



Donner du sens à nos actions

Orientations régionales 2011-2015
du programme dépendances de
la région des Laurentides

Mars
2012

Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides

Québec 

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada, 2012
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

ISBN : 978-2-89547-169-1 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89547-170-7 (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source en soit mentionnée. Ce document est disponible sur le site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides : www.santelaurentides.qc.ca/

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Adopté par le conseil d'administration le **7 novembre 2012**

© Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2012

REMERCIEMENTS

Nous désirons remercier toutes les personnes qui ont participé à l'actualisation de ce document.

COLLABORATION SPÉCIALE

Mme Michelle Meilleur	CSSS d'Antoine-Labelle,
Mme Hélène Samson	CSSS des Sommets
Mme Renée Roy	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
M. Robert Côté	CSSS de Saint-Jérôme
M. Hébert Parisé	Centre André-Boudreau
Mme Annie-Claude Fafard	ASSS des Laurentides
Mme Hélène Lafrenière	ASSS des Laurentides
M. Denis Bilodeau	ASSS des Laurentides

CONSULTATION

Le comité de coordination réseau en dépendances :

M. Richard Morin	Centre André-Boudreau
M. Hébert Parisé	Centre André-Boudreau
Mme Francine Laurier	ASSS des Laurentides
Mme Annie-Claude Fafard	ASSS des Laurentides
Mme Hélène Lafrenière	ASSS des Laurentides
Mme Marie-Hélène Gariépy	ASSS des Laurentides
M. Denis Bilodeau	ASSS des Laurentides
M. Joël Villeneuve	Centre jeunesse des Laurentides
Mme Hélène Dubuc	CSSS des Pays-d'en-Haut
Mme Michelle Meilleur	CSSS d'Antoine-Labelle
Mme Ginette Gingras	CSSS des Sommets
M. Jean-Philippe Cotton	CSSS de Thérèse-De Blainville
Mme Michèle St-Pierre	CSSS de Thérèse-De Blainville
Mme Marie Larouche	CSSS d'Argenteuil
Mme Renée Roy	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Mme Lorraine Fortin	CSSS de Saint-Jérôme
Mme Lucie Lalande	Centre du Florès
Mme Sylvie Pelletier	CRDP Le Bouclier

Le comité de gestion du réseau (CGR)

COORDINATION ET RÉDACTION

M. Richard Morin, directeur général	Centre André-Boudreau
Mme Marie-Hélène Gariépy, APPR	ASSS des Laurentides
M. Denis Bilodeau, APPR	ASSS des Laurentides
Mme Hélène Laflamme, APPR	ASSS des Laurentides

MISE EN PAGE ET RÉVISION DU TEXTE

Mme Marie-Andrée Lauzon	ASSS des Laurentides
Mme Line Tanguay	ASSS des Laurentides
Mme Thaïs Dubé	Centre André-Boudreau
Mme Pauline Cyr	Centre André-Boudreau

TABLE DES MATIÈRES

SUJET		PAGE
Introduction		1
Chapitre 1	Le phénomène des dépendances	5
	1.1 Les impacts des dépendances sur la société	5
	1.2 La nature des problèmes de dépendances	5
	1.3 La population affectée par la problématique des dépendances	6
Chapitre 2	Structuration du champ des dépendances	13
	2.1 La modernisation du réseau	13
	2.1.1 Le réseau local	13
	2.1.2 Le projet clinique organisationnel	14
	2.1.3 Les ententes de gestion et d'imputabilité	14
	2.2 Le programme services Dépendances	15
	2.2.1 L'architecture des services	15
	2.2.2 L'offre de service en dépendances du MSSS	16
	2.2.3 L'offre de service des centres de santé et de services sociaux (CSSS)	18
	2.2.4 L'offre de service des centres de réadaptation en dépendances (CRD)	19
	2.2.5 Les liens avec les autres programmes	21
	2.2.6 L'offre de service des organismes communautaires et des ressources certifiées	23
Chapitre 3	L'état de situation régional	27
	3.1 Les rôles et les responsabilités des partenaires	27
	3.2 État de situation du déploiement de l'offre de service	27
	3.3 Constat sur les écarts de services par rapport à l'offre de service du MSSS en dépendances	31
Chapitre 4	Nos engagements pour la région	35
	4.1 Les principes directeurs	35
	4.2 Les balises cliniques	35
	4.3 Les orientations et les objectifs du programme services Dépendances	36
	4.4 Les conditions de réussite	39
Conclusion		45
Références		46
Annexe I	Calcul de l'indicateur pour l'allocation 2011-2012	47
Annexe II	Description sommaire de la gamme de services du programme services Dépendances (MSSS)	51
Annexe III	Publications cliniques récentes de l'Association des centres de réadaptation en dépendances du Québec	55

Introduction

INTRODUCTION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a fait le choix de structurer ses actions à partir d'une architecture qui repose sur neuf programmes services. En consacrant l'un de ses programmes à la dépendance, il confirme l'importance qu'il accorde à cette clientèle vulnérable.

Ce choix légitime les actions que nous posons pour lutter contre la dépendance aux drogues, à l'alcool et au jeu de hasard qui afflige notre société. Il reconnaît également l'importance des impacts de cette problématique sur la santé et le bien-être de la population.

Or, force est de reconnaître que le programme services Dépendances est toujours à ce jour sous-développé et sous-financé dans notre région. En effet, selon les travaux de la Direction de l'allocation des ressources du ministère de la Santé et des Services sociaux, le programme Dépendances des Laurentides accuse un manque à gagner de 1,2 million de dollars en 2011.

Dans un effort pour contribuer au développement de ce programme, nous procédons ici à l'identification d'un cadre de référence pour des orientations régionales en dépendances. Le premier chapitre de ce document nous permet de présenter l'impact de cette problématique, la nature des problèmes et la population qui en souffre.

Dans le deuxième chapitre, nous cherchons à circonscrire les contours du programme Dépendances en référence aux changements survenus depuis la restructuration du réseau en 2004. Ensuite, nous décrivons l'offre de service des différents acteurs du programme qui la composent.

Dans le troisième chapitre, nous dressons un état de la situation régionale. À partir d'une collecte de données effectuée auprès des établissements de la région, nous identifions les différents écarts à combler.

Enfin, dans le quatrième chapitre, nous identifions les orientations régionales et les objectifs retenus en précisant nos principes directeurs, nos balises cliniques et nos conditions de réussite.

Ce document précède l'adoption d'un plan d'action en ce sens qu'il pose les jalons d'une démarche qui doit nous amener à préciser nos actions en matière de dépendances pour notre région. En effet, après la détermination de nos objectifs régionaux, nous devons mobiliser l'ensemble des partenaires du champ de la dépendance afin de les sensibiliser aux enjeux de la région et voir au déploiement des activités qui répondent aux besoins de notre population.

Chapitre 1

Le phénomène des dépendances

CHAPITRE 1 : LE PHÉNOMÈNE DES DÉPENDANCES

1.1 Les impacts des dépendances sur la société

Même si la grande majorité de notre population consomme avec modération ou joue par plaisir, ceux qui sont aux prises avec une assuétude ont un impact considérable sur la société. Une étude récente (Rehm et al., 2006) identifiait les coûts directs et indirects reliés à l'abus et à la dépendance à l'alcool et aux autres substances psychotropes à plus de 38 milliards de dollars pour l'ensemble du Canada en 2002. Au prorata de notre population, il s'agirait d'un coût avoisinant les 500 millions de dollars!

Les problèmes reliés à l'alcool, aux drogues et au jeu ont des conséquences désastreuses dans la région des Laurentides. Nous n'avons qu'à penser aux drames familiaux, à la violence et aux crimes, aux infections transmises sexuellement ou par le sang, à la détresse psychologique, à l'endettement ou aux pertes considérables de productivité du marché du travail. Plus spécifiquement chez les jeunes, nous observons que la surconsommation est un facteur important associé à la délinquance, au décrochage scolaire, au suicide ou encore aux décès et aux accidents de la route.

Heureusement, investir dans des actions pour contrer la dépendance rapporte. Une analyse économique (Godfrey et al., 2004) conclut que pour chaque dollar investi à la lutte contre la dépendance, entre 9 et 18 dollars sont économisés en services impliquant cette clientèle.

1.2 La nature des problèmes de dépendances

La toxicomanie

La toxicomanie est un phénomène multidimensionnel qui se caractérise par une perte de contrôle sur la consommation de produits psychotropes et peut s'accompagner d'une série de symptômes aux plans physiologique, psychologique et social. Cette perte de contrôle est le résultat d'une consommation régulière de psychotropes et de ses effets sur le fonctionnement du cerveau qui entraînent, à plus ou moins longue échéance, un comportement compulsif de consommation. L'individu qui présente un problème de toxicomanie risque d'être atteint dans plusieurs sphères de sa vie telles que sa santé physique et psychologique, ses relations interpersonnelles, ses finances, son emploi, son alimentation, son hygiène, son logement, son habillement ou ses loisirs.

Nous situons la toxicomanie sur un continuum allant d'un usage occasionnel de psychotropes associé à quelques problèmes, jusqu'à une perte de contrôle complète de celle-ci. Tout au long de ce continuum, selon les caractéristiques personnelles de l'individu, de son environnement et de la nature de son investissement face aux psychotropes, l'individu pourra présenter différents problèmes, d'intensité variable, dans les différentes sphères importantes de sa vie (Ménard, J.M., 2008).

Le jeu pathologique

La problématique du jeu pathologique s'apparente à celle de la toxicomanie et parfois l'accompagne. Les problèmes vécus par les joueurs sont multidimensionnels et présentent souvent une détresse psychologique et des problèmes associés, dont l'endettement. Il existe trois types de joueurs (MSSS, 2001) : le joueur récréatif qui ne présente pas de difficulté vis-à-vis la pratique de jeux de hasard et d'argent, le joueur problématique qui éprouve certaines

difficultés qui entraînent des méfaits, et le joueur pathologique qui est dépendant du jeu selon les critères du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), soit une personne qui a un besoin incontrôlable de retourner jouer pour récupérer ses dettes.

1.3 La population affectée par la problématique des dépendances

La consommation d'alcool

Au Québec, 20 % des personnes de 15 ans et plus sont abstinentes et 80 % prennent au moins une consommation d'alcool par année. Soulignons que la norme définie par Santé Canada et le Collège des médecins de famille du Canada pour une consommation est de 1.5 once de spiritueux (40 % d'alcool), 5 onces de vin (12 % d'alcool), 3 onces de vin fortifié (apéritif) ou 12 onces de bière (5 % d'alcool).

Pour la majorité des personnes, la consommation d'alcool est récréative et ne représente que très peu de risques pour la santé. Les normes d'une consommation d'alcool à faibles risques sont de quatorze consommations standards par semaine pour les hommes et de neuf pour les femmes, avec une limite quotidienne de trois et de deux consommations respectivement. Selon le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), plus de 20 % des personnes qui consomment de l'alcool dépasseraient ce seuil.

Les individus qui dépassent le seuil de risque se divisent en trois catégories de consommateurs. Les consommateurs à risque (12 %) ingurgitent des quantités d'alcool qui dépassent régulièrement les normes établies sans que cette habitude entraîne nécessairement des méfaits. Les consommateurs problématiques (4 %) rapportent avoir des troubles liés à leur prise d'alcool tels que des problèmes de santé, financiers, relationnels ou autres. Ces problèmes ne sont cependant pas répétitifs et ne causent généralement pas un degré de souffrance trop grand, quoique cette consommation puisse être dérangeante pour eux et la société. La dernière frange de la population regroupe les consommateurs abusifs et dépendants (4 %) pour qui l'alcool cause plusieurs problèmes récurrents et entraîne une souffrance significative tant individuelle que pour l'entourage.

Le tableau 1.1 identifie pour les différents territoires des centres de santé et de services sociaux (CSSS), le nombre de consommateurs adulte selon une population pondérée, c'est-à-dire une estimation de la population qui tient compte d'un indice de besoins (voir l'annexe I pour le calcul de l'indice). En ce qui concerne la clientèle des personnes âgées, nous ne disposons pas de données spécifiques à leur sujet.

Tableau 1.1
Nombre des consommateurs d'alcool adultes selon les prévalences pour l'année 2011

Territoires de CSSS	Population pondérée de 18 ans et +	Consommateurs à risques 12 %	Consommateurs problématiques 4 %	Consommateurs dépendants 4 %
Thérèse-De Blainville	118 332	14 200	4 733	4 733
Lac-des-Deux-Montagnes	86 960	10 435	3 478	3 478
Argenteuil	25 826	3 099	1 033	1 033
Saint-Jérôme	112 361	13 483	4 494	4 494
Pays-d'en-Haut	34 438	4 133	1 378	1 378
Des Sommets	38 324	4 599	1 533	1 533
Antoine-Labelle	30 187	3 622	1 207	1 207
TOTAL	446 428	53 571	17 857	17 857

La consommation de drogues illicites

Le cannabis est la substance illicite la plus prisée. Selon l'enquête sociale et de santé effectuée en 1998, la prévalence de consommation de cannabis au cours de la dernière année sondée s'établissait à 13,5 % pour les gens de 15 ans et plus. Environ 5 % de ceux-ci en sont dépendants et un tiers des consommateurs quasi quotidiens développeront une dépendance au cannabis.

En matière de drogues autres que le cannabis, la prévalence du diagnostic de dépendances est de 0,8 % chez les individus de 15 ans ou plus.

De 12 à 15 % des jeunes adultes de 15 à 24 ans ont consommé d'autres drogues, avec ou sans cannabis. Au total, 34,9 % des femmes et 44,4 % des hommes âgés de 15 à 24 ans ont utilisé au moins une drogue illicite au cours de la dernière année.

Le tableau 1.2 présente selon la population pondérée de 2011, le nombre d'adultes dépendants de drogues dont le cannabis, dans chacun des territoires de centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Tableau 1.2

Le nombre de consommateurs de drogues adultes selon les prévalences pour l'année 2011

Territoires de CSSS	Population pondérée de 18 ans et +	Consommateurs de cannabis 13,5 %	Dépendance au cannabis 5 % de 13,5 %	Dépendance aux drogues autres que le cannabis 0,8 %
Thérèse-De Blainville	118 332	15 975	799	947
Lac-des-Deux-Montagnes	86 960	11 740	587	696
Argenteuil	25 826	3 487	174	207
Saint-Jérôme	112 361	15 169	758	899
Pays-d'en-Haut	34 438	4 649	232	276
Des Sommets	38 324	5 174	259	307
Antoine-Labelle	30 187	4 075	204	241
TOTAL	446 428	60 268	3 013	3 571

La consommation de médicaments

Les problèmes des consommateurs de médicaments se caractérisent d'une part, par un usage inapproprié de médicaments et, d'autre part, par une consommation non médicale ou récréative de médicaments ayant des propriétés psychotropes.

En ce qui concerne l'usage inapproprié de médicaments, soulignons que dans le cadre du document de consultation sur la politique du médicament, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2005) insiste sur l'importance de développer des stratégies d'intervention visant des comportements responsables de la part des citoyens par rapport à l'utilisation des médicaments. Il affirme que cette utilisation ne constitue pas nécessairement la première ou la seule avenue de solution à envisager afin de prévenir ou de traiter un problème de santé, et que le médicament doit être utilisé à bon escient pour en tirer le plein potentiel et éviter les risques pour la santé. Le MSSS note également la tendance à l'automédication qui

s'est accentuée ces dernières années par un accès à de nombreux produits en vente libre, y compris les produits de santé naturels.

Par ailleurs, des études nationales démontrent que des groupes de la population seraient particulièrement à risques tels que les femmes, les prestataires de la sécurité du revenu, les détenus et les personnes âgées (Guyon et Geoffrion, 1997).

Il n'existe aucune statistique précise sur la consommation non médicale ou récréative de médicaments ayant des propriétés psychotropes. Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT, 2005) rapporte que des études internationales démontrent cependant que cette habitude de consommation gagne en importance depuis dix ans pour tous les grands groupes de médicaments d'ordonnance et que les Canadiens comptent parmi les plus grands consommateurs de médicaments psychotropes au monde.

Les intervenants des centres de réadaptation rencontrent régulièrement des usagers qui font un tel usage de médicaments psychotropes. À défaut de données pour le Québec, précisons qu'en Ontario, 11 % des personnes admises dans les centres de traitement en toxicomanie comptaient les médicaments d'ordonnance parmi les substances dont elles abusaient.

La consommation chez les jeunes

Selon l'Association des centres de réadaptation en dépendances du Québec (2004), 18 % des jeunes du secondaire consommeraient régulièrement (au moins une fois par semaine) de l'alcool et plus du cinquième d'entre eux ont un boire excessif répétitif. La consommation de cannabis est de loin la substance illicite privilégiée.

Près de 41 % des jeunes y ont eu recours au moins une fois au cours des douze derniers mois (5,3 % en secondaire I contre 60,6 % en secondaire V) et une proportion significative d'entre eux consomme quotidiennement du cannabis. Ce phénomène est plus accentué chez les garçons (6,6 %) que chez les filles (3 %).

La seconde classe de drogues prisées par les jeunes est constituée de perturbateurs utilisés par environ un étudiant du secondaire sur sept. Les amphétamines (7,0 %), la cocaïne (5,2 %), les substances volatiles (2,9 %), l'héroïne (1,2 %) et d'autres drogues dont les médicaments sans ordonnance (2,3 %) suivent dans l'ordre des drogues consommées par les jeunes.

Des données récentes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2009) démontrent que chez les adolescents de milieu scolaire, 6 % ont une consommation à risque pour laquelle une intervention de prévention secondaire est à prioriser (feux jaunes); et 6 % ont une consommation problématique nécessitant une intervention spécialisée (feux rouges). Ces types de consommation sont déterminés par la passation de la grille de détection DEP-ADO. Le tableau 1.3 présente, selon la population pondérée de 2011, le nombre de jeunes consommateurs dans la région des Laurentides selon les prévalences.

Tableau 1.3
Nombre de jeunes consommateurs d'alcool et de drogues selon les prévalences pour l'année 2011

Territoires de CSSS	Population de 12 à 17 ans	Feux jaunes 6 %	Feux rouges 6 %
Thérèse-De Blainville	13 700	822	822
Lac-des-Deux-Montagnes	8 485	509	509
Argenteuil	2 149	129	129
Saint-Jérôme	10 199	612	612
Pays-d'en-Haut	2 082	125	125
Des Sommets	2 791	167	167
Antoine-Labelle	2 184	131	131
TOTAL	41 590	2 495	2 495

Les jeux de hasard et d'argent

Selon l'Association canadienne de santé publique, ce sont des personnes de tous les âges, de toutes les catégories socio-économiques et de toutes les cultures qui s'adonnent aux jeux de hasard et d'argent (ACSP, 2005). Au Québec, en 2002, 80,7 % des adultes ont eu recours à ces jeux. Pour la majorité, cette pratique n'engendre pas de problèmes significatifs. On estime que 93 % des joueurs ne développent pas de symptômes ou de manifestations problématiques à l'égard du jeu (Chevalier et Allard, 2001).

Par contre, 2,1 % de ce nombre vivent une situation que l'on qualifie de problématique (1,1 % à risque et 1,0 % pathologiques). Cette problématique de dépendances touche également les jeunes. On estime que 2,3 % des jeunes seraient des joueurs pathologiques et 4,8 % seraient à risque de le devenir. Toutefois, les outils d'évaluation seraient peu fiables pour les jeunes (MSSS, 2001).

Une étude très récente (Kairouz et Nadeau, 2011) a permis d'identifier le nombre de personnes qui présentent potentiellement une situation de jeu que l'on qualifie de problématique. Le tableau 1.4 présente, pour chacun des territoires de CSSS pondérée selon l'indice des besoins, le nombre de personnes adultes qui sont à risque et aux prises avec une condition pathologique.

Tableau 1.4
Nombre de joueurs problématiques selon les prévalences pour l'année 2011

Territoires de CSSS	Population pondérée de 18 ans et +	Nombre de joueurs à risque 1,3 %	Nombre de joueurs pathologiques 0,7 %
Thérèse-De Blainville	118 332	1 538	828
Lac-des-Deux-Montagnes	86 960	1 130	609
Argenteuil	25 826	336	181
Saint-Jérôme	112 361	1 461	787
Pays-d'en-Haut	34 438	448	241
Des Sommets	38 324	498	268
Antoine-Labelle	30 187	392	211
TOTAL	446 428	5 804	3 125

Parmi les types de jeu de hasard et d'argent, les loteries vidéo suscitent un haut degré de dépendances. Leur accessibilité et leur disponibilité sont préoccupantes sur notre territoire. De plus, bien que non documentée à ce jour, l'implantation d'un casino à Mont-Tremblant a sûrement des conséquences sur la population plus vulnérable de la région.

Les membres de l'entourage

Tous s'entendent pour reconnaître les effets dévastateurs sur l'entourage des gens aux prises avec un problème de dépendances aux substances psychoactives et au jeu. Il est donc impossible de saisir le portrait des habitudes de consommation ou de jeu de hasard et d'argent sans parler de leurs impacts pour l'entourage. Un nombre appréciable (39,6 %) de Québécois affirment subir les conséquences négatives découlant de la consommation excessive d'alcool de l'un de leurs proches. Le problème de jeu d'un individu affecterait en moyenne de dix à dix-sept personnes autour de lui, en y incluant la famille, l'employeur et le gouvernement (Shaffer et Korn, 2002).

Le rôle joué par les membres de l'entourage auprès des personnes dépendantes se doit également d'être considéré. Une étude régionale menée par le Centre André-Boudreau (2000) auprès de 323 personnes toxicomanes démontre que c'est à un membre de l'entourage que ces personnes dévoilent en premier leur problème de consommation. De plus, l'entourage exercerait une influence déterminante dans le changement des habitudes de consommation. Il permettrait de supporter et de développer des réseaux de soutien visant à diminuer les risques associés à la surconsommation. L'entourage favoriserait le maintien et l'intégration sociale des personnes dans leur milieu naturel et la persévérance dans le traitement (Santé Canada, 1999). C'est dans ces perspectives que la littérature s'accorde maintenant pour reconnaître l'importance et l'utilité de l'entourage dans les programmes de traitement offerts aux toxicomanes (Boily et Bitauneau, 2002, et CPLT, 2005).

Chapitre 2

Structuration du champ des dépendances

CHAPITRE 2 : STRUCTURE DU CHAMP DES DÉPENDANCES

2.1 La modernisation du réseau¹

Selon les auteurs Roy, Litvak et Paccaud, l'amélioration du système de santé requiert la poursuite simultanée de trois grandes finalités : améliorer la santé de la population, améliorer l'expérience de soins et optimiser l'utilisation des ressources.

Plus précisément, selon cette perspective, le mandat des réseaux de santé consiste à assumer, pour une population définie, la responsabilité :

- d'améliorer la santé par une offre globale de service, incluant une action sur les déterminants de la santé afin de réduire les risques, l'incidence et la prévalence des problèmes de santé au sein de la population;
- d'améliorer l'expérience personnelle de soins des individus et de leurs proches, par une intégration appropriée des soins et des services à travers des continuums d'interventions interdisciplinaires où les personnes participent activement à leur prise en charge;
- d'optimiser l'utilisation des ressources financières, humaines, technologiques et informationnelles consenties en appuyant efficacement la prestation de services, en éliminant le gaspillage et en maîtrisant les coûts.

2.1.1 Le réseau local

En décembre 2003, le gouvernement du Québec adoptait la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Cette loi, comme son nom l'indique, confiait aux agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région basé sur des réseaux locaux de services. La création, en juin 2004, de 95 réseaux locaux de services à l'échelle du Québec avait donc pour objectif de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus. Le CSSS devenait l'assise du réseau local de services assurant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population du territoire local.

C'est également la vision que le MSSS met de l'avant dans son nouveau *Plan stratégique 2010-2015*, à savoir un réseau intégré et performant de services de santé et de services sociaux, près des personnes et des milieux de vie. Il souhaite que l'organisation du système de santé et de services sociaux se consolide autour des réseaux locaux de services, où les organisations et les intervenants ont la responsabilité de rendre accessible un éventail de services le plus complet possible et le plus adapté aux réalités de la population d'un territoire local, tout en agissant avec différents partenaires pour améliorer la santé et le bien-être de cette population. Ces derniers doivent également se mobiliser pour améliorer la performance des actions dont ils sont responsables et s'en rendent imputables.

¹ *Des réseaux responsables de leur population – Moderniser la gestion et la gouvernance en santé*, Denis A. Roy, Eric Litvak, Fred Paccaud, Édition Le Point en administration de la santé et des services sociaux, 2010.

2.1.2 Le projet clinique et organisationnel²

Pour atteindre les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services offerts à la population, tous les CSSS avec les partenaires de leur réseau local de services doivent d'abord définir leur projet clinique et organisationnel qui est axé sur l'interdisciplinarité entre les divers intervenants et la complémentarité des services (voir schéma à la page suivante).

Le défi consiste à passer d'une logique de prestation de services à une logique de responsabilisation à l'égard des besoins de la population sur le territoire, et de travailler en réseau intégré avec les partenaires du réseau local ainsi qu'avec ceux des niveaux régional et provincial. Pour faciliter cette transition vers une offre intégrée de service, on mise sur deux principes fondamentaux, c'est-à-dire la *responsabilité populationnelle* et la *hiérarchisation des services*. Il s'agit donc pour le CSSS d'un double mandat : celui de définir et d'élaborer son Projet clinique et celui de susciter la collaboration de tous ses partenaires pour en assurer la mise en œuvre.

La responsabilité populationnelle

La notion de responsabilité populationnelle implique que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité à son endroit, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population.

La hiérarchisation des services

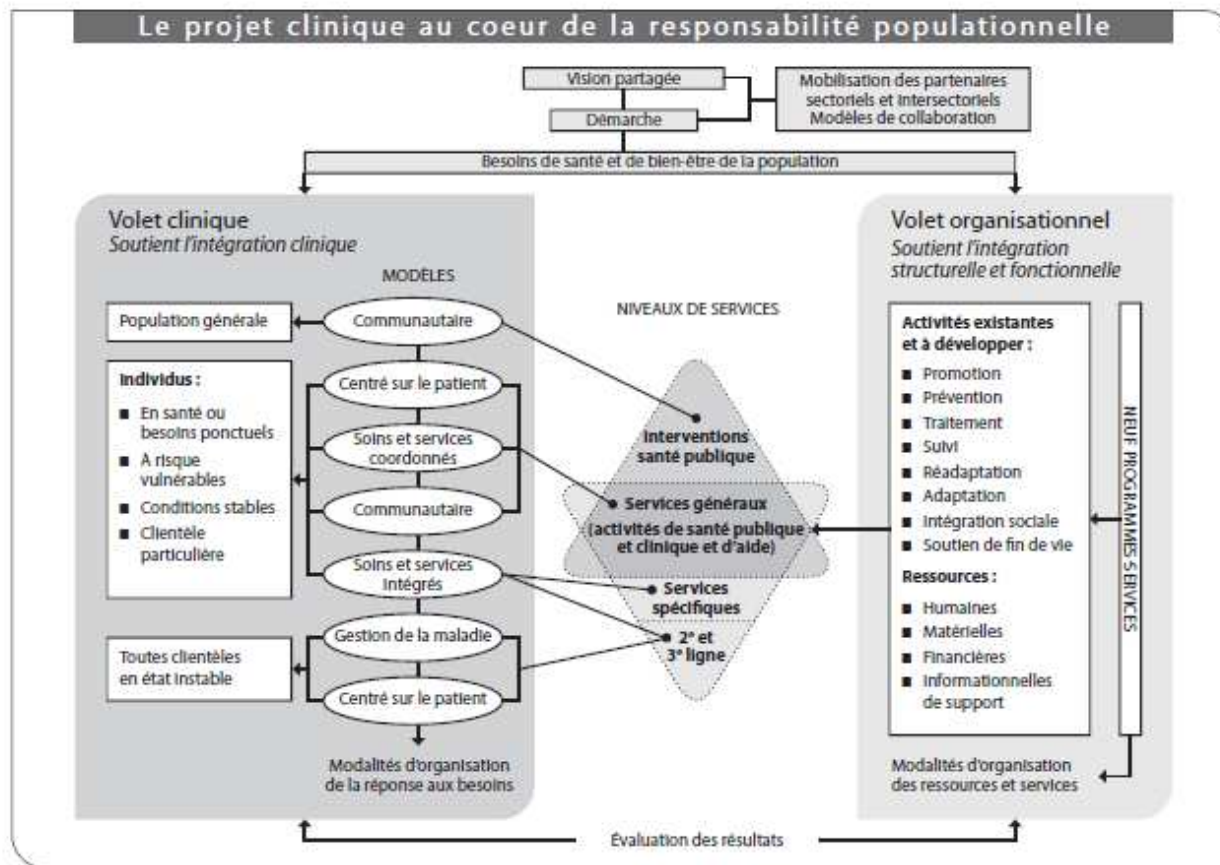
La notion de hiérarchisation implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les dispensateurs. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne, mais aussi celles entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne. Ils seront bidirectionnels, c'est-à-dire qu'ils prévoiront autant le recours aux services de deuxième et de troisième ligne que la planification des services de première ligne offerts à l'utilisateur lorsqu'il retournera dans son milieu de vie.

2.1.3 Les ententes de gestion et d'imputabilité

À ces modifications de la structure du réseau, est venue se greffer la volonté d'enchâsser les activités de ce dernier dans des ententes de gestion et d'imputabilité. Ainsi, dans la foulée de la Loi sur l'administration publique adoptée le 30 mai 2000, le réseau de la santé et des services sociaux s'est engagé dans un mode de gestion axé essentiellement sur les résultats. C'est ainsi que sont apparues des notions comme planification stratégique pluriannuelle, priorités annuelles, cycle de gestion et reddition de comptes; notions qui constituent le fondement d'une nouvelle gouvernance, dont le mode d'imputabilité permettra d'optimiser l'utilisation des ressources, tout en obtenant une meilleure hiérarchisation des responsabilités entre les paliers national, régional et local.

² *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Résumé), MSSS, 2004.*

Tiré de : *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (résumé), MSSS, 2004



Les deux volets sont indissociables : l'un permet à l'autre de réaliser les services et les soins selon le nouveau paradigme populationnel.

2.2 Le programme services Dépendances

2.2.1 L'architecture des services³

Un *programme-services* désigne un ensemble de services et d'activités organisé dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou, encore, aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune.

La définition d'un programme-services suppose que :

- le regroupement des services qui forme un programme est fondé sur la notion de besoin;
- les besoins ou les profils de besoins priment par rapport aux frontières des établissements, aux territoires professionnels, aux domaines d'activités et autre;
- tout programme comporte des services qui lui sont propres et des services qu'il partage avec d'autres programmes.

³ L'architecture des services de santé et des services sociaux, *Les programmes-services et les programmes-soutien*, MSSS, 2004.

Aussi, de façon générale, les programmes services sont composés de services de première ligne, de deuxième ligne et de troisième ligne.

Les services de première ligne sont le premier niveau d'accès et ils s'appuient sur des infrastructures légères. De plus, les services de première ligne regroupent deux grands types de service : les services généraux qui s'adressent à l'ensemble de la population et les services spécifiques pour des problématiques particulières (jeunes en difficulté, déficience intellectuelle, dépendances, maladies chroniques, etc.). À l'intérieur de ces deux grands types de service, on retrouve des activités de promotion-prévention et des activités cliniques et d'aide.

Les services de deuxième ligne sont, dans la plupart des cas, des services spécialisés. Ils sont organisés sur une base régionale et offerts sur une base locale ou régionale. Ils permettent de résoudre des problèmes sociaux et de santé ainsi que des problématiques complexes. Pour la grande majorité de ces services, les professionnels interviennent auprès des personnes qui leur sont recommandées, en soutien auprès des intervenants des services de première ligne, et agissent comme consultants auprès de ces derniers.

Le troisième niveau d'accès regroupe les services de troisième ligne qui sont, habituellement, des services surspécialisés. Ils sont organisés sur une base nationale, mais ils peuvent être accessibles sur une base régionale ou même, exceptionnellement, sur une base locale. Ces services, accessibles habituellement sur référence, s'adressent à des personnes ayant des problèmes très complexes, dont la prévalence est très faible.

2.2.2 L'offre de service en dépendances du MSSS⁴

Le programme Dépendances adopte une approche globale pour la problématique de la dépendance, et ce, quelle qu'en soit la cause. Il regroupe les services destinés aux personnes qui ont des comportements à risque au regard de la consommation de psychotropes ou des jeux de hasard et d'argent ou qui présentent des problèmes d'abus ou de dépendances. Ce programme comprend aussi des services destinés aux familles et aux proches des personnes dépendantes.

De plus, en 2007, le MSSS publiait son *Offre de service en dépendances 2007-2012* comprenant 11 fiches décrivant les services contenus dans le programme. Ce sont ajoutées par la suite les équipes de liaison spécialisées dans les urgences. Le détail des fiches figure à l'annexe II et la trajectoire de services est illustrée ci-après.

Ainsi, dans la configuration des programmes du réseau de la santé et des services sociaux, le contour financier du programme Dépendances est, entre autres, constitué des services suivants offerts par les CSSS :

- Détection et intervention précoce;
- Désintoxication en milieu hospitalier;
- Désintoxication externe non intensive;
- Suivi psychosocial post-traitement;
- Suivi psychosocial et médical pour le maintien à la méthadone.

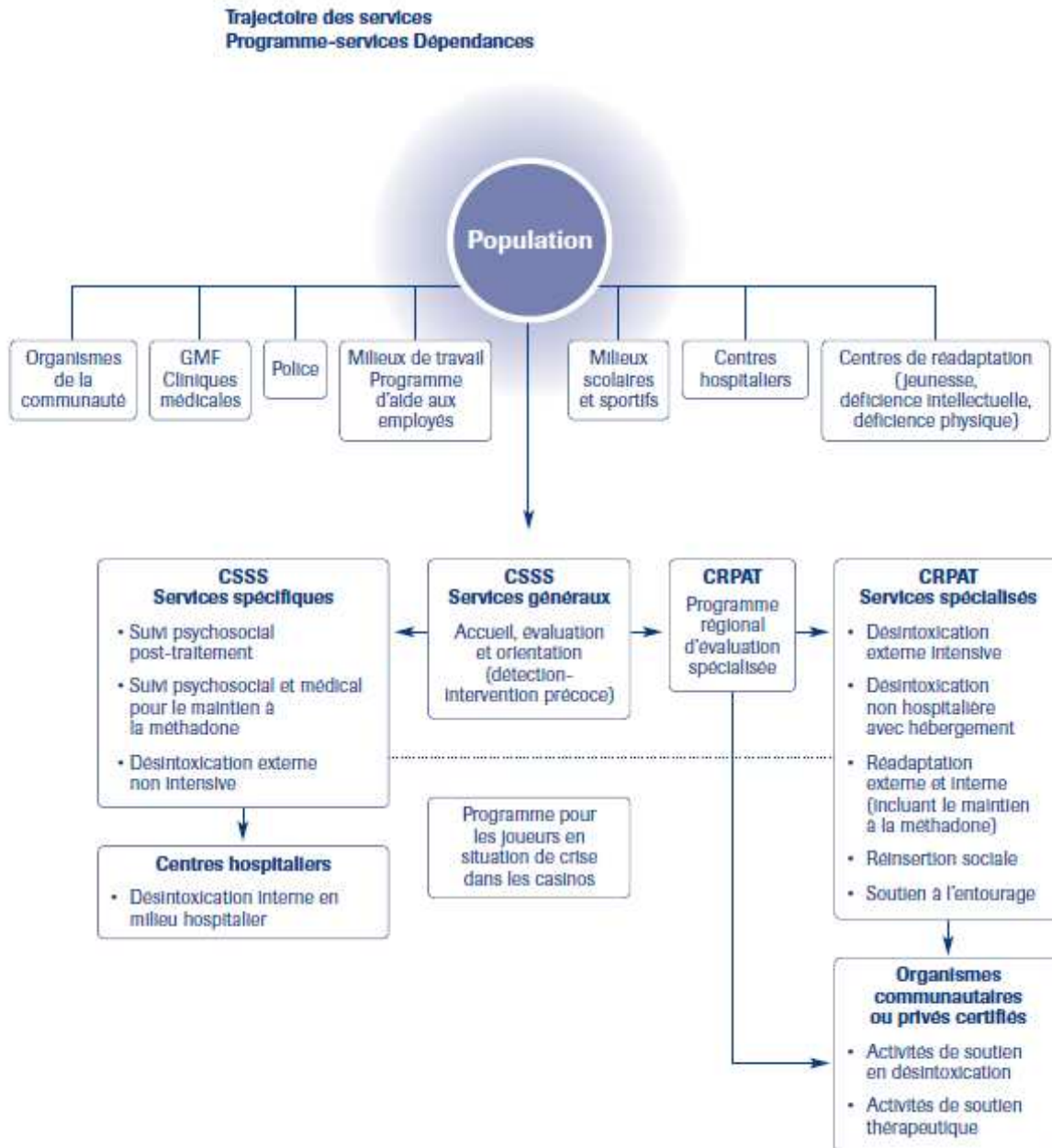
Il inclut également les services spécialisés de réadaptation et de réinsertion suivants donnés par les centres de réadaptation en dépendances (CRD) :

- Programme régional d'évaluation spécialisée;
- Équipe de liaison spécialisée dans les urgences;
- Désintoxication externe intensive;

⁴ Unis dans l'action. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services dépendances – Offre de service 2007-2012, MSSS, 2007.

- Désintoxication avec hébergement;
- Réadaptation interne et externe (incluant le maintien à la méthadone);
- Réinsertion sociale;
- Soutien à l'entourage.

Toutefois, il faut comprendre que le déploiement de ces services pourrait se faire différemment d'une région à l'autre selon les choix qu'exerceront les partenaires des réseaux locaux.



Tiré de : *Unis dans l'action. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programmes services dépendances – Offre de service 2007-2012, MSSS, 2007.*

2.2.3 L'offre de service des centres de santé et de services sociaux (CSSS)

Les personnes, jeunes et adultes, éprouvant des difficultés liées à l'alcool, aux drogues ou au jeu pathologique peuvent s'adresser au CSSS de leur territoire pour obtenir de l'aide. Toutefois, malgré cette volonté de hiérarchiser les services, les demandes d'aide demeurent largement formulées directement auprès des CRD ou par le biais des écoles pour les jeunes.

De plus, les cliniques médicales ou les médecins en cabinet privé orientent parfois leur clientèle directement vers les ressources privées certifiées.

Plus précisément, toujours selon l'offre de service du MSSS, les CSSS se voient confier la responsabilité des services suivants :

Détection et orientation vers des services appropriés

La demande est évaluée au service Accueil, évaluation et orientation, et traitée par les services généraux, s'il s'agit d'un besoin lié à un problème ponctuel. Lorsqu'un suivi est nécessaire, la demande est acheminée vers les services spécifiques. Les personnes peuvent aussi être orientées vers une ressource appropriée du réseau local (organisme communautaire, centre local d'emploi...) ou vers les services spécialisés, notamment les CRD. Le CSSS dirige les personnes et, le cas échéant, les accompagne au moyen de mécanismes de liaison personnalisés.

Intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation

Ce service vise à permettre aux personnes, qui éprouvent des problèmes d'ordre psychologique, familial ou social reliés à leur consommation, d'obtenir l'aide appropriée pour le traitement de leurs problèmes de consommation; à développer ou consolider les compétences personnelles et sociales et à diminuer le nombre de personnes qui vivront une dépendance en toxicomanie ou en jeu pathologique par une intervention précoce.

Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé

Par ce service, on favorise le maintien des acquis des personnes dépendantes par un accompagnement jusqu'au recouvrement d'un seuil acceptable d'autonomie sur les plans socioéconomique et affectif et la réinsertion sociale et professionnelle de la personne dépendante. On souhaite également réduire le nombre de rechutes.

Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone

Les objectifs escomptés sont le maintien ou l'amélioration des conditions de vie des personnes qui vivent une dépendance aux opioïdes; une réduction des méfaits liés à la consommation d'opioïdes et une diminution du nombre de personnes dépendantes des opioïdes.

Désintoxication externe et interne et suivi psychosocial

Ces services visent à intervenir avant la détérioration sérieuse de l'état de santé général ou à diminuer les conséquences d'une intoxication grave.

Intervention de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos et les salons de jeux

Particuliers à quelques régions et pas nécessairement sous la responsabilité des CSSS, ces services s'adressent aux personnes en situation de crise dans les casinos et les salons de jeux afin de diminuer le nombre de tentatives de suicide et conséquemment de morts causées par suicide; de réduire les méfaits causés par le jeu pathologique et d'orienter rapidement les personnes vers les ressources adaptées à leurs besoins.

2.2.4 L'offre de service des centres de réadaptation en dépendances (CRD)⁵

En 2004, la Fédération des centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes, devenue par la suite l'Association des centres de réadaptation en dépendances du Québec, détaillait son offre de service, reprise par la suite dans l'offre de service du MSSS.

Accueil, évaluation et orientation

Lorsqu'un individu se présente à un CRD, sur référence ou directement, il est tout d'abord accueilli. L'accueil, une des phases importantes du début du processus d'aide, permet de comprendre le motif de la consultation et d'estimer l'admissibilité.

Le processus d'évaluation se déroule à l'aide d'instruments de mesure structurés, validés et fidèles. Ces outils tiennent compte des différentes sphères de vie de la personne telles que la situation de consommation (alcool, drogues) ou de jeu, l'état de santé physique, l'état psychologique, le contexte relationnel, social et familial, la situation d'emploi ou scolaire, les ressources de même que la situation judiciaire.

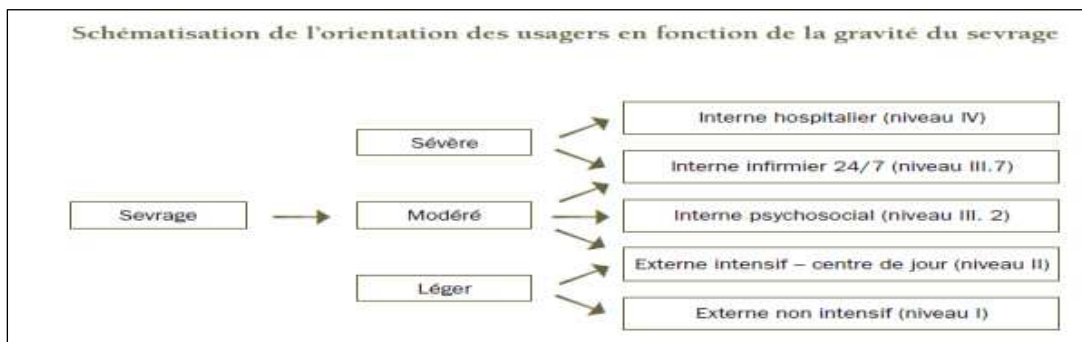
Services de désintoxication

Les services de désintoxication doivent être offerts à certains usagers alcooliques ou toxicomanes en fonction de leurs besoins associés au sevrage. Le niveau de soins offerts dépend de la gravité du sevrage anticipé et la gamme de services de désintoxication pouvant être nécessaires est définie par l'*American Society of Addiction Medicine (ASAM)* :

- Désintoxication externe sans soins intensifs (niveau I)
Il s'agit généralement de consultations médicales en externe qui accompagnent le processus de sevrage. Le sevrage est ici qualifié de léger.
- Désintoxication externe avec soins intensifs (niveau II)
Le point marquant de ce niveau de services est la disponibilité d'infirmières pour effectuer le suivi quotidien des usagers. Le sevrage est ici qualifié de léger à modéré.
- Désintoxication avec hébergement (niveau III)
On identifie habituellement deux sous-niveaux de services de désintoxication avec hébergement. Il y a un niveau plus léger, géré par du personnel détenant une formation psychosociale, et un niveau susceptible de soigner des gravités plus importantes de sevrage, donc géré par du personnel infirmier présent 24/7.
- Désintoxication avec hébergement sous gouverne médicale (niveau IV)

5 Les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique. TREMBLAY, Joël [et al.], Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, Montréal, 2004.

Ce type de services internes de désintoxication est offert par du personnel infirmier et médical, dans un hôpital général offrant l'ensemble des soins appropriés ou associés à un sevrage sévère. Le sevrage est sévère et nécessite une intervention hospitalière.



Services médicaux

Des services médicaux font partie des services de désintoxication, de réadaptation et des traitements de substitution énumérés.

Traitements de substitution

Plusieurs CRD offrent des traitements d'entretien et de sevrage à la méthadone pour les personnes présentant une dépendance aux substances opiacées.

Services de réadaptation – toxicomanie et jeu

Les services de réadaptation auprès des personnes alcooliques et toxicomanes, de même qu'auprès des joueurs pathologiques, sont au cœur de la raison d'être des CRD. Au nombre des objectifs généraux de la réadaptation, on retrouve la stabilisation, l'instrumentation et la consolidation des acquis. Rappelons toutefois que tous ne traversent pas nécessairement ces trois étapes.

Services de réinsertion sociale et professionnelle

Les services de réinsertion sociale et professionnelle et ceux de réadaptation en alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique sont intimement liés. La réinsertion sociale et professionnelle est un processus incontournable pour bon nombre d'usagers et peut se faire avant, pendant ou après la réadaptation ou la désintoxication. Dans l'ensemble, la réinsertion sociale et professionnelle, tant pour les usagers alcooliques ou toxicomanes que joueurs pathologiques, vise :

- à consolider les gains réalisés à la phase de désintoxication et de réadaptation;
- à augmenter l'autonomie de la personne par le développement des habiletés liées à la vie quotidienne, des habiletés nécessaires au travail, des habiletés liées à la survie psychologique et médicale, des habiletés de socialisation et celles inhérentes à la capacité de se récréer.

Services d'aide et de soutien à l'entourage

L'intervention auprès des membres de l'entourage vise deux grands objectifs :

- l'amélioration du bien-être des membres de l'entourage en lien avec l'individu toxicomane, alcoolique ou joueur pathologique;

- l'amélioration de l'efficacité de l'intervention auprès des usagers alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques.

2.2.5 Les liens avec les autres programmes

Aucun programme ne peut exister seul. Un partenariat dans l'intervention avec les acteurs des autres programmes et un partage des responsabilités s'avère nécessaire pour mieux répondre aux besoins des clientèles.

Le programme Santé publique : les actions en prévention-promotion

La Direction de santé publique⁶ vise un grand objectif social : améliorer la santé et le bien-être général de la population par des actions qui se situent, la plupart du temps, avant que les problèmes ne surviennent. Le programme Santé publique est fondé sur une perspective populationnelle, c'est-à-dire qu'il s'adresse à l'ensemble de la population. Les actions de santé publique peuvent toutefois viser des groupes cibles qui partagent certains traits communs tels que l'exposition aux mêmes facteurs de risque, les conditions de vie particulières, etc.

Ainsi, les actions mises en place par la Direction de santé publique (DSP) des Laurentides⁷, relatives à la prévention des dépendances, s'appuient sur des pratiques démontrées efficaces et sur des recommandations d'experts reconnues par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

D'une part, les activités de prévention favorisent les interventions précoces. Ainsi, le programme de services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles en contexte de vulnérabilité soutient les familles ciblées dès le début de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant soit âgé de 5 ans. Les actions portent sur le renforcement des facteurs de protection entourant le développement de l'enfant et sur les conditions de vie des familles. La DSP des Laurentides apporte également un soutien aux écoles pour qu'elles renforcent le développement des compétences des jeunes et qu'elles offrent des services préventifs adaptés en matière de santé. Les actions implantées visent à mettre en place des environnements et des conditions favorisant l'estime de soi, les habiletés sociales, les saines habitudes de vie et les comportements sécuritaires. Un soutien est aussi apporté aux organismes communautaires qui interviennent en milieu scolaire, afin que leurs activités en classe s'appuient sur les recommandations d'experts reconnues.

D'autre part, la DSP des Laurentides sensibilise les différents acteurs, tout comme la population en général, aux conséquences de la consommation problématique et excessive d'alcool, de drogues ou de jeu. Par ces actions, elle vise à informer la population quant aux différentes ressources existantes pour apporter un soutien et venir en aide aux personnes ayant des problèmes de consommation, ainsi qu'à leurs proches. Ces différentes initiatives cherchent à susciter la mobilisation intersectorielle et encourager les actions concertées.

En ce qui a trait plus précisément aux actions en lien avec le jeu problématique, elles visent à sensibiliser et à informer la population, les décideurs et les médias sur les impacts de l'augmentation de l'offre de jeu sur la santé et sur l'importance d'en diminuer l'accessibilité et la dangerosité. Plusieurs activités de sensibilisation et de représentation ont été déployées auprès des différents acteurs de la région concernés par la question. La Direction de santé publique, en collaboration avec la Direction générale adjointe et des services sociaux, a aussi élaboré un plan d'action relatif à cette problématique afin d'assurer un continuum de services

⁶ L'architecture des services de santé et des services sociaux, *Les programmes-services et les programmes-soutien*, MSSS, 2004.

⁷ Produire la santé - Plan d'action régional de santé publique 2010-2015 – Région des Laurentides, Direction de santé publique des Laurentides, 2010.

complémentaires au déploiement d'une première ligne en dépendances dans les CSSS de la région.

Au regard des dépendances à l'alcool et aux drogues, les actions mises en place s'appuient principalement sur les approches de réduction des méfaits. Par exemple, le programme de prévention Alcochoix +, qui est également basé sur l'approche motivationnelle, vise à rejoindre les adultes, préoccupés par leur consommation d'alcool, qui souhaitent modifier leurs habitudes. De la prévention est aussi effectuée par le programme SIDEPE (services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang) qui constitue en un ensemble de services offerts par des intervenants de CSSS intégrant des activités de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Le programme est destiné prioritairement à des clientèles vulnérables et à risque, dont les personnes utilisatrices de drogue par injection (UDI).

En plus de ces exemples, les actions de promotion/prévention s'appuient sur différentes campagnes de sensibilisation aux dépendances axées principalement sur la valorisation de l'estime de soi et la consommation responsable.

Le programme Santé mentale : les troubles concomitants

Le programme Santé mentale⁸ vise à permettre à toute personne, dont la santé mentale est perturbée, d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation. Les services sont destinés aux personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, généralement persistants et aux personnes qui vivent des troubles mentaux transitoires, d'intensité variable.

Selon le Plan d'action en santé mentale 2005-2010⁹, environ les 2/3 des individus qui présentent un trouble mental qualifié de grave ont aussi une toxicomanie. L'interface de l'un et l'autre problème met souvent en péril la fidélité au traitement, notamment lors du sevrage, ainsi que ses résultats. Il va donc de soi que pour ces clientèles présentant une comorbidité, une intervention conjointe des deux programmes s'avère essentielle.

Le programme Jeunes en difficulté : les jeunes, mais aussi les parents

Le programme Jeunes en difficulté¹⁰ regroupe les services destinés aux jeunes, de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, qui présentent des problèmes de développement ou de comportement, ou qui ont des difficultés d'adaptation sociale (délinquance, violence, suicide, etc.). Ce programme s'adresse également aux jeunes qui ont besoin d'une aide appropriée pour assurer leur sécurité et leur développement (abus, négligence, etc.) ou pour éviter que ceux-ci ne soient compromis. Ce programme comprend aussi des services destinés aux familles des jeunes concernés.

Bien que le programme Jeunes en difficulté ne touche pas directement à la dépendance, les liens avec le programme Dépendances sont incontournables, que ce soit par les multiples problématiques qui touchent les jeunes que par le rôle que jouent les parents comme consommateurs eux-mêmes ou comme soutien à leur jeune à risque ou présentant une dépendance.

⁸ *L'architecture des services de santé et des services sociaux, Les programmes-services et les programmes-soutien*, MSSS, 2004.

⁹ *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*, MSSS, 2005.

¹⁰ *L'architecture des services de santé et des services sociaux, Les programmes-services et les programmes-soutien*, MSSS, 2004.

Le programme Santé physique

Le programme Santé physique¹¹ s'adresse à toute personne qui est aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme et qui doit recevoir des soins et des traitements spécialisés et surspécialisés. Il s'adresse également à toute personne aux prises avec une maladie qui exige un suivi systématique et des services en continu.

Ici encore, le programme Santé physique n'est pas le principal programme interpellé en dépendances. Toutefois, la plateforme hospitalière est nécessaire pour la mise en place de certains services plus spécialisés, tels que les équipes de liaison à l'urgence ou la désintoxication interne hospitalière de niveau IV.

Les programmes Déficience physique et Déficience intellectuelle troubles envahissants du développement

Le programme Déficience physique regroupe les services visant à répondre aux besoins des personnes qui, peu importe leur âge, ont une incapacité significative et persistante ainsi qu'à leur entourage.

Pour le volet déficience intellectuelle, le programme regroupe les services destinés à répondre aux besoins des personnes qui ont un fonctionnement cognitif général significativement inférieur à la moyenne, accompagné de difficultés d'adaptation apparaissant pendant l'enfance. Ce programme comprend aussi les services offerts aux personnes aux prises avec un trouble envahissant du développement (TED).

Ces programmes peuvent très certainement être mis à contribution dans les situations de comorbidité.

Les clientèles complexes

Enfin, certaines clientèles ne font pas nécessairement partie de l'un ou l'autre des programmes précédents, mais la complexité de leurs problématiques les rend plus à risque de présenter une dépendance. Il s'agit ici des personnes sans domicile fixe ou qui rencontrent des difficultés de tout ordre et qui perdent leurs repères (perte d'emploi, rupture, rechute). Une attention particulière devrait leur être accordée puisque peu de ressources répondent à leurs besoins à l'heure actuelle.

2.2.6 L'offre de service des organismes communautaires et des ressources certifiées

Au-delà des acteurs du réseau public, plusieurs partenaires de la communauté offrent également des services en liens avec la dépendance. Il s'agit notamment des sept organismes communautaires financés dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) et qui offrent principalement des activités de prévention des dépendances en milieu scolaire ou des activités de soutien auprès des jeunes et des adultes.

Également, en 2010, le MSSS se donnait les moyens d'encadrer les ressources privées ou communautaires qui interviennent en dépendances en offrant de l'hébergement et en rendant obligatoire la certification de ces ressources. Ainsi, quatre ressources sont actuellement certifiées par le MSSS pour offrir des services à une clientèle dépendante.

¹¹ *Idem*

Chapitre 3

L'état de situation régional

CHAPITRE 3 : L'ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL

3.1 Les rôles et les responsabilités des partenaires

Voici, schématiquement représentés, les rôles et responsabilités dévolus aux CSSS et au centre de réadaptation en dépendances tels que proposés par le MSSS dans son offre de service¹². Lorsque pertinent, les partenaires possibles ont été identifiés.

TRAJECTOIRE DE SERVICES	RESPONSABILITÉS		PARTENAIRES POSSIBLES
	CSSS	CRD	
Prévention-promotion et réduction des méfaits	X		OC/Scolaire
Détection et orientation vers des services appropriés	X		Scolaire/CR/CJ
Intervention précoce	X		
Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé	X		OC
Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone	X		
Désintoxication externe et interne et suivi psychosocial	X		
Équipe de liaison à l'urgence		X	
Programme régional d'évaluation spécialisée		X	
Réadaptation externe et interne		X	
Réinsertion sociale		X	ITL/ACEF/CSSS/CR ¹³
Désintoxication externe intensive et désintoxication avec hébergement		X	
Soutien à l'entourage		X	Al-Anon/Alateen
Intervention de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos et les salons de jeu	X		OC
Activités de soutien en désintoxication et de soutien thérapeutique			RC

OC : organismes communautaires
RC : ressources certifiées
ITL : Intégration Travail Laurentides

ACEF : Association coopérative d'économie familiale
CR : centres de réadaptation autres que CRD (CJL, DI-TED, DP)
CJ : Centre jeunesse des Laurentides

3.2 État de situation du déploiement de l'offre de service

Deux collectes de données réalisées en 2009-2010 et 2010-2011 permettent de dresser un état des lieux sommaire de la situation actuelle et d'identifier les écarts de services et les défis à relever dans les années à venir.

¹² Unis dans l'action, Offre de service, MSSS, 2007

¹³ Spécifiquement pour les clientèles présentant une comorbidité

État de situation de l'implantation de l'offre de service en dépendances de la région des Laurentides 2010-2011

SERVICES	CONSTATS
Prévention-promotion et réduction des méfaits	<ul style="list-style-type: none"> • L'ensemble des CSSS offre du soutien pour déployer les pratiques en prévention/promotion reconnues efficaces (ex : approche « Écoles en santé », 0.5.30., SIPPE et SIDEP). • Au niveau de la prévention jeunesse : un CSSS a un programme maison en collaboration avec la commission scolaire. • Presque tous les CSSS font l'échange/la distribution de seringues (6/7). • Le CSSS des Pays-d'en-Haut déploie un programme de prévention des ITSS au centre de détention de Saint-Jérôme. • Quatre organismes communautaires font principalement de la prévention des dépendances en milieu scolaire et deux autres dans le cadre de leurs propres activités destinées aux jeunes et aux jeunes adultes.
Détection et orientation vers des services appropriés	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les CSSS font du repérage dans le cadre de leur AEO. • Tous les CSSS utilisent les outils de détection et DÉBA (alco-toxico-jeu). • Centre jeunesse des Laurentides détecte avec le DEP-ADO et réfère vers le CRD
Intervention précoce Intervenant pivot	<ul style="list-style-type: none"> • 250 intervenants étaient formés à l'intervention de première ligne au 31 mars 2011. • Quatre CSSS déploient le programme « code jaune » (3 en jeunesse et 1 jeunes et adultes). • Un CSSS mentionne faire des suivis individuels ou de groupe. • Quatre CSSS ont mis en place le programme « Alcochoix ». • Quatre CSSS utilisent l'approche motivationnelle. • Trois CSSS ont un intervenant pivot dédié aux dépendances et un CSSS pour les clientèles à risque.
Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé	<ul style="list-style-type: none"> • Deux CSSS spécifient offrir ce service notamment sur référence. • Un organisme communautaire peut offrir ce type de service pour les adultes.
Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone	<ul style="list-style-type: none"> • Non offert en CSSS
Désintoxication externe et interne et suivi psychosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Des épisodes de sevrage se font occasionnellement à l'urgence ou en unité de médecine, mais sans personnel assigné à la désintoxication (2 CSSS).
Équipe de liaison à l'urgence	<ul style="list-style-type: none"> • Trois équipes sont en place dans les urgences hospitalières de Saint-Jérôme, Sainte-Agathe et Saint-Eustache.
Programme régional d'évaluation spécialisée	<p><u>Pour les adultes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Compte tenu de la réalité régionale, le Centre André-Boudreau offre le programme d'évaluation spécialisée dans 4 points de services. Un groupe d'accueil centralisé est offert hebdomadairement dans 4 territoires : Sainte-Thérèse, Deux-Montagnes, Saint-Jérôme et Sainte-Agathe. Un plan d'intervention est réalisé suite à l'entrevue d'évaluation. • Pour les territoires de Lachute et de Mont-Laurier, les accueils se font sur une base individuelle (minimum 2/sem.).

SERVICES	CONSTATS
	<ul style="list-style-type: none"> • Tout le personnel psychosocial et infirmier est formé à l'évaluation des dépendances. Tous les intervenants psychosociaux sont formés à l'utilisation de l'IGT (Indice de gravité d'une toxicomanie) et six intervenants sont formés à l'utilisation du questionnaire de Ladouceur pour l'évaluation du jeu pathologique. Le personnel infirmier est formé à l'utilisation du Nid-Em (évaluation santé du niveau de désintoxication). • Il n'y a pas de groupe de soutien pour les usagers qui ont un délai d'attente entre la demande de services et la rencontre d'accueil. Toutefois, dans trois points de services (Sainte-Thérèse, Deux-Montagnes, Saint-Jérôme) les usagers ont accès à un groupe de support à la motivation suite à la rencontre d'accueil. <p><u>Pour les jeunes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'accès à l'évaluation spécialisée en toxicomanie pour tous les partenaires (milieu scolaire, CJ, CSSS) se fait de façon systématique suite à l'administration du DEP-ADO. Sont admissibles aux services les jeunes identifiés feux rouges.
Réadaptation externe et interne	<p><u>Réadaptation externe :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un traitement de moins de neuf heures/sem. est offert par le biais d'entrevues individuelles et d'activités de groupe (Saint-Jérôme, Sainte-Thérèse, Deux-Montagnes). • Un service de traitement de substitution à la consommation d'opioïdes (induction et maintien) est offert au point de service de Saint-Jérôme. Les usagers de ce service qui proviennent de toutes les MRC des Laurentides ont accès à un encadrement médical et psychosocial. <p><u>Réadaptation interne :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Des services de désintoxication et de réadaptation interne de 21 jours sont offerts pour les adultes avec un niveau de sevrage 3.2 (critères de l'ASAM) qui ne nécessitent pas un encadrement médical 24/7 (infirmière avec lien médical au besoin). • La réadaptation interne pour les jeunes se fait dans des ressources certifiées avec lesquelles il y a des ententes de service (Portage, Le Pavillon du Nouveau Point de Vue, Jellinek et le centre Grand Chemin). Toutefois, près de la moitié des jeunes qui nécessitent des services doivent se rendre à l'extérieur de la région. <p><u>Jeu pathologique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un traitement de moins de 9 heures/sem. (entrevues individuelles et activités de groupe) est offert et un lit de réadaptation interne réservé à cette clientèle.
Réinsertion sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Le service de réinsertion sociale s'actualise principalement à travers les activités bénévoles. Une intervenante est affectée à l'encadrement des bénévoles. Un bassin de vingt à trente bénévoles, qui sont tous des usagers actifs ou d'anciens usagers, participe à l'organisation et préparation d'une gamme d'activités de loisirs en plus de s'impliquer dans des activités de soutien à la réadaptation : accompagnement à la démarche des usagers en réadaptation interne, accueil des nouveaux usagers admis à l'interne, témoignages dans des groupes de réadaptation, transports pour rendez-vous médical.

SERVICES	CONSTATS
	<ul style="list-style-type: none"> • La dimension réinsertion sociale est toujours considérée lors de l'élaboration des plans d'intervention. Il y a collaboration avec les organismes du milieu liés à la réinsertion professionnelle comme Intégration travail Laurentides et une entente formelle a été conclue avec l'ACEF des Basses-Laurentides qui agit comme conseiller auprès de la clientèle de joueurs pathologiques.
Désintoxication externe intensive et désintoxication avec hébergement	<ul style="list-style-type: none"> • Les services de désintoxication externe intensive ne sont pas offerts. • Des services de désintoxication et de réadaptation interne de 21 jours sont offerts pour les adultes avec un niveau de sevrage 3.2 (critères de l'ASAM) qui ne nécessitent pas un encadrement médical 24/7.
Soutien à l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> • Le Centre André-Boudreau offre un service de soutien à l'entourage. Les conjoints des personnes présentant une problématique d'abus ou de dépendances ont accès à des suivis individuels dans les différents points de services. Les parents des personnes présentant une problématique d'abus ou de dépendances peuvent bénéficier d'un suivi de groupe au point de service de Saint-Jérôme seulement.
Intervention de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos et les salons de jeu	<ul style="list-style-type: none"> • Le CSSS des Sommets offre le service pour les clients du Casino de Tremblant.
Activités de soutien en désintoxication et de soutien thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> • Quatre organismes certifiés¹⁴ offrent des services avec hébergement dans les Laurentides <ul style="list-style-type: none"> ○ Pavillon Pierre-Péladeau : 22 places pour hommes ○ Raymonde-Chopin-Péladeau : 16 places pour femmes ○ Mélaric : 130 places pour hommes et femmes ○ Pavillon Hamford : 58 places pour hommes et femmes

¹⁴ C'est un processus continu donc ce portrait pourrait changer.

3.3 Constats sur les écarts de services par rapport à l'offre de service du MSSS en dépendances

À la suite de l'analyse de l'état de situation selon l'offre de service attendue du Ministère, nous identifions les écarts suivants :

LES ÉCARTS DE SERVICES

- Finaliser les ententes de service (dans le cadre des projets cliniques) entre les CSSS et le CRD
- Compléter la programmation « code jaune » pour tous les groupes d'âge dans tous les CSSS
- Compléter la programmation Alcochoix + dans tous les CSSS
- Implanter des modalités de liaison dépendances dans les urgences qui n'ont pas d'équipe de liaison
- Développer dans tous les CSSS une programmation visant le suivi psychosocial au terme de traitement spécialisé
- Développer le suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone en CSSS
- Développer les services de désintoxication externe et interne et le suivi psychosocial en CSSS
- Bonifier l'offre de service en réinsertion sociale (programmes éprouvés, formation, guide de meilleures pratiques, coffre à outils)
- Développer des services de désintoxication 24h/7 j pour les adultes nécessitant un encadrement médical
- Développer une maison de réadaptation 24h/7 j pour la clientèle jeunesse
- Augmenter l'offre de service d'aide à l'entourage
- Assurer la fonction d'intervenant pivot dépendances dans tous les CSSS
- Accentuer la détection notamment dans les écoles et auprès des clientèles à risque
- Assurer une autonomie régionale pour la formation
- Pallier la rupture de services avec l'Hôpital St-Luc de Montréal pour le sevrage aux opiacés (Rx antidouleur)

Chapitre 4

Nos engagements pour la région

CHAPITRE 4 : NOS ENGAGEMENTS POUR LA RÉGION

Les engagements que le réseau des établissements de santé et de services sociaux des Laurentides prend pour sa population en regard des orientations régionales reposent sur des principes directeurs et des balises cliniques, lesquels sont en cohérence avec les orientations déjà établies sur les plans national et régional. En terminant, nous vous présentons plusieurs modalités qui sont à notre avis nécessaires pour assurer le succès dans l'actualisation de nos orientations et objectifs.

4.1 Les principes directeurs

Les principes retenus qui guident nos actions dans la gestion de notre programme Dépendances sont les suivants :

Un réseau d'agents autonomes, mais interdépendants

Nous reconnaissons que notre réseau repose sur la collaboration de partenaires qui exercent pleinement et librement leur mission. Tous concourent à améliorer la santé de la population. Chacun doit s'inscrire dans une dynamique de réseau qui implique des collaborations et des interfaces intégrées.

Des cibles d'action et de stratégies définies

Les actions que nous devons mener sont balisées par les orientations ministérielles, mais également par notre contexte régional et nos capacités en tant qu'établissements de répondre aux besoins identifiés chez notre population. Ces actions s'accomplissent à travers des stratégies que nous identifions collectivement comme étant pertinentes, efficaces et réalistes.

Un nombre limité d'objectifs d'amélioration à chaque palier du réseau

Devant la grande variété des mandats dévolue aux établissements et à l'Agence, il faut savoir reconnaître les actions pour lesquelles nous avons les meilleures conditions pour assurer leur réussite. En nous limitant dans nos choix et nos priorisations, nous évitons ainsi la dispersion de nos efforts.

Des collaborations qui font l'objet de suivi

La réalisation de nos objectifs ne peut se faire que si nous exerçons un suivi rigoureux de leur implication. Ce n'est qu'à travers la participation des partenaires que nous pouvons exercer une vigilance des moyens que nous nous serons donnés pour l'atteinte de nos objectifs.

4.2 Les balises cliniques¹⁵

Selon le Ministère, cinq balises cliniques caractérisent l'offre de service du programme Dépendances.

¹⁵ Cette section est tirée du document « Unis dans l'action, offre de service 2007-2012 »

Une intervention adaptée

L'offre doit être conçue en fonction des besoins des personnes et des communautés. Elle détermine les causes et propose des solutions de rechange à la consommation problématique tout en agissant sur les conditions de vie.

Une responsabilité individuelle

L'offre mise sur la capacité des personnes à se responsabiliser par rapport à leur vie et à leur santé, à prendre des décisions éclairées et à exercer davantage de contrôle sur leur vie. Elle privilégie les interventions qui mettent à contribution les aptitudes individuelles et qui encouragent l'autonomie des personnes.

Une responsabilité collective

La responsabilité de prévenir les dépendances, de réduire les risques et d'atténuer les conséquences nous concerne tous, socialement et collectivement.

Des actions fondées sur la connaissance et l'expérience

L'offre adapte une approche contemporaine fondée sur les connaissances actuelles des manifestations et des modes de consommation et sur l'analyse la plus objective possible des risques et des conséquences (à cet effet, voir à l'annexe III les guides de pratique publiés par l'Association des centres de réadaptation en dépendances du Québec [ACRDQ]).

La concertation comme fer de lance de l'action

L'offre veut lutter contre les dépendances, et l'atteinte de ses objectifs exige un effort concerté de la part de tous les partenaires.

4.3 Les orientations et les objectifs du programme Dépendances

Comme nous le mentionnions plus tôt, le choix des orientations et des objectifs du programme Dépendances de la région doit être cohérent avec les positions prises par le Ministère et l'Agence, tout en tenant compte de l'état de situation du déploiement actuel de nos services à la population.

Ainsi, à partir de la nomenclature des services égayée dans l'Offre de service ministérielle¹⁶, des orientations retenues dans le plan stratégique régional 2010-2015¹⁷ et de nos constats sur les écarts de services observés dans notre réseau d'établissements, nous choisissons de reprendre à notre compte trois des orientations identifiées par la région à travers le plan stratégique régional et d'y identifier les objectifs que nous estimons essentiels de réaliser d'ici 2015. Précisons que la quatrième orientation du plan d'action régional concernant la synergie ne s'applique pas, selon nous, puisque le programme-services Dépendances est à construire plutôt qu'à optimiser!

¹⁶ Unis dans l'action, Offre de service 2007-2012, MSSS 2007

¹⁷ Plan stratégique régional 2010-2015, Agence de la santé et des services sociaux de la région des Laurentides

ORIENTATION RÉGIONALE :
Consolider les services de première ligne en tenant compte
de la hiérarchisation des services et des disparités régionales

OBJECTIF	MOYENS	INDICATEURS	CIBLES RÉGIONALES
1. Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendances à des services de première ligne en toxicomanie et jeu pathologique		Nombre de jeunes et d'adultes à risque d'abus ou de dépendances ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de première ligne offerts par le CSSS	Augmentation de 5 % d'ici 2015
	Accentuer la détection notamment dans les écoles et auprès des clientèles à risque	Nombre d'écoles secondaires où la détection est formalisée	Augmentation des mécanismes de liaison dans les écoles secondaires d'ici 2015
	Assurer la fonction d'intervenant pivot dans tous les CSSS	% d'établissements qui disposent d'un intervenant pivot	100 % d'ici 2015
	Offrir des activités d'intervention précoce dans tous les CSSS	% d'établissements qui utilisent l'approche motivationnelle	100 % des établissements d'ici 2015
		% d'établissements qui offrent les activités d'Alcochoix+	100 % des établissements d'ici 2015
		Nombre d'outils cliniques à la disposition des établissements pour desservir la clientèle à risque (code jaune)	Outils cliniques répertoriés et diffusés aux établissements

ORIENTATION RÉGIONALE :
Améliorer l'accès aux services aux clientèles vulnérables
là où l'on constate des problématiques prioritaires d'accès

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS	CIBLES RÉGIONALES
1. Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins		% des personnes qui sont évaluées en CRD dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	80 % des personnes d'ici 2015
	Finaliser et évaluer les ententes de service entre les CSSS et le CRD	% des CSSS ayant conclu une entente de service avec le CRD	100 % des CSSS d'ici 2014
		% des CSSS ayant évalué leur entente de service avec le CRD	100 % des CSSS d'ici 2015
	Évaluer l'entente de service entre le CRD et le CRDP Le Bouclier	Entente CRD-CRDP évaluée	Entente CRD-CRDP évaluée d'ici 2015
	Évaluer l'entente de service entre le CRD et le Centre jeunesse	Entente CRD-CJL évaluée	Entente CRD-CJL évaluée d'ici 2015
	Implanter des modalités de liaison dépendances dans toutes les urgences qui n'ont pas d'équipes de liaison	% des CSSS avec mission hospitalière qui ont des modalités de liaison avec le CRD	100 % des CSSS avec mission hospitalière d'ici 2015
2. Assurer aux adultes toxicomanes un service de désintoxication avec un hébergement 24h/7 j	Transformer la ressource intermédiaire de 19 lits actuellement en place afin d'offrir un programme de traitement de 24 lits assurant un service 24h/7 j	Programme de traitement avec hébergement de 24 lits implanté	Implantation d'ici 2013
3. Assurer l'autosuffisance régionale en matière de service de traitement avec hébergement pour les jeunes	Implanter une ressource de traitement avec hébergement 24h/7 j de 10 places pour les jeunes	Ressource implantée	Implantation d'ici 2014
		% des jeunes desservis dans la région	90 % d'ici 2015

ORIENTATION RÉGIONALE :
**Faire en sorte que la région devienne un milieu de travail hautement valorisé
pour le personnel œuvrant dans le réseau**

OBJECTIFS	MOYENS	INDICATEURS	CIBLES RÉGIONALES
1. Assurer une main-d'œuvre qualifiée en dépendances dans les établissements	Formation de 1re ligne pour les intervenants et les gestionnaires	Nombre de sessions de formation données Nombre d'intervenants formés	Formations locales offertes
		Nombre de gestionnaires formés	Gestionnaires formés dans chaque CSSS
	Formation sur l'approche motivationnelle	Nombre d'intervenants formés	Formations locales offertes
	Formation au personnel de l'urgence hospitalière	Nombre d'intervenants psychosociaux et d'infirmières formés Nombre de médecins formés	Formation régionale offerte
2. Assurer une autonomie régionale de l'offre de formation en dépendances	Formation de formateurs régionaux et locaux	Nombre de formateurs en CSSS et en CRD offrant la formation de base	2 formateurs par CSSS à l'hiver 2012 2 formateurs au CRD à l'hiver 2012
		Nombre de formateurs en CSSS et en CRD offrant la formation sur l'approche motivationnelle	2 formateurs par CSSS à l'automne 2012 2 formateurs au CRD à l'automne 2012
		Nombre de formateurs en CSSS et en CRD offrant la formation Alcochoix+	Des formateurs d'ici 2015
		Nombre de formateurs régionaux pour le GAIN	Des formateurs d'ici 2013

4.4 Les conditions de réussite

Des répondants du programme Dépendances

Ce sont des personnes désignées par les établissements et l'Agence qui sont responsables pour leur établissement de la programmation, de l'organisation et de l'évaluation des services en dépendances. Cette personne désignée par la direction générale occupe une fonction qui lui permet d'engager son établissement dans les choix favorisés par la région

Le comité de coordination réseau du programme Dépendances

Cette instance, sous la responsabilité du comité de gestion réseau (CGR) a pour mandat de :

- S'assurer de la cohérence du développement du réseau de services pour les personnes présentant des problèmes de dépendances;
- Collaborer à la mise en œuvre du plan stratégique 2010-2015 de la région;
- Favoriser la concertation dans l'atteinte des objectifs des ententes de gestion;
- Contribuer au développement et au suivi des ententes de service et de collaboration;
- Soutenir la mise en œuvre des orientations relatives à l'offre de service soumise par le Ministère.

Les ententes de service

Il s'agit d'une entente de partenariat convenu entre deux organisations qui convient des rôles et responsabilités de chacun d'eux quant aux services dispensés à la clientèle. En identifiant la contribution de chacune des parties, l'entente doit prévoir un mécanisme d'évaluation pour suivre son application.

Les systèmes d'information clientèle

Chaque établissement dispose d'un ou plusieurs systèmes d'information clientèle qui lui permettent de mesurer sa capacité à offrir des services. De plus, les données recueillies permettent de suivre les impacts des décisions prises par les administrations. Afin de mesurer l'actualisation des orientations régionales, nous identifions des indicateurs pour chacun des établissements (Il sera nécessaire de faire une validation auprès des pilotes I-CLSC et SIC-SRD).

Pour les CSSS :

- Nombre de jeunes, d'adultes et de joueurs pathologiques détectés au CSSS à l'aide d'un outil de détection;
- Nombre de jeunes, d'adultes et de joueurs pathologiques ayant bénéficié d'une intervention brève (entretien motivationnel, Alcochoix);
- Nombre de jeunes, d'adultes et de joueurs pathologiques référés au CRD (code rouge);
- Nombre de personnes ayant participé à l'activité Alcochoix;
- Nombre de personnes référées par l'urgence à l'infirmière de liaison spécialisée en dépendances;
- Durée moyenne de séjour de la clientèle en dépendances dans les urgences.

Pour les CRD :

- Nombre de jeunes, d'adultes et de joueurs pathologiques détectés au CRD à l'aide d'un outil de détection;
- Nombre de jeunes, d'adultes et de joueurs pathologiques admis en ressource intermédiaire;
- Nombre de personnes suivies au service de traitement de substitution;
- Nombre de personnes de l'entourage du joueur pathologique rencontrées;
- % des personnes qui sont évaluées en CRD dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins.

L'intervenant pivot en CSSS

La création au sein de chaque CSSS d'un intervenant pivot vise trois objectifs :

- Améliorer l'accessibilité aux services offerts à la clientèle à risque d'abus ou de dépendances;
- Favoriser la continuité des services entre le CSSS et le CRD;
- Exercer un rôle de consultant (leadership clinique) auprès de ses collègues.

La formation réseau

Afin d'offrir des services de qualité à la fine pointe des développements en matière de lutte à la dépendance, nous devons nous assurer de la compétence de nos intervenants et l'adoption des meilleures pratiques par les établissements de la région. Pour ce faire, le Centre André-Boudreau a la responsabilité de former et de soutenir les intervenants de la première ligne en étant le promoteur du développement de l'expertise régionale en dépendances. De plus, le MSSS élabore un plan de formation qui doit faire l'objet d'une intégration dans le plan de développement des ressources humaines (PDRH) de chacun des CSSS.

Le plan de communication

Le plan de communication doit soutenir l'actualisation des orientations stratégiques en participant à démystifier les problèmes de dépendances, en motivant le choix des actions et des interventions priorisées en région et en procédant à la promotion des services offerts à la clientèle.

Un financement suffisant

Compte tenu du contexte de sous-financement du programme-services Dépendances dans la région des Laurentides, la réalisation des objectifs doit se faire par l'octroi de budgets ciblés.

Conclusion

CONCLUSION

Les orientations régionales énoncées dans ce document ont pour but de mobiliser les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides sur l'importance à accorder à lutter contre les dépendances. D'abord, en renforçant la gouvernance du programme dépendances selon l'offre de service établie par le Ministère. Ensuite, en participant activement à la réalisation de nos objectifs d'ici 2015.

Enfin, nous devons avoir le souci de nous assurer de la diffusion et de l'appropriation de nos orientations et nos objectifs afin de développer une vision commune dans la région en matière de dépendances. Il nous reste maintenant à proposer un plan de mise en œuvre pour le déploiement de nos priorités.

Références

Des réseaux responsables de leur population – Moderniser la gestion et la gouvernance en santé, Denis A. Roy, Eric Litvak, Fred Paccaud, Édition Le Point en administration de la santé et des services sociaux, 2010.

Enquête ENHJEU-QUÉBEC – Portrait du jeu au Québec : Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans, Sylvia Kairouz et Louise Nadeau, Université Concordia, 2011.

L'architecture des services de santé et des services sociaux, Les programmes services et les programmes-soutien, MSSS, 2004.

Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Résumé), MSSS 2004.

L'intégration des services de santé et des services sociaux – Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, MSSS, 2004.

Le Bien-fondé de la programmation du Centre André-Boudreau, Direction générale du Centre André-Boudreau, 2006.

Produire la santé - Plan d'action régional de santé publique 2010-2015 – Région des Laurentides, Direction de santé publique des Laurentides, 2010.

Unis dans l'action. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services Dépendances – Offre de service 2007-2012, MSSS, 2007.

Les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique. TREMBLAY, Joël [et al.], Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, Montréal, 2004.

Unis dans l'action. Guide d'implantation d'une équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence, MSSS, 2008.

Élaboration des projets cliniques et organisationnels : document de soutien, Agence des Laurentides, 2005.

Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens, MSSS, 2005.

Mode d'allocation des ressources 2011-2012, MSSS, Direction de l'allocation des ressources, 2011.

ANNEXE I

CALCUL DE L'INDICATEUR POUR L'ALLOCATION 2011-2012

(Section reproduite du document *Mode d'allocation des ressources 2011-2012*)

L'indicateur global de besoins retenu pour les toxicomanes est composé de deux sous-indicateurs : le taux d'individus alcooliques et toxicomanes hospitalisés (TIATH) et l'indicateur sur le jeu pathologique.

A) Alcool, drogues illicites et médicaments

En l'absence de données spécifiques sur les taux de prévalence régionaux, on a eu recours à de l'information portant sur les problématiques de dépendances et sur les impacts qui y sont associés. Dans *Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec*¹⁸, on indique que les coûts directs et indirects engendrés par la toxicomanie sont variés (le sida-VIH, l'hépatite, l'itinérance, le suicide, les troubles de santé mentale, le décrochage scolaire et la négligence parentale) et que les problèmes qui y sont reliés sont multiples (les soins de santé, la justice, la recherche et la prévention, les maladies, la mortalité prématurée et le suicide).

Ces coûts et ces problèmes sont des « signaux » intéressants associés aux situations de dépendances tant régionales que provinciales. On les a documentés à partir de banques de données comme Med-Écho sur les hospitalisations, d'indices comme celui de la défavorisation et de rapports statistiques comme ceux des centres de réadaptation. On a testé plusieurs indicateurs de dépendances extraits de ces sources d'information; on a procédé par élimination et regroupé quelques variables qui expliquent significativement les variations de besoins en dépendances des territoires de CLSC dans les différentes régions.

Taux de mortalité des moins de 65 ans

Il s'agit du taux de mortalité avant 65 ans par 1 000 habitants qui a été ajusté pour l'âge et exclut les accidents de transport pour les années 2002 à 2006. Le nombre de décès et d'années de vie perdues reliés à des facteurs comme l'alcool est important. En 2002, au Canada¹⁹, c'est respectivement de 8 103 et de 19 113.

Les régions au Québec ayant des taux relativement élevés sont : la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (2,4), le Bas-Saint-Laurent (2,1), la Mauricie et Centre-du-Québec (2,1) et le Saguenay-Lac-Saint-Jean (2,1).

Taux de suicide

Notre seconde variable concerne le taux de suicide par 100 000 habitants pour les années 2002 à 2006. Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie publiait un avis²⁰ sur cette question en 1998, où l'on soulignait que les troubles reliés aux substances psychoactives sont présents dans le cas de suicide dans une proportion variant entre 30 et 50 % selon les études; en ajoutant les cas d'intoxication aiguë, le taux va au-delà du 50 %.

18 Comité permanent de lutte à la toxicomanie, *Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec 1995-1999*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1999.

19 J. Rhen, *Survivance des bienfaits et méfaits de la consommation d'alcool – incidences sur les politiques de prévention au Canada*, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, Canada, 2006.

20 Comité permanent de lutte à la toxicomanie. *Avis sur le suicide et la toxicomanie*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1998

Les régions les plus affectées sont : la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (24,9), le Bas-Saint-Laurent (24,2), la Mauricie et le Centre-du-Québec (23,8), l'Abitibi-Témiscamingue (22,4), Chaudière-Appalaches (22,4). Il faut aussi noter les taux relativement très faibles de Laval (11,4) et Montréal (12,3).

Taux de personnes vivant seules âgées de 18 à 65 ans

L'isolement affectif et social est souvent un facteur qui agit dans le développement de la toxicomanie, comme le précise l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ)²¹. La proportion de personnes vivant seules de 18 à 65 ans, du recensement de 2006, apparaît comme une mesure très partielle du sentiment de solitude. Pourtant, cet indicateur est suffisamment corrélé avec les problématiques de dépendances pour qu'il soit intégré dans nos variables indépendantes.

La région de Montréal (17 %) a un taux de personnes seules nettement au-dessus de la moyenne provinciale (13 %) alors que pour la région de Laval, le taux est beaucoup plus bas (9 %).

Variables dichotomiques

Deux variables ont été ajoutées pour tenir compte de phénomènes plus étroitement associés à la dépendance. Elles sont dichotomiques, c'est-à-dire qu'elles sont égales à 1 si le phénomène est présent et à 0 s'il est absent. Il s'agit de :

- La double problématique « très pauvre et dépendant » qui concerne plus les territoires de CLSC pauvres de Montréal et de Québec;
- La présence d'Autochtones représentant plus de 15 % de la population d'un territoire de CLSC, soit les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Taux d'individus alcooliques et toxicomanes hospitalisés (variable dépendante)

Bien qu'on ait les moyens de caractériser les régions selon leurs « signaux » de dépendances, il manque une mesure globale de besoins exprimés pour ces problématiques. En l'absence d'un répertoire des interventions demandées par la communauté en problème, les interventions effectuées par les centres hospitaliers auprès de la clientèle toxicomane fournissent une image des proportions des clientèles qui demandent une intervention. La mesure retenue concerne le TIATH calculé à partir de la banque de données Med-Écho. Il s'agit du taux moyen des années 2004 à 2007 pour les hospitalisations de trois jours ou plus avec un diagnostic principal ou secondaire de toxicomanie relié à l'alcool, à la drogue ou aux médicaments.

L'analyse des résultats a permis de constater que le TIATH prévu pour chaque région synthétise bien les problématiques observées dans chaque région²². Les variables les plus significatives dans la détermination des besoins régionaux sont le taux de mortalité, le taux de suicide et la présence d'individus fortement affectés par la double problématique de pauvreté et de dépendances.

21 Site internet de l'Association des médecins psychiatres du Québec : http://www.ampq.org/3/milieu_invites.phtml, section info-maladie.

22 Coefficient de détermination [R carré] de 0.82 pour la régression suivante : $TIATH = -0.83 + [1,09 * \text{taux de suicide}] + [2,33 * \text{Pauvre et dépendant}] + [2,32 * \text{personnes seules}] + 2,80 * \text{taux de mortalité avant 65 ans} + (0,84 * \text{Autochtone})$.

B) Jeu pathologique

L'indicateur du jeu pathologique proposé est basé sur des taux de probabilité estimés selon les tranches d'âge/sexe, appliqués à la structure démographique des régions. Il tient pour acquis que les profils de consommation régionaux diffèrent uniquement selon la structure démographique.

Probabilité d'avoir une dépendance au jeu pathologique (en %)		
Groupe d'âge	Hommes	Femmes
15 à 24 ans	2,46	1,03
25 à 64 ans	2,05	1,43
65 ans et plus	0,71	0,71

On peut supposer que les occasions de jeu ne sont pas uniformément réparties au plan géographique. Les casinos, par exemple, se trouvent dans ou à proximité des grands centres. Les appareils de loterie vidéo (ALV), qui constituent la forme de jeu qui crée le plus de dépendance²³, ne sont pas également distribués dans les diverses régions du Québec. Or, le nombre d'ALV par habitant au Québec peut aller, selon les régions, du simple au double. C'est donc dire que l'accessibilité des occasions de jeu peut varier beaucoup selon les régions. Il n'y a aucune source permettant de quantifier, de façon causale ou statistique, la relation entre la disponibilité immédiate d'occasions de jeu et la probabilité de dépendance.

Dans l'état actuel des statistiques disponibles, l'application des probabilités de dépendance à la structure démographique des régions constitue l'indicateur le plus valable. Les données sont fondées sur l'ESCC – cycle 2.1, réalisée en 2002, enquête transversale de Statistique Canada visant à recueillir des renseignements sur l'état, l'utilisation et les déterminants de la santé de la population canadienne. Pour le cycle 4.1 (2007-2008), l'ESCC a un module sur le jeu pathologique dans son contenu optionnel de dix minutes au Québec. Lorsque les données de cette enquête seront disponibles, la possibilité de modifier l'indicateur de besoins du jeu pathologique avec de nouveaux taux de probabilité régionaux sera évaluée.

C) Indicateur global

Les sous-indicateurs précédents ont été intégrés en accordant à chacun un poids établi en fonction de la proportion approximative de chacune des substances dont les personnes traitées en centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) sont dépendantes²⁴ : 80 % pour le TIATH (alcool [39,4 %], drogues [39,4 %] et médicaments [1,2 %] et 20 % pour le jeu pathologique.

23 Parmi les joueurs qui s'inscrivent à un traitement, 81 % éprouvent un problème avec les ALV (Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002, Chevalier et autres, 2004).

24 La prévalence pour l'abus et la dépendance à l'alcool et aux drogues est de 5,2 % selon l'article « One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age » paru dans le *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 41, novembre 1996. Pour le jeu pathologique, le taux de prévalence est de 1,6 % selon l'étude *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*, Université de Laval et Institut national de santé publique du Québec, 2004. De ce 1,6 %, il faut soustraire les joueurs qui ont un problème concomitant d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues. Selon cette étude, ces derniers représentent 19,5 % des joueurs à risque et des joueurs pathologiques. Donc, le taux de prévalence à utiliser dans le calcul de la pondération est égal à : $1,6 \% \times (1 - 0,195) = 1,3 \%$

INDICATEUR GLOBAL DE BESOINS EN DÉPENDANCES 2011-2012			
	Sous-indicateur		
Région	TIATH	JEU PATHOLOGIQUE	GLOBAL
RSS 01 Bas-Saint-Laurent	115,1	97,7	111,6
RSS 02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	113,5	99,1	110,6
RSS 03 Capitale Nationale	112,9	99,1	110,1
RSS 04 Mauricie et Centre-du-Québec	121,5	98,1	116,8
RSS 05 Estrie	105,9	99,0	104,5
RSS 06 Montréal	97,5	100,3	98,1
RSS 07 Outaouais	103,9	102,2	103,6
RSS 08 Abitibi-Témiscaminque	127,1	100,8	121,9
RSS 09 Côte-Nord	135,8	101,4	128,9
RSS 11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	139,4	97,1	131,0
RSS 12 Chaudière-Appalaches	99,7	99,7	99,7
RSS 13 Laval	70,3	99,6	76,2
RSS 14 Lanaudière	96,8	101,1	97,6
RSS 15 Laurentides	94,3	100,9	95,6
RSS 16 Montérégie	85,1	100,4	88,2
PONDÉRATION	80 %	20 %	100 %

ANNEXE II

DESCRIPTION SOMMAIRE DE LA GAMME DE SERVICES DU PROGRAMME DÉPENDANCES (MSSS)

Détection et orientation vers des services appropriés

Responsabilité : CSSS

Description du service :

Les CSSS doivent favoriser la détection des problèmes de toxicomanie et de jeu pathologique des personnes qui sont jointes par leurs services généraux et par les programmes services. Les personnes présentant des comportements à risque ou des problèmes de dépendances seront dirigées vers le service ou l'établissement le mieux adapté à leurs besoins.

Intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation

Responsabilité : CSSS

Description du service :

L'intervention précoce se caractérise par des services d'aide et de soutien individuel, familial ou de groupe qui sont offerts aux personnes qui présentent des risques d'éprouver un problème de dépendance. Le but est de prévenir la détérioration de la situation et de réduire les conséquences associées au maintien des comportements problématiques. Elle permet aussi d'éviter le recours à des services spécialisés. Le counseling, les programmes de consommation contrôlée de type Alcochoix+ et d'autres programmes basés sur l'approche motivationnelle font partie des méthodes thérapeutiques utilisées.

Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé

Responsabilité : CSSS

Description du service :

Ce service vise à offrir un soutien et un suivi psychosocial à la personne au terme d'un traitement spécialisé. Ce service d'aide et de soutien individuel ou de groupe est offert aux personnes qui ont un besoin d'accompagnement et de soutien ponctuel pour atteindre leurs objectifs de réinsertion. Le but est de consolider les acquis du traitement, de réduire les risques de rechute et de faciliter le retour dans la communauté. Il permet aussi d'éviter le recours à des services spécialisés.

Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone

Responsabilité : CSSS

Description du service :

Ce service offre un suivi médical et pharmaceutique ainsi que l'accès à des services psychosociaux aux personnes au terme d'un traitement spécialisé de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution. Ce service d'aide et de soutien individuel ou de groupe est offert aux personnes qui ont un besoin d'accompagnement et de soutien ponctuel pour mener à terme leurs objectifs de réinsertion. Le but est de consolider les acquis du traitement spécialisé, de réduire les risques de rechute et de faciliter le retour dans la communauté. Il permet aussi d'éviter le recours à des services spécialisés, libérant ainsi des places pour des toxicomanes en attente de services spécialisés. Le service doit également favoriser le développement des habiletés nécessaires pour le maintien des comportements de sobriété ou de consommation réduite d'autres types de psychotropes. Les traitements

spécialisés soutenus par une médication de substitution sont une approche appropriée aux besoins de certains toxicomanes. Ils permettent aux usagers de cesser de consommer des opioïdes et, pour les adeptes de l'injection, d'en cesser la pratique. Le traitement à la méthadone facilite notamment la réadaptation et la réinsertion, permet de diriger les personnes vers les services psychosociaux ou sanitaires appropriés et, conséquemment, réduit la propagation du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite C (VHC) et d'autres agents infectieux (réduction des méfaits).

Désintoxication externe et interne et suivi psychosocial

Responsabilité : CSSS

Description du service :

Les services de désintoxication sont offerts par différentes ressources selon les besoins et l'état de santé de la personne. Le choix de la ressource repose sur une évaluation médicale qui précise le niveau de soins exigé et indique les pathologies psychiatriques en relation avec la toxicomanie. La désintoxication amène à un arrêt de la consommation ou à un sevrage suivi d'une récupération physique et psychologique. La désintoxication précède le processus de réadaptation et y prépare la personne. La durée du traitement et le type d'encadrement nécessaire varient selon l'histoire d'intoxication, son intensité, les quantités et les types de substances psychoactives utilisées. Ils varient aussi en fonction des pathologies médicopsychiatriques ou psychologiques associées. Les CSSS offrent des services externes de désintoxication sans soins intensifs et des services internes de désintoxication en milieu hospitalier.

Programme régional d'évaluation spécialisée

Responsabilité : CRD

Description du service :

Un programme régional d'évaluation spécialisée permet l'accueil, l'évaluation et l'orientation des adultes et des jeunes qui nécessitent des services spécialisés en dépendances. Dans le cadre de ce programme, on offre également des activités de soutien et de maintien de la motivation aux personnes qui doivent attendre leur entrée dans le programme de réadaptation vers lequel elles ont été orientées. L'évaluation spécialisée établit la gravité de la consommation ou des comportements d'une personne toxicomane ou d'une personne qui s'adonne aux jeux de hasard et d'argent. Elle s'effectue au moyen d'outils validés et standardisés. Les résultats de l'évaluation deviennent la matrice servant à l'établissement du plan d'intervention. L'évaluation tient compte des différentes sphères de vie de la personne, telles que la situation de consommation (alcool, drogues) ou de jeu, l'état de santé physique, l'état psychologique, le contexte relationnel, social et familial, la situation d'emploi ou scolaire, les ressources de même que la situation judiciaire.

Réadaptation externe et interne

Responsabilité : CRD

Description du service :

Les CRD sont responsables des services de réadaptation en externe et avec hébergement et aussi du traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution. Ils offrent des services adaptés aux besoins de la clientèle ainsi qu'à l'intensité des soins requis par son état durant une période donnée. Plusieurs niveaux de service de réadaptation sont offerts, que ce soit en groupe ou en individuel. Ces niveaux sont ceux déterminés par l'*American Society of Addiction Medicine* ('ASAM) :

Niveau 1 : Traitement externe de moins de neuf heures par semaine.

Niveau 2 : Traitement externe intensif de neuf heures et plus par semaine.

Niveau 3 : Traitement interne intensif.

Réinsertion sociale

Responsabilité : CRD

Description du service :

Les services spécialisés de réinsertion sociale et ceux de réadaptation en alcoolisme sont intimement liés. Les programmes de réinsertion visent à soutenir les personnes dépendantes dans leur réapprentissage de la vie en société. Il s'agit d'un processus inévitable pour bon nombre d'usagers. Il mise sur plusieurs stratégies, notamment sur l'acquisition par les individus d'autonomie et de connaissances à travers les études, le travail et le renforcement de leurs réseaux d'appartenance. Les services de réinsertion sont offerts de façon individuelle ou en groupe. Ils se résument parfois à une intervention auprès du réseau ou de la personne. Les services de réinsertion sont occasionnellement offerts avec hébergement, selon les besoins de l'individu.

Désintoxication externe intensive et désintoxication avec hébergement

Responsabilité : CRD

Description du service :

Les services de désintoxication doivent être offerts à certains usagers présentant des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie en fonction de leurs besoins associés au sevrage. Le niveau de soins offerts ou, dit autrement, le choix de la ressource prestataire de soins, dépend de la gravité anticipée du sevrage. Cette dernière est déterminée par l'importance de la consommation antérieure, les produits ingérés et le degré d'adaptation du système nerveux central. La gamme de services de désintoxication pouvant être nécessaires est définie par l'ASAM. La durée du traitement et le type d'encadrement nécessaire varient selon l'histoire d'intoxication, son intensité, les quantités et les types de substances psychoactives utilisées. Ils varient aussi en fonction des pathologies médicopsychiatriques ou psychologiques associées.

Soutien à l'entourage

Responsabilité : CRD

Description du service :

Les CRD sont responsables d'offrir des services d'aide et de soutien à l'entourage des personnes dépendantes. Les services consistent en une aide structurée, axée sur l'accompagnement de l'entourage de la personne qui présente des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique. L'aide peut être personnalisée selon les besoins de l'entourage. Elle inclut les thérapies individuelles, de groupe, conjugales ou familiales et des ateliers thématiques.

Intervention de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos et les salons de jeux

Description du service :

Les agences des régions concernées sont responsables de désigner une ressource pour offrir le programme d'intervention en situation de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos et les salons de jeux. Les services d'intervention contribuent à prévenir les conséquences les plus graves des crises en désamorçant la situation et en adressant les personnes à la ressource appropriée pour leur venir en aide dans leur localité ou région de résidence.

Équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence

Responsabilité : CRD

Description du service :

L'implantation d'une équipe de liaison par un CRD se fait dans un centre hospitalier et, plus étroitement, dans son service d'urgence. Par conséquent, l'équipe médicale et clinique du centre hospitalier représente un partenaire important pour l'équipe de liaison du CRD. L'engagement de l'équipe de liaison consiste à répondre, le plus rapidement possible, aux besoins des personnes, jeunes et adultes, qui se présentent aux différentes urgences (psychiatrique, physique ou pédiatrique) et aux unités de soins, et qui peuvent requérir un service spécialisé en dépendances.

ANNEXE III

PUBLICATIONS CLINIQUES RÉCENTES DE L'ASSOCIATION DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCES DU QUÉBEC

Automne 2011

Les services à l'entourage des personnes dépendantes
Guide de pratique et offre de service de base

Automne 2010

Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les CRD
Guide de pratique et offre de service de base

Octobre 2010

Programme régional d'évaluation spécialisée en dépendances (PRÉS)
Guide réadaptation adultes

Février 2010

Grille d'appariement jeunesse

Décembre 2009

Guide de rédaction, de révision et d'auto-évaluation de programme - jeunesse

Novembre 2009

TDO avec une médication de substitution

Octobre 2009

Les services en jeu pathologique dans les CRD

Février 2009

Ententes de partenariat, formation et dépistage - pour une intervention efficace en matière de troubles concomitants de santé mentale et de dépendances

Octobre 2008

Les services de désintoxication dans les CRD
Meilleures pratiques et offre de service de base dans un contexte de réseau intégré de services

Janvier 2008

Trousse de dépistage d'un trouble mental chez la clientèle présentant un trouble lié à la consommation ou au jeu

Novembre 2006

Intervenir auprès des jeunes dans les CRPAT - pratiques gagnantes et offre de service de base

Novembre 2005

Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux - pour une intervention efficace