A photograph of four apples of different colors (green, yellow, red) arranged in a row on a white lace doily. The background is a blurred green and brown. The text is overlaid on the image.

Orientations régionales en dépendances

Mauricie et Centre-du-Québec

2008-2012

*L'autonomie
c'est pas un péché!*


Orientations régionales en dépendances

Mauricie et Centre-du-Québec

2008-2012

*L'autonomie
c'est pas un péché!*

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Québec 

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

Dépôt légal - 2008
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN 978-2-89340-170-6 (version imprimée)
ISBN 978-2-89340-171-3 (PDF)

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

Document disponible sur notre site Internet : www.agencesss04.qc.ca

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

38^e assemblée du conseil d'administration

Date : 21 mai 2008

Article : CAAD-38-05

Résolution : CAAD-08-13

**RÉSOLUTION relative à la
mise à jour des
orientations régionales en
dépendances 2008-2012**

CONSIDÉRANT la réalisation des actions prévues dans le cadre des Orientations régionales en alcoolisme et toxicomanie de 1999;

CONSIDÉRANT l'évolution observée dans le domaine des dépendances, tant en ce qui a trait aux substances consommées, aux phénomènes en émergence, qu'à l'amélioration des connaissances et de l'expertise en matière de prévention et d'intervention;

CONSIDÉRANT les résultats de la consultation auprès des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels;

CONSIDÉRANT les avis reçus des commissions consultatives régionales, dont la Commission multidisciplinaire régionale, la Commission infirmière régionale, le Département régional de médecine générale et le Comité régional sur les services pharmaceutiques;

CONSIDÉRANT les ajustements apportés au document suite au processus de consultation et aux avis reçus;

CONSIDÉRANT les discussions tenues lors des assemblées plénières du 6 février 2008 et du 7 mai 2008, ainsi que celles tenues lors de la présente rencontre.

IL EST RÉSOLU sur proposition dûment appuyée de :

- 1) d'adopter les Orientations régionales en dépendances 2008-2012 en remplacement des Orientations régionales en alcoolisme et toxicomanie (CARR-99-15)
- 2) de demander au président-directeur général de déposer au conseil d'administration de l'Agence, un rapport de suivi de gestion portant sur l'actualisation du plan de mise en œuvre des mesures prévues dans les orientations.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ.

COPIE CONFORME

Fait à Trois-Rivières
Le 27 mai 2008

Le Secrétaire du conseil d'administration,

ORIGINAL SIGNÉ PAR JEAN-DENIS ALLAIRE

Jean-Denis Allaire,
Président-directeur général



I Membres du comité consultatif

Natacha Brunelle, Université du Québec à Trois-Rivières

Jean-François Bussières, Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l' rable

Geneviève Dessureault, Action toxicomanie Bois-Francs

Jean Dufresne, Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

Mylène Lecours, Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

Réal Lizotte, Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé

Dominique Poirier, Pavillon de l'Assuétude

I Agence de la santé et des services sociaux

Coordination

Marc Lacour, directeur des services sociaux

Rédaction

Mélanie Houle

Mise en page

Carole Germain

I équipe de projet et de soutien à la rédaction

Jean Baril, direction des Services sociaux

Dany Jolicoeur, direction des Services sociaux

Isabelle Pinard, direction des Ressources réseau

Christine Ross, Présidence-direction générale

Manon Toupin, direction de Santé publique

Table des matières



Liste des collaborateurs	5
Principaux sigles utilisés dans le texte.....	8
Contexte de l'élaboration des orientations régionales en dépendances.....	11
Les modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux	11
L'avancement des connaissances en matière d'alcoolisme, de toxicomanie et de jeu pathologique....	11
L'élaboration des orientations et le processus de consultation.....	13
Bilan des orientations régionales en alcoolisme et toxicomanie de 1999	13
L'offre de service adaptée aux besoins de la population	14
L'accessibilité des services.....	14
La qualité des services	15
La concertation et le partenariat	16
La promotion de la santé et la prévention des toxicomanies	17
Le dépistage et l'intervention précoce	18
La désintoxication.....	18
L'hébergement.....	18
Bilan des actions réalisées dans le cadre du programme expérimental sur le jeu pathologique	19
État de situation régional	21
La prévalence de la consommation d'alcool, d'autres drogues et de jeux de hasard et d'argent	21
Les jeunes	21
Les adultes et les aînés.....	23
La consommation chez des clientèles ayant des besoins particuliers	25
Les jeunes en difficulté	25
Les femmes enceintes.....	26
Les autochtones	27
Les personnes ayant des problèmes de santé mentale	27
Les utilisateurs de drogues injectables.....	28
Les services disponibles et le portrait de la clientèle	28
Les services de première ligne.....	28
Les services spécialisés	32
Les services complémentaires dans les organismes communautaires.....	34

Les ressources financières	37
Les constats.....	38
Orientations régionales en dépendances 2008-2012	
Les principes directeurs	38
Une intervention adaptée.....	38
Une responsabilité individuelle	39
Une responsabilité collective	39
Des actions fondées sur la connaissance et l'expérience	39
La concertation, condition essentielle.....	40
Les priorités proposées.....	40
L'accessibilité.....	40
La continuité	40
La qualité	41
Stratégies d'action	41
Orientations liées à l'accessibilité	41
Orientations liées à la continuité.....	42
Orientations liées à la qualité.....	43
Bibliographie	48
Annexe 1.....	51

Principaux sigles utilisés dans le texte



ACEF	Association coopérative d'économie familiale
CCLAT	Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
CGAD	Système de gestion de clients avec dépendances
CH	Centre hospitalier
CQEPTJ	Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu pathologique
CRPAT	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (dans la région, le CRPAT est Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec)
CS	Commission scolaire
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
JHA	Jeux de hasard et d'argent
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
SAF	Syndrome d'alcoolisme foetal
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
TDAH	Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
UDI	Utilisateur de drogues injectables
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
VHC	Virus hépatite C
VIH	Virus immunodéficience humaine



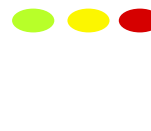
Au cours des dernières années, de nombreux efforts ont été déployés dans la région afin de prévenir, de limiter, de réduire et de traiter les problèmes associés aux dépendances. En effet, plusieurs travaux et initiatives ont permis d'approfondir nos connaissances quant à la problématique et ses conséquences. Les partenaires se sont donnés un langage et des outils communs. Des services ont également été mis en place afin de répondre aux besoins des personnes dépendantes et de leur entourage. Toutefois, force est de constater qu'en dépit de ces avancées importantes, le phénomène des dépendances demeure préoccupant tant par les répercussions qu'elles entraînent chez la personne aux prises avec cette problématique que celles qu'elles occasionnent à leur entourage et à la communauté. Nous devons donc unir nos forces afin d'améliorer nos actions et adapter nos services aux besoins de la population en matière de dépendances.

Les orientations régionales en dépendances proposent de relever ce défi. Les actions priorisées touchent l'ensemble du continuum. Elles reposent sur une grande détermination à faire mieux. On y insiste sur l'importance de la concertation, la rigueur, l'efficacité, la responsabilité, l'imputabilité et l'amélioration de la mesure de nos résultats.

Signalons que de ces orientations se distinguent deux grandes tendances. D'une part, le renforcement des actions en amont de la problématique afin de la prévenir et d'intervenir précocement auprès de la population et des personnes à risque. D'autre part, l'intention de rejoindre et de mieux intervenir auprès des personnes ayant des problématiques particulières, les personnes à grande vulnérabilité et celles qui sont aux prises avec des difficultés sévères.

Après avoir présenté une brève mise en contexte de l'élaboration des orientations régionales en dépendances, le document présente le bilan des orientations régionales en alcoolisme et toxicomanie de 1999 et des actions réalisées dans le cadre du plan d'action régional sur le jeu pathologique. Il dresse ensuite le portrait des ressources dont dispose la région ainsi que des utilisateurs qui reçoivent les services. Des informations concernant la prévalence de la consommation et des habitudes de jeux chez différentes clientèles sont présentées. Enfin, sont définies les 11 orientations ainsi que les 44 stratégies d'actions qui ont été retenues en matière de dépendances pour les cinq prochaines années.

Contexte de l'élaboration des orientations régionales en dépendances



En mars 1999, le Conseil d'administration de la Régie régionale adoptait *Les orientations régionales en alcoolisme et toxicomanie*. Celles-ci visaient à implanter sur l'ensemble du territoire, un continuum de services ayant pour objectifs l'accessibilité et la qualité, et ce, en collaboration avec les partenaires intersectoriel et intrasectoriel.

La très grande majorité des mesures proposées dans les orientations de 1999 ont été réalisées ou sont sur le point de l'être. De plus, depuis l'adoption de ces orientations, différents éléments nouveaux sont venus modifier l'environnement et teinter la réalisation des actions.

Les modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux



Tout d'abord, signalons qu'en décembre 2003, la loi 25 a conduit à la création d'un nouveau modèle d'organisation de services. Visant à pallier aux difficultés liées à l'accessibilité, à la continuité et à la coordination des services, elle a entraîné la mise en place de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Sous la responsabilité des CSSS, ce modèle repose sur l'existence, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services de première ligne et sur la mise en place de mécanismes de liaison et de suivi assurant ainsi l'accès aux services de deuxième et de troisième ligne¹. Cette loi a introduit deux notions importantes qui sont à la base de l'organisation des services, soit la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.

L'avancement des connaissances en matière d'alcoolisme, de toxicomanie et de jeu pathologique



Sur le plan provincial, le MSSS a publié plusieurs ouvrages visant à orienter et structurer les actions en matière d'alcoolisme et de toxicomanie, dont :

- *Pour une approche pragmatique en prévention des toxicomanies (1999)*
- *Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie (2002)*
- *Cadre normatif pour les organismes communautaires offrant de l'hébergement (2002)*
- *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien. (2004)*
- *Unis dans l'action : Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 (2006)*

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007). *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*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec. 55p

- *Unis dans l'action : Plan d'intervention sur la méthamphétamine et les autres drogues de synthèse*
- *Unis dans l'action : Cadre de référence et guide de bonnes pratiques pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution (2006)*
- *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.*

En plus de clarifier différents concepts associés à la promotion de la santé, à la prévention et à la détection des problèmes de consommation, ces ouvrages identifient des clientèles vulnérables comme étant prioritaires.

En parallèle, le MSSS lançait en 2002, le *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005*. Par cette initiative, le programme expérimental sur le jeu pathologique voyait le jour dans l'ensemble du Québec.

L'évolution dans le domaine des dépendances s'est également fait sentir au niveau régional. Les responsabilités régionales en matière de jeu pathologique se sont greffées à l'actualisation des orientations en alcoolisme et toxicomanie, ceci afin de développer une vision globale et intégrée des dépendances.

Signalons que dans le cadre de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, un modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Mauricie et au Centre-du-Québec² a été adopté. Des travaux ont également permis d'établir des balises relativement à la hiérarchisation des services et au partage des responsabilités des établissements de la région³. Ils ont de plus entraîné l'adoption d'un panier de services en dépendances dont le déploiement est actuellement en cours dans tous les CSSS⁴.

Finalement, la région peut être fière d'avoir sur son territoire depuis octobre 2006, la présence au Département de psychoéducation de l'UQTR de la *Chaire de recherche du Canada sur les trajectoires d'usage de drogues et les problématiques associées*. L'objectif principal de la Chaire consiste à générer des connaissances sur les trajectoires d'usage de drogues, les problématiques associées et les processus de réadaptation des consommateurs, afin de permettre aux milieux concernés de développer des stratégies d'intervention encore plus efficaces et de favoriser la formation de personnels hautement qualifiés.

Cette évolution observée, tant en ce qui concerne les substances et les objets de consommation qu'en ce qui a trait à l'amélioration des connaissances et de l'expertise en matière de prévention et de traitement des problématiques qui y sont associées, a amené l'Agence à revoir ses orientations régionales en dépendances⁵.

² Agence de développement de réseaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2004) *Modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Mauricie et au Centre-du-Québec*. 89 p.

³ Agence de développement de réseaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2005a) *Balises relatives à la hiérarchisation des services et au partage des responsabilités des établissements en Mauricie et au Centre-du-Québec pour le programme-services Dépendances (adulte)*. 37p.

⁴ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2005b). *Déploiement des services de première ligne en alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique. Mise en contexte*. 13 p.

⁵ Malgré le fait que le tabagisme constitue une forme de dépendance importante, il ne fait pas partie du présent exercice.

L'élaboration des orientations et le processus de consultation

Les orientations proposées sont issues des travaux effectués par le comité consultatif réunissant des partenaires interpellés à titre d'experts de leur secteur respectif, notamment de centres de santé et de services sociaux de la région, du Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, d'organismes communautaires oeuvrant en toxicomanie et de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le comité s'est rencontré à sept reprises durant la période de rédaction.

Une large consultation a été réalisée auprès des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, du réseau de l'éducation, du milieu de l'emploi, du secteur communautaire. Au total plus de 40 grilles de consultation riches de suggestions et de commentaires ont été adressées à l'Agence. Les documents relatifs à la consultation ont également été déposés en ligne et ont reçu plus de 1300 visites.

Le document a été présenté aux différentes instances consultatives du conseil d'administration de l'Agence. Ainsi, la Commission multidisciplinaire régionale et la Commission infirmière régionale ont déposé un avis favorable aux orientations. Le Comité régional sur les services pharmaceutiques et la Direction régionale de médecine générale ont également été consultés.

Bilan des orientations régionales en alcoolisme et toxicomanie de 1999

Issues d'une vaste démarche de consultation ayant pour objectif de dégager une vision partagée de la problématique et de définir les principaux défis que la région devait relever pour permettre à la population d'avoir accès à une gamme complète de services en matière d'alcoolisme et de toxicomanie, les orientations régionales de 1999 s'orientaient autour de 8 grands axes :

1. Offrir une réponse adaptée aux besoins de la population.
2. Rendre accessibles à toutes les personnes le nécessitant et qui en fait le choix, des services adaptés, et ce, le plus près possible de leur milieu de vie.
3. Assurer aux personnes alcooliques ou toxicomanes l'accès à des services de qualité.
4. Reconnaître l'importance de la nécessaire implication des partenaires intra et intersectoriels dans l'ensemble du continuum de services.
5. Privilégier, dans ses stratégies, les approches de promotion de la santé et de prévention des problèmes reliés à l'alcoolisme et à la toxicomanie.
6. Assurer la mise en place dans chacun des territoires, d'activités de dépistage et d'intervention précoce adaptées aux personnes, selon certaines caractéristiques qui les distinguent afin de les rejoindre et de faciliter l'accès à ces activités ou à ces interventions.
7. S'assurer que des services spécialisés de désintoxication soient disponibles et accessibles à toute personne le nécessitant.

8. Identifier, avec les partenaires concernés, les besoins régionaux afin d'offrir de l'hébergement aux clientèles dont la gravité du problème nécessite le retrait du milieu et un certain encadrement.

De ces orientations ont découlées de nombreuses réalisations. Le bilan qui suit rend compte de celles qui ont pu être concrétisées grâce à la volonté des partenaires d'agir de façon concertée, au bénéfice des personnes dépendantes.

L'offre de service adaptée aux besoins de la population

Des efforts ont été déployés dans toute la région afin d'assurer une réponse adaptée aux différents besoins de la population en matière d'alcoolisme et de toxicomanie. De nombreuses actions ont été réalisées sur chacun des territoires.

Certaines clientèles ont des besoins particuliers notamment les femmes, les jeunes, les personnes ayant un problème de santé mentale et les personnes judiciairisées. Des actions visant à adapter les interventions pour ces groupes afin de leur offrir une aide plus appropriée ont été réalisées. Voici quelques exemples :

Clientèle féminine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaboration du document de réflexion <i>Dites leur que nous sommes avant tout des femmes</i> par l'Agence et ses partenaires. ▪ Identification des femmes enceintes et des jeunes mères comme cibles prioritaires au CRPAT ▪ Ouverture d'une aile pour femmes à la maison Carignan
Jeunes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise sur pied du centre d'hébergement pour adolescents Le Grand Chemin ▪ Bonification des services spécialisés s'adressant aux jeunes par le déploiement d'un programme impliquant les familles reposant sur les meilleures pratiques.
Personnes ayant un problème de santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet pilote de rotation positionnelle par formation croisée entre le CRPAT et les points de services externes des centres d'intervention communautaire
Personnes judiciairisées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d'un programme adapté aux personnes judiciairisées à la Maison Jean-Lepage

Il importe toutefois de préciser que ces actions n'ont pas été déployées uniformément dans l'ensemble de la région et que la réalité diffère d'un territoire à l'autre.

L'accessibilité des services

Afin d'améliorer l'accessibilité des services, plusieurs mesures ont été actualisées ou sont en voie de l'être. Notons plus particulièrement :

- La déconcentration des services spécialisés externes dans onze points de services.
- L'instauration d'un mécanisme d'accès aux services spécialisés dédiés aux jeunes.

- L'implantation du centre d'hébergement pour adolescents Le Grand Chemin à St-Célestin, anciennement le centre Jean Lapointe.
- Le développement d'un service de désintoxication interne à Domrémy pour les personnes présentant des risques de sevrage de modérés à sévères.
- L'établissement de corridors de services entre le CRPAT et trois CSSS à mission hospitalière et le CHRTR.
- Le maillage de services entre Domrémy et le CSSS de l'Énergie pour les personnes ayant des problèmes concomitants.
- L'implantation de divers programmes de réduction des méfaits (substitution à la méthadone et distribution de matériel d'injection) sous la responsabilité de la santé publique.
- La présence d'éducateurs en prévention des toxicomanies dans certaines écoles secondaires sous la responsabilité d'organismes communautaires ou de commissions scolaires.
- L'expérimentation d'activités de gestion de médicaments pour les aînés par l'unité Domrémy de Plessisville.
- L'élaboration de programmes favorisant l'employabilité par des organismes d'hébergement communautaire.

La qualité des services

Au cours des dernières années, l'intérêt constant des établissements et des organismes à toujours approfondir leur connaissance de la clientèle et de ses besoins a favorisé l'amélioration de la qualité des services. On note depuis 1999 :

- L'utilisation d'un langage et d'outils communs notamment en matière de dépistage.
- La réalisation d'études, la diffusion d'information ainsi que la formation assurée par le CRPAT contribuent à approfondir les connaissances et améliorer la qualité des services offerts dans toute la région.
- L'implantation du système d'information clientèle pour les services de réadaptation en dépendances actuellement en cours dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes du Québec, notamment à Domrémy.
- L'implantation d'un système d'information qui intègre des outils d'évaluation de la clientèle, le système de gestion de clients avec dépendances (GCAD), conforme aux critères de la nouvelle version du cadre normatif du MSSS dans les organismes communautaires offrant des services avec hébergement.

Par ailleurs, un mécanisme de reconnaissance des organismes offrant des services d'hébergement aux personnes toxicomanes est implanté au Québec depuis 2001. Ce mécanisme vise à favoriser la prestation de services de qualité auprès des personnes aux prises avec des problèmes liés à l'alcoolisme ou à d'autres toxicomanies et à intensifier les activités de formation et l'échange d'expertise. À cet effet, sept certificats de qualité ont été délivrés. Un autre organisme a déposé une requête au MSSS et a reçu des demandes de correction.

Notons que les dernières modifications de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* encadrent les responsabilités des établissements quant à l'amélioration de la qualité des services. Ainsi, les établissements ont différentes obligations, notamment en ce qui concerne le processus d'agrément, le régime d'examen des plaintes, la gestion des risques, les mesures de contrôle, le comité de vigilance et la mise sur pied de comités d'usagers.

La concertation et le partenariat

Les orientations nous rappellent également l'importance du partenariat comme facteur de réussite et depuis leur adoption, celui-ci y est omniprésent dans ce secteur. Rappelons qu'en 1999, il régnait une certaine confusion ainsi que des tensions entre les partenaires. Au cours des dernières années, cette situation s'est beaucoup améliorée. En voici des exemples :

- La présence de huit tables de concertation en dépendances dans l'ensemble de la région qui réunissent plusieurs partenaires provenant du réseau de la santé et des services sociaux, de l'éducation, de la sécurité publique, du milieu communautaire, etc.
- Les ententes conclues entre le CRPAT et les CSSS en vue d'assurer l'arrimage entre les services de première et de deuxième ligne ainsi qu'en ce qui concerne le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang.
- Les ententes conclues entre le CRPAT et les organismes communautaires certifiés en vue d'assurer la continuité des services.
- Les ententes de collaboration entre les établissements du réseau et des groupes communautaires concernant divers aspects de la problématique.
- Les ententes de collaboration entre les groupes communautaires en dépendances et ceux oeuvrant dans d'autres secteurs d'activités.
- La mise en place des services de distribution de méthadone qui s'est faite avec la contribution de médecins, de pharmaciens, du CRPAT et d'organismes communautaires offrant de l'hébergement.

Cette orientation visait également à renforcer nos relations avec les partenaires intersectoriels, sans que la portée des actions demeure plus limitée. Ainsi, de nombreuses collaborations ont été établies avec des acteurs provenant de secteurs variés. Citons à titre d'exemples :

- Les corridors établis entre le CRPAT, des organismes communautaires en toxicomanie et des organismes financés par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale en vue de faciliter la réinsertion professionnelle des personnes désireuses de retourner sur le marché du travail.
- La collaboration entre le CRPAT et la Société de l'assurance automobile du Québec dans le cadre des services offerts aux conducteurs ayant été reconnus coupables de conduite avec capacités affaiblies.
- La réalisation du projet pilote d'exclusion volontaire qui se fait en partenariat avec la Régie des alcools des courses et des jeux, la Société des loteries vidéo du Québec, l'Université Laval, le CRPAT, les tenanciers et employés de bars, trois organismes communautaires en toxicomanie et le Centre d'intervention budgétaire et sociale.

- Le projet Dépendances et productivité conduit en collaboration avec la Société de développement économique Drummond, les entreprises manufacturières, la commission scolaire des Chênes, Domrémy et le CSSS de Drummond.
- Le projet pilote sur les frais de transport et d'hébergement réalisé en partenariat avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Domrémy et les organismes communautaires certifiés par le MSSS qui offrent de l'hébergement.
- La stratégie visant la lutte à la culture du cannabis et aux conséquences qui y sont associées qui implique des acteurs provenant du réseau de la santé et des services sociaux, de l'éducation, des municipalités, de la sécurité publique, de l'agriculture, du revenu, et du milieu communautaire des MRC de Bécancour et de Nicolet-Yamaska.
- Les programmes de récupération de seringues souillées rendus possibles grâce à la collaboration entre les CSSS, des organismes communautaires et certaines municipalités.

Les orientations de 1999 reconnaissent la contribution essentielle des partenaires dans l'action auprès des personnes ayant des problèmes de dépendances. Force est de constater que le partenariat et l'action concertée font désormais partie d'une culture de collaboration qui s'actualise dans différentes actions.

La promotion de la santé et la prévention des toxicomanies

Conformément aux orientations, le programme de subvention en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies a été décentralisé et réparti sur une base d'équité territoriale afin de soutenir la réalisation d'actions concertées en lien avec les priorités identifiées par les partenaires.

Les tables de concertation sont animées par les CSSS qui sont aussi fiduciaires des sommes allouées. Les partenaires identifient les priorités locales et les activités préventives à réaliser. Au fil des ans, de nombreuses interventions ont vu le jour. Les actions rejoignent majoritairement la clientèle jeunesse.

Signalons que les groupes communautaires sont très actifs en matière de prévention. Certains organismes sont entièrement dédiés à la prévention auprès de clientèles diverses. De plus, ceux offrant de l'hébergement ont intégré à leurs programmes des activités à caractère préventif, notamment en lien avec les pratiques sexuelles à risque.

Par ailleurs, différentes initiatives de réduction des méfaits ont été réalisées. La région compte 40 centres d'accès offrant du matériel d'injection stérile afin d'éviter l'utilisation de matériel souillé et la pratique du partage. Ces centres se retrouvent dans les CSSS, les centres hospitaliers (CH), certains organismes communautaires et quelques pharmacies. Des actions visant la prévention du passage à l'injection ont lieu dans le milieu ou dans la rue auprès de jeunes en difficulté (moins de 25 ans avec problèmes importants de consommation sans injection) par des intervenants du réseau ou des travailleurs de rue.

Les personnes aux prises avec une dépendance aux narcotiques peuvent participer au programme de substitution à la méthadone.

Le dépistage et l'intervention précoce

Cette orientation visait à rendre accessibles des services de première ligne afin d'identifier, parmi les clientèles à risque, les personnes qui peuvent bénéficier d'intervention précoce. À ce jour, plus de 300 intervenants de première ligne de la région ont reçu de la formation en matière de dépistage et d'intervention précoce. Cette formation a été adaptée pour certains groupes, dont les jeunes, les femmes, les personnes ayant des problèmes de santé mentale et les aînés.

En 2005, l'Agence adoptait le panier de services défini dans le document *Déploiement des services de première ligne en alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique : mise en contexte*.

Les CSSS ont tous reçu la formation en lien avec le programme Alcochoix + et sont en mesure d'offrir le service. Deux CSSS participent actuellement à l'évaluation de l'implantation du programme en collaboration avec le groupe de Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives - Québec (RISQ).

Trois organismes communautaires sont responsables d'éducateurs en prévention des toxicomanies qui, en plus de réaliser des activités préventives dans certaines écoles secondaires de la région, dépistent et interviennent auprès des jeunes à risque de développer des problèmes de consommation ainsi qu'accompagnent les jeunes qui le nécessitent vers les services spécialisés.

La désintoxication

Cette orientation visait notamment un arrimage entre les services de réadaptation et les services préhospitaliers et hospitaliers, par l'établissement de corridors de services entre le CRPAT et les centres hospitaliers de la région.

- Le CRPAT offre des services de désintoxication depuis décembre 2002.
- Des protocoles d'entente ont été signés entre Domrémy, les CSSS d'Arthabaska-et-d'Érable, de l'Énergie, de Drummond et le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR). Les réseaux intégrés de services en dépendances facilitent l'accès à des services spécialisés pour des personnes souffrant de dépendances importantes se présentant dans les établissements, notamment dans les urgences. En lien avec cette initiative, Domrémy s'est d'ailleurs vu remettre, en juin 2006, le prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux, catégorie « intégration des services ».

L'hébergement

Cette orientation venait confirmer la contribution de Domrémy et du secteur communautaire aux fins de l'hébergement en toxicomanie. Elle visait également la mise en place d'une ressource pour adolescents.

- Depuis 2000, les jeunes peuvent bénéficier de services de réadaptation avec hébergement au centre Le Grand Chemin situé à St-Célestin. L'organisme a une capacité de 12 places.

- Le nombre de places annualisé au CRPAT, secteur adulte, est passé de 24 à 30.
- En matière d'hébergement, l'Agence reconnaît et finance trois organismes s'adressant à une clientèle adulte, soient la Maison Carignan, la Maison du Lac ainsi que le pavillon de l'Assuétude (sur deux sites).

Bilan des actions réalisées dans le cadre du programme expérimental sur le jeu pathologique



Le programme expérimental sur le jeu pathologique a vu le jour en 2000 à l'échelle provinciale. Afin de guider les actions, le gouvernement déposait, en 2002, le *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005*. La même année, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec présentait un plan d'action dans lequel la concertation favorisait la mise en place d'un réseau d'intervention intersectoriel régional et local grâce auquel sont entreprises des actions continues, complémentaires et coordonnées quant à la problématique du jeu pathologique.

Depuis le début de la mise en place du programme expérimental, la priorité est d'offrir des services accessibles et de qualité aux joueurs pathologiques et à leur entourage. Pour ce faire, depuis 2001 Domrémy assume le mandat de la réadaptation auprès des personnes dépendantes et de leur entourage.

Des services de plus en plus complets et adaptés aux besoins spécifiques des joueurs se sont développés et de nombreuses actions ont été réalisées dans la région :

- Dans la perspective d'une vision globale des dépendances et par souci de cohérence, le mandat des Tables de concertation locales en alcoolisme et toxicomanie a été élargi afin d'y inclure la problématique du jeu pathologique.
- Depuis 2002, une collaboration entre le CRPAT et les associations coopératives d'économie familiale (ACEF) de la région permet de rendre disponibles aux joueurs pathologiques qui en font la demande, les services d'un conseiller financier.
- En 2003-2004, une campagne qui visait à sensibiliser la population sur le phénomène du jeu pathologique et à faire connaître les services existants a été réalisée dans l'ensemble de la région. Cette campagne a été rediffusée en 2006-2007.
- Entre 2004 et 2006, un budget supplémentaire pour le programme d'aide aux joueurs pathologiques a été acheminé aux régions. Ce budget a permis la réalisation d'activités préventives auprès des travailleurs et des personnes âgées.
- En juin 2006, débutait le projet pilote d'exclusion volontaire s'adressant aux joueurs d'appareils de loterie vidéo. Par ce projet impliquant le soutien de conseillers provenant d'organismes communautaires oeuvrant en dépendances, les joueurs qui le souhaitent peuvent s'exclure des aires de jeux pour une période déterminée. Ce projet est actuellement en cours d'évaluation par le Centre québécois d'excellence sur la prévention et le traitement du jeu pathologique (CQEPTJ).

- Suite à l'annonce de l'implantation des salons de jeux dans cinq régions du Québec, les directeurs de santé publique concernés ont rédigé un avis portant sur les risques associés à ces projets sur la santé et le bien-être de la population. Une série de recommandations est également contenue dans cet avis.
- En septembre 2007, l'Agence, le CSSS de Trois-Rivières et Domrémy élaboraient le *Plan d'action en lien avec l'implantation du salon de jeu à Trois-Rivières* visant à prévenir et réduire les méfaits associés aux jeux de hasard et d'argent.
- Cinq projets de recherche en lien avec le jeu pathologique sont actuellement en cours dans la région :
 - Projet de recherche de Domrémy sur les habitudes de jeu chez des personnes âgées de plus de 50 ans résidant dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec;
 - Projet de recherche sur les habitudes de jeu des communautés de Premières nations desservies par le Centre Wapan;
 - Projet de recherche en psychoéducation à l'UQTR sur la mesure des impacts socioéconomiques de l'ouverture du salon de jeu de Trois-Rivières;
 - Projet de recherche en psychoéducation à l'UQTR sur les trajectoires de jeunes joueurs adeptes du jeu par Internet en lien avec la consommation de substances psychoactives et la délinquance;
 - Enquête régionale sur les habitudes de jeu et la prévalence du jeu excessif dans le cadre de l'implantation du salon de jeux de Trois-Rivières



La prévalence de la consommation d'alcool, d'autres drogues et de jeux de hasard et d'argent⁶



Les jeunes

Les données les plus récentes concernant les jeunes du secondaire au Québec proviennent de la cinquième édition de l'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire-2006, produite par l'Institut de la statistique du Québec⁷. Pour la région, les données utilisées proviennent de la phase deux de l'Enquête sur la santé et le bien-être des jeunes du secondaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec⁸ réalisée en 2003. La phase 3 de cette étude est en cours de réalisation. Selon toute vraisemblance, les données devraient s'apparenter à celle du Québec de 2006.

Consommation d'alcool

Au Québec, la proportion d'élèves ayant consommé de l'alcool au cours d'une période de 12 mois a diminué de 2004 à 2006, passant de 63 % à 60 %. Cette diminution s'observe chez les élèves de la 1^{re} et de la 2^e secondaire et davantage chez les expérimentateurs de sexe féminin (11 % en 2004 c. 8 % en 2006). Cependant, la proportion de consommateurs d'alcool augmente de la 1^{re} à la 5^e secondaire, passant respectivement de 26 %, à 49 %, à 68 %, à 79 %, pour atteindre 89 % de consommateurs en 5^e secondaire. On observe que 60 % des élèves du secondaire ont bu de l'alcool de manière excessive et que 14 % l'ont fait de manière excessive et répétitive.

Dans la région, en 2003, 72 % des élèves du secondaire affirmaient avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours d'une période de douze mois. Environ un jeune sur quatre, soit 26 %, déclarait avoir une consommation élevée d'alcool (buveurs réguliers et quotidiens). Cette proportion tend à s'accroître de la première secondaire (11 %) à la cinquième secondaire (44 %). Le pourcentage de consommation excessive d'alcool était plus élevé chez les garçons (28 %) que chez les filles (23 %). On observe qu'en 2003, un élève sur cinq (21 %) déclarait boire de l'alcool de manière excessive et répétitive au cours des douze mois précédents l'étude.

Consommation d'autres drogues

La proportion d'élèves québécois ayant consommé des drogues autres que l'alcool au cours d'une période de 12 mois a chuté entre 2004 et 2006, passant de 36 % à 30 %. Cette diminution est observée pour toutes les années d'études, à l'exception de la 3^e secondaire. Cette diminution touche aussi les consommateurs de cannabis (36 % à 29 %), d'hallucinogènes (11 % à 9 %), de cocaïne (5 % à 3,3 %),

⁶ Les informations de cette section sont tirées du document de travail suivant : Toupin, M. (2008). *Promotion de la santé mentale et prévention des dépendances*. Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

⁷ Institut de la statistique du Québec. (2007). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006*. Les Publications du Québec. Gouvernement du Québec. 165p.

⁸ Coderre, R. et Leclerc, A. (2005). *Enquête sur la santé et le bien-être des jeunes du secondaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec*. Agence de développement de réseaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. 94 p.

de solvants (1,9 % à 0,9 %) et d'héroïne (de 1,3 à 0,6 %). Toutefois, la proportion de consommateurs de drogues s'accroît à chaque année d'études, passant de 8 % (1^{re} secondaire), à 20 % (2^e secondaire), puis à 36 % (3^e secondaire), à 42 % (4^e secondaire), et à 51 % (5^e secondaire). On note que les filles sont encore plus enclines à consommer des amphétamines que les garçons.

En Mauricie et au Centre-du-Québec, la proportion d'élèves du secondaire qui ont consommé de la drogue au moins une fois au cours des douze derniers mois était de 43 % en 2003. Un pourcentage semblable des jeunes (42 %) affirmait avoir consommé du cannabis au cours de cette même période. L'usage d'amphétamines était déclaré par 9,2 % des élèves. On observe aussi que 14 % des élèves ont consommé des hallucinogènes, que 4,9 % ont consommé de la cocaïne et que 2 % d'entre eux ont fait usage d'autres drogues (solvants, héroïne, etc.). On note ici aussi que les filles (10,2 %) étaient plus nombreuses que les garçons (8,3 %) à consommer des amphétamines en 2003. De plus, pour toutes drogues confondues, la proportion des jeunes consommateurs de drogues augmentait de la première (21 %) à la cinquième secondaire (56 %). L'accroissement le plus important se retrouve entre la première (21 %) et la deuxième année du secondaire (40 %).

Bien que le taux d'élèves faisant l'expérience de la consommation semble assez élevé, d'après les critères de l'indice DEP-ADO, au Québec, 87 % des élèves du secondaire n'ont pas de problème de consommation d'alcool ou de drogues (feu vert). Par contre, 7 % des élèves présentent des problèmes de consommation d'alcool et de drogues en émergence pour lesquels une intervention de première ligne est souhaitable (feu jaune). Environ 7 % des élèves du secondaire présentent des problèmes importants de consommation nécessitant une intervention professionnelle spécialisée (feu rouge). Il est intéressant de mentionner que lors de l'enquête nationale de 2004⁹, 84 % des élèves du secondaire n'avaient pas de problème de consommation (feu vert), 10 % des élèves étaient dans la catégorie feu jaune, alors que 5 % se retrouvaient dans la catégorie feu rouge.

En Mauricie et au Centre-du-Québec, 78 % des élèves du secondaire en 2003 n'avaient pas de problèmes de consommation d'alcool et de drogues (feu vert). Cependant, 14 % des jeunes présentaient une consommation à risque (feu jaune) et 8 % avaient une consommation problématique (feu rouge).

Il importe de souligner que très peu de données précises concernant la consommation des jeunes hors du milieu scolaire sont disponibles.

Habitudes liées aux jeux de hasard et d'argent

Entre 2004 et 2006, la proportion d'élèves ayant participé au moins une fois à au moins une forme de jeu de hasard et d'argent au cours d'une période de 12 mois, a diminué (de 45 % à 36 %). Cette baisse est observée autant chez les garçons que chez les filles et auprès des élèves de la 1^{re} à la 4^e secondaire. Le taux de participation est toujours plus élevé chez les garçons (41 %) que chez les filles (31 %). Parmi les élèves du secondaire, on estime que 30 % sont des joueurs occasionnels et 6 % sont des joueurs habituels. Les jeux de cartes, dont le poker sont les plus populaires. Selon les critères de l'Indice canadien de jeu excessif (ICJE), près de 3,8 % des élèves du secondaire sont à risque de développer un problème de dépendance au jeu et 2,1 % d'entre eux sont considérés comme des joueurs pathologiques probables. Seule la proportion de joueurs à risque a connu une diminution depuis 2004 (6 % c. 3,8 % en 2006).

⁹ Dubé, G. et al. (2005). *Enquête Québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004. Quoi de neuf depuis 2002 ?*, Québec. Institut de la statistique du Québec. 186 p.

Dans la région, en 2003, 50,3 % des élèves du secondaire affirmaient jouer à des jeux de hasard et d'argent. De ce nombre, 38 % étaient joueurs occasionnels et 12,3 % se déclaraient joueurs habituels. Les filles étaient plus nombreuses que les garçons à jouer occasionnellement (42,7 % c. 33,7 %). À l'inverse, il y avait plus de garçons (15 %) joueurs habituels que de filles (9,3 %). La proportion de joueurs occasionnels augmentait par année scolaire, variant de 25,2 % en première année à 50,8 % en cinquième année du secondaire. Les loteries instantanées (33,3 %) ainsi que les loteries offertes en cadeau (32 %) étaient les formes de jeux les plus populaires en 2003. Les garçons s'adonnent davantage aux jeux de cartes que les filles (20,3 % c. 13,2 %).

■ Les adultes et les aînés

Consommation d'alcool

L'évolution de la consommation d'alcool per capita au Québec démontre une augmentation constante de 1950 à 1980. Dans les années 1980, on assiste à une diminution de la consommation d'alcool, puis à une courte période de stabilisation au début des années 1990¹⁰. Entre 1992-93 et 2006, on observe une augmentation de plus de 16 % de la consommation d'alcool per capita (ventes). Cet accroissement est davantage observé au profit des vins (plus de 57 %), mais également au niveau des spiritueux (plus de 10 %) et de la bière (plus de 4 %)¹¹.

D'après les résultats de l'enquête réalisée par Éduc'alcool¹² en 2007 auprès d'un échantillon significatif de la population québécoise âgée de 15 ans et plus, 25 % boivent plus d'une fois par semaine et 21 %, une fois par semaine. De plus, 50 % des Québécois ont bu au moins une fois cinq consommations ou plus en une même occasion et 25 % en ont consommé huit et plus.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Cycle 3.1-2005¹³, révèle que 6,6 % des personnes de 12 ans et plus dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec avait pris 14 consommations et plus au cours d'une semaine comparativement à 7,2 % pour le reste du Québec. Cette proportion est plus élevée parmi les hommes autant dans la région (10,4 %) qu'au Québec (11,5 %).

Toujours selon l'ESCC-2005, on note que 16,7 % de la population des 12 et plus de la région déclaraient une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année. Cette proportion est similaire au reste de la population québécoise (16,8 %). On rapporte une proportion nettement supérieure chez les hommes que chez les femmes de la région (25,3 % c. 8,2 %). Le reste du Québec présente le même phénomène (24,3 % c. 9,6 %). En 2003, on observe que 14,7 % de la population des 12 ans et plus de la région présentaient une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année¹⁴. Dans

¹⁰Demers, A., Paradis, C., Picard, É., (2007). *Y aura-t-il un lendemain de veille à la modération ?* Groupe de Recherche sur les Aspects Sociaux de la Santé et de la Prévention. Université de Montréal. Présentation aux Journées annuelles de santé publique, 23 novembre 2007. 6 p.

¹¹ *Ibid.*

¹²Éduc'alcool. (2007). *Les Québécois et l'alcool*. Éduc'alcool. Sondage du 19 février au 5 mars 2007. 56p.

¹³Statistique Canada, (2005). *Microdonnées à grande diffusion du Cycle 3.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Dans un rapport produit par l'Infocentre de santé publique de l'Institut national de santé publique du Québec. 15 p.

¹⁴Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec, (2006a). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques* - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population. Gouvernement du Québec. 659 p.

l'enquête canadienne de 2005¹⁵, 31,8 % des hommes de la région, âgés de 25 à 44 ans et 24 % de ceux âgés de 45 à 64 ans rapportaient une consommation élevée d'alcool 12 fois ou plus au cours d'une année. Environ un tiers des hommes âgés de 20-24 ans présentent également une consommation élevée. Il faut toutefois interpréter cette dernière donnée avec prudence. Pour le reste du Québec, ce sont les groupes d'hommes âgés de 20-24 ans (44,5 %), 25-44ans (29 %) et 45-64 ans (22,5 %) qui présentent les proportions les plus élevées.

En 2006, le taux ajusté de mortalité pour des conditions associées à la consommation d'alcool en Mauricie et au Centre-du-Québec était de 74 pour 100 000 personnes¹⁶. Cette valeur est significativement supérieure au taux du Québec qui est de 62. De même en 2002, la région possédait un taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec capacités affaiblies significativement supérieure à celui du Québec (432 c. 306 pour 100 000 personnes). Pour la période 1997-2003, le taux de conducteurs décédés ayant obtenu un taux d'alcoolémie supérieure à la limite permise était de 4 pour 100 000 personnes et encore une fois significativement supérieure à celui du Québec (2,2).

Consommation d'autres drogues

Les résultats de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada effectuée en 2004¹⁷, révèlent que le taux d'usage de drogues illicites (excluant le cannabis) au Québec au cours de la vie est un des plus élevés au Canada, après la Colombie-Britannique. Le cannabis est la drogue la plus fréquemment utilisée. Au Québec, l'usage du cannabis dans les douze mois précédant l'enquête est passé de 6,5 % en 1989 à 15,8 % (46,4 % au cours de la vie) en 2004. Toujours selon cette enquête, 12,2 % de la population âgée de 15 ans et plus, affirmaient faire usage de cocaïne/crack au cours de la vie, 11 % d'hallucinogènes, 8,9 % de speed, et 3,7 % indiquaient consommer de l'ecstasy. Au Québec, le pourcentage de consommateurs de drogues était de 17,4 %. En 2002, selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes¹⁸, 0,8 % des Québécois étaient à risque d'une dépendance aux drogues illicites.

La consommation de drogues peut augmenter les comportements sexuels à risque de transmission du VIH/sida et des autres infections transmissibles sexuellement¹⁹. Plus l'usage d'alcool et de drogues est élevé, plus les comportements sexuels à risque sont fréquents.

Habitudes liées aux jeux de hasard et d'argent

Depuis la création de Loto-Québec en 1970, les revenus par année n'ont pas cessé de croître. Ce fait illustre bien le phénomène des jeux de hasard et d'argent (JHA) dans la population québécoise. Quelques études rapportent que la prévalence à vie du jeu pathologique au Québec serait passée de 1,2 % en 1989 à 2,1 % en 1996²⁰. L'étude de prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002, réalisée par des chercheurs de l'Université Laval et de l'INSPQ révèle qu'au cours de la dernière année, 81 % des adultes se sont adonnés à des jeux de hasard et d'argent. Ce taux de participation était de 90 % en 1996. Cette diminution est statistiquement significative entre 1996 et 2002.

¹⁵ Statistique Canada, (2005), *Op. cit.*

¹⁶ Institut national de santé publique du Québec. (2006a), *Op. cit.*

¹⁷ Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2004). *L'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. La prévalence de l'usage et les méfaits : points saillants.* Ottawa. 12p.

¹⁸ Statistique Canada, (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : santé mentale et bien-être, cycle 1.2.* Ottawa.

¹⁹ Lévy, J. et Garnier, C., (2006). *Drogues, médicaments et sexualité.* Drogues, santé et société, vol. 5 no 2. pp. 11-48.

²⁰ Ladouceur, R. et al. (2004). *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002.* Québec et Montréal. Université Laval et Institut national de santé publique du Québec. 83 p.

Dans la population générale, 68 % font l'achat de billets de loterie, 40 % participent à des levées de fonds et des tirages, 18 % vont jouer au casino, 10 % misent de l'argent en jouant aux cartes en famille ou avec des amis, 9 % jouent au bingo, et 8 % s'adonnent à la loterie vidéo.

L'étude rapporte également que la prévalence courante des joueurs pathologiques probables et des joueurs à risque entre 1996 (respectivement 1,0 % et 1,4 %) et 2002 (respectivement 0,8 % et 0,9 %) est restée stable dans la population québécoise. Ce qui représente pour l'année 2002, entre 35 000 et 55 800 joueurs pathologiques probables et 40 000 à 62 000 joueurs à risque.

Les médicaments psychotropes

La consommation excessive de médicaments psychotropes, l'utilisation inadéquate ou l'usage avec de l'alcool ou une autre substance peut entraîner des problèmes de santé physique et mentale chez les consommateurs. La consommation des médicaments psychotropes prescrits augmente avec l'âge. Les femmes âgées en font davantage usage que les hommes âgés. Chez les personnes de 65 ans et plus, le pourcentage d'ordonnances de médicaments psychotropes occupait la deuxième place (10,2 %) parmi l'ensemble des médicaments en 2001²¹. Parmi les médicaments psychotropes, ce sont les benzodiazépines qui sont les plus utilisées chez les femmes et les personnes âgées. Ces groupes sont également les plus vulnérables à leurs effets indésirables²². La surconsommation de benzodiazépines ainsi que les conséquences graves pour la santé qui en découlent, notamment la dépendance, sont inquiétantes.

La consommation chez des clientèles ayant des besoins particuliers

Une attention spéciale est accordée à certains groupes de la population ayant des besoins spécifiques ou présentant des facteurs de risques importants, dont les jeunes en difficulté, les femmes enceintes, les autochtones, les personnes ayant des problèmes de santé mentale et les utilisateurs de drogues injectables.

Les jeunes en difficulté

Certains groupes de jeunes sont plus susceptibles d'avoir une forte consommation, une polytoxicomanie ou d'abuser de substances²³. Ces jeunes en difficulté sont notamment les jeunes fumeurs, de la rue et sans-abri, les jeunes en placement sous garde en centre jeunesse, les jeunes autochtones, les adolescents ayant des troubles concomitants (Ex. : TDAH), les jeunes exploités ou agressés sexuellement, les jeunes homosexuels, bisexuels ainsi que ceux en questionnement sur leur identité sexuelle.

²¹ Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (2003). *La consommation de psychotropes : portrait et tendances au Québec*. Gouvernement du Québec. 48p.

²² Poole, N. et Dell, C.A., (2005). *Toxicomanie au féminin*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), 16p.

²³ Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2007). *Toxicomanie au Canada : Pleins feux sur les jeunes*. Ottawa (Ontario). 49p.

Les jeunes en centre jeunesse vivent souvent des difficultés liées à un passé d'abus, de négligence, de violence ou de délinquance. Ils consomment davantage d'alcool et de drogues que les jeunes en général. Ils sont aussi plus nombreux à faire usage d'hallucinogènes et de cocaïne.

Depuis 1995, des chercheurs étudient une cohorte de jeunes de la rue de Montréal âgés de 15 à 25 ans. Les jeunes de cette cohorte proviennent souvent de différentes régions du Québec²⁴. Au début de l'étude de cohorte, les jeunes de la rue rapportaient le plus souvent l'usage d'hallucinogènes. En 1995-1996, 77% indiquaient l'utilisation de cocaïne (à vie), et 53%, le crack (à vie). Les données recueillies en 2004, montraient un maintien de la consommation d'hallucinogènes (66 %), de cocaïne et de crack (62%), d'amphétamines (39 %), et d'héroïne (27 % dans les 6 derniers mois). Les jeunes de la rue forment le groupe d'injecteurs le plus précoce parmi tous les groupes étudiés au Québec (filles: âge moyen de 16 ans; garçons: 17,3 ans). Entre 27 % et 29 % sont des injecteurs réguliers. Le taux d'incidence du passage à l'injection diffère selon les études. Il était de 12,3 par 100 personnes-année en 1995, et de 23,6 en 2000. L'héroïne est la première drogue injectée par 45 % de ces jeunes, alors que pour 42 % des sujets, il s'agit de la cocaïne. En 2004, 87 % des jeunes de la rue s'injectent de la cocaïne et 73 %, de l'héroïne. De plus, 34 % des jeunes rapportaient avoir partagé des seringues comparativement à 60 % au tout début de la cohorte. Les injecteurs récents, quant à eux, déclaraient en avoir partagées dans une proportion de 29 % en 2004 et de 58 % en 1995.

En ce qui concerne le partage de matériel autre que la seringue, 40 % à 55 % des jeunes l'indiquaient en 2004 alors que 67 % des injecteurs l'affirmaient en 1995. Pendant toute la période à l'étude, la prévalence de l'infection par le VIH chez les jeunes de la rue s'est maintenue en dessous de 2 %. Par contre, celle de l'infection par le virus de l'hépatite C s'est accrue rapidement auprès des injecteurs, allant de 12,6 % en 1995-1996 à 20,5 % en 2000 (35,7 % chez les UDI actifs).

Lors du rapport d'étape numéro 3 (2004) concernant cette cohorte, les données indiquent que parmi les répondants, 99,3 % ont consommé au moins une fois de l'alcool et tous affirment avoir déjà consommé au moins une drogue²⁵. Près de la moitié de ces jeunes se seraient injecté au moins une fois des drogues avant leur participation à l'étude, et environ 40 % auraient fait au moins une surdose. Cette étude révèle également que 50 % des jeunes auraient une consommation problématique d'alcool et 56 %, de drogues.

■ Les femmes enceintes

Selon les données de l'ESSCC 2003²⁶, la proportion de femmes québécoises qui consommait de l'alcool était de 82 % alors qu'en 1994-1995, 76 % en buvait. La consommation excessive d'alcool s'est également accrue durant cette même période passant de 4,3 % à 11,3 % des buveuses. L'exposition prénatale à l'alcool occasionne des problèmes pouvant aller du syndrome d'alcoolisme fœtale (SAF) à

²⁴ Institut national de santé publique du Québec (2007). *Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC : revue systématique de la littérature et validation empirique*. Gouvernement du Québec. 151p.

²⁵ Roy, É. Et al. (2004). *L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue : rapport d'étape numéro 3*. Montréal. Direction de santé publique. Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal-Centre. Dans Santé Canada et le Centre québécois de lutte aux dépendances. *Portrait de l'Environnement : Consommation et abus de drogues, d'alcool et d'autres substances*. 97p.

²⁶ Statistique Canada (2005), cité dans l'Institut national de santé publique du Québec (2006b). *Représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et perceptions des messages de prévention chez les femmes enceintes*. Direction développement des individus et des communautés. Gouvernement du Québec. 63 p.

des effets plus subtils sur le développement²⁷. La fréquence du SAF n'est pas connue au Québec, elle serait de 0,5 % à 2 % en Amérique du Nord. La consommation importante d'alcool et principalement de grandes quantités à chaque occasion, aurait le plus de risque pour le fœtus. Les scientifiques n'ont pas su déterminer l'existence ou non d'une quantité acceptable de consommation d'alcool par une femme enceinte²⁸. Ceci a des répercussions sur les messages de prévention diffusés. D'après les résultats de l'enquête de 2007 sur l'alcool réalisée par Educ'alcool²⁹, 52 % des Québécois estiment que la consommation d'alcool durant la grossesse comporte peu (40 %) ou pas (12 %) de risque pour le fœtus.

Toujours selon l'ESSCC 2003, 26 % des québécoises âgées de 15-55 ans ayant eu une grossesse dans les cinq dernières années affirmaient avoir consommé de l'alcool pendant celle-ci. Cette proportion est significativement plus élevée que celle notée dans les autres provinces canadiennes (8,8 %). En 2003, la proportion des Québécoises qui consommait de l'alcool variait selon le niveau socio-économique. Cette proportion était de 64 % dans le groupe le plus faible et de 94 % dans le plus élevé. En ce sens, dans l'étude de l'INSPQ, il est noté qu' «Une étude américaine auprès de femmes enceintes issues de divers milieux socioéconomiques a produit le même résultat : ce sont les femmes plus aisées et plus instruites qui ont rapporté prendre de l'alcool au cours de leur grossesse (Copelton, 2003)»³⁰.

I Les autochtones

De façon générale, les communautés autochtones du Québec considèrent la toxicomanie comme un problème important affectant leur population. Compte tenu du manque d'études récentes à ce sujet, il s'avère difficile de bien circonscrire l'ampleur de la problématique tant chez les adolescents que chez les adultes autochtones.

Dans le plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011, le MSSS attirait l'attention sur la réalité des communautés autochtones et sur les besoins spécifiques vécus par celles-ci. Il soulignait que certains indicateurs tels que le nombre de morts violentes, de personnes incarcérées, d'enfants nés avec le syndrome d'alcoolisme foetal ainsi que le taux de suicide chez les adolescents confirment qu'il existe un problème particulier.

I Les personnes ayant des problèmes de santé mentale

Les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont nombreuses parmi la population toxicomane³¹. Ce phénomène est en croissance, il est peu dépisté et par conséquent, son traitement n'est pas adéquat. On considère qu'entre 50 % à 65 % des personnes en traitement pour toxicomanie souffrent de troubles mentaux³². Selon la même étude, il est estimé qu'entre le tiers et la moitié des patients traités en psychiatrie ont des problèmes de toxicomanie. Les personnes toxicomanes présentant un problème de santé mentale ont une plus grande résistance au traitement. La personnalité antisociale, les troubles anxieux, les phobies et la dépression figurent parmi les troubles mentaux les plus fréquents chez les personnes toxicomanes.

²⁷ Institut national de santé publique du Québec et al. (2006b), *op. cit.*

²⁸ *Ibid.*

²⁹ Educ'alcool. (2007), *op. cit.*

³⁰ Institut national de santé publique du Québec et al. (2006b), *op. cit.* p. 31

³¹ Santé Canada et Centre québécois de lutte aux dépendances. (2007), *op. cit.*

³² *Ibid.*

Le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* souligne que quelques études établissent un lien entre la consommation de drogues et l'apparition de certains troubles de santé mentale latents. Cependant, la causalité n'a pas été démontrée. Dans leur vie familiale, ces personnes sont souvent confrontées à des situations difficiles. En effet, les taux de suicide, de violence et de dépression y sont plus élevés. De plus, elles courent un plus grand risque de se retrouver en situation d'itinérance. Le taux de succès du traitement de la toxicomanie est souvent faible et la rechute est élevée. Il est essentiel d'élaborer des programmes de traitement spécialisés dans une perspective multisectorielle adaptés aux besoins et aux réalités de ces personnes.

I Les utilisateurs de drogues injectables

Les utilisateurs de drogues injectables (UDI) forment un groupe hétérogène d'hommes et de femmes d'âge et de provenance variés. Ils s'injectent diverses substances illicites, dont les plus fréquentes sont la cocaïne et l'héroïne. Il y aurait environ 23 000 personnes qui s'injectent de la drogue au Québec³³. Cette consommation se caractérise par une préférence pour la cocaïne (neuf injecteurs sur dix)³⁴. Par contre, une proportion non négligeable de jeunes injecteurs utilise maintenant l'héroïne. De plus, il faut mentionner qu'un pourcentage de plus en plus important de personnes UDI fait usage d'opioïdes tels que la morphine, le Dilaudid™, le Percodan™ ou la méthadone de rue. La combinaison des amphétamines avec la cocaïne est assez fréquente. Le ratio homme/femme semble se modifier depuis le tournant des années 1990 à aujourd'hui. En effet, il était de trois hommes pour une femme alors que dans les études plus récentes, il est de deux hommes pour une femme. L'âge moyen des personnes UDI est également en évolution. Les études québécoises (excluant les jeunes de la rue) rapportent une moyenne d'âge d'environ 30 ans.

Les personnes utilisatrices de drogues par injection sont particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH et le VHC en raison entre autres de leurs pratiques non sécuritaires liées à l'injection et des environnements où ils évoluent. Chez ces personnes, la prévalence du VIH demeure actuellement en deçà de 20%. L'infection par le VHC, quant à elle, atteint près de deux personnes UDI sur trois. Cette situation est préoccupante autant pour les injecteurs que pour les consommateurs qui utilisent du matériel tel que les pipes et les pailles particulièrement utilisées pour consommer de la cocaïne³⁵.

Les services disponibles et le portrait de la clientèle

Les services offerts à la population en matière de dépendances incluent les services de première ligne, les services spécialisés, les services complémentaires dans les organismes communautaires ayant un mandat directement lié aux dépendances ainsi que les services connexes.

I Les services de première ligne

³³ *Ibid.*

³⁴ Institut national de santé publique du Québec (2007), *op.cit.*

³⁵ *Ibid.*

En 2005, le conseil d'administration de l'Agence adoptait le panier de services de première ligne décrit dans le document *Déploiement des services de première ligne en alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique*. Ces services permettent de prévenir, de résoudre ou de réduire la majorité des problèmes sociaux et de santé courants vécus par l'ensemble de la population et par certaines clientèles particulières. Ils se traduisent par une gamme de services de santé et de services sociaux répondant à des besoins généraux ou particuliers. Ils incluent la promotion de la santé, la prévention, la détection et l'intervention précoce³⁶. Rappelons brièvement chacun de ces volets :

La promotion de la santé

Les dépendances font partie des problématiques complexes à forte connotation psychosociale. Les personnes ayant un problème de consommation présentent fréquemment une combinaison de problèmes de santé physique, mentale et sociale³⁷. Puisque ces problèmes résultent d'une interaction des déterminants biologiques, comportementaux (habitudes de vie et autres comportements liés à la santé), environnementaux (conditions de vie, différents milieux de vie, environnement physique) et organisationnels (disponibilité, accessibilité, intégration des services de santé et sociaux), ils nécessitent des actions sur l'ensemble de ceux-ci.

Tel qu'énoncée dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*, la promotion de la santé et du bien-être inclut des actions qui visent à influencer les déterminants de la santé pour permettre aux individus, aux groupes et aux communautés d'avoir une plus grande emprise sur leur santé par l'amélioration de leurs conditions et de leur mode de vie³⁸. Les actions visent notamment à renforcer les facteurs de protections.

En ce sens, depuis plusieurs années, les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) sont implantés dans la région, et à chaque année, ils sont consolidés. Ils rejoignent environ 1500 familles annuellement. Au suivi individuel de ces familles s'ajoutent des activités de groupe et des actions intersectorielles pour l'amélioration des conditions de vie des familles. Les intervenants désignés au programme SIPPE des CSSS ainsi que des intervenants de centre de la petite enfance, du centre jeunesse et d'organismes communautaires ont reçu une formation sur le soutien à la création d'un lien d'attachement sécurisant.

Par ailleurs, en milieu scolaire, la mise en oeuvre de l'approche École en santé s'est amorcée en janvier 2005 dans notre région. Cette approche propose de réunir les préoccupations liées à l'éducation et à la santé en inscrivant la promotion de la réussite éducative, de la santé et du bien-être ainsi que la prévention des problèmes sociaux et de santé, au cœur du projet éducatif et du plan de réussite de l'école. Elle vise le développement optimal des jeunes et contribue à :

- Faciliter l'acquisition des compétences et développer les comportements favorisant la réussite éducative, la santé et le bien-être;
- Promouvoir un environnement scolaire et communautaire stimulant, sain et sécuritaire;
- Créer des liens harmonieux entre l'école, la famille et la communauté.

³⁶ Agence de la santé et des services sociaux (2005b). *Déploiement des services de première ligne en alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique- mise en contexte*. 13 p.

³⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Programme nationale de santé publique 2003-2012*. Direction générale de la santé publique. Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux. Gouvernement du Québec. 133 p.

³⁸ *Ibid.*

Son déploiement a été identifié prioritaire par les décideurs des réseaux de l'éducation et de la santé. Depuis janvier 2007, les commissions scolaires (CS) et les CSSS ont tous désigné des accompagnateurs et le travail d'accompagnement dans les écoles est amorcé dans toutes les CS. En novembre 2006, 23 % des établissements de la région, comparativement à 10 % pour le Québec, ont amorcé des démarches d'implantation de l'approche. En janvier 2008, ce pourcentage a augmenté à 38 % dans la région, ce qui correspond à 96 établissements sur 254.

Signalons que lors de la rédaction de ce document, la direction de santé publique révisait son plan d'action régional afin d'établir les orientations et les priorités en promotion de la santé et en prévention des problèmes de santé et psychosociaux pour 2009-2012.

La prévention

La prévention vise à empêcher l'émergence d'un problème lié à la consommation de substances psychoactives et de jeux de hasard et d'argent au sein de la population ou à limiter les conséquences de ce problème chez les personnes dépendantes. Les actions visent la réduction des facteurs de risque associés aux dépendances.

En ce sens, les orientations ministérielles en matière de prévention des toxicomanies publiées en 2001³⁹ ont pour buts de promouvoir la santé et le bien-être de la population et de réduire les problèmes associés à l'usage inapproprié des substances psychoactives. Elles poursuivent les deux objectifs généraux suivants :

- Réduire l'usage inapproprié des substances psychoactives.
- Réduire les méfaits découlant de l'usage inapproprié de ces substances.

Ainsi, la prévention des toxicomanies s'articule autour de trois grandes orientations complémentaires :

- Agir en amont des problèmes d'adaptation sociale;
- Prévenir les risques de conséquences négatives ou l'aggravation des problèmes liés à l'usage inapproprié de substances psychoactives;
- Promouvoir l'adoption de politiques publiques cohérentes en matière de substances psychoactives.

Très peu de programmes et d'activités en prévention des toxicomanies ont fait l'objet d'évaluation tant au Québec qu'à l'étranger. Cependant, les études visant à documenter l'impact de ces programmes auprès des jeunes démontrent que le tiers s'est soldé par des effets iatrogènes. Ces derniers ont entraîné une augmentation de plusieurs, sinon de la majorité des comportements qu'ils visaient à prévenir ou à faire diminuer⁴⁰.

Par ailleurs, d'autres travaux ont été réalisés afin de mieux documenter les meilleures pratiques et les interventions reconnues efficaces en matière de prévention. Ainsi, nous savons que les actions basées uniquement sur les informations et les connaissances ne sont pas suffisantes pour modifier des comportements reliés à la santé et au bien-être⁴¹.

³⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations, axes d'intervention, actions*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec. 55p.

⁴⁰ Vitaro, F (2007). *Prévention des toxicomanies: d'abord, ne pas nuire!* Site internet du Centre Québécois de lutte aux dépendances. www.cqld.ca

⁴¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001), *op. cit.*

Les activités de sensibilisation ponctuelles auprès de groupes de jeunes axées sur la connaissance visuelle des drogues, sur les effets néfastes et les approches répressives n'ont pas d'impact et peuvent même être associées à certains effets pervers. Les actions efficaces et prometteuses visent l'amélioration des compétences (le renforcement de l'estime de soi, le développement d'habiletés sociales), la valorisation d'alternatives à la consommation et l'aménagement de milieux favorables à l'acquisition de saines habitudes de vie⁴².

Au niveau régional, tel que mentionné précédemment, différents groupes communautaires oeuvrent en prévention des dépendances. De plus, depuis la mise sur pied des tables de concertation en alcoolisme-toxicomanie et de leur extension à la problématique plus large des dépendances, de nombreuses actions préventives ont été réalisées auprès de diverses clientèles. Majoritairement de nature informative, il est difficile de chiffrer le nombre de personnes rejointes et les impacts de ces actions.

La détection

Auparavant, le terme employé était « dépistage ». Toutefois, en épidémiologie, ce terme désigne une démarche systématique pour identifier dans une population, apparemment en bonne santé, les personnes susceptibles de présenter une maladie ou un problème. Dans le milieu médical, on utilise « recherche de cas » ou « détection » lorsqu'une démarche vise des personnes venues consulter d'elles-mêmes un service de santé pour n'importe quel autre problème que celui « recherché ». Ainsi, afin d'éviter toute confusion, ce qui était appelé du dépistage est maintenant considéré comme de la détection.

La détection des personnes présentant une consommation à risque ou une dépendance permet d'établir le niveau de sévérité du problème, d'orienter la personne vers la ressource adaptée à ses besoins et d'intervenir rapidement pour prévenir, réduire et traiter l'alcoolisme, la toxicomanie et le jeu pathologique.

Pour ce faire, l'utilisation d'outils validés et standardisés tels que les DÉBA Alcool, DÉBA Drogues, DÉBA Jeu pour les adultes et le DEP Ado pour les jeunes, s'avère essentielle⁴³.

À ce jour, tel que mentionné précédemment, près de 300 intervenants d'organismes et de CSSS ont été formés pour l'utilisation de ces outils. De la formation continue est offerte auprès des intervenants jeunesse (milieux scolaires, organismes communautaires, organismes de justice alternative, etc.) concernant le DEP Ado par la personne responsable au mécanisme d'accès.

L'état de situation de l'offre de services de première ligne en CSSS réalisé à l'automne 2007 a permis de mettre en lumière que la détection se fait de façon inégale d'un territoire à l'autre.

⁴² D'Amours, G., Poissant, J., Laverdure, J. (2007). *Avis scientifique sur les mesures efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Institut national de santé publique du Québec. Présentation Power Point, octobre 2007, 22 p.

⁴³ Ces outils ainsi que les manuels d'utilisation sont disponibles sur le site du RISQ à l'adresse : www.risq-cirasst.umontreal.ca

L'intervention précoce

La détection doit s'accompagner d'une intervention appropriée. Les personnes présentant une problématique importante ou un problème de dépendance doivent être référées vers les services spécialisés. Les personnes présentant de faibles problèmes de consommation constituent la clientèle de services de première ligne et doivent faire l'objet d'interventions brèves.

L'intervention précoce est constituée d'interventions cliniques, généralement individuelles, réalisées dans un contexte de services qui ne sont pas spécialisés en dépendances. Elle inclut, entre autres, la formule conseil, les programmes de consommation contrôlée et l'entrevue motivationnelle.

Hormis le programme de consommation contrôlé Alcochoix + qui s'adresse aux adultes, peu de services sont offerts aux personnes ayant une consommation problématique ou à risque mais ne nécessitant pas de services spécialisés. De plus, comme c'est le cas pour les programmes de prévention, les services offerts et leurs impacts sont très peu évalués.

En ce qui concerne le profil de la clientèle faisant appel aux services de détection et d'intervention précoce, il semble difficile à établir. Les données recueillies dans le système d'information relativement aux actions posées en matière de dépendances en CSSS et aux clientèles rencontrées soulèvent des doutes quant à leur fiabilité. Il semble toutefois que quelques centaines de personnes auraient fait appel aux services des CSSS. Environ la moitié de celles-ci auraient été référées vers les services spécialisés.

Les services spécialisés

Les services spécialisés en dépendances permettent d'améliorer de façon significative la condition des personnes sur les plans psychologique, physique et social en les encourageant à réduire ou cesser leur consommation d'alcool, d'autres drogues et de jeux de hasard et d'argent. Ils impliquent l'offre de services spécialisés d'évaluation et d'orientation, de désintoxication et de réadaptation⁴⁴.

Dans la région, le centre Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec est mandaté pour offrir, en externe ou en interne, des services spécialisés de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes toxicomanes ou à haut risque de toxicomanie, ainsi qu'aux personnes aux prises avec des problèmes de jeu pathologique. Les services s'adressent aux adolescents (en externe seulement), aux adultes hommes et femmes, aux personnes âgées ainsi qu'aux membres de l'entourage soit la famille, les parents, les conjoints ou toute autre personne significative.

⁴⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006), *op. cit.*

Services spécialisés – Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec
Données extraites du rapport annuel 2006-2007

	Services avec hébergement	Services sans hébergement
Distribution par groupe d'âge		
• 0-17 ans	0	493
• 18-24 ans	50	478
• 25-39 ans	208	1280
• 40-64 ans	294	1569
• 65 ans et +	11	81
Total	563	3901
Hommes/Femmes	361 / 202 64 % / 36 %	2313/1588 59 % / 41 %
Durée moyenne de séjour	16 jours	S.O.
Nombre de jours présence	8433	S.O.
Taux d'occupation	77 %	S.O.
Distribution par catégorie de clientèle		
• Alcool (hommes/femmes)	100 / 50 26,7 %	415 / 198 15,7 %
• Drogues (hommes/femmes)	31 / 31 1 %	349 / 145 12,7 %
• Médicaments (hommes/femmes)	2 / 2 0,7 %	14 / 17 0,8 %
• Polytoxicomanie (hommes/femmes)	185 / 104 51,3 %	1199 / 729 49,4 %
• Jeu (hommes/femmes)	43 / 15 10,3 %	201 / 139 8,7 %
• Entourage (hommes/femmes)	S.O.	135 / 360 12,7 %

Par ailleurs, dans le but de répondre à certains besoins spécifiques, Domrémy a développé au cours des années, des services particuliers tels que des services psychologiques, de la désintoxication, un suivi de substitution à la méthadone et des services spécialisés pour les personnes éprouvant des problèmes de santé mentale.

Il importe cependant de préciser que les services avec hébergement s'adressant aux jeunes qui ont des problèmes de surconsommation sont offerts par le Centre Le Grand Chemin pour adolescents depuis octobre 2000. Au cours de l'année 2006-2007, le centre a accueilli un total de 119 jeunes dont 82 (69 %) provenaient de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Ces jeunes ont tous reçu des services conformément au mécanisme d'accès régional.

Les services complémentaires dans les organismes communautaires

En complémentarité avec l'offre de service des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, plusieurs organismes communautaires offrent une variété de services et activités aux personnes aux prises avec des problèmes de dépendances sur le territoire. À travers leur mission respective, ils assurent une réponse aux besoins de la population en termes de prévention, de soutien et d'hébergement.

- 1) Les organismes communautaires dont la mission première est de réaliser des activités de promotion de la santé et de prévention des dépendances sont au nombre de cinq. Leurs actions s'adressent à différentes clientèles et visent à prévenir les problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie et de jeu pathologique.

Organismes communautaires dont la mission première est la promotion-prévention

(Informations tirées des rapports annuels présentés à l'Agence)

Organismes	Activités principales	Clientèle rejointe
Action Toxicomanie Bois-Francis	Prévention Sensibilisation Promotion de la santé Détection Intervention précoce Évaluation Référéce Suivi individuel Accompagnement Formation Soutien	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Parents ✓ Enseignants ✓ Adultes préoccupés par la prévention de la consommation chez les jeunes ✓ Consommateurs âgés entre 10 et 30 ans
Centre l'Étape du bassin de Maskinongé	Prévention Suivi individuel Prévention de la rechute Sensibilisation Référéce Centre de documentation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Travailleurs en entreprise ✓ Personnes âgées ✓ Femmes ✓ Groupes sociaux divers
La Relance Nicolet-Bécancour	Prévention Aide et soutien à la réadaptation Aide et soutien à la famille Réinsertion sociale et professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hommes ✓ Femmes ✓ Jeunes (12 à 17 ans)
Centre d'Entraide aux Rayons du Soleil de Shawinigan	Prévention Thérapie individuelle Aide en milieu de travail Conférences	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hommes (70 %) ✓ Femmes (30 %) ✓ Jeunes (18 à 25 ans) ✓ Milieu scolaire ✓ Clubs sociaux
Unité Domrémy de Plessisville inc.	Prévention Promotion de la santé Suivi individuel Jeu pathologique Consommation de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hommes ✓ Femmes ✓ Travailleurs ✓ Aînés ✓ Intervenants

- 2) Les organismes communautaires offrant aide et soutien aux personnes aux prises avec une problématique de dépendance sont au nombre de trois sur le territoire. Ils complètent l'offre de service des organismes dédiés à la prévention, quant aux activités offertes sur une base externe.

Organismes communautaires dont la mission première est l'aide et le soutien
(Informations tirées des rapports annuels présentés à l'Agence)

Organismes	Activités principales	Clientèle rejointe
Centre Adrienne Roy Shawinigan inc.	Accueil, évaluation et orientation Promotion de la santé Psychothérapie individuelle Thérapies Référence Soutien aux proches Sensibilisation Soutien à l'emploi Meetings AA Conférences	✓ Femmes ✓ Hommes ✓ Jeunes ✓ Aîné(e)s
Maison de Sobriété de Trois-Rivières inc.	Prévention Prévention de la rechute Accueil Aide Sensibilisation Soutien alimentaire Référence Café-rencontre	✓ Femmes ✓ Hommes ✓ Jeunes
Maison « Réso » de la Mauricie	Prévention Soutien Accompagnement Suivi Réinsertion personnelle, sociale et professionnelle Jeu pathologique	✓ Femmes ✓ Hommes

Il est difficile d'évaluer précisément le nombre de personnes rejointes par ces types d'organismes, car les systèmes de collecte de données utilisés diffèrent d'un organisme à l'autre. Les renseignements disponibles ne sont donc pas comparables et ne rendraient pas justice à l'importante contribution de ces groupes.

- 3) La région peut compter sur l'apport de trois organismes communautaires d'hébergement en alcoolisme et toxicomanie répartis sur quatre sites. Ils offrent aide, soutien et thérapie aux adultes aux prises avec des problèmes de dépendances. Les durées de séjour ainsi que les services connexes varient d'un organisme à l'autre.

**Organismes communautaires certifiés par le MSSS et financés
par le programme de soutien aux organismes communautaires**
(Informations tirées des rapports annuels 2006-2007 présentés à l'Agence)

Organisme	Activités principales	Clientèle rejointe
Maison Carignan	Programme interne de 25 semaines Programme d'un mois Programme dépannage de 15 jours Programme d'aide aux travailleurs Programme de substitution à la méthadone Réinsertion sociale	506 personnes ✓ 425 hommes ✓ 81 femmes Âge : 18 à 50 ans Prestataires de l'assistance-emploi : 64 %
Maison du Lac d'Inverness	Programme interne de 28 jours Prévention Promotion de la santé	50 personnes ✓ 33 hommes ✓ 17 femmes Âge : 26 à 50 Adultes en emploi
Pavillon de l'Assuétude Shawinigan	Programme interne de 3 mois Préparation à la réinsertion sociale (1 mois) Programme de réinsertion sociale (3 à 12 mois) Programme de chambres supervisées (3 à 12 mois) Programme de ressourcement (1 mois) Prévention Promotion de la santé	301 personnes ✓ 220 hommes ✓ 81 femmes Âge : 18 à 60 ans Prestataires de l'assistance-emploi : 80 %
Pavillon de l'Assuétude Drummondville	Programme interne de 3 mois Préparation à la réinsertion sociale (1 mois) Programme de réinsertion sociale (3 à 12 mois) Programme de chambres supervisées (3 à 12 mois) Programme de ressourcement (1 mois) Prévention Promotion de la santé	114 personnes ✓ 74 hommes ✓ 40 femmes Âge : 18 à 60 ans Prestataires de l'assistance-emploi : 82%

Signalons qu'en plus des quatre organismes communautaires reconnus au programme de soutien aux organismes communautaire, la région compte 11 organismes privés avec ou sans but lucratif offrant de l'hébergement aux personnes ayant des problèmes de dépendances. Parmi ces ressources, une première offre des services aux adolescents, une deuxième aux communautés autochtones francophones et une troisième s'adresse à la clientèle aux prises avec des problèmes de santé mentale. La capacité totale est de 514 places, qui seraient majoritairement occupées par des adultes, principalement des hommes, provenant de l'extérieur de la région. Parmi ces organismes, six ont obtenu la certification du MSSS, une ressource a déposé une demande et, sept n'ont pas, à ce jour, manifesté l'intention de le faire.

La région compte également différentes associations d'entraide telles qu'Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes, Gamblers Anonymes, Alanon-Alateen qui se réunissent sur une base régulière et à l'intérieur desquelles les personnes dépendantes et leur entourage peuvent obtenir du soutien.

- 4) Par ailleurs, certains organismes communautaires dont la mission principale est différente des organismes œuvrant en alcoolisme, toxicomanie et dépendances, interviennent aussi auprès de cette clientèle. Les organismes de travail de rue, les organismes d'hébergement communautaire jeunesse ainsi que certains organismes d'hébergement en urgence sociale sont des collaborateurs importants. Par leurs actions préventives, leur accompagnement auprès de la clientèle et les références qu'ils assurent, ces organismes favorisent l'utilisation des services auprès des individus en problématique importante.

Les ressources financières

Dans le cadre des nouveaux modes d'allocation des ressources inter régionales, le contour financier des programmes services est établi en conformité avec les orientations ministérielles depuis 2004. Il est à noter que désormais ces contours financiers reflètent uniquement les ressources financières consacrées à ces programmes services. Il est d'ailleurs possible de constater que le financement alloué en dépendances a connu une augmentation significative entre 1999 et 2006. Cette augmentation s'explique principalement par une préoccupation réelle de la région concernant cette problématique et par l'exercice de priorisation budgétaire de l'Agence au cours des dernières années pour soutenir les actions en matière de dépendances.

En 1999, afin de soutenir les activités préventives prioritaires dans le cadre des tables de concertation en alcoolisme et toxicomanie, un montant de 150 000 \$ était versé en fiducie aux CLSC de la région. Le CRPAT recevait, de son côté pour l'année financière 1998-1999, une somme totalisant 2,8 M \$, dont 2,1 M \$ était alloué pour le service de dépendances alors que le solde de 700 000 \$ finançait les services d'administration, de soutien et gestion des bâtiments et des équipements. Un montant de 320 000 \$ était également versé aux organismes communautaires œuvrant dans le secteur des dépendances.

Pour l'exercice financier 2006-2007, les CSSS ont reçu la somme de 510 000 \$ dont 245 000 \$ en fiducie pour les activités de prévention déterminées par les membres des tables de concertation en dépendances. Un montant total de 5,5 M \$ a été versé au CRPAT, soit 4,5 M \$ pour le programme service en dépendance et le solde de 1 M \$ pour les programmes soutien tel que l'administration et la gestion des bâtiments et des équipements. Un montant de 1,4 M \$ a été versé aux organismes communautaires en dépendances.

Ainsi, les ressources financières allouées uniquement pour le programme service en dépendances sont passées de près de 2,6 M \$ en 1998-1999 à 6,4 M \$ en 2006-2007.

L'exercice de révision des orientations a permis de mettre en lumière l'évolution importante qu'a connue le secteur des dépendances au cours des dernières années, tant en ce qui a trait à l'amélioration des connaissances, à l'enracinement d'une culture de partenariat, qu'à l'augmentation des ressources allouées pour prévenir, réduire, limiter et traiter les problèmes de dépendances.

Il a, en contre partie, permis de faire ressortir quelques lacunes en matière d'accessibilité, de continuité et de qualité des services offerts à la population, notamment en ce qui concerne :

- les services de promotion, de prévention, de détection et d'intervention précoce;
- la complémentarité et l'intégration des services en première ligne;
- la cohésion en matière de financement et d'imputabilité;
- les services relativement à la double problématique santé mentale et dépendances;
- le financement des organismes communautaires offrant de l'hébergement reconnu au programme de soutien aux organismes communautaires;
- l'importance accordée aux meilleures pratiques;
- l'accès à des services médicaux pour les personnes dépendantes;
- le monitoring des actions posées;
- l'approche de réduction des méfaits;
- l'absence de plan d'action.

Orientations régionales en dépendances 2008-2012



À l'instar du *Plan d'action interministériel en toxicomanie et de l'offre de service en dépendances 2007-2012* du MSSS, les orientations régionales sont basées, sur cinq principes mobilisateurs qui tiennent compte des dernières tendances et des plus récentes connaissances scientifiques dans le domaine.

| Une intervention adaptée

La consommation de substances psychoactives, tout comme les habitudes de jeu, s'inscrit sur une trajectoire allant d'un usage récréatif jusqu'à un diagnostic de dépendance incluant l'ensemble des souffrances qu'elle entraîne. Ainsi, les besoins de la population en matière de services se situent dans une gradation allant de l'information aux interventions adaptées pour les clientèles cibles, à risque et

dépendantes⁴⁵. La dépendance s'inscrit également dans la relation unique et dynamique qu'une personne entretient avec l'objet de consommation, son milieu de vie et la société dans laquelle elle évolue. L'intervention pour être efficace doit donc être adaptée aux besoins des personnes.

Les orientations ciblent toutes les personnes susceptibles de développer un problème de dépendances. Toutefois, certaines clientèles ayant des besoins particuliers nécessitent une attention particulière, tant en ce qui concerne la prévention, la détection, l'intervention précoce que le traitement. Ces clientèles sont :

- les jeunes et les jeunes en difficulté;
- les femmes et les mères de jeunes enfants;
- les autochtones;
- les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale;
- les utilisateurs de drogues injectables.

I Une responsabilité individuelle

Les orientations misent 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. En ce sens, elles privilégient les interventions qui mettent à contribution leurs aptitudes individuelles et qui encouragent l'autonomie.

I Une responsabilité collective

Les orientations sont également basées sur le principe que la prévention, la réduction des risques et l'atténuation des conséquences associées aux dépendances incombent à la fois à l'individu et à l'ensemble de la collectivité.

I Des actions fondées sur la connaissance et l'expérience

Les connaissances dans le domaine des dépendances sont en constante évolution. Les orientations prennent assises sur les connaissances actuelles des manifestations et des modes de consommation, des risques et des conséquences potentielles, notamment en intégrant les meilleures pratiques ou celles qui sont prometteuses.

⁴⁵ Agence de développement de réseaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2005a), *op. cit.*

I La concertation, condition essentielle

Agir sur la problématique des dépendances est complexe et commande l'utilisation de stratégies pluralistes. Ainsi, on reconnaît aujourd'hui qu'intervenir dans le domaine de la dépendance ne peut se faire sans concertation. Il importe de se rappeler que la concertation est une nécessité et exige une coordination des actions et de leur intégration, tant au plan régional que local.

Les priorités proposées

Les orientations régionales en dépendances visent à prévenir, réduire, traiter les problèmes de dépendances et limiter les conséquences négatives qui y sont associées. Elles reposent sur trois objectifs visant à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement des personnes dans le réseau : l'accessibilité, la continuité et la qualité.

I L'accessibilité

Outre la disponibilité d'une large gamme de services, l'accessibilité réfère à plusieurs dimensions d'ordre géographique, temporel, d'optimisation des mécanismes de référence, de proximité, d'entrée dans le système de soin, de réduction des inégalités, et d'acceptabilité.

Ainsi, les priorités en matière d'accessibilité sont :

- Développer et consolider les services de première ligne en dépendances auprès de la population générale et des personnes ayant des besoins particuliers, notamment en matière de prévention, de détection, d'intervention précoce et de référence vers les services spécialisés.
- Consolider les collaborations en vue d'adapter les services aux clientèles ayant des besoins particuliers.
- Améliorer la couverture de services de réadaptation pour les clientèles ayant des besoins particuliers.
- Favoriser, pour la clientèle dépendante, l'accès à des services médicaux.

I La continuité

La continuité implique le passage sans rupture entre les différents niveaux de services et entre les différentes organisations. Ainsi, toutes les organisations ont une responsabilité pour favoriser la continuité⁴⁶. Elle inclut la prise en charge, l'accompagnement et le soutien des personnes ainsi que la mise en place de mécanismes de référence et de transfert qui précisent les responsabilités réciproques.

⁴⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004) *Projets cliniques - Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Document principal. Gouvernement du Québec. 76 p.

Les priorités en matière de continuité sont :

- Améliorer la complémentarité des contributions attendues entre les partenaires.
- Favoriser l'intégration des services auprès des clientèles ayant des besoins particuliers.
- Améliorer le partenariat intersectoriel afin de maximiser le développement de l'autonomie des personnes dépendantes.

I La qualité

La qualité réfère également à plusieurs dimensions dont la prestation de services sécuritaires donnés par du personnel compétent, la pertinence des interventions offertes, le respect par les intervenants des normes professionnelles et l'application des meilleures connaissances disponibles. Les organisations demeurent évidemment imputables des services qu'elles offrent selon leur mandat.

Les priorités en matière de qualité sont :

- Appuyer les actions, les interventions, les innovations et le développement en matière de prévention, d'intervention et de traitement sur des résultats probants et les meilleures pratiques.
- Établir un cadre de gestion afin d'assurer le monitoring des services en dépendances.
- Poursuivre le développement des connaissances scientifiques concernant les caractéristiques des personnes vulnérables, les comportements à risque, l'incidence des problématiques de dépendances sur les différentes sphères de vie des personnes, les pratiques prometteuses et celles reconnues efficaces.
- Favoriser l'amélioration continue des connaissances et des compétences des intervenants œuvrant auprès des clientèles dépendantes.

Stratégies d'action

I Orientations liées à l'accessibilité

-
- 1 Développer et consolider les services de première ligne en dépendances auprès de la population générale et des personnes ayant des besoins particuliers, notamment en matière de prévention, de détection, d'intervention précoce et de référence vers les services spécialisés.
-

I Actions

Promotion de la santé

- 1.1 Poursuivre les actions identifiées dans le Plan d'action régional de Santé publique 2009-2012 et dans les plans d'action locaux de santé publique, dont celles relatives aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance ainsi que dans le cadre de l'approche École en santé.

- 1.2 Diffuser de l'information cohérente et crédible concernant la consommation d'alcool, d'autres drogues et de jeux de hasard et d'argent auprès de la population.
-

Prévention

- 1.3 Faire le bilan des activités préventives réalisées en matière de dépendances dans la région et identifier celles qui sont prometteuses.
 - 1.4 Renforcer les actions préventives efficaces auprès des clientèles ayant des besoins particuliers.
 - 1.5 Poursuivre les efforts de sensibilisation concernant les pratiques à risque telles que le calage d'alcool et la conduite avec capacités affaiblies.
-

Détection

- 1.6 Élaborer et implanter une politique de détection concernant les dépendances incluant la détection systématique auprès des clientèles ayant des besoins particuliers.
 - 1.7 Assurer la formation et le maintien des connaissances des intervenants concernant l'utilisation des outils validés en matière de détection.
 - 1.8 S'assurer que chaque CSSS dispose d'au moins un intervenant professionnel à temps complet dédié spécifiquement au programme Dépendances.
-

Intervention précoce

- 1.9 Intégrer le domaine des dépendances dans les pratiques cliniques préventives des médecins et autres professionnels de la santé, notamment par l'application de la formule conseil auprès des clientèles vulnérables dans les CSSS et les GMF.
 - 1.10 Assurer la formation et le maintien des connaissances des intervenants en matière d'intervention précoce.
 - 1.11 Terminer le déploiement du programme de consommation contrôlée s'adressant aux adultes Alcochoix+.
 - 1.12 Développer des pratiques d'interventions spécifiques de première ligne en dépendances et rendre accessibles des outils d'intervention efficaces s'adressant aux personnes à risque.
-

Référence

- 1.13 Favoriser l'implantation et la consolidation d'un système régional d'évaluation des besoins de la clientèle adulte pour l'accès aux services spécialisés, incluant les besoins d'hébergement, sous la responsabilité du CRPAT.
 - 1.14 Promouvoir, auprès des partenaires, l'existence et l'utilisation du mécanisme d'accès jeunesse.
-

Réduction des méfaits

1.15 Renforcer les initiatives visant la réduction des méfaits associés à la consommation telles que la prévention du passage à l'injection et la distribution de matériel d'injection.

1.16 Consolider le programme de substitution à la méthadone.

2 Consolider les collaborations en vue d'adapter les services aux clientèles ayant des besoins particuliers.

Actions

2.1 Clarifier les corridors de services entre les organismes hors région offrant de l'hébergement aux jeunes éprouvant des difficultés particulières et le mécanisme d'accès jeunesse régional.

2.2 Établir des conventions entre les GMF, les cliniques privées et les établissements du réseau public concernant l'intervention auprès des clientèles dépendantes.

2.3 Assurer la réalisation des ententes entre le CRPAT et le centre jeunesse pour faciliter les interventions auprès des jeunes en difficulté, des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants.

3 Améliorer la couverture de services de réadaptation pour les clientèles ayant des besoins particuliers

Action

3.1 Consolider le financement des services spécialisés de réadaptation s'adressant aux clientèles ayant des besoins particuliers.

4 Favoriser, pour la clientèle dépendante, l'accès à des services médicaux.

Actions

4.1 Explorer et expérimenter différentes pistes d'amélioration avec le Département régional de médecine générale (conditions d'exercices, coaching, préceptorat).

4.2 Intégrer un volet portant sur les dépendances dans le cadre de la formation des médecins omnipraticiens.

4.3 À partir de l'identification des besoins, mettre en place des mesures de support à l'attention des médecins prescripteurs de méthadone et des pharmaciens.

| Orientations liées à la continuité

5 Améliorer la complémentarité des contributions attendues entre les partenaires.

| Actions

- 5.1 Considérer la contribution des organismes communautaires dans le cadre des réseaux locaux de services intégrés en matière de dépendances.
 - 5.2 Confier aux CSSS, en collaboration avec leurs partenaires, le développement de plans locaux de mise en œuvre des orientations régionales en dépendances et s'assurer de l'existence et du bon fonctionnement des mécanismes de concertation appropriés.
-

6 Favoriser l'intégration des services auprès des clientèles ayant des besoins particuliers.

| Actions

- 6.1 S'assurer que des dispositions visant à faciliter la référence bidirectionnelle soient intégrées dans les ententes entre les CSSS et le CRPAT.
- 6.2 Considérer les besoins spécifiques des clientèles ayant des besoins particuliers dans les ententes de collaboration entre les établissements du réseau public et les organismes communautaires concernés.
- 6.3 S'assurer que les établissements et organismes concernés prennent les moyens pour favoriser la simultanéité des interventions, notamment auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale.
- 6.4 Prioriser les clientèles ayant des besoins particuliers au sein des CSSS, du CRPAT et des organismes concernés afin de faciliter l'intervention simultanée, notamment pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale.
- 6.5 Élaborer des plans de services individualisés dans le cadre des interventions auprès des clientèles ayant des besoins particuliers.
- 6.6 Solliciter la collaboration du centre de réadaptation Interval afin de documenter la problématique de dépendances chez la clientèle ayant subi un traumatisme cranio-cérébral.

-
- 7 Améliorer le partenariat intersectoriel afin de maximiser le développement de l'autonomie des personnes dépendantes.
-

| Actions

- 7.1 Diffuser les orientations régionales en dépendances auprès des partenaires intersectoriels.
- 7.2 Développer, poursuivre et intensifier l'expérimentation de projets avec les partenaires intersectoriels tels que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, la Société de développement économique de Drummondville, la Société des salons de jeux du Québec et les MRC.
-

| Orientations liées à la qualité

- 8 Appuyer les actions, les interventions, les innovations et le développement en matière de prévention, d'intervention et de traitement sur des résultats probants et les meilleures pratiques.
-

| Actions

- 8.1 Identifier et faire connaître les meilleures pratiques en matière de prévention, d'intervention et de traitement des dépendances.
- 8.2 Déterminer des lignes directrices ainsi que des balises basées sur les connaissances actuelles concernant les meilleures pratiques afin d'outiller les acteurs locaux et de renforcer l'efficacité des mesures et des actions déployées en matière de prévention des dépendances.
- 8.3 Promouvoir la réalisation d'initiatives reposant sur les meilleures pratiques.
- 8.4 Faire des représentations auprès du MSSS afin que le processus de certification devienne obligatoire pour l'ensemble des groupes offrant de l'hébergement en dépendances.
- 8.5 Consolider le financement des organismes communautaires d'hébergement en dépendances qui sont reconnus et financés par l'Agence, et ce, en considérant les pratiques des groupes au regard de la tarification de leurs services.
-

- 9 Établir un cadre de gestion afin d'assurer le monitoring des services en dépendances.
-

| Actions

- 9.1 Établir un plan intégré de monitoring des services offerts en dépendances.
- 9.2 Associer le financement à une reddition de comptes basée sur les résultats.
-

10 Poursuivre le développement des connaissances scientifiques concernant les caractéristiques des personnes vulnérables, les comportements à risque, l'incidence des problématiques de dépendances sur les différentes sphères de vie des personnes, les pratiques prometteuses et celles reconnues efficaces.

| Actions

10.1 Évaluer les effets des actions et des programmes existants.

10.2 Explorer, avec un cadre évaluatif rigoureux, des pratiques expérimentales.

10.3 Faciliter la réalisation de projets de recherche visant à documenter la problématique des dépendances, les phénomènes en émergence et leurs impacts sur la santé et le bien-être de la population.

11 Favoriser l'amélioration continue des connaissances et des compétences des intervenants oeuvrant auprès des clientèles dépendantes.

| Actions

11.1 Développer un plan de formation continue afin d'assurer le maintien des connaissances et des compétences des intervenants.

Conclusion



La problématique des dépendances et les conséquences qui y sont associées est un phénomène préoccupant. Le document présentant les orientations régionales en dépendances est un outil que l'on veut mobilisateur. L'Agence de la santé et des services sociaux souhaite que celui-ci suscite une grande adhésion et l'engagement des acteurs concernés par la problématique.

Son adoption par le conseil d'administration a conduit la direction des services sociaux à proposer un plan de mise en œuvre des actions prioritaires. Des activités sont également prévues afin d'en faire une large diffusion, de favoriser son appropriation par l'ensemble des partenaires et contribuer ainsi à une vision cohésive nécessaire dans le but de relever les défis qui s'offrent à nous en matière de dépendances.

Bibliographie



Agence de développement de réseaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2005a) *Balises relatives à la hiérarchisation des services et au partage des responsabilités des établissements en Mauricie et au Centre-du-Québec pour le programme-services Dépendances (adulte)*. 37 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2005b). *Déploiement des services de première ligne en alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique. Mise en contexte*. 13 p.

Agence de développement de réseaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2004) *Modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Mauricie et au Centre-du-Québec*. 89 p.

Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2007). *Toxicomanie au Canada : Pleins feux sur les jeunes*. Ottawa. 49 p.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2004). *L'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. La prévalence de l'usage et les méfaits : points saillants*. Ottawa. 12 p.

Coderre, R. et Leclerc, A. (2005). *Enquête sur la santé et le bien-être des jeunes du secondaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec*. Agence de développement de réseaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. 94 p.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT), (2003). *La consommation de psychotropes : portrait et tendances au Québec*. Gouvernement du Québec. 48 p.

D'Amours, G., Poissant, J., Laverdure, J. (2007). *Avis scientifique sur les mesures efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Institut national de santé publique du Québec. Présentation Power Point, octobre 2007, 22 p.

Demers, A., Paradis, C., Picard, É., (2007). *Y aura-t-il un lendemain de veille à la modération ?* Groupe de Recherche sur les Aspects Sociaux de la Santé et de la Prévention. Université de Montréal. Présentation aux Journées annuelles de santé publique, 23 novembre 2007. 6 p.

Dubé, G. et al. (2007). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006*. Québec, Institut de la statistique du Québec. 188 p.

Éduc'alcool, (2007). *Les Québécois et l'alcool*. Éduc'alcool. Sondage du 19 février au 5 mars 2007. 56 p.

Institut national de santé publique du Québec (2007). *Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC : revue systématique de la littérature et validation empirique*. Gouvernement du Québec, 151 p.

Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec, (2006a). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques* - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population. Gouvernement du Québec. 659 p.

Institut national de santé publique du Québec, (2006b). *Représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et perceptions des messages de prévention chez des femmes enceintes*. Direction développement des individus et des communautés. Gouvernement du Québec. 63 p.

Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sévigny, S., Hamel, D., et Allard, D. (2004). *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*. Québec et Montréal, Université Laval et Institut national de santé publique du Québec. 83 p.

Lévy, J. Joseph et Garnier, C., (2006). *Drogues, médicaments et sexualité*. Drogues, santé et société, vol. 5, no 2. pp. 11-48.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, (2007). *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*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec. 55 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, (2006). *Unis dans l'action - Plan d'action interministériel en Toxicomanie 2006-2011*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec. 80 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004) *Projets cliniques - Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*- Document principal. Gouvernement du Québec. 76 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Direction générale de la santé publique. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec. 133 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, (2002). *Agir Ensemble. Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec. 40 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations, axes d'intervention, actions*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec. 55 p.

Poole, N. et Dell, C.A., (2005). *Toxicomanie au féminin*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. 16 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2002) *Plan d'action régional sur le jeu pathologique*. Groupe santé sociale. 28 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (1999). *Les orientations régionales en alcoolisme et toxicomanie*. 36 p.

Santé Canada et le Centre québécois de lutte aux dépendances (2007). *Portrait de l'environnement : Consommation et abus de drogues, d'alcool et d'autres substances*. Santé Canada. 97 p.

Statistique Canada, (2005). *Microdonnées à grande diffusion du Cycle 3.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Dans un rapport produit par l'Infocentre de santé publique de l'Institut national de santé publique du Québec. 15 p.

Statistique Canada, (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : santé mentale et bien-être, cycle 1.2*. Ottawa.


Vitaro, F. (2007). *Prévention des toxicomanies: d'abord, ne pas nuire!* Site internet du Centre Québécois de lutte aux dépendances. www.cqld.ca




| Liste des partenaires ayant participé à la consultation

Action toxicomanie Bois-Francis
Association des parents et amis du malade émotionnel du Centre du Québec inc.
CEGEP de Trois-Rivières
CEGEP de Victoriaville
Centre Adrienne Roy Shawinigan inc.
Centre de réadaptation InterVal
Centre d'entraide aux Rayons du soleil inc.
Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Centre jeunesse, direction de la protection de la jeunesse
Centre l'Autre Côté de l'Ombre
Centre L'Étape du bassin de Maskinongé inc.
CIBES de la Mauricie
Collège Shawinigan
Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
Commission scolaire Chemin-du-Roy
CSSS Arthabaska-Érable, Table de concertation sur les dépendances
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
CSSS de l'Énergie
CSSS du Haut-Saint-Maurice
Départ jeunesse inc.
Direction régionale Emploi Québec Mauricie
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec
École secondaire les Seigneuries/CS de la Riveraine
École secondaire Val Mauricie
Emploi-Québec

Françoise Côté et Sarah Amélie Mercure
GMF de Grand-Mère
GMF MRC de Bécancour
La Maison de l'Abondance
La maison Le Réverbère inc.
La Relance Nicolet-Bécancour inc.
L'Accueil jeunesse Grand-Mère inc.
Les Artisans bénévoles de la paix en Mauricie
Maison de sobriété Trois-Rivières inc.
Maison de Transition de la Batiscan
Maison des jeunes de Ste-Gertrude et de Bécancour
Maison des jeunes de St-Georges de Champlain
Point de rue
Table des directeurs en santé mentale et dépendance Mauricie Centre-du-Québec
Table des directeurs enfance-jeunesse-famille, santé publique et déficience intellectuelle
Toit Jef inc.
Trait d'union de Victoriaville
Travailleurs de rue de La Tuque inc.



Le visuel des pommes symbolise la vie, mais aussi la tentation du fruit défendu! Le slogan à caractère populaire rappelle, sans jugement, que nos actions visent l'autonomie des personnes, le contraire de la dépendance. Le continuum de services est représenté par les couleurs des pommes qui font référence aux feux vert, jaune et rouge utilisés dans les outils reconnus de détection des habitudes de consommation des personnes, permettant ainsi de les orienter vers les services adaptés à leurs besoins.



Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Québec 