

*ORIENTATIONS RÉGIONALES*  
*Programme-services Dépendances*

*2010-2015*

*Adoptées au conseil d'administration du*  
*11 mai 2010*

**Ce document a été produit par :**

Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord  
691, rue Jalbert  
Baie-Comeau (Québec) G5C 2A1  
Téléphone : 418 589-9845  
Télécopieur : 418 589-8574

© Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord,  
Baie-Comeau, 2010

Dépôt légal – 2<sup>e</sup> trimestre 2010  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque et Archives Canada  
Bibliothèque de l'Assemblée nationale  
ISBN 978-2-89003-224-8

## Remerciements

Ces orientations régionales relatives aux dépendances ont pu voir le jour grâce à l'implication soutenue et dynamique des membres du Comité de concertation régional en dépendances.

Mesdames :

- ♦ Linda Belzile, Regroupement Mamit Innuat
- ♦ Danie Chamberland, CSSS de l'Hématite
- ♦ Manon Couture, CSSS de Port-Cartier
- ♦ Sylvie Dugas, CSSS de Port-Cartier
- ♦ Mélanie Dumont, Centre d'intervention Le Rond-Point
- ♦ Élane Jolin, CSSS de la Haute-Côte-Nord
- ♦ Lise Laflamme, Unité Domrémy de Baie-Comeau inc.
- ♦ Karine Landry, CPRCN, Direction des services et des programmes en dépendances
- ♦ Geneviève Lavoie, CSSS de la Haute-Côte-Nord
- ♦ Maryse Pérusse, CSSS de la Haute-Côte-Nord
- ♦ Nicole Porlier, Point de rencontre inc.
- ♦ Guylaine Vaillancourt, CSSS de Sept-Îles

Monsieur :

- ♦ Jean-François Albert, Centre d'intervention Le Rond-Point

Animation et rédaction : Madame Catherine Girard, agente de planification, de programmation et de recherche, Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.

Supervision : Monsieur Réal Castonguay, directeur de l'organisation des services, et monsieur André Prévost, directeur des services sociaux et communautaires, Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.

Mise en page : Madame Odette Laflamme, agente administrative.

De plus, nous tenons à remercier les différents comités consultatifs pour leurs judicieux commentaires.

- ♦ Comité de liaison (organismes communautaires).
- ♦ Comité de gestion du réseau (CGR).
- ♦ Commission infirmière régionale (CIR).
- ♦ Commission multidisciplinaire régionale (CMuR).
- ♦ Conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.
- ♦ Département régional de médecine générale (DRMG).
- ♦ Madame Lisette Pineault, agente de liaison auprès des communautés autochtones, Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.
- ♦ Table régionale des organismes communautaires (TROC).
- ♦ Table régionale intersectorielle en prévention, promotion et services (TRIPPS).

## Liste des sigles

Agence	:	Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
CAT	:	Centre d'abandon du tabagisme
CCR	:	Comité de concertation régional
CGR	:	Comité de gestion du réseau Côte-Nord
CH	:	Centre hospitalier
CLSC	:	Centre local de services communautaires
CMuR	:	Commission multidisciplinaire régionale
CPRCN	:	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
CRD	:	Centre de réadaptation en dépendances
CRPAT	:	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes
CSSS	:	Centre de santé et de services sociaux
DRMG	:	Département régional de médecine générale
MELS	:	Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sports
MRC	:	Municipalité régionale de comté
MSSS	:	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	:	Organismes communautaires
PAR-PAL	:	Plan d'action régional et plan d'action local de santé publique 2008-2010
PCP	:	Pratiques cliniques préventives
PNLAADA	:	Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones
PROS	:	Plan d'action régional d'organisation des services
SIPPS	:	Stratégie intégrée en promotion et prévention de la santé 2008-2012
SP	:	Sécurité publique, appelée aussi, corps policiers municipaux et autochtones

## Table des matières

1.	Contexte de l'élaboration des orientations régionales .....	1
1.1	Modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).....	1
1.2	Définition du programme-services et interfaces avec les autres programmes-services et secteurs d'activité.....	3
1.3	Historique du programme-services.....	4
2.	État de situation sur la Côte-Nord.....	5
2.1	Portrait de la population ciblée par le programme-services .....	6
	♦ Services offerts auprès de la clientèle autochtone.....	6
	♦ Profil des consommateurs de services .....	8
	♦ Données provinciales et régionales.....	9
	♦ Clientèle particulière : Les jeunes, l'alcool et les autres drogues.....	14
2.2	Gamme de services offerts par le réseau et les partenaires.....	17
	♦ Services offerts par les CSSS.....	20
	♦ Services offerts par le CRD (CPRCN - Centre Le Canal) .....	24
	♦ Services offerts par les organismes communautaires .....	26
2.3	Indicateurs de gestion du programme-services et données d'utilisation des services .....	28
2.4	Historique des ressources financières investies dans les programmes-services.....	28
2.5	Écart entre les orientations ministérielles et l'offre de service régionale.....	29
3.	Orientations et priorités régionales 2010-2015 .....	31
3.1	Principes directeurs .....	31
3.2	Orientations régionales 2010-2015 : Priorités proposées .....	33
	♦ Recommandations générales .....	33
	♦ Recommandations pour les CSSS .....	34
	♦ Recommandations pour le CRD (CPRCN - Centre Le Canal).....	38
	♦ Recommandations pour les organismes communautaires .....	41
3.3	Rôles et responsabilités.....	43
	♦ Trajectoire régionale de services en dépendances.....	44
4.	Conclusion et perspectives.....	45
Annexe A :	Priorités retenues dans le PROS, 1993 .....	47
Annexe B :	Carte de la région de la Côte-Nord .....	51
Annexe C :	Grilles d'implantation .....	55
	Références bibliographiques .....	77



## 1. Contexte de l'élaboration des orientations régionales

### 1.1 Modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

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 troisième ligne <sup>1</sup>.

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.

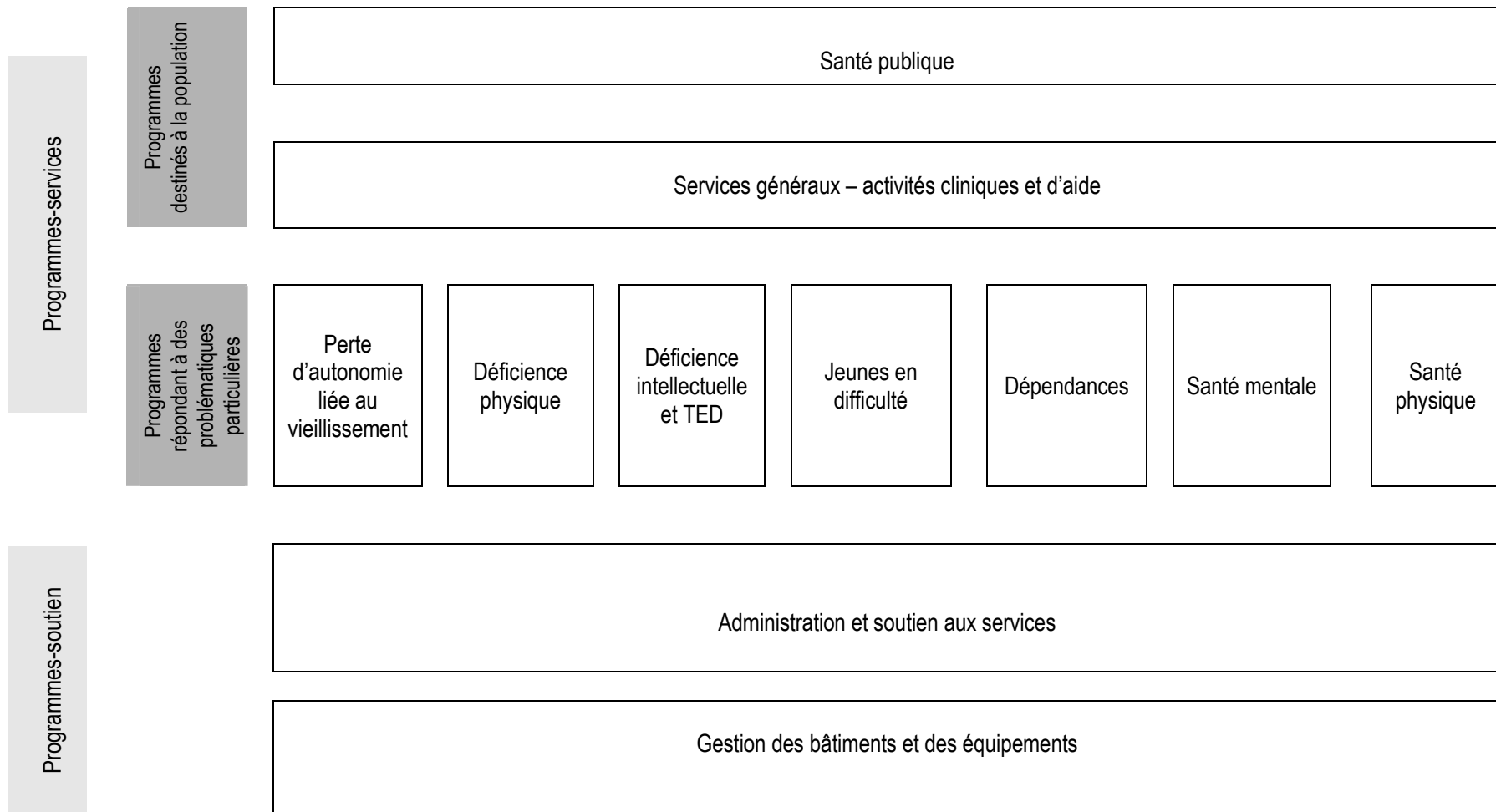
En 2004, le MSSS déposait un document de référence intitulé : « L'architecture des services en santé et services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien ». Ce document décrit la nouvelle configuration des programmes qui découpe maintenant l'activité du système de santé et de services sociaux. Les programmes-services remplacent désormais les programmes-clientèles et l'on crée des programmes-soutien qui sont de nature administrative et technique.

Cette configuration est décrite dans le schéma suivant. Les programmes-services regroupent ceux destinés à la population (santé publique et les services généraux – activités cliniques et d'aide) et ceux qui répondent à des problématiques particulières (perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, déficience intellectuelle et TED, jeunes en difficulté, dépendances, santé mentale et santé physique). De plus, les programmes-soutien sont représentés par l'administration et le soutien aux services et la gestion des bâtiments et des équipements. Tel que décrit, le programme-services Dépendances se retrouve dans celui répondant à des problématiques particulières.

---

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *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, 2007*, Direction des communications, gouvernement du Québec, 58 p.

## CONFIGURATION DES PROGRAMMES-SERVICES <sup>2</sup>



2. MSSS, 2004. *L'Architecture des services en santé et services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien*, 30 p.



## 1.2 Définition du programme-services et interfaces avec les autres programmes-services et secteurs d'activité

Le programme-services Dépendances regroupe les services destinés aux personnes qui ont des comportements à risque au regard de la consommation de psychotropes ou des jeux de hasard et d'argent ou qui présentent des problèmes d'abus ou de dépendances. Ce programme comprend aussi des services destinés aux familles et aux proches des personnes dépendantes.

Le but du programme est de prévenir, réduire et traiter les problèmes de dépendances par le déploiement et la consolidation d'une gamme de services sur l'ensemble du territoire québécois.

Dans la configuration des programmes du réseau de la santé et des services sociaux, le contour financier du programme-services Dépendances est, entre autres, constitué des services offerts par le CSSS dans les centres d'activité « services psychosociaux ». Ces services sont les suivants :

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

Le contour financier inclut également les services spécialisés de réadaptation et de réinsertion donnés par les CRD (anciennement CRPAT) et est constitué par les centres d'activité « alcool, drogues et jeu pathologique ». Les services offerts sont les suivants :

- ◆ Programme régional d'évaluation spécialisée;
- ◆ Désintoxication externe intensive;
- ◆ Désintoxication avec hébergement;
- ◆ Réadaptation interne et externe (incluant maintien à la méthadone);
- ◆ Réinsertion sociale;
- ◆ Soutien à l'entourage.

En résumé, les responsabilités dévolues aux établissements sont illustrées dans le tableau suivant :

### Services relevant des CSSS et services spécialisés relevant des CRD

CSSS	CRD
➤ Détection et orientation vers des services appropriés.	➤ Programme régional d'évaluation spécialisée.
➤ Intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation.	➤ Réadaptation externe et interne.
➤ Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé.	➤ Réinsertion sociale.
➤ Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone.	➤ Désintoxication externe intensive et désintoxication avec hébergement.
➤ Désintoxication externe et interne et suivi psychosocial.	➤ Soutien à l'entourage.

### 1.3 Historique du programme-services

Le 18 mars 2008, le CGR approuvait la création d'un mécanisme de concertation en lien avec la clientèle vivant une problématique en dépendances. Le mandat de ce comité de concertation est de procéder à la définition de ces orientations régionales afin de disposer chacun des CSSS à élaborer leur projet clinique local en dépendances sur leur territoire. Dès septembre 2008, l'Agence entreprend, en collaboration avec ce comité régional, le début des travaux visant à élaborer ces orientations régionales.

Auparavant, 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 en santé et services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien (2004);
- ♦ Unis dans l'action : Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 (2006);
- ♦ Unis dans l'action : Plan d'intervention sur la méthamphétamine et les autres drogues de synthèse (2006);
- ♦ 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, Programmes-services Dépendances, Offre de service 2007-2012 (2007);
- ♦ Unis dans l'action : Guide d'implantation des équipes de liaison spécialisées en dépendances dans les urgences hospitalières (2008).

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.

En 2007, le MSSS publiait l'offre de service en dépendances, 2007-2012. Ce document détaille les services qui doivent être offerts par les agences, les CSSS, les CH, les CRPAT, les organismes communautaires et les autres partenaires du réseau. Il définit aussi les rôles et responsabilités de chaque partenaire. Le cadre s'inspire de plusieurs principes directeurs, celui de la hiérarchisation des services et celui de la responsabilité populationnelle.

En 1993, un plan d'action régional en toxicomanie est élaboré. Ce plan émet des orientations régionales sur les services offerts en promotion, prévention et réadaptation de la toxicomanie. Le PROS définit le plan régional d'organisation des services requis (pages 74 à 81). En résumé, les priorités retenues sont élaborées à l'annexe A.

Dans les années suivantes, le processus d'implantation de ces priorités et de ce plan d'action n'a pas été évalué. De ces orientations régionales, des ententes de service ont été conclues entre le CPRCN - Centre Le Canal et les différents CSSS.

Ces ententes datent du début des années 1990 et encadrent les modalités de cohabitation puisque les intervenants du CPRCN - Centre Le Canal utilisaient des bureaux à même les établissements des CSSS.

Aujourd'hui, cette réalité n'existe plus pour les territoires de Sept-Îles et Baie-Comeau. En 2010, elle n'existera plus en Haute-Côte-Nord. De plus, ces ententes relaient des prêts de service pour les activités de prévention et promotion.

À la suite de la diffusion de ces orientations en 1993, la Table régionale intersectorielle en prévention et promotion a vu le jour. Elle est constituée de représentants du milieu scolaire, de la sécurité publique et du réseau de la santé et des services sociaux. Son mandat est d'assurer l'intersectorialité et la cohérence entre ces réseaux pour les services offerts en toxicomanie. Aujourd'hui, cette table est devenue le mécanisme régional de l'entente MELS-MSSS et la dimension des services y a été ajoutée.

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

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

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 associées, a amené l'Agence à revoir ses orientations régionales en dépendances.

## **2. État de situation sur la Côte-Nord**

Avant de débiter le portrait de la population, il importe d'illustrer le contexte géographique de la Côte-Nord. La région s'étend de Tadoussac à Blanc-Sablon, en passant par l'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et de Schefferville, sur une distance d'environ 1 200 kilomètres. La Côte-Nord compte 95 290 habitants selon les plus récentes projections de population fournies par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) (été 2009)<sup>3</sup>. Les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent un peu plus de la moitié des habitants de la région, soit 50,7 %. Une quarantaine de municipalités, dont certaines ne sont pas reliées par voie terrestre, sont disséminées sur le territoire qui s'étale sur 270 000 km<sup>2</sup>. La Côte-Nord est une des régions du Québec où la population autochtone est bien présente avec neuf communautés, soit huit montagnaises et une naskapie. Les autochtones comptent pour environ 9 % de la population nord-côtière, soit 8 562 personnes.

Les résidents de la Côte-Nord sont majoritairement francophones, sauf en Basse-Côte-Nord où 62 % de la population locale déclare uniquement l'anglais comme langue maternelle, soit environ 3 375 personnes.

Vous trouverez à l'annexe B une carte de la région illustrant l'étendue du territoire et la situation géographique des points de service de nos établissements de santé et de services sociaux.

Les services de la santé et les services sociaux de la Côte-Nord sont repartis dans neuf établissements. On y dénombre sept CSSS, soit ceux de la Haute-Côte-Nord, de Manicouagan, de Port-Cartier, de Sept-Îles, de la Minganie, de l'Hématite et de la Basse-Côte-Nord ainsi qu'un CLSC desservant la nation

---

3. Basées sur les données corrigées du recensement de 2006. Seules les données régionales sont disponibles.

naskapie à Kawawachikamach. Finalement, le CPRCN est un établissement à vocation régionale. Le CPRCN comporte quatre missions, soit celles de centres jeunesse, de réadaptation en déficience physique, en déficience intellectuelle (Centre de réadaptation L'Émergent) et, finalement, en réadaptation des dépendances. Le centre de réadaptation des dépendances se nomment le Centre Le Canal.

Les quatre missions du CPRCN sont réparties sur huit points de service couvrant chacun des territoires de la région. Plus précisément, les points de service du CPRCN - Centre Le Canal sont situés à Fermont, Les Escoumins, Forestville, Baie-Comeau (réadaptation externe et interne), Port-Cartier, Sept-Îles, Havre-Saint-Pierre et Blanc-Sablon.

## **2.1 Portrait de la population ciblée par le programme-services (prévalence, projections et besoins particuliers)**

Étant donné que les données nord-côtières (tirées des Enquêtes Santé Côte-Nord 2000 et 2005) excluent les communautés autochtones, la prochaine section détaille les données recueillies portant sur la réalité des communautés autochtones. Elle élabore des éléments contextuels et précise les services offerts à cette clientèle.

### ***Services offerts auprès de la clientèle autochtone***

#### *Élément contextuel*

En ce qui a trait à la particularité de la clientèle autochtone, leur réalité a été recueillie à partir des commentaires de la représentante au CCR, de ceux de l'agente de liaison régionale et d'une consultation du site Internet de Santé Canada.

Afin de cerner la particularité des services offerts aux communautés autochtones, il importe de mentionner que la responsabilité de la dispensation de ces services est partagée entre le gouvernement du Québec (MSSS) et celui du Canada (Santé Canada, MAINC et CSSSPNQL). Cette responsabilité est partagée selon le lieu de résidence ou la nature des services offerts. Pour les autochtones résidant hors de leur communauté ou ceux résidant dans les communautés conventionnées (comme Naskapi) : le Québec assume les services, au même titre que pour l'ensemble des Québécois. Quant à Santé Canada, elle assume les services non assurés, ce qui est exclusif aux membres des Premières Nations et des Inuits. Finalement, pour les autochtones résidant dans les communautés non conventionnées, le financement des services de santé et des services sociaux offerts sur le territoire est sous la responsabilité du gouvernement fédéral.

Pour ce faire, Santé Canada finance les conseils de bande de chacune des communautés afin qu'ils offrent des soins à leur communauté. Ces services sont souvent offerts dans des dispensaires. En ce qui a trait aux services sociaux de première ligne (généralement ceux offerts en CLSC), ils sont sous la responsabilité de Santé Canada, et donc, de chacun des conseils de bande.

Plus précisément, c'est le cas pour les services de prévention de l'alcoolisme, tabagisme et toxicomanie. La responsabilité du MSSS se situe donc au niveau des services de deuxième et troisième ligne. Ici, cela regroupe les services offerts en réadaptation. Le Québec a une responsabilité en vue d'améliorer la continuité et la complémentarité des services. En effet, on doit s'assurer de l'existence de mécanismes

d'orientation appropriés entre les établissements du réseau québécois et autochtones, par exemple, un protocole de transfert. Une autre responsabilité du Québec est le transfert de connaissances et d'expertise. À la demande des communautés, nous devons offrir une disponibilité de la formation au même titre qu'au personnel du réseau, dans le respect des capacités financières des établissements et de la responsabilité de financement du gouvernement fédéral selon le type de demande.

Les prochaines sections détaillent les services de première ligne offerts sous la responsabilité de Santé Canada et ceux en réadaptation offerts par le réseau québécois (de deuxième et troisième ligne) en précisant l'accès à un centre de réadaptation autochtone, sous la responsabilité de Santé Canada.

#### *Services de prévention et de première ligne*

Au delà de la particularité culturelle, les services offerts aux communautés relèvent du conseil de bande et de Santé Canada. Pour les services en première ligne, ils sont offerts par des intervenants PNLAADA. Le PNLAADA est un exemple de programme de Santé Canada dont la gestion est assurée en grande partie par les communautés et les organismes des Premières Nations (conseil de bande). Son but reste celui qui avait présidé à sa création dans les années 1970, à savoir aider les communautés innues et des Premières Nations à établir et à offrir des programmes visant à abaisser les taux élevés d'abus d'alcool, de drogue et de solvants chez les habitants des communautés.

En résumé, le programme PNLAADA offre :

- 1- Les activités de prévention qui visent à prévenir l'apparition des graves problèmes causés par l'abus d'alcool et d'autres drogues telles que des campagnes de sensibilisation du public, des réunions publiques, des communications orales, de l'élaboration de matériel pédagogique sur l'abus d'alcool et de drogue, des programmes scolaires, du travail avec les médias d'information et des activités d'ordre culturel ou spirituel.
- 2- Les activités d'intervention qui s'attaquent aux problèmes d'abus le plus tôt possible après leur apparition telles que des activités récréatives pour les jeunes, des groupes de discussion et des programmes sociaux axés sur la spiritualité et la culture autochtone.
- 3- Les activités postobservation qui visent à prévenir la résurgence des problèmes d'abus d'alcool et de drogue telles que le counseling, des cercles de partage, des groupes d'entraide, de l'intervention de crise, des visites de soutien ou de sensibilisation, de l'orientation vers un traitement, vers un service de désintoxication des services sociaux, des services médicaux, etc.

#### *Services de réadaptation (deuxième et troisième ligne)*

Du côté des services de deuxième ligne, les clientèles autochtones ont accès à six centres de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie financés par Santé Canada. De ces centres, cinq sont destinés à la clientèle autochtone adulte; le Wanaki treatment, centre qui se trouve à Kitigan Zibi (Maniwaki); le centre de traitement mawiomi, à Gesgapegiag (Maria); le centre Wapan, à La Tuque; le centre de réadaptation Miam Uapukun, à Malietenam (Sept-Îles); et les services de traitement onen'To : Kon, à Kanesatake. Un centre est destiné aux besoins de la clientèle autochtone de 12 à 17 ans, le centre Walgan situé à Gesgapegiag.

Le Centre de réadaptation Miam Uapukun inc. (Maliotenam) est subventionné par le gouvernement fédéral. Il offre douze lits pour une clientèle adulte vivant avec un problème d'alcool et de toxicomanie. De plus, elle a accès aux services spécialisés offerts par le Centre Le Canal à l'intérieur de leurs points de service.

Il importe de souligner l'impact sur les services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux québécois ainsi que par les partenaires comme les organismes communautaires. Les services sont accessibles à cette clientèle au même titre que la population en général. Toutefois, des difficultés culturelles, de langue ou de croyances peuvent être présentes.

### **Profil des consommateurs de services**

Afin de poursuivre notre réflexion, il s'avère intéressant de se questionner sur la trajectoire de services utilisés par la clientèle, autant celle ayant une consommation à risque que celle aux prises avec des troubles d'abus de substances ou de dépendances. Ce questionnement peut contribuer à la localisation des lieux de repérage et de dépistage de la clientèle à privilégier.

Plus précisément, pour une clientèle pouvant présenter des problèmes de consommation, l'Enquête Santé Côte-Nord 2000<sup>4</sup> tente de clarifier leur connaissance des services offerts.

- ♦ Si les personnes interrogées ou un membre de leur famille avaient un problème de toxicomanie (exemples : alcool, drogues, médicaments) en excluant leur entourage immédiat, elles penseraient d'abord à leur médecin (18,2 %) ou à un psychologue (11,6 %) pour les aider à régler ce problème.
- ♦ Près de la moitié des répondants ont avoué ne pas savoir à quel type de professionnel s'adresser dans de telles circonstances (45,2 %).
- ♦ Le CLSC (32,1 %) et les différents organismes d'entraide ou organismes communautaires (26,6 %) représentent les deux principaux endroits où les personnes interrogées demanderaient de l'aide pour un problème de toxicomanie.
- ♦ Notons que 18,3 % des répondants n'ont pu mentionner le nom d'un organisme qu'ils contacteraient à ce moment.

---

4. DES ROCHES, Michel, et collaborateurs. *Rapport de l'Enquête Santé Côte-Nord, 2005*, Baie-Comeau, Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, 2007, 524 p.  
DES ROCHES, Michel, et collaborateurs. *Rapport de l'Enquête Santé Côte-Nord, 2000*, Baie-Comeau, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, 2001, 266 p.

## Données provinciales et régionales

### Alcool

Le tableau suivant peut permettre de valider la pertinence de développer des services pour les consommateurs d'alcool à risque ou présentant des problèmes d'abus ou de dépendances. Il est intéressant de noter que près de 20 % de la population adulte dépasse la consommation à faible risque et que 4 % peut présenter un diagnostic d'abus ou de dépendances.

#### Répartition approximative de la population (15 ans et plus) en fonction des catégories de consommateurs d'alcool (Tremblay, J., 2004)

± 20 % abstinents	± 80 % de buveurs			
	± 60 % ne dépassant pas la consommation à faible risque	± 20 % dépassant la consommation à faible risque		
		± 12 % de buveurs à risque	± 8 % de buveurs rapportant un problème	
			± 4 % problématiques	± 4 % diagnostic d'abus ou de dépendances

Les statistiques de consommation présentées dans cette section sont tirées de Joël Tremblay et autres (2004), *Les centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes*, chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique, FQCRAPT.

Le tableau suivant est tiré de l'Enquête de santé des collectivités canadiennes de Statistique Canada, 2003 et 2005. Il détaille le pourcentage de répondants ayant consommé cinq verres ou plus lors d'une même occasion, douze fois ou plus par année. Il compare les données recueillies en 2003 et celles en 2005, autant pour le Québec que pour la Côte-Nord. On note que plus de 42 % des hommes en 2005 auraient eu cette pratique, de façon significativement plus élevée, comparativement aux données du Québec. De plus, les deux sexes réunis ressortent de façon significative, si on les mesure aux données du Québec.

**Pourcentage de répondants ayant déclaré consommer cinq verres ou plus d'alcool en une même occasion, douze fois et plus par année en 2003 et 2005, par sexe Côte-Nord et Québec**

Sexe	Année			
	2003		2005	
	Côte-Nord %	Québec %	Côte-Nord %	Québec %
Homme	39,4*	27,5	42,4*	28,5
Femme	14,3	10,6	14,3	11,7
Population totale	27,2*	19,2	28,9*	20,2

\* Différence significative avec la valeur québécoise.

Source : Enquête de santé des collectivités canadiennes (2003 et 2005), Statistique Canada.

*L'alcool au volant*

Ces données sont tirées de l'Enquête santé Côte-Nord, 2000 <sup>5</sup>.

Les trois quarts de la population nord-côtière (75,9 %) affirment que l'alcool au volant constitue un problème « *très important* » ou « *important* » dans leur communauté.

Comme le démontrent d'autres études, les plus jeunes considèrent généralement ce problème comme beaucoup moins important que les personnes plus âgées. Dans la présente enquête, la proportion de ceux qui disent que le problème est « *très important* » passe de 29,6 % chez les 18 à 29 ans à 53,1 % chez les 65 à 74 ans.

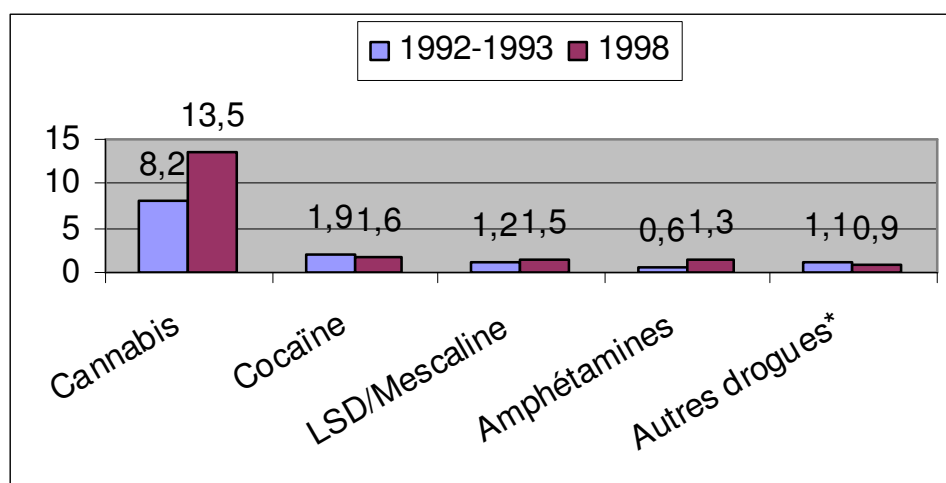
5. DES ROCHES, Michel, et collaborateurs. *Rapport de l'Enquête Santé Côte-Nord, 2000*, Baie-Comeau, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, 2001, 266 p.



## Substances psychotropes

Au Québec, le portrait de la consommation de substances psychoactives s'appuie sur des données peu récentes. En 1998, le cannabis était la substance illicite la plus consommée par la population québécoise de 15 ans et plus, avec un taux de 13,5 % d'utilisateurs (Chevalier et Lemoine, 2001, tiré de Guyon et al., 2009). Quant aux autres drogues illicites, moins de 2 % de la population de 15 ans et plus rapportaient en avoir consommé dans l'année précédant l'étude. Le tableau suivant illustre ces résultats.

**Pourcentage de gens de 15 ans et plus ayant consommé une drogue illicite à au moins une occasion au Québec en 1992-1993 et en 1998 (période de 12 mois)**



\* Cette catégorie se réfère principalement à la consommation d'héroïne et de champignons hallucinogènes, de Tylénol, de codéine, de colle ou de gaz divers.

La consommation de substances illicites fluctue selon les différentes strates d'âge de la population. Selon Guyon et al., 2009, la plupart des utilisateurs sont âgés de 15 à 24 ans. À partir de cet âge, la prévalence aurait tendance à diminuer significativement.

Sur la Côte-Nord, très peu de données sont disponibles afin de quantifier le nombre de consommateurs de substances illicites. Toutefois, l'Enquête Santé Côte-Nord 2000 <sup>6</sup> révèle certaines informations concernant la présence de problèmes liés à un usage abusif d'alcool ou de drogues.

6. DES ROCHES, Michel, et collaborateurs. *Rapport de l'Enquête Santé Côte-Nord, 2000*, Baie-Comeau, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, 2001, 266 p.

- ▶ Plus de six répondants sur dix (64 %) considèrent que les problèmes reliés à un usage abusif d'alcool et de drogues sont « assez » ou « très » présents dans leur communauté.
- ▶ Dans la MRC de Caniapiscau, huit personnes sur dix jugent que les problèmes d'alcool et de drogues sont importants sur leur territoire (80,1 %). Cette proportion est plus élevée que dans les autres MRC.
- ▶ L'inactivité et le chômage (15,7 %), la solitude et l'isolement (8,9 %), les problèmes familiaux (5,8 %) et la perception qu'il n'y a « rien à faire » dans la communauté (5,3 %) constituent les raisons les plus fréquemment évoquées.
- ▶ Près de trois répondants sur dix (27,1 %) ne peuvent pas expliquer quelle est la principale cause des consommations abusives d'alcool et de drogues dans la région.

Lors d'une présentation du MSSS (février 2008), Paul Roberge, du Service des toxicomanies, répertoriait ces principaux faits préoccupants au Québec.

### ***Des faits préoccupants***

- ▶ Multiplication des problèmes de polyconsommation.
- ▶ Accroissement de la concomitance des problèmes de santé mentale.
- ▶ Les appareils de loterie vidéo représentent le type de jeu pour lequel les joueurs éprouvent le plus souvent un problème de jeu pathologique.

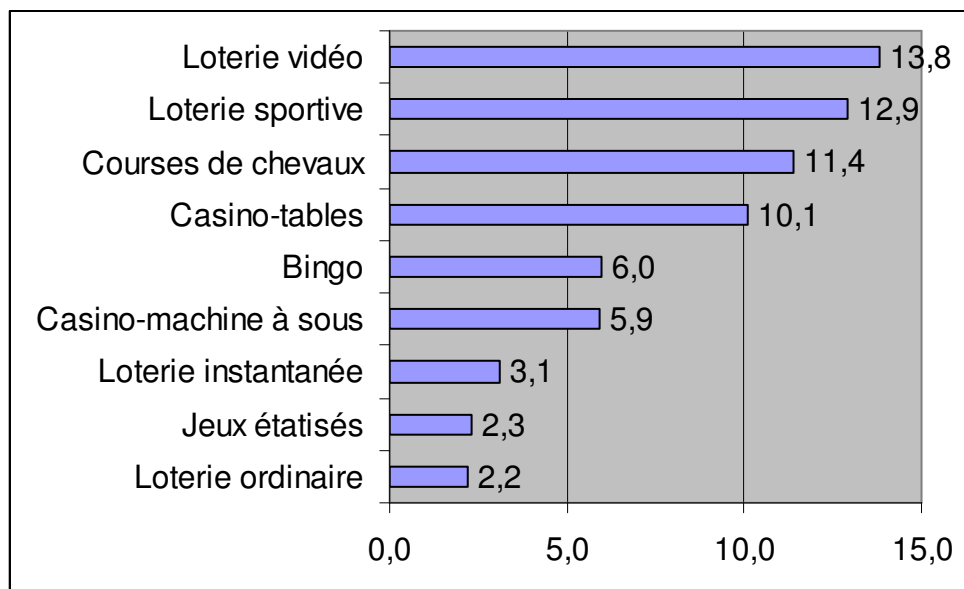
### *Jeu de hasard et d'argent*

Au Québec, en 2002, 81 % de la population adulte ont participé à une forme de jeux d'hasard et d'argent. Les jeux les plus populaires sont les loteries : près de deux tiers (65 %) ont acheté des loteries ordinaires, et plus du tiers (37 %) ont gratté des loteries instantanées (Tiré de Guyon et al., 2009).

Au Québec, de 1999 à 2005, le bureau du Coroner a dénombré 211 cas de suicides associés aux jeux de hasard et d'argent, une moyenne annuelle de 30 suicides (bureau du Coroner, Tiré de Guyon et al., 2009).

Bien que les loteries ordinaires soient les jeux les plus populaires au Québec, les résultats suivants démontrent que la proportion de ce type de joueurs aux prises avec un problème de jeu est la moins élevée. Les loteries vidéo (13,8 %), les loteries sportives (12,9 %), les courses de chevaux (11,4 %) et les jeux de table des casinos (10,1 %) affichent des taux particulièrement élevés de problèmes de jeu. La figure suivante illustre ces taux.

### Problème de jeu chez les participants de différents jeux - % - Québec, 2002



Le jeu pathologique est caractérisé par une perte de contrôle périodique ou continue relative aux jeux d'argent, une préoccupation constante pour le jeu d'argent et pour l'obtention d'argent pour parier, des pensées irrationnelles, et une continuation du comportement en dépit de conséquences négatives (American Psychiatric Association, 1994).

Sur la Côte-Nord, l'Enquête Santé Côte-Nord 2005 <sup>7</sup> révèle que :

- ♦ 6,3 % des gens disent avoir misé de l'argent dans un appareil de loterie vidéo au cours du mois ayant précédé l'enquête.
- ♦ Les jeunes âgés de 18 à 29 ans sont plus nombreux à se divertir avec ce type d'appareil (15 %).
- ♦ Par contre, 12,7 % des joueurs disent avoir parié à cinq reprises ou plus durant les quatre semaines précédant l'enquête, ce qui représente 0,8 % de la population (environ 700 individus).
- ♦ 75 % des parieurs ont misé moins de 50 \$ au cours du dernier mois.
- ♦ Par ailleurs, 17 % ont misé plus de 100 \$, ce qui totalise 1,1 % de la population (environ 1 000 individus).

7. DES ROCHES, Michel, et collaborateurs. *Rapport de l'Enquête Santé Côte-Nord, 2005*, Baie-Comeau, Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, 2007, 524 p.

### **Faits saillants**

- ♦ Près de 80 % des québécois âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir participé à au moins une activité de jeux de hasard et d'argent au cours des douze mois précédant l'enquête.
- ♦ La majorité des Québécois (78 %) sont des joueurs sans problèmes ou à faible risque de développer un problème de jeu.
- ♦ On estime à environ 100 000 (ou 1,7 % de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé) le nombre de joueurs à risque modéré de développer un problème de jeu ou joueurs pathologiques.
- ♦ La proportion de joueurs – toutes catégories confondues – est plus faible parmi les 15-24 ans comparativement aux autres groupes d'âge.
- ♦ Les personnes qui rapportent un revenu inférieur comptent une proportion plus élevée de non-joueurs, et une proportion plus faible de joueurs non pathologiques ou à faible risque, que les personnes de chacune des autres catégories de revenu.

Tirés de l'Institut de la statistique du Québec (2008). Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne (cycle 1.2), page 31.

### **Clientèle particulière : Les jeunes, l'alcool et les autres drogues**

Au Québec, l'enquête bisannuelle de l'Institut de la statistique du Québec (Dubé et Fournier, 2007, Tiré du Guyon et al., 2009) indique que plus de deux jeunes sur cinq affirment avoir consommé du cannabis au moins à une occasion en 2000. Cette drogue serait le psychotrope le plus utilisé chez ces adolescents. Cette prévalence aurait tendance à diminuer avec les années. Effectivement, en 2006, elle s'élèverait à un jeune sur trois. Le tableau suivant et la figure suivante illustre l'évolution de cette prévalence, chez les jeunes du secondaire au Québec. On y note que la tendance de consommation générale tend à diminuer depuis 2000.

#### **Évolution de la prévalence de consommation de drogues illicites chez les jeunes du secondaire au Québec, par produit, Période de 12 mois selon l'année d'étude**

<b>Produits / Années</b>	<b>2000</b>	<b>2006</b>
<b>Cannabis</b>	40,6	29,4
<b>Hallucinogènes</b>	15,6	8,8
<b>Amphétamines</b>	7,0	9,4
<b>Cocaïne</b>	5,2	3,3
<b>Colle/solvant</b>	2,9	0,9
<b>Héroïne</b>	1,2	0,6

Dubé et Fournier, 2007, Tiré de : Louise Guyon, Nicole April, Sylvia Kairouz, Élisabeth Papineau, Lyne Chayer. Institut national de santé publique du Québec, 2009.

Les données suivantes proviennent d'une étude effectuée par le CSSS de Sept-Îles, en collaboration avec l'Université Laval et l'Agence, concernant les jeunes de la MRC de Sept-Rivières. Ils ont administré des questionnaires aux 1 666 jeunes fréquentant les trois écoles secondaires du territoire. Ils ont recueilli 1 217 questionnaires complétés, soit un taux de réponse de 76 %. De façon aléatoire, ils en ont retenu 864. La répartition finale de l'échantillon pour lequel ils disposaient d'information au regard du niveau secondaire s'élève à 853 ou à 857 quant au sexe de l'étudiant.

Cette étude ne peut pas être extrapolée à tous les territoires de la Côte-Nord. Elle s'est intéressée seulement à la MRC des Sept-Rivières.

#### *Consommation d'alcool et de psychotropes chez les jeunes de la MRC de Sept-Rivières*<sup>8</sup>

On constate d'abord que neuf jeunes sur dix ne consomment pas d'autres produits que ceux dans les tableaux suivants, soit l'alcool et le cannabis. La consommation d'alcool est présente chez sept jeunes sur dix. De plus, un jeune sur quatre consomme de l'alcool la fin de semaine ou plus souvent. Seulement 1 % des jeunes en consomment à tous les jours. Cependant, ils sont plus nombreux entre 12 et 15 ans (1,5 %) qu'à 16 ans et plus (0,7 %).

La consommation quotidienne d'alcool, difficilement compatible avec la réussite scolaire, pourrait peut-être expliquer ces résultats (Tanguay & Hurtubise, 2007). Effectivement, il est possible de supposer qu'un phénomène de décrochage scolaire, entre 15 et 16 ans, peut expliquer la diminution du résultat puisque les jeunes décrocheurs ne participaient plus à cette étude.

Les réponses suggèrent que les consommateurs d'alcool s'enivrent. En effet, plus de la moitié de ceux qui disent consommer de l'alcool indiquent prendre plus de cinq consommations lors de ces événements, et près de 40 % des consommateurs disent « s'être enivrés, paquetés, soûlés, avoir pris une brosse » plus de six fois dans les trois derniers mois. La consommation se fait surtout avec des amis et lors de sorties (Tanguay & Hurtubise, 2007).

Les répondants indiquent que l'effet de la drogue ou de l'alcool les calme ou les rend joyeux. D'ailleurs, 90 % des consommateurs indiquent qu'ils recherchent le plaisir dans ces consommations et un sur deux qu'ils en font l'essai (Tanguay & Hurtubise, 2007). Ces éléments peuvent être des pistes afin de cibler les campagnes d'information et d'éducation sur l'usage de l'alcool et des drogues.

L'enquête démontre qu'un jeune consommateur sur trois a tenté de diminuer sa consommation et a l'intention de le faire. Un petit nombre de consommateurs, 8 %, indiquent qu'ils ont l'intention de le faire, mais qu'ils s'en sentent incapables. Un parent ou un ami sont les personnes auxquelles les jeunes s'adressent d'abord pour les aider à diminuer ou arrêter de consommer (Tanguay & Hurtubise, 2007).

---

8. TANGUAY, Louise, et Yves HURTUBISE. *Rapport final : Portrait des jeunes de Sept-Îles et de Port-Cartier (juin 2007)*, 2007, CSSS de Sept-Îles, pages 108-109, questions 76 à 89.

Le tableau suivant indique les fréquences de consommation d'alcool chez les jeunes participant à l'étude selon leur âge.

### Consommation d'alcool selon l'âge

Âge	Jamais	À l'occasion	Fin de semaine	3 fois par semaine	Tous les jours
12 à 13 ans	66 %	27 %	5 %	-	2 %
14 à 15 ans	28 %	52 %	19 %	1 %	1 %
16 à 17 ans	15 %	47 %	34 %	4 %	1 %
18 à 21 ans	4 %	31 %	51 %	14 %	-

Les résultats indiquent que 66 % des jeunes de 12 à 13 ans n'ont jamais consommé d'alcool. De plus, environ la moitié des jeunes de 14 à 17 ans en consomment à l'occasion. Finalement, 51 % de ceux âgés entre 18 et 21 ans consomment de l'alcool la fin de semaine (Tanguay & Hurtubise, 2007).

Le tableau suivant indique les fréquences de consommation de cannabis chez les jeunes participants à l'étude selon leur groupe d'âge.

### Consommation de cannabis selon l'âge

Âge	Jamais	À l'occasion	Fin de semaine	3 fois par semaine	Tous les jours
12 à 13 ans	86 %	6 %	3 %	2 %	3 %
14 à 15 ans	55 %	23 %	12 %	6 %	6 %
16 à 17 ans	42 %	26 %	12 %	7 %	12 %
18 à 21 ans	45 %	28 %	5 %	-	22 %

D'après les résultats, la majorité des jeunes de 12 à 15 ans n'ont jamais consommé. Toutefois, presque un jeune sur cinq (18 %) dit avoir vendu de la drogue ou « fait des commissions » au cours de l'année dernière. Quelques-uns ont fait une expérience, mais sans la répéter. Il y a cependant un groupe de jeunes (7 %) qui disent avoir vendu ou ont fait des commissions de drogue cinq fois ou plus au cours de l'année (Tanguay & Hurtubise, 2007).

### Pistes pour l'intervention

Dans cette étude, L. Tanguay et Y. Hurtubise (2007) proposent certaines pistes de réflexion pour l'intervention de première ligne auprès des jeunes. L'usage de l'alcool et de cannabis est plus répandu que celui des autres substances. L'alcool est consommé la fin de semaine ou une à deux fois la semaine par 22 % des jeunes. L'usage du cannabis de façon quotidienne est installé chez 8 % des jeunes. Toutefois, en termes de normes sociales, la majorité des 12 à 15 ans n'ont jamais consommé de cannabis.

Par delà cette clientèle particulière, Paul Roberge (MSSS, 2008) présentait des pistes de réflexions applicables à toute clientèle en lien avec la problématique des dépendances. Ces données provinciales peuvent rejoindre des préoccupations cliniques régionales.

### **Principales pistes de réflexions**

- ♦ Une détérioration de la santé et du bien-être des personnes présentant un problème de dépendances.
- ♦ La population tantôt méconnaît, tantôt sous-estime les risques à la consommation de psychotropes et de jeux de hasard et d'argent.
- ♦ Les pratiques de consommation se diversifient et s'aggravent (polyconsommation).
- ♦ L'ambiguïté dans les messages véhiculés au sein de la société.
- ♦ Les conditions sociales et économiques de plusieurs personnes demeurent difficiles, ce qui prédispose à des problèmes de dépendances.
- ♦ La banalisation de l'usage de certaines substances.
- ♦ La variété et l'accessibilité des substances augmentent.
- ♦ Des risques accrus en raison de la toxicité des produits.
- ♦ Troubles concomitants (exemple : santé mentale).

Par delà ces considérations statistiques, géographiques et démographiques, plusieurs établissements et différents partenaires offrent des services de santé et sociaux en dépendances à la population. La prochaine section détaille le portrait de notre offre de service régionale.

## **2.2 Gamme de services offerts par le réseau et les partenaires**

Dans cette section, l'accent est mis sur l'organisation des services de la détection au traitement spécialisé. Il importe de mentionner que les éléments de santé publique (les actions en promotion et en prévention des dépendances) sont inclus dans les documents du PAR-PAL de santé publique 2007-2012 et la SIPPS 2007-2012. Ces éléments de santé publique (promotion de la santé et prévention) ne seront pas repris dans cette section. Toutefois, ces orientations régionales incluent les actions en dépistage, en intervention de première ligne et en réadaptation.

Dans son plan stratégique 2010-2015, l'Agence cerne différents enjeux, notamment l'action en amont des problèmes de la réduction des inégalités de santé et de bien-être. De cet enjeu, deux orientations sont proposées, soit d'agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être et de renforcer la prévention à l'intérieur de continuum de services.

De ces orientations régionales décrites dans le Plan stratégique, le souci d'agir de façon concertée et d'intégrer les éléments de prévention/promotion dans le continuum de services y sont soulignés. Pour se réaliser, une des actions décrites dans le PAR-PAL et la SIPPS est de développer et de déployer une intervention globale et concertée en promotion et prévention à partir de l'école, plus connue sous l'appellation de l'approche École en Santé. Cette approche convie le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux à accroître l'efficacité des interventions de promotion et de prévention dans le respect de la mission première de l'école.

Ainsi, elle propose d'intervenir de façon globale et concertée en promotion et en prévention à partir de l'école. Elle se concrétise par un ensemble d'actions déployées de façon cohérente par les divers partenaires concernés par la réussite, la santé et le bien-être des jeunes, et qui travaillent en concertation.

L'intervention est globale en ce sens qu'on agit simultanément sur les facteurs-clés du développement des jeunes au moyen d'un ensemble d'actions. Les facteurs-clés sont communs à plusieurs situations préoccupantes et de deux ordres :

- ♦ Facteurs liés à l'individu : estime de soi, compétence sociale, habitudes de vie, comportements sécuritaires et sains.
- ♦ Facteurs liés à l'environnement : environnement scolaire, environnement familial et environnement communautaire, services préventifs.

Il importe que l'action soit concertée par les partenaires puisqu'elle devra être cohérente à plusieurs niveaux : le jeune, l'école, la famille et la communauté afin qu'elles se renforcent mutuellement et soient complémentaires.

Plus précisément, en ce qui a trait à la prévention des dépendances, l'INSPQ (2008) <sup>9</sup> a dressé des recommandations générales se basant sur cette approche. Les activités éducatives mises en place doivent être fondées sur le développement global du jeune lui permettant de faire des choix sains et éclairés, par exemple, par le développement de ses habiletés personnelles et sociales en misant sur une approche interactive. De plus, ces activités doivent être d'intensité et de durée suffisantes et respecter les phases de développement des jeunes. Finalement, rendre accessibles des mesures environnementales telles que des mesures de contrôle, l'accès à des services préventifs et des collaborations avec les familles et la communauté.

Pour ce qui est d'une clientèle adulte, différentes stratégies ont été développées dans le PAR-PAL 2007-2012 et la SIPPS 2007-2012.

---

9. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (mars 2008). École en santé. Fiche sur la dépendance. Document de travail non publié.



Le tableau ci-joint résume le continuum des services en dépendances prévus dans le PAR-PAL 2007-2012.

	Promotion de la santé	Prévention	Dépistage et intervention de première ligne
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer une campagne promotionnelle triennale touchant les clientèles à risque et proposant des activités sur tous les territoires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme Alcochoix +.</li> <li>• PCP Alcool.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation des outils DEBA, alcool et drogues, Deba-Jeu et Dep-Ado.</li> <li>• Formation portant sur l'intervention de première ligne.</li> </ul>
Clientèle rejointe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tranche de population à risque.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcochoix + : intervenants des CSSS de 1<sup>re</sup> ligne et CAT et clientèle ayant une consommation d'alcool à risque.</li> <li>• PCP Alcool : médecins des CSSS et des GMF, infirmiers des GMF et intervenants de 1<sup>re</sup> ligne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outils : intervenants de 1<sup>re</sup> ligne des CSSS.</li> </ul>
Responsabilité	Agence.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser les formations.</li> <li>• Développer les outils.</li> <li>• Accompagner les partenaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser les formations.</li> <li>• Accompagner les partenaires.</li> </ul>
Partenaires	CSSS. CPRCN - Centre Le Canal.	<u>CSSS</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implanter et déployer le programme Alcochoix +.</li> <li>• Implanter la PCP Alcool.</li> </ul> <u>GMF</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implanter la PCP Alcool.</li> </ul>	<u>CSSS</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implanter les services.</li> </ul>
Échéancier	2009 en continu.	2009 en continu.	2009 en continu.

Afin de documenter l'offre de service régionale actuelle, les membres du CCR-Dépendances ont suggéré d'effectuer une consultation auprès des territoires de CSSS, des organismes communautaires œuvrant en dépendances et du CPRCN - Centre Le Canal. Cette consultation s'est effectuée de février à mai 2009. Les établissements et organismes suivants y ont participé :

- ♦ CSSS de la Haute-Côte-Nord
- ♦ CSSS de Manicouagan
- ♦ CSSS de Port-Cartier
- ♦ CSSS de Sept-Îles
- ♦ CSSS de la Minganie
- ♦ CSSS de l'Hématite
- ♦ CSSS de la Basse-Côte-Nord
- ♦ Centre d'intervention Le Rond-Point
- ♦ CPRCN - Centre Le Canal
- ♦ Point de rencontre inc.
- ♦ Ressource Lise Tremblay et Guy Racine (lit de dégrisement à Forestville)
- ♦ Transit Sept-Îles (lit de dégrisement à Sept-Îles)
- ♦ Unité Domrémy de Baie-Comeau inc.

À partir des fiches des orientations ministérielles 2007-2012 « Unis dans l'action », trois questionnaires ont été bâtis et validés auprès des membres du CCR-Dépendances, le 22 janvier 2009 (annexe B).

La compilation de ces entrevues téléphoniques a été effectuée à partir de chacune des fiches répertoriées dans l'offre de service ministérielle. Ces résultats sont présentés dans les sections suivantes.

La prochaine section présente les services spécifiques offerts auprès de la clientèle autochtone. De plus, des services sont offerts à la population en général par les CSSS, le CRD et, finalement, par les organismes communautaires.

### **Services offerts par les CSSS**

Des services psychosociaux (jeunes et adultes) sont offerts en CSSS. De plus, le service régional d'intervention téléphonique de crise d'Info-Social est accessible 24 heures, sept jours par semaine. Ces services accueillent, évaluent et réfèrent les clients. Ils regroupent l'ensemble des problématiques psychosociales.

#### **Fiche 1 : Détection et orientation vers des services appropriés**

##### *Clientèle jeunesse*

La compilation, pour une clientèle jeunesse, indique que la détection est en voie d'implantation dans les CSSS. La majorité, quatre CSSS, connaît le Dep-Ado, mais cet outil ne serait pas utilisé uniformément. Selon leur expérience et leurs connaissances, les intervenants peuvent questionner les jeunes évalués.

De plus, différents services de détection sont offerts par d'autres partenaires tels que les centres jeunesse, les milieux scolaires, les carrefours jeunesse emploi, les milieux judiciaires, etc. Ces partenaires dépistent avec l'outil Dep-Ado et réfèrent en réadaptation des dépendances.

Peu de services de première ligne seraient offerts pour la clientèle jeunesse en CSSS. Une référence aux services de réadaptation quasi systématique serait effectuée pour les 12 à 17 ans, lorsque des besoins reliés à la consommation sont présents.

Les services de désintoxication et de dégrisement ne sont pas officiellement offerts et convenus dans l'offre de service des CSSS. Toutefois, selon le besoin clinique d'un jeune, ils peuvent être offerts en centres hospitaliers, courte durée, dans six CSSS répondants. Deux CSSS mentionnent que très peu d'outils de dépistage sont connus pour la problématique du jeu pathologique chez les jeunes.

### *Clientèle adulte*

Pour une clientèle adulte, les résultats suggèrent que peu d'outils standardisés sont utilisés uniformément. Toutefois, dans cinq CSSS incluant le service d'Info-Social, les intervenants questionnent les clients à évaluer. Les résultats suggèrent que les CSSS se considèrent peu interpellés par le repérage et la détection des dépendances, mais des activités se font à l'intérieur des évaluations psychosociales (accueil-évaluation-orientation). Peu des services de première ligne sont implantés en CSSS pour ce type de clientèle. Selon le besoin clinique du client, une référence est effectuée en réadaptation. Toutefois, selon les besoins cliniques des clients, une intervention conjointe ou en parallèle peut être effectuée.

Entre les CSSS et le CPRCN - Centre Le Canal, la collaboration serait informelle. La majorité des CSSS considère qu'il existe une très bonne collaboration avec le CPRCN - Centre Le Canal.

## **Fiche 2 : Intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation**

### *Clientèle jeunesse*

Pour la clientèle jeunesse, quatre CSSS mentionnent que des interventions de prévention et de première ligne peuvent être offertes par les intervenants et les infirmiers du CSSS œuvrant en milieux scolaires. Pour tous les CSSS, selon le besoin du jeune, une référence aux services de réadaptation est effectuée dès que le jeune présente une consommation problématique ou serait en voie de développer un trouble de l'abus ou de dépendances. Toutefois, la compilation suggère que selon l'expérience et les connaissances des intervenants, certains informent les jeunes des risques et les accompagnent en suivi. Deux CSSS mentionnent que peu d'outils sont disponibles, autant pour l'intervention en première ligne lors de consommations de psychotropes que pour le jeu pathologique chez l'adolescent.

En février 2009, l'Agence a offert une formation sur la prévention et l'intervention précoce s'adressant aux intervenants œuvrant auprès des jeunes d'âge scolaire.

### *Clientèle adulte*

Pour la clientèle adulte, selon le besoin clinique du client, une référence serait acheminée en réadaptation ou une intervention conjointe ou en parallèle peut être effectuée. Toutefois, deux CSSS mentionnent qu'un suivi en première ligne peut être effectué, selon l'expérience et la connaissance des intervenants et selon le besoin clinique du client.

En Basse-Côte-Nord, les deux intervenants du CPRCN - Centre Le Canal (un du côté est et un de l'ouest) auraient aussi un mandat de première ligne par entente de service formelle entre le CSSS et le CPRCN - Centre Le Canal.

De plus, dans deux CSSS, le programme de prévention de la transmission intergénérationnelle est mis sur pied. Cette activité de groupe a pour objectif général d'habiliter les membres des familles présentant un problème de fonctionnement à prévenir la transmission de cette problématique dans la génération suivante. Ce programme comporte huit rencontres de groupe.

Les intervenants n'ont pas de mandat clairement défini en ce qui a trait aux dépendances. Toutefois, en CSSS, selon leurs connaissances et leurs expériences, ils peuvent informer les clients sur les conséquences d'une consommation à risque.

De plus, le programme Alcochoix + est en voie d'implantation dans plusieurs CSSS, depuis la formation tenue en février 2009. Il s'agit d'un programme de prévention qui s'adresse aux femmes et aux hommes de plus de 18 ans, consommant entre 10 à 35 consommations d'alcool par semaine, préoccupés par leur consommation d'alcool et désirant modifier leurs habitudes.

Le programme Alcochoix + propose une démarche offerte en trois formules :

- ♦ La formule autonome : Le client seul, à l'aide du guide Alcochoix +, progresse à son rythme pendant environ six à huit semaines.
- ♦ La formule guidée : En plus de progresser à l'aide du guide, le client peut bénéficier de rencontres à quelques reprises avec un intervenant Alcochoix +.
- ♦ La formule de groupe : Six rencontres de groupe de 90 minutes avec l'intervenant Alcochoix +.

Au cours de l'année 2010-2011, la formation de première ligne adulte sera offerte aux intervenants en CSSS. Cette activité répondra à un besoin clinique d'outiller les intervenants de première ligne.

À Fermont, le projet clinique dépendances est débuté et une table intersectorielle locale a été mise sur pied avec plusieurs partenaires. De plus, à Sept-Îles, la Table santé mentale / toxicomanie a été mise sur pied et travaille, entre autres, sur l'arrimage des services pour les dossiers présentant un profil de comorbidité.

### **Fiche 3 : Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé**

Dépendamment des problématiques et du besoin des clients, la majorité des CSSS révèlent qu'un suivi conjoint ou en parallèle peut être effectué en complémentarité avec le CPRCN - Centre Le Canal. Toutefois, un CSSS mentionne la présence de liste d'attente en première ligne et que l'ajout de cette problématique pourrait engendrer des délais d'accès aux services. Pour six CSSS, les références provenant du CPRCN - Centre Le Canal sont peu fréquentes. Au Centre Le Canal, un comité de travail clinique a été mis sur pied ayant comme objectif d'améliorer la participation de l'entourage de la clientèle en réadaptation dans le processus thérapeutique.

### **Fiche 4 : Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone**

Lors de la consultation, l'intérêt des médecins a été vérifié auprès des gestionnaires en lien avec la surconsommation de médicaments contre la douleur. Quatre CSSS ne savaient pas si leurs médecins pourraient avoir de l'intérêt, tandis que trois mentionnent que peut-être cela pourrait répondre à un besoin et rejoindre leurs préoccupations cliniques. Sur la Côte-Nord, des pharmaciens communautaires peuvent fournir un traitement de substitution, comme la méthadone, dépendamment des besoins. Aucun médecin n'est prescripteur de traitement de substitution dans notre région.

### **Fiche 5 : Désintoxication externe et interne et suivi psychosocial**

Il existe plusieurs niveaux d'intoxication; une évaluation médicale est essentielle afin de mieux cerner le besoin du client. Les services de désintoxication sont offerts à certains usagers souffrant d'alcoolisme ou de toxicomanies, en fonction de leurs besoins associés au sevrage. L'American Society of Addiction Medicine (ASAM) a établi une hiérarchisation des services de désintoxication en fonction de l'intensité des services requis consécutivement à l'évaluation du risque de complication de sevrage et des conditions médicales et psychologiques associées. Il existe cinq niveaux d'intensité dans la gestion de la désintoxication. Ces niveaux sont déterminés par l'évaluation médicale à l'aide, entre autres, des protocoles de CSAT (Center for Substance Abuse Treatment).

La compilation suggère que ce type de service est offert plus fréquemment par les médecins généralistes (de famille), ou par les GMF et les UMF, selon les besoins de leurs patients.

Si un client se présente intoxiqué à l'urgence du CH, il est évalué par le médecin. Selon le besoin évalué, il peut être orienté vers un lit d'observation à l'urgence pour assurer son dégrisement sans complications médicales. Aucun lit ne serait assigné spécifiquement à un type de clientèle ayant des besoins de désintoxication.

Dans certains cas, une référence est effectuée au CPRCN - Centre Le Canal par le médecin. Trois CSSS mentionnent des difficultés organisationnelles (lieu sécuritaire, employé de surveillance insuffisant, etc.) avec ce type de clients intoxiqués qui peuvent présenter des comportements agressifs.

Dans la majorité des CSSS, des ententes de service de lits de dégrisement sont formalisées avec des organismes communautaires œuvrant en hébergement (la Maison d'aide et d'hébergement de Fermont inc.; Transit Sept-Îles; Point de rencontre inc. à Baie-Comeau; la ressource Lise Tremblay et Guy Racine à

Forestville; L'Espoir de Shelna à Havre-Saint-Pierre). Dans certains cas, des difficultés sont rencontrées au plan des mécanismes de référence et d'accès pour ce service.

### **Services offerts par le CRD (CPRCN - Centre Le Canal)**

#### **Fiche 6 : Programme régional d'évaluation spécialisée**

Au CPRCN - Centre Le Canal, l'accueil de la clientèle, l'évaluation spécialisée, l'orientation vers les services spécialisés et l'expertise-conseil sont implantés. Des données seront disponibles afin de vérifier la provenance des demandes et des références. L'ensemble du personnel est mandaté à ce programme d'évaluation, autant pour la clientèle jeunesse qu'adulte. Une difficulté pour répondre à la demande est présente en Minganie (poste à 2 jours/semaine).

Des outils standardisés tels que les IGT (Indice de Gravité de la Toxicomanie) sont utilisés uniformément par les intervenants. Dans le plan de formation de l'établissement, des formations en continu sont offertes aux intervenants, entre autres, sur les meilleures pratiques.

Les collaborations entre les établissements sont informelles. Des travaux sont en cours auprès des mécanismes locaux MELS-MSSS afin de développer des mécanismes d'accès pour la clientèle jeunesse. Ces mécanismes seront implantés en concertation avec ces partenaires et seront intégrés dans des ententes formelles.

Pour ce qui est d'une équipe de liaison assignée aux dépendances dans les urgences hospitalières, les résultats de cette consultation et des discussions au CCR-Dépendances suggèrent que, dans les CSSS périphériques, les médecins œuvrant à l'urgence réfèrent les clients détectés aux intervenants du CPRCN - Centre Le Canal. Toutefois, cette pratique pourrait ne pas être uniforme, selon les expériences et les connaissances des médecins. Des intervenants œuvrent à l'intérieur des murs dans cinq CSSS. Cette proximité aurait facilité ce type de référence informelle.

Dans les CSSS de Sept-Îles et de Manicouagan, les médecins œuvrant à l'urgence auraient tendance à référer à l'interne de leur établissement. Des mécanismes de liaison sont informels entre le CPRCN - Centre Le Canal et les CSSS de Sept-Îles et de Manicouagan, selon les expériences et les connaissances du personnel à l'urgence.

#### **Fiche 7 : Réadaptation externe et interne**

##### *Clientèle jeunesse*

Pour la clientèle jeunesse 12 à 17 ans, la compilation indique que les intervenants du CPRCN - Centre Le Canal accueillent et offrent un suivi en externe. Une difficulté pour répondre à la demande est présente en Minganie (poste à 2 jours/semaine). De plus, des services intensifs (plus de 9 heures/semaine) pourraient être offerts, dépendamment des besoins, de façon ponctuelle. Selon le besoin de la clientèle, les intervenants peuvent se présenter dans les centres d'hébergement en centres jeunesse et dans les écoles secondaires.

Des services à l'interne sont aussi offerts par des ressources provinciales. Une entente de service est en cours de révision entre le Havre-Du-Fjord (deux lits) et le CPRCN - Centre Le Canal. Également, d'autres ententes sont effectuées avec Le Grand Chemin (centre spécialisé pour adolescents en dépendances, Québec) et le Pavillon du Nouveau Point de vue (Lanoraie). Pour la clientèle jeunesse autochtone, une entente est effectuée avec le Centre Walgwan à Gesgapegiag (centre de réadaptation jeunesse des Premières Nations). De plus, une entente provinciale a été effectuée avec la Maison Portage. Cette entente avec le MSSS détermine des lits disponibles pour l'ensemble de l'est du Québec, accessibles aux jeunes présentant des problèmes de comportement plus importants. Les services internes ne sont donc disponibles qu'à l'extérieur de notre région.

La compilation démontre que la collaboration et l'expertise-conseil avec les partenaires du réseau sont implantées informellement. Dépendamment des problématiques et du besoin des clients, il est possible qu'un suivi conjoint ou en parallèle soit effectué en complémentarité avec d'autres partenaires (CSSS, centres jeunesse, intervenants scolaires, etc.).

### *Clientèle adulte*

Pour la clientèle adulte, les résultats démontrent que les services en externe et en interne sont offerts dans notre région pour les problématiques reliées à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Étant donné le faible bassin de population, aucun service interne pour les joueurs pathologiques n'est disponible dans notre région. Il est offert à l'extérieur de notre région et encadré par des ententes de service avec La Casa et la Maison L'Odyssee. Toutefois, si un client présente plusieurs problématiques de dépendances (telles que du jeu pathologique et de l'alcoolisme), un service à l'interne, avec hébergement, peut lui être offert dans notre région, en collaboration avec les services externes en jeu pathologique.

Au CPRCN - Centre Le Canal, aucun programme spécialisé en traitement de substitution à la méthadone n'est donné. Des services psychosociaux peuvent être offerts par les intervenants, dépendamment des besoins du client.

Des ententes formelles existent entre le CPRCN - Centre Le Canal et les organismes d'aide au budget (APIC et la CRIC) pour les joueurs pathologiques.

Des ententes informelles de collaboration sont élaborées entre le CPRCN - Centre Le Canal et les CSSS. Plusieurs arrimages sont développés en dépendances entre les intervenants du CPRCN - Centre Le Canal et ceux œuvrant en CSSS, notamment dans les services en prévention du tabagisme, des ITSS et en prévention de la violence.

## **Fiche 8 : Réinsertion sociale**

La compilation suggère que les intervenants du CPRCN - Centre Le Canal interviennent en réinsertion sociale auprès de la clientèle en réadaptation. Toutefois, il n'existe pas de programme spécifique. Ils informeraient et outilleraient les personnes sur les ressources dans le milieu et les référerait, dépendamment des besoins du client. Ces ententes avec les ressources du milieu, surtout des organismes communautaires, seraient informelles, mais fonctionnelles.

## **Fiche 9 : Désintoxication externe intensive et désintoxication avec hébergement**

Pour ce service, les entrevues démontrent que, à la suite d'une évaluation spécialisée effectuée par un intervenant psychosocial du CPRCN - Centre Le Canal, un client peut être référé à son médecin de famille ou à l'urgence, dépendamment de la présence de symptômes de sevrage ou de la nécessité de désintoxication. Celui-ci travaille en collaboration avec ce médecin traitant. Pour les services à l'interne, un médecin (une demi-journée par semaine) peut évaluer l'état de santé physique du client et établir un plan d'intervention, en collaboration avec ses collègues psychosociaux et son collègue infirmier.

## **Fiche 10 : Soutien à l'entourage**

Pour ce service, la compilation démontre qu'un programme spécifique est en cours de développement. Les intervenants accueillent l'entourage et l'informent sur les services et peuvent, au besoin, leur offrir un suivi psychosocial. Les outils et les formations sont à venir afin de parfaire les connaissances des intervenants.

## ***Services offerts par les organismes communautaires***

### **Fiches 1 à 4 : Détection, intervention précoce, intervention de première ligne**

Les organismes communautaires œuvrant en dépendances ont un contact direct avec la population à risque de développer des problèmes de dépendances ou présentant ces problèmes avec leurs proches et avec différents partenaires de la communauté. De par leur vision communautaire, ils sont accessibles et présents dans le milieu de vie des individus.

Ces partenaires connaissent les outils de dépistage et les utilisent, dépendamment des besoins des clientèles rencontrées.

De plus, dépendamment des besoins, des références peuvent être effectuées par les établissements (les CSSS et le Centre Le Canal) vers leurs services et vice versa. La collaboration et les mécanismes de référence sont informels.

### **Fiche 5 : Désintoxication externe et interne et suivi psychosocial**

Les organismes Point de rencontre inc., le Transit Sept-Îles, la Maison d'aide et d'hébergement de Fermont inc. et la ressource Lise Tremblay et Guy Racine offrent de l'hébergement de crise et de dégrisement en collaboration formelle avec les CSSS respectifs de leur territoire. Des difficultés ont été rencontrées au plan des mécanismes de référence et d'accès lorsqu'un client se présente intoxiqué à l'urgence. Ces ententes répondraient partiellement au besoin de cette clientèle puisque, selon le niveau d'intoxication, certains organismes n'accepteraient pas les gens intoxiqués pour des raisons de sécurité. Les clients intoxiqués peuvent présenter des troubles de comportement (tels que de l'agressivité) et la disponibilité d'employés de surveillance est restreinte.



## **Fiche 7 : Réadaptation interne et externe**

Pour la clientèle des hommes de 18 ans et plus, l'organisme Point de rencontre inc. offre un service de réadaptation à l'interne (alcoolisme et toxicomanie) avec hébergement. Les références ne sont pas systématiques aux autres établissements, dont le CPRCN - Centre Le Canal et les CSSS, et dépendent du besoin de ces clients.

La majorité des organismes communautaires, dans leurs activités de réinsertion sociale, offrent aussi un soutien au processus de réadaptation pour des personnes aux prises avec un problème de consommation. Des activités ponctuelles, notamment des ateliers aux joueurs pathologiques, sont aussi offertes par un intervenant du CPRCN - Centre Le Canal auprès de la clientèle fréquentant certains organismes.

De plus, plusieurs mouvements d'entraide sont actifs sur la Côte-Nord tels que les AA, NA, ALANON, ALATEEN, etc. Ces mouvements offrent un service complémentaire de réadaptation, de réinsertion (fiche 8) et de soutien à l'entourage (fiche 10) par rapport à ce qui est offert par le réseau. Il existe des références informelles entre ces partenaires.

## **Fiche 8 : Réinsertion sociale**

Pour les organismes communautaires, cette pratique serait à parfaire. Les intervenants sont formés régulièrement et des formations plus spécifiques sur les meilleures pratiques sont à venir. Les intervenants informent les clients sur les ressources, dépendamment des besoins. Des services de suivi psychosocial, des café-rencontres, des ateliers, etc. sont aussi offerts. Des ententes informelles sont présentes avec les autres organismes ou établissements du milieu ou avec les mouvements d'entraide (AA, NA, ALANON, ALA-TEEN, etc.).

## **Fiche 10 : Soutien à l'entourage**

La majorité des organismes communautaires dans leurs activités de réinsertion sociale offrent aussi un soutien aux proches des personnes vivant avec un problème de dépendances. Un organisme communautaire offrirait aux proches de joueur pathologique un atelier d'information par année. De plus, plusieurs mouvements d'entraide sont actifs sur la Côte-Nord tels que les ALANON, ALATEEN, etc.

## 2.3 Indicateurs de gestion du programme-services et données d'utilisation des services

À chaque année financière, le CPRCN - Centre Le Canal répond à un indicateur inscrit aux ententes de gestion, soit le nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique.

Les CSSS répondent à l'indicateur Alcochoix + (nombre de personnes ayant reçu le service).

## 2.4 Historique des ressources financières investies dans les programmes-services

### *Alcoolisme et toxicomanie*

Depuis 1993, des sommes sont investies dans les programmes de toxicomanie en lien avec les orientations inscrites dans le PROS. En 2009-2010, le budget affecté et les ressources disponibles ont été distribués de la façon suivante :

Budget affecté	2009-2010		
	Dans les organismes communautaires	Dans les établissements du réseau	TOTAL
Sommes affectées à la <b>prévention</b> des toxicomanies.	87 306 \$	105 255 \$	192 561 \$
Sommes affectées à la <b>désintoxication, la réadaptation, l'aide et le soutien.</b>	229 796 \$	2 066 673 \$	2 296 469 \$
<b>TOTAL</b>	<b>317 102 \$</b>	<b>2 171 928 \$</b>	<b>2 489 030 \$</b>

### *Jeu pathologique*

Depuis 2000, le MSSS, en collaboration avec Loto-Québec, a mis en place un programme expérimental visant à prévenir, réduire et traiter le jeu pathologique. À cet effet, la région de la Côte-Nord s'est vu accorder un montant global non récurrent de 277 000 \$ annuellement. Encore aujourd'hui, ces montants sont versés de façon non récurrente.

Cet investissement a permis de soutenir minimalement les services liés à cette problématique, notamment informer et sensibiliser la population aux difficultés qui peuvent être reliées aux jeux de hasard et d'argent, mettre en œuvre des stratégies de prévention et offrir des services de réadaptation externes et internes suprarégionaux adaptés aux joueurs et à leurs proches. Le plan nord-côtier sur le jeu pathologique 2003-2005 prévoit la mise en œuvre de mesures selon trois axes d'intervention. Le premier axe est celui de la prévention, du dépistage et de la référence. Le deuxième axe précise les services spécialisés à offrir et le troisième axe propose une coordination et une concertation régionale. En 2008-2009, voici les montants versés pour ces différents axes.

	<b>Montant versé non récurrent</b>
<b>Axe 1 : Activités de promotion et de prévention</b>	
♦ Activités préventives dans les organismes communautaires (soutien aux proches) et en milieu scolaire	87 000 \$
<b>Axe 2 : Services spécialisés</b>	
♦ Services de réadaptation externes accessibles aux joueurs et à leurs proches (CPRCN - Centre Le Canal)	100 000 \$
♦ Services de réadaptation internes suprarégionaux (thérapie pour joueurs)	15 000 \$
<b>Axe 3 : Coordination et concertation régionale</b>	75 000 \$
<b>TOTAL</b>	<b>277 000 \$</b>






Les services de réadaptation externes sont desservis par le CPRCN – Centre Le Canal depuis l’implantation de ce programme expérimental en 2000. Ils sont disponibles sur tous les territoires de CSSS, dans neuf points de service. Ces sommes sont donc disséminées parmi ces neuf points de service et doivent permettre de maintenir une expertise en réadaptation relative aux problèmes de jeu pathologique. Des services de réadaptation internes sont disponibles seulement à l’extérieur de notre région, par ententes de service. Ce budget permet de défrayer les coûts pour un maximum de cinq thérapies par année. Différents services de prévention et de promotion sont offerts par les intervenants de première ligne, autant par les CSSS que par les organismes communautaires.

## **2.5 Écart entre les orientations ministérielles et l’offre de service régionale**

La section suivante vise à cerner les écarts entre notre offre de service régionale et celle proposée dans les orientations ministérielles. Le tableau suivant détaille l’écart entre les services présentement offerts sur le territoire de la Côte-Nord et ceux décrits dans les orientations ministérielles du document « Unis dans l’action ». Ces écarts ne reflètent pas les orientations régionales. Ces dernières sont élaborées dans la section 3.3.

## Résumé de la gamme de services offerts

**Légende :**

Services non existants		Services à maintenir	
Services à développer		Ne s'applique pas	
Services à consolider			

Fiche	CSSS	Centre Le Canal	Organisme communautaire	Service autochtone
1 : Détection jeunes				Services offerts par les agents PNLAADA et par les intervenants psychosociaux.
1 : Détection adultes	Attente formation de première ligne.			
2 : Suivi 1 <sup>re</sup> ligne jeunes		Certains suivis sont offerts.		
2 : Suivi 1 <sup>re</sup> ligne adultes	Notamment, Alcochoix + en voie d'implantation.	Certains suivis sont offerts.		
3 : Suivi post-traitement		Suivis offerts.		
4 : Suivi méthadone				
5 : Désintoxication en CH	Évaluation médicale à l'urgence.	Certains suivis sont offerts, en collaboration avec le médecin traitant.		
6 : Évaluation spécialisée jeunes				
6 : Évaluation spécialisée adultes				
6 : Équipes de liaison en urgences		Informelles dans les CSSS périphériques.		
7 : Réadaptation externe		Sauf suivi intensif.	Certains OC offrent un suivi.	Services spécialisés autochtones offerts.
7 : Réadaptation interne		Pour la clientèle jeunesse et en jeu pathologique, à l'extérieur de la région.	Hommes de 18 ans et plus.	
8 : Réinsertion sociale				
9 : Désintoxication		Certains suivis sont offerts, en collaboration avec le médecin traitant.		
10 : Soutien à l'entourage				
Collaborations interétablissements et les partenaires	Collaborations fonctionnelles, mais informelles.			

### 3. Orientations et priorités régionales 2010-2015

#### 3.1 Principes directeurs

Ces orientations régionales sont fondées sur certains principes directeurs. Ces principes sont à la base de l'organisation des services de santé et des services sociaux. Il s'agit de la responsabilité populationnelle et de la hiérarchisation des services.

Premièrement, la responsabilité populationnelle oblige les intervenants qui offrent les services à la population d'un territoire local à partager collectivement la responsabilité à son endroit. Cela se traduit notamment par :

- ♦ L'accessibilité à l'ensemble des services les plus complets possibles.
- ♦ La prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux.
- ♦ La convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population.

Ce principe se traduit par une reconnaissance explicite et l'appartenance à un territoire local de la clientèle visée par le programme-services Dépendances. Cette reconnaissance doit se refléter dans le projet organisationnel et clinique en dépendances.

Deuxièmement, la hiérarchisation des services vise à faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services grâce à des mécanismes de liaison entre les prestataires de services. Trois niveaux de services sont reconnus par le Ministère : les services généraux, les services spécialisés et les services surspécialisés. Cette division traduit la complexité des interventions nécessaires pour répondre à un besoin psychosocial. Ainsi, la hiérarchisation des services vise à assurer à la personne le bon service, au bon moment, au bon endroit et avec l'expertise appropriée.

#### *Les balises cliniques*

Cinq principes caractérisent l'offre de service du programme Dépendances et suggèrent une vision d'ensemble du phénomène qui tient compte des dernières tendances et des plus récentes connaissances scientifiques dans le domaine.

- ♦ Une intervention adaptée

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

- ♦ Une responsabilité individuelle

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

- ♦ Une responsabilité collective

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

- ♦ Des actions fondées sur la connaissance et l'expérience

L'offre adopte une approche contemporaine fondée sur les connaissances actuelles des manifestations et des modes de consommation et sur l'analyse la plus objective possible des risques et des conséquences.

- ♦ La concertation : un élément incontournable

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

### 3.2 Orientations régionales 2010-2015 : Priorités proposées

Dans cette section, les enjeux d'ordre clinique et organisationnel du programme-services ont été intégrés dans le texte sous la rubrique « Enjeux et constats ». Ces enjeux ont été soulevés lors des travaux et des discussions au CCR-Dépendances. Ils reflètent notre réalité régionale en lien avec les écarts soulignés par rapport aux orientations ministérielles.

#### **Recommandations générales**

##### **Enjeux et constats**

Plusieurs facettes de notre offre de service régionale fonctionnent bien, mais demeurent informelles et attribuables au personnel en place. Afin d'assurer la pérennité de ces orientations et étant donné la mobilité et la pénurie de personnel, il s'avère important de développer des ententes formalisées entre les partenaires.

Le développement de services offerts en première ligne en CSSS est un incontournable.

#### *Priorités recommandées*

1. Élaborer les projets cliniques en dépendances, en lien avec les besoins de la population locale et les particularités du territoire et en concertation avec les partenaires (notamment les communautés autochtones et les organismes communautaires).
2. Participer à l'élaboration de services accessibles aux communautés autochtones, à l'intérieur des comités de concertation locaux et du comité régional.
3. Procéder à la révision ou à l'implantation d'ententes de service entre les partenaires (CPRCN - Centre Le Canal, chacun des CSSS, les organismes communautaires, etc.) afin de soutenir et d'assurer la pérennité de ces orientations régionales et des projets cliniques locaux. Ces ententes permettront de définir les responsabilités et les rôles de chacun et de convenir de l'utilisation des ressources afin de favoriser la prise en charge du rôle de première ligne des CSSS (annexe C).
4. Amorcer l'actualisation de ce nouveau modèle d'organisation de services à compter du 1<sup>er</sup> avril 2010.
5. Intégrer la prévention à travers la gamme de services.

## **Recommandations pour les CSSS**

### *Détection, orientation et intervention précoce*

#### *Clientèle jeunesse*

#### **Enjeux et constats**

- ▶ Absence d'uniformité dans les pratiques et peu d'outils sont disponibles pour les intervenants en première ligne œuvrant en CSSS en dépendances.
  - ▶ Peu de services d'intervention de première ligne sont disponibles pour la clientèle jeunesse en CSSS.
  - ▶ Difficultés d'arrimage avec les communautés autochtones.

#### *Priorités recommandées*

- ▶ Poursuite des formations aux intervenants œuvrant en jeunesse (en CSSS, en centres jeunesse, en milieux scolaires, etc.) afin d'implanter l'utilisation uniforme du Dep-Ado pour la détection des jeunes à risque.

À la suite du repérage, cet outil de détection standardisé sera utilisé par les intervenants :

- ▶ Inclure cet outil dans les questionnaires déjà existants dans les CSSS tels que celui d'évaluation psychosociale.
- ▶ Rendre disponibles pour les intervenants des outils d'intervention de première ligne (d'intervention précoce) sur les dépendances.

### *Détection et intervention précoce*

#### *Clientèle adulte*

#### **Enjeux et constats**

- ▶ Absence d'uniformité dans les pratiques et peu d'outils sont disponibles pour les intervenants en première ligne œuvrant en CSSS.
- ▶ Difficultés d'arrimage avec les communautés autochtones.

#### *Priorités recommandées*

- ▶ Offrir une formation continue pour les intervenants et les infirmiers œuvrant en CSSS sur la détection de la clientèle à risque, avec outils standardisés, en dépendances.



À la suite du repérage, ces outils de détection standardisés seront utilisés par les intervenants :

- ◆ Inclure ces outils dans les questionnaires déjà existants dans les CSSS tels que celui d'évaluation psychosociale.
- ◆ Inclure dans la formation des outils d'intervention de première ligne afin que les intervenants utilisent des programmes d'intervention précoce (de première ligne) tels que l'approche motivationnelle et Alcochoix +.
- ◆ Développer et offrir aux médecins une formation sur les pratiques cliniques préventives (PCP, SIPPS 2008-2012) afin de les sensibiliser à la détection des patients à risque ou ayant des problèmes de dépendances.
- ◆ Inclure dans cette formation une trajectoire régionale de services afin de s'assurer de la continuité des services pour le patient dépisté.

*Intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation*

*Clientèle adulte*

#### **Enjeux et constats**

- ◆ Peu de services d'intervention de première ligne sont disponibles dans les CSSS pour la clientèle adulte.

*Priorités recommandées*

- ◆ Poursuivre l'implantation du programme Alcochoix + dans les CSSS (SIPPS 2008-2012).
- ◆ Implanter la formation de première ligne adultes en dépendances pour les intervenants psychosociaux et infirmiers œuvrant en CSSS sur l'intervention de première ligne auprès de la clientèle à risque, en dépendances.
- ◆ S'assurer de l'implantation de services de première ligne (telle que l'approche motivationnelle) dans les territoires de CSSS. Les modalités seront à convenir au CCR-Dépendances.

*Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé*

*Clientèle jeunesse et adulte*

#### **Enjeux et constats**

Actuellement, ce service est offert par les intervenants du CPRCN - Centre Le Canal, autant pour la clientèle jeunesse que celle adulte. La collaboration entre les différents partenaires est déjà effectuée et est efficace.

Étant donné le faible bassin de population, la présence d'intervenants du CPRCN - Centre Le Canal dans plusieurs installations de CSSS et la disponibilité et l'efficacité du service au Centre Le Canal, il n'est pas justifié de développer ce service en CSSS.

### *Priorités recommandées*

- ♦ S'assurer que des suivis conjoints ou en parallèle puissent être offerts à la clientèle jeunesse ou adulte, selon le besoin, et convenir de mécanismes de référence et d'accès dans le cadre des ententes de service.

### *Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone*

#### *Clientèle adulte*

#### **Enjeux et constats**

- ♦ Pénurie du personnel médical.
- ♦ Faible bassin de population et étendue géographique du territoire.
- ♦ Peu de données disponibles sur les besoins.
- ♦ Absence d'équipe spécialisée (autant médicale, qu'infirmier et psychosociale) en traitement de substitution.
- ♦ Aucun médecin prescripteur, ce qui est une condition préalable à tout programme de traitement de substitution.

### *Priorités recommandées*

- ♦ Adresser le questionnement aux comités de consultation des affaires médicales (DRMG, CMDP, etc.)
- ♦ Valider la pertinence de développer de tels services lors des travaux subséquents du CCR-Dépendances.

### *Désintoxication externe et interne avec suivi psychosocial*

#### **Enjeux et constats**

- ♦ Étant donné la pénurie de personnel médical et infirmier, la présence d'équipe médicale en CSSS, le faible bassin de population et l'étendue du territoire, les membres du CCR-Dépendances considèrent qu'il ne serait pas efficace et efficient de développer des lits de désintoxication en CRD. Il est recommandé que les services de désintoxication (fiches 5 et 9) soient offerts en collaboration entre les médecins œuvrant en hôpital, en GMF et en clinique privée ainsi qu'avec les intervenants du CPRCN - Centre Le Canal.
- ♦ Difficultés d'arrimages avec les services offerts auprès des communautés autochtones.

### *Priorités recommandées*

- ♦ Implanter, auprès du personnel médical, des outils d'évaluation du niveau de désintoxication basés sur les meilleures pratiques.
- ♦ Développer dans les hôpitaux des CSSS de Sept-Îles et de Manicouagan, des services de désintoxication (autant pour les clients référés par leurs médecins ou par les services spécialisés que ceux se présentant à l'urgence). Chacun des CSSS, en collaboration avec le CPRCN - Centre Le Canal, précisera les modalités de fonctionnement, de référence et d'accès dans leurs projets cliniques.
- ♦ S'assurer d'avoir des critères d'admission pour les CSSS périphériques, incluant une définition de corridors de services.
- ♦ S'assurer d'avoir des critères d'admission pour les partenaires tel que les communautés autochtones, incluant une définition de corridors de services.

## **Recommandations pour le CRD (CPRCN - Centre Le Canal)**

### *Programme régional d'évaluation spécialisée*

#### *Clientèle jeunesse*

#### **Enjeux et constats**

- ▶ Pour chaque point de service du centre de réadaptation, sur trois territoires périphériques, un seul intervenant offre les services spécialisés d'évaluation et de réadaptation externe en dépendances auprès de la clientèle en jeunesse et celle adulte. En Basse-Côte-Nord et en Haute-Côte-Nord, deux intervenants se partagent les territoires et occupent ces fonctions. Étant donné ce nombre limité de personnel, il s'avère impossible de développer un mécanisme de liaison avec un intervenant pivot ayant uniquement cette fonction. De plus, cette réalité ne permet pas le développement d'une équipe de liaison spécialisée pour chaque urgence hospitalière. Pour ces CSSS, cette fonction sera remplie par ces mêmes intervenants qui œuvrent autant auprès de la clientèle jeunesse que celle adulte. Cette collaboration est informelle.
- ▶ Pour les deux points de service du centre de réadaptation des territoires du CSSS de Sept-Îles et de de Manicouagan, le mécanisme de liaison avec les urgences est déjà décrit à la fiche 5.

#### *Priorités recommandées*

- ▶ Poursuivre les travaux avec les mécanismes locaux MELs-MSSS afin de développer un mécanisme d'accès (intégré dans une entente formelle) pour la clientèle jeunesse, en tenant compte des interventions précoces pouvant être offertes en CSSS ou en milieu scolaire.
- ▶ Élaborer des ententes de service formelles (voir fiche 5), afin de développer, avec les CSSS, des mécanismes de liaison dans les urgences hospitalières, avec des intervenants assignés à l'évaluation spécialisée.

#### *Réadaptation externe et interne*

#### *Clientèle jeunesse et adulte*

#### **Enjeux et constats**

- ▶ Les services de réadaptation sont offerts dans chacun des territoires de CSSS, soit par un intervenant ou par une équipe. Toutefois, en Minganie (territoire de près de 300 km), une difficulté à répondre à la demande est observée (poste à 2 jours/semaine), autant pour la clientèle jeunesse qu'adulte et pour toutes les dépendances. Étant donné cette réalité, le recrutement de personnel s'avère difficile.
- ▶ Des services intensifs (plus de 9 heures/semaine) ne sont pas offerts uniformément par les intervenants. Ponctuellement, dépendamment des besoins, des services intensifs peuvent être offerts. Toutefois, il n'existe pas de programmation. Ces besoins seraient rarement soulevés par la clientèle.

### *Priorités recommandées*

- ♦ Offrir des services de réadaptation en jeunesse et adulte, pour la consommation d'alcool, de drogues et de jeu de hasard et d'argent, en Minganie, avec une offre de service à Port-Menier.
- ♦ Outiller les intervenants afin de consolider la possibilité d'offrir des services intensifs (plus de 9 heures/semaine), dépendamment des besoins soulevés par la clientèle.

### *Réinsertion sociale*

#### *Clientèle jeunesse et adulte*

#### **Enjeux et constats**

- ♦ La réinsertion sociale est en voie d'intégration dans la pratique des intervenants. Dans les plans d'intervention, cet aspect n'est pas systématiquement souligné.
- ♦ Des ententes informelles existent avec les organismes communautaires. Étant donné le roulement de personnel, l'importance de formaliser les ententes, incluant les modalités de références et les rôles et responsabilités de chacun, est soulevée.

### *Priorités recommandées*

- ♦ Développer des objectifs de réinsertion sociale dans les plans d'intervention.
- ♦ Développer des ententes formelles de collaboration en réinsertion sociale, en collaboration avec les organismes communautaires œuvrant en dépendances (sur les territoires où ils sont présents).

### *Désintoxication externe intensive et désintoxication avec hébergement*

#### **Enjeux et constats**

- ♦ Régionalement, la pénurie de personnel médical et infirmier, l'étendue du territoire et le bassin de clientèle ne permettent pas de développer des services de désintoxication en centre de réadaptation des dépendances.
- ♦ Donc, les services de désintoxication externes et internes ne sont pas disponibles en CRD et se déroulent avec la collaboration des médecins œuvrant en CSSS ou dans les UMF ou dans les GMF (fiche 5). Toutefois, aucune entente formelle ne serait implantée.

### *Priorités recommandées*

- ♦ Collaborer au développement des projets cliniques en dépendances (voir fiche 5), en collaboration avec le CSSS, surtout pour le programme d'évaluation spécialisée et s'assurer que les mécanismes d'orientation soient fonctionnels et formalisés.

## *Soutien à l'entourage*

### **Enjeux et constats**

- ♦ Le soutien à l'entourage et l'implication des proches dans le processus thérapeutique sont en voie d'intégration dans la pratique des intervenants. Dans les plans d'intervention, cet aspect n'est pas systématiquement souligné.
- ♦ Des ententes informelles existent avec les partenaires du milieu. Étant donné le roulement de personnel, l'importance de formaliser les ententes, incluant les modalités de références et les rôles et responsabilités de chacun, est soulevée.

### *Priorités recommandées*

- ♦ Poursuivre le développement des services de soutien à l'entourage dans les équipes en centre de réadaptation et en collaboration avec les organismes communautaires et les partenaires du milieu.

## **Recommandations pour les organismes communautaires**

### *Recommandations générales*

#### **Enjeux et constats**

- ♦ La contribution des organismes communautaires à l'offre de service régionale est essentielle. Les membres soulignent l'importance de dresser un portrait de l'offre de service afin de s'assurer de la complémentarité des services sur les territoires. Une définition des rôles et responsabilités des différents partenaires pourrait contribuer à étoffer ce portrait.

#### *Priorités recommandées*

- ♦ Contribuer et participer à l'élaboration du projet clinique des différents territoires de CSSS en amenant la vision communautaire des besoins de la population.
- ♦ Participer à la formation de première ligne adultes en dépendances afin d'uniformiser les activités de repérage et de dépistage des clientèles à risque.

### *Désintoxication (services de dégrisement)*

#### **Enjeux et constats**

- ♦ Au plan des services de dégrisement, plusieurs ententes de service existent entre des organismes communautaires offrant de l'hébergement et des CSSS. Il importe de clarifier, dans un processus continu, les modalités de référence lorsqu'un client se retrouve intoxiqué à l'urgence.

#### *Priorités recommandées*

Inclure, dans les projets cliniques, ces éléments :

- ♦ Pour les organismes offrant de l'hébergement de dégrisement, actualiser les ententes de service en collaboration avec le CSSS de leur territoire, incluant la définition des rôles et responsabilités de chacun et des modalités de référence afin d'assurer un service de dégrisement aux personnes intoxiquées se présentant à l'urgence.
- ♦ S'assurer d'un suivi et d'un processus de révision des procédures, incluant une analyse du fonctionnement global de ces services de dégrisement.

### **Enjeux et constats**

Les organismes communautaires offrent des activités de détection des clients à risque, des activités de soutien à la réinsertion sociale et à l'entourage des personnes vivant avec un problème de consommation ou de dépendances. Ces activités sont à parfaire et en assurer la continuité.

### *Priorités recommandées*

- ♦ S'assurer de la complémentarité des services en meilleures pratiques de détection et de la réinsertion sociale, en collaboration avec les CSSS du territoire et le CPRCN - Centre Le Canal.
- ♦ S'assurer de la complémentarité des services, en soutien aux proches, en collaboration avec le CPRCN - Centre Le Canal.
- ♦ Pour Point de rencontre inc. et le CPRCN - Centre Le Canal, collaborer et s'assurer d'une complémentarité des services, pour la réadaptation, pour une clientèle masculine.
- ♦ S'assurer qu'une offre de service de réinsertion sociale soit disponible dans les organismes communautaires de la région.



### 3.3 Rôles et responsabilités

À travers les projets cliniques en dépendances de chacun des territoires de CSSS, les partenaires définiront leurs rôles et responsabilités. Afin de diriger cette réflexion, les orientations ministérielles cernent certaines responsabilités dévolues au réseau de la santé et des services sociaux, soit les CSSS et le centre de réadaptation. Ces services correspondent aux fiches élaborées dans le document « Unis dans l'action ».

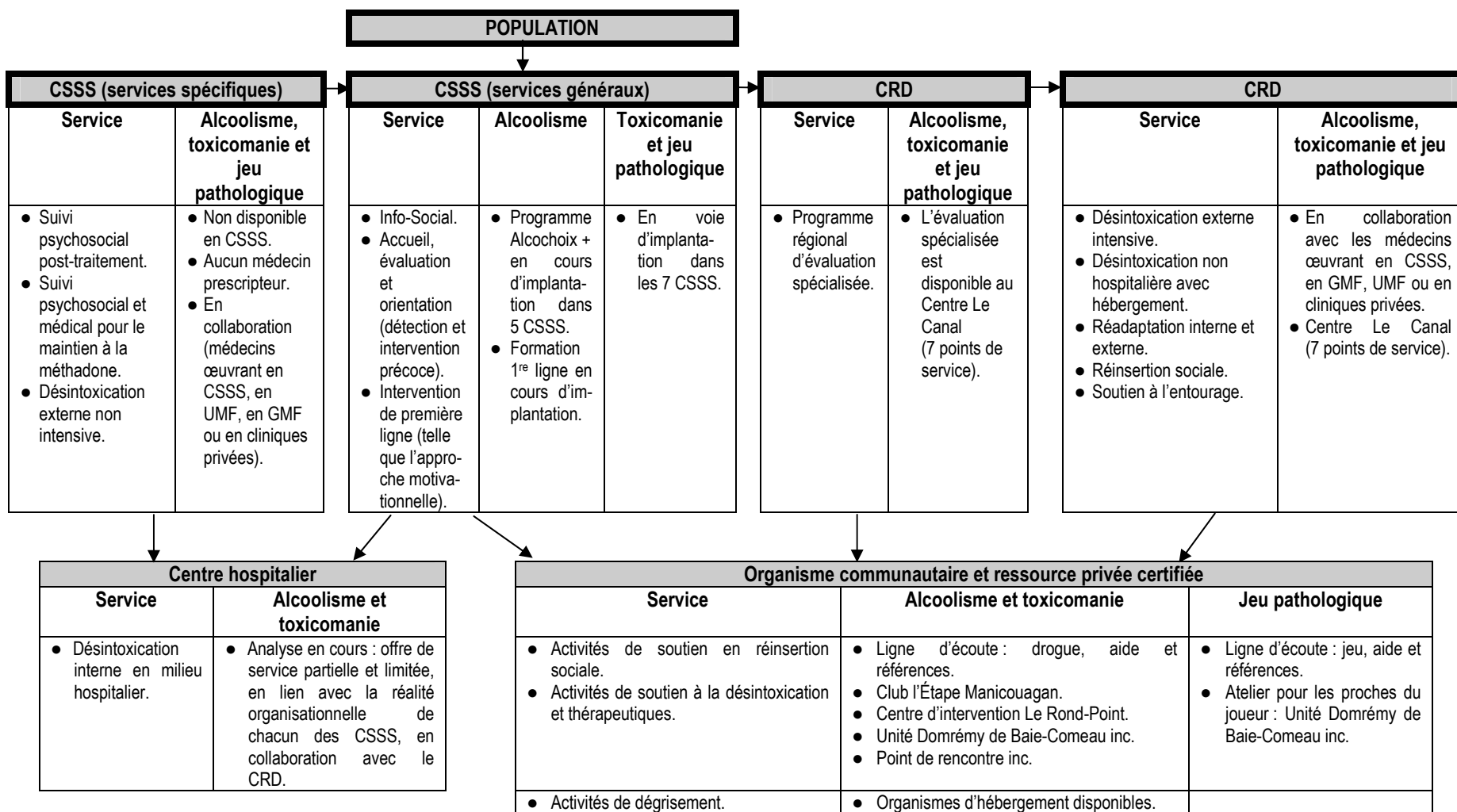
Le tableau suivant résume ces responsabilités. Sur la Côte-Nord, à la suite des travaux du CCR-Dépendances, certaines de ces orientations ministérielles ont été adaptées à la réalité régionale. Ces adaptations apparaissent en ombragé dans le tableau suivant. Ce tableau permet de distinguer les services relevant des CSSS et les services spécialisés en dépendances relevant des centres de réadaptation.

#### Services relevant des CSSS et services spécialisés relevant des centres de réadaptation

CSSS	CRD
➤ Détection et orientation vers des services appropriés.	➤ Programme régional d'évaluation spécialisée.
➤ Intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation.	➤ Réadaptation externe et interne.
➤ Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé.	➤ Réinsertion sociale.
➤ Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone.	➤ Désintoxication externe intensive et désintoxication avec hébergement.
➤ Désintoxication externe et interne et suivi psychosocial.	➤ Soutien à l'entourage.
N.B. Les services en ombragé ne sont pas disponibles ou sont offerts par le CRD.	N.B. Les services en ombragé sont offerts par d'autres partenaires tels que les CSSS, les UMF, les GMF ou les médecins œuvrant en clinique privée.

Plus précisément, les travaux du CCR-Dépendances ont permis de mettre en lumière la trajectoire régionale de services en dépendances. Le tableau suivant résume les rôles et responsabilités de chacun des partenaires et définit davantage les services offerts sur notre territoire. Ces services feront l'objet de réflexion lors de l'élaboration des projets cliniques locaux en dépendances sur chacun des territoires de CSSS.

## TRAJECTOIRE RÉGIONALE DE SERVICES EN DÉPENDANCES



#### 4. Conclusion et perspectives

Ces orientations régionales liées à l'organisation de services en dépendances proposent la mobilisation concertée de tous les partenaires pouvant contribuer à prévenir ou à résoudre les problèmes engendrés par la consommation de substances ou des jeux de hasard et d'argent.

Ces services doivent reposer sur la concertation entre les différents intervenants, les échanges entre les acteurs et le travail en complémentarité. Il sera alors possible d'éviter la duplication des interventions posées par les établissements et les organismes et de permettre que les clients aient accès rapidement, facilement et efficacement aux services.

La réalité géographique, liée à la faible densité de population, justifie la décentralisation des services afin d'en garantir l'accessibilité, mais ne peut pas permettre des investissements à chacun des niveaux de la gamme de services.

La réalité nous amène à envisager une formule adaptée où :

- ♦ Les CSSS assument leur responsabilité populationnelle en s'assurant que des services adaptés soient offerts à toute leur population (incluant la clientèle autochtone) et assurent les activités de détection, d'intervention de première ligne ainsi que les activités de désintoxication.
- ♦ Le CRD ajuste ses interventions en vue d'y inclure des services intensifs, du soutien à l'entourage et de la réinsertion sociale.
- ♦ Les partenaires s'assurent, à l'aide d'ententes de service, de formaliser leur collaboration et de définir les rôles et responsabilités de chacun des acteurs (CSSS, CRD ou organismes communautaires).

Le succès de ce processus résidera dans la somme des efforts et dans la mobilisation de l'ensemble des partenaires.



*Annexe A :*  
*Priorités retenues dans le PROS, 1993*



## **Priorité du PROS - TOX (1993)**

### En prévention et promotion

- ♦ Élaboration par la Direction de santé publique d'un plan d'action ciblant les jeunes et leurs parents incluant une campagne d'information.
- ♦ Que les CLSC et centres de santé intègrent des activités de prévention des toxicomanies dans leur pratique.

### Services de base (aujourd'hui appelés services de première ligne)

- ♦ Que les CLSC et centres de santé rendent accessibles à la population des services de base.
- ♦ Que les centres jeunesse rendent accessible à sa clientèle un programme d'information sur les psychotropes.
- ♦ Que les CLSC et centres de santé offrent un service d'échanges de seringues pour les utilisateurs de drogues intraveineuses.

### Désintoxication

- ♦ Que les centres de santé mettent en place un programme complet de désintoxication (accueil, évaluation et traitement).

### Réadaptation

- ♦ Que le CRPAT adapte son processus de traitement à la programmation existante des services de réadaptation permettant d'impliquer la famille et les proches d'une personne toxicomane.
- ♦ Que le CRPAT, en collaboration avec le Centre jeunesse, implante un comité de travail afin d'élaborer un protocole général d'intervention en matière de services de réadaptation pour la clientèle jeunesse.

Le PROS définissait aussi plusieurs collaborations multisectorielles, entre autres, avec le milieu scolaire, les milieux de travail, les milieux judiciairisés et les municipalités.

### Évaluation de la clientèle

- ♦ Que le CRPAT actualise des services d'évaluation de la clientèle selon les balises fixées et qu'il prévoit la formation du personnel.



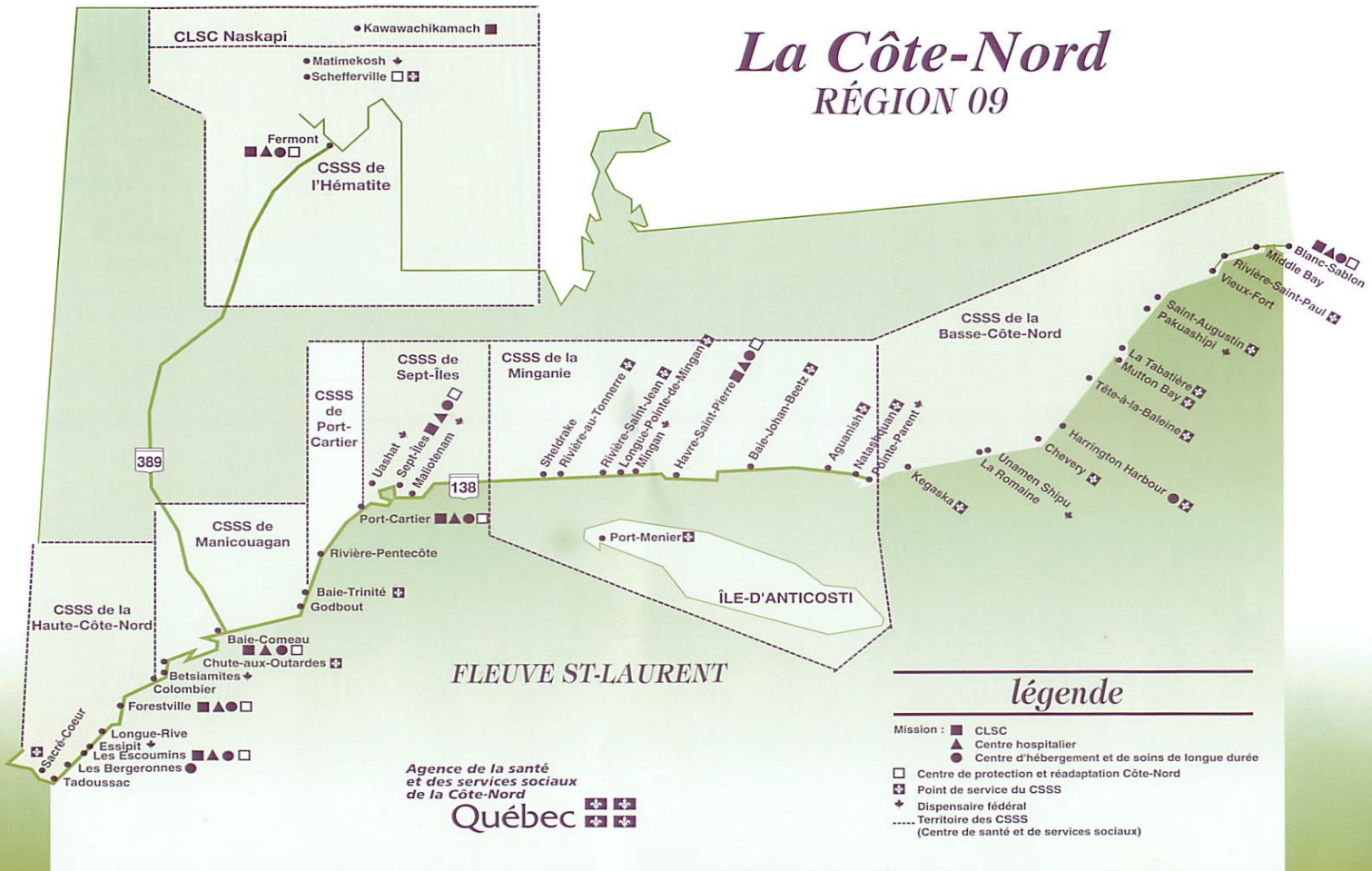


*Annexe B*  
*Carte de la région de la Côte-Nord*



# La Côte-Nord

## RÉGION 09





*Annexe C*  
*Grilles d'implantation*



GRILLE D'ANALYSE DE L'IMPLANTATION DES FICHES DES SERVICES  
COMPOSANT L'ENSEMBLE DU PROGRAMME-SERVICES DÉPENDANCES

PRÉSENTÉE DANS

*L'OFFRE DE SERVICE DÉPENDANCES 2007-2012*

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AU CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCES

MSSS/DGSS/Service des toxicomanies et des dépendances, septembre 2008

Adaptée régionalement par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord et les membres du CCR-Dépendances, janvier 2009.

**Contexte** : Dans le cadre des travaux du Comité de concertation régional (CCR) en dépendances, les membres ont adopté un plan de travail qui prévoit l'élaboration d'un portrait de l'offre de service par territoire de CSSS. Ledit portrait servira notamment à déterminer les orientations ainsi que les priorités régionales au regard de ce dossier. Le questionnaire reprend les catégories et types de services énumérés dans les orientations ministérielles « Unis dans l'action » 2007-2012 considérant que les travaux du CCR se baseront sur le contenu de ce document.

Pour chaque élément de la grille, nous vous invitons à valider la cote inscrite. Cette cote (%) y est à titre indicatif. Vous pourrez également compléter par un bref commentaire l'information sur le niveau d'implantation des éléments.

0 = Pas du tout      1 à 25 % = Implantation amorcée      25 à 50 % = Moyennement implanté      50 à 75 % = Bien implanté      75 à 100 % = Implantation finalisée

**Fiche 6 : Programme régional d'évaluation spécialisée**  
**Responsabilité : CRPAT**

Pour ce faire, les CRPAT :	Pourcentage d'implantation	Pour remplir leur mandat, les CRPAT disposent :	Indiquer par un « X »		
			Oui	Non	À venir
• Traitent les dossiers qui leur sont adressés et les demandes qui leur sont faites par les organismes partenaires.	50-75	• De personnel assigné à l'évaluation des dépendances.			
• Disposent d'une équipe de liaison assignée aux dépendances dans les urgences hospitalières.	1-25	• De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur la problématique des dépendances et sur l'évaluation.			
• Contactent les personnes devant être évaluées et les accueillent.	75-100	• D'un coffre à outils incluant des tests validés et standardisés pour l'évaluation des toxicomanies et du jeu pathologique.			
• Orientent les personnes vers les services appropriés à leur situation : ➤ les clientèles à risque vers les CSSS; ➤ celles présentant un problème d'abus ou de dépendances, vers les CRPAT.	0	• De mécanismes d'accès implantés en concertation avec les partenaires du milieu. ➤ au niveau adulte : ➤ au niveau jeunesse :			
	75-100				
• Offrent une expertise-conseil et du soutien aux professionnels des établissements du réseau.	50-75				

**Commentaires : (Voir fiche 6 en guise de référence)**



<b>CLIENTÈLE JEUNESSE</b>					
<b>Fiche 7 : Réadaptation externe et interne</b>					
<b>Responsabilité : CRPAT</b>					
<b>Pour ce faire, les CRPAT :</b>	<b>Pourcentage d'implantation</b>	<b>Pour remplir leur mandat, les CRPAT disposent :</b>	<b>Indiquer par un « X »</b>		
			<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>À venir</b>
• Accueillent les personnes qui leur sont adressées, en priorisant les jeunes, les femmes enceintes, les femmes ayant de jeunes enfants et les personnes ayant un problème de santé mentale.	50-75	• De personnel qualifié pour effectuer ces interventions.			
• Établissent un plan d'intervention individualisé.	75-100	• De personnel spécialisé en traitement de la dépendance aux opioïdes.			
• Prévoient et appliquent un plan de suivi ou de maintien à la méthadone et réfèrent la personne aux services spécifiques du CSSS selon ses besoins.	50-75	• De programmes de réadaptation éprouvés.			
• Prévoient et appliquent un plan de suivi en réinsertion sociale.	75-100	• De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur la problématique des dépendances.			
• Collaborent avec les partenaires du réseau pour leur offrir du soutien, de la formation et de l'expertise-conseil.	75-100	• De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution.			
		• D'un coffre à outils incluant de l'information et de la documentation sur le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution.			
		• De mécanismes d'orientation vers les CSSS et de collaborations interétablissements lorsque la situation l'exige.			
		• D'ententes de service avec des organismes communautaires (ou privés) certifiés lorsque la situation l'exige.			
<b>Commentaires : (Voir fiche 7 en guise de référence)</b>					

## CLIENTÈLE ADULTE

### Fiche 7 : Réadaptation externe et interne

Responsabilité : CRPAT

Pour ce faire, les CRPAT :	Pourcentage d'implantation	Pour remplir leur mandat, les CRPAT disposent :	Indiquer par un « X »		
			Oui	Non	À venir
• Accueillent les personnes qui leur sont adressées, en priorisant les jeunes, les femmes enceintes, les femmes ayant de jeunes enfants et les personnes ayant un problème de santé mentale.	50-75	• De personnel qualifié pour effectuer ces interventions.			
• Établissent un plan d'intervention individualisé.	75-100	• De personnel spécialisé en traitement de la dépendance aux opioïdes.			
• Prévoient et appliquent un plan de suivi ou de maintien à la méthadone et réfèrent la personne aux services spécifiques du CSSS selon ses besoins.	50-75	• De programmes de réadaptation éprouvés.			
• Prévoient et appliquent un plan de suivi en réinsertion sociale.	75-100	• De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur la problématique des dépendances.			
• Collaborent avec les partenaires du réseau pour leur offrir du soutien, de la formation et de l'expertise-conseil.	75-100	• De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution.			
		• D'un coffre à outils incluant de l'information et de la documentation sur le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution.			
		• De mécanismes d'orientation vers les CSSS et de collaborations interétablissements lorsque la situation l'exige.			
		• D'ententes de service avec des organismes communautaires (ou privés) certifiés lorsque la situation l'exige.			

Commentaires : (Voir fiche 7 en guise de référence)

<b>Fiche 8 : Réinsertion sociale</b>		<b>Responsabilité : CRPAT</b>		<b>Indiquer par un « X »</b>		
<b>Pour ce faire, les CRPAT :</b>	<b>Pourcentage d'implantation</b>	<b>Pour remplir leur mandat, les CRPAT disposent :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>À venir</b>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établissent un plan d'intervention individualisé qui poursuit des objectifs visant la réinsertion ainsi qu'un plan de fin de traitement pour chacune des personnes.</li> </ul>	75-100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De personnel qualifié pour effectuer ces interventions.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appliquent le plan d'intervention et en font la révision continue.</li> </ul>	75-100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De programmes de réinsertion éprouvés.</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informent et outillent les personnes sur les ressources pouvant contribuer à développer leur autonomie.</li> </ul>	75-100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur la réinsertion des personnes dépendantes.</li> </ul>				
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur la réinsertion sociale.</li> </ul>				
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• D'un coffre à outils incluant de l'information et de la documentation à l'intention des personnes dépendantes et en processus de réinsertion.</li> </ul>				
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• De mécanismes d'orientation vers les CSSS et de collaborations interétablissements.</li> </ul>				
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• D'ententes de service pour le développement des compétences personnelles et sociales et le maintien des acquis.</li> </ul>				
<b>Commentaires : (Voir fiche 8 en guise de référence)</b>						

**Fiche 9 : Désintoxication externe intensive et désintoxication avec hébergement**  
**Responsabilité : CRPAT**

Pour ce faire, les CRPAT :	Pourcentage d'implantation	Pour remplir leur mandat, les CRPAT disposent :	Indiquer par un « X »		
			Oui	Non	À venir
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueillent les personnes et évaluent leur état de santé général et l'intensité anticipée du sevrage : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Désintoxication externe intensive;</li> <li>➤ Désintoxication avec hébergement (lits de désintoxication en CRPAT).</li> </ul> </li> </ul>	25-50	• De personnel qualifié pour effectuer ces interventions et de médecins formés sur la désintoxication.			
	0	• De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur la problématique des dépendances, sur la désintoxication et sur les produits de substitution existants.			
• Établissent un plan d'intervention individualisé.	1-25	• De protocoles de désintoxication.			
• Appliquent le traitement et assurent le suivi.	1-25	• D'une équipe médicale qui lui est affiliée ou associée.			
• Orientent les personnes vers les services adaptés, le cas échéant.	50-75	• De plans d'intervention individualisés.			
		• D'expertise-conseil, de soutien et de collaborations interétablissements.			
		• D'un accès rapide aux autres ressources hospitalières du réseau, lorsque l'état de santé de la personne intoxiquée l'exige.			

**Commentaires : (Voir fiche 9 en guise de référence)**

<b>Fiche 10 : Soutien à l'entourage</b>					
<b>Responsabilité : CRPAT</b>					
<b>Pour ce faire, les CRPAT :</b>	<b>Pourcentage d'implantation</b>	<b>Pour remplir leur mandat, les CRPAT disposent :</b>	<b>Indiquer par un « X »</b>		
			<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>À venir</b>
• Accueillent l'entourage et l'informent sur les services offerts.	75-100	• De personnel qualifié pour effectuer ces interventions.			
• Favorisent, lorsque c'est possible, les personnes de l'entourage dans le plan d'intervention des personnes qui reçoivent des services spécialisés.	75-100	• De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur l'accompagnement des proches et des familles.			
• Évaluent les besoins de l'entourage et conçoivent un plan d'intervention adapté.	75-100	• D'un coffre à outils incluant de l'information et de la documentation à l'intention de l'entourage des personnes dépendantes.			
<b>Commentaires : (Voir fiche 10 en guise de référence)</b>					



GRILLE D'ANALYSE DE L'IMPLANTATION DES FICHES DES SERVICES  
COMPOSANT L'ENSEMBLE DU PROGRAMME-SERVICES DÉPENDANCES

PRÉSENTÉE DANS

*L'OFFRE DE SERVICE DÉPENDANCES 2007-2012*

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX CSSS

MSSS/DGSS/Service des toxicomanies et des dépendances, septembre 2008

Adaptée régionalement par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord et les membres du CCR-Dépendances, janvier 2009.

**Contexte** : Dans le cadre des travaux du Comité de concertation régional (CCR) en dépendances, les membres ont adopté un plan de travail qui prévoit l'élaboration d'un portrait de l'offre de service par territoire de CSSS. Ledit portrait servira notamment à déterminer les orientations ainsi que les priorités régionales au regard de ce dossier. Le questionnaire reprend les catégories et types de services énumérés dans les orientations ministérielles « Unis dans l'action » 2007-2012 considérant que les travaux du CCR se baseront sur le contenu de ce document.

Pour chaque élément de la grille, nous vous invitons à valider la cote inscrite. Cette cote (%) y est à titre indicatif. Vous pourrez également compléter par un bref commentaire l'information sur le niveau d'implantation des éléments.

0 = Pas du tout      1 à 25 % = Implantation amorcée      25 à 50 % = Moyennement implanté      50 à 75 % = Bien implanté      75 à 100 % = Implantation finalisée

<b>CLIENTÈLE JEUNESSE</b>					
<b>Fiche 1 : Détection et orientation vers des services appropriés</b>					
<b>Responsabilité : CSSS (CLSC et centres hospitaliers de soins généraux)</b>					
<b>Pour ce faire, les CSSS :</b>	<b>Pourcentage d'implantation</b>	<b>Pour remplir leur mandat, les CSSS disposent :</b>	<b>Indiquer par un « X »</b>		
			Oui	Non	À venir
• Accueillent et détectent à travers leurs services les personnes qui éprouvent des problèmes liés à la consommation de psychotropes et de jeux de hasard et d'argent.	1-25	• De personnel mandaté pour donner ces services (personnel infirmier, psychosocial ou technicien).			
• Orientent une personne présentant un profil de consommation à risque vers les services du CSSS : suivi psychosocial et intervention précoce en dépendance (entrevue motivationnelle).	1-25	• D'un coffre à outils, incluant des tests validés et standardisés, pour la détection des problèmes de dépendance.			
• Orientent une personne présentant un problème d'abus ou de dépendance (présence de consommations) vers le service régional d'évaluation spécialisée du CENTRE LE CANAL.	50-75	• D'une formation initiale et continue sur la problématique des dépendances et sur leur détection.			
		• De soutien et d'expertise-conseil du CENTRE LE CANAL.			
		• De collaborations interétablissements pour la désintoxication en milieu hospitalier.			
		• D'ententes de service avec le CENTRE LE CANAL pour l'évaluation spécialisée : <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ la désintoxication non hospitalière avec hébergement;</li> <li>❖ le traitement;</li> <li>❖ la réinsertion des personnes dépendantes.</li> </ul>			
<b>Commentaires : (Voir fiche 1 en guise de référence)</b>					



<b>CLIENTÈLE ADULTE</b>					
<b>Fiche 1 : Détection et orientation vers des services appropriés</b>					
<b>Responsabilité : CSSS (CLSC et centres hospitaliers de soins généraux)</b>					
<b>Pour ce faire, les CSSS :</b>	<b>Pourcentage d'implantation</b>	<b>Pour remplir leur mandat, les CSSS disposent :</b>	<b>Indiquer par un « X »</b>		
			<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>À venir</b>
• Accueillent et détectent à travers leurs services les personnes qui éprouvent des problèmes liés à la consommation de psychotropes et de jeux de hasard et d'argent.	25-50	• De personnel mandaté pour donner ces services (personnel infirmier, psychosocial ou technicien).			
• Orientent une personne présentant un profil de consommation à risque vers les services du CSSS : suivi psychosocial et intervention précoce en dépendance (Alcochoix+ ou entrevue motivationnelle).	25-50	• D'un coffre à outils, incluant des tests validés et standardisés, pour la détection des problèmes de dépendance.			
• Orientent une personne présentant un problème d'abus ou de dépendance (problème de consommation) vers le service régional d'évaluation spécialisée du CENTRE LE CANAL.	50-75	• D'une formation initiale et continue sur la problématique des dépendances et sur leur détection.			
		• De soutien et d'expertise-conseil du CENTRE LE CANAL.			
		• De collaborations interétablissements pour la désintoxication en milieu hospitalier.			
		• D'ententes de service avec le CENTRE LE CANAL pour l'évaluation spécialisée : <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ la désintoxication non hospitalière avec hébergement;</li> <li>❖ le traitement;</li> <li>❖ la réinsertion des personnes dépendantes.</li> </ul>			
<b>Commentaires : (Voir fiche 1 en guise de référence)</b>					

**CLIENTÈLE JEUNESSE****Fiche 2 : Intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation****Responsabilité : CSSS (CLSC)**

Pour ce faire, les CSSS :	Pourcentage d'implantation	Pour remplir leur mandat, les CSSS (CLSC) disposent :	Indiquer par un « X »		
			Oui	Non	À venir
• Informent les personnes détectées et à risque de dépendance.	25-50	• De personnel mandaté pour effectuer ces interventions (personnel infirmier, psychosocial ou technicien).			
• Établissent un plan d'intervention.	25-50	• D'un coffre à outils (Alcochoix+, entrevue motivationnelle), incluant de l'information et de la documentation, à l'intention des personnes à risque de dépendance.			
• Favorisent le développement des compétences personnelles et sociales chez les personnes à risque.	25-50	• De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur l'intervention précoce en toxicomanie et en jeu pathologique.			
• Assurent un suivi psychosocial auprès de ces personnes (Alcochoix+).	25-50	• De programmes motivationnels éprouvés scientifiquement (Alcochoix+ et entrevue motivationnelle).			
		• De soutien et d'expertise-conseil du CENTRE LE CANAL.			

**Commentaires : (Voir fiche 2 en guise de référence)**

**CLIENTÈLE ADULTE****Fiche 2 : Intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation****Responsabilité : CSSS (CLSC)**

Pour ce faire, les CSSS :	Pourcentage d'implantation	Pour remplir leur mandat, les CSSS (CLSC) disposent :	Indiquer par un « X »		
			Oui	Non	À venir
• Informent les personnes détectées et à risque de dépendance.	25-50	• De personnel mandaté pour effectuer ces interventions (personnel infirmier, psychosocial ou technicien).			
• Établissent un plan d'intervention.	25-50	• D'un coffre à outils (Alcochoix+, entrevue motivationnelle), incluant de l'information et de la documentation, à l'intention des personnes à risque de dépendance.			
• Favorisent le développement des compétences personnelles et sociales chez les personnes à risque.	25-50	• De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur l'intervention précoce en toxicomanie et en jeu pathologique.			
• Assurent un suivi psychosocial auprès de ces personnes (Alcochoix+).	25-50	• De programmes motivationnels éprouvés scientifiquement (Alcochoix+ et entrevue motivationnelle).			
		• De soutien et d'expertise-conseil du CENTRE LE CANAL.			

**Commentaires : (Voir fiche 2 en guise de référence)**

<b>Fiche 3 : Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé</b> <b>Responsabilité : CSSS (CLSC)</b>					
<b>Pour ce faire, les CSSS :</b>	<b>Pourcentage d'implantation</b>	<b>Pour remplir leur mandat, les CSSS (CLSC) disposent :</b>	<b>Indiquer par un « X »</b>		
			<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>À venir</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueillent les personnes que leur réfère le CENTRE LE CANAL.</li> </ul>	1-25	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De personnel mandaté pour effectuer ces interventions (personnel infirmier, psychosocial ou technicien).</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établissent un plan d'intervention.</li> </ul>	1-25	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D'un coffre à outils, incluant de l'information et de la documentation, à l'intention des personnes à risque de dépendance.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorisent le développement des compétences personnelles et sociales chez les personnes dépendantes.</li> </ul>	1-25	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur la réinsertion d'une personne dépendante dans sa communauté.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurent un suivi psychosocial auprès des personnes dépendantes.</li> </ul>	1-25	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De soutien et d'expertise-conseil du CENTRE LE CANAL.</li> </ul>			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• D'ententes de service ou de collaborations avec les organismes communautaires se consacrant à la réinsertion socioprofessionnelle des personnes.</li> </ul>			
<b>Commentaires : (Voir fiche 3 en guise de référence)</b>					

**Fiche 4 : Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone**  
**Responsabilité : CSSS (CLSC)**

<b>Pour ce faire, les CSSS :</b>	<b>Pourcentage d'implantation</b>
❖ Avez-vous connaissance que des médecins pourraient avoir de l'intérêt? ❖ Lien avec les autres opiacées (médicaments contre la douleur)?	0

**Commentaires : (Voir fiche 4 en guise de référence)**

<b>Fiche 5 : Désintoxication externe et interne et suivi psychosocial</b>					
<b>Responsabilité : CSSS (CLSC et centres hospitaliers généraux)</b>					
<b>Pour ce faire, les CSSS :</b>	<b>Pourcentage d'implantation</b>	<b>Pour remplir leur mandat, les CSSS (CLSC) disposent :</b>	<b>Indiquer par un « X »</b>		
			Oui	Non	À venir
• Accueillent les personnes intoxiquées et évaluent leur état de santé général et l'intensité anticipée du sevrage.	50-75	• De personnel qualifié pour effectuer ces interventions et de médecins formés sur la désintoxication.			
• Établissent un plan d'intervention.	50-75	• D'outils (comme le CIWA, le NID-ed-em, etc.), incluant des tests validés et standardisés, pour la détection des toxicomanies et l'évaluation du sevrage.			
• Appliquent le traitement et assurent le suivi.	50-75	• De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur la problématique des dépendances et sur la désintoxication.			
• Orientent la personne vers les services adaptés, le cas échéant.	50-75	• De soutien et d'expertise-conseil du CENTRE LE CANAL et de collaborations interétablissements.			
		• De mécanismes d'orientation vers les ressources internes de désintoxication lorsque la situation l'exige.			
		• De mécanismes d'orientation vers le CENTRE LE CANAL concernant la gamme de traitements spécialisés.			
<b>Pour ce faire, les centres hospitaliers :</b>	<b>Pourcentage d'implantation</b>	<b>Pour remplir leur mandat, les centres hospitaliers disposent :</b>	<b>Indiquer par un « X »</b>		
• Accueillent les personnes et évaluent leur état d'intoxication.	50-75	• De personnel hospitalier assigné à la désintoxication (médecins ou équipe médicale ayant une expertise en toxicomanie et disposant de lits d'hébergement prévus à cet effet).			
• Appliquent le traitement et assurent le suivi.	25-50	• De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur la désintoxication et sur les produits de substitution existants (sensibilisation des médecins, besoins de formations, etc.).			
		• De mécanismes d'orientation vers le CENTRE LE CANAL concernant la gamme de services spécialisés dont le maillage avec les autres services de désintoxication et les services de réadaptation dispensés par le CENTRE LE CANAL.			
<b>Questions complémentaires :</b>			Oui	Non	À venir
• Combien de lits de dégrisement disponibles?					
• Présence d'ententes de service, de collaborations.					
• Ces mécanismes couvrent-ils les besoins?					
<b>Commentaires : (Voir fiche 5 en guise de référence)</b>					

GRILLE D'ANALYSE DE L'IMPLANTATION DES FICHES DES SERVICES  
COMPOSANT L'ENSEMBLE DU PROGRAMME-SERVICES DÉPENDANCES

PRÉSENTÉE DANS

*L'OFFRE DE SERVICE DÉPENDANCES 2007-2012*

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

MSSS/DGSS/Service des toxicomanies et des dépendances, septembre 2008

Adaptée régionalement par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord et les membres du CCR-Dépendances, janvier 2009.

**Contexte** : Dans le cadre des travaux du Comité de concertation régional (CCR) en dépendances, les membres ont adopté un plan de travail qui prévoit l'élaboration d'un portrait de l'offre de service par territoire de CSSS. Ledit portrait servira notamment à déterminer les orientations ainsi que les priorités régionales au regard de ce dossier. Le questionnaire reprend les catégories et types de services énumérés dans les orientations ministérielles « Unis dans l'action » 2007-2012 considérant que les travaux du CCR se baseront sur le contenu de ce document

Pour chaque élément de la grille, nous vous invitons à valider la cote inscrite. Cette cote (%) y est à titre indicatif. Vous pourrez également compléter par un bref commentaire l'information sur le niveau d'implantation des éléments.

0 = Pas du tout      1 à 25 % = Implantation amorcée      25 à 50 % = Moyennement implanté      50 à 75 % = Bien implanté      75 à 100 % = Implantation finalisée

**POUR POINT DE RENCONTRE INC. SEULEMENT**

**Fiche 7 : Réadaptation externe et interne  
Responsabilité : CPRCN - Centre Le Canal**

Pour ce faire, l'organisme :	Pourcentage d'implantation	Pour remplir leur mandat, l'organisme dispose :	Indiquer par un « X »		
			Oui	Non	À venir
• Accueille les personnes (hommes) qui leur sont adressées, en priorisant les jeunes et les personnes ayant un problème de santé mentale.	75-100	• De personnel qualifié et mandaté pour effectuer ces interventions.			
• Établit un plan d'intervention individualisé.	75-100	• De programmes de réadaptation éprouvés.			
• Prévoit et applique un plan de suivi et réfère la personne aux services spécifiques du CSSS ou du Centre Le Canal, selon ses besoins.	50-75	• De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur la problématique des dépendances.			
• Prévoit et applique un plan de suivi en réinsertion sociale.	50-75	• D'un coffre à outils, incluant de l'information et de la documentation, sur le traitement de la dépendance.			
• Collabore avec les partenaires du réseau pour leur offrir ou demander du soutien, de la formation et de l'expertise-conseil.	50-75	• De mécanismes d'orientation vers les CSSS ou le Centre Le Canal et de collaborations interétablissements lorsque la situation l'exige.			
		• D'ententes de service avec des organismes communautaires lorsque la situation l'exige.			

**Commentaires : (Voir fiche 7 en guise de référence)**



<b>Fiche 8 : Réinsertion sociale</b>					
<b>Responsabilité : CPRCN - Centre Le Canal</b>					
<b>Pour ce faire, les organismes :</b>	<b>Pourcentage d'implantation</b>	<b>Pour remplir leur mandat, les organismes disposent :</b>	<b>Indiquer par un « X »</b>		
			<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>À venir</b>
• Établissent un plan d'intervention individualisé qui poursuit des objectifs visant la réinsertion ainsi qu'un plan de fin de traitement pour chacune des personnes.	75-100	• De personnel qualifié et mandaté pour effectuer ces interventions.			
• Appliquent le plan d'intervention et en font la révision continue.	75-100	• De programmes de réinsertion éprouvés.			
• Informent et outillent les personnes sur les ressources pouvant contribuer à développer leur autonomie.	75-100	• De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur la réinsertion des personnes dépendantes.			
		• De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur la réinsertion sociale.			
		• D'un coffre à outils, incluant de l'information et de la documentation, à l'intention des personnes dépendantes et en processus de réinsertion.			
		• De mécanismes d'orientation vers les CSSS, le Centre Le Canal et de collaborations interétablissements.			
		• D'ententes de service avec différents partenaires pour le développement des compétences personnelles et sociales et le maintien des acquis.			
<b>Commentaires : (Voir fiche 8 en guide de référence)</b>					



## Références bibliographiques

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD. *Plan d'action régional et plan d'action local de santé publique, 2008-2012*, 2008, Direction de santé publique, 113 p.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD. *Stratégie intégrée en promotion et prévention de la santé, 2007-2012*, 2008, Direction de santé publique, 44 p.
- DES ROCHES, Michel, et collaborateurs. *Rapport de l'Enquête Santé Côte-Nord, 2005*, Baie-Comeau, Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, 2007, 524 p.
- DES ROCHES, Michel, et collaborateurs. *Rapport de l'Enquête Santé Côte-Nord, 2000*, Baie-Comeau, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, 2001, 266 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prévention des dépendances, présentation de Paul Roberge*, Service des toxicomanies et des dépendances, 2008, 5 février 2008.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *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*, 2007, Direction des communications, Gouvernement du Québec, 58 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *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, 2006, 80 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projets cliniques - Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - document principal*, Gouvernement du Québec, 2004, 76 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *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, 2003, 133 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *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, 2002, 40 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *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, 2001, 55 p.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD. *Plan régional d'organisation des services en toxicomanie pour la Côte-Nord. Une communauté responsable ensemble, pour et avec la personne*, 1993, 91 p.

SANTÉ CANADA. *Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA)*. Site internet de Santé Canada, [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca).

STATISTIQUES CANADA. *Enquête de santé des collectivités canadiennes, 2003 et 2005*.

TANGUAY, Louise, et Yves HURTUBISE. *Rapport final : Portrait des jeunes de Sept-Îles et de Port-Cartier, juin 2007*, 2007, CSSS de Sept-Îles.

TREMBLAY, Joël, et autres. *Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique*, FQCRPAT, 2004, Montréal, 70 p.