Septembre 2011

La dépendance aux opioïdes : Portrait des traitements de substitution au Québec

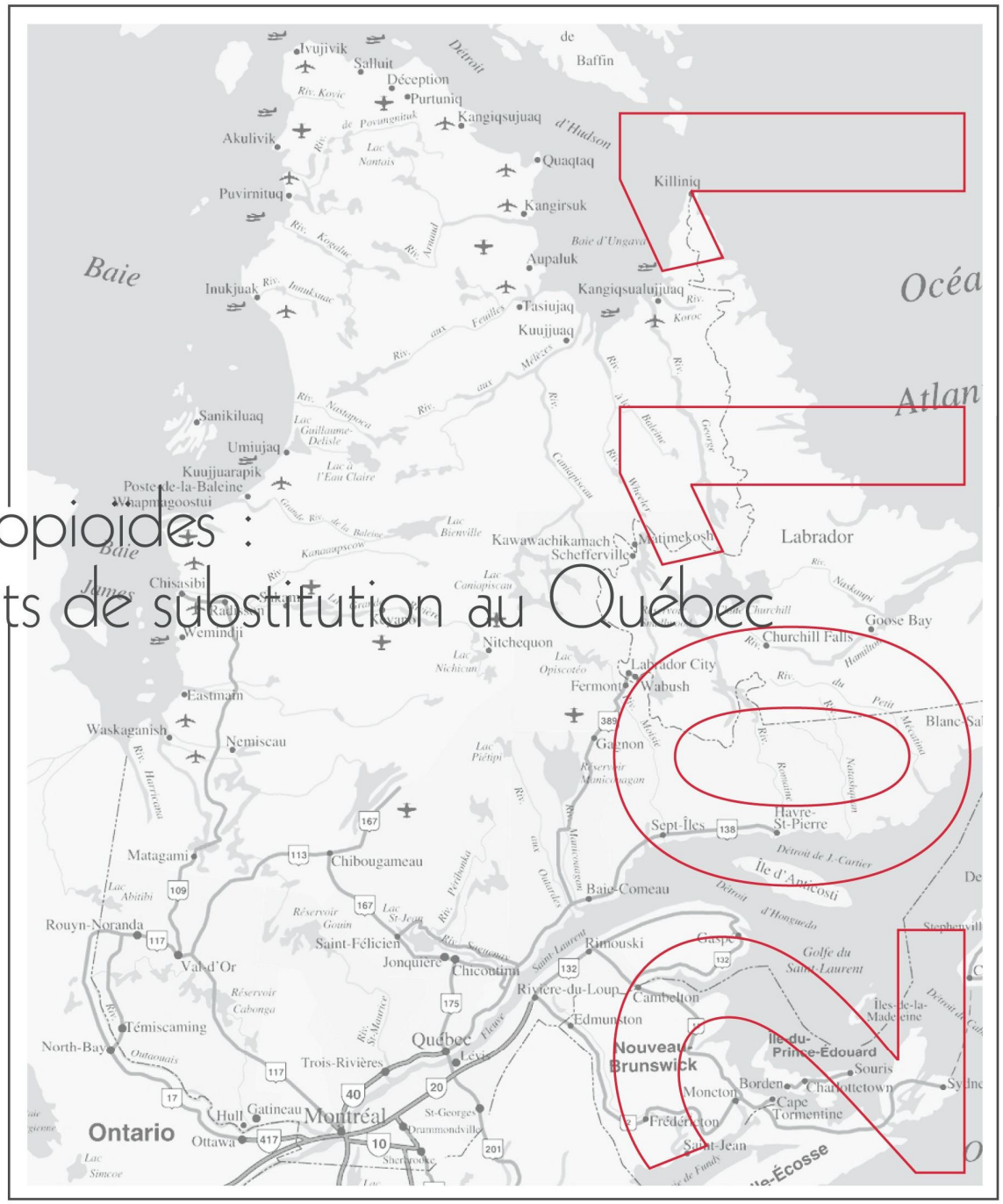


TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction 5

2. Présentation du document 7

3. Dépendance aux opioïdes au Québec 11

3.1 La consommation illégale d'opioïdes au Québec 11

3.2 Les avantages des TDO avec une médication de substitution 14

3.3 L'impact du non-traitement des personnes dépendantes des opioïdes 15

3.4 L'évolution des traitements au Québec : bref rappel 16

4. Services au Québec 18

4.1 Services en CRD et hors CRD 18

4.2 Synthèse des régions 19

4.3 Carte accessibilité en CRD 21

4.4 Carte précarité en CRD 23

4.5 Carte organisation de services 25

5. Présentation détaillée par région 27

6. Constats et enjeux 61

7. Besoins en matière d'accessibilité et de bonnes pratiques du point de vue des usagers 65

8. Références 71

1. INTRODUCTION

Le comité d'actions stratégiques, comité mis en place en 2006 à la demande des professionnels québécois engagés dans le suivi des personnes en traitement de substitution, présente ce « *Portrait des traitements de substitution au Québec »,* version 2011. La production de la première version en 2008 s'est avéré un projet rassembleur pour les professionnels et les gestionnaires des centres de réadaptation en dépendance (CRD) du Québec et pour l'Association des centres en réadaptation du Québec (ACRDQ) autour des enjeux d'accessibilité posés par le manque de médecins prescripteurs disposés à s'investir dans ces traitements au Québec. Le comité souhaite que cette nouvelle version permette de faire le point sur l'évolution de l'offre de service depuis 2008 et suscite la réflexion et la recherche de solutions pour assurer la consolidation et favoriser le déploiement d'une offre de service en TDO suffisamment accessible et adaptée aux besoins des personnes dépendantes des opioïdes.

En plus de dresser un portrait global de l'offre de TDO avec un médicament de substitution au Québec, le document de 2011 souligne deux facteurs incontournables à prendre en compte pour rendre l'offre de services en TDO avec un médicament de substitution conforme au cadre de référence et guide de bonnes pratiques du MSSS (2006). Ces facteurs sont la précarité de l'offre de service et l'accessibilité aux traitements. La précarité se traduit par l'équilibre recherché entre le nombre de médecins prescripteurs et le nombre de patients suivis ainsi que la capacité d'assurer une relève médicale conséquente. Quant à l'accessibilité, elle est déterminée par le requis de service par région et le délai d'attente pour obtenir des services. Il est indispensable de garder à l'esprit que la précarité et l'accessibilité des services sont intimement liées pour comprendre les défis et les besoins touchant le déploiement et la prestation des services.

Les données contenues dans ce document font référence à la réalité des TDO au printemps 2011, pour un territoire donné. Le comité a choisi de recueillir les données en plusieurs étapes. D'abord, sous la responsabilité du Cran et avec le soutien de l'ACRDQ, les CRD ont été sollicités puisque l'offre de services en dépendance du MSSS confirme leurs responsabilités en regard des traitements de substitution et qu'ils souhaitent exercer leur leadership dans le développement de services spécialisés en dépendances. Les médecins prescripteurs de chaque région qui exercent en dehors des CRD ont ensuite été interpelés. Ces médecins ont différents lieux de pratique : ils sont présents dans des Unités de médecine familiale (UMF) rattachées à un centre hospitalier ou à un CSSS, dans des Groupes de médecine familiale (GMF), en CLSC ou en clinique privée. Enfin, plusieurs informations proviennent d'articles scientifiques et de données figurant dans les documents et sur le site internet du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'ACRDQ.

Le comité d'actions stratégiques et le Cran remercie les médecins, les professionnels et gestionnaires d'établissements ainsi que l'ACRDQ qui ont participé à la cueillette des données et collaboré à la réalisation de ce document.

2. PRÉSENTATION DU DOCUMENT

La version 2011 du portrait se caractérise par la présentation schématique de l'évolution du déploiement de l'offre de service selon les services médicaux, infirmiers et psychosociaux dispensés en CRD et hors CRD pour chacune des régions. Des ajouts ont également été apportés afin de mieux cerner la réalité de la consommation des opioïdes au Québec et rendre compte de l'organisation des services TDO dans l'ensemble des régions. La section 1 correspond à l'introduction et la section 2 à la présentation du document. Les sections suivantes sont :

SECTION 3 : DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES AU QUÉBEC

Cette section informe sur la consommation d'opioïdes à partir des données du réseau SurvUDI. Il y est aussi décrit les principaux avantages des TDO avec une médication de substitution ainsi que les impacts individuels et sociaux du non-traitement des personnes dépendantes. Un bref rappel souligne les étapes marquantes de l'évolution de ces traitements au Québec.

SECTION 4 : SERVICE AU QUÉBEC

Un tableau synthèse regroupe l'information fournie par chacun des CRD sur le déploiement de leurs services médicaux, infirmiers et psychosociaux. Il y est précisé le nombre de patients actifs en traitement et la disponibilité des médicaments prescrits. Le tableau décrit également les services disponibles hors CRD, les lieux de pratiques des médecins prescripteurs, le nombre de patients actifs et les médicaments prescrits. En fin de tableau, on trouve le nombre total de pharmacies dispensant les médicaments de substitution, de patients traités et de nouvelles places de traitement à développer au Québec.

Une synthèse des données régionales complète ce chapitre et fait état de l'accessibilité et de la précarité en CRD et hors CRD, du nombre total de patients actifs pour la région ainsi que du requis de services et du nombre de places de traitement à développer pour atteindre ce requis de service. Cette mesure correspond à l'estimation théorique du nombre de places nécessaires pour répondre à la demande territoriale en traitement de substitution. Le requis de service pour chacune des régions se réfère aux travaux de Tremblay et coll. (2007) adaptés au seuil d'accessibilité (50 %) recommandée dans le cadre de référence en matière de traitement de substitution (MSSS, 2006). Trois régions se distinguent des autres sur le plan de cette estimation théorique en adaptant le requis de service selon une mesure supplémentaire, soit les données sur l'état de situation des services documenté à la page 16 de ce même cadre de référence. Il s'agit des régions de Montréal, de la Montérégie et de la Capitale nationale.

Les cartes géographiques donnent une vue d'ensemble rapide de l'accessibilité et de la précarité des services en substitution en CRD ainsi que du type d'organisation des services médicaux de la région. L'accessibilité est déterminée par le délai d'attente pour obtenir un traitement de substitution pour de nouveaux patients ou pour des personnes déjà traitées désirant résider à nouveau dans leur région. Elle est *fluide* lorsqu'il y a moins de trois mois d'attente ; *restreinte*, lorsque l'attente se situe entre trois et six mois ; et *très restreinte,* lorsque l'attente dépasse six mois. Les CRD s'entendent sur le fait qu'ils ne répondent qu'aux personnes qui s'adressent à leur Centre sans toutefois faire connaître ces traitements ni rejoindre l'ensemble des personnes dépendantes des opioïdes de leur territoire. En ce qui concerne la précarité, celle-ci est évaluée en tenant compte de l'équilibre recherché entre le nombre de médecins prescripteurs, ceux qui planifient leur retraite, la capacité d'assurer la relève médicale et le nombre de patients suivis. La précarité est un enjeu préoccupant pour la viabilité des services car elle est plus difficile à faire évoluer et elle fragilise les systèmes non seulement sur le plan de l'accessibilité mais aussi de la continuité des services. Quant à l'organisation des services médicaux, ils sont documentés selon une organisation des traitements de substitution en première ligne, en CRD uniquement ou selon une organisation mixte, soit à la fois en première ligne et en CRD.

SECTION 5 : PRÉSENTATION DÉTAILLÉE PAR RÉGION

Les fiches régionales présentent l'évolution de l'offre de services en CRD et hors CRD depuis 2008 selon le requis de service et le nombre de places de traitement à développer. À cela s'ajoutent les médicaments de substitution qu'il est possible de prescrire (méthadone et buprénorphine) et le nombre de pharmacies où se les procurer. Pour compléter le portrait de la région, les CRD ont défini les enjeux associés à leur offre de service en TDO avec une médication de substitution.

SECTION 6 : CONSTATS ET ENJEUX

En plus des enjeux régionaux, le portrait permet de dégager les points forts et les faiblesses des services en TDO avec une médication de substitution au Québec et de définir des enjeux provinciaux susceptibles de faire évoluer la situation.

SECTION 7 : BESOINS EN MATIÈRE D'ACCESSIBILITÉ ET DE BONNES PRATIQUES DU POINT DE VUE DES USAGERS

Cette section donne le point de vue des usagers sur leurs besoins quant au manque d'accessibilité, aux services offerts et aux approches développées, dont celle de la réduction des méfaits. Le texte est inspiré d'une allocution que monsieur Guy-Pierre Lévesque a prononcée le 25 novembre 2009, à Montréal, lors de la journée d'appropriation par les centres de réadaptation en dépendance du Québec du Cadre de référence et guide de bonnes pratiques organisée par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. Ce texte exprime les idées de monsieur Lévesque, directeur de Méta d'Âme, un centre de jour de pairs aidants incluant une association des usagers, sur les difficultés provenant du manque d'accessibilité aux traitements et liées aux services plus orientés vers la coercition.

3. DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES AU QUEBEC

La consommation d'opioïdes illégaux est recherchée par les utilisateurs pour les effets d'euphorie et d'apaisement qu'ils procurent. Si au départ cette consommation apparaît plutôt récréative et agréable, voire thérapeutique, elle provoque rapidement la dépendance et peut induire des perturbations physiologiques du cerveau (Lauzon, Barbeau et Brabant, 2000). Ces perturbations peuvent évoluer et s'avérer permanentes lorsque la substance est consommée régulièrement sur une longue période. La chronicité s'installe, et le produit et sa consommation s'imposent comme le centre d'intérêt de la vie de la personne dépendante d'opioïdes, devienant à la fois sa source majeure de satisfaction et d'angoisse.

3.1 LA CONSOMMATION ILLÉGALE D'OPIOÏDES AU QUÉBEC

Lors d'un atelier donné dans le cadre du Séminaire thématique du RISQ en avril 2009, madame Pascale Leclerc, chercheuse à la direction de la santé publique de Montréal-Centre, faisait état de la consommation de drogues au Québec à partir des données recueillies par le réseau de surveillance épidémiologique du VIH, du VHC et des comportements à risques associés aux personnes UDI (SurvUDI). La plupart des participants à la recherche ont été rencontrés dans le cadre de programmes qui donnent accès à du matériel d'injection stérile, alors que d'autres ont été recrutés, par exemple, dans des centres de détention, des cliniques de désintoxication ou de réhabilitation. Parmi les participants, 87 % se sont injectés de la cocaïne et 61 % des opioïdes au cours des six mois précédant leur recrutement. Tous consommaient une ou des drogues par injection, mais certains faisaient aussi usage de drogues non injectées. Les opioïdes non injectés comprenaient l'héroïne blanche, l'héroïne beige/brune, le Dilaudid®, la méthadone non prescrite, la morphine non prescrite, l'oxycodone/Oxycontin® et les timbres cutanés de fentanyl. Cette catégorie inclut également certaines autres drogues opioïdes non prescrites telles la codéine, Démerol®, l'hydromorphine et le MS-Contin®. Les données provenant des rapports annuels du comité d'enquête sur le contrôle de l'utilisation des médicaments de l'Ordre des pharmaciens du Québec confirment que parmi les catégories de médicaments les plus signalés dans le *programme Alerte*, les narcotiques dominent. Le *programme Alerte*, mis en place en 1985, vient en aide aux patients qui présentent un problème d'abus de médicaments obtenus auprès de nombreux prescripteurs ou au moyen d'ordonnances fausses ou falsifiées.

Pour les consommateurs ne fréquentant pas ces sites, les données ne sont tout simplement pas disponibles.

Les deux tableaux ci-après présentent les données recueillies par région auprès des participants fréquentant le réseau SurvUDI :

Tableau 1 – Drogues injectées

DROGUES INJECTEES – 6 MOIS VARIATIONS REGIONALES					
				2003 – 2007	
	Cocaïne/ Crack	Opiacés	Principaux opiacés	% Global	Tendance
Montréal	88 %	61 %	Héroïne Dilaudid®	45 % 37 %	↓ ↑
Québec	95 %	50 %	Dilaudid® Oxycodone	44 % 25 %	↑ ↑
Ottawa/Outaouais	81 %	60 %	Morphine n-p Dilaudid®	46 % 27 %	→ →
Abitibi/Témiscamingue	94 %	43 %	Dilaudid® Morphine n-p		
Estrie	94 %	32 %	Héroïne Morphine n-po		
Mauricie/Centre du Québec	87 %	48 %	Dilaudid Morphine n-p		

% global : dernière visite
Tendances : toutes les visites incluses – si deux dans une année : 1re conservée

Tableau 2 – Drogues non injectées

DROGUES NON INJECTEES – 6 MOIS VARIATIONS REGIONALES					
				2003 – 2007	
	Cocaïne/ Crack	Opiacés	Principaux opiacés	% Global	Tendance
Montréal	38 % / 68 %	35 %	Dilaudid® Héroïne	21 % 13 %	→ →
Québec	55 % / 63 %	40 %	Dilaudid® Oxycodone	28 % 23 %	↑ →
Ottawa/Outaouais	89 %	50 %	Morphine n-p Oxycodone Dilaudid®	31 % 26 % 24 %	→ ↑ ↑
Abitibi/Témiscamingue	77 % / 63 %	35 %	Dilaudid® Morphine n-p		
Estrie	78 % / 59 %	41 %	Dilaudid® Morphine n-po		
Mauricie/Centre du Québec	67 % / 51 %	40 %	Dilaudid® Morphine n-p		

% global : dernière visite
Tendances : toutes les visites incluses – si deux dans une année : 1re conservée

Finalement, 20,7 % des participants à l'étude consommait aussi de la méthadone prescrite ou non. Ces données confirment les observations des professionnels impliqués auprès de la clientèle, voulant que les médicaments prescrits et détournés de leur usage premier soient de plus en plus consommés par la clientèle qui n'a pas accès aux TDO avec médicament de substitution en raison de la pénurie des traitements.

3.2 LES AVANTAGES DES TDO AVEC UNE MÉDICATION DE SUBSTITUTION

Il ne fait plus de doute que les TDO avec un médicament de substitution sont efficaces et qu'ils ont des effets positifs sur plusieurs aspects de la vie des personnes consommatrices d'opioïdes de même que pour la société. Outre les avantages provenant des effets thérapeutiques attendus du médicament prescrit, le traitement donne accès à un ensemble de services médicaux, infirmiers et psychosociaux dispensés par des professionnels qui ont développé une expertise dans le traitement de la dépendance.

Les principaux effets démontrés dans la documentation sur ces traitements sont :

- La réduction de l'utilisation de drogues **:**
  - l'arrêt ou la baisse importante de la consommation d'opioïdes illicites, entre autres, de l'héroïne ;
  - la réduction de l'utilisation d'autres drogues, y compris la cocaïne et la marijuana ;
  - la réduction des abus d'alcool, de benzodiazépines, de barbituriques et d'amphétamines.
- Une baisse significative de l'activité criminelle ;
- La réduction de la mortalité (suicides, intoxications accidentelles et autres) ;
- Une meilleure santé physique et mentale ;
- La réduction des comportements à risque se rapportant au VIH, au VHC et aux autres agents pathogènes véhiculés par le sang;
- Une meilleure adaptation sociale :
  - l'accroissement de la capacité à occuper un emploi;
  - l'accroissement des revenus (le double);
  - l'accroissement de la qualité de vie.
- La réduction de complications obstétricales et fœtales lors de la grossesse.

Outre ces avantages individuels et sociaux, les TDO avec un médicament de substitution offrent un rapport coûts/bénéfices appréciable. Déjà en 1999, le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec mentionnaient dans leur document *Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés* « qu'un patient en traitement de maintien à la méthadone coûte moins de 4 000 $ par année alors qu'il en coûte entre 40 000 $ et 60 000 $ en frais de toutes sortes (judiciaires, incarcération, etc.) dans le cas d'un patient non traité. Rappelons que chaque cas de séropositivité au VIH entraîne des dépenses directes d'environ 100 000 $. »

3.3 L'IMPACT DU NON-TRAITEMENT DES PERSONNES DÉPENDANTES DES OPIOÏDES

La consommation d'opioïdes entraîne, chez les usagers, un mode de vie stressant et chaotique. Si l'on considère la dépendance aux opioïdes comme une maladie chronique et que les usagers consomment pendant plusieurs années avant de s'engager dans des traitements médicaux à long terme, on peut comprendre que le manque d'accessibilité des TDO avec un médicament de substitution ait des impacts physiques, psychologiques et sociaux considérables sur la vie des personnes dépendantes et des membres de leur entourage.

Parmi les conséquences négatives sur la santé physique, il faut souligner la propagation du VIH, des hépatites C et B et d'autres agents pathogènes transmis par le sang. Cette situation s'ajoute aux problèmes infectieux multiples générés par les modes de consommation et le style de vie instable axé sur la recherche d'opioïdes. Tout au long des années de consommation, ces problèmes peuvent être aggravés par des facteurs de marginalisation, de pauvreté et d'itinérance. Quant aux conséquences de la consommation régulière d'opioïdes sur la santé mentale, les principaux problèmes observés sont ceux associés aux troubles de l'humeur telle que la dépression et les troubles d'anxiété. L'usage prolongé entraîne des problèmes de comportement dont les troubles de personnalité, d'évitement relationnel et d'isolement. Il n'est pas rare que les consommateurs d'opioïdes aient connu de longues périodes de rejet, d'exclusion, de méfiance et d'incarcération qui contribuent à rendre les démarches de traitement et de réadaptation difficiles.

En 2008, le bureau du coroner du Québec a recensé cent cinquante-sept (157) personnes décédées par intoxication aux opioïdes, que ce soit de manière intentionnelle, accidentelle ou par suicide. Ceci revient à dire que treize (13) personnes par mois sont décédées de ces intoxications. Ces personnes avaient de 25 à 44 ans et provenaient pour le plus grand nombre d'entre elles de la région de Montréal (56), de la Montérégie (26) et de la Capitale nationale (22).

Nous savons que le taux de mortalité chez les consommateurs d'opioïdes est plus élevé que dans la population générale, que les besoins financiers quotidiens génèrent des activités illégales et qu'une proportion importante des personnes dépendantes des opioïdes souffre de problèmes de santé

mentale. Une étude menée à Toronto en 2000 confirme ces observations et a permis d'évaluer qu'il en coûte 44 600 $ en frais à la société lorsqu'une personne dépendante des opioïdes ne reçoit pas un traitement adapté à son état (Wall, R., 2000).

Ce montant comprend les coûts reliés :

- aux personnes victimes d'actes criminels de la part de consommateurs (44,6 %) tels les coûts et les services d'indemnisation, le remboursement des biens volés, les pertes attribuées aux journées de travail perdues, etc. ;
- à l'application des lois (42,4 %), dont la lutte à la drogue, les frais de tribunaux et de détention, etc. ;
- à la perte de productivité (7 %) qui se traduit par les pertes effectives et celles potentielles imputées au manque de participation à la vie économique ;
- à l'utilisation des soins de santé (6,1 %), notamment, les hospitalisations, les services d'urgences, les visites médicales, les services d'ambulance, les médicaments prescrits, etc.

Ces données mettent en évidence le fait que la réduction des méfaits sociaux et individuels est étroitement liée à la disponibilité d'une offre de TDO avec une médication de substitution rapide, proposant des modalités de traitement variées et adaptées aux multiples besoins des consommateurs d'opioïdes. De plus, l'offre de traitement avec médicament de substitution devrait viser à rejoindre de 50 à 60 % des personnes dépendantes comme c'est le cas dans les pays les plus performants (Angleterre, Hollande, Suisse, France) (MSSS 2006).

3.4 L'ÉVOLUTION DES TRAITEMENTS AU QUÉBEC : UN BREF RAPPEL

1990 : Peu de places de traitement de substitution sont disponibles autres que celles offertes à Montréal par le Cran (Centre de recherche et d'aide pour narcomanes) et ses partenaires (CHUM, clinique Herzl, médecins de la communauté).

Fin des années 90 : Les services se développent dans quelques CRD. Certains d'entre eux sont en mesure de desservir la clientèle de leur région.

1999 : Mise en place du Service d'appui pour la méthadone du Cran, dont le mandat est de soutenir l'ensemble des professionnels engagés dans les traitements de substitution au Québec.

2004 : Les traitements de substitution font partie intégrante de l'offre de service commune des CRD.

2006 : Le ministère de la Santé et des Services sociaux publie un cadre de référence pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec un médicament de substitution.

2007 : Le ministère de la Santé et des Services sociaux publie les orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, Programme-services dépendance, 2007-2010

2008 : Publication de la première édition du document *« La dépendance aux opioïdes : portrait des traitements de substitution au Québec »* en 2008 : neuf CRD offrent des TDO avec médicament de substitution et six n'en offrent pas ; deux régions administratives n'offrent aucun TDO avec médicament de substitution aux personnes dépendantes d'opioïdes de son territoire ; quatre régions offrent des TDO avec médicament de substitution uniquement en première ligne. Les délais d'attente pour de nouvelles admissions et pour des transferts vers les régions où résident les patients varient de deux semaines à plus de six mois.

2009 : En collaboration avec le Cran, l'ACRDQ organise pour ses membres une journée d'appropriation du cadre de référence et guide de bonnes pratiques des TDO avec un médicament de substitution.

2011 : Mise à jour du document *« La dépendance aux opioïdes : portrait des traitements de substitution au Québec »,* édition de 2011 : onze CRD offrent des TDO avec médicament de substitution et quatre n'en offrent pas ; une région administrative n'offre aucun TDO avec médicament de substitution ; trois régions offrent des TDO avec substitution uniquement en première ligne. Les délais d'attente pour de nouvelles admissions et pour des transferts vers les régions où résident les patients varient de deux semaines à plus d'un an.

4. SERVICES AU QUÉBEC

4.1 SERVICES EN CRD ET HORS CRD

LES CRD PAR RÉGION	SERVICES EN CRD					SERVICES HORS CRD					
	Nombre				Méthadone/ Suboxone	Nombre de médecins			Nombre de patients		
	Md	Inf.	Psy	Pts		CSSS	GMF	Cliniques privées	CSSS	GMF	Cliniques privées
01 L'ESTRAN	0	0	0	0	-	2	0	0	30	0	0
02 CSSS JONQUIÈRE	4	2	1	64	M/S	0	0	0	0	0	0
03 CRUV	5	2	2	311	M/S	0	0	0	0	0	0
04 DOMRÉMY M/C DU QC	4	5	11	104	M/S	0	0	1	0	0	0
05 JEAN-PATRICE CHIASSON	2	1	1	62	M/S	0	0	0	0	0	0
06 CRAN/CHUM/HERZL *	39	23	14	1460	M/S	9	29	5	60	387	242
07 CENTRE JELLINEK	2	1	1	34	M/S	0	0	0	0	0	0
08 CENTRE NORMAND	1	1	1	67	M/S	2	0	0	133	0	0
09 CENTRE LE CANAL	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0
10 NORD DU QUÉBEC	0	0	0	0	-	0	2	0	0	3	0
11 L'ESCALE	1	oui	5	0	M	0	0	2	0	0	9
12 CRAT-CA	3	1	8	42	M/S	0	0	0	0	0	0
13 CENTRE LE MAILLON	6	1	2	60	M	0	0	0	0	0	0
14 LE TREMPLIN	2	3	1	40	M/S	0	0	0	0	0	0
15 ANDRÉ BOUDREAU	1	1	1	41	M	1	1	3	3	0	95
16 LE VIRAGE**	0	2	2	0	-	4	8	0	15	147	0

∗ Pour Montréal, des services sont offerts principalement par le Cran dans le cadre d'une entente de services avec le Centre Dollard-Cormier et deux autres centres hospitaliers, la clinique de médecine familiale Herzl de l'Hôpital général juif de Montréal et le Service de médecine des toxicomanies du CHUM St-Luc. Patients actifs : Cran (820) CHUM (150) Herzl (490)

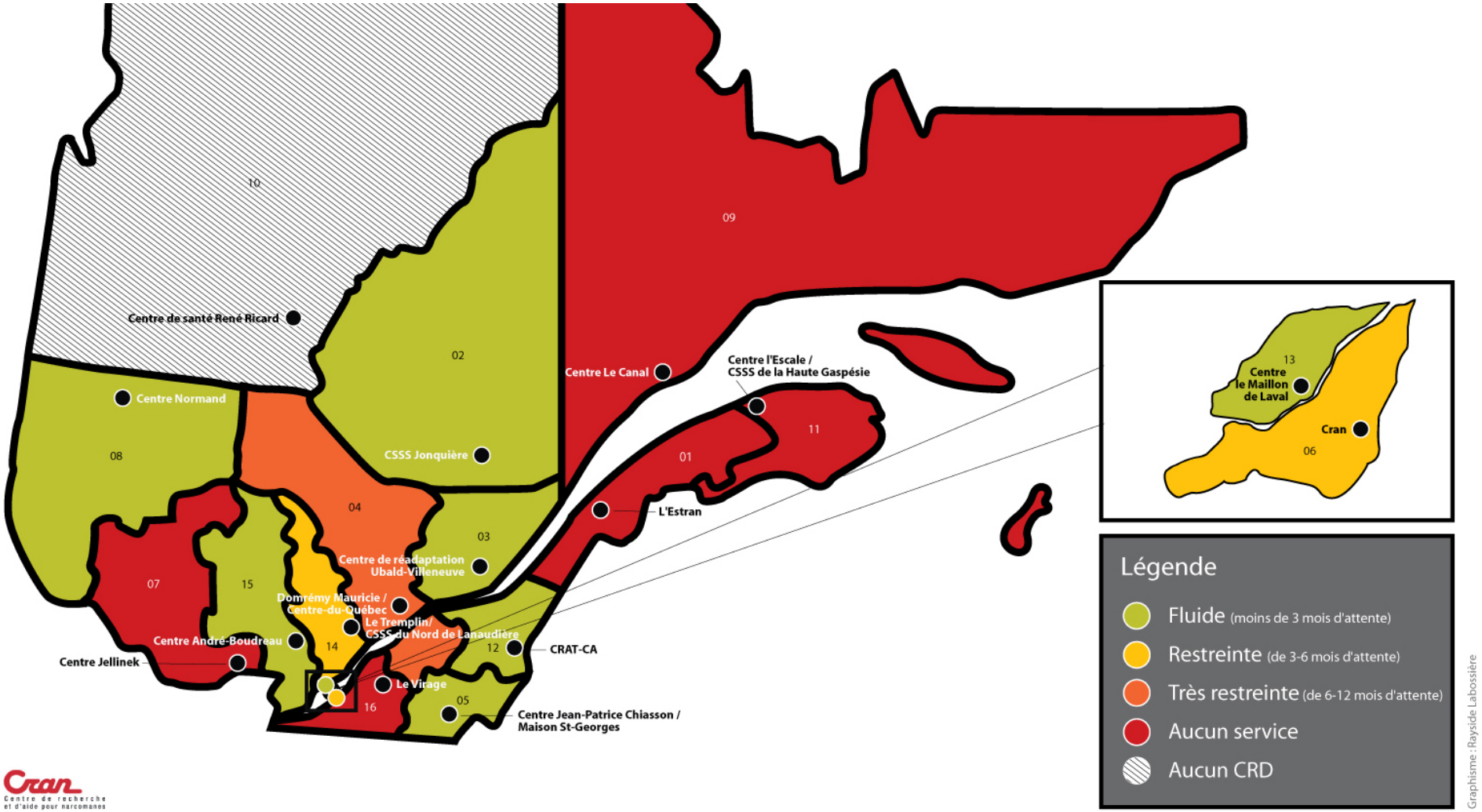
**Le CRD Le Virage a une entente avec le GMF de l'UMF Charles LeMoyne pour offrir des services médicaux de substitution aux usagers du territoire

4.2 SYNTHÈSE DES RÉGIONS

SYNTHÈSE RÉGIONALE									
Région	Accès en CRD	Précarité en CRD	Accès hors CRD	Précarité hors CRD	Méthadone/ Suboxone	Nombre pharmacies	Total de patients	Requis de service	Places à développer
01 Bas Saint-Laurent	Aucun service	Précaire	Très restreint	Précaire	M	4	30	100	70
02 Saguenay- Lac Saint-Jean	Fluide	Non précaire	Aucun	Précaire	M/S	22	64	137	73
03 Capitale nationale	Fluide	Non précaire	Aucun	Précaire	M/S	40	311	427	116
04 Mauricie-Centre du QC	Très restreint	Précaire	Très restreint	Précaire	M/S	46	158	245	87
05 Estrie	Fluide	Précaire	Aucun	Précaire	M/S	25	62	150	88
06 Montréal	Restreint	Précaire	Restreint	Non précaire	M/S	100	2154	3660	1506
07 Outaouais	Aucun*	Non précaire	Aucun	Précaire	M/S	12	34	180	146
08 Abitibi-Témiscaminque	Fluide	Précaire	Fluide	Non précaire	M/S	7	200	72	+128 (surplus)
09 Côte-Nord	Aucun	-	Aucun	Précaire	-	0	0	48	48
10 Nord du Québec	-	-	Fluide	Précaire	M	3	6	20	14
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	Aucun	Précaire	Très restreint	Précaire	M/S	10	9	47	36
12 Chaudière-Appalaches	Fluide	Non précaire	Aucun	Précaire	M/S	20	42	200	158
13 Laval	Fluide	Non précaire	Aucun	Précaire	M	19	60	194	134
14 Lanaudière	Restreint	Précaire	Aucun	Précaire	M/S	27	40	232	192
15 Laurentides	Fluide	Précaire	Fluide	Non précaire	M/S	35	139	274	137
16 Montérégie	Aucun	Précaire	Très restreint	Précaire	-	43	153	611	458
NOMBRE TOTAL						**413**	**3462**		**3263**

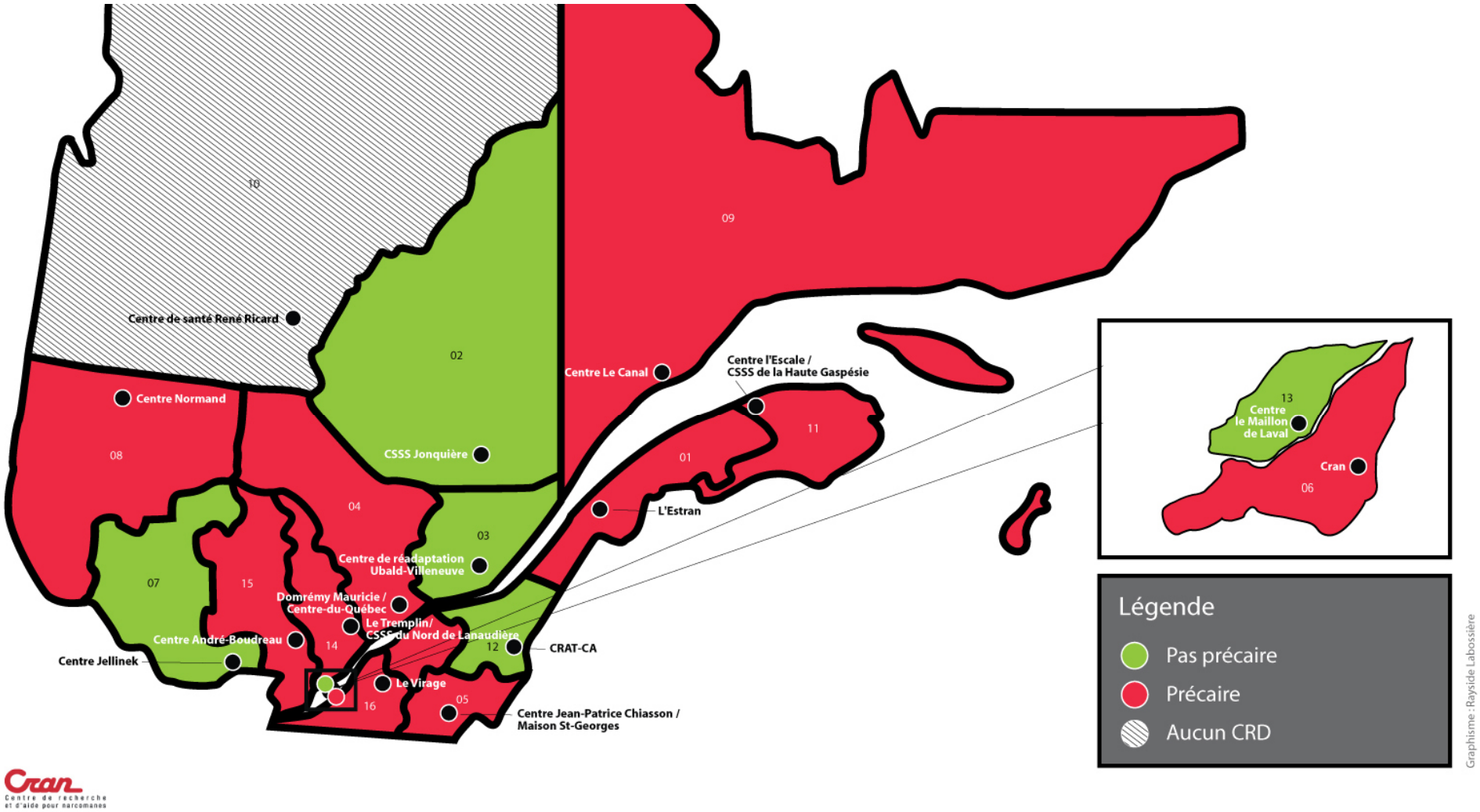
*Aucune admission depuis novembre 2010.

4.3 CARTE ACCESSIBILITÉ EN CRD



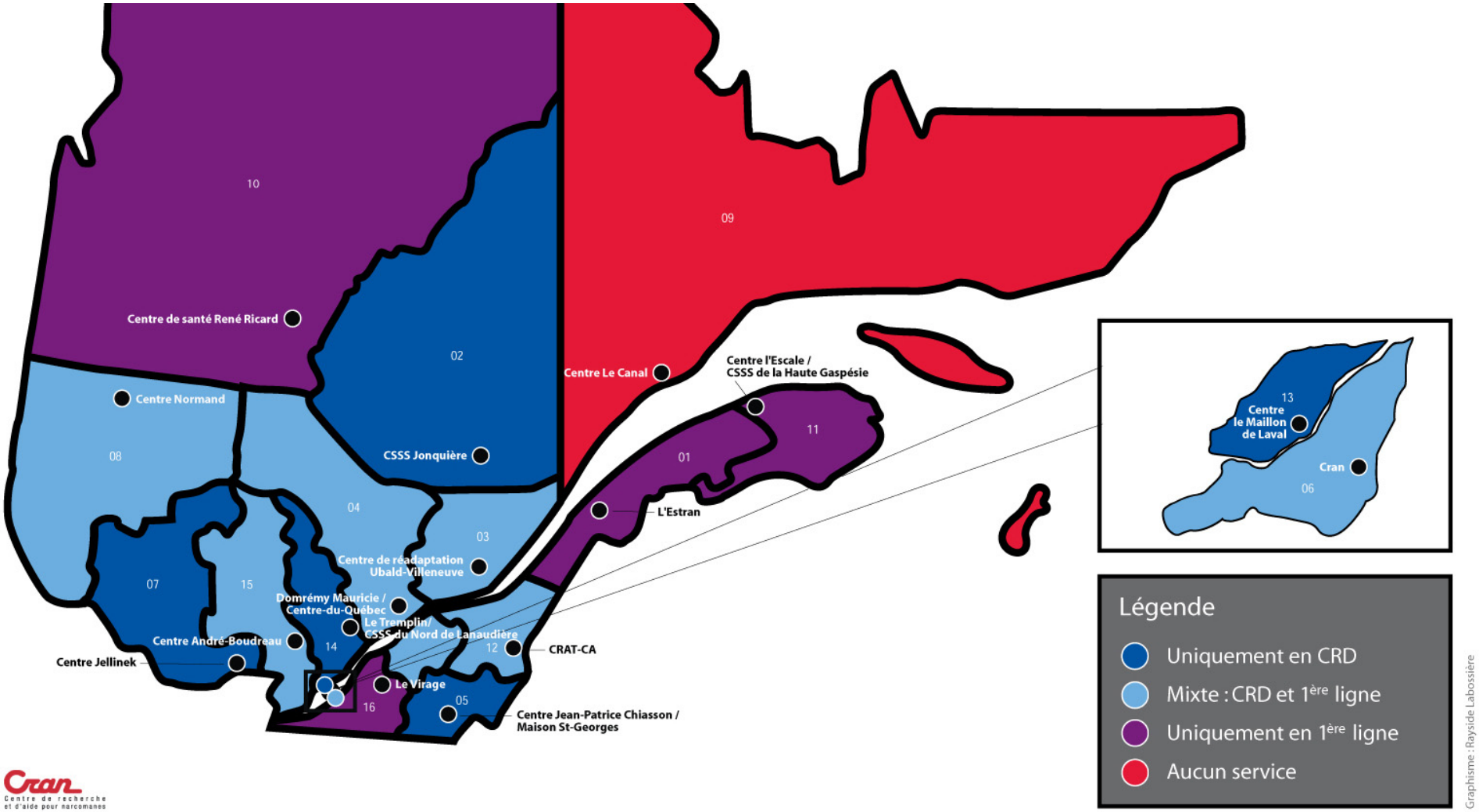
Cran
Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

4.4 CARTE PRÉCARITÉ EN CRD



Cran
Centre de recherche
et d'aide pour narcomanes

4.5 CARTE ORGANISATION DE SERVICES



Cran
Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

5. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE PAR RÉGION

5.1 01 Bas-Saint-Laurent

5.2 02 Saguenay- Lac-Saint-Jean

5.3 03 Capitale nationale

5.4 04 Mauricie-Centre du QC

5.5 05 Estrie

5.6 06 Montréal

5.7 07 Outaouais

5.8 08 Abitibi-Témiscaminque

5.9 09 Côte-Nord

5.10 10 Nord du Québec

5.11 11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

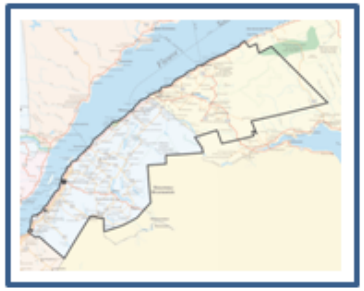
5.12 12 Chaudière-Appalaches

5.13 13 Laval

5.14 14 Lanaudière

5.15 15 Laurentides

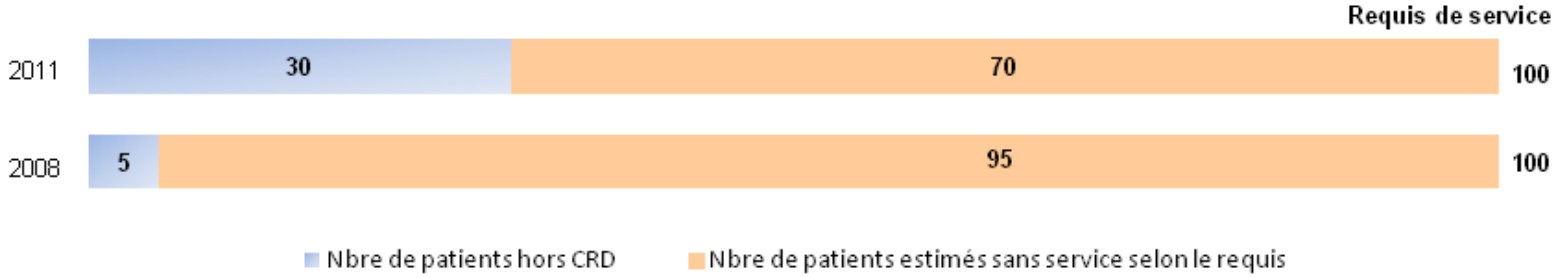
5.16 16 Montérégie



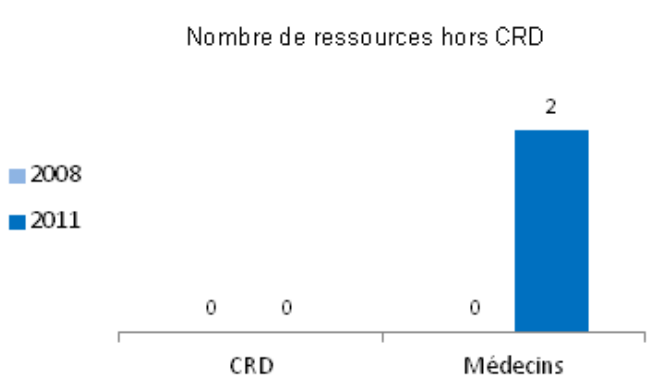
01 - Bas Saint-Laurent

ENJEUX selon le CRD L'Estran (conformément à ceux de 2008) :
✓ Maintenir la collaboration avec les médecins prescripteurs de la région.
✓ Sensibiliser les décideurs aux besoins des personnes dépendantes des opioïdes.

Évolution du nombre de patients TDO actifs en fonction du requis de service



Évolution de l'offre de service uniquement en première ligne

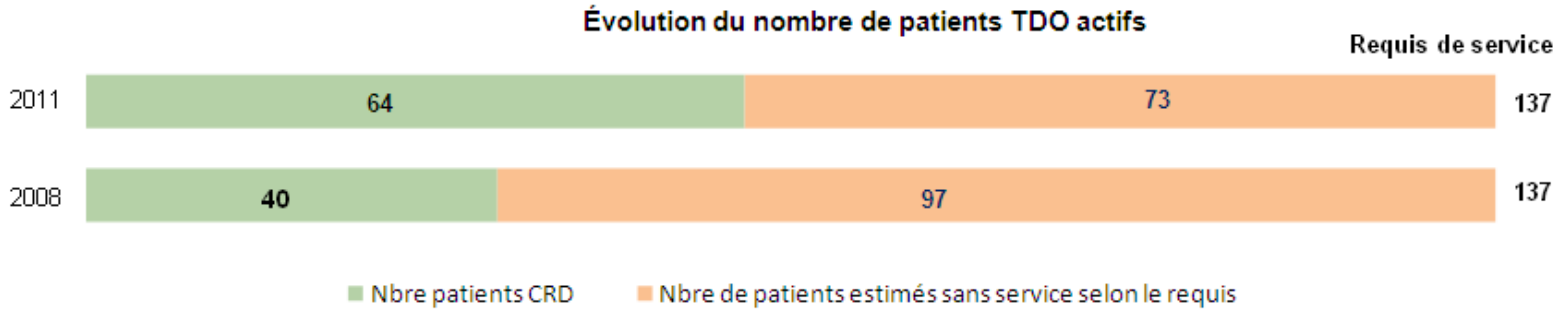


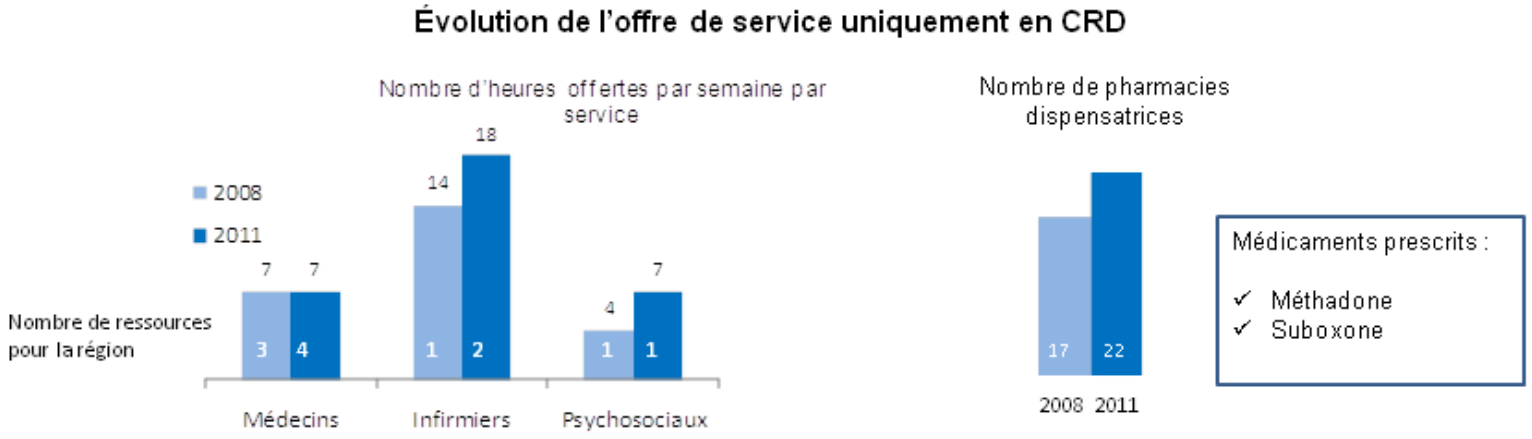
Médicament prescrit :

✓ Méthadone

02 – Saguenay-Lac-Saint-Jean

ENJEUX selon le CRD Jonquière :
✓Recruter des médecins prescripteurs en 1ère ligne pouvant assurer le suivi des usagers.
✓Transférer les usagers stabilisés vers les ressources de la 1ère ligne.





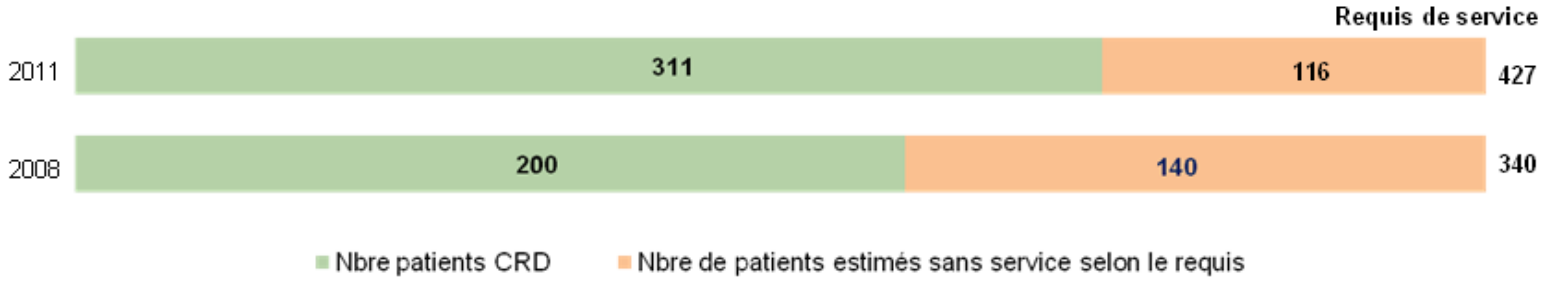
03 - Capitale nationale

ENJEUX selon le CRD Ubald-Villeneuve :

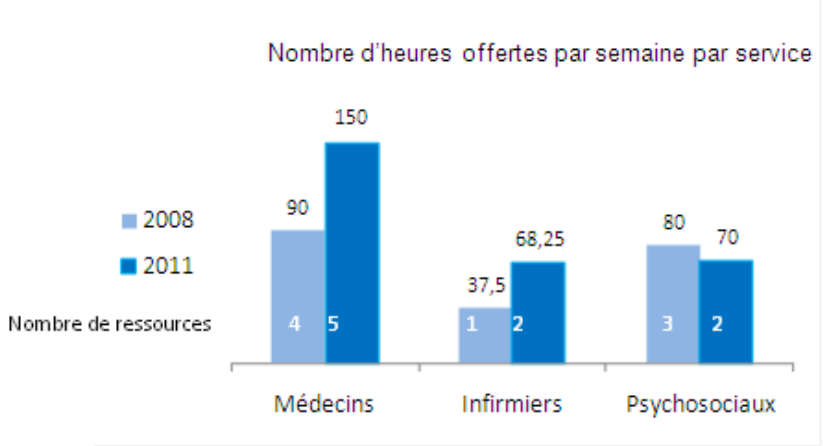
✓Transférer, progressivement, les patients stabilisés vers les ressources médicales de 1ère ligne.

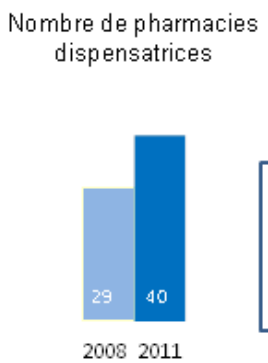
✓Maintenir les effectifs médicaux en place et recruter un nouveau médecin

Évolution du nombre de patients TDO actifs en fonction du requis de service



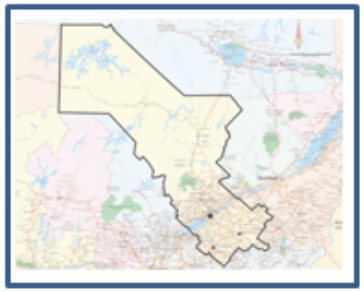
Évolution de l'offre de service uniquement en CRD





Médicaments prescrits :

- ✓ Méthadone
- ✓ Suboxone



04 – Mauricie – Centre du Québec

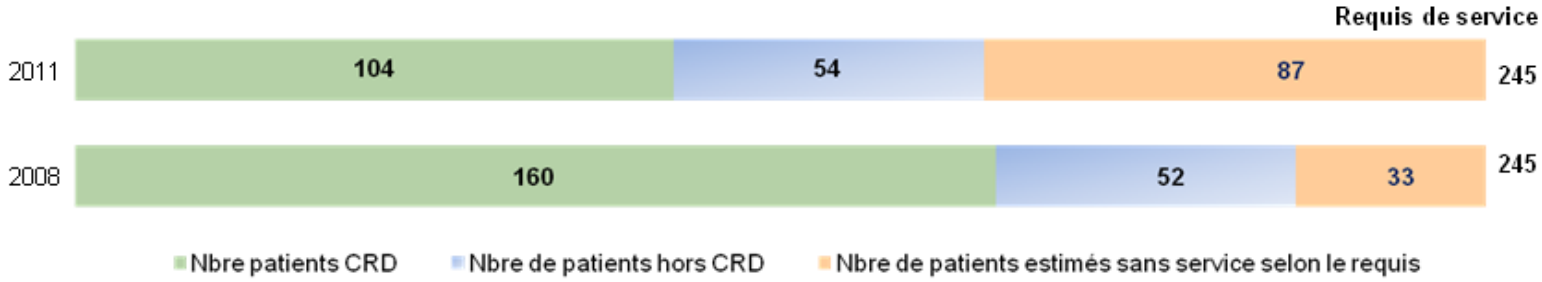
ENJEUX selon le Centre Domrémy M/C du Québec :

✓Poursuivre le questionnement sur les actions les plus efficaces pour assurer le recrutement de médecins et pour la mise en place de modalités de gestion de la liste d'attente.

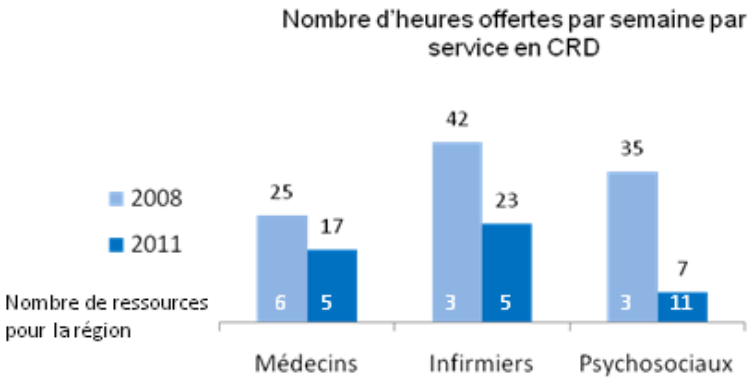
✓Recruter de nouveaux médecins compte tenu des départs à prévoir.

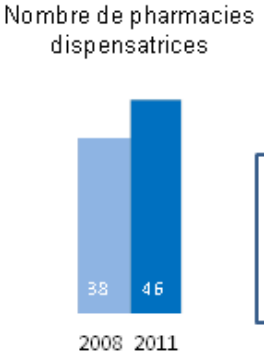
✓Assurer une gestion plus efficace et rapide de l'accessibilité au programme TDO.

Évolution du nombre de patients TDO actifs en fonction du requis de service



Évolution de l'offre de service mixte : première ligne et CRD





Médicaments prescrits :

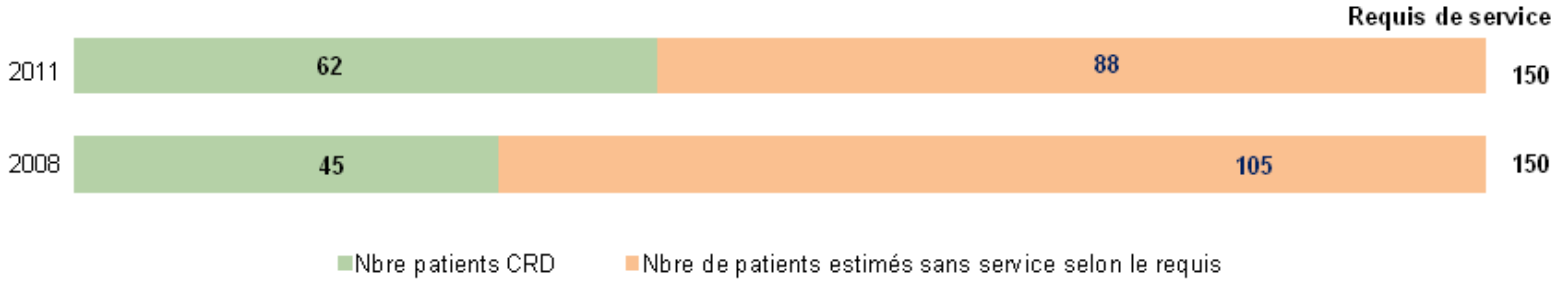
- ✓ Méthadone
- ✓ Suboxone

05 - Estrie

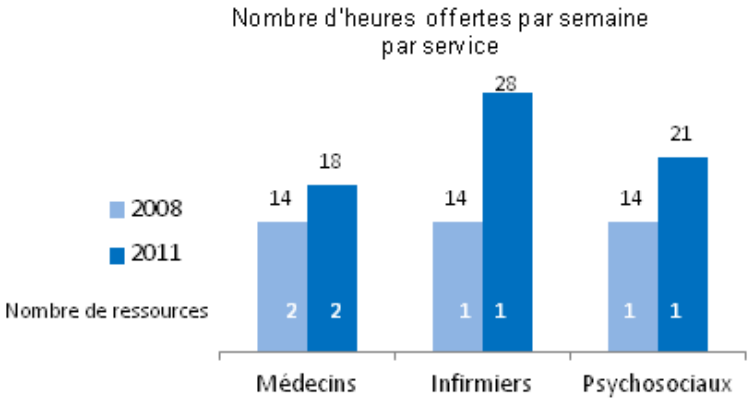
ENJEUX selon le CRD Estrie :

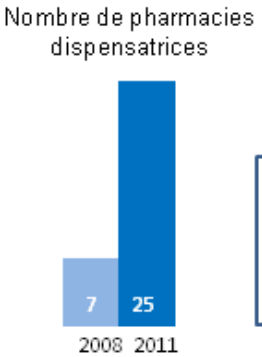
- ✓Recruter une équipe de médecins prescripteurs pour les services d'hébergement et pour les services externes (TDO et UDI-VHC).
- ✓Maintenir l'offre de service en TDO viable malgré le départ d'un médecin prescripteur.
- ✓Mettre en place des modalités de gestion des délais et de liste d'attente.

Évolution du nombre de patients TDO actifs en fonction du requis de service



Évolution de l'offre de service uniquement en CRD





Médicaments prescrits :

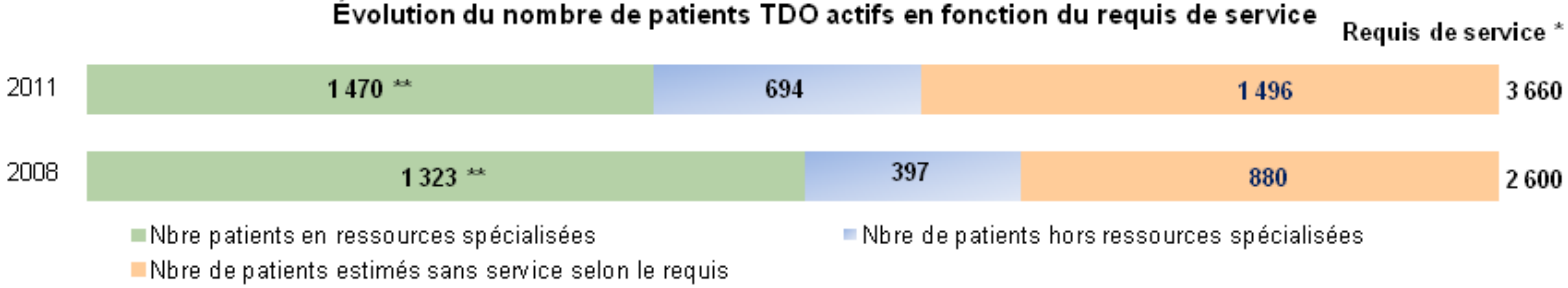
- ✓ Méthadone
- ✓ Suboxone

06 – Montréal

ENJEUX selon le CRAN/CHUM/Herzl:

- ✓Atteindre un niveau d'accessibilité fluide ce qui suppose le recrutement de médecins prescripteurs.
- ✓Intégrer un programme d'opioïdes injectables considérant la diversité des besoins et la concentration de la clientèle UDI à Montréal.
- ✓Développer des corridors de services avec soutien professionnel vers les ressources de 1ère ligne.
- ✓Consolider et développer les services avec le soutien régional et celui du MSSS.

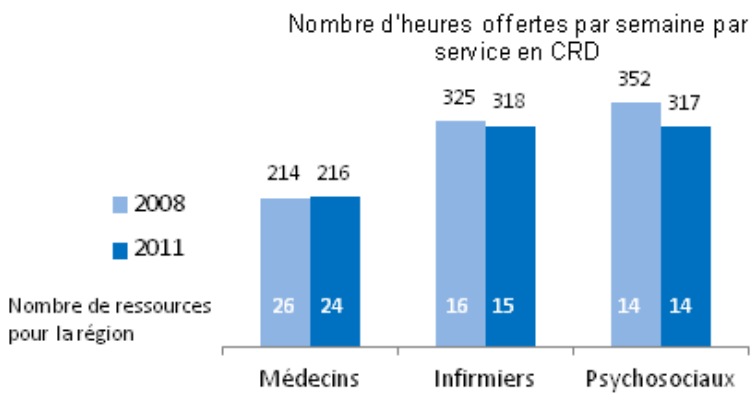
Évolution du nombre de patients TDO actifs en fonction du requis de service

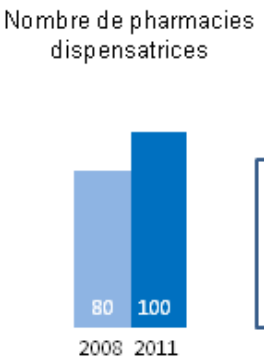


* Compte tenu de la spécificité de Montréal comme métropole du Québec et comme grande région de service, le requis de service a été calculé selon la formule présentée par le MSSS, page 16 dans son Cadre de référence et guide de bonnes pratiques (2006).

** Se référer au tableau 4.1 du présent document concernant la ventilation des patients.

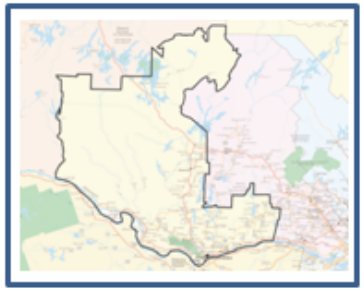
Évolution de l'offre de service mixte : première ligne et centres spécialisés





Médicaments prescrits :

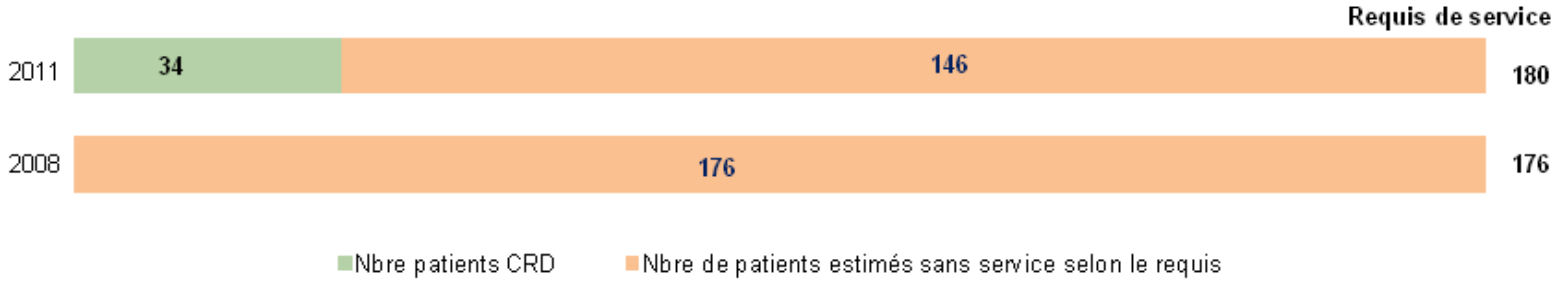
- ✓ Méthadone
- ✓ Suboxone



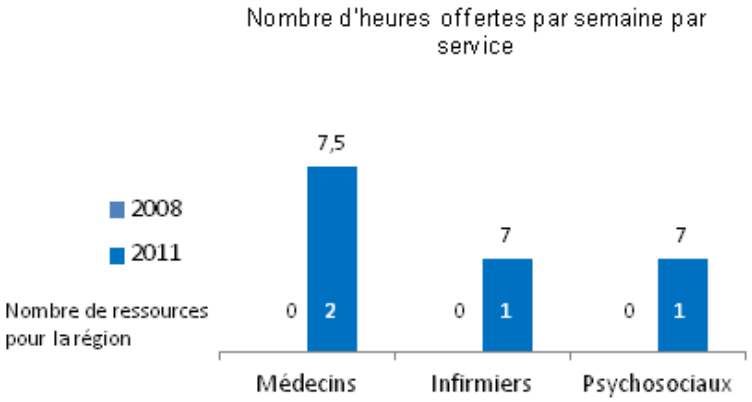
07 - Outaouais

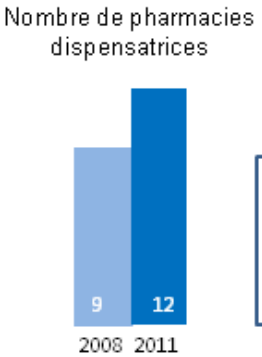
ENJEUX selon le Centre Jellinek :
✓Recruter des médecins prescripteurs.
✓Assurer un financement adéquat.
✓Développer des corridors de services avec la 1ère ligne.

Évolution du nombre de patients TDO actifs en fonction du requis de service



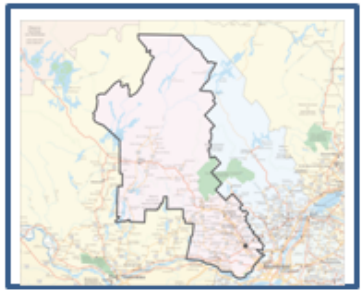
Évolution de l'offre de service uniquement en CRD





Médicaments prescrits :

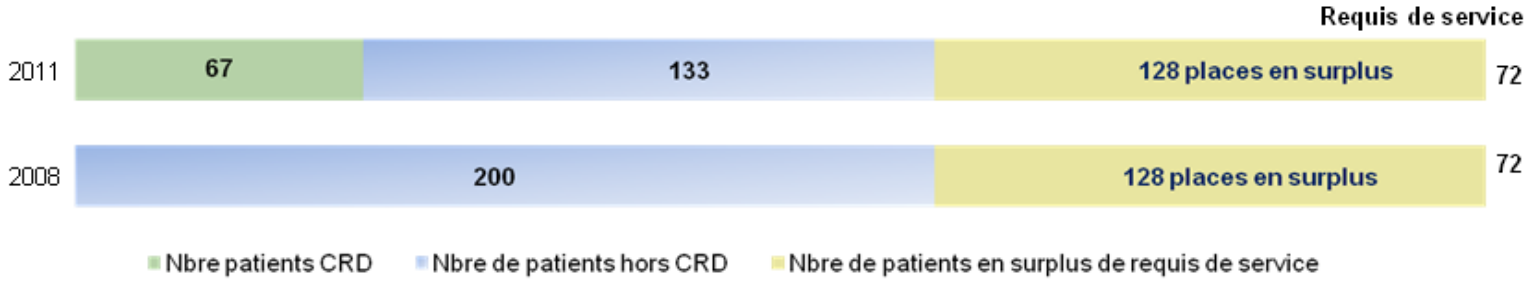
- ✓ Méthadone
- ✓ Suboxone



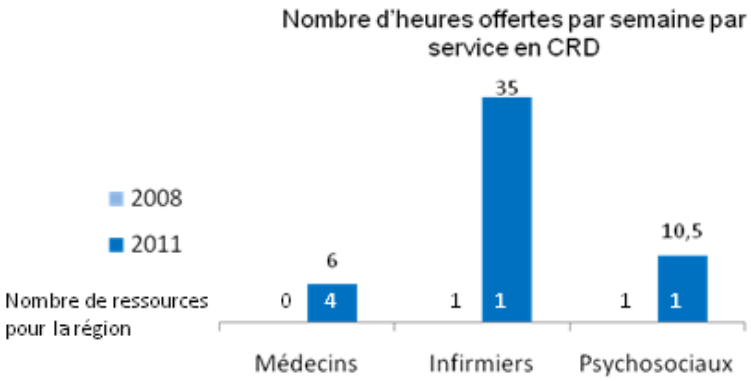
08 – Abitibi - Témiscamingue

ENJEUX selon le CRD Centre Normand:
✓Rendre le TDO plus accessible dans les sous-régions.
✓Sensibiliser les médecins déjà autorisés à prescrire aux besoins de traitement sur le territoire.

Évolution du nombre de patients TDO actifs en fonction du requis de service



Évolution de l'offre de service mixte : première ligne et CRD

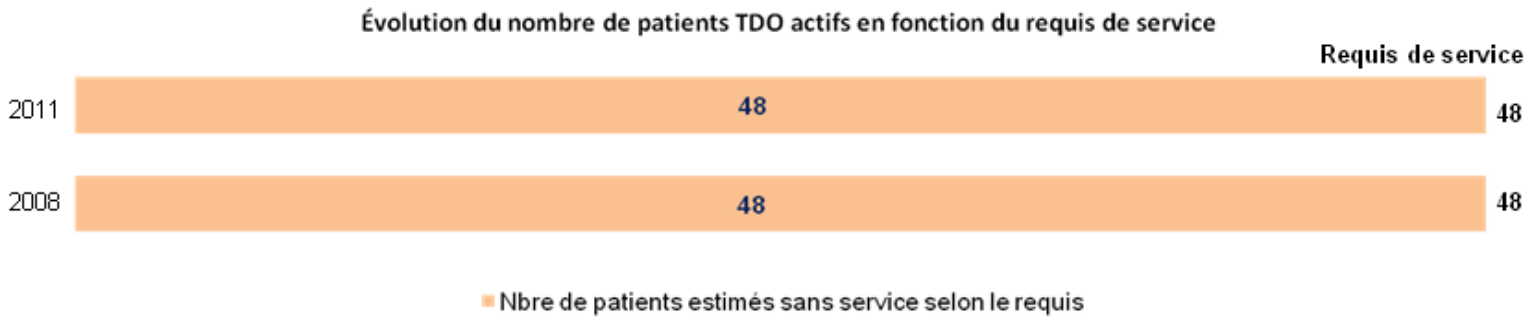


Médicaments prescrits :

- ✓ Méthadone
- ✓ Suboxone

09 – Côte-Nord

ENJEUX selon le Centre Le Canal :
✓Sensibiliser les décideurs et les professionnels aux besoins de cette clientèle .
✓Recueillir des données sur la prévalence de la consommation d'opioïdes.
✓Tenir compte des retombées du Plan Nord sur la consommation d'opioïdes.



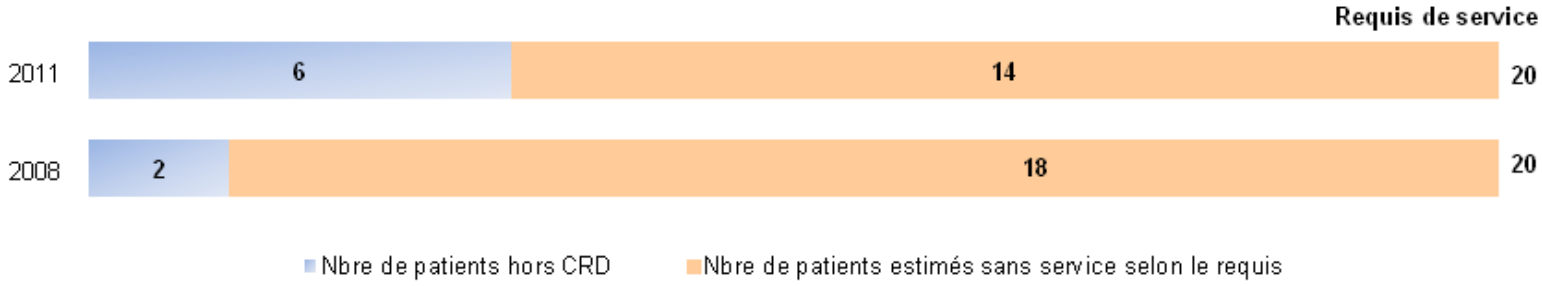
Aucun service en 2008 et 2011

10 – Nord du Québec

ENJEUX pour la région :

✓ Maintenir les services offerts par les médecins omnipraticiens dépanneurs.

Évolution du nombre de patients TDO actifs en fonction du requis de service



Évolution de l'offre de service uniquement en première ligne

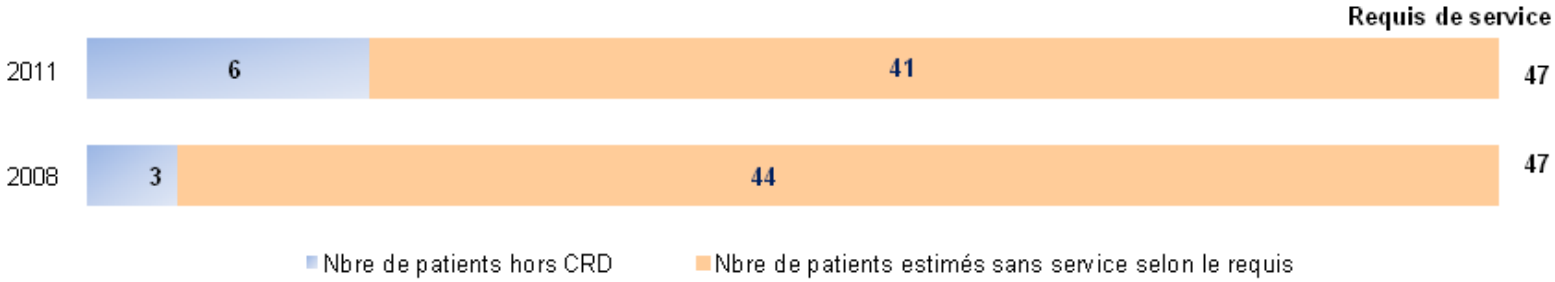
Médecins omnipraticiens dépanneurs prescripteurs de substitution

Aucun CRD

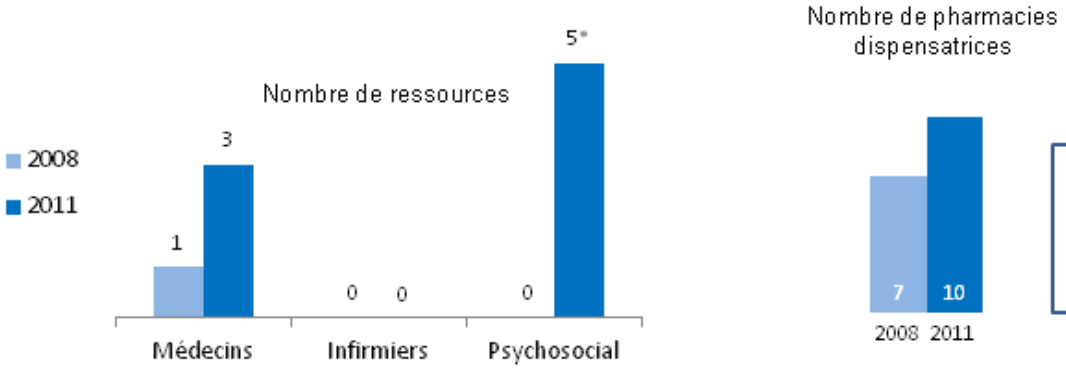
11 - Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine

ENJEUX selon le CRD L'Escale :
✓Mettre en place des services de maintien.
✓Évaluer leur implantation afin de tenir compte des besoins spécifiques de la population.
✓Assurer la formation des intervenants.

Évolution du nombre de patients TDO actifs en fonction du requis de service



Évolution de l'offre de service uniquement en première ligne



*5 ressources du CRD pour 5 heures/semaine

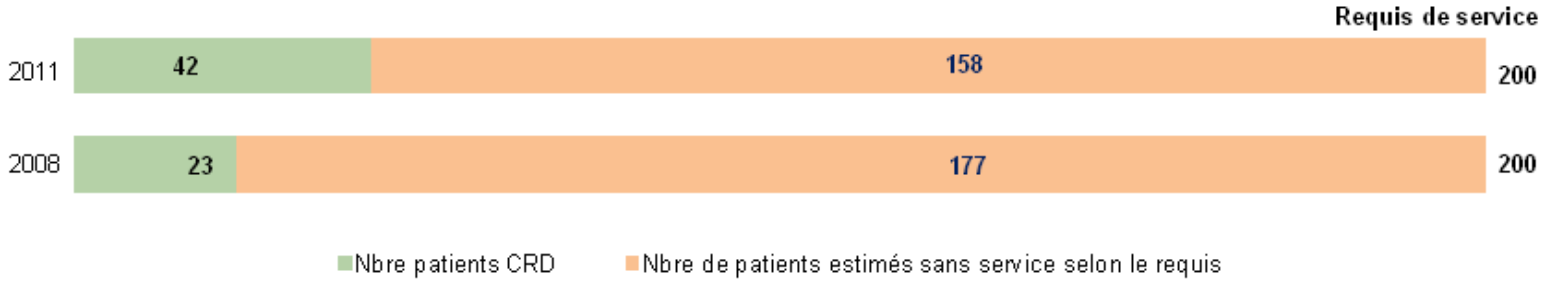
Médicament prescrit:

✓ Méthadone

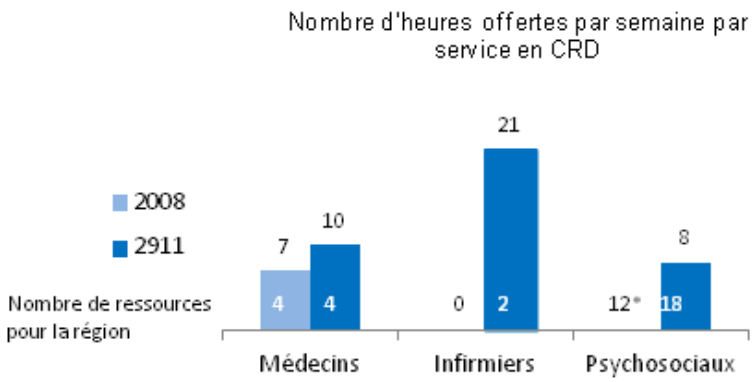
12 – Chaudière-Appalaches

ENJEUX selon le CRAT-CA :
✓Recruter de nouveaux médecins.
✓Promouvoir l'utilisation des services psychosociaux.
✓Développer la continuité des services avec les ressources de 1ère ligne .

Évolution du nombre de patients TDO actifs en fonction du requis de service



Évolution de l'offre de service mixte : première ligne et CRD



Médicaments prescrits :

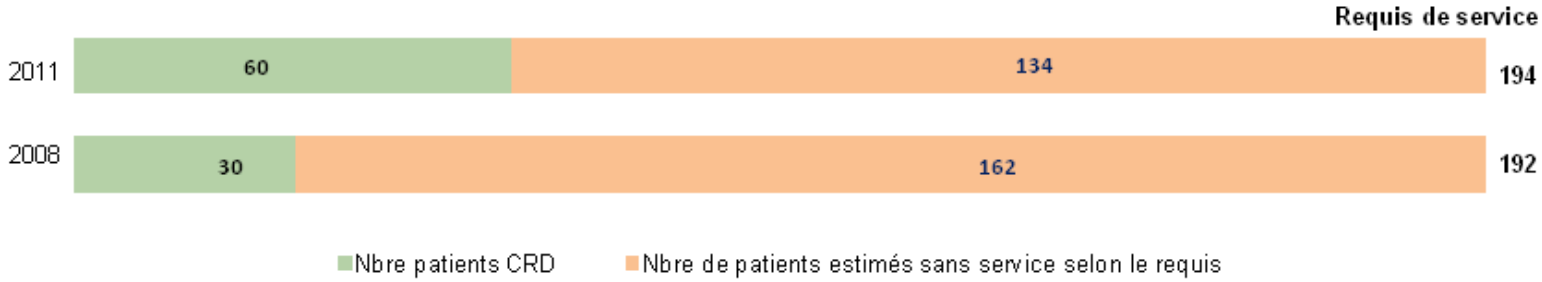
- ✓ Méthadone
- ✓ Suboxone

13 – Laval

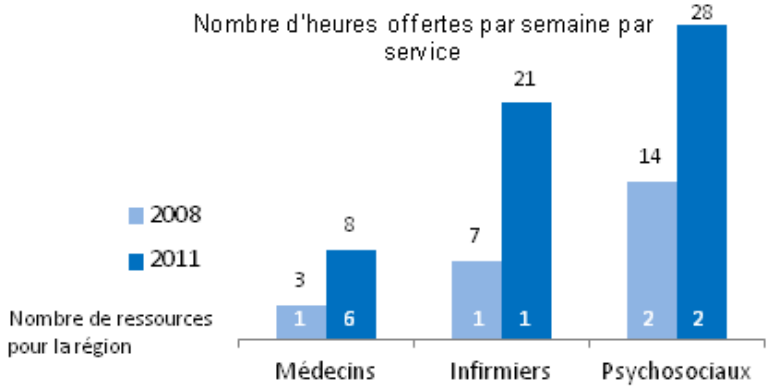
ENJEUX selon le Centre Le Maillon :

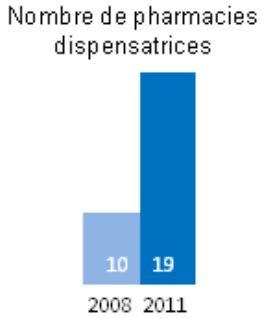
✓Développer des corridors de services vers les ressources médicales de 1ère ligne pour les patients stables.

Évolution du nombre de patients TDO actifs en fonction du requis de service



Évolution de l'offre de service uniquement en CRD





Médicaments prescrits :

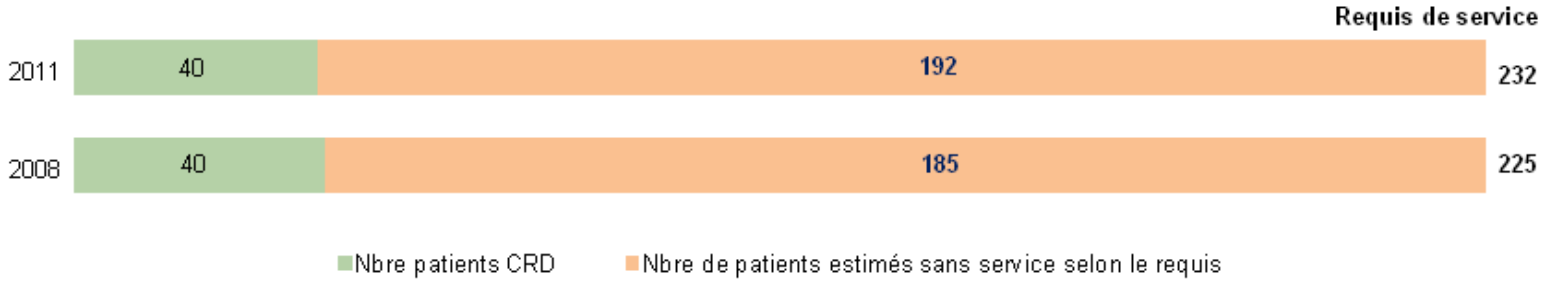
- ✓ Méthadone
- ✓ Suboxone

14 – Lanaudière

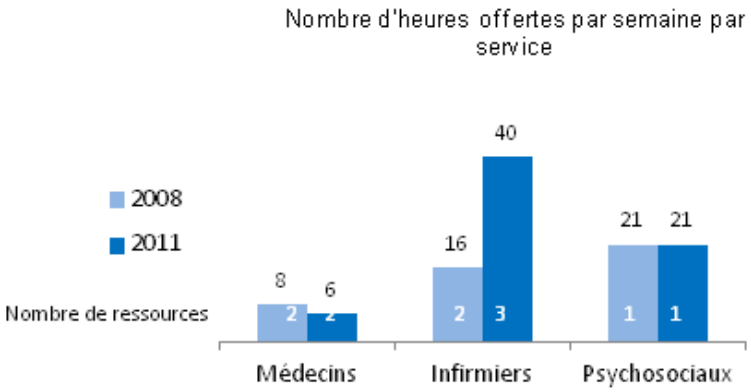
ENJEUX selon le Centre Le Tremplin – CSSS du Nord de Lanaudière :

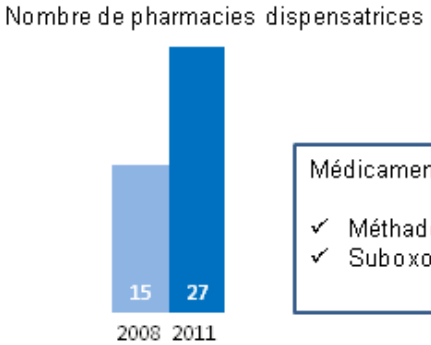
✓Maintenir et développer l'accessibilité des services de désintoxication et de substitution.
✓Assurer la continuité des soins.

Évolution du nombre de patients TDO actifs en fonction du requis de service



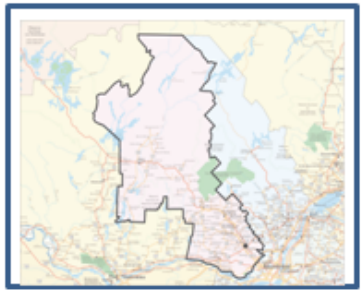
Évolution de l'offre de service uniquement en CRD





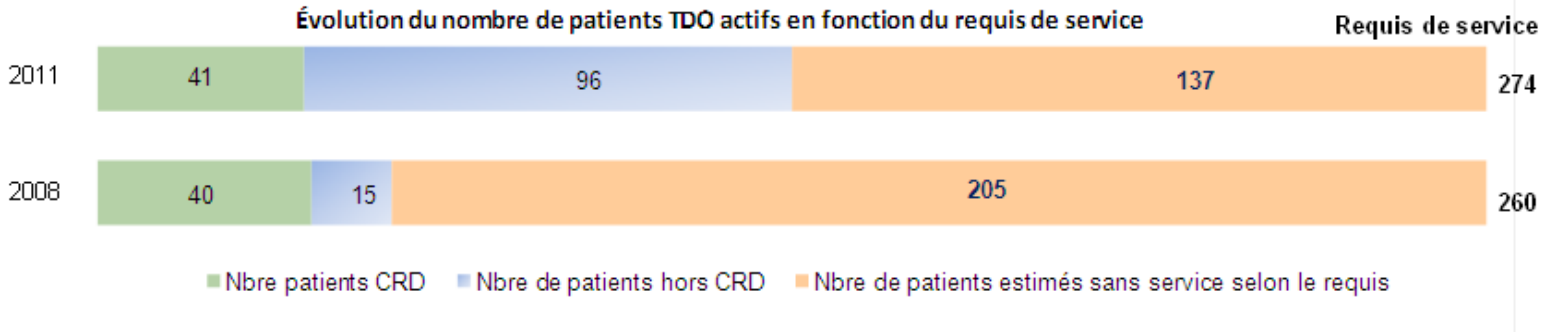
Médicaments prescrits :

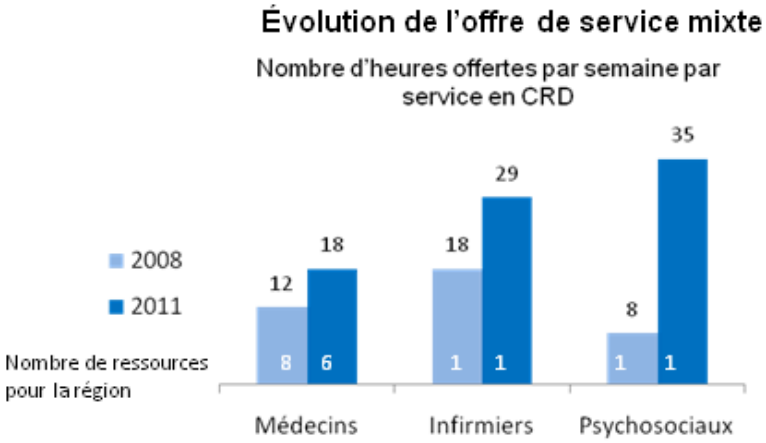
- ✓ Méthadone
- ✓ Suboxone

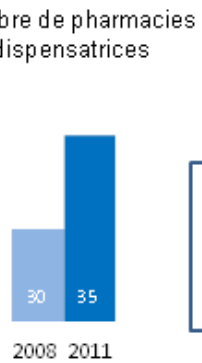


15 - Laurentides

ENJEUX selon le Centre André-Boudreau :
✓Offrir des services de désintoxication aux usagers qui ne désirent pas de substitution.
✓Avoir un médecin substitut pour couvrir les absences du médecin.
✓Introduire la buprénorphine (Suboxone^{MC}).
✓Transférer les usagers stabilisés aux médecins de la communauté.

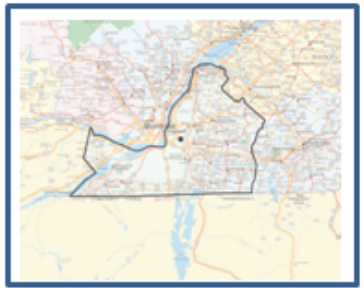






Médicaments prescrits :

- ✓ Méthadone
- ✓ Suboxone



16 - Montérégie

ENJEUX selon le CRD Le Virage * :

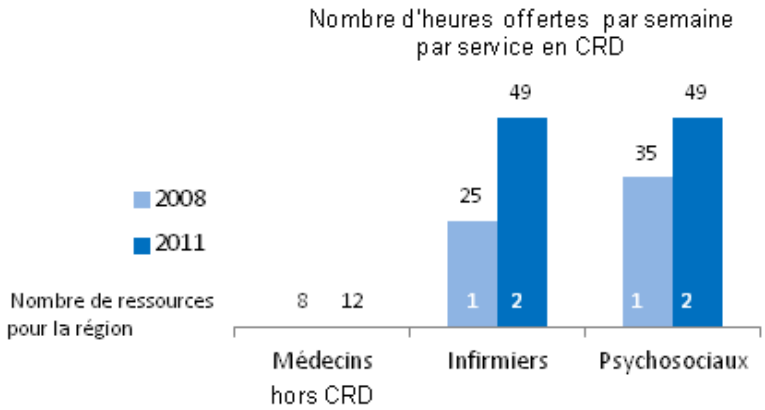
- ✓Obtenir le budget requis pour répondre minimalement aux besoins de la clientèle en TDO.
- ✓Consolider la vision régionale en matière de traitement de substitution.
- ✓Recruter des médecins prescripteurs pour répondre aux besoins de l'ensemble du territoire.
- ✓Obtenir un soutien régional et provincial pour la consolidation et le développement des services en TDO sur le territoire de la Montérégie.

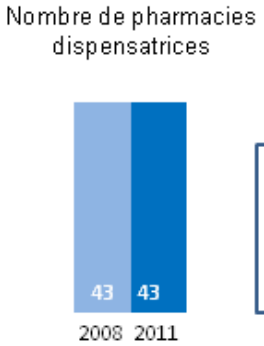
Évolution du nombre de patients TDO actifs en fonction du requis de service

Nbre de patients hors CRD Nbre de patients estimés sans service selon le requis

* Le CRD a une entente avec le GMF de l'UMF Charles-LeMoyne pour les services médicaux.

Évolution de l'offre de service uniquement en première ligne





Médicaments prescrits :

- ✓ Méthadone
- ✓ Suboxone

6. CONSTATS ET ENJEUX

Les progrès accomplis depuis les quarante dernières années au Québec sont indéniables. L'expertise des médecins, infirmières, intervenants psychosociaux et pharmaciens s'est largement développée, ce qui a contribué à soutenir l'organisation de services adaptés aux réalités régionales. Malgré les défis relevés par les professionnels pour faire face aux contraintes d'accessibilité et de précarité dans lesquelles s'inscrit l'offre de service en TDO, des efforts restent à faire pour rendre cette offre de service conforme à la vision du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Le « *Cadre de référence et guide de bonnes pratiques pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution* » (2006) réaffirme les droits des personnes dépendantes des opioïdes en matière de santé. Il y est fait mention du délai d'accessibilité raisonnable aux TDO avec une médication de substitution, soit le délai le plus court possible. Les données colligées montrent que les délais d'accès au traitement médical varient de 2 semaines à un an, et que ce délai est parfois plus long lorsqu'il s'agit d'une personne déjà en traitement qui désire être traitée dans la région où elle réside.

Les informations dont dispose le Cran confirment aussi que les pratiques médicales différentes d'un médecin à l'autre ont un impact négatif sur la continuité des services, l'équité et l'accès au traitement. Ceci concerne particulièrement les personnes qui abusent de médicaments prescrits tels que le Dilaudid® et l'oxycodone. La précarité des équipes traitantes demeure constante. En 2008, dix centres affirmaient leur offre de service précaire en raison de la difficulté à recruter des médecins souhaitant s'engager auprès de cette clientèle. La majorité de ces centres vivent la même situation en 2010 alors que d'autres ont basculé dans la précarité. Tel est le cas des ressources spécialisées de la région de Montréal où se trouve 60 % des personnes dépendantes d'opioïdes.

Les « *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, Programme service dépendance, offre de service 2007-2012* », propose un modèle d'organisation de service à atteindre pour les TDO avec un médicament de substitution. Celui-ci suppose que le traitement débute en centre spécialisé pour se poursuivre dans les ressources de première ligne, en particulier dans les CSSS. Selon le ministère, les personnes pouvant être suivies en première ligne sont « les personnes toxicomanes stabilisées au regard d'un traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution et venant des centres spécialisés. Ces personnes ne présentent pas les critères d'orientation vers les services spécialisés quant à leur consommation d'autres substances psychoactives ». Selon les données colligées lors de la mise à jour du portrait, un seul CSSS, le CSSS Jeanne-Mance à Montréal, s'inscrit dans cette vision ministérielle, et ce, dans l'esprit d'un projet pilote.

Trois types d'organisation de services médicaux coexistent sur le territoire québécois : une organisation unique en CRD accompagnée de services multidisciplinaires (infirmiers et psychosociaux), une organisation unique avec des médecins pratiquant en première ligne et ayant généralement peu de support de professionnels spécialisés en dépendance, et une organisation mixte combinant des soins en CRD et des soins en première ligne offerts par des médecins exerçant souvent en solo, c'est-à-dire, sans collègues (médecins, infirmières ou intervenants psychosociaux) pour les soutenir. Par ailleurs, l'offre de service développée en Montérégie est originale et prometteuse pour ce territoire. Les services médicaux de substitution sont offerts par des ressources médicales de première ligne, en l'occurrence le GMF de l'UMF Charles LeMoyne. Dans ce lieu de service se sont greffés des services infirmiers et psychosociaux offerts par des professionnels du CRD Le Virage.

En conclusion, cette version 2011 du portrait met en lumière les enjeux organisationnels d'accessibilité pour l'ensemble du territoire québécois. Ceux-ci sont liés majoritairement au recrutement médical, que ce soit en CRD ou hors CRD, essentiel au maintien de la viabilité des services en place ou au déploiement de services en TDO dans des régions où ceux-ci sont presque inexistants. Du même souffle, le portrait rend compte de la précarité et des besoins de soutien des équipes médicales et cliniques, plus particulièrement pour les médecins travaillant en solo. Ceux-ci doivent faire face à des situations complexes et à des clientèles aux pathologies nombreuses sans soutien à proximité. Quant aux enjeux de continuité des services, cette mise à jour montre les différences régionales, que ce soit en fonction de la disponibilité de services infirmiers et psychosociaux, des produits consommés ou des modalités de traitement et d'interventions qui se doivent d'être ajustées aux besoins et particularités des patients.

Le comité d'actions stratégiques du Cran souhaite que ce document informe et sensibilise les décideurs, les professionnels et les usagers sur ces enjeux et sur les besoins liés à une prestation de services en matière de traitement de substitution accessible et de qualité.

LES MEMBRES DU COMITE D'ACTIONS STRATEGIQUES 2010 SONT :

Dre Lise Archibald, médecin prescripteur, CRUV Québec

Madame Natalie Bremshey, chef de service, CRD Le Maillon

Monsieur Pierre Desrosiers, directeur-conseil aux affaires professionnelles, ACRDQ

Madame Sylvie Des Roches, directrice générale, Cran

Dr Serge Dupont, Collège des médecins du Québec

Monsieur Guy-Pierre Lévesque, directeur, Méta d'Âme

Monsieur Jean-Marc Ménard, coordonnateur des Services professionnels, CRD Domrémy MCQ

Madame Josée Morin, Ordre des pharmaciens du Québec

Monsieur Herbert Parisé, directeur des services professionnels, CRD André Boudreau

Monsieur Michel Proulx, directeur des services professionnels, CRD Le Virage

Dre Carole Santerre, Collège des médecins du Québec

Madame Pierrette Savard, conseillère à la qualité des services et à l'avancement des TDO, Cran

7. BESOINS EN MATIÈRE D'ACCESSIBILITÉ ET DE BONNES PRATIQUES DU POINT DE VUE DES USAGERS

Ce texte est inspiré de l'allocution de monsieur Guy-Pierre Lévesque le 25 novembre 2009 à Montréal, lors de la journée d'appropriation par les centres de réadaptation en dépendance du Québec du cadre de référence et guide de bonnes pratiques organisée par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.

Le traitement pour la dépendance aux opioïdes devrait être considéré comme n'importe quel autre traitement médical. Les contraintes actuelles liées au cadre légal et à certaines pratiques orientées vers une approche de traitement plus punitive que curative peuvent contribuer à la stigmatisation des personnes en traitement. Selon l'association des usagers et selon l'avis de plusieurs personnes qui travaillent dans le domaine de la dépendance aux opioïdes, plusieurs éléments des traitements mériteraient d'être mis à jour voire repensés. Ainsi, politiciens, responsables, chercheurs et professionnels des CRD et ceux de la première ligne ont la responsabilité de se pencher sur les dommages collatéraux que peut entraîner le traitement de la dépendance aux opioïdes dans la vie de tous les jours pour les usagers. Il faut identifier spécifiquement les méfaits ainsi que leurs causes, et réfléchir à la façon appropriée d'adapter les interventions de manière à permettre une gestion adéquate de la consommation d'opioïdes, même abusive, et de meilleures conditions de réinsertion.

Qu'il s'agisse de cibler les risques et méfaits causés par une consommation abusive d'opioïdes ou de jouer un rôle majeur dans la prévention de l'aggravation de ces méfaits, l'approche de la réduction des méfaits basée sur un solide engagement de la santé publique et sur les droits humains est la plus adéquate. Mais peut-être faut-il élargir cette vision et se questionner sur les différentes pratiques et leurs impacts négatifs au quotidien et à moyen terme sur la réinsertion de l'usager dans sa communauté ?

QUE SERAIT-IL APPROPRIÉ DE FAIRE?

Les approches de traitement devraient accorder de l'importance à tout changement positif réalisé dans la vie d'une personne qui consomme. Les facteurs comme l'âge, le sexe, l'histoire de la consommation, l'incarcération et la durée de celle-ci devraient être pris en considération, car tous ces critères rendent le rétablissement et la réinsertion plus difficile.

Les interventions doivent être conçues par étape et non simplement contraignantes. Elles doivent être fondées sur les besoins de la personne en traitement. De ce fait, les services doivent être conçus afin de correspondre à ces besoins : ils doivent être pratiques, concrets, efficaces, sécuritaires et rentables, surtout dans un monde où les ressources sont insuffisantes. Chaque petit gain, même modeste, est plus bénéfique pour un ensemble de

personnes que d'énormes progrès réalisés par seulement quelques individus. Par exemple, l'engagement de prendre soin de sa santé est plus difficile, mais il demeure tout de même une option désirable à plus long terme.

Objectifs par étape

Les personnes sont plus enclines à avancer en faisant plusieurs petits pas plutôt qu'un ou deux pas gigantesques. Dans une situation spécifique, l'objectif est peut-être de hiérarchiser les options en plaçant les plus faciles à réaliser au premier plan. Dans une telle hiérarchie, l'abstinence peut être considérée comme un objectif final très difficile à atteindre bien qu'important. Dans l'optique de la réduction des méfaits, préserver la vie des personnes qui consomment des drogues et prévenir des dommages irréparables demeurent la priorité absolue malgré l'importance accordée aux autres priorités tel que prendre soin de sa santé.

Dignité et compassion

Les intervenants doivent accepter les personnes telles qu'elles sont sans porter de jugements. Parce que les personnes qui consomment des drogues ont aussi un père et une mère, des frères et des sœurs, la compassion devrait s'étendre à leur famille et à leur communauté.

Des termes tels que « drogués », « junkies », « toxicomanes » et « traitement de substitution » perpétuent les stéréotypes, marginalisent et créent des barrières qui rendent difficile l'aide aux personnes qui consomment. Le langage et les mots employés devraient toujours être empreints de respect et de tolérance.

Respect des droits de la personne

Une personne dépendante des opioïdes doit être considérée comme tout autre citoyen. Ses droits incluent, entre autres, le droit au travail, le droit de bénéficier de services de santé et de services sociaux de qualité, le droit de ne pas être détenue de manière arbitraire ni de subir des traitements inhumains ou dégradants, et ce, qu'elle consomme ou non. Il faut s'opposer aux mesures contraignantes mises en place au nom de la prévention et du contrôle du trafic des drogues. Face à la consommation de drogues, nous devons proposer des réponses qui respectent les droits fondamentaux de la personne.

DIMINUTION DES MÉFAITS

Plusieurs facteurs sont impliqués dans l'augmentation des risques et des méfaits associés à la consommation de drogues. Ces facteurs sont les comportements et les choix des individus, l'environnement dans lequel ils consomment, ainsi que les lois et les politiques concernant la consommation de drogues. On retrouve aussi la criminalisation de la consommation de drogues, la discrimination envers les consommateurs, les lois et politiques restrictives et punitives, le déni de pratiques médicales axées principalement sur les contraintes et le manque de traitement qui pourrait sauver des vies et diminuer les iniquités sociales et de santé. Il est essentiel que les services offerts et les approches de traitement soutiennent les personnes dans leur volonté de changer leurs comportements. Mais il est également essentiel de contester les lois et les politiques nationales et internationales qui créent des environnements de consommation à risques et contribuent ainsi aux méfaits reliés à l'utilisation de drogues.

TRANSPARENCE, RESPONSABILITÉ ET PARTICIPATION

Les décideurs sont responsables de leurs décisions et de leurs politiques tout autant que de leur succès ou de leur échec. L'approche de réduction des méfaits encourage le dialogue, la consultation et les débats. Les intervenants et les représentants d'usagers doivent être impliqués de manière significative dans le développement des politiques ainsi que dans la mise en œuvre et l'évaluation des services offerts. En définitive, ce sont les personnes qui consomment des drogues et les communautés qui en sont affectées qui doivent être très impliquées dans les décisions qui les touchent.

Nous devons tous ensemble nous tenir debout et contester les pratiques et les politiques qui accentuent les méfaits entourant le traitement des personnes dépendantes aux opioïdes.

ENJEUX PERÇUS POUR LES TRAITEMENTS DE LA DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES

1- FACILITER L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS

- Former plus de médecins de famille afin qu'ils puissent prescrire les médicaments appropriés, soit la méthadone et la buprénorphine connue ici comme ici sous le nom de Suboxone[MC] ;
- Développer plus de traitements en région correspondant aux besoins des consommateurs. Mettre en place des lieux d'accueil d'urgence temporaire (séjour d'une semaine à 30 jours) pour les personnes en situation de crise (rechute, dépression, perte de logement, etc.) ;
- Offrir des heures d'ouverture plus flexibles dans les centres et dans les points de distribution des médicaments de substitution (les pharmacies) afin de répondre aux besoins et aux modes de vie des personnes.

2- AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES EN TRAITEMENT

– POUR LES PERSONNES STABLES (par exemple, celles qui diminuent ou arrêtent leur consommation à risque) :

- Personnaliser le traitement ;
- Diminuer les contraintes telles que le nombre de visites à la pharmacie et augmenter la quantité de médicament que la personne peut apporter chez elle en une seule visite ;
- Offrir la buprénorphine ;
- Offrir la méthadone sous forme de comprimés solides (méthadole) ;
- Diminuer la fréquence des visites chez le médecin aux trois mois ou au besoin ;
- Avoir un deuxième répondant qui puisse aller chercher le médicament à la pharmacie dans le cas où la personne en traitement est malade et incapable d'y aller elle-même ;
- Augmenter le nombre de médecins prescripteurs afin de permettre le transfert des personnes selon l'évaluation de leur situation et de leur adaptation aux traitements offerts.

– POUR LES PERSONNES QUI ONT DE LA DIFFICULTÉ À S'ADAPTER AU TRAITEMENT :

- Mettre en place des mesures préventives et de soutien adaptées à leur situation pour réduire les abandons et les échecs ;
- Proposer des alternatives afin d'éviter l'arrêt prématuré des traitements lors de conflits ;
- Faire appel aux pairs aidants pour soutenir et accompagner les personnes en traitement.

3- ASSOUPLIR ET UNIFORMISER LA RÉGLEMENTATION ET LES PROCÉDURES À TRAVERS LE QUÉBEC ET LE CANADA

- Pour les tests d'urine : uniformiser les procédures de manière à respecter la dignité et l'intimité des personnes ;
- Pour les changements de médecins : faire en sorte que les personnes en traitement conservent leurs acquis concernant la fréquence des rendez-vous et les doses non supervisées ;
- Pour les contrats en début de traitement : éliminer les clauses qui rendent conditionnel le suivi en traitement ;
- Pour les conflits ou autres situations difficiles : favoriser la présence des pairs dans la médiation.

En conclusion, le traitement de la dépendance aux opioïdes avec un médicament de substitution devrait être considéré comme n'importe quel autre traitement médical. Les contraintes actuelles ne facilitent pas la réinsertion et peuvent contribuer à exclure des personnes du traitement. Les contrats et la réglementation imposés stigmatisent des individus qui ont souvent le plus de difficulté à s'adapter aux exigences du traitement. Ceux-ci ne devraient pas être « punis » en se faisant exclure d'un traitement médical quand il y a conflit ou dérogation aux règlements. Il devrait y avoir des solutions de remplacement à l'approche punitive employée actuellement, soit avertissement, lettre, renvoi et sevrage précipité.

Guy-Pierre Lévesque
Directeur
Méta d'Âme
2250, rue Florian, Montréal, Québec, H2K 2P5
Téléphone : (514) 528-9000
Télécopieur : (514) 527-6999
Site Internet : www.metadame.org
Courriel : administration@metadame.org
RAPDOQ (réseau d'aide pour les personnes utilisant des opioïdes au Québec) www.RAPDOQ.org

8. RÉFÉRENCES

BARBEAU D., BRABANT M., LAUZON, P. (2000) *Les mécanismes biologiques intervenant dans la dépendance et ses traitements pharmacologiques*, L'usage des drogues et la toxicomanie, vol. III. Montréal, Gaëtan Morin, 175-200.

BUREAU DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE DE SANTÉ CANADA (2002). *Meilleures pratiques, traitement d'entretien à la méthadone,* Ottawa : Santé Canada.

BUREAU DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE DE SANTÉ CANADA (2002). *Recension de la documentation, traitement d'entretien à la méthadone,* Ottawa : Santé Canada.

BUREAU DU CORONER EN CHEF DU QUÉBEC, ministère de la Sécurité publique, gouvernement du Québec.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC (1999). *Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés : Lignes directrices*. Montréal : CMQ.

LECLERC P. (2009). *Consommation d'opiacés chez les personnes UDI du Québec. Données du réseau SurvUDI,* présentation au séminaire thématique du RISQ, traitement des personnes dépendantes aux opiacés, 30 avril 2009.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Cadre de référence et guide de bonnes pratiques. Pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution*, Québec : MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, Programme services dépendances, offre de service 2007-2010,* Québec : MSSS.

ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC (2009). *Rapport annuel 2008-2009*. Montréal : OPQ.

ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC (2009). *Rapport annuel 2009-2010*. Montréal : OPQ.

ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC (2009). *Rapport annuel 2010-2011*. Montréal : OPQ.

POPOVA, S., REHM, J., FISCHER, B. (2006). *An Overview of Illegal Opioid Use and Health Services Utilization in Canada*, Journal of the Royal Institute of Public Health, London.

TREMBLAY J., TOURIGNY M., GINGRAS Y., DUMONT J. (2007). *Orientations stratégiques 2007-2015: Proposition de requis de service pour la Capitale-Nationale Québec, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve,* Québec.

WALL, R., REHM, J. FISHER, B., BRANDS, B., GLIKSMAN, L., STEWART, J., MELVED, W., BLAKE, J. (2000). *Social Costs of Untreated Opioid Dependence.* Journal of Urban Health. 77 (4); 688-722.

Sites internet :

Institut de la statistique du Québec
http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/dons_regnl/regional/ra_total.htm

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), 2011
http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/gmf/index.php?liste-des-gmf-fr