

ORIENTATIONS RÉGIONALES EN TOXICOMANIE

2005-2010

Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux Lanaudière

adoptées par les membres de la Table d'arrimage Dépendances
le 29 juin 2005

Production:

Direction des opérations réseaux

Recherche et rédaction:

Guy Vermette, Services de consultation Marijan

Édition:

Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux Lanaudière,
2005

Reproduction autorisée à des fins non commerciales
avec mention doit être fidèle au texte original

Dépôt légal

ISBN _____
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
troisième trimestre 2005

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	iii
INTRODUCTION	1
SECTION 1 VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS	3
SECTION 2 DÉFINITION DES CONCEPTS GÉNÉRAUX	7
SECTION 3 BREF ÉTAT DE L'ÉVOLUTION DE LA SITUATION	9
SECTION 4 ORIENTATIONS : RÉDUCTION DES MÉFAITS	13
Définition du concept	15
Orientations globales en réduction des méfaits	16
Champ de pratiques de la réduction des méfaits	17
Cadre opérationnel de la réduction des méfaits	19
SECTION 5 ORIENTATIONS : PRÉVENTION DES TOXICOMANIES	21
Définition des concepts	23
Populations ciblées	25
Principes directeurs	25
Champ de pratiques de la prévention des toxicomanies	26
Rôles et responsabilités	28
Activités de soutien	30
SECTION 6 ORIENTATIONS : DÉPISTAGE ET INTERVENTION PRÉCOCE	35
Définition des concepts	37
Application de la stratégie de dépistage	37
Choix des outils de dépistage	39
Champ de pratiques de l'intervention précoce	39
Rôles et responsabilités	40
Activités de soutien	42
SECTION 7 ORIENTATIONS : TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE.....	47
Définition des concepts	49
Clientèles ciblées	49
Champ de pratiques du traitement de la dépendance	51
Outils d'évaluation	53
Rôles et responsabilités	53
SECTION 8 ORIENTATIONS : TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AVEC LA MÉTHADONE	57
Définition des concepts	59
Clientèle ciblée	60
Champ de pratiques du traitement à la méthadone	61

Outils d'évaluation	62
Rôles et responsabilités	62
Activités de soutien	63
SECTION 9 ORIENTATIONS : RÉINSERTION SOCIALE	67
Définition des concepts	69
Clientèles ciblées	69
Champ de pratiques de la réinsertion sociale	70
Outils d'évaluation	73
Rôles et responsabilités	73
SECTION 10 ORIENTATIONS : PRÉVENTION ET GESTION DE LA RECHUTE	77
Définition des concepts	79
Clientèles ciblées	79
Champ de pratique de la prévention et de la gestion de la rechute	79
Outils d'évaluation	81
Rôles et responsabilités	81
SECTION 11 MÉCANISMES D'ENCADREMENT ET DE SUIVI DES ORIENTATIONS	85
REFERENCES	93

REMERCIEMENTS

L'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière (ADRLSSS Lanaudière) tient à remercier sincèrement les membres du comité d'actualisation du PROS en toxicomanie (CAP) pour leur engagement soutenu à la réalisation des travaux de mise à jour des orientations régionales en toxicomanie.

Lynda Allard	Le Réseau communautaire
Diane Arsenault	Centre le Tremplin
Pierre Bélanger	CLSC-CHSLD Montcalm
Estelle Boisvert	Commission scolaire des Samares
Chantale Dénommée	Le CLIP
Sylvie Gagnon	Centre le Tremplin
Christiane Lachaine	Commission scolaire des Affluents
Josée Lavallée	Maison de thérapie L'Entre-Temps
Micheline Lefebvre-Desjardins	CLSC Lamater
Manon Massé	Uniatox des Moulins
Véronique Michel	Uniatox des Moulins
Yvan Vachon	Centre Nouvelle-Vie
Manon Valois	Centres Jeunesse de Lanaudière

L'Agence tient également à remercier monsieur Guy Vermette des Services de consultation Marijan pour avoir assumé l'animation des rencontres du CAP tout au long des travaux ainsi que la production d'avis et de propositions d'orientation dans cette démarche de planification.

Nous tenons aussi à remercier les membres du Comité régional de coordination en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies pour avoir mené efficacement les travaux conduisant à l'élaboration d'orientations en prévention des toxicomanies. Il s'agit de :

Lynda Allard	Le Réseau communautaire
Estelle Boisvert	Commission scolaire des Samares
Manon Massé	Uniatox des Moulins
Véronique Michel	Uniatox des Moulins
Renée Lafrenière	CLSC-CHSLD Meilleur
Chantale Dénommée	Le CLIP

Finalement, nous remercions le personnel de la Régie régionale, maintenant l'ADRSSS, qui a été impliqué à l'une ou à l'ensemble des étapes de la mise à jour des orientations régionales en toxicomanie. Il s'agit des personnes suivantes :

Marcelle Chartrand	Directrice adjointe, Direction des opérations réseaux
François Falardeau	Directeur adjoint, Direction des opérations réseaux
André Guillemette	Agent de recherche sociosanitaire, Direction de santé publique et d'évaluation
Louise Lemire	Agente de recherche sociosanitaire, Direction de santé publique et d'évaluation
Ginette Martel	Agente de planification/programmation, Direction des opérations réseaux
Lysane Ouimet	Agent de planification/programmation, Direction des opérations réseaux
Robert Peterson	Agent de planification/programmation, prévention des toxicomanies, Direction de santé publique et d'évaluation

Note : La forme masculine utilisée dans ce texte désigne autant les femmes que les hommes et n'est utilisée que pour en alléger la présentation

INTRODUCTION

En 1995, les partenaires impliqués à l'ensemble du continuum de services en toxicomanie dans la région de Lanaudière se sont donnés un Plan régional d'organisation de services (PROS). Ce dernier s'est avéré l'outil privilégié par lequel les rapports de collaboration ont été nourris. La concertation s'est déployée sur le plan local et des budgets de développement ont été attribués, particulièrement en prévention des toxicomanies.

La région de Lanaudière a ainsi déployé un mode d'organisation de services et surtout une capacité de travailler en concertation qui se sont avérés des plus souhaitables pour le mieux-être des personnes ayant bénéficié des différents services à l'ensemble du continuum.

Forts de la dynamique proactive des partenaires de la région, nous avons jugé opportun de procéder à la mise à jour des orientations régionales en toxicomanie conscients de l'importance de maintenir les acquis et de travailler à poursuivre l'amélioration de la qualité ainsi que le développement des services.

Cette révision s'est exercée dans un contexte de grande transformation du réseau de la santé et des services sociaux. Cette dernière a donné lieu à un repositionnement important sur les plans de l'organisation des services de première ligne et des corridors de services à déployer avec les services de deuxième ligne. La transformation du réseau a conduit à la fusion d'établissements, l'élaboration de projets cliniques pour chacun des deux nouveaux établissements (Centre de santé et des services sociaux Nord — CSSSN et Centre de santé et des services sociaux Sud — CSSSS) et leurs constituantes, ainsi que la mise en place de nouvelles structures participatives, telle que les tables d'arrimage, et de mécanismes d'accès aux services pour les différentes clientèles. De plus, le MSSS a procédé à la révision du cadre normatif relatif à la certification des centres privés en toxicomanie.

Cette mise à jour des orientations en toxicomanie tient compte de l'évolution de l'état de situation régional en matière de facteurs de risque et de consommation de substances psychotropes, des grandes orientations nationales et régionales ainsi que des positions des différents partenaires au regard de leur mission respectives ainsi que de leurs rôles et de leurs responsabilités dans ce réseau en transformation.

C'est donc dans ce contexte en transformation que les présentes orientations régionales en toxicomanie ont été produites. Elles portent sur les champs de pratiques suivants :

- Réduction des méfaits
- Prévention
- Dépistage et Intervention précoce
- Traitement de la dépendance
- Traitement de substitution avec la méthadone
- Réinsertion sociale
- Prévention de la rechute

Ainsi, chacun des champs de pratiques est présenté successivement et de manière distincte de façon à ce que le lecteur puisse retrouver toutes les composantes qui lui sont associées, incluant ses annexes.

Le présent document se veut un outil de planification régionale au regard de l'ensemble du continuum de services en toxicomanie. Il oriente et structure la poursuite de l'engagement des partenaires dans cette mobilisation collective d'organisation et de prestation de services.

Par ailleurs, les partenaires impliqués dans les présentes orientations sont responsables de déployer les énergies et les compétences ainsi que d'organiser leurs services pour respecter les composantes de ces orientations et pour en faciliter l'actualisation dans les limites de la disponibilité de leurs ressources.

L'application de ces orientations favorisera le développement d'une plus grande visibilité des services pour mieux se faire connaître par la population ainsi qu'une meilleure compréhension mutuelle et une cohésion encore plus grande entre les partenaires. Cette mobilisation des partenaires poursuivra les efforts consentis, à ce jour, pour assurer une plus grande accessibilité et une meilleure continuité des services. Cela exige une clarification des rôles mais aussi une communication d'informations efficace entre les partenaires.

Finalement, il est attendu que la mise à profit des expertises développées par les partenaires ainsi que le déploiement d'une concertation dynamique pourront contribuer à prévenir et à diminuer les problèmes relatifs à l'usage de substances psychotropes dans la région de Lanaudière au cours des cinq prochaines années.

SECTION 1 VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS

La présente section consiste à réaffirmer les valeurs et les principes directeurs qui ont guidé la mise à jour des Orientations régionales du Plan régional d'organisation de services en toxicomanie (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 1995). Elle identifie également les objectifs généraux et spécifiques qui seront à satisfaire durant la période 2005-2010.

VALEURS

Les valeurs servent de balises pour inspirer et entretenir des attitudes constructives chez et entre les partenaires ainsi qu'à guider toute intervention visant à répondre aux orientations qui ont été décidées. Ces valeurs sont celles identifiées initialement dans le Plan régional d'organisation de services en toxicomanie. Elles se sont avérées des plus pertinentes dans le développement des rapports de collaboration au cours des dernières années. Ces valeurs sont les suivantes :

Confiance

La confiance en soi et la confiance en l'autre comme moteur à l'utilisation du potentiel de chacun. Cette confiance s'acquiert progressivement, demeure fragile et demande à être entretenue. Les relations thérapeutique et éducative reposent sur l'établissement et le maintien de la relation de confiance. Il devrait en être tout autant des relations de travail et des rapports de collaboration entre les différentes ressources.

Appartenance

Avoir le sentiment de faire partie d'un tout, d'avoir sa place, de sentir que cette place fait une différence et d'apporter une contribution, si petite soit-elle. De puiser dans son travail valorisation et plaisir et de se sentir utile et efficace. Ce sentiment d'appartenance permet de mobiliser et de mettre à profit ce qu'il y a de meilleur en chacun des individus.

Respect

Reconnaître sa valeur et celle des autres et contribuer à ne pas y porter atteinte. « Comporte-toi avec les autres comme tu aimerais qu'on se comporte envers toi-même ». Simple vérité qui implique un humanisme comportant une ouverture et une tolérance dans le respect des différences et de la réalité unique à chacun. En situation de grande détresse, cette ouverture peut donner lieu à de la compassion: ce sentiment qui incline à partager les souffrances d'autrui pour en atténuer la portée ou y trouver un certain réconfort.

Transparence

Si les yeux sont le miroir de l'âme, alors la parole en est l'interprète. La communication demande à être claire, compréhensible, sans équivoque. Ce qui demande un climat de confiance, de support et de respect pour être capable de laisser tomber des résistances et oser être davantage transparent. Cette transparence entretient un système ouvert dans les communications et facilite l'initiative et la créativité. Reich disait que « le meilleur moyen de communiquer avec les autres est d'abord d'être vrai avec soi-même ».

Concertation

Un tout est plus fort que la somme de ses parties. Mais pour faire un tout, cela demande de se percevoir de façon complémentaire et interdépendante, plutôt qu'en opposition ou en compétition. Cette concertation crée un effet de synergie qui suscite l'enthousiasme, la générosité, le dépassement et l'enrichissement des rapports humains. Elle permet la mise en commun du savoir accumulé et de l'expérience acquise et entretient cette recherche du travail bien fait.

Il n'est pas facile d'entretenir ces valeurs et de les intégrer dans notre fonctionnement quotidien. Par analogie, ces valeurs ne sont pas des ports où il fait bon se reposer. Elles représentent bien plus des phares pour orienter la conduite humaine dans un voyage vers l'inconnu qui demande des efforts, du temps et une disposition générale qui s'apparente plus à l'ouverture du cœur et de l'esprit qu'à l'intelligence.

PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs guident la mise à jour des Orientations régionales en toxicomanie ainsi que les actions qui en découlent. Ils sont inspirés des Orientations ministérielles sur l'usage et l'abus des psychotropes (MSSS, 1990), des Priorités nationales de santé publique 1997-2002 (MSSS, 1997), du Plan d'action en toxicomanie 1999-2001 (MSSS, 1998), des Orientations en prévention des toxicomanies (MSSS, 2001) et du Programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2003). Ces principes directeurs, au nombre de seize, sont les suivants :

- une démarche qui vise de façon générale « le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie » (MSSS, 1992, art. 1) ;
- une approche qui consolide le virage préventif en agissant pour et avec les groupes vulnérables, en favorisant le renforcement du potentiel des personnes par une action sur les déterminants, et en soutenant les milieux de vie et le développement d'environnements sains et sécuritaires ;
- une intervention qui respecte une approche globale de la situation ;
- une intervention qui intègre les valeurs précitées ;

- une intervention qui tient compte des problèmes connexes tels que ceux liés à la pauvreté, la santé mentale, la violence, la justice et l'itinérance ;
- une intervention qui responsabilise la personne en tenant compte de l'étape de son cheminement ;
- une intervention qui reconnaît les liens significatifs que la personne entretient avec son entourage ;
- des programmes et des services qui sont accessibles à tous ;
- une gamme de services qui s'inspire des solutions les plus efficaces dans un souci d'économie des moyens ;
- le milieu naturel qui s'avère un lieu privilégié d'intervention ;
- une intervention qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des services ;
- une attention qui est plus particulière à certains groupes cibles lors d'interventions spécifiques ;
- une intervention qui est concertée pour accroître l'offre de services ;
- une intervention qui respecte et met à contribution les mandats et les expertises de chacune des ressources dans un souci de complémentarité et de continuité de services ;
- une intervention qui respecte les différentes lois ou politiques pertinentes (Loi sur la Santé publique, Loi sur les Services de santé et les Services sociaux, Loi sur la protection de la jeunesse, Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA), Orientations ministérielles sur l'usage et l'abus des substances psychotropes, Politique de santé mentale) ;
- une évaluation des interventions qui est conduite afin d'en vérifier les impacts.

Beaucoup de chemin a été parcouru depuis l'élaboration du PROST au milieu des années 90 pour construire un partenariat tel que le souhaitait la Régie régionale de Lanaudière dans son plan d'organisation de 1992. Le respect des valeurs et des principes directeurs vise à poursuivre et à accentuer cet effort de déployer un partenariat ouvert, participatif, centré sur des résultats à atteindre et comportant des mécanismes simples et souples. Ces mécanismes facilitent la prise de décision, la transmission des informations ainsi que la continuité du cheminement des clientèles.

Rappelons qu'un tel partenariat est l'aboutissement du développement d'une concertation (Vermette, 2001) qui implique le respect des conditions suivantes :

- la reconnaissance du potentiel et des limites de chacun des partenaires
- l'existence de rapports ouverts et respectueux
- l'adoption d'un langage commun
- l'adoption d'objectifs communs

- une complémentarité dans les actions
- le déploiement d'un leadership qui en vient à être partagé
- une capacité de s'ajuster aux changements et aux situations complexes

Les présentes orientations nécessitent l'exercice d'une fonction de maître-d'œuvre régionale afin de s'assurer de leur actualisation et du respect des mécanismes d'encadrement planifiés. Le CSSS Nord et le CSSS Sud assument cette fonction de maître d'œuvre pour les services de santé et des services sociaux de l'ensemble de la population de leur territoire respectif.

SECTION 2 DÉFINITION DES CONCEPTS GÉNÉRAUX

La mise à jour des Orientations régionales en toxicomanie amène à définir dans un premier temps des concepts généraux. Les concepts qui sont définis dans la présente section concernent la problématique dans son ensemble.

Par ailleurs, chacun des champs de pratiques de ces orientations comporte la définition des concepts qui lui sont plus spécifiques.

Nature du concept	Définition
santé :	État variable et très subjectif du bien-être physique, mental ou social d'un individu (OMS, 1986) consécutif aux interactions entre son bagage génétique, sa personnalité, ses habitudes de vie ainsi que les environnements dans lequel il vit et interagit. La santé contribue à la qualité de vie en étant une ressource qui permet à l'individu d'acquérir, de récupérer ou de maintenir un état d'équilibre et de satisfaction dans son fonctionnement personnel et social.
drogue :	Toutes substances qui, par leur nature chimique, modifient la structure ou les fonctions de l'organisme. Plus spécifiquement, les drogues « psychotropes » ont comme propriété directe d'agir sur le système nerveux central en le déprimant, le stimulant ou le perturbant. Elles facilitent les changements de sensation, d'humeur et de perception. Elles peuvent être naturelles ou synthétiques, prescrites ou non-prescrites, licites ou illicites.
usage :	Terme générique qui englobe toutes les formes de consommation: non-abusive vs abusive, adaptée vs inadaptée, non-problématique vs problématique, appropriée vs inappropriée, licite vs illicite. L'usage d'une substance comporte toujours des risques. La qualification de l'usage est très subjective car elle est grandement influencée par l'expérience individuelle dans un contexte donné.
usage inapproprié :	Concept introduit pour permettre d'inclure l'usage non abusif susceptible de donner lieu à des problèmes. « Globalement, il réfère à un usage susceptible d'entraîner des problèmes d'ordre physique, psychologique, économique ou social, bref, un usage qui, selon la personne, la personne et le contexte, constitue une menace pour la santé, la sécurité ou le bien-être des individus, de l'entourage ou la collectivité » (MSSS, 2001, p. 11).
dépendance :	De manière large, la dépendance réfère à un état de besoins nécessaires ou impérieux à satisfaire par l'entremise d'une relation avec un objet, une personne, une substance ou un contexte. Elle se situe sur un continuum où l'individu peut être un peu, moyennement ou beaucoup dépendant. L'interdépendance, plutôt que l'indépendance est utilisée pour définir l'autonomie. Il s'agit d'identifier et de gérer les dépendances qui s'avèrent un apport pour l'autonomie de l'individu et de se départir ou d'atténuer les risques ou les problèmes associés aux dépendances nocives pour l'autonomie.

Nature du concept	Définition
toxicomanie :	Dépendance à l'égard d'une substance psychotrope qui reflète un besoin impérieux ou un désir persistant chez l'individu de consommer en dépit des effets préjudiciables et répétés aux niveaux de son fonctionnement physique, mental, social ou spirituel. La toxicomanie est donc définie sur la base de la manifestation de comportements spécifiques. Elle donne lieu au développement d'un style de vie dans lequel l'activité de consommer prend de plus en plus d'importance. Lorsqu'il y a une dépendance physique, l'individu présente des réactions de sevrage lorsqu'il est en manque de substance.
motivation :	Processus de mise en mouvement vers un but à atteindre et provoqué par la conscience d'une situation à changer (Ducharme, 1981). Il est influencé par la perception que l'individu a de son état, sa relation avec la substance, son anticipation face à l'avenir et le contexte. Cette conscience d'une situation à changer émerge souvent d'une pression extérieure. La motivation au changement peut être suscitée ou accrue par des interventions adaptées.
sobriété :	État d'être qui permet à un individu de jouir de la vie sans que l'objet de dépendance contrevenne à l'un ou plusieurs aspects de son fonctionnement.

SECTION 3 BREF ÉTAT DE L'ÉVOLUTION DE LA SITUATION RÉGIONALE

La présente section fait brièvement état de l'évolution de la situation des particularités régionales ainsi que des données relatives à certaines habitudes de vie, aux facteurs de risque, à la consommation ainsi qu'à certaines conséquences qui en découlent. En l'absence de données régionales, l'état de situation se réfère à des données plus globales concernant la situation qui prévaut au Québec.

On constate à l'ensemble de ces données, une amélioration de la situation qui se démarque de la tendance provinciale. Ce constat est un encouragement à poursuivre les efforts déployés pour prévenir et réduire les problèmes associés à l'usage de substances psychotropes dans Lanaudière.

Particularités régionales												
Projection de la population selon le groupe d'âge et le territoire de MRC et de CSSS, Lanaudière et le Québec, 2005												
	0-14 ans		15-24 ans		25-44 ans		45-64 ans		65 ans et plus		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
D'Autray	7 098	17,6	4 839	12,0	10 740	26,6	11 876	29,4	5 872	14,5	40 425	100,0
Joliette	8 961	15,5	7 572	13,1	14 827	25,7	17 519	30,3	8 903	15,4	57 782	100,0
L'Assomption	19 876	18,3	14 662	13,5	30 859	28,3	32 325	29,7	11 145	10,2	108 867	100,0
Les Moulins	25 012	20,7	16 634	13,8	38 071	31,6	32 196	26,7	8 656	7,2	120 569	100,0
Matawinie	7 140	15,2	4 925	10,5	10 844	23,1	15 546	33,1	8 578	18,2	47 033	100,0
Montcalm	7 780	18,9	4 944	12,0	11 486	27,9	11 823	28,7	5 121	12,4	41 154	100,0
CSSS du Nord	30 979	16,6	22 280	12,0	47 897	25,7	56 764	30,5	28 474	15,3	186 394	100,0
CSSS du Sud	44 888	19,6	31 296	13,6	68 930	30,0	64 521	28,1	19 801	8,6	229 436	100,0
Lanaudière	75 867	18,2	53 576	12,9	116 827	28,1	121 285	29,2	48 275	11,6	415 830	100,0
Le Québec	1 256 008	16,6	958 437	12,7	2 180 027	28,8	2 127 951	28,1	1 043 989	13,8	7 566 412	100,0

Facteurs de risque
Entre 1996 et 2001, la <u>proportion de familles monoparentales</u> dans Lanaudière est passée de 13,4 % à 14,4 % (Garand et coll., 1999; Renaud et Cadieux, 2004), soit un total de 16 340 familles.
Durant la même période, la proportion d'enfants de moins de 18 ans vivant avec un seul parent est passé de 11,9 % à 15,1 %, soit 14 995 pour la région de Lanaudière en 1996 (INSPQ, 2001, p. 175). Cette augmentation est deux fois plus grande que pour l'ensemble du Québec et la plus élevée après la région du Nord-du-Québec.
<u>La proportion de Lanaudois de 15 ans et plus vivant seul</u> a augmenté de 49% entre 1986 et 1996. Elle représente 9,1 % de la population, soit 26 030 personnes (INSPQ, 2001, p. 177).
Les Lanaudois de 15-64 ans vivent seuls dans la proportion la plus faible au Québec (7,3%) après les Terres-Cries-de-la-Baie James et la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (INSPQ, 2001, p. 177).
À l'ensemble du Québec, cette proportion augmente progressivement avec l'âge chez les femmes. Chez les 65-74 ans, les femmes vivent seules dans une proportion deux fois plus grande que les hommes (32,9% vs 15,1 %). Les hommes de 25-44 ans vivent cependant seuls dans une proportion plus grande que les femmes du même âge (14,3 % vs 8,8 %) (INSPQ, 2001, p.176).

Facteurs de risque (suite)
En 1998, la <u>proportion de femmes très pauvres et pauvres</u> dans Lanaudière était de 14,7 % (28 945) alors qu'elle était de 12 % pour les hommes (23 161).
Entre 1996 et 2001, la <u>proportion de familles à faible revenu</u> dans Lanaudière est passée de 16,9 % à 12,8 % pour un total de 14 305 familles (Garand et coll., 1999; Renaud et Cadieux, 2004).
En 1998, les <u>familles monoparentales</u> sont trois fois plus souvent pauvres ou très pauvres (44,9 %) que les familles biparentales intactes (13,3 %) (RRSSS de Lanaudière, 2001, p. 185). En 1986, ces taux étaient respectivement de 56% et de 11%.
Lanaudière est la région du Québec qui présente la deuxième plus forte proportion (17,1 %) de personnes percevant avoir de moyennes ou de <u>mauvaises habitudes alimentaires</u> (INSPQ, 2001, p. 203).
Lanaudière est la région du Québec qui présente la deuxième plus forte proportion (50,5 %) de <u>personnes qui pratiquent une activité physique de loisirs</u> moins d'une fois par semaine (INSPQ, 2001, p. 205).
Lanaudière est la région du Québec d'où la <u>proportion de fumeurs</u> est la plus élevée, soit 40,6 % et une des seuls dont la tendance n'est pas significativement à la baisse depuis 1987 (43,8 % à 40,6 %). Elle est aussi la région qui comporte la plus forte proportion de fumeurs de 26 cigarettes et plus par jour (5,2 %) (INSPQ, 2001, p. 207).
Entre 1987 et 1998 dans la région de Lanaudière, la proportion de personnes de 15 ans et plus <u>insatisfaites de sa vie sociale</u> est passée de 9,3 % à 13,5 % (40 056 personnes). Les hommes et les femmes le sont également (INSPQ, 2001, p. 299). Les personnes de 25 à 64 ans le sont davantage.
L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001 révèle que 9,6 % des Lanaudoises et 7,1 % des Lanaudois âgés de 12 ans et plus présentent une possibilité de détresse psychologique. La proportion observée chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans est de 12,2 %) (Santé Canada, 2003).
L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001 révèle que 11,9 % des Lanaudoises et que des 10,9 % des Lanaudois âgés de 15 ans et plus ont songé au suicide au cours de leur vie. Le Québec présente des données similaires avec 10,5 % pour les hommes et 12,7 % pour les hommes (Santé Canada, 2003).
Entre 1989-1993 et 1995-1999, le <u>taux ajusté de mortalité par suicide</u> dans Lanaudière est passé de 16,8 à 19,3 par 100 000 habitants (Cadieux, 2003). Les hommes se suicident dans une proportion presque quatre fois plus grande que les femmes et ce sont les hommes âgés de 25-29 ans et de 75-79 ans que sont observés les taux de mortalité par suicide les plus élevés.
Données de consommation
En 2000-2001, la <u>proportion de buveurs actuels</u> dans la population lanaudoise âgée de 15 ans et plus se situe à 83,6 %. La <u>proportion de buveurs actuels</u> semble être plus faible chez les Lanaudoises qu'elle ne l'est chez les Lanaudois (80,4 % vs 86,8 %). L'écart entre les sexes semble s'estomper graduellement au fil des ans.
Pour la même période, la <u>proportion de personnes abstinentes</u> se chiffre à 5,2 % (Statistique Canada, 2003).
En 2000-2001, la proportion de buveurs actuels dans Lanaudière est la plus élevée parmi les personnes âgées de 25 à 44 ans (89,5 %), alors qu'elle est la plus faible chez celles âgées de 65 ans et plus (68,4 %) (Santé Canada, 2003).

Données de consommation (suite)

Dans Lanaudière, la proportion des buveurs ayant pris 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine (ayant précédé l'enquête) se chiffre à 10,4 % dans Lanaudière en 2000-2001 (12 % au Québec). Ce pourcentage grimpe à 15,9 % pour les Lanaudois et il chute à 3,4 % pour les Lanaudoises (Statistique Canada, 2003).

Entre 1992-93 et 1998, la région de Lanaudière se distingue comme étant une des seules régions a montré une baisse des consommations élevées à l'ensemble de la population (INSPQ, 2001, p. 209).

Au Québec, les hommes de toutes les catégories d'âge sont représentés dans une proportion au moins trois fois plus grande que les femmes. L'écart le plus grand entre les sexes se situant chez les personnes de 65 ans et plus (10,9 % vs 1,8%) (INSPQ, 2001, p. 208).

Au Québec, selon l'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire mené en 2002, 69,2 % des filles et 68,7 % des garçons déclarent avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours des douze derniers mois.

La consommation élevée d'alcool (au moins une fois par semaine) toucherait 16,1 % des filles et 20,6 % des garçons. Cette consommation élevée d'alcool augmente avec l'âge passant de 5,3 % en 1^{er} secondaire à 19,6 % en 3^e secondaire et à 36,1 % en 5^e secondaire) (Perron et Loiselle, 2003).

Proportion des buveurs ayant pris cinq consommations ou plus d'alcool en une même occasion au moins cinq fois au cours d'une période de douze mois selon le sexe et l'âge :

Entre 1992-93 et 1998, la région de Lanaudière montre aucun changement dans l'évolution de ce type de consommation (26,3 % vs 25,8 %) contrairement à une tendance à la hausse à l'ensemble du Québec (RRSSS de Lanaudière, 2001, p. 38).

Chez les 15-24 ans, on observe une diminution durant la même période (39,5 % à 31,8 %) (RRSSS de Lanaudière, 2001, p. 39) se démarquant ainsi du Québec. Chez les élèves du secondaire, cette proportion se situe, en 2002, à 15,5 % (Perron et Loiselle, 2003).

Comme pour l'ensemble des régions du Québec, Lanaudière montre une augmentation entre 1987 et 1998 des personnes ayant consommé trois médicaments différents et plus au cours d'une période de 2 jours précédant l'enquête (9,6* % à 14,7 %) (RRSSS de Lanaudière, 2001, p. 166).

66 % des Lanaudois n'ont jamais consommé de drogues alors que 18% en font usage. Cette proportion augmente à 43 % chez les 15-24 ans (RRSSS de Lanaudière, 2001, p. 45).

Parmi les consommateurs actuels de drogues, plus de la moitié n'ont fait usage que de la marijuana au cours des douze mois ayant précédé l'enquête (RRSSS de Lanaudière, 2001, p. 50).

Une augmentation du niveau de scolarité et de revenu n'affectent pas la proportion de consommateurs actuels bien qu'elle a tendance a donné lieu à une diminution de la proportion d'abstinents et à une augmentation d'anciens consommateurs.

Selon l'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire menée en 2002, 41,2 % des élèves déclarent avoir pris au moins une fois de la drogue au cours des douze derniers mois. L'enquête révèle que 39,1 % ont pris du cannabis, 12,5 % des hallucinogènes, 7,6 % des amphétamines, 5,2 % de la cocaïne, 2,2 % des solvants et 1,2 % de l'héroïne.

La fréquence élevée (au moins une fois par semaine) augmente jusqu'à la 3e secondaire, passant de 4,8 % en 1er secondaire à 24 % (Perron et Loiselle, 2003).

Conséquences
Les diagnostics/ par âge/ par sexe pour les différents diagnostics reliés à la toxicomanie identifiés par le médecin traitant comme <u>motif principal</u> de l'hospitalisation sont présentés au tableau 2.
Les mêmes données pour les hospitalisations dont un diagnostic <u>secondaire</u> relié à la toxicomanie a été prononcé par le médecin traitant sont présentées au tableau 3.
Entre 1995 et 1999, 80 cas d'hépatite C ont été déclarés, soit une incidence de 20,6 par 100 000 habitants par année.
En 1999, il y a eu 925 <u>infractions relatives aux drogues et aux stupéfiants</u> , soit un taux de 233,2 par 100 000.
Lanaudière présente le troisième plus bas taux de <u>condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies</u> , avec 210 pour 100 000 titulaires de permis, soit 523 condamnations (INSPQ, 2001, p. 215).
Lanaudière présente le troisième pourcentage le plus faible de <u>conducteurs décédés ayant un taux d'alcoolémie</u> obtenu supérieur à 80mg/100 ml de sang (INSPQ, 2001, p. 353).
Entre 1997 et 1999, la région de Lanaudière présente au Québec la diminution la plus forte du taux de jeunes de 12 à 17 ans ayant <u>contrevenu au Code criminel et aux lois</u> (INSPQ, 2001, p. 233).
Entre 1996-97 et 2000-2001 dans la région de Lanaudière, il y a eu 271 hospitalisations de courte durée avec un <u>diagnostic principal</u> relié à la toxicomanie, dont 52,3 % d'entre elles par des personnes âgées de 25 à 44 ans (Fichier Med-Echo).
Entre 1996-97 et 2000-2001 dans la région de Lanaudière, il y a eu 13 321 hospitalisations de courte durée avec un <u>diagnostic secondaire</u> relié à la toxicomanie, dont 33,6 % d'entre elles consécutives à un abus de drogues (Fichier Med-Echo).

SECTION 4

ORIENTATIONS

RÉDUCTION DES MÉFAITS

ORIENTATIONS : RÉDUCTION DES MÉFAITS

Les présentes orientations en réduction des méfaits impliquent une modification importante dans la façon de percevoir, de comprendre et d'intervenir face aux risques ou aux problèmes liés à l'usage inapproprié de substances psychotropes. Elles représentent une conception sociale qui fait grandement contraste avec la vision de « Tolérance zéro » ou de « Non à la drogue ».

Fondamentalement, cette approche amène à accueillir l'utilisateur où il se trouve dans son cheminement de consommateur. Ils amènent également les partenaires qui adhèrent à cette approche à tenir compte des visions, des valeurs et des règles différentes qui peuvent être entretenues ou adoptées par d'autres partenaires du secteur de la santé et des services sociaux ou d'autres secteurs tels ceux de l'éducation, de la justice et de la sécurité publique. Nous concevons qu'il est normal que de telles orientations novatrices ne fassent pas consensus rapidement et facilement auprès de tous les partenaires de tous les secteurs d'activités.

Le développement des collaborations devra donc comporter un travail d'appropriation et d'approvisionnement. Il devra aussi comporter des discussions ainsi que des compromis, dans le respect mutuel, afin d'y susciter, en autant que faire se peut, une plus grande complémentarité ou une meilleure continuité des actions.

DÉFINITION DU CONCEPT

La définition retenue réfère à une conception globale de l'appellation « approche », soit une manière d'aborder un domaine de connaissances (Rey, 2000, p. 104). Par ailleurs, l'approche de réduction des méfaits étant considérée comme un nouveau paradigme, sa viabilité est liée à la capacité de se définir par rapport aux courants d'idées et de pratiques existants, et à la capacité de générer des actions qui soient mesurables et généralisables (Brisson, 1997, p. 93).

La présente définition de l'approche de réduction des méfaits en toxicomanie est inspirée de celles formulées par Brisson (1997, p. 9) et le CPLT (1999, p. 2) :

« Une démarche de santé collective ayant pour but que les individus développent de manière réaliste et responsable des moyens efficaces de réduire les différentes conséquences négatives liées à leur usage inapproprié de substances psychotropes en mettant à profit leurs ressources ainsi que celles disponibles dans la communauté. »

L'approche comporte les trois composantes essentielles suivantes :

- le développement responsable de moyens par les individus
- dans le but de réduire les conséquences négatives liées à son usage inapproprié de substances psychotropes
- par la mise à profit de ses ressources et de celles de la communauté

L'approche de réduction des méfaits implique une tolérance à l'égard de la consommation sans toutefois l'encourager ou la cautionner. Cette tolérance est susceptible d'être graduée en fonction de la dangerosité de la situation. Par ailleurs, elle n'exclut pas l'abstinence ou même la consommation modérée de substances psychotropes comme moyen de réduire les méfaits. Elle est aussi susceptible de comporter des actions pour réduire les risques présents qui sont en lien avec les conséquences négatives manifestées.

En autant que faire se peut, l'approche de réduction des méfaits devrait permettre une augmentation du recours aux services en toxicomanie ainsi que des apprentissages découlant de l'application de l'approche biopsychosociale afin que l'utilisateur puisse également accroître son estime de soi, son fonctionnement personnel et social ainsi que son bien-être en vue d'une plus grande autonomie.

ORIENTATIONS GLOBALES EN RÉDUCTION DES MÉFAITS

Les Orientations globales en Réduction des méfaits en toxicomanie doivent nous permettre de construire un cadre opérationnel facilitant un engagement concerté des partenaires ainsi que le déploiement de pratiques pertinentes et cohérentes dans la région de Lanaudière. Les Orientations retenues représentent une version modifiée de celles formulées par Brisson (1997, p. 43 et 44). Elles reposent sur les deux principes suivants :

le pragmatisme : Puisque les substances psychotropes sont là pour rester, intervenons de façon à limiter les problèmes chez ceux qui en font un usage inapproprié, et chez leur entourage, plutôt que de viser l'élimination de ces substances.

l'humanisme : Ce principe prend, pour fin, la personne humaine et son épanouissement. L'utilisateur de substances psychotropes est une personne à part entière, digne de respect, possédant des droits et un pouvoir d'agir en tant que citoyen.

La définition et les principes qui précèdent s'inscrivent éminemment dans une démarche de responsabilisation des individus au regard de leurs habitudes de vie. Ils impliquent une analyse humanitaire et pragmatique de la condition et du fonctionnement d'un individu ainsi que du contexte dans lequel ce dernier évolue.

À ces deux principes de base sont identifiées les valeurs et les caractéristiques suivantes :

Principe: le pragmatisme	Principe: l'humanisme
Valeurs de source sociosanitaire :	Valeurs de source sociosanitaire :
• Accès universel aux soins et services de santé; • Protection de la santé et de la sécurité individuelle et collective; • Promotion de la santé aux plans individuel et collectif.	• Équité sociale; • Défense des droits du citoyen; • Participation à la vie en société.
Caractéristiques :	Caractéristiques :
• Reconnaître la réalité de l'usage de substances psychotropes comme une expérience et un comportement parmi d'autres expériences et comportements sociaux à risque; • Intervenir dans une perspective coûts/bénéfices pour l'utilisateur et son entourage, en s'attaquant aux conséquences négatives de l'usage tout en prenant en considération les conséquences positives (bienfaits); • Intervenir à partir d'une hiérarchie d'objectifs de changement qui soient prioritaires tenant compte du contexte de vie de l'utilisateur; • Offrir des approches et des services variés, souples et accessibles.	• Offrir à l'utilisateur une variété de ressources en termes de portes d'entrée et d'opportunités de changement, qui correspondent à ses besoins; • Aller, au besoin, à la rencontre de l'utilisateur là où il est (<i>outreach</i>); • Favoriser l'implication de l'utilisateur et le respect de ses droits et libertés dans les démarches de changement, y compris à travers l'auto-organisation et l'auto-support.

Tous peuvent se réclamer de vouloir réduire les méfaits de l'usage de substances psychotropes, quel qu'en soit la nature. Cependant, les adhérents à l'approche de réduction des méfaits doivent mettre en œuvre des moyens qui respectent les principes, les valeurs et les caractéristiques qui précèdent.

CHAMP DE PRATIQUES DE LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

Le champ de pratiques qui découle de la définition et des Orientations de l'approche de réduction des méfaits en toxicomanie est le dépistage et l'intervention précoce, le traitement de la dépendance et la réinsertion sociale. Les partenaires impliqués dans l'un ou l'autre de ces services du continuum sont donc appelés à se référer à cette approche dans la planification et la prestation de leurs services.

De manière générale, les orientations régionales en toxicomanie dans Lanaudière optent donc pour une perspective populationnelle consistant à :

- garder en santé ceux qui le sont déjà malgré qu'ils soient à risque (et donc de prioriser la prévention primaire permettant ainsi d'agir sur les déterminants de la santé et de faire la réduction des risques dans un contexte d'absence de méfaits) ;
- intervenir le plus rapidement possible, par le dépistage et l'intervention précoce, auprès de ceux qui adoptent des habitudes de vie à risque donnant lieu à des méfaits (d'où l'importance d'une prévention secondaire agissant sur les déterminants de la santé ainsi que la réduction des méfaits);
- supporter adéquatement les proches de ceux qui présentent des problèmes liés à l'usage inapproprié de substances psychotropes pour que leurs actions facilitent la réduction des méfaits et, s'il y a lieu, tout apprentissage favorable à l'usager au regard de sa prise en charge et de son autonomie ;
- traiter les personnes présentant des problèmes de dépendance aux substances psychotropes dans le but d'en réduire les méfaits et de favoriser, s'il y a lieu, tout apprentissage favorable à leur prise en charge et à leur autonomie.

Tel que le propose Springer (1996), ce champ de pratiques implique la gestion de l'usage, le traitement de la dépendance et la gestion du VIH. En matière de gestion sociale ou individuelle de l'usage, le Québec s'avère un pionnier avec des programmes novateurs de réduction des méfaits tels qu'« Opération Nez rouge », « P-CRA » (Programme de consommation réfléchie d'alcool), le « Programme régional d'échange de seringues » et « Alcochoix plus ». Les trois premiers programmes sont offerts dans la région de Lanaudière et devraient continuer à l'être. Tant qu'au quatrième, il est prescrit dans le Programme national de Santé publique 2003-2012. L'expérience conduite dans plusieurs régions du Québec montre la pertinence et l'intérêt de l'implanter également dans la région de Lanaudière au cours des prochaines années.

L'approche de Tolérance zéro ne respecte pas les principes, les valeurs et les caractéristiques des Orientations prises au regard de la réduction des méfaits. Cette approche est davantage du domaine du contrôle sur la circulation des substances et de la répression à l'égard des usagers. Elle devrait donc être identifiée distinctement pour préserver une définition claire, cohérente et crédible de la définition proposée de l'approche de réduction des méfaits en toxicomanie.

Dans les faits, en lien avec les exigences d'apprentissage, de rendement au travail, du maintien de la paix et de la sécurité de la population, les partenaires des secteurs de la Sécurité publique et de l'Éducation peuvent préconiser une approche de contrôle pouvant être en conflit avec la tolérance qu'amène l'approche de réduction des méfaits. Tel qu'introduit dans le préambule, le développement de collaborations entre ces partenaires et ceux du secteur de la Santé et des Services sociaux demandera comme condition un travail de rapprochement quant aux présentes orientations afin d'en favoriser la cohérence et l'efficacité dans le respect des règles établies pour assurer une cohésion dans les milieux de vie (ex. : école).

Cadre opérationnel de la réduction des méfaits

Le cadre opérationnel vise à préciser les conditions par lesquelles peut être implantée et évaluée l'approche de réduction des méfaits en toxicomanie. Il doit être en cohérence avec les Orientations décidées en la matière.

L'opérationnalisation de l'approche de réduction des méfaits en toxicomanie se fera en fonction du champ de pratiques, des cibles d'intervention ainsi que des buts recherchés. C'est dans ce cadre d'intervention que les stratégies utilisées seront mises à profit.

L'évaluation des effets de l'approche de réduction des méfaits doit tenir compte du rapport coûts/ bénéfices lié à l'usage et à l'intervention. L'attention portée à ce ratio nous amène donc à considérer les faits, les méfaits et les bienfaits liés à l'usage de substances psychotropes avant, pendant et suite à l'intervention.

Les partenaires de la région de Lanaudière qui adhèrent à l'approche de réduction des méfaits en toxicomanie devraient définir leurs pratiques en référence au cadre proposé. Les partenaires impliqués en prévention primaire de la toxicomanie devrait en faire de même concernant les facteurs de risques.

Les partenaires de la région de Lanaudière qui adhèrent à l'approche de réduction des méfaits en toxicomanie pour offrir de l'intervention précoce, du traitement de la dépendance ou de la réinsertion sociale devraient identifier des indicateurs de changement permettant de procéder à une évaluation des effets de leurs interventions. Ces indicateurs de changement devraient être associés au degré d'atteinte des objectifs spécifiques liés au déploiement des stratégies d'intervention ainsi qu'à la réduction effective des méfaits découlant de l'usage inapproprié de substances psychotropes.

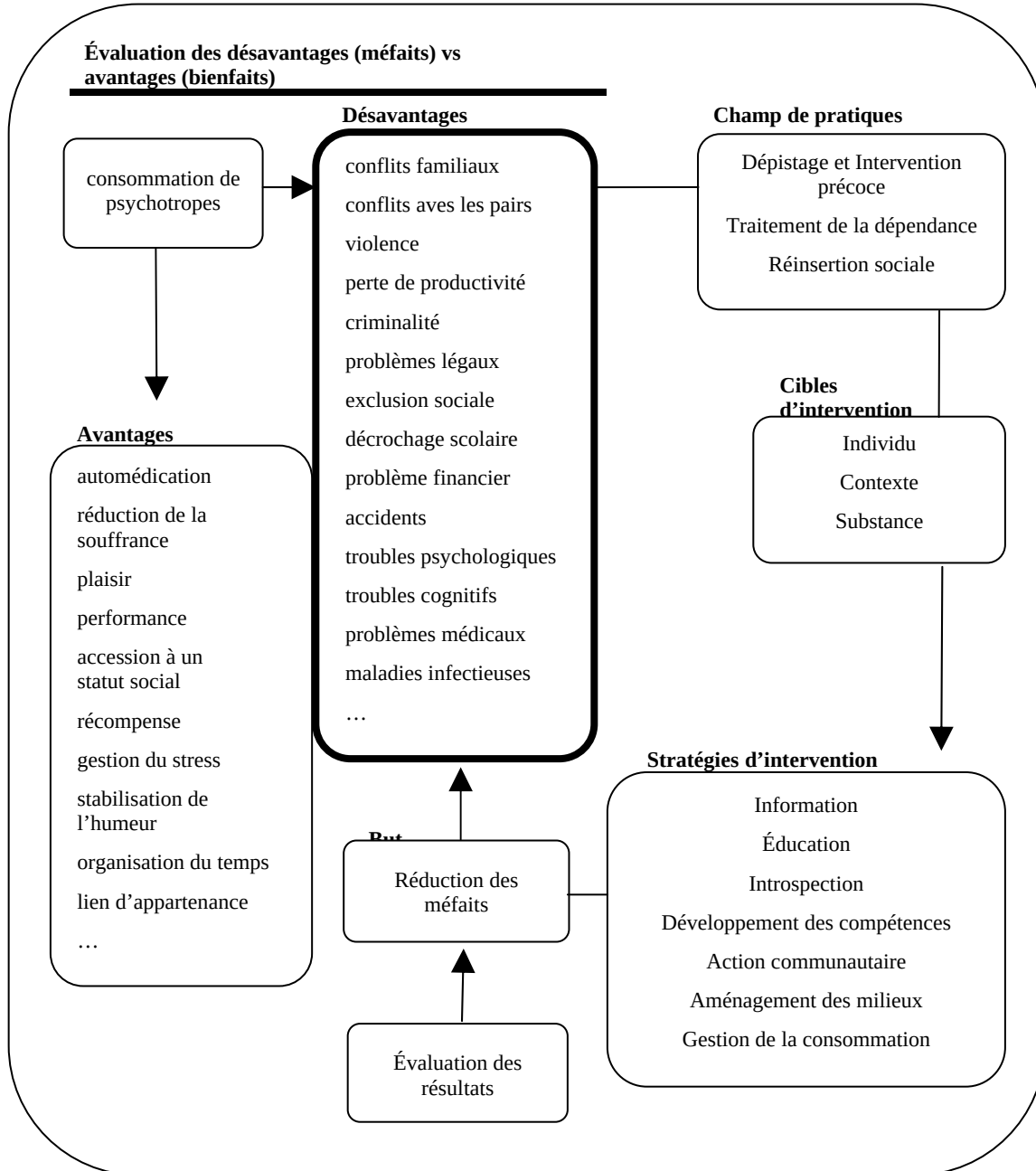
De leur côté, les partenaires insérés dans des stratégies préventives visant la réduction des risques devraient orienter leurs interventions sur la base des conditions de succès identifiées, à ce jour, dans la littérature traitant des programmes de prévention en toxicomanie. Cet engagement sera repris dans la section 5 portant sur les orientations en prévention des toxicomanies. Le cadre opérationnel présenté à la page suivante sert d'assise à l'actualisation de l'approche de réduction des méfaits dans la région de Lanaudière.

Pour terminer, il est important de rappeler que l'approche de réduction des méfaits, bien que très réaliste dans ses actions, entretient une représentation du processus de changement sous l'angle de ce qui doit être retiré ou diminué sans intégrer explicitement ce qui doit être acquis, développé et consolidé dans le cadre d'un traitement. Les résultats de la recherche portant sur l'efficacité du traitement identifient des bénéfices qui peuvent également être associés à des apprentissages observés chez la clientèle.

ANNEXE 1

Cadre opérationnel de l'approche de réduction des méfaits en toxicomanie

Contexte incluant le Cadre législatif



SECTION 5

ORIENTATIONS

PRÉVENTION DES TOXICOMANIES

ORIENTATIONS : PRÉVENTION DES TOXICOMANIES

Depuis 1995, le PROST, les travaux du CRC-PP et le fonctionnement par plans d'actions triennaux pour chacune des MRC (Peterson, 1996) ont permis d'atteindre des objectifs importants en matière de prévention des toxicomanies dans la région de Lanaudière.

Ces résultats réfèrent à la bonification substantielle du financement des activités de prévention des toxicomanies lors du Plan de transformation du réseau de la santé 1995-1998 et à l'allocation de ces budgets de façon récurrente. De plus, il en est résulté une reconnaissance des trois organismes communautaires spécialisés en toxicomanie, plus particulièrement en ce qui concerne leur consolidation financière. Finalement, les organismes communautaires spécialisés en toxicomanie se sont davantage concertés, donnant lieu à un partage et un transfert de leurs expertises ainsi qu'à un plus grand déploiement et une plus grande cohérence des activités de prévention sur le territoire (Peterson, 2000).

Le Programme régional de santé publique (RRSSS-Lanaudière, 1998) a réitéré les orientations régionales en prévention des toxicomanies définies dans le PROS en toxicomanie. C'est dans ce contexte, que la mise à jour des Orientations en prévention des toxicomanies a été initiée dès 1998 par les membres du CRC-PP en mettant à contribution, lors d'une consultation, les équipes d'intervenants en prévention des toxicomanies. Les présentes orientations rendent compte des ajustements désirés pour les prochaines années.

Par ailleurs, les présentes orientations en prévention des toxicomanies tiennent compte des nouvelles Orientations ministérielles en prévention des toxicomanies (MSSS, 2001), du Programme National de Santé Publique 2003-2012 (MSSS, 2003) ainsi que du Plan d'action régional en santé publique 2004-2007.

DÉFINITION DES CONCEPTS

Il est important que les partenaires développent une vision et un langage communs du champ de pratiques que représente la prévention des toxicomanies. Il est particulièrement important de mieux circonscrire le concept de prévention primaire afin de lui redonner toute sa légitimité comme champ de pratiques distinct de celui de la promotion de la santé et de la prévention secondaire, appelée « intervention précoce » dans le présent document.

Concepts pertinents	Définitions
<u>Promotion de la santé</u> :	Processus qui s'adresse à la population générale et qui permet aux personnes de mieux contrôler leur santé et de l'améliorer en misant sur les déterminants de la santé et en adoptant des comportements responsables de prise en charge.
<u>Prévention</u> : (primaire)	Processus qui vise à prévenir qu'un problème se manifeste chez une population ciblée considérée à risque. Il s'agit ainsi d'agir en amont des problèmes liés à la consommation inappropriée de psychotropes par l'utilisation de stratégies préventives (influence, développement des compétences et aménagement des milieux de vie).

Concepts pertinents	Définitions (suite)
<u>Approche globale en prévention</u> :	Utilisation d'une multiplicité de stratégies d'intervention qui tient compte de la variété des expériences individuelles, de l'existence de multiples causes et facteurs en jeu et des distinctions à établir entre les différents types de consommateurs.
<u>Approche de réduction des risques</u> :	Démarche préventive de santé collective ayant pour but que les individus développent de manière réaliste et responsable des moyens efficaces de réduire les risques d'un usage inapproprié de psychotropes en mettant à profit leurs ressources ainsi que celles disponibles dans la communauté. Elle se traduit par des actions sur les déterminants de la santé et du bien-être (ex. : facteurs de protection ou de robustesse) et sur les facteurs de risque.
<u>Influence</u> :	Stratégie de socialisation qui comporte un ensemble d'activités de sensibilisation allant de la diffusion d'information à des efforts plus structurés de persuasion visant à modifier les attitudes et les connaissances d'une personne, d'un groupe, d'une communauté ou de décideurs dans une direction donnée. Elle vise à offrir une information et des exemples qui misent sur la responsabilisation des individus et la modification de leurs attitudes et de leurs connaissances, ainsi que sur celles d'une communauté ou de décideurs.
<u>Développement des compétences</u> :	Stratégie de socialisation qui comporte un ensemble d'activités visant à accroître les habiletés de la personne ou du milieu de vie afin de la rendre apte à faire face aux situations de la vie de tous les jours et à se prendre en charge. Elle vise également à favoriser l'affirmation de soi, la résistance aux pressions négatives des pairs, la résolution de problèmes et la prise de décision.
<u>Aménagement des milieux de vie</u> :	Stratégie de socialisation qui comporte un ensemble d'activités visant à modifier les milieux de vie (ex. : famille, école, loisirs) de façon à offrir des alternatives ou des ressources susceptibles de mieux répondre aux besoins physiques, psychologiques et sociaux des individus. Elle vise également à réduire les sources de stress et à développer des liens de solidarité et un sentiment d'appartenance.
<u>Facteur de risque</u> :	Condition ou événement global ou spécifique qui met une personne ou un groupe de personnes à risque de développer des problèmes liés à un usage inapproprié de substances psychotropes. Lorsqu'une personne ou un groupe de personnes sont à risque, ils le deviennent souvent pour plusieurs types de problèmes (voir annexe 1 de la présente section).
<u>Facteur de protection</u> (ou de robustesse) :	Caractéristique de l'individu ou du contexte qui favorise une bonne adaptation personnelle et sociale malgré un contexte et des expériences difficiles (voir à l'annexe 2 de la présente section).
<u>Élément déclencheur</u> :	Événement stressant qui vient confronter une personne ou un groupe de personnes dans leur adaptation à soi, à autrui ou à leur milieu de vie.

POPULATIONS CIBLÉES

La prévention s'intéresse à toutes les personnes qui présentent des facteurs de risque pouvant contribuer au développement d'un usage inapproprié de substances psychotropes.

Au cours des prochaines années, les principales clientèles ciblées en prévention des toxicomanies dans la région de Lanaudière seront les suivantes :

- les jeunes, principalement dans les écoles (du troisième cycle du primaire jusqu'en secondaire V) mais aussi dans différents milieux de vie (ex. : famille, maisons de jeunes, parcs, etc.) qui sont abstinents ou qui ont une consommation exploratoire ou occasionnelle non-problématique ;
- les parents de ces jeunes ;
- les jeunes adultes qui présentent des facteurs de risque et qui sont abstinents ou qui font un usage non-problématique de substances psychotropes, principalement lorsqu'il s'agit de femmes enceintes.

PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs des Orientations régionales en prévention des toxicomanies sont dans un premier temps ceux identifiés précédemment pour l'ensemble du continuum de services. Cependant, quelques principes spécifiques à la prévention sont identifiés pour orienter les actions préventives. Ils s'inspirent de ceux énoncés dans les Orientations ministérielles en matière de prévention des toxicomanies (MSSS, 2001). Ces principes sont les suivants :

- l'usage de substances psychotropes est une responsabilité individuelle et collective. Cependant, l'individu est le premier responsable de la qualité de sa vie et des choix qu'il effectue ;
- des conséquences négatives émergent d'une relation entre des facteurs de risque, des événements déclencheurs et un usage inapproprié de substances psychotropes ;
- ces conséquences négatives se définissent à partir d'un usage inapproprié de substances psychotropes plutôt que sur la base d'un simple usage de ces substances. Cette vision a pour effet de privilégier une attitude de compassion et de soutien, plutôt que de discrimination et d'exclusion des consommateurs de psychotropes ;
- tout usage de substances psychotropes n'entraîne pas nécessairement des conséquences négatives pour l'individu, son entourage ou la société ;
- la société a une responsabilité de fournir à tous les citoyens des conditions adéquates de vie et de travail. Ces conditions sont fondamentales dans la capacité d'une personne de répondre à ses besoins vitaux et de réalisation ;
- la prévention en matière de substances psychotropes est une question de santé plutôt que de criminalité ;
- la prévention des toxicomanies repose sur une vision globale des toxicomanies et amène à développer :

- une compréhension de la dépendance donnant lieu à une anticipation et à des actions proactives. Ces actions reposent sur la compréhension des facteurs qui prédisposent à l'apparition de problèmes ;
- une augmentation des choix d'intervention ;
- une attitude qui tend à responsabiliser la personne en lui faisant confiance, en l'accompagnant dans sa démarche pour répondre à ses besoins les plus légitimes et en l'aidant à faire des choix éclairés quant à ses comportements, sur la base d'une information adéquate ;
- les facteurs de risque retenus (annexe 1 de la présente section) impliquent une capacité réaliste d'intervenir et d'avoir un certain impact ;
- les actions de prévention en matière d'usage inapproprié de substances psychotropes doivent être :
 - respectueuses de la personne
 - respectueuses des groupes vulnérables
 - menées dans et avec les milieux de vie
 - réalistes
- la prévention des toxicomanies doit être fondée sur des efforts concertés.

CHAMP DE PRATIQUES DE LA PRÉVENTION DES TOXICOMANIES

En accord avec les Orientations ministérielles en toxicomanie, les présentes Orientations en prévention des toxicomanies ont pour but principal de favoriser la santé et le bien-être de la population identifiée à risque de développer un usage inapproprié de substances psychotropes. À cette fin, elles poursuivent les deux objectifs généraux suivants :

- réduire le risque d'un usage inapproprié de substances psychotropes ;
- contrer l'influence négative de facteurs de risque.

Ces orientations en prévention des toxicomanies visent le soutien et l'intégration sociale des personnes à risque. Une telle approche rend difficile la cohabitation avec d'autres approches qui seraient punitives et qui auraient pour effet d'exclure ces personnes et ainsi les mettre davantage à risque.

Le champ de pratiques en prévention des toxicomanies, qui découlent des présentes Orientations, comporte les caractéristiques suivantes :

- la représentation synthèse du champ de pratiques en prévention des toxicomanies telle qu'illustrée à l'annexe 3 de la présente section ;
- l'identification de populations ciblées sur la base des facteurs de risque et des besoins qui les caractérisent et documentée de données épidémiologiques résultant d'études, d'enquêtes et de consultations portant sur les relations entre l'individu, les substances et le contexte ;

- des plans d'actions triennaux comme éléments structurants dans chacune des MRC. Ils traduisent le virage vers des activités de prévention davantage ciblées, vers des clientèles mieux identifiées et dans des milieux plus à risque. Ces plans d'actions comportent les caractéristiques suivantes :
 - visent plusieurs clientèles
 - rejoignent des clientèles dans différents milieux de vie
 - sont validées par les partenaires du milieu
 - misent sur la concertation et le partenariat
 - donnent lieu à un suivi par la Direction de santé publique et d'évaluation
- une multiplicité de cibles d'intervention, soit la personne avec ses caractéristiques individuelles (connaissances, compétences personnelles, parentales et sociales), les milieux de vie (famille, école, loisirs) et la substance en tenant compte des facteurs de risque ou de vulnérabilité ainsi que des facteurs de protection ou de robustesse que chacune de ces cibles comporte ;
- une multiplicité de stratégies préventives concertées (influence, développement des compétences et aménagement des milieux de vie) couvrant une variété de facteurs de risque afin d'accroître les chances de produire un effet sur l'ensemble des facteurs et d'obtenir une efficacité au niveau des interventions ;
- des interventions qui mettent à profit les meilleurs pratiques ou celles jugées prometteuses en prévention des toxicomanies ;
- des interventions qui sont de nature éducative visant ainsi le développement de connaissances, de compétences et de saines habitudes de vie. Il est important de rendre compte de manière plus réaliste et non stigmatisante, de la place qu'occupe l'usage de substances psychotropes dans les stratégies adaptatives ainsi que dans les comportements sociaux de l'individu ;
- des interventions qui s'inscrivent en continuité avec le champ de pratiques du dépistage afin de pouvoir disposer de moyens d'identifier les indices permettant de justifier une orientation en intervention précoce ou en traitement ;
- la mise en pratique de mécanismes de concertation qui suscitent la mobilisation de tous les partenaires impliqués. Cette concertation demande d'établir un langage commun à tous les partenaires et d'harmoniser les interventions en vue d'agir sur les facteurs touchant à plusieurs problématiques psychosociales ;
- des interventions qui font une place importante à l'intersectoriel (principalement le milieu scolaire) en favorisant l'ouverture de collaborations et une plus grande harmonisation des actions avec d'autres secteurs d'activités (ex. : la sécurité publique et les municipalités) permettant de déployer les stratégies de prévention privilégiées.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Dans le cadre des Orientations régionales en prévention des toxicomanies ainsi que des caractéristiques du champ de pratiques qui en découle, les rôles et responsabilités suivants sont identifiés :

Mesures prévues (Rôles et responsabilités)	Acteurs ciblés
1. Assumer le leadership local en matière de concertation en prévention des toxicomanies en lien avec l'application des Plans d'action triennaux :	Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie
2. Se concerter pour offrir des activités préventives auprès des jeunes ciblés, dont les mesures suivantes :	Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie, CSSS Nord et CSSS Sud et leurs constituantes CLSC, Milieu scolaire, Autres organismes communautaires pertinents
2.1 <u>Développer des activités en prévention dans les écoles secondaires</u> : organisation des services en assurant une présence de deux journées par semaine dans chacune des écoles secondaires privées et publiques de Lanaudière :	Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie, Milieu scolaire
2.2 Conclure des <u>ententes de services</u> afin d'assurer une plus grande stabilité et une plus grande continuité dans les rapports de collaboration en milieu scolaire. Le besoin est toujours grand au secondaire d'avoir un intervenant attitré servant de pivot également avec les partenaires publics et communautaires :	Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie, Milieu scolaire
2.3 <u>Consolider les activités en prévention dans les écoles primaires</u> : passer de 70% à 85% d'écoles primaires recevant les services de prévention :	Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie, Milieu scolaire
3. Se concerter pour offrir des activités préventives auprès des <u>parents des jeunes ciblés</u> :	Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie, CSSS Nord et CSSS Sud et leurs constituantes CLSC, Milieu scolaire, autres partenaires concernés
4. Favoriser auprès des <u>femmes en périnatalité</u> , l'adoption d'habitudes propices à la santé et au bien-être en matière d'usage de substances psychotropes à partir des pistes d'intervention identifiées dans le document produit à cet effet (Peterson et Lafrenière, 2002) :	CSSS Nord et CSSS Sud et leurs constituantes CLSC, Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie, Milieu scolaire, autres partenaires concernés

Mesures prévues (suite) (Rôles et responsabilités)	Acteurs ciblés
5. Se concerter pour offrir des activités préventives auprès des <u>jeunes adultes</u> qui présentent des facteurs de risque et qui sont abstinentes ou qui font un usage non-problématique de substances psychotropes :	Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie, CSSS Nord et CSSS Sud et leurs constituantes CLSC, Milieu scolaire, autres partenaires concernés
6. Offrir, au besoin, un <u>support technique à la concertation</u> en prévention des toxicomanies (ex. : ordre du jour, convocation, organisation, animation) :	CSSS Nord et CSSS Sud et leurs constituantes CLSC, Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie, Milieu scolaire
7. Planifier et réaliser la tenue d'activités régionales et locales dans le cadre de la semaine nationale de prévention de la toxicomanie :	Comité régional de coordination en prévention des toxicomanies, Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie, CSSS Nord et CSSS Sud et leurs constituantes CLSC, Milieu scolaire, autres partenaires concernés
8. Planifier avec les partenaires les Orientations régionales ainsi qu'identifier, financer, coordonner, supporter et effectuer le suivi des mesures préventives :	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux (ADRLSSSS) — Direction de santé publique et d'évaluation (DSPÉ), CSSS Nord et CSSS Sud
9. Promouvoir et soutenir des pratiques cliniques préventives : recherche de cas et counselling sur la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes :	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux (ADRLSSSS) — Direction de santé publique et d'évaluation (DSPÉ), CSSS Nord et CSSS Sud, médecins.
10. Promouvoir et soutenir auprès des médecins la recherche de cas et le counselling sur la consommation d'alcool :	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux (ADRLSSSS) — Direction de santé publique et d'évaluation (DSPÉ), CSSS Nord et CSSS Sud, médecins.

ACTIVITÉS DE SOUTIEN

Les mesures de prévention retenues requièrent les activités de soutien que sont la formation, l'appréciation des actions et la recherche. Ces mesures ainsi que leurs activités de soutien requièrent un financement adéquat pour être réalisées. Un exercice de planification budgétaire découlera des présentes orientations.

• Formation

Des besoins importants persistent dans la formation de certains groupes de partenaires majeurs au regard de la compréhension du phénomène des toxicomanies ainsi que de la concertation. Des efforts doivent donc se poursuivre et s'intensifier, notamment en vue de :

- diffuser plus largement les connaissances
- mieux faire connaître les expériences réussies
- se rapprocher encore davantage du terrain
- favoriser les débats d'idées en vue de développer une vision commune entre les partenaires
- augmenter la concertation et la cohérence des interventions

Dans le cadre du plan de formation élaboré par un comité intersectoriel supporté par la Direction de santé publique et d'évaluation pour les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et ceux de l'éducation, la formation devra porter une attention sur les points suivants :

- cibler les intervenants qui devraient bénéficier de ces formations
- s'assurer de la mise à jour compte tenu du roulement de personnel
- identifier les ressources pour offrir ces formations
- prévoir les montants d'argent suffisants pour répondre aux besoins de formation

De plus, la formation doit être accompagnée de représentations stratégiques entre décideurs afin de faciliter l'application des mesures pouvant découler d'une formation. La formation est perçue comme étant une opportunité de développer un rapprochement avec les partenaires des milieux concernés. À cet effet, l'expérience de la formation donnée en Périnatalité s'est avérée très positive et a donné lieu au développement d'une concertation dans ce secteur d'activités.

• Appréciation des actions

L'appréciation des actions était prévue au PROS en toxicomanie afin de nourrir le développement des ressources et accroître l'efficacité des interventions en toxicomanie.

Depuis quelques années, un processus formel de rencontres de suivi est conduit entre la Direction de santé publique et d'évaluation et les organismes communautaires spécialisés en toxicomanie. Ces rencontres ont lieu à quelques reprises à chaque année dans le cadre de l'actualisation des Plans d'action triennaux. Des indicateurs ont été identifiés et acceptés par les différents partenaires impliqués en prévention des toxicomanies. Ces indicateurs permettent d'avoir des informations pertinentes sur les résultats des actions déployées.

Certains de ces indicateurs sont quantitatifs et réfèrent à la performance des organismes. Ils sont à documenter sur une base continue. D'autres indicateurs sont qualitatifs et sont documentés sur une base triennale lors de la tenue du bilan des organismes (ex. : conditions favorables, difficultés rencontrées).

Ce suivi de gestion conduit par les organismes concernés devra se poursuivre dans le cadre de l'actualisation des présentes orientations.

Par ailleurs, les effets des interventions en prévention seront documentés sur les bases suivantes :

- des données obtenues de la littérature sur l'évaluation des programmes
- une intégration de pratiques de prévention jugées efficaces ou prometteuses
- une offre d'activités de qualité
- des observations du personnel des organismes respectifs, de participants et de partenaires portant sur la pertinence, la cohérence, la complémentarité, l'utilité ainsi que la satisfaction en lien avec les activités offertes

Afin de faciliter l'appréciation de ces effets, les organismes impliqués auront à se doter d'outils d'appréciation leur facilitant la conduite de leur bilan évaluatif. À cet effet, de récents projets novateurs de cadres et de méthodes d'autoévaluation dans le secteur communautaire représentent d'importantes sources d'inspiration (l'Association des Alternatives en Santé Mentale de la Montérégie (AASMM), 2003 ; L'R des femmes du Québec, 2002; La Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida : COCQ-Sida, 1999; Le Regroupement des Maisons de jeunes du Québec, 1998).

Le besoin de soutien au développement des organisations représente une justification importante à la conduite de démarches évaluatives. Cependant, il faut convenir d'une approche évaluative qui soit respectueuse de l'autonomie et de la culture des organismes communautaires.

• Recherche

Comme dernière activité de soutien à l'action préventive, les présentes orientations visent l'établissement d'un pont entre les résultats de recherche et le champ des pratiques afin de vulgariser les connaissances scientifiques et les résultats des évaluations ainsi que de les faire connaître aux intervenants et aux décideurs.

Plus spécifiquement, nous avons un besoin, dans Lanaudière, de conduire des enquêtes épidémiologiques avec échantillonnage par MRC et d'études portant sur les interactions du contexte, de l'individu et de la substance.

Cette intégration doit cependant se faire en respectant les processus de mobilisation qui naissent et qui se développent sur la base des consensus liés aux besoins des individus ou des communautés. Elle doit également venir appuyer l'acquisition d'une expertise qui demande pour son propre développement un engagement soutenu dans le champ des pratiques.

ANNEXE 1

Les principaux facteurs de risque

(inspirés des Orientations nationales en prévention des toxicomanies, MSSS, 2001)

Pour toutes les substances psychotropes :

plan individuel :

- un tempérament difficile durant l'enfance
- des comportements antisociaux ou agressifs
- le fait d'avoir un parent alcoolique ou toxicomane
- l'initiation précoce aux substances psychotropes
- des difficultés et des échecs scolaires

environnement immédiat :

- la présence de conflits familiaux
- des conduites parentales inadéquates
- la fréquentation de pairs déviants
- un membre de la famille qui a une consommation inappropriée
- l'isolement
- des conditions de scolarisation ou de travail difficiles

environnement collectif :

- des normes permissives
- la valorisation de certains modèles de consommation à risque
- des lieux tels que les bars et les centres sportifs

facteurs environnementaux :

- la désintégration des milieux de vie
- les secteurs les plus pauvres et les plus désœuvrés d'un territoire
- l'exclusion sociale de personnes
- la judiciarisation

Pour les médicaments psychotropes :

- l'isolement
- la perte d'un être cher
- un grand stress
- la marginalisation
- l'exclusion
- la médicalisation de la détresse
- les attentes et les pressions du patient, de son entourage ou des compagnies pharmaceutiques pour une solution simple, rapide et efficace

Pour les drogues illicites :

- les mesures prohibitionnistes
- le marché noir
- la qualité variable des produits
- la criminalité
- les maladies infectieuses
- les surdoses, etc.

ANNEXE 2

Les principaux facteurs de protection

(inspirés des Orientations nationales en prévention des toxicomanies, MSSS, 2001)

Plan individuel :

- un tempérament positif chez un enfant
- un répertoire d'aptitudes sociales adéquates
- une bonne capacité à résoudre des problèmes
- un sentiment d'efficacité personnelle

Environnement immédiat :

- l'attachement parent-enfant
- un bon environnement familial
- la présence d'un adulte important ou d'un pair aidant

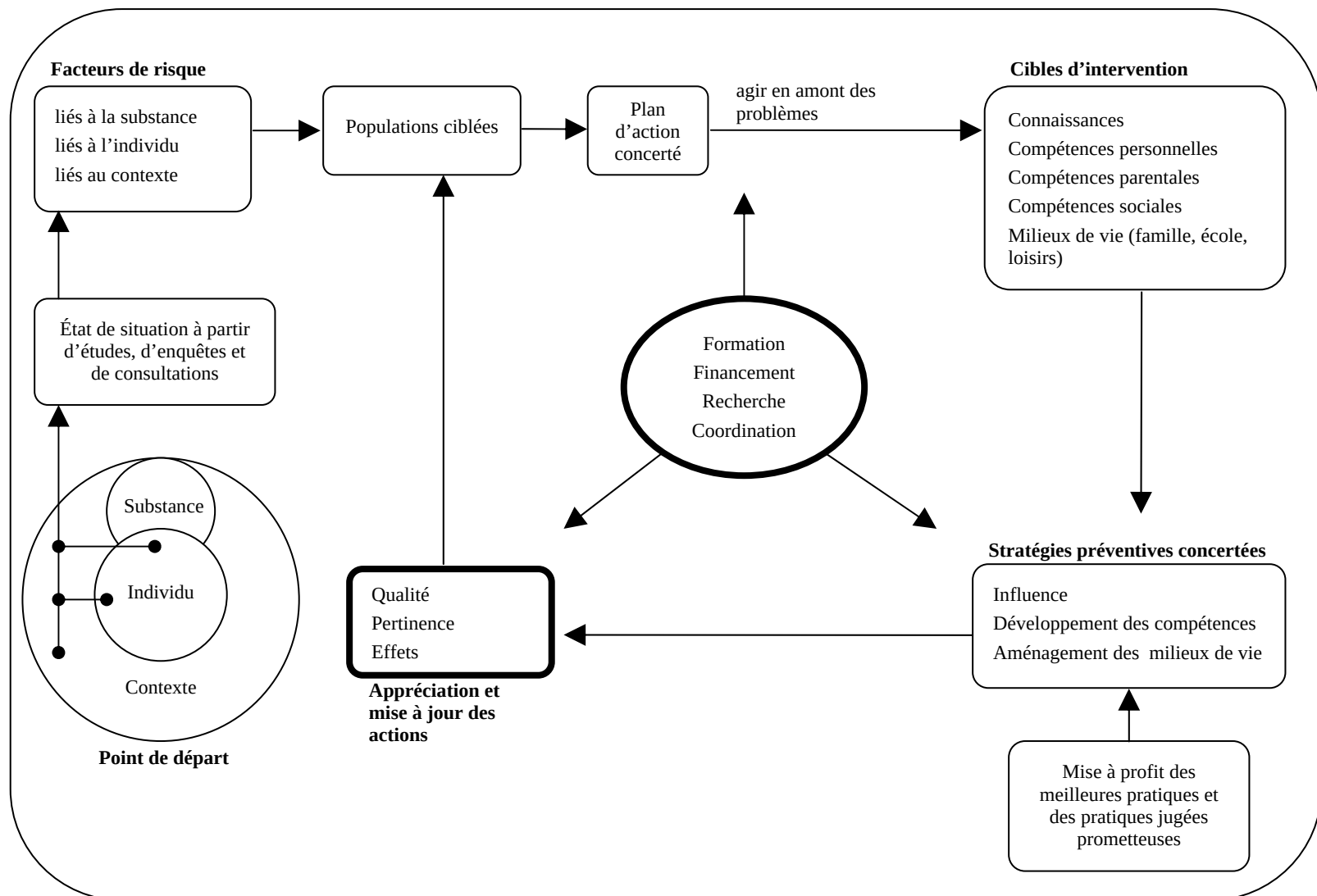
Environnement collectif :

- un réseau de soutien à l'extérieur de la famille
- la qualité de vie qu'offrent des communautés

ANNEXE 3

Cadre de la prévention des toxicomanies

ADRLSSSSL – Direction de santé publique et d'évaluation de Lanaudière



SECTION 6

ORIENTATIONS

DÉPISTAGE ET INTERVENTION PRÉCOCE EN TOXICOMANIE

ORIENTATIONS : DÉPISTAGE ET INTERVENTION PRÉCOCE EN TOXICOMANIE

DÉFINITION DES CONCEPTS

Les concepts « dépistage » et « intervention précoce » sont définis et présentés distinctement afin de mieux circonscrire le champ d'application de chacun et afin de mieux identifier les rôles et responsabilités des différents partenaires au regard de ces deux stratégies.

Concepts pertinents	Définitions
<u>Dépistage</u> :	Dans le domaine de la toxicomanie, le dépistage représente une stratégie d'identification d'une personne ou d'un groupe de personnes présentant ou à risque de présenter un problème de consommation de substances psychotropes. Cette stratégie peut s'appliquer à la population en général ou auprès de personnes de milieux ciblés : milieu scolaire, milieu de vie et services de santé. Dans les milieux d'intervention, le dépistage s'exerce lorsque le motif d'intervention ne concerne pas la consommation. Il vise alors à orienter la personne à risque ou présentant un problème afin d'intervenir de manière la plus précoce possible. Le dépistage peut aussi être utilisé à des fins de protection de la santé publique (ex. : dépistage du VIH-sida chez les UDI).
<u>Intervention précoce</u> :	« Dans le domaine de la toxicomanie, l'intervention précoce représente une stratégie d'intervention appliquée dès l'apparition des premières manifestations de problèmes consécutifs à la consommation de substances psychotropes. Elle consiste en une identification précoce et en une intervention rapide et brève pour modifier le processus en cours. Ainsi, on limite et diminue la durée du problème et sa sévérité en permettant à la personne de retrouver un fonctionnement optimal le plus tôt possible (inspirée de Cormier et coll., 1991, p. 159) ».

APPLICATION DE LA STRATÉGIE DE DÉPISTAGE

Le dépistage en toxicomanie consiste à ce qu'un intervenant se prononce sur la probabilité qu'une personne, ou un groupe de personnes, présente ou soit à risque de présenter un problème de consommation de substances psychotropes et, en conséquence, à préciser le type d'intervention que sa condition générale requiert.

Le dépistage s'avère donc une stratégie d'évaluation brève aux fins d'orientation vers une intervention de prévention primaire, une intervention précoce ou un traitement de la dépendance. Cette stratégie est appliquée dans des lieux dont l'objet d'intervention ne concerne pas spécifiquement la toxicomanie (ex. : maison de jeunes, école, constituantes CLSC des CSSS, cabinet de médecins, urgence hospitalière).

Au cours des cinq prochaines années, il sera important d'avoir une approche pragmatique et réalisable en ce qui concerne le développement de la stratégie de dépistage afin d'utiliser

efficacement les services de prévention, d'intervention précoce et de traitement de la dépendance pour la population Lanaudoise.

Pour ce faire, les Orientations régionales relatives au dépistage comporteront les éléments suivants :

- l'intégration d'une intervention de dépistage dans les constituantes CLSC des CSSS et les organismes communautaires comme composante de la pratique en vigueur ;
- l'implication des équipes-école dans des interventions de dépistage en milieu scolaire en vue d'amener le jeune en difficultés à être orienté vers une ressource d'aide. Ce qui va au-delà des pratiques courantes aux fins de repérage et de déclaration d'infraction aux règlements ;
- l'application d'un dépistage adapté aux personnes, selon certaines caractéristiques qui les distinguent, afin de les rejoindre et de faciliter l'accès aux activités ou aux services que requièrent leurs conditions ;
- l'utilisation d'outils de dépistage qui soient valides ou reconnus pertinents et efficaces pour les différentes personnes ciblées ;
- l'élaboration d'un bref protocole de dépistage qui comporterait :
 - une disponibilité d'outils allant de l'outil standardisé et valide à la pose d'une simple question, comme il se fait par exemple dans certaines écoles primaires à l'ensemble du territoire Lanaudois à l'intérieur de la passation d'un questionnaire plus large (ex. : Y a-t-il une difficulté que tu vis et que tu aimerais partager?).
 - le développement d'une sensibilité pour orienter rapidement le choix des questions de dépistage en fonction de la réalité de l'utilisateur telle que perçue par l'intervenant.
 - des balises pour évaluer la pertinence et la façon de passer un outil en tenant compte de l'état de la personne et de ses antécédents connus.
 - des balises pour donner suite au dépistage au regard des services dispensés mais également de la perspective d'une orientation vers une autre ressource.
- s'assurer que les intervenants aient la formation nécessaire pour développer la sensibilité ainsi que pour disposer des outils, des indicateurs ou de questions spécifiques afin de procéder au dépistage. Cette formation devrait comporter une information concernant les services disponibles et elle devrait être reconduite périodiquement pour répondre aux besoins de mise à jour.

CHOIX DES OUTILS DE DÉPISTAGE

Le dépistage requiert de disposer d'outils valides ou d'indicateurs reconnus pertinents et efficaces pour porter un jugement rapide sur le fait qu'une personne ou un groupe de personnes présente ou soit à risque de présenter un problème de consommation de substances psychotropes. Les outils doivent être choisis en tenant compte des types d'individus et de substances. Leur passation représente aussi une opportunité d'identifier la présence d'autres problèmes.

Les Orientations régionales en toxicomanie comportent donc les éléments suivants sur le choix des outils de dépistage :

- le maintien et la promotion de l'utilisation de l'outil de dépistage développé par le RISQ (DEP-ADO) pour la clientèle jeunesse dans la mesure où cet outil continue à recevoir la faveur des partenaires concernés et plus spécifiquement de ses utilisateurs. Cet élément nécessiterait une formation afin d'en assurer une utilisation plus uniforme ;
- le maintien ou le déploiement de l'utilisation de questions reconnues pertinentes et efficaces par les partenaires pour évaluer le risque de présenter un problème de consommation chez des clientèles spécifiques (ex. : les jeunes du primaire) ;
- le choix et l'utilisation d'un outil permettant d'évaluer le risque de présenter des problèmes de consommation d'alcool, de médicaments ou de drogues chez la clientèle adulte (particulièrement pour les jeunes adultes âgés de 18 à 35 ans, dont les femmes enceintes) en tenant compte des outils développés à ce jour pour la clientèle adulte (ex. : CAGE, MAST, AUDIT, DAST) et en s'inspirant également de l'outil de dépistage développé pour les jeunes ainsi que des typologies de consommateurs ;
- la production, par MRC, d'une fiche présentant les services pour la clientèle adulte disponibles sur le territoire et les informations relatives à leur accessibilité. Cette fiche pourrait comporter également l'adresse Web de sites crédibles permettant aux personnes de procéder de manière valide à une autoévaluation sommaire de leur consommation. S'il y a lieu, une version électronique de cette fiche pourrait être intégrée au site internet des partenaires impliqués dans le continuum de services d'un territoire donné.

CHAMP DE PRATIQUES DE L'INTERVENTION PRÉCOCE

Au Québec, la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992) et plus récemment le Plan d'action en toxicomanie 1999-2001 (MSSS, 1998) ainsi que les Orientations en prévention de la toxicomanie (MSSS, 2001) ont confirmé l'importance fondamentale d'agir le plus précocement possible et le plus fréquemment possible pour prévenir ou diminuer les problèmes de toxicomanies dans la population.

Pour ce faire, les Orientations régionales en matière d'intervention précoce comportent les éléments suivants :

- l'intervention précoce concerne les clientèles qui présentent un niveau faible de problèmes, dont prioritairement les jeunes de 10 à 17 ans et les jeunes adultes de 18 à 35 ans ;
- de façon générale, toute personne qui présente des problèmes reliés à ses consommations d'alcool, de médicaments ou de drogues depuis au maximum une période d'un an serait susceptible d'être visée prioritairement par une intervention précoce. Il en est ainsi des personnes dont les problèmes de consommation semblent associés à des périodes de transition importantes.

Les activités d'intervention précoce devront reposer sur les paramètres suivants :

- s'inscrire dans une démarche d'*empowerment*
- se référer au processus de changement selon le modèle de Prochaska et DiClemente (annexe 1 de la présente section)
- sensibiliser la personne face à son fonctionnement
- situer la consommation dans une perspective plus vaste qui intègre le mode de vie
- mettre l'emphasis sur l'autoévaluation de la consommation
- planifier l'intervention d'une durée maximale de huit sessions
- aider la personne à faire de nouveaux choix de comportements plus responsables
- aider la personne à développer des habiletés nécessaires pour faire face aux transitions
- renforcer les attitudes saines déjà acquises
- viser la réduction de la consommation à des niveaux permettant de réduire au minimum ou de mettre fin aux problèmes associés à la consommation

RÔLES ET RESPONSABILITES

En 1995, le PROS en toxicomanie identifiait comme priorité l'organisation fonctionnelle des CLSC pour faire de l'intervention précoce suite à l'intégration de la stratégie de dépistage.

Il est important de préserver les ententes de collaboration qui s'avèrent satisfaisantes pour les parties. Mais la concertation de services nécessite l'exercice des fonctions d'organisation, de coordination et de suivi.

Bien que la formation en intervention de première ligne a été largement diffusée à l'ensemble du territoire de Lanaudière, des besoins de formation demeurent dans la perspective d'une appropriation plus large et plus systématique du mandat d'intervention précoce par les partenaires dispensateurs.

Les orientations régionales en matière d'intervention précoce comportent le partage des rôles et responsabilités suivants :

Mesures prévues (Rôles et responsabilités)	Acteurs ciblés
1. Poursuite du déploiement de l'intervention précoce sur une base locale en assurant, entre autre chose, l'implantation du programme « Alcochoix plus » dans chacune des constituantes CLSC.	CSSS Nord et CSSS Sud constituante CLSC
2. Arrimer l'intervention précoce avec la fonction de dépistage afin qu'elle puisse acquérir pleinement son sens d'intervenir le plus rapidement possible suite à l'apparition d'un problème.	CSSS Nord et CSSS Sud constituante CLSC, Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie
3. Dans chacun des territoires locaux, assurer la mise en place de mécanismes de coordination, de gestion des litiges ou des impasses ainsi que de formation continue selon les formules privilégiées par les partenaires (ex. : comité de gestion, partenaire désigné) permettant ainsi de favoriser, entre eux, le développement de la concertation en matière de dépistage et d'intervention précoce.	CSSS Nord et CSSS Sud, ADRLSSSS Lanaudière, Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie, autres partenaires concernés
4. Dans chacun des territoires locaux, mettre en place un type d'organisation de service qui répondent aux fonctions et aux tâches relatives au dépistage et à l'intervention précoce et cela dans la perspective d'une complémentarité et d'une continuité de services.	CSSS Nord et CSSS Sud constituante CLSC, Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie autres partenaires concernés
5. Au regard des budgets qui leur sont octroyés à ces fins, dispenser les services d'intervention précoce aux jeunes du primaire en milieu scolaire, aux jeunes 12-17 ans hors scolaire ainsi qu'à leurs parents respectifs. Les acteurs ciblés auront à offrir ces services dans le respect des dynamiques de collaboration existantes et des acquis obtenus d'initiatives déjà en place. Ils auront à planifier, initier, développer ou consolider un partenariat avec les partenaires de différents milieux de vie ou d'intervention fréquentés par ces clientèles (ex. : milieu scolaire, CLSC, Maisons de jeunes et autres organismes de la communauté).	Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie
6. Au regard des budgets octroyés à ces fins, dispenser les services d'intervention précoce aux jeunes fréquentant les milieux scolaires secondaires, les cliniques jeunesse, leurs parents ainsi que la clientèle adulte. Ces services seront offerts en facilitant les rapports de collaboration entre les différents partenaires impliqués dans le continuum de services.	CSSS Nord et CSSS Sud constituante CLSC

Mesures prévues (suite) (Rôles et responsabilités)	Acteurs ciblés
7. Poursuivre des activités d'intervention précoce dans certains milieux, là où le continuum de services n'est pas complété (ex. : jeunes référés par les écoles dans le cadre de protocoles d'entente visant à prévenir l'expulsion). Au fur et à mesure que ces milieux s'organiseront avec les budgets requis, le Tremplin se retirera progressivement afin de se consacrer à sa mission de centre de réadaptation.	Centre de réadaptation le Tremplin Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie

L'entente de services entre les partenaires impliqués sera l'instrument privilégié pour préciser le contenu livrable, les indicateurs choisis, sa durée, les ressources engagées sur les plans humain et financier ainsi que la répartition des rôles et responsabilités entre les différents partenaires sur un territoire donné. Le tout devra assurer le respect du niveau de développement de la concertation, la mise à profit des expertises respectives, la complémentarité des actions ainsi qu'un lieu d'intervention et une offre de services optimale pour la clientèle desservie.

Ces ententes devront s'inspirer du Cadre de référence des services complémentaires élaboré par le ministère de l'Éducation et de l'entente MEQ-MSSS (Gouvernement du Québec, 2003) ainsi que le document support à la production et l'actualisation de Politiques-École relatives à la toxicomanie (Peterson, 2004). Ces documents visent les rapprochements entre les partenaires concernés ainsi que le déploiement de conditions gagnantes pour favoriser le développement d'expériences de concertation.

L'entente de services devra comporter un bilan annuel et un suivi de gestion sur la base des indicateurs qui ont déjà été choisis et qui ont fait consensus auprès des partenaires.

ACTIVITÉS DE SOUTIEN

• Formation

Le mandat de dispenser la formation en dépistage et en intervention précoce à l'ensemble de la région sera laissé aux partenaires locaux impliqués en dépistage et en intervention précoce dans chacune des MRC. Ce mandat devra être assumé de façon telle à mettre à profit l'expertise d'autres partenaires pour venir bonifier le contenu de la formation en vue d'une meilleure connaissance et utilisation des ressources du continuum de services. Par ailleurs, un suivi devra être offert à cette formation pour en faciliter l'application dans les plans d'intervention.

L'annexe 2 de la présente section comporte les éléments de contenu d'une telle formation qui ont déjà été identifiés par un comité de travail du CAP. Ce contenu est susceptible d'être modifié à la lumière des présentes Orientations.

- **Financement**

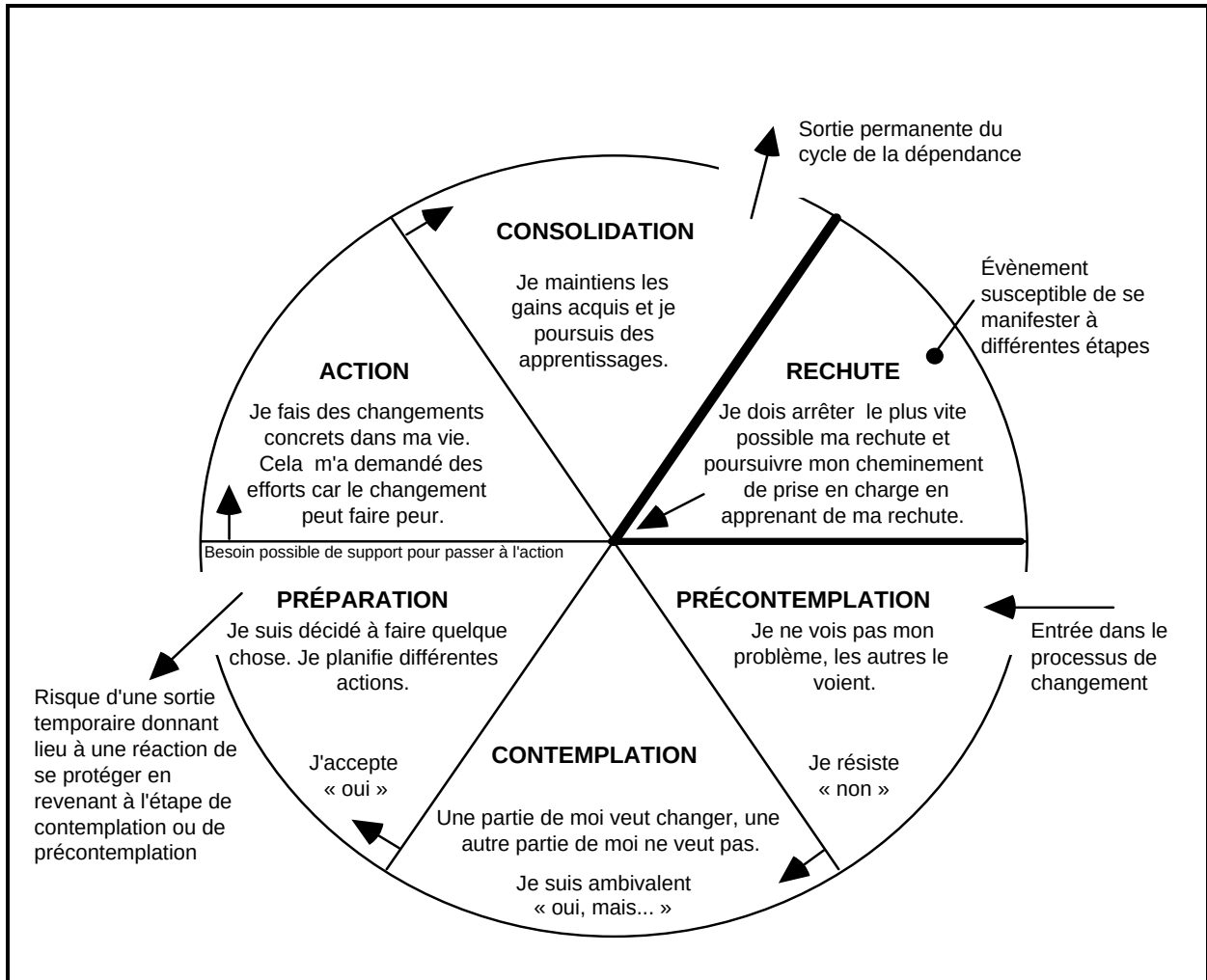
Les mesures relatives au dépistage et à l'intervention précoce demeurent prioritaires à compléter afin d'actualiser le virage préventif et de mettre en place une organisation de services pertinente et efficace en vue de réduire la gravité des problèmes de consommation de substances psychotropes dans la région de Lanaudière. L'efficacité des mesures d'intervention précoce demeure en partie tributaire de leur degré de déploiement.

Un budget sera alloué selon les orientations que prendra le MSSS et du support financier qui sera octroyé à cet effet dans chacune des régions.

ANNEXE 1

Les étapes du modèle de changement

(Prochaska et DiClemente, 1986)



ANNEXE 2

Contenu de formation spécifique au dépistage et à l'intervention précoce

(Peterson, R. 2001)

Clientèle jeunesse

Objectifs spécifiques

- Explorer les pistes d'intervention précoce et de support aux jeunes et aux familles
- Amener les intervenants à prendre en considération les besoins et la réalité des jeunes dans l'établissement d'un plan d'intervention
- Proposer des outils et des modalités d'intervention efficaces auprès des jeunes
- Favoriser l'utilisation de l'outil de dépistage

Contenus

- les facteurs de risque
- la prévention secondaire
 - le dépistage des consommateurs à risque
 - l'évaluation sommaire
 - l'intervention précoce
- le plan d'intervention
- l'intervention
 - les approches à privilégier
 - les indices de la consommation de psychotropes
 - les attitudes et comportements aidants et supportants
 - la modification du comportement
 - la gestion de la consommation
- la référence
 - suite à une évaluation sommaire
 - en fonction des besoins de la personne
 - en fonction des mandats des ressources
 - en fonction des ressources disponibles
- les acteurs en intervention précoce

ANNEXE 3

LISTE DES INDICATEURS POUR LE DÉPISTAGE ET L'INTERVENTION PRÉCOCE DANS L'ANAUDIÈRE

auprès de la clientèle jeunesse des constituantes CLSC et
des organismes communautaires spécialisés en toxicomanie

- Nombre de jeunes différents dépistés ou ayant présenté une demande selon le sexe et le groupe d'âge ;
- Nombre de demandes de services en toxicomanie pour les jeunes selon le type ;
- Nombre de demandes de services en toxicomanie pour les jeunes selon la provenance de la référence ;
- Nombre de jeunes différents ayant fait l'objet d'une intervention précoce selon le sexe et le groupe d'âge ;
- Nombre d'interventions précoces en toxicomanie pour les jeunes selon le type d'intervention ;
- Nombre d'interventions précoces de groupe en toxicomanie et nombre de jeunes selon le sexe ;
- Nombre de références du CLSC vers une autre ressource selon le type de référence.

SECTION 7

ORIENTATIONS

TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE

ORIENTATIONS : TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE

DÉFINITION DES CONCEPTS

Les orientations régionales en matière de Traitement de la dépendance comportent les définitions suivantes :

<u>Réadaptation</u> :	Processus de changement par lequel un individu modifie progressivement ses attitudes, ses comportements et ses pratiques nuisibles en vue de satisfaire ses besoins émotifs et sociaux et de vivre de façon satisfaisante avec son milieu. Il implique une récupération fonctionnelle optimale en mettant à profit les capacités résiduelles ainsi que le potentiel d'apprentissage de l'individu. Prochaska et DiClemente (1986) ont développé un modèle du changement qui permet de rendre compte de ce processus.
<u>Désintoxication</u> :	Processus physiologique par lequel l'organisme métabolise et élimine totalement la présence des substances psychotropes qui ont provoqué l'état d'intoxication. Il comporte des réactions de sevrage d'intensité variable pouvant nécessiter un soutien et mêmes de services médicaux pour en atténuer l'intensité et éviter les complications au niveau de la santé. Il implique également une période de rétablissement permettant à l'individu de récupérer un minimum de fonctionnement physique et psychologique sans être sous l'effet de la substance ainsi que de retrouver un équilibre homéostatique (MSSS, 1990)
<u>Traitement de la dépendance</u> :	Modalité d'intervention planifiée, structurée, orientée et évaluée pour venir en aide à une personne ou à un groupe de personnes qui désirent modifier un état considéré comme indésirable en lien à une dépendance à des substances psychotropes. Cette démarche est basée sur la réalisation d'objectifs de changement dans l'application d'un plan d'intervention.

Les ressources de traitement de la dépendance qui sont investies dans l'actualisation des Orientations en toxicomanie sont le centre de réadaptation public Le Tremplin ainsi que les centres privés en toxicomanie qui disposent de la certification émise par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

CLIENTÈLES CIBLÉES

Les orientations régionales en matière de Traitement de la dépendance ciblent les clientèles suivantes :

- les personnes qui présentent des problèmes modérés ou sévères de toxicomanie et dont les capacités de fonctionnement ainsi que la nature du milieu de vie leur permettent de s'investir dans un traitement externe et donc de demeurer dans leur milieu de vie sans vivre de désorganisation.
- les personnes qui présentent des problèmes modérés ou sévères de toxicomanie et dont l'isolement, la désorganisation, le désœuvrement ainsi que l'état d'intoxications répétées ou continues justifient un retrait de leur milieu ainsi qu'un traitement plus intensif sur une période à court, moyen ou long terme.

Par ailleurs, certaines considérations seront à apporter dans le choix des pratiques concernant les clientèles spécifiques suivantes :

- Clientèle jeunes : une approche familiale est à privilégier. Les critères et les mécanismes de référence et de collaboration entre les différents partenaires impliqués doivent être pertinents et très efficaces pour intervenir rapidement et de manière adaptée aux besoins de traitement des jeunes.
- Clientèle jeunes adultes : cette clientèle se situe souvent entre deux chaises. Trop âgée pour participer à un traitement pour les jeunes ou peu concernée par les préoccupations de la majorité des clientèles dans les traitements pour adultes dont l'âge moyen est nettement plus élevé.
- Clientèle femmes : les femmes toxicomanes qui ont besoin d'un traitement de la dépendance présentent des conditions (ex. : périnatalité) ou des problèmes particuliers (ex. : violence, inceste, troubles psychologiques) en plus de vivre des obstacles à la demande d'aide. Par exemple, celles qui sont monoparentales manquent fréquemment de soutien de garde d'enfants pour se rendre disponibles à s'engager dans un traitement.
- Clientèle 55 ans et plus : plus la clientèle est âgée dans un traitement de la dépendance plus les évaluations et les interventions doivent tenir compte des caractéristiques du vieillissement et de la vieillesse (ex. : vulnérabilité et ralentissement croissant, réévaluation du fondement de son identité). Ce constat demande une redéfinition de la nature, du sens et de la portée de l'intervention offerte compte tenu de l'étape de vie dans laquelle se situe la personne.
- Clientèle avec une comorbidité : cette clientèle présente des problèmes de santé mentale qui peuvent être de type transitoire ou grave. Elle a des particularités qui obligent des rapports étroits de collaboration de manière à mettre en place des stratégies d'intervention adaptées (ex. : traitement concomitant ou intégré) par les ressources de traitement de la dépendance ainsi que celles impliquées dans le traitement de troubles psychiatriques.
- Clientèle judiciarisée : cette clientèle présente des problèmes particuliers par la dimension légale et contraignante de leur statut judiciaire particulièrement lorsqu'elle est incarcérée. Un traitement de la dépendance doit s'inscrire en concomitance avec les interventions judiciaires et tenir compte de l'étape à laquelle la personne est rendue dans son processus judiciaire. Cette approche oblige des rapports étroits de collaboration avec des réseaux différents de services qui peuvent conduire jusqu'à offrir le traitement en milieu carcéral.

Bien que les travaux de révision des orientations en toxicomanie n'aient pas abordé la problématique de la toxicomanie chez les populations autochtones, le suivi des présentes orientations devra comporter une réflexion à cet effet pour identifier principalement les besoins de traitement de la dépendance.

Priorités identifiées sur le plan régional

Après analyse de l'état de situation des besoins, huit priorités ont été retenues. Elles ont fait l'objet d'une position unanime de la part des membres du CAP. Les présentes orientations en toxicomanie intègrent, ici, six de ces priorités qui concernent spécifiquement le

traitement de la dépendance. Les deux autres concernent les orientations en Prévention des toxicomanies.

Ces priorités sont les suivantes:

- services externes au centre Le Tremplin
- services pour la clientèle présentant une comorbidité
- services internes par achat de places dans les centres privés certifiés en toxicomanie
- résidences pour les adolescentes
- services de désintoxication et de dégrisement
- traitement de substitution avec la méthadone

De plus, le MSSS demande à ce que chacune des régions mette en place des mécanismes d'accès concertés et coordonnés à des services spécialisés pour la clientèle jeune et adulte. L'indicateur de suivi pour le mécanisme d'accès jeunesse dans la région de Lanaudière est le nombre de jeunes évalués et référés par un mécanisme d'accès concerté et coordonné à des services spécialisées en toxicomanie.

CHAMP DE PRATIQUES DU TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE

Les orientations en matière de traitement de la dépendance continuent à privilégier le traitement sur une base externe, le plus près possible des milieux de vie, en autant que les caractéristiques de la clientèle le permettent. Cette orientation sur une base externe vaut pour la très grande majorité de la clientèle en besoin de traitement de la dépendance. Cette précision amène à souligner que le traitement en milieu résidentiel peut être privilégié pour la clientèle dont les caractéristiques en justifient l'utilisation (annexe 1 de la présente section).

Les éléments structurants suivants caractérisent le champ de pratiques du traitement de la dépendance :

- l'application d'une stratégie d'appariement qui amène à offrir un traitement qui répond le mieux possible aux caractéristiques de la personne ;
- l'application de critères et de mécanismes de référence qui impliquent de la concertation pour amener les partenaires concernés à s'entendre sur la compréhension de ces critères et de les utiliser pour procéder à l'orientation de la clientèle ;
- une particularisation des ressources de traitement qui favorise la complémentarité des services sur la base des profils distincts de clientèle ;
- l'application de mécanismes d'imputabilité par chacune des ressources de traitement de la dépendance pour assurer la qualité de leurs services et la protection de la population ;
- l'entente de services écrite entre les partenaires du traitement de la dépendance pour structurer les processus de référence et les rapports de collaboration avec un souci d'efficacité. L'entente de services comporte nécessairement les critères et les mécanismes de référence ainsi que les services attendus de part et d'autres. De plus,

elle donne lieu à un suivi de gestion ainsi qu'à une évaluation annuelle conjointe pour en assurer le déploiement de manière satisfaisante pour chacune des parties ;

- l'achat de places en traitement interne pour la clientèle adulte. Cet achat de places pourrait se faire par un budget réservé à cette fin et après que d'autres moyens de paiement aient été explorés et épuisés dans le cadre de programmes gouvernementaux ou de contrats d'assurance. Le nombre de places requis demeure à préciser entre les partenaires selon le budget qui sera consenti à cette priorité ;
- l'identification et le travail d'objectifs inscrits à un Plan d'intervention ;
- la dispensation d'une quantité optimale de traitement en fonction des caractéristiques de la clientèle et de son milieu de vie ;
- la dispensation de services qui favorisent la persévérance dans le traitement auprès de la clientèle ;
- l'exercice d'une fonction de liaison qui implique d'établir et d'entretenir des ponts permettant de faciliter le rapprochement des différentes ressources pour mieux venir en aide à la personne. Cette fonction est assumée par la ressource qui assume la fonction principale d'intervention ;
- l'exercice d'une concertation locale appuyée par un processus de gestion conduit par les décideurs de manière à soutenir les orientations et les résultats attendus. À titre d'exemple, pour la clientèle double problématique, le comité de travail sous-régional portant sur l'intégration des services devrait continuer ses travaux afin d'asseoir davantage les mécanismes de collaboration.

Par ailleurs, le champ de pratiques du Traitement de la dépendance implique minimalement les éléments de contenu suivants :

- l'ajustement personnel, l'intérêt à aider les autres, l'empathie, l'optimisme, ainsi que le réalisme et le pragmatisme comme caractéristiques à privilégier et à mettre à profit chez les intervenants ;
- un travail pro-actif sur la motivation au changement de la clientèle en référant au modèle de Prochaska et DiClemente. Le traitement de la dépendance est susceptible de couvrir, à des degrés divers d'une personne à l'autre, les étapes de contemplation, de préparation, d'action et de maintien ;
- une explication claire et compréhensible de la toxicomanie et des problèmes qui en découlent ;
- la mise à profit des meilleures pratiques reconnues en matière de traitement de la dépendance ;
- la mise à contribution de l'entourage dans le traitement de la dépendance ;
- des activités de prévention de la rechute intégrées à chacun des programmes ;
- des activités dans le cadre du traitement de la dépendance facilitant la planification et l'amorce d'actions de réinsertion sociale ainsi que la référence à des programmes de réinsertion sociale.

Les pratiques en traitement de la dépendance doivent tenir compte des caractéristiques et des vulnérabilités propres aux personnes visées afin de développer des actions qui soient adaptées à leurs besoins et qui s'appuient sur leur potentiel de prise en charge.

La démarche de prise en charge d'une personne aux prises avec des problèmes de toxicomanie est non linéaire, parfois même erratique. Le traitement offert doit donc tenir compte de manière réaliste des caractéristiques de ce processus tout en suscitant et en favorisant le changement. Il doit aussi adapter ses interventions à l'étape à laquelle est rendue la personne. Ainsi, la personne est susceptible de reprendre un traitement à plus d'une reprise sans que sa condition fasse nécessairement l'objet d'un recul ou d'un échec.

OUTILS D'ÉVALUATION

Une démarche d'évaluation doit comporter une appréciation du potentiel de prise en charge d'une personne afin de lui offrir le traitement le plus adapté à ses besoins. Les objectifs d'intervention doivent être bien définis au regard des apprentissages à faire dans les différentes sphères de fonctionnement de la personne.

Les orientations régionales en matière de Traitement de la dépendance amènent l'utilisation d'outils aux fins d'évaluation sommaire et d'évaluation de la gravité des problèmes de toxicomanie. Ainsi, il est privilégié les mesures suivantes :

- utiliser un outil d'évaluation sommaire standard aux fins d'orientation
- utiliser un outil d'évaluation standard de la gravité de la toxicomanie au regard des différentes sphères de fonctionnement de la personne, soit l'IGT

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Les partenaires impliqués dans le Traitement de la dépendance doivent définir de manière précise leurs rôles, leurs responsabilités ainsi que leurs objectifs de manière à mieux cibler et mieux dispenser leurs interventions aux clientèles ciblées.

Les orientations régionales en matière de Traitement de la dépendance donnent lieu à l'identification des rôles et responsabilités qui suivent :

Rôles et responsabilités	Identification des partenaires responsables
Offrir un programme de traitement de la dépendance ainsi que des services de désintoxication dans toutes les MRC aux clientèles jeunes et adultes :	CSSS Nord — Centre de réadaptation Le Tremplin

Rôles et responsabilités (suite)	Identification des partenaires responsables
Offrir un programme de traitement de la dépendance pour la clientèle ayant une comorbidité de type transitoire :	CSSS Nord — Centre de réadaptation Le Tremplin
Offrir dans le Nord et le Sud un suivi intensif concomitant pour la clientèle ayant une comorbidité et présentant des problèmes graves :	CSSS Nord — Centres de réadaptation Le Tremplin et Le Parcours, CSSS Sud, Propulsion Lanaudière (pour le Sud)
Offrir un programme de substitution avec la méthadone :	CSSS Nord — Centre de réadaptation Le Tremplin
Offrir un programme de traitement de la dépendance pour la clientèle judiciarisée dont particulièrement celle en milieu carcéral :	CSSS Nord — Centre de réadaptation Le Tremplin (externe), Centres privés certifiés en toxicomanie (interne)
Offrir un traitement de la dépendance avec hébergement pour la clientèle hommes, ado / adulte avec des facilités pour la désintoxication :	CSSS Nord — Centre de réadaptation Le Tremplin
Offrir un traitement de la dépendance avec hébergement pour la clientèle femmes adultes avec des facilités pour la désintoxication :	CSSS Nord — Centre de réadaptation Le Tremplin
Offrir de l'hébergement et des services de réadaptation à la clientèle jeunesse du Versant :	Centres Jeunesse, Centre de réadaptation Le Tremplin, Commission scolaire Les Affluents
Offrir des services d'évaluation des troubles psychiatriques et s'impliquer, au besoin, dans l'élaboration des plans d'intervention :	Services de psychiatrie du CSSS Nord et du CSSS Sud
Offrir des activités pour planifier et initier la Réinsertion sociale :	CSSS Nord — Centres de réadaptation Le Tremplin, Centres privés certifiés
Élaborer et mettre en place un mécanisme d'accès aux services pour les clientèles jeunes et adultes :	CSSS Nord — Centre de réadaptation Le Tremplin
Offrir une coordination régionale :	CSSS Nord et CSSS Sud, Table d'arrimage sur les dépendances
Attribuer des budgets visant à développer, à consolider et à assurer la récurrence des programmes de traitement de la dépendance dans le respect des priorités de développement :	MSSS ADRLSSSS de Lanaudière

ANNEXE 1

Critères susceptibles de donner lieu à une référence en traitement interne

- désorganisation ou dysfonctionnement marqué dans les différentes sphères de vie (psychologique, physique ou sociale)
- impuissance suite à des échecs répétés lors de traitement sur une base externe
- besoin d'arrêt d'agir (pour un court séjour)
- besoin de prendre une distance du mode de vie problématique
- peu ou pas de support dans le milieu
- besoin de faire une démarche intensive pour restructurer son fonctionnement
- besoin de milieu d'appartenance où la personne peut vivre des succès dans la satisfaction des besoins de base et se développer un réseau de support
- attentes et motivation du client
- disponibilité de ressources
- pression du milieu

SECTION 8

ORIENTATIONS

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AVEC LA MÉTHADONE

ORIENTATIONS : TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AVEC LA MÉTHADONE

DÉFINITION DES CONCEPTS

Les orientations régionales en matière de Traitement de substitution avec la méthadone comportent les définitions suivantes :

<u>Méthadone</u> :	Analgésique opioïde synthétique qui agit principalement sur les récepteurs opiacés de type mu. La méthadone prévient l'apparition du syndrome de sevrage à l'héroïne et elle est bien absorbée par voie orale. Lorsque administré à dose adéquate, ce médicament permet de maintenir la personne en état d'équilibre en compensant la présence du phénomène de neuroadaptation. Sa longue durée d'action (24 à 36 heures) permet une seule prise par jour, au contraire de l'héroïne qui est typiquement consommée de deux à quatre fois au cours de la même période par voie intraveineuse.
<u>Traitement de substitution avec la méthadone</u> :	Les programmes de méthadone couvrent trois modalités d'intervention différentes, soient : <u>les programmes de désintoxication</u> (Perreault et coll., 2001) Ce type de programme constitue un sevrage médical qui vise à ce qu'une personne dépendante aux opioïdes cesse ses consommations. Sa durée varie habituellement de 12 à 49 jours selon qu'il est offert en centre hospitalier ou sur une base externe. Il donne lieu à une période de stabilisation de la dose de méthadone suivi d'une diminution progressive jusqu'à l'arrêt complet. Il est fréquent et en demande de la part des héroïnomanes, particulièrement sur une base ambulatoire. Dans les faits, la demande de désintoxication se manifeste souvent lors de crise. À cet égard, son efficacité serait observée pour atténuer la crise et il pourrait faciliter l'engagement éventuel dans un traitement prolongé.
	<u>Les programmes de substitution prolongée ou de maintien à la méthadone</u> (Perreault et coll., 2001) Ce type de programme est offert sur une base externe et vise traditionnellement à ce qu'une personne dépendante aux opioïdes cesse ses consommations tout en apportant des changements positifs au niveau de son bien-être, de sa santé et de ses habitudes de vie. Dans les faits, le niveau de contrôle de l'abstinence s'avère variable et un sevrage très progressif peut être conduit en cours de traitement. De plus, les modalités diffèrent en ce qui concerne le dosage maximal de la méthadone, le type de soutien thérapeutique offert et la durée du traitement. Cette durée est fréquemment d'au moins 12 mois. Le programme est plus ou moins contraignant en fonction du niveau de stabilité du client. À cet égard, les programmes de substitution offerts par les médecins de première ligne constituent un modèle d'intervention plus souple répondant ainsi à la clientèle stabilisée.

	<u>Les programmes à exigences peu élevées</u> (Perreault et coll., 2001) Dans ces programmes, la méthadone est prescrite sans exigence d'abstinence, sans test d'urine ni suivi psychosocial systématique. Ils visent ainsi à rejoindre un maximum d'usagers afin de réduire les risques et les méfaits relatifs à la consommation d'opioïdes, en favorisant les contacts répétés avec le système de santé. Ces usagers sont très souvent dans une situation précaire.
<u>Efficacité du traitement à la méthadone :</u>	De manière générale, l'efficacité des programmes de méthadone dépend de l'utilisation que l'on fait du produit, du choix de la clientèle à qui on l'administre et de l'ensemble des mesures de support psychosociales disponibles en plus de la médication et des soins de santé (Barbeau, Brabant et Lauzon, 2000). Les indicateurs d'efficacité sont également variables. Ils peuvent concerner la persistance dans le traitement, le niveau de consommation, le niveau de santé, les états psychologiques ainsi que les habitudes de vie et les conduites associées à la consommation.

CLIENTELE CIBLÉE

Les Orientations régionales en matière de traitement de substitution avec la méthadone comportent les critères d'admission suivants :

- être âgé au moins de 18 ans
- résider dans la région de Lanaudière
- abuser d'héroïne et être évalué dépendant aux opioïdes par un intervenant spécialisé du centre de réadaptation Le Tremplin

Par ailleurs, certaines considérations particulières doivent être apportées dans le choix des pratiques concernant les clientèles spécifiques suivantes :

- les femmes enceintes
- la clientèle présentant une comorbidité
- les personnes sans domicile fixe
- la clientèle en milieu carcéral
- les personnes âgées de moins de 18 ans

CHAMP DE PRATIQUES DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AVEC LA MÉTHADONE

Le traitement de substitution avec la méthadone comporte les grandes orientations suivantes :

- un respect du cadre légal
- un cheminement qui implique des étapes relatives :
 - à l'ajustement de la dose de méthadone pour éliminer les symptômes de sevrage et de diminuer, voire d'éliminer le « craving »
 - au maintien du fonctionnement de la personne une fois la dose de méthadone ajustée
 - à une possibilité de sevrage de la méthadone par une diminution graduelle de la dose jusqu'à l'arrêt
- une durée de programme non limitée

Le traitement de substitution avec la méthadone comporte les caractéristiques suivantes :

- des objectifs à court, moyen et long terme qui sont en lien direct avec les différents avantages identifiés à l'annexe 1 et qui se travaillent dans le cadre d'une relation thérapeutique avec un intervenant principal ;
- des composantes de programme telles qu'identifiées à la première section du tableau des rôles et responsabilités. Ces composantes se retrouvent avec des formes ou des degrés d'intensité variables en fonction des besoins et de l'étape de cheminement de la clientèle ciblée. Il est important que ces composantes soient offertes dans une représentation de services complets et intégrés ;
- l'intégration de meilleures pratiques en fonction des besoins et de l'étape de cheminement de la clientèle (annexe 2) ;
- un encadrement qui implique le respect de certaines règles qui doivent être incluses dans un contrat thérapeutique, dont être abstinent d'opioïdes, de respecter les heures de rendez-vous, de fournir des spécimens d'urine et de commettre aucun acte criminel ou d'acte de violence au regard des activités du programme ainsi que des lieux et des personnes impliqués.

À l'expérience, des besoins de services ont été clairement identifiés et s'inscrivent dans les présentes orientations. Ces besoins en développement de services sont les suivants :

- consolider le programme actuel et en assumer la pérennité
- développer les liens avec le réseau communautaire (ex. : Maison Sainte-Famille pour les personnes atteintes du VIH-sida)
- consolider et développer les liens avec les pharmaciens
- développer les liens avec le secteur de la santé mentale
- mettre sur pied un processus d'évaluation du programme

Un budget de développement est donc requis pour le traitement de substitution avec la méthadone afin de répondre à un plus grand nombre de personnes dans le besoin et afin de diminuer les coûts pour la communauté Lanaudaise. Il faut ainsi rendre plus accessibles les services, les médecins, les pharmaciens et les services psychosociaux.

OUTILS D'EVALUATION

Le traitement de substitution avec la méthadone devrait comporter l'utilisation des outils d'évaluation suivants :

- le dépistage urinaire disponible dans la région de Lanaudière
- l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)
- le DSM-IV pour la dépendance à l'héroïne

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Les orientations régionales en matière de traitement de substitution avec la méthadone amènent l'identification des rôles et responsabilités suivants :

Rôles et responsabilités	Identification des partenaires responsables
Dispenser un programme de substitution avec la méthadone comportant des ententes de services avec les autres partenaires impliqués et incluant les composantes suivantes : - des services d'approche ; - une évaluation biopsychosociale et médicale ; - un contrat thérapeutique et des objectifs de traitement ; - des prescriptions et des doses optimales de méthadone ; - des traitements médicaux et des soins nursing ; - un suivi médical ou nursing ; - une prévention des maladies infectieuses ; - une promotion de la santé ; - un traitement de l'abus d'autres substances ; - un suivi psychosocial individuel, de couple ou familial ; - un suivi psychosocial à l'entourage ; - des services de santé mentale ; - des règles à respecter ; - des tests de contrôle de la consommation ; - des liens avec d'autres services de la communauté. Identifier les répondants médical et clinique : Appliquer un suivi de gestion :	CSSS Nord — Centre de réadaptation Le Tremplin
Assurer la distribution contrôlée de méthadone aux participants au programme et procéder au dépistage urinaire : Collaborer aux ententes de services du programme :	Pharmaciens participants
Procéder aux tests de dépistage sur la consommation d'opioïdes, de benzodiazépines, de cocaïne ainsi qu'au besoin, d'alcool et de cannabis :	CSSS Nord

Rôles et responsabilités (suite)	Identification des partenaires responsables
Offrir au besoin un traitement interne à la clientèle du programme en collaboration avec l'équipe de méthadone du Tremplin dans le cadre d'ententes de services :	Centres privés certifiés en toxicomanie
Collaborer aux ententes de services du programme en offrant, au besoin, une expertise en évaluation psychiatrique ainsi qu'en offrant un traitement en santé mentale :	Services psychiatriques du CSSS Nord et du CSSS Sud
Collaborer aux ententes de services en offrant des services répondant à des besoins spécifiques de réinsertion sociale de la clientèle :	Organismes communautaires en support à la réinsertion sociale
Collaborer, au besoin, aux activités de protection et de promotion de la santé du programme :	ADRLSSSS Lanaudière— Direction de santé publique et d'évaluation
Offrir un suivi de gestion relatif au déploiement du programme au regard des orientations décidées :	MSSS ADRLSSSS Lanaudière CSSS Nord

ACTIVITÉS DE SOUTIEN

• Information et formation

Les orientations régionales en matière de traitement de substitution avec la méthadone incluent les activités de soutien suivantes à offrir par le centre de réadaptation Le Tremplin :

- offrir des activités d'information auprès de la population et des différentes ressources de la région portant sur le traitement de substitution avec la méthadone ;
- veiller à offrir des activités de formation auprès des professionnels concernés portant sur la pertinence, les orientations et les caractéristiques du programme de substitution avec la méthadone ;
- assurer un suivi auprès des participants ayant obtenu une telle formation afin de susciter davantage chez eux un engagement professionnel au développement du programme.

ANNEXE 1

Les avantages possibles d'un programme de substitution avec la méthadone

Les avantages à court terme suivants peuvent découler du traitement de substitution avec la méthadone :

- une plus grande rétention en traitement de la clientèle
- l'accès à une source stable de médicaments légaux et de qualité
- la réduction ou l'empêchement des symptômes de sevrage
- la neutralisation de l'effet d'opioïdes autres que la méthadone
- la diminution de la consommation des opioïdes et d'autres substances telle la cocaïne
- la diminution de certaines activités criminelles
- la diminution des comportements à risque se rapportant à l'injection de drogues
- la diminution d'autres comportements à risque se rapportant à la transmission du VIH et d'hépatites

Les avantages à moyen et long terme suivants peuvent découler du traitement de substitution avec la méthadone :

- l'amélioration de la santé physique et mentale
- la réduction des complications lors de la grossesse et la protection du fœtus
- la diminution de la mortalité
- la diminution des activités criminelles
- la diminution de la transmission du VIH
- la stabilisation du fonctionnement
- l'amélioration de la vie familiale et en société
- une plus grande insertion sur le marché du travail
- l'amélioration de la qualité de vie

Le traitement de substitution avec la méthadone comporte également des avantages financiers importants pour la société. Pour chaque dollar consacré au traitement à la méthadone, la communauté réalise des économies de l'ordre de 4 à 13 dollars US (Stoller et Bigelow, 1999).

ANNEXE 2

Meilleures pratiques dans le traitement de substitution avec la méthadone

(Santé Canada, 2003)

Conception et mise au point des programmes

- clarté et entente sur les principes directeurs du programme
- clarté des objectifs du traitement qui peuvent être différents entre les décideurs, les intervenants et les usagers
- accent mis sur l'engagement et la rétention
- orientation axée sur le maintien
- approche axée sur les besoins des usagers avec de meilleures stratégies d'approche
- accessibilité des services en termes de coûts, d'heures et d'emplacement
- services complets intégrés
- participation des usagers à leur traitement
- mise à contribution des ressources de la communauté
- disponibilité de ressources suffisantes

Politiques des programmes

- critères d'admissibilité ouverts avec consentement éclairé
- évaluation rapide, complète et continue
- intervention immédiate lors de situation de crise
- dosage individualisé suffisant et surveillé
- durée illimitée du traitement
- critères de renvoi clairs
- attitude non punitive devant la consommation d'autres drogues pendant le traitement
- sevrage graduel axé sur les objectifs de l'utilisateur

Modes d'administration du traitement

- continuité de l'administration du programme de façon à répondre aux besoins de différentes personnes de groupes particuliers à différentes étapes de leur traitement

Milieu d'intervention

- équipe multidisciplinaire intégrant dans le programme les intervenants de différentes ressources
- ressources humaines adéquates et stables avec une définition claire et cohérente des rôles et responsabilités
- souplesse des modalités
- disponibilité de modalités de traitement différentes
- compétences, attitudes et comportements suffisants et adaptés
- relations mutuelles et soutien incluant la formation, le mentorat et la supervision
- milieu d'intervention favorisant les relations de confiance
- approche organisée et structurée
- sécurité assurant la protection contre toutes formes de violence
- collecte et partage de l'information qui soient pertinents, utiles et confidentiels
- formation continue suffisante
- évaluation du programme afin d'en améliorer l'offre de services

SECTION 9

ORIENTATIONS

**REINSERTION
SOCIALE**

ORIENTATIONS : REINSERTION SOCIALE

DÉFINITION DES CONCEPTS

Les orientations régionales en matière de Réinsertion sociale comportent les définitions suivantes :

<u>Insertion sociale</u> :	Processus de socialisation, unique à chacun, par lequel l'individu déploie des aptitudes personnelles et relationnelles pour établir des liens fonctionnels à l'extérieur de la famille immédiate dans le but de satisfaire un besoin d'affiliation mais aussi pour répondre à des aspirations en termes de travail, de loisirs et d'intimité en vue d'acquérir une place reconnue dans la société.
<u>Réinsertion sociale</u> :	Étape dans la démarche de réadaptation de la personne qui l'amène à établir ou rétablir le dialogue avec ses proches et la communauté. Elle comporte le développement ou la consolidation de connaissances, de compétences et de modes d'expression qui lui permettront concrètement de mener à bien ses activités de loisirs, de travail ou d'études et d'acquérir un style de vie dans lequel elle sera à même d'entretenir son autonomie et de se fixer et de poursuivre ses objectifs de vie (définition adaptée de celle du MSSS, 1998).
<u>Intégration sociale</u> :	Processus individualisé de prise en charge qui amène la personne à vivre de manière adaptée et harmonieuse avec son milieu de vie en faisant valoir et respecter ses droits et en assumant ses devoirs en tant que citoyen. Elle implique un engagement global qui se reflète dans les différentes sphères du fonctionnement de la personne et qui se concrétise par le sentiment d'avoir sa place et de jouer son rôle de citoyen dans la société.
<u>Réintégration sociale</u> :	Étape dans la démarche de réadaptation de la personne qui l'amène à se réapproprier un statut de citoyen permettant une intégration sociale. Cette citoyenneté passe notamment par l'accès à un revenu décent, à un logement convenable, à la capacité de se nourrir et de se vêtir, de participer à des activités courantes de loisirs, d'assumer des responsabilités dans un rôle social qui lui est propre et valorisant ainsi que de faire respecter ses droits de citoyens.

CLIENTÈLES CIBLÉES

Les orientations régionales en matière de Réinsertion sociale ciblent la clientèle suivante :

- les personnes qui présentent des problèmes de toxicomanie qui sont abstinentes ou qui font un usage approprié de substances psychotropes, qui ont déjà participé à un traitement de la dépendance et qui présentent un niveau faible ou très faible d'insertion sociale au regard de l'alimentation, de l'habillement, du logement, de l'hygiène, de la condition économique, des études et du travail, des loisirs ainsi que de la socialisation.

Cette priorité accordée aux personnes présentant un niveau faible ou très faible d'insertion sociale ne doit pas faire perdre de vue la nécessité d'apporter également une aide et un soutien à l'insertion ou à la réinsertion sociale de toute personne en démarche de réadaptation qui présente un niveau moyen d'insertion sociale. Il en va de la capacité d'assurer une continuité de l'intervention afin de favoriser la consolidation des acquis.

Par ailleurs, certaines considérations sont à apporter dans le choix des pratiques concernant les clientèles spécifiques suivantes :

- Clientèle 12-17 ans : il serait plus à propos de parler d'insertion et d'intégration sociale pour rendre compte de l'absence d'expérience de compétences antérieures sur le plan de la prise en charge et de l'autonomie dans la communauté. Pour cette clientèle, on parle principalement de réinsertion ou de réintégration en milieu scolaire alors que la notion d'insertion concerne le marché du travail. Les familles sont très fréquemment à inclure comme clientèle pour tenter de mieux venir en aide aux jeunes.
- Clientèle 18-25 ans : ces personnes présentent souvent des caractéristiques qui sont associées à celles de la clientèle 12-17 ans ou de la clientèle adulte.
- Clientèle adulte : ces personnes présentent souvent des problèmes de santé mentale, de VIH/Sida, de justice ou d'itinérance. Cette clientèle a des particularités qui obligent le déploiement de stratégies d'intervention adaptées ainsi que des collaborations étroites avec des partenaires des secteurs d'intervention associés à ces différentes problématiques. Plus cette clientèle est chronique plus une intervention de réinsertion sociale est susceptible de comporter une aide à satisfaire les besoins de base.
- Clientèle 55 ans et plus : ces personnes sont susceptibles de vivre des conditions de grand isolement consécutif à l'effritement de leur tissu social, la perte d'une autonomie fonctionnelle ou les risques associés à une plus grande vulnérabilité. Déjà marginalisées par une condition d'anomie, ces clientèles posent un défi sur le plan du sens et de la portée d'une action de réinsertion sociale qui miserait sur les sentiments d'appartenance et d'utilité. Plus la chronicité est présente plus la clientèle est susceptible de vivre un vieillissement prématuré ainsi que des conditions psychosociales associées à la vieillesse.

Il est noté que le critère d'âge pour catégoriser les clientèles n'est pas absolu. Il ne doit donc pas être appliqué de manière rigide. On doit aussi tenir compte des caractéristiques biopsychosociales d'une personne pour déterminer sous quel type de clientèles elle devrait être aidée.

CHAMP DE PRATIQUES DE LA REINSERTION SOCIALE

La réinsertion sociale en toxicomanie est plus qu'une simple étape de transition, de travail de maintien des acquis ou de prévention de la rechute suite à un traitement. Elle revendique une identité propre comme champ de pratiques et maillon du continuum de services. Il est donc important de définir les contours des pratiques en réinsertion sociale.

Les pratiques en réinsertion sociale doivent tenir compte des caractéristiques et des vulnérabilités propres aux personnes visées afin de développer des actions qui leur soient adaptées et qui s'appuient sur leur potentiel de réinsertion sociale.

Une démarche de réinsertion sociale est un processus d'avancés, de reculs et de confrontation à la réalité. Elle s'inscrit, comme l'ensemble du processus de réadaptation, dans une représentation non linéaire du changement. La personne est appelée à mettre à l'épreuve les gains réalisés en cours de traitement.

Tout moyen utilisé pour prévenir la désaffiliation et pour susciter une reconnaissance et des sentiments d'appartenance et d'utilité dans la communauté s'inscrit dans une pratique de réinsertion sociale. Toutefois, Il devient parfois souhaitable de changer de milieu de vie ou de réseau d'appartenance pour être capable de se réinsérer socialement.

Les services de réinsertion sociale s'affairent prioritairement à aider la personne à passer à l'action par des gestes concrets de prise en charge et d'autonomie. Les activités relatives au maintien d'une fonctionnalité au quotidien doivent y être privilégiées au regard de la satisfaction des besoins de base. La capacité d'une personne de prendre des décisions, de résoudre des problèmes ainsi que de gérer ou d'organiser son temps et ses ressources s'avère alors constamment mise à contribution.

Les orientations régionales en toxicomanie au regard de la réinsertion sociale comportent le champ de pratiques suivant :

- la référence au modèle de Prochaska et DiClemente pour se représenter la réinsertion sociale dans le processus de changement ainsi que pour identifier les stratégies à privilégier pour susciter la motivation au changement principalement à l'étape de consolidation.
- le cadre d'intervention en réinsertion sociale tel qu'identifié à l'annexe 1 de la présente section. Ce cadre est privilégié pour structurer et orienter l'intervention spécialisée en Réinsertion sociale.
- la mise à contribution de l'entourage dans le processus de réinsertion sociale.
- l'identification des besoins relationnels, communautaires et professionnels (annexe 2 de la présente section).
- l'identification de projet personnel d'insertion ou de réinsertion sociale à réaliser comme point d'ancrage de ce champ de pratiques. Ces points d'ancrage permettent de susciter chez la clientèle un intérêt, un engagement et une identification.
- l'exercice d'une fonction liaison implique d'établir et d'entretenir des ponts permettant ainsi de faciliter le rapprochement des différentes ressources pour mieux venir en aide à la personne. Cette fonction est assumée par la ressource qui assume la fonction principale d'intervention.

Pour les personnes n'ayant plus recours à un traitement de la dépendance mais présentant une condition d'isolement et de désaffiliation, des stratégies de relance et de soutien sont nécessaires afin de leur venir en aide dans leur milieu.

- la mise en place de mécanismes de concertation, formels et informels, pour faciliter les collaborations à l'ensemble du continuum de services, et plus particulièrement pour les clientèles avec une comorbidité pour lesquelles il est grandement souhaitable de travailler conjointement.

- la tenue périodique de rencontres d'arrimage entre les intervenants pour encadrer et orienter cette pratique.
- la disponibilité d'une formation pour développer l'expertise en matière de Réinsertion sociale en toxicomanie dans la région.

Par ailleurs, le champ de pratiques de la Réinsertion sociale implique les éléments plus spécifiques ou complémentaires suivants :

- des activités dans le cadre du traitement de la dépendance facilitant la planification et l'amorce d'actions de réinsertion sociale ainsi que la référence à des programmes de réinsertion sociale ;
- un programme de prévention de la rechute disponible dans chacune des MRC comme support à la réinsertion sociale ;
- un programme de réinsertion sociale en toxicomanie dans chacune des MRC afin de faciliter l'identification et la réalisation de projets de réinsertion sociale ;
- l'exercice d'une coordination régionale par la prise de position des décideurs concernés ;
- des ressources de garde (répit famille) pour aider les parents (et principalement de jeunes mères) qui veulent s'insérer dans une démarche de réinsertion sociale ;
- un accès à une ressource d'hébergement, si nécessaire après évaluation ;
- l'utilisation, au besoin, des services d'assistance pour la nourriture, les vêtements, le logement et le budget ;
- des ressources d'entraide dans la communauté ;
- l'utilisation de ressources dans la communauté pour organiser des activités éducatives, sociales, culturelles et sportives ;
- le développement de collaborations avec les établissements d'enseignement et les ressources impliquées dans la formation de la main d'oeuvre et de la recherche d'emploi. Plusieurs organismes sont déjà investis dans la réinsertion sociale de différentes clientèles (Ex. : SEMO, Carrefour Jeunesse Emploi, Centre local d'emploi). Elles peuvent jouer un important rôle de réinsertion auprès des clientèles en toxicomanie ;
- des interventions pour s'assurer de la conformité des statuts civil, social et juridique de la clientèle ;
- l'accessibilité à des moyens de transport lorsque requis en mettant à profit les services des Centres d'actions bénévoles.

OUTILS D'ÉVALUATION

Une démarche d'évaluation doit comporter une appréciation du potentiel de réinsertion sociale d'une personne afin de lui offrir l'aide et les services les plus adaptés à ses besoins. Les objectifs d'intervention doivent être bien définis au regard des gains à consolider et des apprentissages à faire aux niveaux des huit dimensions sociales que sont l'alimentation, l'habillement, le logement, l'hygiène, la condition économique, les études et le travail, les loisirs ainsi que la socialisation.

Les Orientations régionales en matière de réinsertion sociale amènent l'utilisation d'un outil d'évaluation du potentiel de réinsertion sociale de la personne aux prises avec des problèmes de consommation. Ainsi, il est privilégié la mesure suivante :

- utiliser un outil d'évaluation du niveau de réinsertion sociale sur la base des éléments identifiés dans le champ de pratiques, tel que celui réalisé dans les régions de Québec et de Chaudière-Appalaches ;
- utiliser les ressources existantes en lien avec les aspects plus spécifiques, tels l'évaluation des compétences à l'emploi (McPhee, 1989 dans Boivin 2001) ainsi que l'importance et le sens du travail (Kanungo 1982 dans Boivin, 2001).

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Les partenaires impliqués en réinsertion sociale doivent définir de manière précise leurs rôles, leurs responsabilités ainsi que leurs objectifs de manière à mieux cibler et mieux dispenser leurs interventions aux clientèles ciblées.

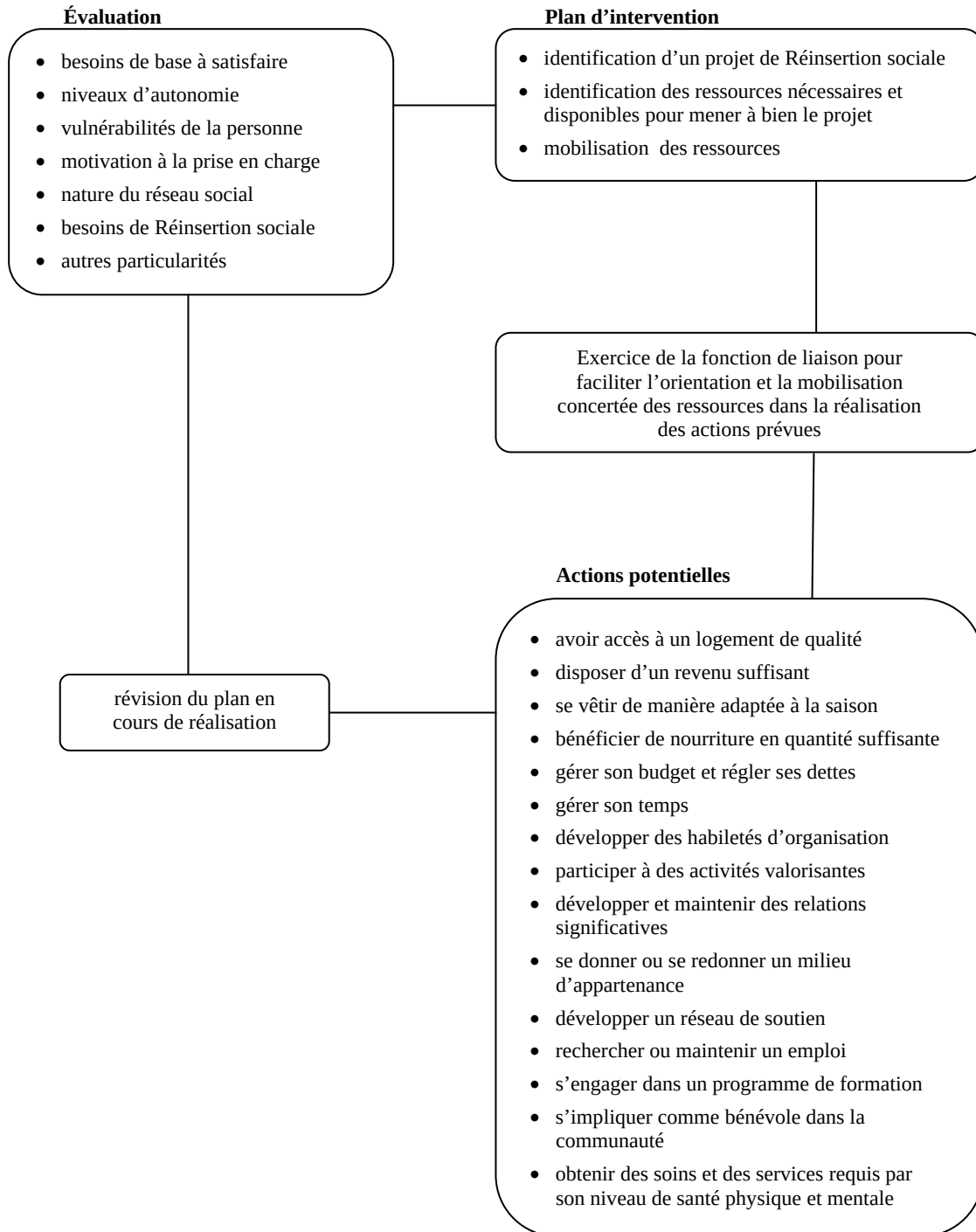
Les orientations régionales en matière de réinsertion sociale donnent lieu à l'identification des rôles et responsabilités suivants :

Rôles et responsabilités	Identification des partenaires responsables
Offrir des activités pour planifier et initier l'action de Réinsertion sociale dans le cadre du traitement de la dépendance en mettant à profit les ressources de la communauté et en suscitant l'établissement de points d'ancrage :	Centre de réadaptation Le Tremplin, Centres privés certifiés en toxicomanie
Offrir un programme de prévention de la rechute dans chaque MRC :	Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie
Offrir un programme de réinsertion sociale dans chaque MRC basé sur les éléments fonctionnels du champ de pratiques :	Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie
Offrir la fonction de liaison pour faciliter la concertation locale et la continuité des interventions :	Ressource qui est le principal dispensateur de services

Rôles et responsabilités (suite)	Identification des partenaires responsables
Orienter la clientèle vers des ressources de formation et d'intégration de la main d'œuvre :	CSSS Nord— Centre de réadaptation Le Tremplin, Centres privés certifiés en toxicomanie, Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie
Offrir des activités de soutien à la réinsertion sociale :	Organismes communautaires déjà identifiés en réinsertion sociale
Offrir une coordination régionale :	CSSS Nord — Centre de réadaptation Le Tremplin
Attribuer des budgets visant à développer les programmes de réinsertion sociale :	MSSS, ADRLSSSS, CSSS Nord et CSSS Sud

ANNEXE 1

Cadre d'intervention en Réinsertion sociale



ANNEXE 2

Les besoins communs aux différentes clientèles au regard de la réinsertion sociale (inspirés de Boivin, 2000)

Sur le plan relationnel

- consolider les acquis du traitement de la dépendance (conscience et connaissance de soi, confiance en soi, gestion des émotions)
- actualiser un projet personnel
- développer ou consolider des compétences sur le plan de la communication et des relations sociales
- développer ou consolider diverses stratégies ou capacités d'adaptation pour faire face aux agents stressants de la vie quotidienne

Sur le plan communautaire

- identifier et utiliser les ressources communautaires susceptibles de répondre aux besoins de la personne
- développer ou consolider des attitudes favorables à la vie en société
- développer ou consolider un réseau social et s'y impliquer
- expérimenter diverses activités d'implication dans la communauté permettant des liens de réciprocité (ex. : sports, café-rencontres, artisanat, bénévolat, ...)

Sur le plan professionnel

- acquérir une formation de base ou compléter la formation amorcée
- développer ou consolider des compétences nécessaires à la recherche d'emploi
- développer ou consolider des compétences professionnelles
- développer ou consolider des habiletés de travail en mettant à profit des ressources telles que les plateaux de travail, les entreprises d'économie sociale, les stages en entreprise ou les programmes d'accès à l'employabilité

Sur le plan de la consommation

- consolider ses acquis sur le plan de son abstinence ou de l'usage approprié de sa consommation de substances psychotropes
- prévenir la rechute

SECTION 10

ORIENTATIONS

PRÉVENTION ET GESTION DE LA RECHUTE

ORIENTATIONS : PRÉVENTION ET GESTION DE LA RECHUTE

DÉFINITION DES CONCEPTS

Les orientations régionales en matière de prévention et de gestion de la rechute comportent les définitions suivantes :

<u>Rechute</u> :	Reprise, pour une personne dépendante à une ou plusieurs substances psychotropes, des modes de vie et de consommation problématiques en lien avec ses objectifs. L'écart ainsi créé entre les objectifs fixés et les comportements vécus peut être plus ou moins grand. L'expérience de la rechute est donc interprétée sur la base d'un continuum (définition adaptée de celle de Beaumont, 2000).
<u>Prévention de la rechute</u> :	Intervention qui vise à aider une personne dépendante à une ou plusieurs substances psychotropes à ne pas rechuter en contribuant à rehausser ses connaissances, sa compréhension et ses compétences au regard du processus de changement et de ses aléas, de son autonomie dans les différentes sphères de son fonctionnement ainsi que des risques et de la séquence de comportements susceptibles de conduire à une rechute.
<u>Gestion de la rechute</u> :	Intervention curative et systématique qui vise à mettre fin à la rechute dans un délai relativement court suite à sa manifestation.

CLIENTÈLES CIBLÉES

La prévention de la rechute s'adresse à la personne dépendante à une ou plusieurs substances psychotropes qui est abstinente ou qui fait un usage approprié de ses consommations dans le cadre d'une démarche de prise en charge et d'autonomie.

La gestion de la rechute s'adresse à la personne dépendante à une ou plusieurs substances psychotropes et qui a vécu l'expérience récente de rechuter.

CHAMP DE PRATIQUE DE LA PRÉVENTION ET DE LA GESTION DE LA RECHUTE

Les orientations régionales en toxicomanie au regard de la rechute comportent les champs de pratiques suivants :

- Le modèle de prévention de la rechute identifié à l'annexe 1

La prévention de la rechute

- La prévention de la rechute fait partie intégrante du traitement de la dépendance. Elle prend ici la forme d'activités.
- La prévention de la rechute dans le cadre de la réinsertion sociale des personnes dépendantes amène un financement spécifique. La prévention de la rechute prend alors davantage la forme d'un programme spécifique qui comporte ses exigences et amène son champ de pratiques.

- Des liens de collaboration sont à privilégier entre les partenaires du continuum de services pour assurer une meilleure continuité de l'intervention. La cessation de liens thérapeutiques ainsi que les événements transitoires vécus par la clientèle requièrent, chez les intervenants, l'exercice d'une fonction de liaison pour assurer cette continuité et surtout pour faciliter le cheminement de la clientèle. Une étroite collaboration avec les ressources pertinentes du milieu est particulièrement requise pour que la prévention de la rechute s'inscrive dans la consolidation des acquis et dans l'identification et l'utilisation de points d'ancrage (ex. : famille, ami, travail, formation, loisir) favorisant la réinsertion sociale.
- Les composantes à l'annexe 2 sont à inclure dans des activités ou un programme de prévention de la rechute d'orientation cognitivo-comportementale. Ces activités ou ce programme doivent être offerts en cohérence avec les objectifs prioritaires du traitement de la dépendance ou de la réinsertion sociale, dans le respect de l'étape de cheminement de l'utilisateur.

La gestion de la rechute

- La gestion de la rechute fait partie intégrante du traitement de la dépendance. Elle prend alors la forme d'un programme.
- En autant que faire se peut, la gestion de la rechute est offerte sur une base externe à moins que le degré d'intoxication ou de désorganisation de l'utilisateur justifie une autre modalité d'intervention. La disponibilité d'une relation thérapeutique pré-établie s'avère cruciale pour l'efficacité de la gestion de la rechute.

La personne en rechute peut nécessiter au préalable une période de désintoxication ou même un hébergement temporaire. La référence à de telles ressources dans un contexte de gestion de la rechute demande une accessibilité rapide aux services afin de minimiser la durée et les conséquences négatives liées à la rechute. Cette continuité dans le continuum de services s'exerce dans le cadre d'ententes de services entre les partenaires concernés.

- Les composantes de l'annexe 3 sont à inclure dans un programme de gestion de la rechute et comportent une orientation cognitivo-comportementale.

Les ressources qui offrent des activités ou un programme de prévention ou de gestion de la rechute doivent s'assurer que leurs intervenants mettent à jour leurs connaissances et leurs compétences dans ce champ de pratiques.

Les partenaires concernés sont imputables d'appliquer ces orientations et d'en assumer le suivi.

OUTILS D'ÉVALUATION

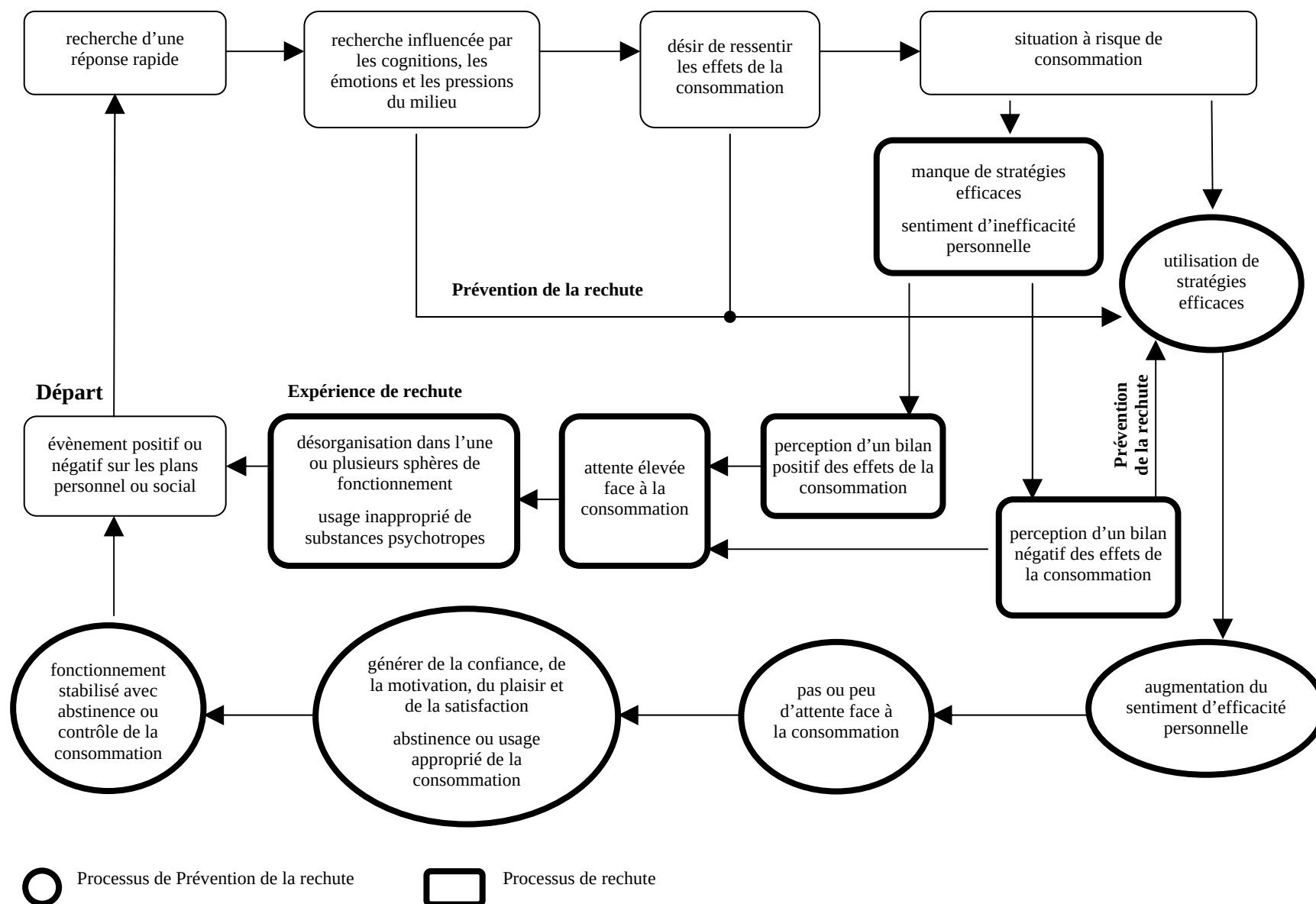
L'outil développé par Annis (LOCA 50 et LOCD 50) est privilégié pour répertorier de manière systématique les situations ou les réactions mettant un individu à risque d'une rechute ou pour aider un individu à comprendre son expérience de rechute.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Rôles et responsabilités	Identification des partenaires responsables
Offrir des activités de prévention de la rechute intégrées au traitement de la dépendance	CSSS Nord — centre de réadaptation Le Tremplin, Centres privés certifiés en toxicomanie
Offrir des activités ou un programme de prévention de la rechute dans le cadre de la réinsertion sociale :	Organismes communautaires spécialisés en toxicomanie
Identifier des personnes dépendantes en situation de rechute qui requièrent une orientation vers les ressources de traitement :	Organismes communautaires Établissements publics de santé et de services sociaux
Offrir un programme de gestion de la rechute :	CSSS Nord — centre de réadaptation Le Tremplin, Centres privés certifiés en toxicomanie
S'assurer que les orientations en matière de prévention et de gestion de la rechute sont respectées par les partenaires concernés :	CSSS Nord — centre de réadaptation Le Tremplin

ANNEXE 1

Processus de rechute et de prévention de la rechute



ANNEXE 2

Composantes à inclure dans un programme de Prévention de la rechute d'orientation cognitivo-comportementale

- les situations, les événements ou les habitudes de vie présentant des risques (facteurs prédisposants)
- les signaux d'alarme (facteurs précipitants ou déclencheurs)
- la trajectoire d'événements, d'attitudes et de comportements précédant une rechute
- l'information sur les effets physiologiques des substances psychotropes
- les motifs de consommation
- les avantages et désavantages de la consommation
- le processus de changement
- la motivation au changement
- les définitions des concepts relatifs à la rechute
- les objectifs en prévention de la rechute
- les Orientations à privilégier en prévention de la rechute
- l'évaluation de la capacité et de la motivation de maintenir l'abstinence ou de faire un usage approprié de substances psychotropes
- la modification des rituels associés à la consommation
- les sources de plaisir et de satisfaction
- les éléments relatifs à l'estime de soi et au sentiment d'efficacité personnel
- les moyens de faire face au stress
- les moyens de gérer les émotions dont la frustration et la colère
- les moyens de s'affirmer
- les moyens de composer avec les pressions du milieu
- les moyens d'évaluer un problème et d'y apporter une solution
- les dépendances positives et destructrices
- le soutien social disponible

ANNEXE 3

Composantes à inclure dans un programme de gestion de la rechute d'orientation cognitivo-comportementale

- l'arrêt d'agir en situation de crise ou de désorganisation
- les réactions psychologiques et émotives associées à la transgression de la règle de l'abstinence ou à un usage inapproprié de substances psychotropes
- les comportements manifestés lors de la rechute
- les réactions de l'entourage face à la rechute
- la trajectoire d'événements, d'attitudes, de comportements ayant précédé la rechute
- les motifs ayant justifiés la rechute
- les gains faits durant la période précédant la rechute
- les impacts de la rechute sur les gains faits durant cette période
- la motivation au changement
- les intentions au regard de la consommation
- l'évaluation de la capacité de se maintenir abstinente ou de faire un usage approprié de substances psychotropes

Après que la gestion de la rechute ait été offerte, les composantes relatives à la prévention de la rechute sont susceptibles d'être utilisées pour prévenir une autre rechute.

SECTION 11

MÉCANISMES D'ENCADREMENT ET DE SUIVI DES ORIENTATIONS EN TOXICOMANIE

MÉCANISMES D'ENCADREMENT ET DE SUIVI DES ORIENTATIONS

Les mécanismes pour encadrer les actions découlant des orientations en toxicomanie sont foncièrement centrés sur l'intervention. Elles sont plus d'ordres relationnel et fonctionnel que structurel. Cette orientation est en congruence avec deux principes qui ont fait, à ce jour, le succès de la concertation en toxicomanie dans la région de Lanaudière, soit celui d'être centré sur les besoins exprimés principalement par la population mais également par les intervenants et celui de laisser émerger de la base les besoins de structurer les rapports de collaboration. Ainsi, les moyens d'encadrement sont tributaires des processus de mobilisation de l'ensemble des partenaires et visent à en baliser l'émergence et le déploiement. Ils sont interreliés les uns aux autres et leur utilisation conjointe comporte un effet synergique important pour favoriser l'encadrement recherché pour une pleine actualisation des orientations en toxicomanie.

Les mécanismes d'encadrement privilégiés sont au nombre de neuf, soit :

- la diffusion de l'information
- l'entente de services
- le plan de services individualisé (PSI)
- la fonction de liaison
- le suivi de gestion
- le leadership
- l'animation de la concertation
- les structures participatives
- le développement des orientations

La diffusion de l'information

La quantité d'information disponible et les lieux d'information se sont multipliés considérablement au cours des dix dernières années. L'information est particulièrement nécessaire dans les prises de position et de décision, les mesures pour assurer l'accessibilité et la continuité des services à la population ainsi que dans le développement de la concertation. L'information désirée doit donc être disponible à la bonne personne, au bon moment et pour le bon motif.

Les partenaires impliqués dans l'actualisation des orientations s'engagent donc à favoriser la transmission des informations pour les trois fonctions précitées.

L'entente de services

L'entente de services est un moyen privilégié dans les orientations de plusieurs champs de pratiques. L'entente de services est habituellement écrite permettant d'offrir un suivi systématique en fonction des caractéristiques de l'entente. Cette dernière doit émerger de rapports de collaboration dans lesquels il y a un engagement volontaire, une confiance et un respect mutuels entre les partenaires ainsi qu'un commun accord portant sur les objets de l'entente. Elle doit aussi comporter des avantages pour chacune des parties.

Le plan de services individualisé (PSI)

La préparation d'un plan de services individualisé (PSI) selon les secteurs prioritaires des besoins à répondre est un outil privilégié pour circonscrire les responsabilités des différents dispensateurs de services. Le PSI représente une action concertée entre les différents partenaires pour s'assurer que leurs interventions sont cohérentes, complémentaires et centrées sur les besoins de la personne et de son environnement (CSSS 01, 1988).

« Le plan de services individualisé doit refléter la condition bio-psycho-sociale de la personne, prévoir sa participation ou celle d'un proche dans la définition des mesures envisagées et dans la désignation d'un responsable de la coordination qui s'avère être l'intervenant pivot dont la définition est présentée plus bas. Le plan accompagne la personne lorsqu'elle doit se déplacer d'un service ou d'un établissement à un autre et prévoit l'évaluation des résultats » (CSSS 01, 1988, p. 32).

La fonction de liaison

La fonction de liaison était déjà identifiée dans le PROS en toxicomanie (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 1995) comme mécanisme qui sert à s'assurer de la continuité des services dans l'application du plan de services individualisé. C'est l'intervenant du principal dispensateur de services à la personne qui en assume la responsabilité.

L'exercice de cette fonction doit demeurer souple et personnalisé, permettant des ajustements face aux différentes contraintes reliées à une demande de services et au cheminement des clientèles dans différentes ressources du réseau.

Le suivi de gestion

Dans l'actualisation des orientations, les gestionnaires d'établissements et d'organismes ont à s'assurer que ce qu'ils devaient faire a été fait, et que cela l'a été avec la plus grande qualité et efficience possible tout en intégrant les caractéristiques des meilleures pratiques pour en favoriser l'atteinte des objectifs. L'entente de services doit donner lieu systématiquement à un suivi de gestion afin de pouvoir en évaluer la réalisation des mesures qu'elle comporte et y apporter, si nécessaire, des ajustements afin de bonifier la concertation ainsi que la capacité d'assurer l'accessibilité et la continuité des services à la population.

Le leadership

De manière générale, tous les partenaires ont à déployer un leadership dans l'accomplissement de leur mission respective. Cette fonction est exercée par les partenaires dans le cadre des rôles et des responsabilités de leur champ de pratiques. Plus spécifiquement, le centre de réadaptation Le Tremplin du CSSS Nord a la responsabilité d'assumer le leadership régional en toxicomanie et de contribuer au déploiement de la concertation en veillant à la mobilisation des partenaires et cela en mettant à profit les structures participatives.

L'exercice de ce leadership doit contribuer à un type d'organisation qui favorise l'accessibilité et la continuité des services. Ce leadership se retrouve au niveau de l'action des intervenants mais aussi des prises de décision des gestionnaires.

Dans l'émergence et le déploiement de la concertation, un leadership est aussi nécessaire dans l'exercice de la fonction de coordination afin de faciliter l'engagement des partenaires, le respect des rôles et des responsabilités ainsi que la résolution des litiges.

L'animation de la concertation

La concertation se définit comme un ensemble de pratique d'acteurs d'un ou de plusieurs secteurs d'activités qui se mobilisent, s'engagent en complémentarité d'action et mettent à profit les compétences de chacun en vue de satisfaire d'un commun accord certains besoins identifiés dans la communauté (Lebeau et coll., 1998). Ces acteurs doivent veiller à faire des représentations afin d'obtenir l'appui de décideurs en position d'exercer leur pouvoir d'influence. Cette concertation représente fondamentalement une pratique locale qui émerge de la mobilisation de partenaires directement interpellés par l'objet de la concertation. Si plus d'un secteur d'activités sont représentés, la concertation est dite alors intersectorielle (CPLT, 2001).

Cette concertation demande à être animée par la mise à profit d'une fonction de coordination et par l'exercice d'un leadership. Lorsque la concertation est en émergence, il est souhaitable que l'animation soit assumée par une personne qui s'approprie le leadership et qui suscite l'engagement et la mobilisation des partenaires. En phase de déploiement, l'animation de la concertation peut plus facilement être partagée successivement entre différents partenaires impliqués.

Les structures participatives

Les structures participatives représentent un des moyens pour préparer, animer et coordonner la concertation. Elles peuvent aussi servir à transmettre et à échanger l'information pertinente et utile ainsi qu'à procéder à des processus de planification. L'actualisation des orientations contenues dans la mise à jour du PROS en toxicomanie implique l'utilisation des structures participatives suivantes :

- Tables locales de continuum de services en toxicomanie - Jeunes, dans chacune des MRC
- Comité régional de coordination en prévention des toxicomanies
- Table d'arrimage sur les dépendances

De plus, les partenaires auront à établir l'arrimage avec les Comités de liaison du Sud et du Nord mis en place dans le cadre de l'entente MEQ-MSSS.

Tables locales de continuum de services en toxicomanie

Au cours des dernières années, des tables de concertation ont été mises en place dans chacune des six MRC de la région pour implanter le dépistage et l'intervention précoce en toxicomanie auprès des jeunes, particulièrement en milieu scolaire. Les résultats demeurent très inégaux en terme de degré d'implantation. Dans les faits, ces tables sont devenues un lieu de concertation pour l'ensemble du continuum de services en toxicomanie pour la clientèle jeunesse. Elles seront donc mises à profit pour actualiser l'ensemble des orientations comportant des mesures pour cette clientèle.

Le mode de fonctionnement, la fréquence de rencontre de ces tables ainsi que la nature et le nombre de leurs membres demeurent le choix des partenaires locaux. Les organismes communautaires spécialisés en toxicomanie, le centre de réadaptation en toxicomanie, les CLSC ainsi que le milieu scolaire sont nécessairement représentés à ces tables. D'autres secteurs peuvent être représentés à ces tables, tel la sécurité publique. Elles sont composées habituellement d'intervenants mais peuvent aussi avoir des gestionnaires comme membres s'il s'avère utile pour l'ensemble des partenaires dans le déploiement de la concertation.

Comité régional de coordination en prévention des toxicomanies

L'expérience déployée par ce comité au fil des années a été très constructive. Dans les prochaines années, l'attention de ce comité sera portée majoritairement sur la prévention en toxicomanie permettant ainsi de consolider l'engagement des partenaires dans ce champ de pratiques. Son mandat est le suivant :

- actualiser les valeurs, les principes directeurs, les objectifs et les différentes actions proposées dans les orientations en prévention des toxicomanies ;
- s'assurer de l'utilisation pertinente et cohérente par l'ensemble des ressources de stratégies ou de méthodes en prévention des toxicomanies ;
- actualiser les valeurs, les principes directeurs, les objectifs et les différentes actions proposées dans les orientations en dépistage et en intervention précoce.

Pour assumer ce mandat, le comité a les rôles et les responsabilités suivants :

- assurer une coordination et susciter une concertation dans les actions entreprises en prévention des toxicomanies ;
- assurer à ses membres la diffusion des informations les plus récentes relatives à la prévention des toxicomanies, au dépistage et à l'intervention précoce ainsi qu'à leur évaluation ;
- assurer une concertation sectorielle et multisectorielle de la prévention des toxicomanies sur le territoire par une fonction de coordination ainsi que par la prise en considération des idées et des besoins provenant de chacune des MRC ;
- assurer un suivi d'implantation des Plans d'action triennaux en prévention des toxicomanies et des mesures planifiées en dépistage et en intervention précoce ;

- recommander le partage des budgets en prévention pour les Plans d'action triennaux en prévention des toxicomanies en tenant compte d'un processus et de critères préétablis et approuvés au préalable par l'ADRLSSSS (Direction de santé publique et d'évaluation) ;
- formuler des recommandations à la Direction de santé publique et d'évaluation concernant la prévention, le dépistage et l'intervention précoce en toxicomanie en vue d'ajustements éventuels dans le développement des orientations.

L'agent de planification-programmation responsable du dossier " toxicomanies" à la Direction de santé publique et d'évaluation et responsable de la coordination multisectorielle en prévention, est membre du comité. Il a la responsabilité de supporter et de voir au bon fonctionnement du comité. Ce dernier se réunit à une fréquence minimale de 6 rencontres par année.

Les autres membres du comité sont des personnes ayant, en partie ou en totalité, une fonction reliée à l'intervention et sont choisis pour leur engagement dans le secteur de la prévention des toxicomanies dans la région de Lanaudière. Le comité est composé des sept (7) personnes suivantes :

- un représentant de chacun des trois organismes communautaires spécialisés en prévention des toxicomanies
- 1 représentant des CSSSS constituante CLSC
- 2 représentants de l'éducation
- l'agent de planification-programmation de la Direction de Santé publique et d'évaluation comme membre permanent sans droit de vote
- sur une base ad hoc, un représentant du centre de réadaptation en toxicomanie ou d'autres secteurs d'activités

Table d'arrimage sur les dépendances

Les partenaires se réuniront autour d'une table d'arrimage sur les dépendances. La composition, le mandat et les activités de cette table seront précisés dans le cadre des travaux actuellement en cours. Un des mandats de cette table sera d'assurer un suivi des présentes orientations.

D'ici là, les partenaires s'engagent à nourrir des rapports de collaboration qui facilitent l'actualisation des orientations qui les concernent.

DEVELOPPEMENT DES ORIENTATIONS

Un an avant la fin du prochain cycle d'actualisation des Orientations, c'est-à-dire en 2009, un processus de réévaluation devra être amorcé par la table d'arrimage sur les dépendances afin de faire une révision des orientations.

Ce processus de réévaluation devra comporter une mise à jour de l'état de la situation dans la région ainsi qu'une appréciation qualitative et quantitative des services rendus. Les résultats de l'application des mécanismes d'encadrement qui précèdent seront d'un grand apport pour orienter les propositions de développement des orientations en toxicomanie.

Dans une telle perspective, ces orientations pourront évoluer et se développer en maintenant sa principale orientation qui est d'être au service de l'amélioration de la santé, du bien-être et des conditions de vie de la population Lanaudoise tout en réduisant les effets négatifs associés à l'usage inapproprié d'alcool, de médicaments ou de drogues.

RÉFÉRENCES

- ALBERT, T., WILLIAMS, G., LEGOWSKI, B., REMIS, R. (1998) : The economic burden of HIV/AIDS in Canada. Ottawa : Canadian Policy Research Networks.
- ASSOCIATION DES ALTERNATIVES EN SANTE MENTALE DE LA MONTEREGIE (2003) : Programme Logos : Guide d'implantation d'une démarche d'autoévaluation des ressources-membres, AASMM, 74 pages
- BOIVIN, M-D ET DEMONTIGNY, M-J (2002) : La réinsertion sociale en toxicomanie: Une voie à découvrir?, *Comité Permanent de lutte à la toxicomanie*, 37 pages.
- BOIVIN, M-D ET TONDREAU, J. (2000) : La réinsertion sociale dans le champ des toxicomanies, in Brisson, P. L'usage des drogues et la toxicomanie, Vo. III, *Éditions Gaëtan Morin*, Boucherville, pp. 351-365.
- BOYER, R., PRÉVILLE, M., LÉGARÉ, G., VALOIS, P. (1993) : La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée; résultats normatifs de l'enquête Santé Québec, *Journal canadien de psychiatrie*, vol. 38, no 5, 339-343.
- BRISSON, P. (1997) : L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques. *Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT)*, Montréal.
- CADIEUX, E. (2003) : Le suicide dans Lanaudière. Une mise à jour des données. Document de travail remis aux participants de la journée Suicide : la concertation dans Lanaudière, tenue au Château Joliette, Joliette, 16 avril 2003, Saint-Charles-Borromée, *RRSSS de Lanaudière*, DSPE, Service de surveillance, recherche et évaluation, avril, 43 p.
- CHAYER, L., LARKIN, J., MORISSETTE, P., BROCHU, S. (1997) : Prévenir les toxicomanies : De la nature du problème aux politiques à considérer, document de travail commandé par le Groupe de travail en prévention des toxicomanies. Québec : *ministère de la Santé et des Services sociaux*. 132 pages.
- COALITION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES QUEBECOIS DE LUTTE CONTRE LE SIDA (1999) : Guide d'autoévaluation Epsilon pour organismes communautaires, *COCQ-Sida*, Montréal.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (1999) : Toxicomanie et réduction des méfaits, *Les cahiers du CPLT*, Montréal, octobre, Auteur.
- CORMIER, D., BROCHU, S., BERGEVIN, J.P. (1991) : Prévention primaire et secondaire de la toxicomanie. Montréal, *Édition du Méridien*.
- DUCHARME, J. (1981) : Quelques considérations sur la motivation au traitement. *Journal Pharmaceutique Canadien*, 114(10) p. 381.
- FISCHER, B. ET REHM, J. (1997) : The case for a heroin substitution treatment trial in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 88(6), 367-370.
- GAGNEUX, G. (1997) : Réinsertion sociale en toxicomanie: État de situation dans la région de Québec, document de travail, octobre, 54 pages.
- GARAND, C., ARBOUR, G., CADIEUX, E. (1999) : Données régionales du recensement canadien de 1996 - Région de Lanaudière. Par territoire de MRC, Saint-Charles-Borromée, *RRSSS de Lanaudière*, *Direction de la santé publique*, Service de recherche.
- GUÉRIN, D. ET PAINCHAUD R. (1997) : Recension des écrits sur la réinsertion sociale des personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie, version abrégée, octobre, 39 pages.

- GUILLEMETTE, A., BRASSARD, J., MARQUIS, G., CADIEUX, E., LEMIRE, L., GONEAU, M., LECLERC, B-S. (2001) : Où en est la santé dans Lanaudière? Principaux résultats de l'Enquête sociale et de santé 1998, *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière*, mai.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2003) : Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, Québec.
- ILFELD, F.W. (1976) : Further validation of the psychiatric symptom index in a normal population, *Psychological Reports*, vol. 39, 1215-1228.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2001) : Le portrait de santé: Le Québec et ses régions.
- L'R DES FEMMES DU QUEBEC (2002) : Je jette, je recycle et je plante la graine: outil d'animation pour une évaluation avec les participantes. Dans le cadre d'une démarche collective de vision stratégique menant à un Congrès d'orientation de tous les Centres de femmes du Québec membres de l'R en 2003.
- LEBEAU, A., VIENS, C., VERMETTE, G. (1997) : Synthèse du contexte structurel des pratiques intersectorielles en toxicomanie, Collection Études et analyses, no. 36, *Direction générale de la planification et de l'évaluation*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet, p. 10.
- LEMIRE, L. (2000) : La persistance des inégalités sociales de santé et de bien-être : Un défi pour l'action, Saint-Charles-Borromée, *RRSSS de Lanaudière, Direction de la santé publique*.
- LOWINSON, J.H., PAYTE, J.T., SALSITZ, E., JOSEPH, H., MARION, I.J. et DOLE, V.P. (1997) : Methadone maintenance. In J.H. Lowinson et coll. (eds.), *Substance Abuse : a comprehensive text*. Baltimore : *Williams et Wolkins*, 405-415.
- MARLATT, M. (1996) : Harm Reduction: Come As You Are. *Addictive Behaviors*, 21 (6): 779-788.
- MARQUIS, G. ET CADIEUX, E. (2004) : Projections de la population selon le sexe et l'année d'âge, 2001 à 2026, Saint-Charles-Borromée, *ADRLSSSS de Lanaudière*, DSPE, Service de surveillance, recherche et évaluation (document de travail).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003) : Programme National de Santé Publique 2003-2012.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001a) : Orientations ministérielles en prévention des toxicomanies, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001b) : Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998) : Plan d'action en toxicomanie, 1999-2001, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1990) : Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes, *Gouvernement du Québec*, novembre.
- MORISSETTE, P. ET BOIVIN, M-D (1999) : La réalité socioprofessionnelle des toxicomanes admis dans trois centres québécois de réadaptation en toxicomanie. Rapport de recherche, *Conseil Québécois de la Recherche Sociale (CQRS)*.

- NADEAU, L. (1999) : La réduction des méfaits, une avancée déterminante, mais pas la seule solution. Texte d'une conférence prononcée dans le cadre du Congrès « *Drogues par injection — Enjeux pour la société* », Montréal.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1986) : Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé, *Canadian Journal of Public Health*, Nov./Déc., p. 425-430.
- PERREAULT, M., LAUZON, P., MERCIER, C., ROUSSEAU, M., GAGNON, C. (2001) : Efficacité des programmes comportant l'utilisation de la méthadone. Dans « Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie », Chap 5, Landry, M., Guyon, L., Brochu, S., *Les Presses de l'Université Laval*, Collection Toxicomanies, 95-135.
- PERRON, B. ET LOISELLE, J. (2002) : Alcool et drogues. Portrait de la situation en 2002 et principales comparaisons avec 2000., Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (résultats sommaires), Québec, *Institut de la statistique du Québec*, juin, 4 p.
- PETERSON, R. (2004) : Le développement de politiques écoles dans le domaine des toxicomanies dans Lanaudière, Saint-Charles-Borromée, Direction de santé publique et d'évaluation. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière, novembre, 39 p.
- PETERSON, R. (2001) : Comité de travail sur la formation. Direction de la santé publique, Régie régionale de Lanaudière. février, 10 p.
- PETERSON, R. (2000) : Suivi de l'implantation des plans d'action triennaux en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies dans les 6 MRC de la région de Lanaudière, 1996-1999. Saint-Charles-Borromée : *Direction de la santé publique de Lanaudière*.
- PETERSON, R. (1996) : Guide de financement du Programme de subventions en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies. Saint-Charles-Borromée : *Direction de la santé publique de Lanaudière*.
- PETERSON, R. ET LAFRENIÈRE, R. (2002) : Toxicomanies et périnatalité. Saint-Charles-Borromée : *Direction de la santé publique de Lanaudière*, janvier.
- PROCHASKA, J.O. ET DICLEMENTE, C.C. (1986) : Toward a comprehensive model of change. In W.R. Miller & N. Heather (eds.), *Treating addictive behaviors : Processes of change*, New-York : Plenum, pp. 3-27.
- REGIE REGIONALE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIERE (2000a) : Le traitement à la méthadone pour les héroïnomanes dans Lanaudière, point 6 du compte rendu de la réunion du comité CRC-DR, 11 avril, document DR 85-4-00.
- REGIE REGIONALE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIERE (2000b) : Le traitement à la méthadone pour les héroïnomanes dans Lanaudière, point 6 du compte rendu de la réunion du comité CRC-DR, 28 septembre, document DR 86-5-00.
- REGIE REGIONALE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIERE (2000c) : Proposition de recommandation pour le traitement à la méthadone dans Lanaudière, point 6 du compte rendu de la réunion du comité CRC-DR, 9 novembre, document DR 92-6-00.
- REGIE REGIONALE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIERE (1998a) : Programme régional de santé publique. Joliette.
- REGIE REGIONALE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUEBEC (1998b) : Programme-cadre relatif à la réinsertion sociale des personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie, document de travail, mars.

- REGIE REGIONALE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (1995) : Plan régional d'organisation de services en toxicomanie 1994-1999, Joliette.
- REGROUPEMENT DES MAISONS DE JEUNES DU QUEBEC (1998) : L'autoévaluation des pratiques en maisons de jeunes, Montréal.
- RENAUD, M. ET CADIEUX, E. (2003) : Données régionales du recensement canadien de 2001 : région de Lanaudière par territoire de MRC, Saint-Charles-Borromée, *RRSSS de Lanaudière*, DSPE, Service de surveillance, recherche et évaluation.
- REY, A. (2000) : Dictionnaire historique de la langue française, *Dictionnaires Le Robert*, Paris, p. 104.
- SANTÉ CANADA (2003) : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, cycle 1.1, Fichier de microdonnées à grande utilisation (PUMF), tableaux produits par l'Institut de la statistique du Québec.
- SANTÉ CANADA (2002a) : Meilleures pratiques: traitement d'entretien à la méthadone, Ottawa.
- SANTÉ CANADA (2002b) : Meilleures pratiques: Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie, Ottawa.
- SANTÉ CANADA (2000) : Ressource relative à l'hépatite C et à l'utilisation de drogues injectables au Canada. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa.
- SANTÉ CANADA (1999) : Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, actualités du Bureau du VIH/sida des MTS et de la tuberculose. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Ottawa.
- SANTÉ CANADA (1998) : Meilleures pratiques: Alcoolisme et toxicomanie, traitement et réadaptation, Ottawa.
- STOLLER, K. B. et BIGELOW, G.E. (1999) : Regulatory, cost, and policy issues. In E.C. Strain et M.L. Stitzer (Eds.), *Methadone treatment for opioid dependence*. Baltimore: *The Johns Hopkins University Press*, 15-37.
- VERMETTE, G. (2001) : Développer la concertation en toxicomanie: Guide pour les intervenants et les gestionnaires, *Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT)*, Montréal.
- VITARO, F., CARBONNEAU, R., GOSSELIN, C., TREMBLAY, R.E. et ZOCCOLILLO, M. (2000) : L'approche développementale et les problèmes de consommation chez les jeunes : prévalence, facteurs de prédiction, prévention et dépistage, dans *L'usage des drogues et la toxicomanie*, volume III, sous la direction de P. Brisson, *Gaëtan Morin, Éditeur*, pp. 279-312.
- WALL, R., REHM, J., FISCHER, B., BRANDS, B., GLIKSMAN, L., STEWART, J., MELVED, W. et J. BLAKE (2000) : Social costs of untreated opioid dependence. *Journal of Urban Health*. 77(4), 688-722.
- WARD, P. ET SUTTON, M. (1998) : The effectiveness of methadone maintenance treatment 4 : Cost-effectiveness. In J. Ward, R.P. Mattick et W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*. Amsterdam: Overseas Publishers Association, *Harwood Academic Publishers*, 91-121.