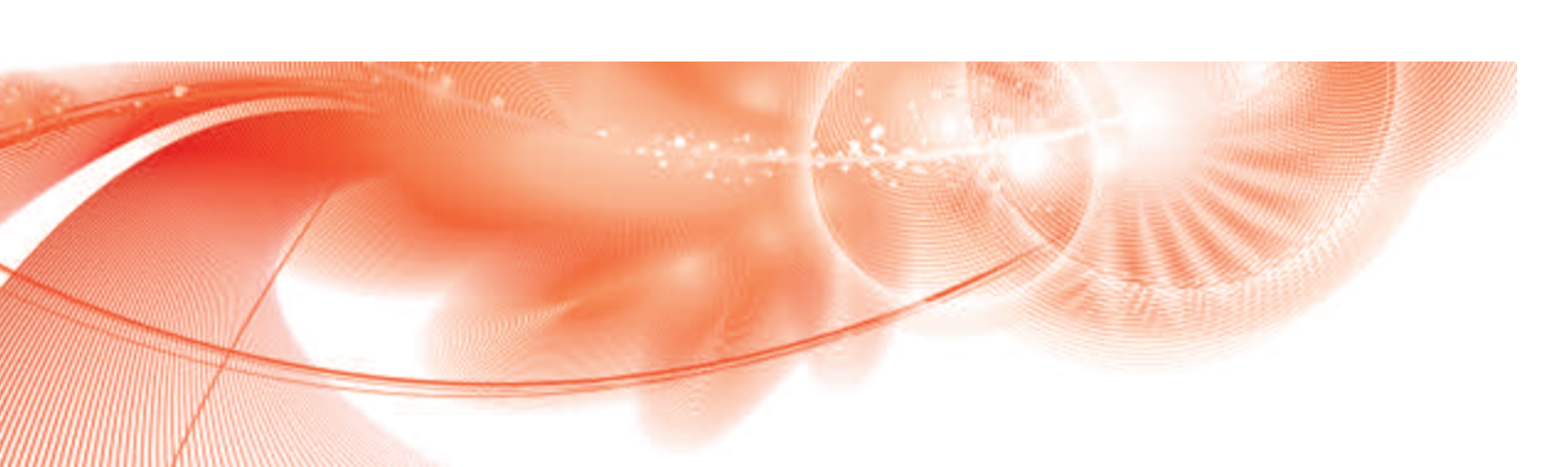
Soutien financier réaliste

Le MSSS et l'agence régionale doivent s'assurer que le CRD dispose des ressources nécessaires pour déployer un PRÉS dans le respect des standards d'accessibilité, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience décrits plus haut. Les CRD doivent disposer de personnel assigné à l'accueil, à l'évaluation, à l'orientation de la personne dépendante et à son accompagnement jusqu'à son entrée en réadaptation. Un financement adéquat, incluant notamment un budget suffisant de remplacement de personnel en cas d'absence doit être prévu.

L'organisation de services de ce programme variera en fonction de divers facteurs régionaux, tels la densité de la population, le nombre d'intervenants disponibles, les distances à parcourir par les personnes dépendantes. La configuration de services et l'organisation du PRÉS – par exemple, une équipe regroupée physiquement ou décentralisée sur le territoire ou dans les services – impliquera des sommes différentes.

Il faut s'assurer que l'atteinte des objectifs d'accessibilité et de diminution de délais d'évaluation du PRÉS ne créera pas de nouveaux problèmes d'accès dans les autres programmes de réadaptation. Il faut également voir à ce que le CRD et ses partenaires desservent adéquatement la clientèle là où elle se trouve et que le PRÉS puisse répondre à ses besoins et à ses caractéristiques propres (délinquance, troubles mentaux...).

Un coffre à outils particulier pour ce programme s'appuyant sur des données probantes reste à développer. Il devrait comprendre un protocole complet concernant tout le parcours de la personne dépendante, dont des instruments validés et standardisés pour l'évaluation. Également, des mécanismes implantés dans l'esprit de favoriser l'accès aux services spécialisés de réadaptation, devront être déployés en fonction des réalités régionales.



PARTIE 5

LES RECOMMANDATIONS

Les constats qui se dégagent de la littérature sur les pratiques probantes ou prometteuses en matière d'accueil, d'évaluation et d'orientation de la personne dépendante et de son entourage, les opinions d'experts du réseau de la dépendance mènent à une série de recommandations pour soutenir le développement, l'implantation et le maintien d'un PRÉS adapté aux besoins des personnes dépendantes et de leur entourage. Ces recommandations portent sur l'organisation du PRÉS, l'intervention clinique, la formation et la supervision continues et la recherche.

L'organisation du Programme régional d'évaluation spécialisée en dépendance (PRÉS)

1. MISE EN PLACE, DANS TOUTES LES RÉGIONS DU QUÉBEC, D'UN PRÉS RÉPON- DANT À LA DÉFINITION, AUX OBJECTIFS ET AUX STAN- DARDS ÉNONCÉS DANS L'OF- FRE DE SERVICE 2007-2012 DÉPENDANCES DU MSSS

Considérant que les CRD sont soucieux d'offrir aux personnes dépendantes et à leur entourage un accès, un accueil, une évaluation spécialisée et une orientation adaptés à leur situation et à leurs besoins;

Considérant que l'*Offre de service 2007-2012 Dépendances* du MSSS propose un ensemble de mesures constituant un PRÉS, qu'elle en définit les objectifs, les clientèles cibles et les standards de qualité et qu'elle en confie la responsabilité aux CRD ;

Considérant que l'organisation des services et la configuration des services spécialisés en dépendance diffèrent d'une région à une autre et même à l'intérieur de chacune des régions desservies par le CRD, selon qu'il s'agisse d'un secteur urbain, rural, éloigné ou étendu ;

Les recommandations:

- que tous les CRD implantent un PRÉS, comportant des services d'accès, d'accueil, d'évaluation et d'orientation des personnes dépendantes balisé par les recommandations complémentaires du présent document;
- que les CRD soient responsables, en collaboration avec leurs partenaires de la santé et des services sociaux et ceux des secteurs communautaire et privé, de préciser les orientations, le fonctionnement, le contenu, les ententes, la formation et la recherche que ce programme exige;
- que ce programme soit adapté aux réalités de chacune des régions et réponde à la description, aux objectifs et aux standards de qualité décrits à la fiche 6 de l'Offre de service 2007-2012 Dépendances du MSSS.

2. ACCESSIBILITÉ ACCRUE AU PRÉS PAR PLUSIEURS PORTES ET LÀ OÙ SE TROUVE LA PERSONNE DÉPENDANTE

Considérant que les CRD souhaitent augmenter le taux de pénétration de leurs services auprès de la population aux prises avec un problème d'abus ou de dépendance grave;

Considérant les difficultés d'accès aux services et l'ambivalence de la clientèle dépendante à recourir à des services;

Considérant que l'intervention faite là où se trouvent certaines clientèles, notamment en milieu hospitalier, scolaire, correctionnel, en centre jeunesse, au tribunal de même que dans plusieurs départements hospitaliers, est reconnue comme meilleure pratique pour joindre certaines clientèles particulières;

Considérant qu'une proportion importante de personnes dépendantes, dont des clientèles prioritaires, peut difficilement être jointe autrement que par de telles interventions;

Considérant que la pratique démontre que les personnes dépendantes qui se présentent directement en CRD ont réellement besoin de services spécialisés de réadaptation;

Les recommandations:

- que le PRÉS soit organisé de façon à permettre au plus grand nombre possible de personnes dépendantes d'y avoir accès rapidement, cela avec fluidité et avec le moins d'exigences possible et d'y être accueilli efficacement;

- que des mesures soient mises en œuvre, en concertation avec les partenaires, pour joindre les personnes dépendantes le plus près possible des milieux où elles se trouvent, par exemple dans les écoles aux services de périnatalité, aux tribunaux et dans le milieu carcéral;

- que ces mesures joignent plus particulièrement les clientèles prioritaires, soit les femmes enceintes, les parents de jeunes enfants, les jeunes en difficulté, les personnes aux prises avec des troubles concomitants de consommation et de santé mentale;

- que les personnes se présentant directement dans un CRD pour y recevoir de l'aide pour une désintoxication ou une réadaptation y soient desservies le plus rapidement possible en tenant compte de la trajectoire et de l'organisation des services sur le territoire;

- que la personne dépendante soit accompagnée et informée tout au long du processus d'accueil, d'évaluation et d'orientation;

- que le CRD établisse des ententes formelles, claires et efficaces avec les partenaires publics, privés ou communautaires afin que ces derniers s'assurent de la détection de la clientèle en besoin de services spécialisés en dépendance et la dirige lorsque requis vers le PRÉS. L'intervenant désigné du PRÉS devrait rencontrer les usagers ainsi détectés par les partenaires le plus tôt possible et à un endroit le plus accessible possible selon le type de clientèle.

3. SOUTIEN ET APPUI AU DÉVELOPPEMENT D'UN CORRIDOR BIDIRECTIONNEL DE SERVICES EFFICACE ENTRE LE CSSS ET LE PRÉS DU CRD

Considérant le nombre important de personnes vivant des problèmes associés à la dépendance qui sont traitées dans les CSSS pour leur santé physique ou mentale;

Considérant que les CSSS ont la responsabilité de la détection des problèmes de dépendance et de leur orientation, notamment vers les services spécialisés en dépendance qu'ils requièrent, et qu'ils disposent d'outils fiables et valides pour ce faire;

Considérant les besoins qu'ont les personnes dépendantes de recevoir, avant, pendant et après leur prise en charge par un CRD, différents services offerts par les CSSS;

Les recommandations:

- que les CRD offrent aux CSSS leur expertise-conseil, notamment dans le cadre de formations au personnel de la première ligne pour les soutenir dans la détection et l'orientation des personnes dépendantes et soutiennent les efforts de mise en place du continuum de services entre la première ligne et le PRÉS sous la responsabilité des CRD;
- que les CRD donnent une réponse rapide, de qualité, efficace et respectant les critères de priorité établis pour les clientèles aux demandes d'évaluation du CSSS et qu'ils s'assurent que les services du CSSS demeureront disponibles rapidement aux clientèles du PRÉS.

4. ACCÉLÉRATION DE L'IMPLANTATION D'ÉQUIPES DE LIAISON EN URGENCE HOSPITALIÈRE DANS TOUTES LES RÉGIONS, À LA HAUTEUR DU BESOIN ÉVALUÉ, DÈS QUE LES SOMMES POUR CE FAIRE SONT MISES À LA DISPOSITION DES CRD

Considérant l'impact réel de la mise en place d'une équipe de liaison spécialisée en dépendance sur le désengorgement des urgences au Québec ainsi que son effet de soutien des intervenants du milieu hospitalier quant à la réponse aux besoins de personnes traitées par d'autres départements de l'hôpital;

Considérant que plusieurs personnes évaluées par ces équipes, dont celles vivant aussi des troubles mentaux, font partie de la clientèle prioritaire en dépendance, difficile à joindre autrement qu'en urgence hospitalière;

Considérant qu'environ 80 % de la clientèle ayant bénéficié des services de l'équipe de liaison hospitalière ne recevait pas de services pour son problème de dépendance et que 70 % des personnes ainsi évaluées acceptent l'aide et l'orientation proposées;

Considérant que les personnes utilisant les services d'urgence hospitalière vivent une crise propice à l'initiation d'un changement et que les services de désintoxication constituent un accès privilégié à la réadaptation;

Les recommandations:

- qu'aussitôt qu'un financement est mis à sa disposition, le CRD implante, en collaboration avec son partenaire, l'équipe de liaison hospitalière spécialisée en dépendance;
- que le CRD dispose ou ait rapidement accès à des lits en milieu de réadaptation pour accueillir les personnes dépendantes et leur offrir les services qu'elles requièrent.

5. IMPLANTATION DANS TOUTES LES RÉGIONS D'UN MÉCANISME D'ACCÈS ADULTE, JEUNESSE OU MIXTE ADAPTÉ AUX CARACTÉRISTIQUES RÉGIONALES ET ACCUEILLANT TOUTES LES CLIENTÈLES

Considérant l'intention des CRD de joindre davantage la clientèle dépendante, de l'évaluer et de l'orienter rapidement et adéquatement;

Considérant que l'*Offre de service 2007-2012 Dépendances* du MSSS prévoit que les CRD offrent des services adaptés aux besoins de la clientèle et s'appuyant sur le niveau d'intensité de services ambulatoires et résidentiels prévu par l'ASAM (niveau 1, 2 et 3);

Considérant que des critères d'appariement communs de qualité sont nécessaires pour orienter les personnes dépendantes vers le bon niveau de service;

Considérant que plusieurs CRD n'ont présentement pas les ressources nécessaires pour offrir les services d'hébergement requis à certaines clientèles (principalement pour les jeunes, mais aussi pour les adultes) et qu'ils doivent recourir aux services offerts par des partenaires pour combler ce besoin;

Considérant qu'il existe plusieurs organismes communautaires ou privés, certifiés ou en voie de l'être, qui disposent de places en résidence et de services complémentaires à ceux des CRD;

Considérant qu'un mécanisme d'accès structuré devrait permettre d'assurer un meilleur continuum de services en favorisant l'implication des partenaires dans les démarches cliniques et administratives;

Les recommandations:

- que tous les CRD développent et appliquent, en collaboration avec leurs partenaires publics, privés et communautaires, des mécanismes structurés d'accès pour la clientèle adulte et pour la clientèle adolescente, mécanismes mixtes ou indépendants l'un de l'autre, pour accueillir toutes les demandes d'évaluation et d'orientation;
- que le CRD s'assure, en collaboration avec les partenaires, que les mécanismes d'accès utilisent des critères d'appariement communs de qualité répondant à des standards tels que ceux de l'ASAM et qu'ils garantissent le meilleur continuum possible de services et un passage efficace de la personne dépendante entre les niveaux de soins;

- que le CRD s'assure, en collaboration avec les partenaires, de la qualité des pratiques de ces mécanismes et que tous les services vers lesquels des personnes dépendantes sont dirigées soient certifiés et tendent à appliquer les meilleures pratiques;
- que les ententes développées pour l'implantation des mécanismes d'accès soient établies de manière à ce que la trajectoire de la clientèle s'effectue en toute connaissance des responsabilités respectives des organisations en cause.

6. L'IMPLANTATION D'ÉQUIPES D'ÉVALUATION SPÉCIALISÉE EN DÉPENDANCE OU D'INTERVENANTS DÉDIÉS À L'ÉVALUATION DANS TOUTES LES RÉGIONS DU QUÉBEC : L'UNE DES COMPOSANTES IMPORTANTES DU PRÉS

Considérant les avantages d'un PRÉS appliqué par du personnel spécialisé et dédié à ces fonctions;

Considérant que la désignation de personnel spécifique pour appliquer le PRÉS est l'une des conditions facilitant la qualité et la standardisation des processus et des activités du programme;

Considérant que le regroupement du personnel à l'intérieur d'une même équipe s'est avéré efficace dans certains centres pour diminuer le temps d'attente et augmenter le nombre d'évaluations effectuées dans certaines régions l'ayant expérimenté;

Considérant que la désignation d'intervenants responsables de l'évaluation spécialisée peut assurer une meilleure qualité et favoriser la standardisation;

Considérant toutefois qu'un tel regroupement est impossible dans certaines régions;

Les recommandations:

- que tous les CRD disposent du personnel (administratif, clinique et de soutien) pour implanter et maintenir un PRÉS répondant à l'*Offre de service 2007-2012 Dépendances* du MSSS et adapté à la réalité de chacune des régions;
- que, lorsque la densité de la population et l'effectif le permettent, ce personnel soit regroupé en équipes dédiées, centralisées ou décentralisées dans divers points de service ou plus propices à l'intervention, et ce, selon les caractéristiques régionales;
- Que, lorsque cela n'est pas indiqué, le CRD vise l'atteinte des objectifs du PRÉS par une répartition adaptée et efficiente des effectifs qui lui sont alloués.

7. ASSURANCE DE LA QUALITÉ DU PRÉS

Considérant l'importance de s'assurer que le PRÉS répond aux standards de pratique permettant de joindre et de desservir la clientèle dépendante;

Considérant que la loi exige de ces établissements qu'ils traitent toute situation mettant en péril la vie ou la sécurité;

Considérant que la littérature et la pratique rapportent qu'un trop grand délai de réponse à une demande peut engendrer des détériorations importantes, occasionner des actes nuisibles et provoquer un taux élevé d'absence aux rendez-vous et l'abandon de la démarche avant l'admission en traitement;

Considérant que les CRD utilisent des moyens communs pour colliger de l'information sur les services qu'ils offrent (SIC-SRD);

Les recommandations:

- que les CRD, en collaboration avec leurs partenaires, adoptent des pratiques visant à réduire au minimum les délais entre la demande initiale, l'accueil, l'évaluation et le début de la réadaptation;

- que les CRD s'assurent qu'entre la demande de service et la première intervention visant à amorcer le processus d'évaluation spécialisée le délai soit le plus court possible, sans dépasser 14 jours et qu'il soit de moins de 7 jours pour les clientèles ou les situations qui ont besoin d'un accès prioritaire (femmes enceintes, parents de jeunes enfants, personnes à risques suicidaires et celles à risques de sevrage);
- que les CRD visent à ce que le début du traitement survienne rapidement après la demande de service et l'évaluation spécialisée;
- que les CRD mettent en place des activités de relance, de soutien pendant l'attente, de maintien de la motivation, de préparation à la réadaptation pour la clientèle soumise à des délais;
- que les CRD et leurs partenaires appliquent des moyens pour réduire de façon importante le taux d'absentéisme aux rendez-vous et aux activités de soutien durant l'attente et l'initiation au traitement;
- que les CRD accentuent l'utilisation de moyens de gestion de la liste d'attente adaptés aux caractéristiques de la clientèle dépendante, par exemple qu'ils utilisent le temps laissé disponible par les absences et les abandons pour desservir plus rapidement d'autres personnes dans le besoin, offrir des services sans rendez-vous, noter quand les personnes sont prêtes à se présenter advenant une absence à un rendez-vous;

- que les CRD mettent en place des mécanismes de contrôle de la qualité du PRÉS. Ces mesures doivent notamment viser la facilité d'accès, la qualité de l'accueil, la qualité et l'efficacité de l'évaluation et des critères d'appariement utilisés, les délais de réponse, l'efficacité des mécanismes d'orientation vers les services requis et des communications avec les partenaires impliqués, la satisfaction de la clientèle, des partenaires et du personnel impliqué;
- que des définitions et des mesures de l'atteinte de standards d'accessibilité, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience du PRÉS soient adoptées par tous les CRD de façon à permettre la comparaison des pratiques, notamment la définition de « liste d'attente », dont le décompte devrait commencer dès la demande de service;
- que les moyens mis en place soient partagés entre les CRD et leurs partenaires pour constituer une banque de méthodes pour améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience du PRÉS.

8. FINANCEMENT À LA HAUTEUR DES OBJECTIFS DU PRÉS

Considérant que l'*Offre de service 2007-2012 Dépendances* du MSSS indique clairement les moyens à prendre et les services à développer dans chacune des régions du Québec par chaque CRD pour déployer un PRÉS et que le centre doit disposer d'un budget spécifique pour appliquer les mesures prévues;

Considérant que le développement, l'implantation et le suivi de ce programme nécessitent plusieurs efforts de démarrage, de mise en application et de maintien des services;

Considérant que les clientèles actuelles des CRD ne doivent pas être négligées à cause de l'implantation de mesures d'accès, d'accueil, d'évaluation et d'orientation joignant une clientèle plus lourde et plus nombreuse;

Les recommandations:

- que soit évalué le coût de la mise en place du PRÉS comme il est proposé dans la fiche 6 de l'*Offre de service 2007-2012 Dépendances* du MSSS, balisé selon les présentes recommandations, adapté à sa région et assurant le financement nécessaire;
- que le CRD s'assure que les ressources disponibles permettent également de desservir la clientèle dépendante moins lourde et n'ayant pas été déterminée comme clientèle prioritaire;
- que le CRD prévoie et adopte, en collaboration avec des partenaires, des pratiques innovatrices permettant l'application d'un PRÉS.

L'intervention clinique

1. RÉPONSE ADAPTÉE AUX DIFFÉRENTES CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉPENDANCE, DES PROBLÈMES QUI LUI SONT ASSOCIÉS ET DES SITUATIONS DANS LESQUELLES LES PERSONNES SE PRÉSENTENT

Considérant que l'ACRDQ décrit la dépendance comme un phénomène multidimensionnel pouvant impliquer des aspects biopsychosociaux en interaction et se présentant sous différents modèles (ponctuels, aigus ou chroniques) et à différents degrés de gravité;

Considérant que les problèmes présentés par les personnes dépendantes peuvent nécessiter des services d'urgence et d'intensités différentes et demander la prise en charge ou la collaboration de différentes ressources ;

Considérant que ces besoins peuvent évoluer rapidement ;

Considérant l'importance de faciliter le processus menant à la réadaptation ;

Considérant l'importance d'un bon appariement des besoins et des services ;

Les recommandations:

- que le processus, l'organisation, les approches et les outils du PRÉS tiennent compte des dimensions biologiques, psychologiques et sociales pour favoriser l'accès, l'accueil, l'évaluation et l'orientation des usagers ;
- qu'au processus d'accès, d'accueil, d'évaluation et d'orientation de la clientèle s'ajoutent le plus rapidement possible des activités de soutien à l'attente et de préparation efficace vers les services les plus adéquats à la situation de la personne dépendante ;

- que le processus, l'organisation, les approches et les outils du PRÉS soient adaptés au besoin actuel de la personne, tenant compte de l'histoire de son problème, de l'histoire des services reçus et de l'évolution de sa situation (chronicité, urgence, importance...) de manière à offrir une orientation rapide répondant à ses besoins réels.

2. ACCÈS ET ACCUEIL SIMPLE, RAPIDE, SOUTENANT, MOTIVANT ET EFFICACE

Considérant les caractéristiques de la population dépendante et ses difficultés à recourir à de l'aide professionnelle ainsi qu'à maintenir sa motivation à poursuivre le traitement ;

Considérant l'ambivalence habituelle des personnes dépendantes à modifier leurs habitudes de vie et de consommation et à demander l'aide des services de réadaptation pour le faire ;

Les recommandations:

- que dès la demande d'aide le client présentant un problème urgent soit orienté vers une ressource disponible pour sa prise en charge ou vers une évaluation spécialisée en dépendance répondant à sa situation ;
- que le protocole de réponse à la demande d'aide soit simple et rassurant ;

- que le protocole prévoit colliger les renseignements nécessaires et pertinents afin que les données relatives à l'âge, à la région, aux risques liés à l'intoxication, au sevrage, au risque suicidaire, au problème de santé physique ou mentale, aux conditions environnementales (logement, nourriture, soutien, implication de l'entourage) puissent être considérées efficacement ;

- que toutes les fois où cela est possible, la demande d'aide et son analyse se fassent dans la même intervention ou dans des interventions très rapprochées dans le temps et que cette analyse permette de déterminer rapidement l'offre de service la plus adaptée à la demande actuelle de chaque personne et de l'orienter rapidement ;
- que l'accueil des personnes dépendantes s'effectue le plus tôt possible après la demande de service, de façon courtoise, chaleureuse, simple et empathique dès le premier contact en personne ou par téléphone.

3. PROCESSUS D'ÉVALUATION SPÉCIALISÉE CHALEUREUX, EFFICACE ET OFFRANT UN ACCOMPAGNEMENT SOUTENU

Considérant le fort taux d'absentéisme et d'abandon rapporté dans la littérature et dans la pratique avec cette clientèle, et ce, à toutes les étapes du processus d'évaluation;

Considérant les détériorations constatées chez des personnes en attente de services;

Considérant qu'une préparation adéquate à la réadaptation, notamment par la réponse à des besoins ponctuels ou par des interventions motivationnelles, peut améliorer l'implication dans la démarche de réadaptation;

Considérant l'impact positif de l'implication d'une personne de l'entourage tôt dans la démarche de changement, particulièrement dans le cas des adolescents;

Considérant l'importance d'une alliance efficace entre le client et l'intervenant dès les premiers contacts;

Les recommandations:

- qu'une perspective motivationnelle, adaptée à la demande et à la situation actuelle de la personne dépendante soit adoptée le plus tôt possible dans le PRÉS;
- que les méthodes, les contenus et les instruments proposés pendant tout le processus soient simples et accessibles à la clientèle et le moins redondants possible pendant le processus;
- qu'un membre de l'entourage soit associé à la démarche afin de soutenir, de participer et de contribuer au processus de changement, particulièrement dans le cas des adolescents;
- qu'un intervenant désigné accompagne l'utilisateur tout au long du processus d'évaluation spécialisée et que le moins d'intervenants possible alternent pendant cette étape menant au traitement;
- qu'à toutes les étapes où des délais d'attente risquent de décourager l'engagement d'une personne dépendante à s'inscrire dans une démarche de réadaptation, des activités de soutien soient offertes pour favoriser le maintien de la motivation, amorcer le traitement, permettre de mieux gérer les problèmes qui pourraient nuire à son implication et impliquer l'entourage à sa démarche;

- que les CRD utilisent des protocoles appuyés sur des pratiques probantes ou prometteuses pour soutenir les personnes en attente d'évaluation ou de réadaptation. Ces protocoles pourraient être développés et diffusés par l'ACRDQ;
- qu'en cas d'une période d'attente importante un plan d'accompagnement visant le maintien de la personne dépendante dans sa démarche et sa préparation à son insertion en réadaptation soit élaboré avec celle-ci.

4. UNE ÉVALUATION SPÉCIALISÉE ET UNE ORIENTATION ADAPTÉES AUX BESOINS, AUX CAPACITÉS ET AUX SITUATIONS DES PERSONNES DÉPENDANTES

Considérant que les besoins des personnes dépendantes doivent être évalués à l'aide d'outils spécialisés mesurant le niveau d'intensité de services requis pour répondre aux besoins multidimensionnels et à la situation spécifique de chacune d'elles;

Considérant que les CRD ont récemment décidé d'utiliser le GAIN pour effectuer l'évaluation spécialisée en dépendance des adultes et des adolescents;

Considérant que l'Offre de service 2007-2012 Dépendances du MSSS suggère que les niveaux d'intensité de services offerts par les CRD soient basés sur ceux proposés par l'ASAM ;

Considérant que l'ASAM propose des critères d'appariement propres aux adolescents et aux adultes basés sur une évaluation multidimensionnelle de la situation des personnes dépendantes et sur les niveaux d'intensité de services à leur offrir ;

Considérant que les programmes de réadaptation des CRD devraient refléter les différents niveaux d'intensité de services de l'ASAM et que les services des partenaires peuvent aussi être définis en termes d'intensité de services pour les différents besoins des personnes dépendantes ;

Considérant qu'une réflexion clinique menant à l'orientation devrait tenir compte de l'histoire des problèmes et de l'histoire des traitements de chaque personne dépendante ;

Les recommandations:

- qu'une évaluation spécialisée complète de la situation et des besoins soit effectuée rapidement après la demande de service à l'aide d'instruments fiables et valides, de la façon la plus conviviale possible et dans le moins de temps possible ;

- que, dans les cas où il n'est pas possible, souhaitable ou nécessaire de mener rapidement une évaluation spécialisée complète, soit menée le plus tôt possible une investigation adaptée à la situation du client, permettant une réponse adaptée à ses besoins urgents ou graves ou à sa situation ;
- qu'une investigation soit effectuée à l'aide d'instruments fiables, courts et simples à administrer pour toute clientèle déjà connue et évaluée ou à risque de décrocher rapidement du traitement ;
- que l'orientation vers le niveau requis de service s'appuie sur les recommandations et les critères de l'ASAM.

La formation et la supervision continues

Considérant l'importance que les intervenants du PRÉS possèdent les compétences requises pour bien recevoir, accompagner, évaluer et orienter les personnes dépendantes ;

Considérant que les intervenants du PRÉS doivent aussi posséder des compétences garantissant des collaborations efficaces avec des collègues et des partenaires ;

Les recommandations:

- que le programme de formation du personnel des CRD vise l'acquisition et le maintien de compétences nécessaires dans les domaines spécifiques de l'accueil, de la réponse aux situations urgentes, de l'évaluation, de l'orientation, mais aussi de l'attente et de la préparation des personnes dépendantes ;
- que soit inclus, dans le cursus de base de la formation des cliniciens, l'étude des phénomènes liés aux substances psychoactives et à la dépendance, des troubles concomitants, des protocoles d'évaluation, de l'analyse clinique pour orientation, des approches motivationnelles, des interventions de crise, de l'évaluation du risque suicidaire, de l'intervention de groupe, de l'implication de l'entourage ainsi que du traitement de la dépendance aux opioïdes ;
- que les CRD assurent une formation et une supervision clinique continues de leur personnel.

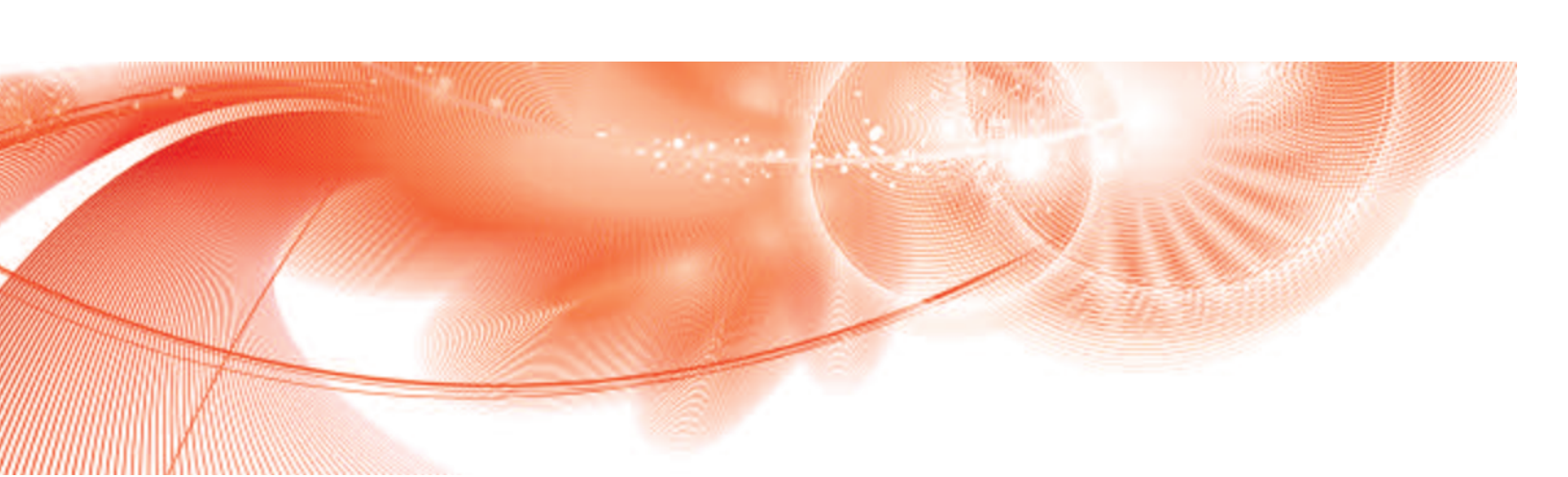
La recherche

Considérant l'importance accordée par les CRD à l'ajustement de leurs pratiques, à la satisfaction de leurs partenaires et des personnes qui recourent à leurs services ;

Considérant que le PRÉS comporte plusieurs nouvelles pratiques ;

Les recommandations:

- que les CRD et leurs partenaires s'assurent de l'évaluation continue des processus, des activités et des outils du PRÉS ;
- que l'Institut universitaire en dépendance soit impliqué pour proposer aux CRD des pratiques de pointe visant l'amélioration des processus, des activités et des outils d'évaluation spécialisée en dépendance et les résultats de leur application ;
- que les CRD intègrent dans leur établissement des activités de recherche permettant de fournir à leur personnel une rétroaction sur l'efficacité des activités du PRÉS incluant le point de vue des personnes dépendantes ;
- que les CRD collaborent activement avec les groupes de recherche à l'enrichissement des connaissances, à l'évaluation des pratiques et des instruments afin d'améliorer le PRÉS.



PARTIE 6

CONCLUSION

Les difficultés d'accès aux services spécialisés d'évaluation et les problèmes de persistance dans la démarche jusqu'aux services de réadaptation, exigent des intervenants et des CRD des pratiques propres à cette clientèle. Le processus, les outils d'accueil, d'évaluation et d'orientation doivent donc convenir aux diverses situations que présentent les personnes dépendantes. Accueil rapide, simple, chaleureux, efficace, engagement rapide, soutien en cas d'attente, implication précoce de l'entourage constituent des éléments clés pour aider à surmonter les premières barrières à la réadaptation.

Le PRÉS s'organise autour de cette trame : il tente de mieux joindre la clientèle là où elle se trouve, d'offrir un accueil, une évaluation et une orientation rapides et appuyés sur des outils d'évaluation fiables et valides ainsi que des activités d'attente reconnues efficaces. Qu'ils offrent ou non une équipe d'évaluation spécialisée, centralisée ou non, les centres garantissent que des intervenants qualifiés sont en mesure d'effectuer une évaluation standardisée de qualité de la personne dépendante et de son entourage. Ils réévaluent fréquemment la personne de manière à lui offrir un service adapté à l'évolution de sa situation et l'accompagnent vers la prochaine étape ou ressource pertinente.

Aucun CRD ne peut répondre seul à ces défis. Il doit s'arrimer, le plus formellement possible, avec des ressources favorisant l'implication de la personne dépendante dans une démarche complète et

efficace. La dépendance interférant aussi avec les autres problématiques de la clientèle, ces autres ressources ne peuvent pas assurer seules un service efficace à des personnes en besoin de services spécialisés en dépendance.

Les CRD se soucient depuis bien longtemps de ces enjeux et ont développé plusieurs tactiques pour y répondre. Les résultats demeurent encore peu documentés, et il importe maintenant de développer des mesures et des indicateurs permettant de mieux connaître la situation et la portée de ce qui est appliqué actuellement ou de ce qui le sera pour mieux répondre aux défis de l'accès, de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation de la clientèle dépendante. C'est avec enthousiasme que l'ACRDQ et ses membres saisissent l'occasion de ce nouveau soutien que procure le Programme régional d'évaluation spécialisée en dépendance (PRÉS).

RÉFÉRENCES

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1998). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. DSM-IV-TR, 4^e éd., Washington (D.C.).
- AMERICAN SOCIETY IN ADDICTION MEDICINE (2001). *Patient Placement Criteria*. 2nd. rev. ed. Preface: CHASE, C. M.D. (ASAM).
- AMERICAN SOCIETY IN ADDICTION MEDICINE (2005). *What ASAM does*. <http://www.asam.org/about.html>.
- ANDERSEN, R. M. (1995). « Revisiting the behavioral model and access at medical care: does it matter? ». *Journal of Health and Social Behavior*, Mar; 36 (1): 10, Department of Health Services, School of Public Health, UCLA 90024-1772, USA.
- ANDERSON, P., LAURANT, M., KANER, E., WENSING, M., et GROL, R. (2003). « Engaging General Practitioners in the Management of Hazardous and Harmful Alcohol Consumption: Results of a Meta-Analysis ». *Journal of Studies on Alcohol*, 64, p. 191-199.
- BARDSLEY, P. E., BECKMAN, L. J. (1988). « The Health Belief Model and Entry into Alcoholism Treatment ». *International Journal of the Addictions*, vol. 23, n° 1, p. 19-28, dans SANTÉ CANADA, *Meilleures pratiques - Alcoolisme et toxicomanie : traitement et réadaptation*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/bp-mp-abuse-abus/index-fra.php>.
- BEAUMONT, C. et al. (2010). *Grille d'appariement jeunesse en dépendance : processus et outils*, Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ).
- BEAUMONT, C., CHARBONNEAU, R., CUILLE-RIER, G. (2008). *Pour une intervention efficace en matière de troubles concomitants de santé mentale et de dépendance*, ententes de partenariat, formation et dépistage, Comité permanent sur les troubles concomitants de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ).
- BEAUMONT, C., CHARBONNEAU, R., DELISLE, J., LANDRY, A., MÉNARD, J.-M., PAQUETTE, D. et al. (2005). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux. Pour une intervention efficace des centres de réadaptation et de leurs partenaires*, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT).
- BERTRAND, K., BEAUMONT, C., DURAND, G., MASSICOTTE, L. (2006). *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes : pratiques gagnantes et offre de services de base*, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT).
- BLANCHETTE-MARTIN, N., TREMBLAY, J., GARCEAU, P. (2009). Résultats des trois premières années d'implantation du Programme régional d'évaluation spécialisée du Centre de réadaptation Ubal-Villeneuve (20 juillet 2005 au 31 mars 2008), Service de recherche CRUV/CRAT-CA.
- BOOTH, R. E., CORSI, K. F., MIKULIICH, S. K. (2003). « Improving Entry to Methadone Maintenance Among Out-of-Treatment Injection Drug Users », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, p. 305-311.
- BROCHU, S., LANDRY, M. (2010) *Les tribunaux spécialisés dans le traitement de la toxicomanie au Québec*, volume 18, numéro 1, pages 1 à 3.
- CARR, C. J. A., XU, J., REDKO, C., LANE, D. T. et RAPP, R. C. (2008). « Individual and system influences on waiting time for substance abuse treatment », *Journal of Substance Abuse Treatment*, p. 34, p. 192-201.
- CARROLL, K. M., BALL, S. A., NICH, C., MARTINO, S., FRANKFORDER, T. L. et al. (2006). « Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment of substance abuse: A multisite effectiveness study », *Drug and Alcohol Dependence*, 81, p. 301-312.
- CENTRE DOLLARD-CORMIER (2006). « Trajectoire de services et mécanisme d'accès en toxicomanie pour les jeunes âgés de moins de 18 ans de la région de Montréal », disponible à l'URL : http://www.centredollardcormier.qc.ca/cdc/pub/Mecanisme_06_fr.pdf.
- CENTRE DOLLARD-CORMIER (2004). « Le programme JESSIE », *Nouvelles du Centre Dollard-Cormier*, vol. 4, n° 3.
- CHASE, C. M. D. *Patient Placement Criteria for the treatment of substance-related disorders*, 2nd rev. ed., ASAM PPC-2R.
- CUILLERIER, G., DUFOUR, L., GASCON, É., « L'entourage, partenaire incontournable pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes dépendantes », disponible à l'URL http://www.rondpoint2010.acrdq.qc.ca/presentation/D4_Cuillierier_Dufour_Gascon.pdf.
- CUILLERIER, G., FORGET, D. (2002). *Agir en attendant : profil des personnes en attente de services au Centre André-Boudreau : rapport de recherche*, Saint-Jérôme.
- CUNNINGHAM, J. A. (2000). « Remissions From Drug Dependence: Is Treatment a Prerequisite? », *Drug and Alcohol Dependence*, 59, p. 211-213.
- DEMBO, R., WALTERS, W. et MEYERS, K. (2005). « A Practice/Research Collaborative: An Innovative to Identifying and Responding to Psychosocial Functioning Problems and Recidivism Risk among Juvenile Arrestees », *Journal of Offender Rehabilitation*, 41, p. 39-66.
- DENNIS, M. L., WHITE, M. K., TITUS, J. C. et UNSICKER, J. I. (2006). *Global Appraisal of Individual Needs (GAIN), Administration guide for the GAIN and related measures (version 5)*.

- DESROSIER, P. (2008). *Les services de désintoxication dans les CRD - meilleures pratiques et offre de services de base dans un contexte de réseau intégré de services*, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT).
- DESROSIER, P. et JACQUES, C. (2009). *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance - Guide de bonnes pratiques et offre de services de base*, Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ).
- DESROSIER, P., MÉNARD, J.-M., TREMBLAY, J., BERTRAND, K., LANDRY, M. (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance - Guide de pratique et offre de services de base*, Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ).
- DIMEFF, L. A. et LINEHAN, M. M. (2008). « Dialectical Behaviour Therapy for Substance Abusers », *Addiction Science & Clinical Practice*, 4, p. 39-47.
- DONOVAN, D. M., ROSENGREN, D. B., DOWNEY, L., COX, G. B. et SLOAN, K. L. (2001). « Attrition Prevention with Individuals Awaiting Publicly Funded Drug Treatment », *Addiction*, p. 96.
- DUGUAY, L., OLIVIER, M.-B. (2009). Programme régional d'évaluation spécialisée en dépendance de la Capitale-Nationale, Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve.
- FESTINGER, D. S., LAMB, R. J., MARLOWE, D. B. et KIRBY, K. C. (2002). « From Telephone to Office: Intake Attendance as a Function of Appointment Delay », *Addictive Behaviors*, 27, p. 131-137.
- FORD, J. H., GREEN, C. A., HOFFMAN, K. A., WISDOM, J. P., RILEY, K. J., BERGMANN, L. et al. (2007). « Process Improvement Needs in Substance Abuse Treatment: Admissions Walk-through Results », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, p. 379-389.
- GARITI, P., ALTERMAN, A. I., HOLUB-BEYER, E., VOLPICELLI, J. R., PRENTICE, N. et O'BRIEN, C. P. (1995). « Effects of an appointment reminder call on patient show rates », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12, p. 207-212.
- GERMAIN, M., GUYON, L., LANDRY, M., TREMBLAY, J., BRUNELLE, N., BERGERON, J. (2007). *La grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO)*, Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ).
- GRUPE DE TRAVAIL SUR LA STRATÉGIE NATIONALE SUR LE TRAITEMENT (2008). « Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement », *Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada*, Ottawa, p. 13.
- GUYDISH, J., WOODS, W. J., DAVIS, T., BOSTROM, A. et FRAZIER, Y. (2001). « Does centralized intake improve drug abuse treatment outcomes? », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, p. 265-273.
- HSE, Y.-I., MAGLIONE, M., POLINSKY, M. L. et ANGLIN, D. M. (1998). « Predicting Drug Treatment Entry Among Treatment-seeking Individuals », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, p. 213-220.
- KENNEDY, S. L. PHANEUF, A. et PICARD, M. E. (2010). « Mieux venir en aide aux personnes vivant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance », projet de partenariat entre le CRD Le Virage et le CSSS Pierre-Boucher présenté à ROND-POINT 2010, 13 mai, http://www.rondpoint2010.acrdq.qc.ca/presentation/A2_C3_Kennedy_Phaneuf_Picard.pdf.
- KLEIMANN, B. P., MILLERY M., SCIMENA, M., POLISSAR, N. L. (2002). « Predicting Long-term Treatment Utilization Among Addicts Entering Detoxification: The Contribution of Help-seeking Models », *Journal of Drug Issues*, 32, p. 209-230.
- KRAFT, M. K. et DICKINSON, J. E. (1997). « Partnerships for Improved Service Delivery: The Newark Target Cities Project », *Health & Social Work*, 22, p. 143-148.
- LANDRY, M., BERGERON, J., PROVOST, G., GERMAIN, M., GUYON, L., DESJARDINS, L. (2000). *Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) pour les adolescents et adolescentes : Étude des qualités psychométriques*, Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ).
- LEBOW, J., KELLY, J., KNOBLOCH-FEDDERS, L. M. et MOOS, R. (2006). « Relationship Factors in Treating Substance Use Disorders », dans CASTONGUAY, L.-G. et BEUTLER, L. E., Eds., *Principles of Therapeutic Change that Work*, London, Oxford University Press, p. 293-317.
- MASSICOTTE, L. (2007). *Indicateurs des ententes de gestion relativement au programme dépendance*, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT).
- MCCONNELL, K. J., HOFFMAN, K. A., QUANBECK, A. et MCCARTY, D. (2009). « Management Practices in Substance Abuse Treatment Programs », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, p. 79-89.
- MCLELLAN, A. T., MCKAY, J. R., FORMAN, R., CACCIOLA, J. et KEMP, J. (2005). « Reconsidering the Evaluation of Addiction Treatment: From Retrospective Follow-up to Concurrent Recovery Monitoring », *Addiction*, 100, p. 447-458.
- MEE-LEE, D., M.D. (2009). « Understanding and Using the Co-Occurring Disorders Criteria », 2nd rev. ed, *ASAM Patient Placement Criteria* (ASAM PPC-2R), http://www.attendicadd.com/2009/speakers/david_meelee_webpost/mee-lee_bs7c1_part%20A-B.pdf, May 21, ICADD.
- MEE-LEE, D., M.D. (2008). « Understanding, Using, and Implementing the Adolescent ASAM », *The Adolescent ASAM Patient Placement Criteria*, PPC-2R.
- MEE-LEE, D., M.D., SHULMAN, G. D., FISHAM, M., GASTFRIEND, D. R., GRIFFITH, J. H., eds. (2001). *Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders*, 2nd rev. ed. (ASAM PPC-2R). CHASE, C., M.D.: American Society of Addiction Medicine.

- MEE-LEE, D., M.D., MCLELLAN, A. T. et MILLER, S. D. (2010). « What Works in Substance Abuse and Dependence Treatment », dans DUNCAN, B. L., MILLER, S. D., WARMPOLD, B. E. et HUBBLE, M. A. (Eds.), *The Heart and Soul of Change, Delivering What Works in Therapy*, 2nd ed., p. 393-417, Washington, DC, American Psychological Association.
- MÉNARD, J.-M., (2009), *Utilisation des NID-ÉP et NID-ÉM à Domrémy MCQ et identification du niveau de soins requis*, Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec, 5 février, présentation à la Table des responsables cliniques, Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ).
- MÉNARD, J.-M., L'ESPÉRANCE, N. (2009). Programme d'évaluation du besoin d'hébergement (P.E.B.H.) dans le cadre du projet pilote Frais de séjour en vue d'une cure de désintoxication du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, rapport d'évaluation, Centre de réadaptation en dépendance Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec.
- MEYERS, R. J., MILLER, W. R., HILL, D. E. et TONIGAN, T. S. (1999). « Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): Engaging Unmotivated Drug Users in Treatment ». *Journal of Substance Abuse*, p. 291-308.
- MEYERS, R. J., MILLER, W. R., SMITH, J. E. et TONIGAN, J. S. (2002). « A Randomized Trial of Two Methods for Engaging Treatment-refusing Drug Users Through Concerned Significant Others », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, p. 1182-1185.
- MILLER, P. G. et MILLER, W. R. (2009). « What should we be aiming for in the treatment of addiction? », *Addiction*, 104, p. 685-686.
- MILLER, W. R., MEYERS, R. J. et TONIGAN, J. S. (1999). « Engaging the Unmotivated in Treatment for Alcohol Problems: A Comparison of Three Strategies », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, p. 688-697.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Programme-services Dépendances : Offre de service 2007-2012, Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Document de travail – Exercice d'intégration – Planification stratégique 2010-2015*. Octobre, p. 11, orientation 1, enjeu 4.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*. Sur Internet : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/8409aa194a47b7c385257020006bce71.pdf>, consulté le 15 mai 2010.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE, CENTRE DE RÉADAPTATION UBALD-VILLENEUVE (2008). *Le Guide d'implantation : équipe de liaison spécialisée en dépendance à l'urgence*.
- NIATx est un réseau qui fait partie du Center for Health Enhancement System Studies at the University of Wisconsin-Madison – Informations trouvées à l'URL : <http://www.niatx.net/Content/ContentPage.aspx?PNID=6&NID=141> consulté le 12 juillet 2010; <http://www.niatx.net/Content/ContentPage.aspx?PNID=2&NID=19>, consulté le 4 mars 2010; <https://www.niatx.net/Content/ContentPage.aspx?NID=9> consulté le 24 février; <http://www.niatx.net/Content/ContentPage.aspx?NID=5>, consulté le 20 février 2010.
- NIATx Path to recovery/STAR, 2003-2006, University of Wisconsin-Madison. Informations trouvées à l'URL : <http://www.niatx.net/Content/ContentPage.aspx?PNID=1&NID=10>.
- RAPP, R. C., XU, J., CARR, C.A., LANE, D.T., WANG, J., et CARLSON, R., (2006). « Treatment Barriers Identified by Substance Abusers Assessed at a Centralized Intake Unit », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30 (3), p. 227-235.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC (2001). *Programme accès jeunesse en toxicomanie (PAJT)*.
- ROCHE, A. M. et FREEMAN, T. (2004). « Brief Interventions: Good in Theory but Weak in Practice », *Drug and Alcohol Review*, 23, p. 11-18.
- RUSH, B. (1990). « A Systems Approach to Estimating the Required Capacity of Alcohol Treatment Services », *British Journal of Addiction*, vol. 85, p. 49-59.
- RUSH, B., (2004). *Les troubles concomitants : leur prévalence, leurs répercussions et l'importance du dépistage*, présentation dans le cadre du Symposium estival national sur les toxicomanies, les troubles concomitants, les meilleures pratiques et leur mise en œuvre.
- SANTÉ CANADA (2002). *Meilleures pratiques - Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, disponible en ligne à : http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/treat_senior-trait_ainee/index-fra.php.
- SCOTT, C. K. et DENNIS, M. L. (2009). « Results From Two Randomized Clinical Trials Evaluating the Impact of Quarterly Recovery Management Checkups with Adult Chronic Substance Users », *Addiction*, 104, p. 959-971.
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). Url: <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/tips/index.htm>. Veuillez également consulter: Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders – Tip 42, disponible au : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hssamhsatip&part=A74073>; Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment – Tip 27, disponible au <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hssamhsatip&part=A49769>.
- TREMBLAY, J., BLANCHETTE-MARTIN, N. (2009). *Manuel d'utilisation du DÉBA-Alcool/Drogues/Jeu Dépistage et évaluation du besoin d'aide – Alcool/Drogues Détection du besoin d'aide/Jeu, version 1.08*, Service de recherche CRUV/ALTO.
- TREMBLAY, J., TOURIGNY, M., GINGRAS, Y. et DUMONT, J. (2007). *Proposition de requis de service pour la Capitale-Nationale 2007-2015 - Pour vivre autrement sa vie*, Centre Ubalde-Villeneuve.
- VAUGHAN-SARRAZIN, M. S., HALL, J. A. et RICK, G. S. (2000). « Impact of case management on use of health services by rural clients in substance abuse treatment », *Journal of Drug Issues*, 30, 435-463.
- VERMETTE G., LECOMTE, F., LANDRY, M., ROY, M. (2008). *Requis de services spécialisés en dépendance pour la clientèle de la région de Montréal, 2008/2012*, centres spécialisés en dépendance, Centre Dollard-Cormier – IUD.
- WEISNER, C. et MATZGER, H. (2003). « Missed Opportunities in Addressing Drinking Behavior in Medical and Mental Health Services », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, p. 1132-41.

