

PROJET



Clinique

DÉPENDANCES



BALISES RÉGIONALES

DÉPENDANCES


PROJET



Clinique

BALISES RÉGIONALES

DÉPENDANCES







Merci à tous ceux qui ont contribué à l'élaboration et l'écriture de ce document, particulièrement à Linda Richard. Merci également à Louise Paré et Brigitte Tardif pour leur précieuse collaboration dans la réalisation de la partie Santé publique. Merci à Lucie Pelchat, France Dion, Louise Fortin et Chantal Simard pour leur participation à la relecture.

© Agence de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches, 2005.

Réalisation : France Boivin
Dactylographie, mise en page : Nathalie Jouanneau

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

ISBN :  2-89548-269-1 (version imprimée)
 2-89548-270-5 (version PDF)

Dépôt légal :  Bibliothèque nationale du Canada, 2005
 Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Selon l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le genre féminin infirmière est utilisé pour désigner le genre masculin infirmier.

Table des matières

PRÉAMBULE	2
MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES	4
L'offre de service	5
Services offerts par les organismes communautaires	6
Promotion-prévention	6
Services de 1 ^e ligne	7
Services de 2 ^e ligne	7
DONNÉES SOCIO SANITAIRES	9
En Chaudière-Appalaches	9
Au Québec	10
CONSTATS ET ENJEUX	11
La promotion et la prévention	11
La consolidation des services de 1 ^e ligne	11
L'offre de service de 2 ^e ligne	12
OBJECTIFS ET PLANS D'ACTION	13
COMITÉ D'EXPERTS	14
BIBLIOGRAPHIE	15

C'est en mai 2000 que le conseil d'administration de la Régie régionale Chaudière-Appalaches, aujourd'hui appelée l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS), adoptait son premier *Plan régional d'organisation des services en toxicomanie 2000-2003*. Prenant assise sur le *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001 (MSSS 1998)*, ce nouveau plan venait porter un regard sur l'offre de service en place dans la région et proposer des recommandations visant à améliorer et à compléter la gamme des services offerts.

Les travaux, réalisés dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets cliniques par les centres de santé et de services sociaux (CSSS), n'ont pas la prétention de refaire un exercice de la même ampleur que les travaux conduits alors. Ils ont cependant comme objectifs de jeter un regard critique sur l'offre actuelle de service et, à la lumière de l'expérimentation vécue de même que des nouvelles balises données par le *Plan d'action national de lutte contre les toxicomanies 2005-2010* actuellement en consultation et les travaux réalisés par la *Fédération des centres de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie*, d'identifier des pistes d'action qui permettront, à court et à moyen terme, de poser les actions nécessaires afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et l'intégration des services.

La toxicomanie est définie dans le plan d'action national « comme la dépendances à une substance », en l'occurrence à l'alcool, aux drogues et aux médicaments¹. Pour l'objet des présents travaux, nous aborderons la problématique sous l'angle des « *Dépendances* », et ce, afin de se conformer à la nomenclature utilisée par le MSSS pour l'élaboration des projets cliniques par les CSSS, lesquels sont proposés selon une approche de programme-services. Cet élargissement permet notamment d'inclure d'autres problématiques comme celle du jeu pathologique et, éventuellement, de la cyberdépendance.

Depuis quelques années, les problèmes reliés aux jeux de hasard et d'argent sont devenus inquiétants pour la société québécoise et pour le Gouvernement. La croissance très rapide des jeux de hasard et d'argent a amené des changements importants dans les habitudes de jeu de la population et dans l'environnement du jeu lui-même. L'essor de l'industrie du jeu des dernières années au Québec, combiné aux méfaits qu'il peut engendrer, a sensibilisé les différents acteurs concernés à la nécessité d'offrir une gamme de services telle que la prévention, le dépistage et l'intervention brève, le traitement, la réinsertion sociale, le soutien financier et le soutien aux proches.

Parmi les services du *programme Dépendances*, on retrouve des services de 1^e ligne disponibles sur le territoire local à partir des CSSS ou des cabinets de médecins de même que des services spécialisés et surspécialisés rendus accessibles à l'extérieur du territoire local par le biais de mécanismes de référence et de corridors de services. Des ressources d'hébergement institutionnelles et non institutionnelles de même que des services offerts par des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des partenaires intersectoriels viennent compléter ces services.

La problématique des dépendances est préoccupante. Dans bien des cas on sait maintenant qu'elle est associée à des troubles physiques, mentaux et sociaux et qu'elle atteint de plus en plus des groupes vulnérables tels les femmes enceintes, les personnes âgées et les jeunes avec les conséquences que l'on connaît comme la délinquance, l'itinérance, la pauvreté, l'exclusion sociale et même le suicide. La disponibilité et la variété des produits augmentent et la banalisation de l'usage de certaines substances est de mise d'où l'importance de se pencher rapidement sur la problématique. Une action renouvelée et concertée entre les différents acteurs, un partage d'expertise, une fluidité dans l'échange d'information seront des gages de succès de la révision actuelle de l'offre de service.

¹ MSSS, *Plan d'action national de lutte contre les toxicomanies 2005-2010, Document de travail, février 2005.*

Le présent document portera successivement un regard sur le modèle actuel d'organisation des services offerts dans la région auprès de la population. Il précisera l'offre de service attendue des organismes communautaires, des CSSS et des services de 2^e ligne. À partir de quelques éléments de prévalence des problèmes rencontrés dans la région, il identifiera les principaux enjeux auxquels la région fait face et proposera aux CSSS des balises régionales d'organisation de services accompagnées d'un plan d'action permettant d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services préventifs et curatifs. Le but ultime de cette démarche est d'améliorer la santé et le bien-être de toute la population.

...Modèle d'organisation de services

Le *programme-services Dépendances* inclut les problématiques liées à l'alcoolisme, à la toxicomanie, au jeu pathologique et à d'autres dépendances. Il regroupe des services de 1^e ligne et de 2^e ligne spécifiques à la problématique. Il comprend notamment des services de promotion et de prévention, des services de détection et d'intervention précoce, de désintoxication, d'intervention de crise, de réadaptation et de réinsertion sociale. Les services aux familles et aux proches des personnes ayant une dépendance font aussi partie de ce programme.²

Il est aujourd'hui démontré qu'une intervention préventive efficace peut empêcher l'émergence d'un problème de consommation ou encore limiter les conséquences du problème chez les personnes qui en sont affectées. Il est préconisé d'agir en amont, c'est-à-dire de développer, tôt dans la vie, des actions touchant l'amélioration de la qualité de vie, de réduire les facteurs de risque et d'augmenter la résilience. Il est aussi proposé de prévenir les risques de conséquences négatives ou l'aggravation des problèmes liés à l'usage inapproprié de substances psychotropes. De plus, les experts recommandent que des actions de promotion visent l'adoption de politiques publiques cohérentes en matière de substances psychotropes.³ L'approche de réduction des méfaits aura aussi permis d'améliorer l'accès des personnes toxicomanes à des services adaptés à leurs besoins. À la différence des approches traditionnelles, cette approche ne fait pas de l'abstinence un passage obligé.⁴ Elle vise plutôt la réduction des conséquences négatives liées à la consommation de drogues et d'alcool. Ce programme produit des effets fort intéressants lorsqu'il s'accompagne de soins et de suivi psychosocial.

En plus de s'adresser à la population en général dans son volet prévention et promotion de la santé, le projet clinique *Dépendances* identifie quatre groupes de personnes ayant des besoins particuliers. Ce sont les jeunes, les femmes enceintes, les personnes âgées de même que les personnes toxicomanes ayant des problèmes associés (délinquance, santé mentale, risques liés à l'utilisation de drogues injectables, itinérance). Les personnes des communautés autochtones sont également ciblées, mais ne seront pas traitées de façon spécifique compte tenu de leur faible présence sur le territoire. Il en est de même de la clientèle incarcérée.⁵

Pour la clientèle « jeunesse », de nombreuses expériences menées à travers le monde nous permettent d'affirmer que les actions efficaces ajoutent aux actions de promotion l'augmentation des compétences personnelles et sociales ainsi que le développement de stratégies d'action intégrées impliquant le milieu scolaire et les familles.⁶ Les jeunes aux prises avec des problèmes de toxicomanie requièrent des interventions variées qui tiennent compte à la fois de leurs conditions de vie et de leurs besoins spécifiques qui exigent la collaboration de tous les partenaires concernés (*Les centres jeunesse*, les centres de réadaptation, CSSS, cliniques médicales, organismes communautaires, milieu scolaire, organismes communautaires).

La toxicomanie chez les femmes enceintes est maintenant reconnue comme un problème de santé publique compte tenu des conséquences non seulement sur la santé de la future mère, mais aussi sur celle du fœtus. Il existe un consensus chez les experts à l'effet que les services à guichet unique qui permettent de répondre aux besoins de santé et des services sociaux des femmes enceintes présentant une problématique d'alcoolisme et de toxicomanie sont efficaces pour engager les femmes dans le traitement. Malgré le faible volume actuel, c'est une réalité qui risque de rattraper à court terme la région Chaudière-Appalaches qui devra se préparer à faire face à cette éventualité.

² MSSS, *Cahier des charges*, Février 2005.

³ MSSS (2001), *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie*, Québec.

⁴ MSSS, *Plan national de lutte contre les toxicomanies 2005-2010, Document de travail*, p. 39

⁵ MSSS, *Plan national de lutte contre les toxicomanies 2005-2010, Document de travail*, p. 12

Les personnes âgées sont également susceptibles de développer des problèmes de toxicomanie compte tenu des conditions dans lesquelles plusieurs d'entre elles vivent : isolement, sentiment d'inutilité, dépression. Remédier à leur consommation abusive d'alcool et de médicaments n'implique pas seulement des alternatives non médicamenteuses. Cela exige des interventions visant à rehausser leur estime d'elle-même, leur sentiment d'utilité, à soutenir leur relation sociale et la mobilisation de leur communauté. Il existe actuellement très peu d'activités spécifiques de dépistage auprès de cette clientèle.

Les personnes toxicomanes ont fréquemment des démêlés avec la justice (violence conjugale, conduite avec facultés affaiblies, vols). Nombre d'entre elles présentent des troubles mentaux dont les plus fréquents sont la personnalité antisociale, les phobies, les troubles anxieux et la dépression. Le taux de succès du traitement de la toxicomanie auprès de ces personnes est généralement faible et il y aurait lieu d'intégrer un ensemble de services spécialisés afin de les desservir plus adéquatement. En dépit des progrès notables dans l'offre de service spécialisé, force est de constater que des lacunes importantes affectent encore l'accès à ceux-ci.

Les services publics en toxicomanie ont traditionnellement été envisagés en fonction du modèle de réadaptation. Ils sont conçus comme des services spécialisés auxquels les personnes peuvent avoir accès principalement sur référence de la 1^e ligne. C'est d'ailleurs la situation qui prévaut en Chaudière-Appalaches qui a su faire preuve de leadership et de dynamisme dans le déploiement et la mise en œuvre de nombreux outils de dépistage utilisés dans les services de 1^e ligne.

Le Plan d'action régional sur le jeu pathologique 2002-2006 propose des activités de promotion de la santé et de prévention auprès des clientèles jeunes, adultes et aînés, de même que des services de 1^e et de 2^e ligne auprès des adultes et des aînés. Il propose également des services de soutien aux proches des joueurs, des activités de communication sur les services offerts dans la région, des moyens de concertation régionale et interrégionale pour mettre en œuvre le plan d'action. Des axes de recherche et d'évaluation font également partie du plan d'action, ainsi que de la formation. Ce plan sera évalué en 2006 et il sera intégré au projet clinique.

L'offre de service

Avec la mise en place des projets cliniques, une offre adéquate, adaptée et complète de service de 1^e ligne devra être déployée dans les CSSS. L'intervention de 1^e ligne en toxicomanie vise à prévenir la consommation abusive, à détecter puis à freiner et à renverser la progression d'un problème ou les conséquences d'une consommation inappropriée de psychotropes au moyen d'une intervention préventive ou d'une intervention précoce. De plus, des mécanismes de référence et des ententes de services devront être établis avec les services spécialisés.

La région possède actuellement un centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie qui offre des services de manière déconcentrée dans les territoires des CSSS. Ces services spécialisés sont offerts sur une base externe et interne pour les personnes dont le milieu de vie est peu propice à leur réadaptation. Le projet clinique prévoit des actions visant à rehausser le niveau de services spécialisés dans chacun des territoires, à compléter l'offre de service qui y est rendue accessible et à bonifier son organisation dans une optique d'intégration et de continuité.

Des ressources privées et communautaires certifiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux sont opérationnelles dans certains territoires. Des ententes de collaboration auront à être ratifiées entre les CSSS et les organismes communautaires et autres partenaires intersectoriels de façon à assurer partout la disponibilité de services de désintoxication, de réadaptation, de réinsertion, de soutien et d'accompagnement dans le milieu de vie. Le projet clinique prévoit également de nombreuses actions visant à encadrer la prestation des services : préparation de cadres de référence, élaboration de guides de pratique, établissement de standards, activités de formation et autres.

Vous trouverez ci-après des listes, non exhaustives cependant, de l'offre de service attendue de chacun des partenaires concernés.

Services offerts par les organismes communautaires

- Aide, assistance et soutien ;
- Accompagnement ;
- Activités de jour ;
- Réinsertion sociale ;
- Hébergement temporaire (des ententes de service entre le CSSS et les organismes communautaires pourraient faire en sorte que des mandats élargis leur soient confiés) ;
- Thérapie individuelle et de groupe.

Les organismes communautaires sont présents dans des secteurs d'activités tels le soutien, l'écoute, l'accompagnement, le répit et le dépannage. Des services de thérapie, financés en bonne partie par l'utilisateur lui-même, sont aussi disponibles et constituent une alternative à l'offre de service publique pour la clientèle qui le désire. Ils dispensent aussi des services aux joueurs pathologiques de même que dans des activités d'entraide et de réinsertion sociale auprès de différentes clientèles dites « dépendantes ». Ils sont des acteurs essentiels dans l'offre de service. La région de la Chaudière-Appalaches compte dans son *programme dépendances*, quelques organismes certifiés qui dispensent des services diversifiés à une clientèle de tous les âges.

Promotion-prévention

- Au près de la population générale et vulnérable :
 - Services intégrés en périnatalité et petite enfance auprès des clientèles vulnérables (*NEGS, PSJP, stimulation précoce, PACE, Y'APP*) ;
 - *École en santé* ;
 - Services intégrés en prévention des problèmes d'adaptation sociale (suicide, consommation abusive de psychotropes, jeu pathologique, violence, etc.) et de santé mentale chez les personnes de plus de 18 ans.
- Au près de clientèles spécifiques (Approche de réduction des méfaits) :
 - Prévention des traumatismes routiers reliés à la conduite d'un véhicule en état d'ébriété ;
 - Prévention des maladies infectieuses ;
 - Programme *Alcochoix +* ;
 - Distribution de matériel d'injection sécuritaire ;
 - Programme de traitement de substitution à la méthadone.

Au cours des dix dernières années, plusieurs projets ont eu cours dans la région au chapitre de la promotion de la santé et de la prévention des toxicomanies. Les tables jeunesse en prévention ont déployé des activités préventives visant les facteurs de risque et de robustesse et en sensibilisant les jeunes et leurs parents aux problèmes de drogues et d'alcool. Actuellement, les partenaires santé et éducation amorcent le déploiement de l'approche *École en santé* dans tout le réseau scolaire de la région. Pour la clientèle adulte, le programme *Alcochoix* est disponible depuis trois ans dans la majorité des CSSS. Ce programme demeure encore peu connu et peu utilisé par la population. Pour les aînés, des projets de prévention de la consommation inappropriée de médicaments ont été réalisés par les organismes communautaires. De plus, un protocole de réduction des benzodiazépines a été mis en place il y a quelques années en CHSLD pour cette clientèle.

Selon le principe de réduction des méfaits, la Table de concertation Beauce-Etchemins et les comités de prévention de l'alcool au volant de Bellechasse et Lotbinière ont réalisé plusieurs interventions préventives sur leur territoire respectif. Un programme de distribution et d'échange de seringues a été

mis en place afin de prévenir la propagation des hépatites B et C, du VIH et du SIDA. Ce programme comprend aussi l'accès à des services de dépistage anonyme de même qu'à la vaccination contre l'hépatite B.

Services de 1^e ligne

- Détection et évaluation sommaire des nouveaux cas ;
- Interventions précoces auprès des jeunes à risque ;
- Information et motivation des jeunes à consulter en cas de besoin (reaching out) ;
- Suivi favorisant la réinsertion sociale au terme d'un traitement spécialisé ;
- Accès à un programme de gestion de la consommation et à un programme spécifique en relation avec les habitudes de jeu ;
- Soutien à la famille ;
- Réinsertion sociale ;
- Soutien au milieu scolaire et intervention dans le milieu.

L'analyse réalisée de l'offre actuelle de service nous démontre que peu de services spécifiques à cette clientèle sont disponibles en 1^e ligne hormis quelques activités d'intervention précoce auprès des jeunes à risque, de réinsertion sociale et du programme de gestion de la consommation. Cependant, les services généraux des CSSS offrent des services de base en toxicomanie. Ces services comprennent des interventions d'accueil, d'évaluation, d'orientation, des suivis psychosociaux, des consultations infirmières et des services médicaux.

Les interventions liées à la consultation et au dépistage sont inégalement développées et appliquées, bien que des progrès importants aient été réalisés depuis le déploiement du DEBA, outil de dépistage et d'évaluation utilisé auprès de la clientèle adulte qui consomme. Le dépistage des personnes âgées ou encore des personnes présentant des troubles mentaux à risque de développer des dépendances est cependant peu formalisé.

De plus, de nombreux autres partenaires réalisent des interventions de 1^e ligne auprès de leur clientèle spécifique. Les Centres jeunesse, les urgences hospitalières, les cliniques médicales et les GMF, les groupes communautaires tels les maisons de jeunes, les travailleurs de rue et les maisons de la famille, le milieu scolaire de même que certains milieux de travail représentent autant de milieux où des interventions de dépistage et d'aide pour des problèmes associés aux psychotropes sont conduites.

La clarification de la complémentarité des rôles entre le public, le privé et le communautaire risque de s'avérer nécessaire dans chacun des réseaux locaux lorsque l'inventaire des ressources à leur disposition pour offrir les services aura été complété.

Services de 2^e ligne

- Accueil, évaluation, orientation ;
- Services de désintoxication selon des modalités adaptées aux besoins associés de sevrage (trajectoires de désintoxication) : désintoxication en milieu semi-protégé par du personnel infirmier ;
- Services de réadaptation en milieu institutionnel ou non institutionnel sur une base individuelle et de groupe ;
- Traitement de substitution ;
- Services de réinsertion sociale et professionnelle qui peut se faire avant, pendant ou après la réadaptation ou la désintoxication ;
- Services d'aide et de soutien à l'entourage ;
- Services de support et de formation auprès des intervenants de 1^e ligne.

En tant que spécialistes en alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique, les CRAT définissent leur rôle à l'intérieur d'un réseau de services intégrés, à titre de pivots et de catalyseurs des services offerts dans

une région.⁷ Comme stipulé dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), leur intervention est axée sur des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et de réinsertion sociale, généralement accessibles par référence et en complémentarité avec les services offerts en 1^e ligne et dans les organismes communautaires. En dépit des progrès réalisés dans l'offre de services spécialisés, il semble persister des problèmes d'accessibilité pour des clientèles présentant des besoins particuliers (femmes enceintes, jeunes en difficulté, personnes vivant avec des problématiques multiples).

Les services offerts par le CRATCA ont comme caractéristique particulière de se faire principalement en externe et selon un mode déconcentré, près du milieu de vie des personnes. Cette façon de faire assure une meilleure accessibilité aux services à la clientèle mais, en contrepartie, fait en sorte que peu de services sont disponibles dans chacun des territoires. Un questionnement s'impose donc.

Dans l'ensemble de la région, à l'exception du Grand Littoral, des lits de désintoxication en milieu semi-protégé sont accessibles à la clientèle. De plus, des services « hospitaliers » de désintoxication sont disponibles dans l'ensemble de la région. Ces services demeurent cependant peu adaptés lorsque la désintoxication nécessite un séjour de moyenne ou de longue durée (3 à 15 jours) et des arrimages avec les services spécialisés de réadaptation devront être consolidés afin d'assurer un véritable continuum de services.

Dans le cas du jeu pathologique, actuellement, l'évaluation des joueurs est faite par le centre de réadaptation en toxicomanie et le traitement est offert en interne à la Maison l'Odysée ou en externe au centre de réadaptation. Les services de réinsertion sociale sont intégrés aux services de traitement. Une difficulté est identifiée au niveau du traitement des personnes aux prises avec une double problématique (toxicomanie, santé mentale). Des services de soutien aux joueurs sont offerts par le centre de réadaptation et par la Maison l'Odysée.

L'organisation des services actuels de réadaptation en toxicomanie pour les clientèles adultes et jeunes s'actualise par le déploiement des intervenants du CRATCA sur les 11 territoires de MRC de la région. Ce mode déconcentré, tel que déjà mentionné, occasionne un faible ratio temps/présence pour certains points de service de la région, ce qui ne favorise pas un suivi intensif des usagers ni une réponse rapide lors de situation de crise. Depuis 1999, un intervenant du CRATCA s'est joint à l'équipe des Centres jeunesse et plus récemment, aux services « hospitaliers » du CHAU Hôtel-Dieu de Lévis.

Le CRATCA assure le suivi des personnes de la région dépendantes aux opiacées et inscrites au *Programme de substitution à la méthadone*. Le CRATCA offre également des services de réadaptation en interne pour la clientèle adulte toxicomane. Viennent compléter son offre, des services de réinsertion sociale externe en partenariat avec les CSSS, les organismes communautaires, les groupes associatifs (Alcooliques Anonymes...) de même que certains partenaires intersectoriels (CLE, Carrefour Emploi Jeunesse, etc.).

⁷ Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, *Offre de service*, septembre 2004.

En Chaudière-Appalaches

○ Chez les 1-17 ans

- Selon l'Enquête sur la consommation d'alcool et de drogues et participation aux jeux de hasard et d'argent chez les élèves du secondaire de la région de la Chaudière-Appalaches (2001), près de 85 % des jeunes du secondaire de la région ont indiqué avoir bu de l'alcool, au moins une fois, au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête. La moyenne provinciale se situe à 71 % ;
- La proportion des jeunes ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois croît régulièrement avec le niveau de scolarité passant de 67 % en 1^e secondaire à 94 % en 5^e secondaire ;
- Par rapport au Québec, la région compte plus de consommateurs occasionnels (48 % c. 40 %) et de consommateurs réguliers (25 % c. 20 %) ;
- La proportion de consommateurs « réguliers » est plus élevée à la CS Côte du Sud (28,7 % c. 24,5 % Chaudière-Appalaches). Le consommateur régulier consomme au moins une fois par semaine ;
- Dans la région, les proportions d'élèves disant avoir pris du cannabis de façon occasionnelle ou régulière au cours des 12 mois précédant l'enquête est plus importante qu'au Québec, et ce, principalement à la CS des Navigateurs (Occasionnel : 17,5 c. 15,7 en Chaudière-Appalaches et 14,1 au Québec, Régulier : 19,2 C.S des Navigateurs c. 16,1 en Chaudière-Appalaches et 14,8 au Québec) ;
- On note une hausse régulière de la 1^e à la 4^e secondaire pour le cannabis (19 % à 62 %), les hallucinogènes (6 % à 25 %) et la cocaïne (4 % à 9 %) ainsi qu'une hausse régulière de la 1^e à la 3^e secondaire pour les amphétamines (4 % à 11 %) ;
- C'est à la CS des Navigateurs que la proportion de consommateurs d'hallucinogènes sur une base régulière (2,1 c. 1,7) et occasionnelle (10,4 c. 7,7) est la plus élevée ;
- La proportion des consommateurs problématiques (intervention spécialisée nécessaire) est plus importante à la C.S. des Navigateurs (8,0 c. 5,8) ;
- La consommation de substances diffère selon le type de famille d'où les jeunes sont issus. La polyconsommation est présente chez 44 % des jeunes vivant en familles biparentales contre 37 % au Québec, chez 56,9 % des familles monoparentales ou reconstituées contre 50,3 % au Québec et chez 60,7 % des jeunes vivant dans des familles dites « autres » (familles d'accueil, centre de réadaptation, chez des parents ou des amis) contre 36,4 % au Québec ;
- Un peu plus de la moitié (52 %) des jeunes ont commencé à jouer à des jeux d'argent au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. 4 % ont joué de façon assidue. Un jeune sur quarante (2,5 %) fréquentant une école secondaire affirme avoir un problème avec le jeu (Québec 3,5 %).

○ Chez les 18-64 ans

- Ce sont les adultes de 25 à 44 ans qui ont les plus fortes proportions de risque élevé lié à la consommation d'alcool tant dans la région (19 %) qu'au Québec (16 %) ;
- Les prestataires de la sécurité du revenu de la région ont davantage d'ordonnances de médicaments psychotropes (1,9 c. 1,3 Québec), d'anxiolytiques, de sédatifs et d'hypnotiques (2,3 c. 1,4 Québec) ;
- En 2001, les taux bruts/100 000 titulaires de permis de personnes ayant reçu une sanction liée à l'alcool étaient de 399,9 à Montmagny-L'Islet ; 398,5 Grand Littoral ; 433,3 Beauce ; 383,7 Etchemins et 251,3 Thetford ;

Au Québec

- Tous âges confondus
 - Pour la province, on estime le taux de joueurs pathologiques adultes à 2,1 %, ce qui représente environ 125 000 individus. Ce taux est semblable à celui des autres provinces et états exploitant des jeux de hasard et d'argent ;
 - Une étude de la SAAQ (2002) a permis de constater la présence d'alcool et de drogue chez 56,8 % des conducteurs décédés entre avril 1999 et décembre 2002 (alcool seulement : 24,4 %, drogue seulement : 17 %, mélange des deux : 15,4 %) ;
 - Québec est la province qui compte le plus grand nombre de consommateurs d'alcool. En 2003, 63,7 % de la population consommait régulièrement. Environ 2 % des personnes auraient développé une dépendance (ISQ 2004) ;
 - Le Québec aurait le taux de consommation de drogues illicites le plus élevé au Canada après la Colombie-Britannique. Le cannabis est de loin la drogue la plus répandue. La consommation de cannabis par les Québécois est passée de 6,5 % en 1989 à 15,8 % en 2004 (CCLAT 2004) ;
 - Selon l'Enquête sociale et de santé de 1998, 4,4 % des répondants ont déclaré avoir consommé au moins un médicament du système nerveux central (anxiolytique, sédatif ou somnifère) alors que 3,7 % ont affirmé faire un usage de tranquillisant et somnifère ;
 - La clientèle correctionnelle consomme davantage de drogue et d'alcool que l'ensemble de la population québécoise. En 1996, la moitié des détenus consommaient une ou deux substances plus de 15 fois par semaine. Selon le *Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec 2001*, 35,4 % d'entre eux consommaient 25 verres ou plus d'alcool par semaine tandis que 54 % recouraient à une drogue et près du quart en prenait tous les jours. Les drogues les plus souvent utilisées sont le cannabis et la cocaïne ;
 - Les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont nombreuses parmi la population toxicomane. On estime qu'entre le tiers et la moitié des personnes traitées en psychiatrie ont des problèmes de toxicomanie et que 65 % des personnes traitées pour toxicomanie ont des troubles mentaux (CPLT 1997) ;
 - Les utilisateurs de drogues par injection (près de 23 000 personnes au Québec) forment un groupe hétérogène d'hommes et de femmes de provenance et d'âges variés qui s'injectent le plus couramment de la cocaïne et de l'héroïne. La prévalence des infections transmises par le sang est élevée chez cette clientèle. En 2002-2003, le Québec comptait 689 centres de distribution de seringues dans 10 régions du Québec.

La promotion et la prévention

En promotion prévention, il importe d'agir le plus tôt possible, dès les premières années de vie. L'enjeu global est d'intensifier les activités préventives visant toute la population et les clientèles vulnérables. Des actions particulières sont ciblées : amélioration des milieux de vie et des conditions sociales des communautés, création d'environnements favorables pour la mobilisation et le soutien, réduction des facteurs de risque, renforcement des facteurs de protection, etc. « Le recours à des actions variées, qui portent de façon complémentaire et concomitante sur plusieurs facteurs de risque, se révèle la stratégie la plus prometteuse. On reconnaît également que, pour être efficaces, les actions doivent être continues, intégrer un processus de suivi et viser des groupes bien ciblés. »⁸

Chez les jeunes, le défi consiste à déployer l'approche « *École en santé* » dans la région de la Chaudière-Appalaches par les partenaires santé et éducation. La démarche est déjà en cours.

Au cours des dernières années, pour les personnes de plus de 18 ans, peu de mesures visant à promouvoir globalement la santé psychosociale (stress, troubles anxieux, dépression, suicide, consommation abusive d'alcool, de drogues et de médicaments, jeu pathologique, abus, violence, etc.) ont été mises en place. « La reconnaissance des facteurs de protection et des facteurs de risque communs à plusieurs problématiques permet d'envisager des actions auprès de groupes cibles qui, non seulement peuvent contribuer à prévenir l'usage inapproprié, mais également un ensemble de problèmes d'adaptation sociale. »⁹ L'enjeu, pour les CSSS, est de développer une approche intégrée visant les adultes. Ces services en prévention des problèmes d'adaptation psychosociale et de santé mentale seront mieux définis dans le plan d'action à développer par la direction de santé publique (DSP).

Les principales interventions préventives sont décrites plus en détail dans le « *Projet clinique santé publique* » qui s'appuie sur le *Plan d'action régional 2003-2007 (PAR)* et sur le *Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP)*.

La consolidation des services de 1^e ligne

Dans la région, les activités reliées à la consultation et au dépistage sont inégalement appliquées et développées dans les CSSS, ce qui fait en sorte que certaines clientèles, comme les personnes âgées et celles aux prises avec une problématique de santé mentale, ne sont pas détectées. Le DEBA implanté au cours des dernières années permet de supporter la pratique professionnelle des intervenants de 1^e ligne auprès de la clientèle adulte et le déploiement du DEP ADO devrait permettre d'atteindre les mêmes objectifs auprès de la clientèle jeune. Le DEBA JEU reste à implanter.

Des activités structurées de dépistage auraient avantage à être développées pour l'évaluation de la médication des personnes rencontrées en soutien à domicile et des activités de ce type devraient être plus répandues et systématisées auprès des clientèles à risque dont les femmes enceintes, les décrocheurs et les personnes présentant des problèmes de santé mentale.

Les services d'intervention précoce offerts en 1^e ligne par une équipe interdisciplinaire en lien avec les services offerts par le CRATCA et le milieu communautaire, devraient être consolidés. Pour ce faire, il y aurait lieu de diversifier les champs de pratique des intervenants présents dans les services d'accueil,

⁸ Idem, p.24.

⁹ MSSS (2001), Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie, Québec, p.12.

évaluation et orientation et de s'assurer de la présence d'un médecin lorsque requis. Ce qui fera l'objet d'ententes avec les médecins des GMF, des cabinets privés ou de ceux travaillant en établissement.

Dans le cas des joueurs pathologiques, le repérage demeure difficile. Les services aux proches sont en cours de développement et de mise en œuvre. Une clarification des rôles des différents partenaires devra être faite. De plus, le soutien aux intervenants (formation, dépistage) serait à consolider de manière à intégrer à leur pratique la problématique du jeu pathologique. Il faudrait également assurer un service accessible sur l'ensemble du territoire en situation de crise et évaluer le besoin de services de lits de dépannage pour les joueurs en situation de crise.

La mise en œuvre de diverses activités de formation et de consultation de même que l'élaboration de protocoles cliniques pour supporter la pratique médicale et l'intervention de 1^e ligne en matière de désintoxication et de jeu pourraient s'avérer des moyens judicieux et simples qui supporteront le virage vers la 1^e ligne.

Dans un souci d'équité régionale et d'accessibilité, des lits de désintoxication en milieu semi-protégé devront être rendus disponibles dans chacun des territoires de CSSS. Un questionnement semblable se pose pour les personnes aux prises avec des problèmes de jeu et qui pourraient requérir des lits de dépannage. La solution pourrait être la signature d'ententes de collaboration avec des partenaires communautaires ou avec des ressources publiques ou privées susceptibles d'être une ressource supportante tout au long du processus de réadaptation.

Dans le contexte de la mise en place des CSSS et de modification des services d'Urgence-Détresse, les trajectoires de services devront être revues et adaptées aux nouvelles réalités.

L'offre de service de 2^e ligne

La mise en place des CSSS et la consolidation des services offerts en 1^e ligne fourniront l'occasion au CRATCA de réévaluer son modèle actuel d'offre de service en fonction des besoins évalués des populations et des ressources disponibles. L'Agence s'attend cependant à ce que les services du CRATCA continuent d'être offerts selon un mode déconcentré.

Pour la clientèle jeunesse, il y aura lieu de statuer sur la pertinence de développer des ressources d'accueil dont le mandat serait d'accueillir les jeunes en processus de désintoxication. Dans le cas où ce mandat serait confié aux Centres jeunesse, il y aura lieu de poursuivre les démarches actuellement en cours afin de supporter adéquatement le personnel de l'établissement et d'établir des protocoles de co'intervention.

Des ententes formelles devront être prises avec des partenaires communautaires, privés ou publics afin de rendre disponibles, dans chacun des territoires, des ressources offrant des services de dépannage. Des services de crise devront également être disponibles. Des mécanismes clairs et rapides de référence vers le CRATCA ou vers les services de 1^e ligne devront être précisés et clarifiés en complémentarité avec Urgence-Détresse et les urgences hospitalières.

En rapport aux services de réinsertion, il y aurait lieu de clarifier les rôles respectifs du CRATCA, de la 1^e ligne et des organismes communautaires impliqués dans le processus dans une optique de complémentarité et de continuité de services. Il apparaît que les services de 1^e ligne pourraient être davantage mis à contribution. De plus, des ententes formelles de collaboration devront être ratifiées avec certains partenaires intersectoriels notamment les secteurs de l'éducation, de l'emploi, de la sécurité du revenu et de la sécurité publique afin de rendre accessibles à l'utilisateur l'ensemble des leviers nécessaires à sa réinsertion.

Objectifs et plans d'action

Il va sans dire que la révision complète de l'offre de service est un projet à long terme et ne pourra se faire sur une seule année. Le but ultime recherché par l'élaboration des projets cliniques est de mettre en place, dans des délais raisonnables, des mesures qui permettront d'améliorer l'offre de service aux personnes présentant des dépendances.

La nécessité de plus en plus grande de concerter l'intervention des différents distributeurs de services en provenance de différents secteurs d'activités (ressources communautaires, services municipaux, etc.) nous porte à croire que rapidement des travaux devront être entrepris afin de revoir les trajectoires de services et d'établir des mécanismes clairs et efficaces de références. De plus, la mise en place des RLS ne pourra véritablement s'actualiser qu'à partir de la mise en place de nouveaux outils technologiques en support à la pratique professionnelle (ex. : informatisation des grilles de dépistage) et qu'avec le développement de systèmes d'information conviviaux et intégrés qui facilitent l'échange et le partage d'informations.

La diversification de l'offre de service, notamment par le développement d'une offre de service en 1^e ligne de même que par une utilisation optimale des services déjà dispensés par les organismes communautaires, une amélioration de l'accessibilité à des services médicaux et à des services spécialisés, un support accru et constant offert par les équipes de 2^e ligne aux médecins de 1^e ligne, selon un protocole établi, apparaissent comme des priorités d'action dans la région. Ces mesures sont inscrites au plan d'action, proposé par l'Agence aux CSSS, lequel plan d'action pourra être adapté en fonction des particularités propres de la clientèle de leur territoire respectif.

Comité d'experts

ADRLSSSS-CA	M ^{me} Dyane Benoit M ^{me} Linda Richard M. Pierre Carrier
DSP-CA	M ^{me} Brigitte Tardif M ^{me} Louise Paré
CSSS Grand Littoral	M. Alain Dumais M. Claude Soucy M. Sandra Morin
CSSS de Beauce	M ^{me} Carole Michaud M ^{me} Lisane Boisvert M ^{me} Lisette Fillion M. Serge Denoncourt
CSSS des Etchemins	M ^{me} Lucie Laflamme M ^{me} Marie-Claude Brunelle M ^{me} Maryse Giroux
CSSS Montmagny-L'Islet	M. Claude Voisine M ^{me} Diane Boivin M ^{me} Ginette Bernier M ^{me} Hélène Boutin
CSSS Thetford	M. Alain Bilodeau M. André Fugère
Centre Domrémy	M. Pierre Lessard
CHAU Hôtel-Dieu de Lévis	M. André Lavoie M ^{me} Lucie Grenier
CJ Chaudière-Appalaches	M. Pierre Nadeau
CRATCA	M. Joël Tremblay M. Mario Sirois M ^{me} Nataly Jacques
La Croisée des chemins	Mario Larouche
<u>Chargée de projet</u>	
ADRLSSSS-CA	France Boivin

...Bibliographie

ASSOCIATION DES CLSC ET CHSLD DU QUÉBEC ET ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *Le projet d'organisation clinique des services*. septembre 2004.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES. *Plan régional d'organisation des services en toxicomanie de la région Chaudière-Appalaches 2000-2003*. mai 2000.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. *Avis sur la réforme du système de santé et des services sociaux et ses impacts sur l'offre de service en matière de dépendances*. Montréal, octobre 2004.

LA CROISÉE DES CHEMINS. *Les organismes communautaires pour les personnes au prise avec une dépendance, Un tout près de vous*. 2004.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *Plan d'action régional de santé publique*. juin 2004.

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES. *Offre de service*. septembre 2004.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. *Développer la concertation en toxicomanie; guide pour les intervenants et les gestionnaires*. Montréal, février 2001.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. *Consultation 2000, La toxicomanie au Québec, Cap sur une stratégie nationale*. Montréal, 2002.

LUCIE LAROSE. *Les toxicomanies dans la région de la Chaudière-Appalaches*. novembre 1999.

L. ROSE, D. ASTELLE. *Faits saillants de la mise à jour des données sur l'alcool et la route pour la région de la Chaudière-Appalaches et le Québec*. juillet 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence pour l'élaboration du plan d'action national de lutte contre la toxicomanie*. Québec 2002, p.19.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Normes de reconnaissance pour les organismes offrant des services d'aide et de soutien aux personnes alcooliques et toxicomanes*. avril 1994.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie*. Québec, 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action national de lutte contre les toxicomanies 2005-2010, Document de travail*. février 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cahier des charges*. février 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La drogue, si on s'en parlait*. Québec 2004.

L. ROY, J. TREMBLAY. *Enquête sur la consommation d'alcool, de drogues et participation aux jeux de hasard et d'argent de la Chaudière-Appalaches*. juin 2004.

L. ROY, J. TREMBLAY. *Enquête sociale et de santé en Chaudière-Appalaches, Faits saillants*. 2001

<http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/enqueteconsommationalcooldrogues.pdf>