



**OFFRE DE SERVICE RÉGIONALE 2010-2015**  
**PROGRAMME-SERVICES DÉPENDANCES**

JANVIER 2011

Québec 

Adopté par le conseil d'administration le 26 janvier 2011

**Édition produite par :**

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue  
1, 9<sup>e</sup> rue  
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9  
[www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca](http://www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca)

Téléphone : 819 764-3264  
Télécopieur : 819 797-1947

**Rédaction**

Nicole Berthiaume, Agente de planification et de recherche  
Suzanne Chartier, Adjointe au directeur de santé publique  
Sylvie Routhier, Adjointe à la directrice de l'organisation des services sociaux et ententes de gestion,  
Thierry Simard, Agent de planification et de recherche  
Annie Vienney, Agente de planification et de recherche

**Mise en page**

Marie-Paul Turcotte, Agente administrative

**Comité de lecture**

Josée Baribeau, Centre Normand  
Guylaine Brien, CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa  
Robert Dicaire, Maison du Compagnon de La Sarre  
Lyne Héon, CSSS du Lac-Témiscamingue  
Lorraine Lapointe, CSSS de Rouyn-Noranda  
Lyne Larivière, CSSS Les Eskers de l'Abitibi  
Ronald Lepage, Centre Gérard Brisson/Groupe Image  
Hector Sylvestre, CSSS de la Vallée-de-l'Or  
Isabelle Therrien, Centre Normand  
Joelle Thouin, Centre Normand  
Martin Trottier, CSSS des Aurores-Boreales  
Luc Vézina, CSSS de la Vallée-de-l'Or

ISBN : 978-2-89391-499-2 (version imprimée)  
978-2-89391-500-5 (version pdf)

Prix : 10,00 \$ + frais de manutention

Dépôt légal - Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2011  
Dépôt légal - Bibliothèque et archives Canada, 2011

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

Ce document est également disponible en médias substitués, sur demande.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	iii
<b>1. INTRODUCTION ET CONTEXTE</b> .....	1
<b>1.1 INTRODUCTION</b> .....	1
<b>1.2 CONTEXTE</b> .....	1
1.2.1 <i>Principales étapes de déploiement du programme-services Dépendances en Abitibi-Témiscamingue de 2003 à aujourd'hui</i> .....	1
1.2.2 <i>Particularités régionales</i> .....	3
1.2.3 <i>Définition du programme-services Dépendances</i> .....	5
<b>1.3 OBJECTIFS DU DOCUMENT</b> .....	6
<b>2. PRINCIPES–ORIENTATIONS– RÔLES ET RESPONSABILITÉS</b> .....	9
<b>2.1 PRINCIPES</b> .....	9
2.1.1 <i>Une intervention adaptée</i> .....	10
2.1.2 <i>Une responsabilité individuelle</i> .....	10
2.1.3 <i>Une responsabilité collective</i> .....	10
2.1.4 <i>La concertation comme fer de lance de l'action</i> .....	10
2.1.5 <i>Des actions fondées sur la connaissance et l'expérience</i> .....	11
<b>2.2 APPROCHES</b> .....	11
<b>2.3 ORIENTATIONS PROVINCIALES ET RÉGIONALES</b> .....	11
2.3.1 <i>Orientations provinciales</i> .....	11
2.3.2 <i>Orientations régionales</i> .....	12
<b>2.4 RÔLES ET RESPONSABILITÉS</b> .....	13
2.4.1 <i>Centres de santé et de services sociaux</i> .....	13
2.4.2 <i>Centre Normand</i> .....	14
2.4.3 <i>Organismes communautaires</i> .....	14
2.4.4 <i>Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue</i> .....	15
<b>3. BREF PORTRAIT RÉGIONAL DES CLIENTÈLES ET APERÇU DES CLIENTÈLES PRIORITAIRES</b> .....	17
<b>3.1 PORTRAIT RÉGIONAL DES CLIENTÈLES JEUNE ET ADULTE</b> .....	17
3.1.1 <i>Portrait régional de la clientèle jeune</i> .....	17
3.1.2 <i>Portrait régional de la clientèle adulte</i> .....	22
<b>3.2 CLIENTÈLES PRIORITAIRES</b> .....	27
3.2.1 <i>Femmes enceintes et mères de jeunes enfants</i> .....	27
3.2.2 <i>Jeunes en difficulté</i> .....	28
3.2.3 <i>Personnes ayant des problèmes de santé mentale</i> .....	28
<b>4. LA GAMME RÉGIONALE DE SERVICES</b> .....	29
<b>4.1 LES SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE</b> .....	29
4.1.1 <i>Pratiques cliniques préventives (PCP)</i> .....	29
4.1.2 <i>Le programme Système d</i> .....	30



4.1.3	<i>La mesure Jeunes en milieu rural</i>	31
4.1.4	<i>Mécanisme de subvention de projets</i>	32
4.1.5	<i>Programme de transmission générationnelle - Une affaire de famille</i>	32
4.1.6	<i>Politiques publiques</i>	32
<b>4.2</b>	<b>LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE</b>	<b>33</b>
4.2.1	<i>Services de repérage</i>	33
4.2.2	<i>Services de détection et d'orientation</i>	34
4.2.3	<i>Services d'intervention précoce</i>	34
4.2.4	<i>Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé</i>	35
4.2.5	<i>Services de désintoxication externe sans soins intensifs et interne en milieu hospitalier</i>	36
<b>4.3</b>	<b>LES SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE</b>	<b>37</b>
4.3.1	<i>Programme régional d'évaluation spécialisée</i>	37
4.3.2	<i>Services de réadaptation externe et interne</i>	38
4.3.3	<i>Services de réinsertion sociale</i>	38
4.3.4	<i>Services de désintoxication externe intensive et désintoxication avec hébergement</i>	39
4.3.5	<i>Soutien à l'entourage</i>	40
4.3.6	<i>Service régional de traitement de la dépendance aux opioïdes</i>	40
<b>4.4</b>	<b>SERVICES OFFERTS EN MILIEU COMMUNAUTAIRE</b>	<b>41</b>
4.4.1	<i>Services communautaires spécifiques en dépendance</i>	41
4.4.2	<i>Organismes communautaires d'hébergement temporaire</i>	42
<b>4.5</b>	<b>TRAJECTOIRES DE SERVICES</b>	<b>42</b>
4.5.1	<i>Trajectoire régionale de services</i>	42
4.5.2	<i>Trajectoire du programme régional de traitement de la dépendance aux opioïdes</i>	45
<b>5.</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>47</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>49</b>
	<b>ANNEXE 1 DÉSINTOXICATION : DÉFINITION</b>	<b>53</b>



## LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ADOSPA	<i>Auto, Détendre, Oublié, Seul(e), Problèmes, Amis (Les outils ADDICTION)</i>
AEO	<i>Accueil, évaluation, orientation</i>
AGENCE	<i>Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue</i>
ALV	<i>Appareil de loterie vidéo</i>
CAGE-AID	<i>Cut, Annoyed, Guilty, Eye-Opener, Adapted to include Drugs</i>
CH	<i>Centre hospitalier</i>
CJAT	<i>Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue</i>
CLSC	<i>Centre local de services communautaires</i>
CRD	<i>Centre de réadaptation en dépendance</i>
CSSS	<i>Centre de santé et de services sociaux</i>
DEBA-ALCOOL/DROGUES	<i>Dépistage évaluation du besoin d'aide- Alcool/drogues</i>
DEP-ADO	<i>Dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents</i>
DSP	<i>Direction de santé publique</i>
ESCC	<i>Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes</i>
GMF	<i>Groupe de médecine de famille</i>
ITSS	<i>Infections transmissibles sexuellement et par le sang</i>
MSSS	<i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i>
OMS	<i>Organisation mondiale de la santé</i>
PAL	<i>Plan d'action local</i>
PAR	<i>Plan d'action régional</i>
PCP	<i>Pratique clinique préventive</i>
PECA	<i>Programme d'évaluation des conducteurs automobiles</i>
PNLAADA	<i>Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones</i>
PNSP	<i>Programme national de santé publique</i>
PSI	<i>Plan de services individualisé</i>
PSOC	<i>Programme de soutien aux organismes communautaires</i>
RLS	<i>Réseau local de services</i>
UMF	<i>Unité de médecine familiale</i>





## 1. INTRODUCTION ET CONTEXTE

### 1.1 INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, les intervenants du réseau communautaire et du réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue travaillent d'arrache-pied afin d'aider les personnes aux prises avec des problèmes de dépendance. Beaucoup d'énergie a été investie afin d'agir sur ce phénomène de société, mais la problématique liée aux dépendances est une réalité qui, loin d'épargner l'Abitibi-Témiscamingue, entraîne encore aujourd'hui énormément de souffrances, tant pour la personne dépendante que pour son entourage. En fait, c'est l'ensemble de la société témiscabitiébienne qui est touché de près ou de loin par cette problématique.

Dans cette optique, il est primordial de consolider le travail amorcé et de soutenir la mise en place de services de mieux en mieux adaptés aux besoins des personnes concernées. L'offre de service régionale en matière de dépendance de 2005 a été révisée afin de mieux soutenir les gestionnaires et intervenants des différents milieux dans la consolidation des services ou dans la mise en place de nouveaux services en fonction des besoins réels de la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

La première partie de ce document présente les particularités régionales, le contexte et les objectifs visés. La deuxième partie comprend les principes, les approches, les orientations provinciales et régionales, les rôles et responsabilités de chacun des partenaires. Dans la troisième partie, un portrait régional des clientèles jeunes et adultes ainsi que le portrait des clientèles avec des besoins particuliers sont dressés. La quatrième partie présente la gamme régionale des services. Enfin, la cinquième partie aborde les perspectives d'avenir.

### 1.2 CONTEXTE

#### 1.2.1 Principales étapes de déploiement du programme-services Dépendances en Abitibi-Témiscamingue de 2003 à aujourd'hui

Au cours de l'année 2003, le gouvernement du Québec a entrepris une vaste réforme du réseau de la santé et des services sociaux. Celle-ci visait essentiellement à consolider l'accessibilité aux soins, la continuité des services ainsi que la qualité des soins et services.

Depuis cette réforme, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont devenus l'assise d'une organisation de services territoriale basée sur l'approche populationnelle et la hiérarchisation des services.

En 2005, le Centre Normand, en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, produisait l'offre de service régionale en dépendance. Bien que ce document soit toujours en version de travail, il a permis de clarifier les attentes quant à la prestation de services de première et de deuxième ligne en dépendance.

Entre 2005 et 2008, dans le cadre des activités de mise en place des services de première ligne en dépendance dans les CSSS de la région, l'Agence a organisé ou soutenu une série de formations destinées aux intervenants et gestionnaires associés de près ou de loin au programme. Parmi celles-ci, notons la formation de formateurs en intervention de première ligne



en dépendance à l'intention des intervenants pivots des CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue, la formation Alcochoix+ à l'intention des intervenants pivots de première ligne en dépendance, la formation Éduc-Jeu ainsi qu'une première série de formations sur le traitement de la dépendance aux opioïdes à l'intention des médecins, des infirmières et des intervenants psychosociaux. De plus, au cours de cette même période, l'Agence a formalisé la mise en place et le soutien de deux structures régionales : la table régionale des gestionnaires du programme Dépendances et le comité régional des intervenants pivots du programme Dépendances.

Durant cette même séquence, le Centre Normand, les CSSS et l'Agence ont également contribué au développement des compétences des intervenants en matière de dépendance. Le Centre Normand a notamment piloté l'organisation de deux colloques régionaux : un colloque régional sur les dépendances *Vers un réseau de services intégrés*, qui a eu lieu en novembre 2005 et un autre sur les troubles concomitants de dépendance et de santé mentale, *Une vision commune, Un partenariat incontournable*, réalisé en avril 2008. L'Agence, en collaboration avec des représentants du Centre Normand, des CSSS et des organismes communautaires, a organisé une journée régionale sur l'offre de service en dépendance en octobre 2010. Enfin, depuis 2006, les intervenants pivots ont offert plusieurs formations sur les outils de détection sur le plan local, dans tous les CSSS de la région, aux intervenants des services d'accueil, évaluation, orientation (AEO) de certains programmes spécifiques ainsi qu'aux partenaires du milieu communautaire concernés par la problématique. Ces importantes activités de transfert de connaissances ont nécessairement permis la consolidation du programme en région.

À cette même époque, le Centre Normand amorçait des travaux en vue de formaliser des ententes de service avec ses partenaires de première et de deuxième ligne (les CSSS de la région ainsi que le Centre Jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT)).

En novembre 2007, paraissaient les orientations nationales relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience documentées dans l'offre de service 2007-2012 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce document précisait les responsabilités dévolues aux différents acteurs impliqués dans les services en dépendance.

Sur le plan financier, à partir de l'année financière 2004-2005, l'Agence a octroyé, aux différents acteurs en première et deuxième ligne ainsi qu'aux organismes communautaires (via le Programme de soutien aux organismes communautaires - PSOC), des budgets pour développer et consolider des services de première et de deuxième ligne en dépendance.

Depuis mars 2010, chacun (CSSS) de la région dispose d'intervenants formés aux outils de détection dans les services accueil, évaluation, orientation (AEO) des CSSS de la région ainsi que dans certains programmes-services offerts à partir de la mission centre local de services communautaires (CLSC). De plus, les CSSS disposent d'au moins un intervenant dédié au programme-services Dépendances. Chacun de ces intervenants a reçu de la formation, notamment pour le programme Alcochoix+. Le centre de réadaptation en dépendance (CRD) de la région, le Centre Normand, est en mesure d'offrir un panier de services qui correspond aux besoins de traitements spécialisés pour les personnes dont la problématique requiert ce type de service. Enfin, les organismes communautaires qui reçoivent une clientèle présentant des problèmes relatifs aux dépendances agissent sur plusieurs plans : prévention, détection et hébergement temporaire. Ils jouent donc un rôle capital dans le panier de services local et régional en matière de dépendance et sont des collaborateurs incontournables dans le cadre de ce programme-services.



### 1.2.2 Particularités régionales

Pour une organisation cohérente et efficace des services en dépendance, il importe de tenir compte des particularités régionales, notamment la géographie du territoire, la composition de la population, les aspects économiques, la clientèle et les services disponibles.

#### La géographie

La région de l'Abitibi-Témiscamingue, avec ses 65 000 km<sup>2</sup> est une des plus grandes régions administratives du Québec en termes de superficie<sup>1</sup>. D'autre part, la région est située à plusieurs centaines de kilomètres au nord de la couronne montréalaise.

L'étendue du territoire et l'éloignement des grands centres urbains posent des défis certains pour ce qui est de l'organisation de services. Les principaux enjeux se situent sur le plan de la centralisation des services et l'accès à certains services spécialisés.

#### La population

La population témiscabitiébienne est estimée en 2009 à 145 886 personnes<sup>2</sup>. Dans une perspective de poids géographique, ce nombre représente environ 2 % de la population québécoise. La dispersion de la population sur l'ensemble du territoire de la région complexifie un peu plus l'organisation des services.

En ce sens, la proportion des habitants vivant en zone urbaine ou rurale doit être prise en considération. Un peu moins des deux tiers de la population sont considérés comme urbains, vivant dans de petites villes comportant de 2 500 à 30 000 habitants<sup>3</sup>. Le reste de la population réside en milieu rural et se répartit dans plus d'une cinquantaine de municipalités et onze territoires non organisés<sup>4</sup>. Cette proportion de la population vivant en milieu rural est l'une des plus importantes au Québec et cela implique, entre autres, qu'une part significative de personnes doit faire plusieurs kilomètres pour venir chercher les services qui sont généralement situés en milieu urbain.

D'autre part, la faible démographie entraîne des difficultés liées à l'anonymat des personnes. Dans les petits milieux, « tout le monde se connaît ». Les gens risquent d'être moins portés à aller chercher des services de proximité car, soit ils connaissent l'intervenant, soit ils craignent d'être reconnus en allant chercher tel ou tel service.

On retrouve en Abitibi-Témiscamingue sept communautés algonquines regroupant, en 2009, un peu plus de 6 500 personnes, soit environ 4,5 % de la population régionale<sup>5</sup>. Six de ces

1. Sylvie BELLOT, *Le portrait sociodémographique et de santé de la région de l'Abitibi-Témiscamingue pour la Planification stratégique 2010-2015*, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2010.
2. Ibid.
3. Ibid.
4. Ibid.
5. Ibid.



communautés disposent d'un centre de santé. L'organisation et l'adaptation des services pour ces personnes présentent également des défis importants traités plus loin dans le document.

La population de la région comprend également 5 100 personnes réparties sur l'ensemble du territoire, ayant l'anglais comme langue maternelle ou comme première langue officielle parlée<sup>6</sup>, pour lesquelles les services doivent être accessibles en anglais.

### *L'économie*

Une autre particularité régionale importante est le fait que l'économie témiscabitiébienne est marquée par des variations majeures. Celle-ci fluctue, notamment en fonction du prix des ressources naturelles, entre autres celui de l'or. Cette variation a des impacts systémiques considérables. Les difficultés d'accès à un logement abordable est un exemple pertinent. Lorsque la région est en période de croissance économique liée aux activités minières, plusieurs personnes de l'extérieur de la région sont appelées à venir s'installer en Abitibi-Témiscamingue afin d'y occuper un emploi. Par le fait même, ils occupent les loyers, incluant les logements qui seraient occupés par des personnes plus vulnérables. Cet effet papillon a notamment comme impact une hausse du prix des loyers, une plus grande difficulté d'accès à des logements abordables et, par le fait même, une augmentation du nombre de personnes qui risquent de se retrouver en situation d'itinérance dans la région.

### *Les clientèles avec des besoins particuliers*

Les dépendances à l'alcool, aux drogues, aux médicaments et aux jeux de hasard sont des fléaux grandissants et ravageurs dans les communautés des Premières Nations.

À la consommation d'alcool, qui était auparavant la problématique majeure, s'ajoute maintenant l'abus de substances, principalement les drogues de synthèse ou les solvants. Les troubles associés à cette consommation font émerger de nouvelles problématiques auxquelles les intervenants et les services des communautés sont confrontés sans avoir les ressources nécessaires pour y faire face<sup>7</sup>.

Dans le cadre des services de santé aux Autochtones vivant sur réserve, Santé Canada finance le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA). Ce programme comporte des services de prévention et d'intervention, de même que des services de postcure et de suivi. Les stratégies de prévention comprennent des programmes adaptés à la culture et axés sur l'éducation et la sensibilisation aux toxicomanies et aux modes de vie sains et sans dépendance. Les stratégies d'intervention prévoient des évaluations, l'aiguillage vers des centres de traitement et la préparation des clients qui vont bientôt amorcer des traitements en établissement. Les services de postcure et de suivi assurent un soutien auprès des clients qui retournent dans leur communauté à leur sortie de traitement.

Au Québec, il existe six centres de traitement en dépendance pour les membres des Premières Nations (cinq pour les adultes et un pour les adolescents). Malheureusement, aucun n'est situé

6. Sylvie BELLOT, *La population d'expression anglaise en Abitibi-Témiscamingue*, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2010.

7. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, communiqué du 16 juin 2009.



en Abitibi-Témiscamingue. Le plus proche, le centre Wanaki, est situé à Maniwaki, dans la région de l'Outaouais. Ceci rend difficile l'accès aux soins pour les membres des communautés algonquines.

Par ailleurs, ces communautés ont un gros taux de roulement des agents PNLAADA et ces derniers ne sont pas suffisamment formés pour faire les évaluations et assurer le suivi des personnes. Enfin, malgré leur volonté de se faire aider pour sortir de la dépendance, certains autochtones hésitent à aller consulter dans leur communauté pour des raisons de confidentialité et préfèrent chercher de l'aide dans le réseau provincial.

Une autre particularité régionale est l'augmentation des personnes vivant en situation d'itinérance. Il s'agit d'un phénomène en émergence, à des degrés divers d'un territoire à l'autre et observé d'une manière plus spécifique dans les territoires de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda. Des travaux sont présentement en cours dans le secteur de Val-d'Or afin de mieux documenter et comprendre cette problématique et adapter les services en fonction des meilleures pratiques.

### *Les services*

Certains services, notamment les services internes de réadaptation pour les jeunes ou pour les personnes autochtones, sont assurés par le biais de corridors de services suprarégionaux en raison du petit nombre de clientèle.

L'étendue du territoire témiscabitién fait en sorte que certains services, faute de ressources ou compte tenu d'une insuffisance de masse critique de clientèle, ne peuvent être mis en place que de façon centralisée. Il s'agit, entre autres, du service régional de traitement de la dépendance aux opioïdes.

Enfin, la région ne possède aucune ressource privée ou communautaire certifiée qui offre un service d'hébergement et intervient en dépendance. Cette situation a comme conséquence de limiter l'accès à des formules diversifiées de services de réadaptation, ce qui contribue, au-delà des motifs économiques, au phénomène multicausal qui entraîne les personnes dans un processus de désaffiliation dont l'aboutissement risque d'être la rue<sup>8</sup>.

#### *1.2.3 Définition du programme-services Dépendances*

En Abitibi-Témiscamingue, le programme-services Dépendances<sup>9</sup> adopte une approche globale pour la problématique de la dépendance, et ce, quelle qu'en soit la cause (alcoolisme et toxicomanie, jeu compulsif, cyberdépendance, etc.). Le programme comprend notamment des services de réadaptation et de réinsertion sociale, des services de désintoxication ainsi que des services ayant pour objectif la réduction des méfaits tels que les traitements à la méthadone. Il vise à répondre aux besoins des jeunes et adultes, et ce, en passant par la promotion de la santé et de la prévention, la réduction des problèmes, jusqu'au traitement des problématiques d'abus ou de dépendance. Les services aux familles et aux proches des personnes ayant un problème d'abus ou de dépendance sont aussi inclus dans le programme ainsi que les services

8. MSSS, *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013*, Québec, 2009.

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



aux clientèles considérées comme prioritaires (femmes enceintes et mères de jeunes enfants, jeunes en difficulté, personnes ayant des problèmes de santé mentale) et pour la région (personnes autochtones, personnes itinérantes).

Pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, le déploiement du programme-services Dépendances implique, en première ligne, la mise en place ou la consolidation des services suivants :

- Repérage, détection et intervention précoce
- Désintoxication externe non intensive (niveau I)
- Désintoxication en milieu hospitalier (niveau IV)
- Suivi psychosocial post-traitement
- Suivi psychosocial et médical pour le maintien à la méthadone.

En deuxième ligne, le déploiement du programme implique la mise en place ou la consolidation des services suivants :

- Programme régional d'évaluation spécialisée
- Désintoxication externe intensive (niveau II)
- Désintoxication avec hébergement (niveau III)
- Réadaptation externe et interne (incluant le service de maintien à la méthadone)
- Réinsertion sociale
- Soutien à l'entourage.

### 1.3 OBJECTIFS DU DOCUMENT

Le présent ouvrage constitue donc une mise à jour de l'offre de service régionale du 2 novembre 2005 : *Programme Dépendances – Offre de service – Centre Normand et Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue*. Cette mise à jour s'avère capitale, principalement en raison des éléments suivants :

1. L'offre de service de novembre 2005, bien qu'ayant reçu l'aval du comité de direction de l'Agence, n'a jamais été formellement adoptée par le conseil d'administration.
2. Le dépôt des *Orientations relatives aux standards d'accès, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience - Programme-services Dépendances – Offre de service 2007-2012* nécessite l'amélioration de l'offre de service régionale en regard des nouvelles orientations ministérielles.
3. Les orientations régionales, harmonisées aux orientations provinciales, entraînent l'importance de clarifier le cadre organisationnel et clinique arrimé aux nouvelles orientations ministérielles, afin de favoriser la consolidation de services davantage accessibles, continus et de qualité.
4. Les organismes communautaires jouent un rôle capital dans la prestation des services de première ligne en dépendance dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue. En regard de cette réalité, il s'avère primordial de formaliser le cadre organisationnel et clinique régional du programme-services Dépendances afin de soutenir les arrimages et favoriser la continuité de la collaboration entre les acteurs du réseau communautaire et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.



L'offre de service régionale révisée vient consolider l'organisation des services de première et de deuxième ligne du programme-services Dépendances en Abitibi-Témiscamingue. À ce titre, elle vient répondre aux orientations ministérielles basées sur l'approche populationnelle et la hiérarchisation des services.

Cette révision de l'offre de service régionale des activités cliniques et organisationnelles contenues dans la version du 2 novembre 2005 du programme Dépendances s'inscrit en continuité et en cohérence avec les travaux de mise en place des services d'intervention en dépendance amorcés depuis plus d'une décennie sur le territoire québécois et témiscabibien. Le document ministériel *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Dépendances – Offre de service 2007-2012* constitue l'assise clinico-organisationnelle sur laquelle s'appuie le présent document.





## 2. PRINCIPES–ORIENTATIONS–RÔLES ET RESPONSABILITÉS

### 2.1 PRINCIPES

L'Offre de service régionale 2010-2015 s'appuie sur deux assises qui sont à la base de l'organisation québécoise des services de santé et de services sociaux : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.

#### *La responsabilité populationnelle*

La responsabilité populationnelle signifie que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local sont amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la composent<sup>10</sup>.

#### *La hiérarchisation des services*

Le principe de hiérarchisation implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les intervenants. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne, mais également les références entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne. Une meilleure accessibilité sera assurée par les ententes et corridors de service établis entre les dispensateurs. Cela implique la mise en place de mécanismes bidirectionnels assurant la référence, mais aussi la planification du retour de la personne dans son milieu de vie. Le CSSS a donc l'obligation de référer les personnes aux services requis et de rediriger celles-ci à un autre endroit pour qu'elles obtiennent réponse à leurs besoins lorsque le service n'est pas disponible en respectant les droits des personnes, les normes éthiques et les standards de pertinence et d'accès reconnus<sup>11</sup>.

Plus spécifiquement, l'Offre de service régionale 2010-2015 intègre les cinq principes suivants qui font consensus à travers le Québec et qui ont été documentés dans le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 et repris dans l'offre de service provinciale 2007-2012.

10. MSSS, *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal*, Québec, 2004.

11. Ibid.



### 2.1.1 Une intervention adaptée

L'offre de service est 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<sup>12</sup>.

En ce sens, l'*Offre de service régionale 2010-2015* vise à développer une gamme de services la plus large possible et aux approches diversifiées où, par exemple, dans un même continuum, des services s'appuyant sur une approche de réduction des méfaits côtoient des services davantage orientés vers l'abstinence. Cette complémentarité s'avère capitale dans une perspective de services adaptés aux besoins qui peuvent être très différents d'une personne à l'autre. En outre, elle reconnaît l'unicité de la relation entre une personne, un psychotrope et un contexte donné.

### 2.1.2 Une responsabilité individuelle

L'offre de service provinciale 2007-2012 mise sur la capacité des personnes à se responsabiliser par rapport à leur vie et à leur santé, 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<sup>13</sup>.

Dans cette optique, l'*Offre de service régionale 2010-2015* suppose que les interventions sont effectuées davantage dans une perspective de suivi et d'accompagnement. La notion de « prise en charge » est circonscrite dans des actions plus spécifiques lorsqu'elle implique, par exemple, des interventions à caractère médical (ex. : évaluation du niveau d'intoxication et désintoxication en milieu hospitalier).

### 2.1.3 Une responsabilité collective

La responsabilité de prévenir les dépendances, de réduire les risques et d'atténuer les conséquences nous concerne tous, socialement et collectivement<sup>14</sup>.

En ce sens l'*Offre de service régionale 2010-2015* implique des actions qui nécessitent la collaboration de partenaires d'autres secteurs d'activités. C'est notamment le cas dans les actions mises de l'avant pour prévenir et contrer l'itinérance, phénomène qui existe dans certains secteurs de la région.

### 2.1.4 La concertation comme fer de lance de l'action

L'offre veut lutter contre les dépendances et l'atteinte de ses objectifs exige un effort concerté de la part de tous les partenaires<sup>15</sup>.

L'*Offre de service régionale 2010-2015* formalise que les organisations œuvrent en respect de l'autonomie et des limites de chacun où la personne prestataire de services en dépendance est

12. MSSS, *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, Québec, 2007.*

13. Ibid.

14. Ibid.

15. Ibid.



au centre de sa démarche et intimement liée à son cheminement vers son mieux-être. Des outils cliniques tels que le plan de services individualisé (PSI) permettent de concrétiser la concertation clinique entre les partenaires, incluant l'utilisateur.

### 2.1.5 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<sup>16</sup>.

L'Offre de service régionale 2010-2015 intègre les outils et les approches reconnus dans le domaine de l'intervention en matière de dépendance.

## 2.2 APPROCHES

En cohérence avec l'offre de service provinciale 2007-2012, l'Offre de service régionale 2010-2015 s'appuie sur l'approche populationnelle qui implique le passage d'une logique de production de services vers celle de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population<sup>17</sup>. En ce sens, dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, l'intervention en dépendance s'appuie sur une analyse des besoins et sur la contribution des services à la santé et au bien-être de la population québécoise.

En ce qui concerne les approches cliniques, l'Offre de service régionale 2010-2015 adopte une position non dogmatique quant aux approches cliniques privilégiées dans la région tout en s'appuyant sur des approches reconnues dans le domaine de l'intervention en dépendance telles que les approches biopsychosociales, les approches de type counseling, de réduction des méfaits et de communauté thérapeutique.

## 2.3 ORIENTATIONS PROVINCIALES ET RÉGIONALES

### 2.3.1 Orientations provinciales

L'offre de service provinciale produite en 2007 soutient le développement d'une vision commune et cohérente des services à rendre en matière de dépendance sur les plans provincial, régional et local<sup>18</sup>.

L'offre de service provinciale campe les balises permettant aux CSSS d'élaborer leur projet clinique en dépendance. Ces normes précisent notamment les niveaux de rôles et responsabilités pour la première et la deuxième ligne (voir section 2.4) ainsi que l'impérativité de rendre opérationnels les arrimages avec les autres programmes-services du CSSS et les autres partenaires impliqués en dépendance<sup>19</sup>. L'offre de service définit le cadre conceptuel

16. MSSS, *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*, Québec, 2007.

17. MSSS, *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal*, Québec, 2004.

18. Ibid.

19. MSSS, *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*, Québec, 2007.



quant aux grands principes du programme (voir section 2.1) et aux approches cliniques (voir section 2.2).

L'orientation privilégiée par le MSSS implique, tant pour les personnes qui ont développé un problème d'abus ou de dépendance que pour les personnes à risque de le devenir, d'intervenir de façon précoce, intensive et en continuité, le plus près possible des milieux de vie des personnes afin de prévenir, réduire et contrer l'aggravation des problèmes de dépendance<sup>20</sup>.

### 2.3.2 Orientations régionales

Les orientations régionales s'inscrivent dans les efforts investis en vue de développer une vision commune et cohérente des services à rendre en matière de dépendance. Elles tiennent compte des orientations provinciales en dépendance et reconduisent les orientations régionales en matière de dépendance contenues dans l'offre de service régionale de novembre 2005 et dans la *Planification stratégique 2007-2010* de l'Agence. En ce sens, elles formalisent la mise en place et la consolidation de services en dépendance de première et de deuxième ligne accessibles, continus et de qualité. Enfin, elles amènent les précisions nécessaires qui permettent d'adapter les orientations provinciales contenues dans l'offre de service provinciale 2007-2012 en fonction des particularités de la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

*Orientations de la région de l'Abitibi-Témiscamingue en dépendance :*

- Élaborer le projet clinique en dépendance dans chacun des CSSS de la région.
- Mettre en place ou consolider les services d'intervention de première et de deuxième ligne en dépendance qui s'inscrivent en cohérence et en continuité de l'offre de service provinciale 2007-2012 du programme-services Dépendances du MSSS.
- Mettre en place ou consolider les services en dépendance en tenant compte des particularités de la région de l'Abitibi-Témiscamingue et des priorités locales identifiées dans le projet clinique Dépendances des CSSS de la région.

L'actualisation des orientations régionales passe nécessairement par la poursuite des objectifs suivants :

- Mettre en place les activités de repérage dans chacun des CSSS de la région ainsi que dans les organismes communautaires concernés.
- Consolider les activités de détection dans chacun des CSSS de la région ainsi que dans les organismes communautaires concernés.
- Consolider les activités d'intervention précoce dans chacun des CSSS de la région.
- Formaliser la désintoxication en milieu hospitalier dans chacun des CSSS de la région.
- Définir et mettre en place le retour vers les services de première ligne à la fin d'un traitement spécialisé, incluant le service de soutien aux personnes dépendantes aux opioïdes dans chacun des CSSS de la région.
- Consolider le Programme régional d'évaluation spécialisée du Centre Normand en fonction des particularités inhérentes à la région de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Consolider les services de désintoxication externe intensive, de réadaptation externe et interne, de réinsertion sociale et de soutien à l'entourage du Centre Normand.
- Mettre en place un service de désintoxication avec hébergement.

20. MSSS, *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*, Québec, 2007.



- Continuer d'assurer le soutien des organismes communautaires qui offrent un service spécifique en dépendance (tant les services de promotion et de prévention que les services d'intervention).
- Continuer d'assurer le soutien des organismes communautaires certifiés offrant un service d'hébergement et intervenant en dépendance ainsi que les organismes communautaires offrant un service d'hébergement temporaire.
- Continuer de soutenir la concertation régionale afin d'assurer le bon fonctionnement du programme à partir des structures en place tel que le comité régional des intervenants pivots du programme Dépendances et la table régionale des gestionnaires du programme Dépendances.
- Favoriser le développement des compétences liées au savoir, au savoir-faire et au savoir-être des intervenants, professionnels et gestionnaires en CSSS, au Centre Normand et dans le milieu communautaire par l'organisation de formations, de colloques et par la formalisation des activités de supervision clinique.

## 2.4 RÔLES ET RESPONSABILITÉS

### 2.4.1 Centres de santé et de services sociaux

Les CSSS sont responsables de répondre aux besoins de santé et de services sociaux de la population qui relèvent de leur compétence. Ils doivent notamment assurer l'accès et la continuité à des services de qualité<sup>21</sup>.

Aussi, les CSSS sont responsables de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants:

- les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci.
- les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.
- l'offre de service requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population.
- les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.

Le projet clinique et organisationnel doit être conforme aux orientations ministérielles et régionales et respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles<sup>22</sup>.

Le projet clinique en dépendance prévoit et rend opérationnel les interfaces avec les différents programmes-services. Pour ce faire, des mécanismes de coordination sont mis en place :

21. MSSS, *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*, Québec, 2007.

22. MSSS, *Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2)* art. 99.5, 2009.



conclusion d'ententes de service, mise en place de corridors de services, utilisation de PSI, désignation d'un intervenant pivot, etc.<sup>23</sup>.

Plus précisément par rapport au programme-services Dépendances, les CSSS s'assurent de rendre disponibles les services suivants : promotion de la santé et prévention des dépendances, repérage, détection et intervention précoce, désintoxication externe non intensive et interne en milieu hospitalier (voir annexe 1), suivi psychosocial post-traitement incluant le suivi psychosocial pour le maintien à la méthadone.

#### 2.4.2 Centre Normand

Le Centre Normand a pour mission d'offrir des services d'adaptation, de réadaptation, d'intégration sociale à des personnes qui, à cause de leur alcoolisme ou leur toxicomanie, requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes<sup>24</sup>. Le Centre Normand offre, en complémentarité avec sa mission directe, des services de réadaptation aux personnes aux prises avec des problèmes de jeu pathologique ainsi qu'un programme d'évaluation des conducteurs automobiles (PECA)<sup>25</sup>.

Le Centre Normand s'assure de rendre accessibles des services adaptés aux besoins des usagers, dans chacun des territoires de CSSS. De plus, il assure les services régionaux suivants : programme régional d'évaluation spécialisée, désintoxication externe intensive et désintoxication avec hébergement (voir annexe 1), réadaptation interne et externe (incluant à l'externe le service de maintien à la méthadone), réinsertion sociale et soutien à l'entourage.

Le Centre Normand exerce au plan régional un leadership d'expertise en matière de dépendance, notamment en agissant comme formateur ou coformateur et comme consultant clinique auprès des différents partenaires. Il coordonne, avec ses partenaires, des activités scientifiques ou de recherche clinique en dépendance. De plus, il contribue aux travaux de définition du projet clinique en dépendance dans chacun des CSSS de la région. Enfin, il participe aux mécanismes de concertation locaux ou régionaux, aux mécanismes d'accès ainsi qu'à l'élaboration des PSI.

#### 2.4.3 Organismes communautaires

Les organismes communautaires sont issus du milieu et obtiennent un soutien financier à la mission globale dans le cadre du PSOC de l'Agence afin de réaliser leurs missions. Celles-ci sont principalement en lien avec la promotion et la prévention des dépendances, l'intervention spécifique en dépendance, l'hébergement temporaire et la réinsertion sociale.

Les organismes communautaires contribuent au projet clinique. Ils peuvent faire appel aux services du CSSS pour des personnes de leur territoire. Ils le font à l'intérieur d'ententes de collaboration ou d'ententes de service, au moyen de mécanismes de liaison personnalisés<sup>26</sup>.

23. MSSS, *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*, Québec, 2007.

24. MSSS, Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., C. S-4.2) art. 84, 2010.

25. Centre Normand, *Rapport annuel de gestion 2009-2010*.

26. MSSS, *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*, Québec, 2007, page 10.



Depuis juin 2010, la Loi 56 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la certification de certaines ressources offrant de l'hébergement est effective à la grandeur du Québec. Cette loi vise les organismes d'hébergement offrant des services spécifiques en dépendance. Voici les services qui sont inclus dans la loi 56 : thérapie, désintoxication, réinsertion sociale, aide et récupération à la suite d'une intoxication (dégrisement). Les organismes de la région de l'Abitibi-Témiscamingue offrant un service d'hébergement temporaire à plusieurs clientèles aux problématiques multiples et variées, incluant les personnes aux prises avec des problèmes liés aux dépendances, sont exclus de cette loi étant donné qu'ils n'offrent aucun service d'intervention spécifique en dépendance. Toutefois, s'il advenait que ces organismes désirent offrir un ou des services spécifiques visés par la loi 56, ils seraient tenus de se certifier.

Plus précisément en lien avec le programme Dépendances, les organismes communautaires, s'ils ont le personnel formé, effectuent la détection des problèmes de dépendance via les outils standardisés et effectuent les références en première ou en deuxième ligne selon les besoins de la personne. Aussi, ils sont invités aux mécanismes de concertation locaux ou régionaux et, lorsque nécessaire, à l'élaboration des PSI.

#### *2.4.4 Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue*

Les agences ont la responsabilité de faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de leur région, de soutenir les établissements dans l'organisation des services, de favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population, de préciser la contribution attendue de chaque établissement et de s'assurer que les mécanismes de liaison et de coordination des services entre les établissements soient établis et fonctionnels. Elles sont responsables d'allouer les budgets aux établissements et d'accorder les subventions aux organismes communautaires de leur région<sup>27</sup>.

---

27. MSSS, *Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2.)*, art. 340, 2009.





### 3. BREF PORTRAIT RÉGIONAL DES CLIENTÈLES ET APERÇU DES CLIENTÈLES PRIORITAIRES

Les problèmes reliés aux dépendances touchent toutes les couches de la société en revêtant de multiples visages et une gravité variable, d'autant plus qu'une personne aux prises avec une consommation problématique peut affecter la santé et le bien-être de ses proches.

Une première section dresse, à partir des données disponibles, un bref portrait des clientèles potentielles et desservies<sup>28</sup> dans la région. Une deuxième section présente brièvement les groupes vulnérables ciblés dans les orientations ministérielles.

#### 3.1 PORTRAIT RÉGIONAL DES CLIENTÈLES JEUNE ET ADULTE

Dans la région, les services se modulent différemment selon qu'il s'agisse de jeunes âgés de moins de 18 ans ou d'adultes. C'est aussi le cas pour les caractéristiques des consommateurs d'alcool, de drogues et de jeux de hasard ou d'argent.

##### 3.1.1 Portrait régional de la clientèle jeune

La consommation de la clientèle jeune, c'est-à-dire celle âgée de moins de 18 ans, est abordée ici en termes d'ampleur, de risques, de problèmes et de clientèle desservie selon qu'il s'agisse d'alcool, de drogue et de jeu.

###### 3.1.1.1 Alcool

Les indicateurs qui suivent proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) menée par Statistique Canada en 2007 et en 2008<sup>29</sup>.

##### *Buveurs actuels*

Environ 65 % des jeunes de 12 à 17 ans dans la région sont considérés comme des « buveurs actuels » en 2007 et 2008, parce qu'ils ont consommé au moins un verre d'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête. Cette proportion est significativement plus élevée que celle du reste du Québec, soit 52 %.

On estime à environ 7400 le nombre de jeunes concernés en Abitibi-Témiscamingue dont 4100 filles et 3300 garçons.

28. Le portrait ne contient pas de données sur les clientèles qui reçoivent des services des CSSS ni sur les résidents de la région desservis hors de l'Abitibi-Témiscamingue. Des travaux sont en cours afin d'uniformiser la saisie des données entre les CSSS de la région.

29. Guillaume BEAULÉ, Tableaux produits avec les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.



### Consommation élevée

Statistique Canada considère que prendre 5 verres d'alcool ou plus en une même occasion et ce, 12 fois ou plus au cours d'une année, représente une consommation élevée.

La consommation d'environ 7 % des jeunes de 12 à 17 ans serait de cet ordre dans le reste du Québec en 2007 et 2008. La proportion régionale de 9,2 % est seulement présentée à titre indicatif étant donné la petitesse des effectifs et la très grande variabilité des résultats.

Les jeunes garçons seraient proportionnellement plus nombreux que les jeunes filles à connaître cette situation : 9 % versus 5 % dans le reste du Québec (résultats à interpréter avec prudence).

#### 3.1.1.2 Indice DEP-ADO<sup>30</sup>

L'indice DEP-ADO provient des données recueillies par l'Institut de la statistique du Québec lors d'une enquête biennale portant sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire. En 2008, plus de 4700 élèves de 144 écoles francophones et anglophones, publiques et privées, du Québec ont répondu au questionnaire anonyme administré en classe. Il est à noter que l'enquête ne couvre pas les écoles dans les communautés autochtones.

L'enquête de 2008 ne détecte pas d'écart significatif selon le sexe pour l'indice qui augmente cependant selon l'année d'études.

- 6 % auraient une consommation d'alcool et de drogues à risque, pour laquelle une intervention de première ligne est nécessaire.  
Secondaire 4 : 7 %                      Secondaire 5 : 12 %
- 6 % auraient une consommation problématique, nécessitant une intervention spécialisée.  
Secondaire 4 : 9 %                      Secondaire 5 : 10 %

En appliquant ces taux aux 9393 élèves de niveau secondaire dans la région en septembre 2008, on peut estimer qu'environ :

- 560 présenteraient un problème de consommation d'alcool ou de drogues en émergence.
- 560 auraient besoin d'une intervention spécialisée.

30. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (2008)*, novembre 2009.



Voici la répartition de ces estimations pour les territoires de CSSS qui correspondent à ceux des commissions scolaires, sauf au Témiscamingue. Soulignons qu'il s'agit d'hypothèses calculées à partir des résultats pour l'ensemble du Québec.

Territoire de CSSS	Consommation à risque	Consommation problématique
Vallée-de-l'Or	170	170
Rouyn-Noranda	150	150
Les Eskers de l'Abitibi	100	100
Aurores-Boréales	80	80
Lac-Témiscamingue et Témiscaming-et-de-Kipawa	60	60

L'enquête désigne la 3<sup>e</sup> année du secondaire comme l'année pivot quant à l'initiation à la consommation de drogues. Le cannabis représente la drogue la plus populaire chez les élèves de tous les niveaux : 10 % d'entre eux en auraient consommé au moins une fois par mois pendant l'année précédant l'enquête, dont plus de garçons (11 %) que de filles (8 %). Par ailleurs, environ 7 % auraient pris des hallucinogènes et 8 %, des amphétamines. On ne note pas de différence selon le sexe pour les hallucinogènes ni pour les amphétamines.

Toutefois, la consommation d'amphétamines aurait diminué chez les filles entre 2006 (11 %) et 2008 (8 %).

### 3.1.1.3 Indice de jeu problématique<sup>31</sup>

L'enquête de 2008 a aussi produit un indice de jeu problématique à deux volets. Le risque de développer un problème de dépendance au jeu toucherait 4 % des élèves du secondaire au Québec, dont 5 % de garçons et 3 % de filles. En outre, 2 % des élèves, dont plus de garçons (3 %), seraient des joueurs pathologiques probables. Il est à noter que les données obtenues pour les filles ne sont pas suffisamment fiables sur le plan statistique pour émettre des estimations.

Voici la répartition de ces estimations selon les territoires de CSSS et la région. Rappelons qu'il s'agit d'hypothèses basées sur la tendance québécoise.

Territoire de CSSS	Risque de problème		Jeu pathologique probable	
	Garçons	Garçons et filles	Garçons	Garçons et filles
Vallée-de-l'Or	70	115	45	55
Rouyn-Noranda	65	100	40	50
Les Eskers de l'Abitibi	45	65	25	35
Aurores-Boréales	35	55	20	30
Lac-Témiscamingue et Témiscaming-et-de-Kipawa	25	40	15	20
<b>Abitibi-Témiscamingue</b>	<b>240</b>	<b>375</b>	<b>145</b>	<b>190</b>

31. Institut de la statistique du Québec, op. cit.



### 3.1.1.4 Clientèle desservie par le Centre Normand<sup>32</sup>

Au cours de 2009-2010, 134 usagers de moins de 18 ans ont bénéficié des services externes de réadaptation du Centre Normand, sans compter 7 personnes faisant partie de l'entourage d'une personne ayant un problème de dépendance. Un seul usager ne réside pas en Abitibi-Témiscamingue, sa région de provenance étant les Laurentides.

En rapportant les clients (133) provenant de la région sur le nombre d'élèves du secondaire estimé avec l'indice DEP-ADO comme nécessitant une intervention spécialisée pour leur consommation d'alcool et de drogues (560), on obtient un taux d'environ 24 %.

L'accès diffère quelque peu d'un territoire de CSSS à l'autre, le taux le moins élevé revenant au territoire de CSSS Les Eskers de l'Abitibi pour 2008-2009 et 2009-2010 :

Territoire de CSSS	Clientèle potentielle	Clientèle desservie		Taux d'accès	
	Indice DEP-ADO	2009-2010	2008-2009	2009-2010	2008-2009
Lac-Témiscamingue et Témiscaming-et-de-Kipawa	60	19	20	32 %	33 %
Vallée-de-l'Or	170	53	42	31 %	25 %
Rouyn-Noranda	150	37	37	25 %	25 %
Aurores-Boréales	80	16	17	20 %	21 %
Les Eskers de l'Abitibi	100	8	13	8 %	13 %

Il est à noter que la clientèle du Centre Normand inclut les Autochtones et que la Commission scolaire du Lac-Témiscamingue regroupe deux territoires de CSSS.

La clientèle allochtone au Centre Normand est un peu plus souvent masculine que féminine : 56 % au niveau régional en 2009-2010, soit 65 sur 117. En fait, c'est le cas dans les territoires de CSSS de la Vallée-de-l'Or, de Rouyn-Noranda et du Lac-Témiscamingue :

Territoire de CSSS	Garçons	Filles	Sexes réunis
Vallée-de-l'Or	22	17	39
Rouyn-Noranda	20	15	35
Lac-Témiscamingue	11	6	17
Aurores-Boréales	7	9	16
Les Eskers de l'Abitibi	4	4	8
Témiscaming-et-de-Kipawa	1	1	2

On retrouve, au contraire, un peu plus de filles parmi les quelques clients identifiés comme étant des Autochtones : 8 sur 13 Autochtones hors réserve mais 1 sur 3 Autochtones sur réserve.

Parmi les 133 usagers de la région, 5 ont été admis à l'interne du Centre Normand au cours de l'année dont : 4 usagers de la Vallée-de-l'Or incluant 1 Autochtone hors réserve et 1 usager du territoire de CSSS Les Eskers de l'Abitibi.

32. Tableaux complétés au Centre Normand par Ginette NOEL-GRAVEL et Nicole BERTHIAUME, op. cit.



### 3.1.1.5 Hospitalisations avec un diagnostic principal concernant la consommation de psychotropes<sup>33</sup>

Les données, tirées du système d'information Med-Écho, portent sur les hospitalisations pour les résidents des territoires de CSSS de la région peu importe leur lieu d'hospitalisation au Québec. Il est à noter que les hospitalisations hors Québec ne sont pas considérées, ce qui peut induire une sous-estimation plus particulièrement pour les territoires de Témiscaming-et-de-Kipawa et du Lac-Témiscamingue.

Les jeunes résidents de la région sont peu hospitalisés pour un diagnostic principal associé à la consommation d'alcool, de drogues ou d'autres psychotropes. Voici le nombre d'hospitalisations pour les jeunes âgés de 12 à 17 ans au cours des trois années les plus récentes.

2008-2009 : 5 dont 2 pour des garçons et 3 pour des filles.

2007-2008 : 6 dont 3 pour des garçons et 3 pour des filles.

2006-2007 : 5 dont 4 pour des garçons et 1 pour une fille.

La durée moyenne de ces hospitalisations est très courte : 1,8 jour en 2008-2009, 1,2 en 2007-2008 et 1,4 en 2006-2007.

Les hospitalisations se répartissent ainsi selon les territoires de CSSS :

Territoire de CSSS	2008-2009 Nombre	2007-2008 Nombre	2006-2007 Nombre
Rouyn-Noranda	2	2	2
Aurores-Boréales	0	2	2
Vallée-de-l'Or	2	1	0
Les Eskers de l'Abitibi	0	1	0
Lac-Témiscamingue	0	0	1
Témiscaming-et-de-Kipawa	1	0	0

Sur le plan régional, la cause principale des hospitalisations se réfère aux troubles mentaux et du comportement liés à :

- l'**alcool** et à une intoxication aiguë (2 cas en 2008-2009, 5 en 2007-2008 et 3 en 2006-2007).
- l'utilisation nocive pour la santé de dérivés du **cannabis** (1 cas en 2007-2008).
- d'**autres stimulants** (2 cas dont 1 intoxication aiguë et 1 syndrome de sevrage en 2008-2009, 2 cas dont 1 intoxication aiguë et 1 utilisation nocive pour la santé en 2006-2007).
- des **drogues multiples ou d'autres substances psycho-actives** et à un trouble psychotique (1 cas en 2008-2009).

33. Nicole BERTHIAUME, *Portrait de consommation de services en lien avec la population à desservir et les ressources disponibles Programme Jeunes en difficulté, Santé mentale-volet jeunes, Dépendances-volet jeunes, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue*, janvier 2010 et autres données non publiées.



### 3.1.2 Portrait régional de la clientèle adulte

À l'aide des données disponibles, ce bref bilan aborde la consommation d'alcool et de drogue ainsi que la participation aux jeux de hasard et d'argent sous l'angle des comportements problématiques pour ensuite faire le point sur la clientèle rejointe par les services spécialisés et sur les hospitalisations.

#### 3.1.2.1 Alcool

L'Enquête de 2007 et 2008 sur la santé dans les collectivités canadiennes permet de dégager certains indicateurs concernant la consommation d'alcool chez la population âgée de 18 ans ou plus<sup>34</sup>.

#### *Buveurs actuels*

Environ 93 000 adultes de la région sont considérés comme des buveurs actuels (au moins un verre au cours de l'année) dont 50 000 hommes et 43 000 femmes. Soulignons que ces nombres constituent une approximation très large. La proportion de la population concernée varie selon le groupe d'âge et le sexe :

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Sexes réunis
18-24 ans	98 %	83 %	91 %
25-44 ans	96 %	88 %	92 %
45-64 ans	88 %	83 %	85 %
65 ans ou plus	70 %	71 %	71 %

#### *Consommation fréquente*

En région, 10 % des buveurs actuels prennent de l'alcool tous les jours. Chez les hommes, la proportion est de 13 % et chez les femmes, de 4 %. Cette dernière donnée est à interpréter avec prudence (coefficient de variation entre 16 % et 25 %). On ne note pas de différence significative avec le reste du Québec.

La proportion de buveurs consommant tous les jours augmente avec l'âge, surtout chez les hommes dans le reste du Québec. Étant donné les petits effectifs de l'échantillon, il n'est pas possible de présenter de données régionales à ce sujet. On peut supposer que la région suit la tendance du reste du Québec.

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Sexes réunis
25-44 ans	9 %	4 %	7 %
45-64 ans	21 %	12 %	16 %
65 ans et plus	27 %	14 %	20 %

Il est à noter que les données concernant le groupe des 18 à 24 ans ne sont pas fiables sur le plan statistique et ne sont donc pas reproduites ici.

34. Guillaume BEAULÉ, op. cit.



### Consommation élevée

Dans l'enquête, boire 5 verres d'alcool en une même occasion et ce, 12 fois ou plus durant une année, est considéré comme une consommation élevée.

Un adulte sur quatre aurait ce profil en région. Ce type de consommation se rencontre davantage chez les hommes (37 %) que chez les femmes (10 %). On observe d'ailleurs une proportion significativement plus élevée chez les hommes de la région par rapport à ceux du reste du Québec : 37 % versus 31 %.

En tenant compte de la fiabilité des données, deux groupes d'âge méritent une attention particulière, surtout chez les hommes :

Groupe d'âge	Hommes A-T	Hommes Qc	Sexes réunis A-T	Sexes réunis Qc
25-44 ans	50 % (+)	31 %	29 % (+)	21 %
45-64 ans	27 %	23 %	18 %	15 %

Le signe (+) précise que l'écart avec le reste du Québec est significatif sur le plan statistique pour les 25-44 ans. À titre indicatif et en termes de tendance, voici les résultats pour les autres groupes d'âge dans le reste du Québec où on observe une diminution de ce type de consommation avec l'âge.

- 18 à 24 ans : 38 % (hommes : 47 % et femmes : 29 %).
- 65 ans ou plus : 5 % (hommes : 10 %).

### Dépendance à l'alcool

L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes n'a pas reproduit cet indicateur en 2007 et 2008. Selon les résultats datant de 2002, environ 2 % de la population québécoise aurait une dépendance à l'alcool, parmi lesquels plus d'hommes et plus de jeunes de moins de 25 ans<sup>35</sup>. En rapportant ce taux à la population de 18 ans ou plus en 2009, environ 2300 adultes seraient concernés dans la région.

#### 3.1.2.2 Drogues illicites et médicaments psychotropes

Il y a peu de données disponibles et surtout récentes quant à la consommation de drogues illicites et de médicaments psychotropes au Québec et encore moins en région. En outre, les données d'enquête ont probablement tendance à sous-estimer la consommation réelle.

### Consommation de drogues illicites et de médicaments psychotropes

L'enquête québécoise sur la santé de la population a abordé la consommation de drogues illicites et de médicaments en 2009 avec un échantillon représentatif pour la région. La collecte des données est terminée et l'analyse régionale devrait être produite à l'automne 2010 par la Direction de santé publique.

35. MSSS, *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action*, 2008 et *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, 2006.



Les derniers résultats disponibles pour le Québec remontent à 2002 et sont tirés de l'ESCC auprès de la population de 15 ans ou plus. Parmi les faits saillants, on observe que :

- près de 13 % ont consommé du cannabis plus d'une fois au cours d'une année.
- près de 2 % ont pris de la cocaïne ou du crack au cours d'une année.
- près de 1 % risquerait de connaître une dépendance aux drogues illicites<sup>36</sup>.
- près de 16 % ont consommé un médicament psychotrope au cours d'une année, surtout pour aider à dormir (9 %), pour réduire l'anxiété (7 %) ou un antidépresseur (5 %)<sup>37</sup>.

### *Distribution de seringues aux utilisateurs de drogues intraveineuses<sup>38</sup>*

En 2009-2010, 89 520 seringues ont été expédiées dans les sites de distribution de la région dont plus de la moitié dans la Vallée-de-l'Or.

Voici la répartition du nombre de seringues selon les territoires de CSSS :

Territoire de CSSS	2009-2010
Vallée-de-l'Or	50 720
Rouyn-Noranda	21 120
Les Eskers de l'Abitibi	13 200
Aurores-Boréales	960
Lac-Témiscamingue	3 520
Témiscaming-et-de-Kipawa	0

La distribution des seringues se fait notamment par les pharmacies et par le milieu communautaire, ce dernier regroupant les plus grands distributeurs.

### 3.1.2.3 Jeux de hasard et d'argent<sup>39</sup>

Selon une étude réalisée en 2002, près de 2 % de la population québécoise adulte seraient des joueurs pathologiques probables (1 %) ou des joueurs à risque (1 %). En appliquant cette proportion à la population de l'Abitibi-Témiscamingue en 2009, on peut estimer que ces problèmes concerneraient environ 2300 personnes de 18 ans ou plus.

Parmi les caractéristiques associées aux problèmes de jeu, l'étude relève le sexe masculin, le célibat, une faible scolarité et un faible revenu.

Les appareils de loterie vidéo (ALV) représentent le type de jeu pour lequel les joueurs éprouvent le plus souvent un comportement problématique : c'est le cas de 14 % d'entre eux selon une autre enquête menée en 2002 au Québec.

36. MSSS, *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action*, 2008 et *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, 2006.  
37. MSSS, *Utilisation de services et consommation de médicaments liés aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois*, 2009.  
38. Guillaume BEAULÉ, *Programme ESSAIS Distribution des seringues pour les UDI Compilation des troussees et des seringues distribuées en Abitibi-Témiscamingue Année 2009-2010*, Direction de santé publique, mai 2010.  
39. R. LADOUCEUR et al., *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002* et S CHEVALIER et al., *Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002*, Université Laval et Institut national de santé publique du Québec, 2004.



Il est à noter que la ville de Val-d'Or a été identifiée comme un territoire particulièrement vulnérable en raison d'un ratio d'ALV nettement supérieur à la moyenne provinciale, soit 6,6 versus 1,9 pour 1 000 habitants en 2005<sup>40</sup>.

### 3.1.2.4 Clientèle desservie par le Centre Normand<sup>41</sup>

En 2009-2010, 583 personnes de 18 ans ou plus ont reçu des services externes du Centre Normand à titre d'usagers, en plus de 75 proches, faisant partie de l'entourage d'une personne ayant des problèmes de dépendance.

Parmi les 583 usagers, 20 proviennent d'une autre région dont 14 du Nord-du-Québec (région 10).

En rapportant la clientèle de l'année 2009-2010 sur la population de 18 ans ou plus en 2009, on obtient un taux régional de 0,5 %. Voici la répartition des usagers et les taux pour les territoires de CSSS :

Territoire de CSSS	Usagers 2008-2009	Usagers 2009-2010	Pop. 18 ans + 2009	Taux 2009-2010
Vallée-de-l'Or	180	183	33 580	0,5 %
Les Eskers de l'Abitibi	127	126	19 500	0,6 %
Rouyn-Noranda	108	89	32 676	0,3 %
Aurores-Boréales	86	84	16 725	0,5 %
Lac-Témiscamingue	49	57	10 534	0,5 %
Témiscaming-et-de-Kipawa	13	24	2 519	0,9%
<b>Abitibi-Témiscamingue</b>	<b>563</b>	<b>563</b>	<b>115 534</b>	<b>0,5 %</b>

En 2009-2010, les intervenants du Centre Normand ont identifié 78 usagers autochtones de 18 ans ou plus dont 45 vivant sur réserve et 33 hors réserve dans la région. Toutefois, il se peut que l'origine autochtone de certains usagers n'ait pas été enregistrée lors de la saisie des données. Parmi les usagers recensés, il y a un peu plus de femmes : 23 sur réserve et 18 hors réserve.

Les 485 autres usagers adultes de la région, considérés comme allochtones, se distribuent comme suit selon l'âge et le sexe.

Groupe d'âge	Sexes réunis	Hommes	Femmes
18-24 ans	77	47	30
25-39 ans	231	149	82
40-64 ans	161	103	58
65 ans ou plus	16	11	5
<b>18 ans ou plus</b>	<b>485</b>	<b>310</b>	<b>175</b>

Ainsi, près de 2 usagers sur 3 sont des hommes et près d'un usager sur 2 est âgé de 25 à 39 ans, tant chez les hommes que chez les femmes.

40. François AUDET et al. *Projet d'information, de sensibilisation et d'intervention auprès des joueurs compulsifs et leur entourage (2008-2009)*, CSSS de la Vallée-de-l'Or, 23 mai 2008.

41. Tableaux complétés au Centre Normand par Ginette NOEL-GRAVEL et ventilant les données par territoire de CSSS pour 2008-2009 et 2009-2010 disponibles sur demande auprès de Nicole BERTHIAUME à l'Agence.



Parmi les usagers desservis à l'externe, 115 adultes ont été admis à l'unité interne du Centre Normand à Amos au cours de l'année 2009-2010 :

- 102 résidants de l'Abitibi-Témiscamingue.
- 13 résidants d'une autre région dont celle du Nord-du-Québec (région 10).

Les 102 usagers de la région incluent 18 Autochtones : 9 hors réserve (dont 7 femmes) et 9 sur réserve (dont 5 hommes).

Les 84 usagers allochtones, dont plus d'hommes, se répartissent de la façon suivante selon le territoire de provenance.

Territoire de CSSS	Hommes	Femmes	Sexes réunis
Vallée-de-l'Or	20	12	32
Les Eskers de l'Abitibi	17	6	23
Rouyn-Noranda	11	8	19
Aurores-Boréales	7	1	8
Lac-Témiscamingue	2	0	2
Abitibi-Témiscamingue	57	27	84

L'âge des usagers admis de la région, incluant les Autochtones, suit la tendance des usagers desservis à l'externe : 55 de 25-39 ans, 30 de 40-64 ans, 16 de 18-24 ans et un seul de 65 ans ou plus.

#### 3.1.2.5 Hospitalisations pour un diagnostic principal concernant la consommation de psychotropes<sup>42</sup>

Les hospitalisations des adultes de la région pour un diagnostic principal associé à une toxicomanie, peu importe le lieu au Québec, sont au nombre de :

- 148 en 2008-2009 dont 102 pour des hommes et 46 pour des femmes.
- 149 en 2007-2008 dont 104 pour des hommes et 45 pour des femmes.
- 143 en 2006-2007 dont 104 pour des hommes et 39 pour des femmes.

Ces hospitalisations ont duré en moyenne : 13 jours en 2008-2009, 4 jours en 2007-2008 et 13 jours en 2006-2007.

42. Données Med-Écho compilées à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et disponibles sur demande auprès de Nicole BERTHIAUME.



Avec une moyenne de 146 par année, on obtient un taux de 1,3 hospitalisation pour 1000 adultes sur la base de la population de 2009. Voici comment se distribuent les hospitalisations selon le territoire de CSSS dont provient la clientèle.

Territoire de CSSS	2008-2009	2007-2008	2006-2007	Moyenne	Taux pop./ 1000
Aurores-Boréales	43	51	36	43	2,6
Les Eskers de l'Abitibi	42	28	36	35	1,8
Rouyn-Noranda	25	40	35	33	1,0
Vallée-de-l'Or	20	15	23	19	0,6
Lac-Témiscamingue	13	11	11	12	1,1
Témiscaming-et-de-Kipawa	5	4	2	4	1,6

Rappelons que les hospitalisations hors Québec n'étant pas incluses, ceci peut induire une sous-estimation pour les deux territoires de CSSS du Témiscamingue.

La cause principale des hospitalisations se réfère aux troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool dans plus de la moitié des cas en 2008-2009 (55 %), suivis des troubles associés aux drogues multiples (26 %). Il s'agit d'une intoxication aiguë dans environ un cas sur trois. Toutefois, un syndrome de dépendance est diagnostiqué dans un cas sur quatre, un syndrome de sevrage dans au moins un cas sur dix et un trouble psychotique aussi dans un cas sur dix.

### 3.2 CLIENTÈLES PRIORITAIRES

Certaines clientèles spécifiques sont ciblées par l'offre de service, à la fois au niveau provincial et régional. Celles-ci doivent être orientées de manière prioritaire vers les services spécialisés de réadaptation lorsqu'elles présentent un problème dont le niveau de gravité correspond à un diagnostic d'abus ou de dépendance. Il s'agit des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants, des jeunes en difficulté et des personnes ayant des problèmes de santé mentale<sup>43</sup>.

#### 3.2.1 Femmes enceintes et mères de jeunes enfants

On estime à près de 1290 le nombre total de femmes enceintes<sup>44</sup> et à environ 8000 le nombre d'enfants âgés de moins de cinq ans en Abitibi-Témiscamingue pour l'année 2009.

Quant aux femmes enceintes et aux mères de jeunes enfants qui auraient des problèmes de consommation d'alcool ou de drogue, la situation apparaît peu documentée à l'échelle québécoise et même à l'échelle mondiale.

Selon l'ESCC de 2003, 26 % des Québécoises âgées de 15 à 55 ans ayant eu une grossesse dans les cinq dernières années ont consommé de l'alcool durant celle-ci. Ce taux est significativement plus élevé que dans les autres provinces canadiennes où il est en moyenne de 9 %. Toutefois, on ne dispose pas d'information sur la quantité ou la fréquence de la consommation d'alcool<sup>45</sup>.

43. MSSS, *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*, Québec, 2007, p. 13.

44. Sylvie BELLOT, *Calculs pour les femmes enceintes avec les données provisoires pour 2009* (Institut de la statistique du Québec), Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

45. Chantale AUDET et al., *Représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et perceptions des messages de prévention chez les femmes enceintes*, Institut national de santé publique du Québec, 2006. p.3



À la fin des années 1990, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie mentionnait que les taux habituellement avancés dans les études américaines situaient la prévalence des problèmes liés à l'abus de substances psychoactives chez les femmes enceintes, dans certains milieux, autour de 5 %<sup>46</sup>.

### 3.2.2 Jeunes en difficulté

Le Plan d'action interministériel en toxicomanie souligne que les jeunes en centre jeunesse consomment davantage d'alcool et de drogues que les jeunes en général. D'ailleurs, environ 60 % des jeunes qui consultent un centre spécialisé en toxicomanie seraient suivis par un centre jeunesse selon une étude réalisée en 2004<sup>47</sup>.

En Abitibi-Témiscamingue, des jeunes admis à l'interne du centre jeunesse reçoivent des services des intervenants du Centre Normand dans le cadre d'une entente formelle conclue entre les deux établissements. En 2009-2010, il y en a eu 36 dont 20 au site L'Étape à Val-d'Or et 16 au site La Maison à Rouyn-Noranda. Parmi eux, on retrouve :

- 19 filles dont 7 Autochtones hors réserve et 1 sur réserve.
- 17 garçons dont 3 Autochtones hors réserve et 2 sur réserve<sup>48</sup>.

Il est à noter que ces jeunes font partie du total de 134 jeunes desservis par le Centre Normand au cours de l'année.

### 3.2.3 Personnes ayant des problèmes de santé mentale

Le plan d'action en santé mentale énonce que 3 % de la population aurait besoin de services pour des troubles mentaux dont 1 % en deuxième ligne<sup>49</sup>. En rapportant ces taux à la population régionale de 18 ans ou plus en 2009, environ 3500 adultes seraient concernés dont près de 1200 pour la deuxième ligne.

L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes réalisée en 2002 permet d'affirmer que la prévalence de la dépendance à l'alcool et aux drogues illicites au Québec est plus élevée chez les personnes souffrant de troubles mentaux, en l'occurrence de troubles anxieux ou de l'humeur, que chez celles ne présentant pas ces troubles<sup>50</sup>.

46. J. FORGET, *Avis sur les mères toxicomanes*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1999, p. 2.

47. MSSS, *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, op. cit.

48. Données compilées au Centre Normand par Ginette NOËL-GRAVEL.

49. MSSS, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La Force des liens*, 2005.

50. MSSS, *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois*, 2008, p. 45 à 47.



## 4. LA GAMME RÉGIONALE DE SERVICES

Le continuum de services en dépendance de l'Abitibi-Témiscamingue comprend une gamme de services qui inclut l'ensemble des activités, de la promotion de la santé jusqu'aux services spécialisés. Dans cette partie, l'ensemble des services disponibles ou à mettre en place sont décrits et balisés. Le lecteur intéressé à connaître les standards reconnus en termes d'accessibilité, de qualité, d'efficacité et d'efficience des services en dépendance est invité à consulter les orientations ministérielles en dépendance<sup>51</sup>. Pour les activités de santé publique, les standards se traduisent par le respect des différentes composantes du programme ou de la mesure.

### 4.1 LES SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

Le Plan d'action régional (PAR)<sup>52</sup> de santé publique détaillé 2009-2012, en conformité avec le *Programme national de santé publique (PNSP)*, mis à jour 2009, cible les activités préventives à réaliser pour agir en amont des problèmes de santé et de bien-être. Eu égard à leurs responsabilités et découlant du PAR, les CSSS ont élaboré un plan d'action local (PAL) de santé publique, lequel précise les activités et les interventions de leur offre de service en prévention des dépendances.

L'intervention préventive en santé publique s'adresse à la fois à l'ensemble de la population et aux différents systèmes en présence (politique, économique, sociosanitaire, éducation et autres) qui ont une influence sur les conditions de vie. Il s'avère essentiel et crucial de mettre en place des mécanismes de soutien à l'élaboration, à l'implantation et au maintien au sein des collectivités, des mesures reconnues efficaces ou prometteuses.

C'est dans ce contexte que l'offre de service en dépendance en santé publique cible des activités et des stratégies.

#### 4.1.1 Pratiques cliniques préventives (PCP)

##### *Description du service*

La Direction de santé publique (DSP) a la responsabilité de soutenir les cliniciens de première ligne dans l'intégration ou l'optimisation des PCP dans l'offre de service, en collaboration avec les partenaires locaux et régionaux, dont les CSSS et les instances consultatives de l'Agence (le conseil des infirmières et infirmiers, le conseil des médecins et dentistes et autres).

Une PCP est un ensemble d'interventions réalisées auprès d'une personne, par des professionnels de la santé : médecins, infirmières, intervenants sociaux et autres qui travaillent dans les groupes de médecine de famille (GMF), les unités de médecine familiale (UMF), les CSSS et certaines cliniques spécialisées. Les PCP visent à promouvoir la santé et à prévenir les problèmes. Les moyens les plus fréquents utilisés pour promouvoir les PCP découlent d'une approche éducative, axée sur l'amélioration des connaissances des cliniciens et des patients : ateliers de formation, guides de pratiques, développement d'outils.

51. MSSS, *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, Québec, 2007.

52. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, *Plan d'action régional de santé publique détaillé 2009-2012*, 2010.



Deux PCP sont ciblées :

- Recherche de cas et counselling sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes.
- Recherche de cas et counselling sur la consommation d'alcool.

### Objectifs

- Soutenir les services de première ligne à améliorer l'intégration des PCP en travaillant en collaboration avec les GMF, les UMF et les CSSS.
- Renforcer le rôle des professionnels de la santé au regard des activités de prévention au sein d'équipes interdisciplinaires de première ligne.

### Clientèle visée

Les médecins et les professionnels de la santé.

#### 4.1.2 Le programme Système d

La banalisation de certaines drogues, l'abaissement de l'âge d'initiation à la consommation, l'apparition de nouveaux produits et le développement de l'offre de jeu et d'argent ont entraîné une hausse de l'acceptabilité et de la désirabilité du tabac, de l'alcool et des drogues.

Le but de ce programme vise à favoriser la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes ainsi qu'à prévenir certaines difficultés qui peuvent compromettre leur développement.

### Description du service

Le programme Système d comporte un ensemble d'activités de développement des compétences axé sur des facteurs de risque et de protection communs à la prévention des toxicomanies et de l'usage des jeux de hasard et d'argent. Il comporte quatre composantes : le volet jeune, le volet parent, le projet de réinvestissement des apprentissages et les mesures d'appui. Plusieurs acteurs de l'école, du CSSS et de la communauté sont invités à jouer un rôle spécifique dans la réalisation des activités du Système d. Il s'agit donc d'un véritable travail collectif.

### La coanimation des ateliers

Elle met de l'avant une démarche promotionnelle et préventive en vue d'amener les jeunes de la fin du primaire à développer leurs compétences sociales ainsi que leurs habitudes de vie, le tout en vue de faciliter leur passage du primaire au secondaire.

Elle comporte des ancrages avec l'approche *École en santé* par la mise en place d'initiatives visant non seulement le milieu scolaire, mais aussi la famille et la communauté, ce qui maximise les effets du programme.



### Objectifs

- Amener le jeune à nommer les sources d'influence auxquelles il est exposé dans son milieu de vie.
- Amener le jeune à nommer les différentes sources d'influence médiatiques et à être critique par rapport aux différents messages véhiculés.
- Amener le jeune à reconnaître des situations de stress qui l'affectent et à se familiariser avec un moyen de gestion du stress.
- Amener le jeune à appliquer la résolution de problème dans une situation de la vie quotidienne et à développer des habiletés pour résister aux influences négatives dans son milieu de vie.
- Informer les parents sur les activités du programme et autres mesures à mettre en place pour créer ou maintenir un environnement favorable à la non-consommation.
- Amener les parents à dialoguer avec le jeune à propos des activités du programme.

### Clientèle visée

Tous les jeunes de 6<sup>e</sup> année (fin du cycle du primaire).

#### 4.1.3 La mesure Jeunes en milieu rural

### Description du service

*Jeunes en milieu rural* est une mesure identifiant l'animation jeunesse des 12-17 ans en milieu rural sur tout le territoire de la région. Cette activité est reconnue comme une mesure préventive pour contrer la problématique des toxicomanies, d'autres problèmes d'adaptation sociale et de saines habitudes de vie. Cette mesure vient concrétiser des interventions prometteuses s'inspirant de la stratégie du développement des communautés. Elle est enchâssée dans une *Entente de concertation régionale* conclue entre des partenaires, dont les CSSS sont représentés par l'Agence.

### Objectifs

- Augmenter le soutien social des adolescents.
- Développer des compétences sociales.
- Promouvoir des saines habitudes de vie.
- Promouvoir des comportements sécuritaires.
- Encourager la participation des jeunes dans leur communauté et développer le sentiment d'appartenance.

### Clientèle visée

Jeunes de 12 à 17 ans vivant en milieu rural.



#### 4.1.4 Mécanisme de subvention de projets

##### *Description du service*

La gestion des activités en prévention des dépendances est assurée annuellement par les CSSS par des appels d'offre de projets ou par une table de concertation en alcoolisme et autres toxicomanies.

##### *Objectif*

- Favoriser la réalisation de projets d'intervention en prévention des dépendances.

##### *Clientèle visée*

Les CSSS, les organismes qui œuvrent auprès des personnes avec des problèmes de dépendance et les milieux scolaires.

#### 4.1.5 Programme de transmission générationnelle - Une affaire de famille

##### *Description du service*

Le programme *Une affaire de famille* s'inscrit à l'intérieur de la prévention des dépendances et traite plus spécifiquement de ses conséquences sur la famille dans une approche générationnelle. Certains CSSS offrent ce service à leur population. Ce programme doit être accessible sur l'ensemble des territoires de la région. L'Agence soutiendra les CSSS afin de poursuivre l'implantation de ce programme.

##### *Objectif*

- Habiler les familles à reconnaître le problème afin qu'elles mettent en œuvre des actions spécifiques pour le contrer.

##### *Clientèle visée*

Les membres adultes de familles dont un problème de dépendance est présent dans les générations actuelles ou précédentes.

#### 4.1.6 Politiques publiques

##### *Description du service*

Les politiques publiques saines améliorent les conditions de vie des personnes. Une politique publique est le produit de l'activité d'une autorité investie de puissance publique et légitimité gouvernementale. Il s'agit de politiques adoptées par les élus des paliers local, régional et central. Les politiques gouvernementales s'actualisent à travers différents instruments ou mesures qui peuvent être de nature réglementaire, fiscale, administrative ou autres (ex. : les mesures contre l'alcool au volant, l'accessibilité physique et légale).



Spécifiquement, soutenir, lorsqu'opportun, l'élaboration et l'application de politiques publiques ainsi que des mesures législatives et réglementaires visant la limitation des effets négatifs sur la santé des éléments suivants :

- l'accessibilité économique et physique à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent.
- les caractéristiques de certains jeux de hasard et d'argent.

#### Objectif

- Adoption de politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population.

#### Clientèle visée

Les municipalités et les ministères.

## 4.2 LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Le texte précisant la nature du service, les objectifs, la clientèle visée, de même que les standards est en grande partie inspiré de l'offre de service provinciale en dépendance<sup>53</sup>.

### 4.2.1 Services de repérage

#### Description du service

Les CSSS favorisent les activités de repérage des jeunes et des adultes présentant potentiellement un problème d'alcool ou de drogue. Les activités de repérage des problèmes de jeu pathologique seront favorisées lorsque des outils standardisés seront disponibles, ce qui n'est pas le cas présentement.

Ces activités sont situées en amont des activités de détection. Le repérage mène à la détection mais n'est pas un préalable obligatoire. Il permet aux professionnels en CSSS d'évaluer rapidement la présence d'un problème potentiel de consommation de drogue ou d'alcool. Deux outils sont présentement disponibles : l'ADOSPA<sup>54</sup> (jeunes) et le CAGE-AID<sup>55</sup> (adultes)<sup>56</sup>.

#### Objectifs

- Repérer les personnes qui présentent un problème de consommation d'alcool ou de drogue.
- Intervenir rapidement pour prévenir, réduire ou traiter les dépendances.

53. MSSS, *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.*

54. *Auto, Détendre, Oublié, Seul(e), Problèmes, Amis (Les outils ADDICTION).*

55. *Cut, Annoyed, Guilty, Eye-Opener, Adapted to include Drugs.*

56. Véronique LANDRY, *Boîte à outils 1<sup>re</sup> ligne*, Rond Point 2010. Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ), 13 mai 2010.



### Clientèle visée

Les jeunes et adultes présentant un problème de consommation d'alcool ou de drogue suivis au CSSS par du personnel médical ou autres professionnels.

#### 4.2.2 Services de détection et d'orientation

##### Description du service

Les CSSS doivent favoriser la détection des problèmes de toxicomanie et de jeu pathologique des personnes de leur territoire. Les personnes présentant des comportements à risque ou des problèmes de dépendance seront dirigées vers le service ou l'établissement le mieux adapté à leurs besoins.

Dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, outre les professionnels en CSSS, plusieurs intervenants, formés aux outils de détection, œuvrent dans différents organismes et sont aptes à effectuer les références vers les services adéquats. Ces intervenants sont présents dans certaines écoles et organismes communautaires de la région. Les intervenants formés utilisent notamment le *DEP-ADO*, outil validé et standardisé pour la détection de la clientèle jeune. Pour la clientèle adulte, les outils tels que le *DEBA-A/D* et le *déba-jeu* sont les principaux outils de détection, validés et standardisés, utilisés par les intervenants formés dans les différentes organisations.

Afin de favoriser une souplesse dans l'accès aux services, les CSSS tiennent compte de cette diversité dans l'organisation de leur service de détection.

##### Objectifs

- Détecter les personnes qui présentent un risque ou une dépendance.
- Orienter la personne vers la ressource adaptée à ses besoins.
- Intervenir rapidement pour prévenir, réduire ou traiter les dépendances.

### Clientèle visée

Les jeunes et adultes susceptibles d'adopter des comportements à risque ou une dépendance se présentant au CSSS ou dans toute ressource possédant un intervenant formé et apte à effectuer la passation des outils de détection.

#### 4.2.3 Services d'intervention précoce

##### Description du service

L'intervention précoce se caractérise par des services d'aide et de soutien individuel, familial ou de groupe qui sont offerts aux personnes qui présentent des risques d'éprouver un problème de dépendance. Le but visé est de prévenir la détérioration de la situation et de réduire les conséquences liées au maintien des comportements problématiques.



Les CSSS de la région sont responsables de rendre disponible ce service. Il est actuellement assuré par au moins un intervenant pivot dédié en totalité ou en partie au programme Dépendances dans chacun des CSSS. Le counselling individuel, familial ou de groupe, les programmes de type *Alcochoix +* et l'approche motivationnelle font entre autres partie des moyens utilisés. Le soutien à l'entourage des personnes à risque d'éprouver un problème de dépendance est aussi offert dans le cadre de ce service.

### Objectifs

- Permettre aux personnes qui éprouvent des problèmes d'ordre psychologique, familial ou social en relation avec leur consommation d'obtenir l'aide appropriée pour le traitement de leur problème.
- Développer ou consolider les compétences personnelles ou sociales.
- Diminuer, par une intervention précoce, le nombre de personnes qui vivront une dépendance.

### Clientèle visée

- Les personnes à risque de développer une dépendance.
- Les personnes dont les problèmes de dépendance nécessiteraient des services spécialisés mais qui ne sont pas prêtes à recevoir de tels services.

#### 4.2.4 Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé

### Description du service

Ce service vise à offrir un soutien et un suivi psychosocial à la personne à la suite d'un traitement spécialisé en dépendance. Le but visé est de consolider les acquis du traitement, réduire les risques de rechute et faciliter le retour dans la communauté.

Dans la région, les mécanismes de retour vers les services de première ligne doivent être définis dans chacun des CSSS. Le soutien psychosocial est normalement assuré par l'intervenant pivot du CSSS dans le cadre des mécanismes de référence définis entre le CSSS et le Centre Normand.

Le suivi psychosocial, à la suite d'un service spécialisé, peut également être offert dans le cadre du « Service régional de traitement de la dépendance aux opioïdes » (voir section 4.3.6). Les mécanismes de retour vers les services de première ligne en dépendance au terme de ce service régional sont établis entre le service régional (dont le leadership régional est assuré par le Centre Normand) et les six CSSS de la région.

### Objectifs

- Favoriser le maintien des acquis des personnes dépendantes par un accompagnement jusqu'au recouvrement d'un seuil acceptable d'autonomie sur les plans socioéconomique et affectif.
- Favoriser la réinsertion sociale et professionnelle.
- Réduire le nombre de rechutes.



### Clientèle visée

Les personnes présentant un problème d'abus ou de dépendance et qui ont bénéficié de services spécialisés en dépendance.

Les personnes toxicomanes venant du CRD et stabilisées en regard d'un traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution.

#### 4.2.5 Services de désintoxication externe sans soins intensifs et interne en milieu hospitalier<sup>57</sup>

### Description du service

La désintoxication amène à un arrêt de la consommation ou à un sevrage suivi d'une récupération physique et psychologique. La désintoxication précède le processus de réadaptation et y prépare la personne<sup>58</sup>.

Les CSSS sont responsables d'offrir des services externes de désintoxication sans soins intensifs et des services internes de désintoxication en milieu hospitalier.

### Désintoxication externe sans soins intensifs

Les personnes ayant des symptômes de sevrage léger consultent des ressources médicales en externe qui sont accessibles en CSSS, en GMF ou en clinique médicale.

### Objectifs

- Augmenter le nombre de personnes qui bénéficient des services externes de désintoxication avant une détérioration sérieuse de leur état de santé général.
- Diminuer le recours aux services de désintoxication en CRD ou en centre hospitalier (CH) ou d'urgence.

### Clientèle visée

Les personnes présentant un diagnostic, problème d'abus ou de dépendance qui ont un bon état de santé général et dont l'état nécessite une désintoxication légère sans soins intensifs.

### Désintoxication interne en milieu hospitalier

Les personnes ayant des symptômes de sevrage sérieux ou avec complications médicales nécessitent une admission en milieu hospitalier. Ce type de service est supervisé par du personnel médical et infirmier dans un centre hospitalier à vocation générale ou un centre hospitalier spécialisé en désintoxication.

Tous les CSSS de la région offrent ce service à la population sur leur territoire, par le biais de leur mission CH.

57. La désintoxication est définie à l'annexe 1.

58. MSSS, *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.*



### Objectif

- Augmenter le nombre de personnes qui bénéficient des services internes de désintoxication pour diminuer les conséquences d'une intoxication grave sur leur état de santé général.

### Clientèle visée

Les personnes présentant un diagnostic d'abus ou de dépendance ayant des symptômes de sevrage importants ou avec complications médicales et dont l'état nécessite une désintoxication interne en centre hospitalier.

## 4.3 LES SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE

La description des services, les objectifs et la clientèle visée de même que les standards sont en grande partie tirés de l'offre de service provinciale en dépendance.

### 4.3.1 Programme régional d'évaluation spécialisée

#### Description du service

Un programme régional d'évaluation spécialisée permet l'accueil, l'évaluation et l'orientation des adultes et des jeunes qui nécessitent des services spécialisés en dépendance. L'évaluation spécialisée établit la gravité de la consommation ou des comportements de la personne dépendante. Elle s'effectue au moyen d'outils validés et standardisés. Les résultats de l'évaluation deviennent la matrice servant à l'établissement du plan d'intervention.

Le programme régional d'évaluation spécialisée est décentralisé en Abitibi-Témiscamingue, c'est-à-dire qu'au lieu d'être regroupé dans un territoire de CSSS, le service d'évaluation spécialisée est accessible sur chacun des territoires de CSSS de la région. La vaste étendue du territoire de l'Abitibi-Témiscamingue explique la décision de structurer ce service de cette façon. Il est essentiel que la clientèle puisse avoir accès à une évaluation spécialisée en dépendance sans devoir se déplacer sur de longues distances afin de rencontrer un intervenant du CRD.

#### Objectifs

- Améliorer l'expertise afin de déterminer adéquatement le niveau de gravité de la dépendance.
- Améliorer l'orientation de la clientèle.
- Diminuer le temps d'attente pour l'évaluation et le traitement.
- Soutenir les personnes en attente de traitement.

#### Clientèle visée

Les personnes référées au service régional d'évaluation spécialisée et qui sont susceptibles de présenter des problèmes d'abus ou de dépendance.

Dans la même logique que l'offre de service provinciale, les jeunes en difficulté, les femmes enceintes, les mères ayant de jeunes enfants ainsi que les personnes aux prises avec un problème de santé mentale **sont évalués en priorité**.



#### 4.3.2 Services de réadaptation externe et interne

##### Description du service

Les CRD sont responsables des services de réadaptation en externe et avec hébergement ainsi que du traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution.

En Abitibi-Témiscamingue, le service externe est offert de façon décentralisée, c'est-à-dire qu'il est disponible sur chacun des territoires de CSSS. L'étendue du territoire explique, une fois de plus, la nécessité de configurer ce service de cette façon.

Les services internes de réadaptation sont offerts à Amos à une clientèle adulte. Dix lits d'hébergement sont disponibles pour la clientèle nécessitant ce type de service. Le programme de réadaptation avec hébergement est d'une durée de cinq semaines.

En ce qui a trait aux personnes de moins de 18 ans, compte tenu de la masse critique requise pour déployer de tels services en région, aucun service de réadaptation avec hébergement n'est offert directement par le Centre Normand. Des mécanismes de référence interrégionaux permettent à ces jeunes de recevoir des services adaptés à leurs besoins particuliers dans d'autres CRD de la province. Par ailleurs, une entente de collaboration avec le CJAT permet au Centre Normand de rejoindre les jeunes hébergés au CJAT aux prises avec des problèmes d'abus et de dépendance dans les services internes de réadaptation du CJAT.

##### Objectifs

- Améliorer la santé et le bien-être des personnes en consolidant les acquis permettant de réduire ou de cesser leur consommation.
- Augmenter le nombre de personnes qui réduisent ou cessent leur consommation.
- Favoriser la réinsertion sociale et professionnelle.
- Réduire les méfaits associés à la consommation.

##### Clientèle visée

Les personnes présentant un problème dont le niveau de gravité correspond à un diagnostic d'abus ou de dépendance.

Les services de réadaptation avec hébergement sont offerts du lundi au vendredi depuis de nombreuses années; le Centre Normand vise le développement de ces services sept jours par semaine à partir de 2011-2012.

#### 4.3.3 Services de réinsertion sociale

##### Description du service

Les services de réinsertion sociale sont intimement liés à ceux de la réadaptation en dépendance. Les services de réinsertion sociale visent à soutenir les personnes dépendantes dans leur réapprentissage de la vie en société. Ils misent sur plusieurs stratégies, notamment sur l'acquisition par les individus d'autonomie et de connaissances à travers les études, le travail et le renforcement de leurs réseaux d'appartenance. Ces services sont offerts sur une base individuelle ou en groupe et peuvent être reçus tant à l'externe qu'à l'interne.



### Objectifs

- Favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des personnes dépendantes par le développement des habiletés nécessaires pour agir de manière autonome sur les plans social, économique et affectif.
- Consolider les gains réalisés à la phase de réadaptation.
- Renforcer le réseau d'appartenance.
- Favoriser l'employabilité.
- Réinsérer la personne dans sa famille, dans sa communauté, dans la société.
- Diminuer le nombre de rechutes.

### Clientèle visée

Les personnes aux prises avec un problème d'abus et de dépendance inscrites ou admises en réadaptation et qui poursuivent ou achèvent leur traitement.

#### 4.3.4 Services de désintoxication externe intensive et désintoxication avec hébergement

### Description du service

Le Centre Normand est responsable de rendre disponibles des services de désintoxication externe intensive. Ces services sont offerts de façon décentralisée par le personnel psychosocial du CRD et sont accessibles dans chacun des six territoires de CSSS de la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

Le Centre Normand est aussi responsable de mettre en place le service de désintoxication avec hébergement. Ce service n'est pas encore disponible dans la région. Il sera développé dans une perspective de services intégrés; il s'arrimera notamment avec l'équipe de liaison spécialisée en dépendance en urgence hospitalière et sera offert en fonction des besoins de la population de la région.

### Objectifs

- Augmenter le nombre de personnes qui bénéficient des services de désintoxication avant l'apparition de facteurs aggravants nécessitant une hospitalisation.
- Augmenter le nombre de désintoxications dispensées par le Centre Normand.
- Diminuer le recours aux services de désintoxication en CH général et d'urgence.

### Clientèle visée

Les personnes présentant un problème d'abus ou de dépendance dont l'état nécessite une désintoxication et qui ne présentent pas de facteurs de santé aggravants.



#### 4.3.5 Soutien à l'entourage

##### Description du service

Le Centre Normand est responsable d'offrir des services d'aide et de soutien à l'entourage des personnes dépendantes. Ce service est notamment disponible à l'externe et décentralisé dans chacun des six territoires de CSSS de la région.

Les services consistent en une aide structurée, axée sur l'accompagnement de l'entourage de la personne dépendante. L'aide peut être personnalisée selon les besoins de l'entourage. Elle inclut les thérapies individuelles, de groupe, conjugales ou familiales ainsi que des ateliers thématiques.

##### Objectifs

- Préserver ou accroître le mieux-être des proches et des membres de la famille de la personne dépendante.
- Éviter les ruptures et l'éloignement entre les personnes dépendantes et leur entourage.
- Augmenter l'efficacité des interventions auprès des personnes dépendantes.

##### Clientèle visée

L'entourage des personnes dépendantes.

#### 4.3.6 Service régional de traitement de la dépendance aux opioïdes

##### Description du service

Sous la responsabilité du Centre Normand, ce service s'adresse aux personnes de la région de l'Abitibi-Témiscamingue ayant développé une dépendance aux opioïdes. Le service s'inscrit dans un modèle interdisciplinaire ainsi que dans une perspective de services intégrés. Il est coordonné par une infirmière pivot responsable de l'accueil, de l'évaluation et de la référence des clients. Présentement, les médecins prescripteurs de deux territoires de CSSS (Rouyn-Noranda et Vallée-de-l'Or) sont intégrés à l'équipe interdisciplinaire et la visée est de pouvoir compter éventuellement sur au moins un médecin prescripteur dans chacun des six territoires de CSSS de la région. Les intervenants psychosociaux du Centre Normand font aussi partie de l'équipe et leurs services sont accessibles dans chacun des territoires de CSSS. Le service peut compter sur la collaboration d'un psychiatre dans le cadre des suivis auprès de personnes dépendantes aux opioïdes et aux prises avec des problèmes psychiatriques.

##### Objectifs<sup>59</sup>

Globalement, le service régional s'inscrit en continuité des orientations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) concernant les finalités d'un traitement de substitution à la méthadone :

59. MSSS, *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.



- Rejoindre et maintenir en démarche de traitement le plus grand nombre de personnes dépendantes des opioïdes.
- Améliorer leur état de santé général.
- Améliorer leur qualité de vie et leur insertion sociale.
- Réduire les risques de propagation des infections transmises sexuellement ou par le sang (ITSS), particulièrement le SIDA et les hépatites.
- Diminuer la consommation d'héroïne ainsi que les actes criminels associés.

### *Clientèle visée*

Le service s'adresse à toute personne, résidant en Abitibi-Témiscamingue, dépendante aux opioïdes et désirant obtenir un traitement de substitution.

### *Clientèles prioritaires*<sup>60</sup>

Les personnes suivantes doivent être référées en priorité au service régional de traitement de la dépendance aux opioïdes :

- Femmes enceintes dépendantes des opioïdes.
- Personnes dépendantes des opioïdes et élevant seules de jeunes enfants.
- Personnes dépendantes des opioïdes dont l'état de santé est très détérioré.
- Personnes arrivant d'une autre région ou province ou d'un autre pays et qui étaient déjà en traitement.
- Personnes incarcérées.
- Travailleurs.

## **4.4 SERVICES OFFERTS EN MILIEU COMMUNAUTAIRE**

De nombreux organismes communautaires peuvent recevoir une clientèle présentant des problèmes de dépendance (organismes en santé mentale, maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence, Centre d'Amitié autochtone de Val-d'Or). Toutefois, nous insisterons sur certains services en dépendance et en itinérance qui sont aussi disponibles en milieu communautaire. Cette partie, décrit plus en détail les services offerts en milieu communautaire sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue.

### *4.4.1 Services communautaires spécifiques en dépendance*

Quatre organismes communautaires reconnus au PSOC offrent des services spécifiques en dépendance sur le territoire témiscabitié. Deux de ceux-ci interviennent dans un cadre clinique, tandis que les activités des deux autres sont de nature préventive.

L'Unité Domrémy de Val-d'Or offre des services sur le plan local à la population de ce territoire. La mission de l'organisme est de répondre aux besoins des personnes (jeunes et adultes) et leur entourage vivant des problématiques reliées de près ou de loin à l'alcoolisme ou autres toxicomanies. Il intervient dans trois champs d'action spécifique : la prévention et la sensibilisation, l'aide directe à la personne et aux proches et la réinsertion sociale de la personne.

---

60. MSSS, *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.



Les services offerts sont l'accueil, l'écoute, l'information, l'aide, l'évaluation, l'orientation et la référence.

Le Groupe I.M.A.G.E., Maison Gérard Brisson, situé à Saint-Eugène-de-Guigues, offre des services d'hébergement et d'intervention en dépendance. Plus spécifiquement, l'organisme offre des services d'intervention individuelle ou de groupe à toute personne adulte (homme ou femme) qui a des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie.

Le Groupe I.M.A.G.E. est en processus de certification concernant les ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique.

L'Unité Domrémy de La Sarre offre, quant à lui, des services de prévention des toxicomanies à la clientèle adulte du territoire du CSSS des Aurores-Boréales.

Le Manoir du chemin pour la Sobriété offre un service de prévention des dépendances à la clientèle jeune (18 ans et moins) habitant le secteur de Senneterre.

#### 4.4.2 Organismes communautaires d'hébergement temporaire

La région de l'Abitibi-Témiscamingue compte cinq organismes d'hébergement temporaire répartis sur les territoires de CSSS :

- Groupe I.M.A.G.E. – CSSS du Lac-Témiscamingue<sup>61</sup>.
- La Piaule de Val-d'Or – CSSS de la Vallée-de-l'Or.
- Maison du compagnon – CSSS des Aurores-Boréales.
- Maison du Soleil Levant – CSSS de Rouyn-Noranda.
- Accueil Harvey Bibeau – CSSS Les Eskers de l'Abitibi.

Les services offerts par ces organismes concernent l'hébergement temporaire et le dépannage de toute personne adulte, démunie ou sans-abri et dans le besoin afin de l'accompagner dans l'amélioration de son bien-être physique et psychologique.

Il est à noter que ces organismes, bien que recevant aussi des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance parmi leur clientèle, ne rendent pas de services spécifiques à la dépendance.

## 4.5 TRAJECTOIRES DE SERVICES

Cette partie présente la trajectoire régionale de services de même que la trajectoire du service régional de traitement de la dépendance aux opioïdes.

### 4.5.1 Trajectoire régionale de services

La population a accès aux différents services en dépendance sur l'ensemble du territoire témiscabitié. Le cheminement type d'une personne dans le programme-services Dépendances est présenté de manière détaillée dans la section qui suit.

---

61. Le Groupe I.M.A.G.E. offre aussi des services aux hommes en difficulté.



La population accède aux services de détection en rencontrant un intervenant de l'AEO, un intervenant des programmes-services du CSSS (formé aux outils) ou par le biais d'un organisme communautaire qui possède un intervenant dûment formé aux outils de détection en dépendance<sup>62</sup>.

Lorsque détectées, les personnes nécessitant des services spécifiques en première ligne ou des services spécialisés de deuxième ligne seront ensuite accompagnées vers ceux correspondant à leurs besoins (rappelons que la gamme complète des services en dépendance est décrite au chapitre 4).

Dans l'éventualité où les services requis correspondent à ceux de deuxième ligne, le programme régional d'évaluation spécialisée pourra évaluer beaucoup plus précisément l'ensemble de la situation et des besoins de la personne. Les services spécialisés sont mis en place en fonction des besoins spécifiques propres à chaque personne.

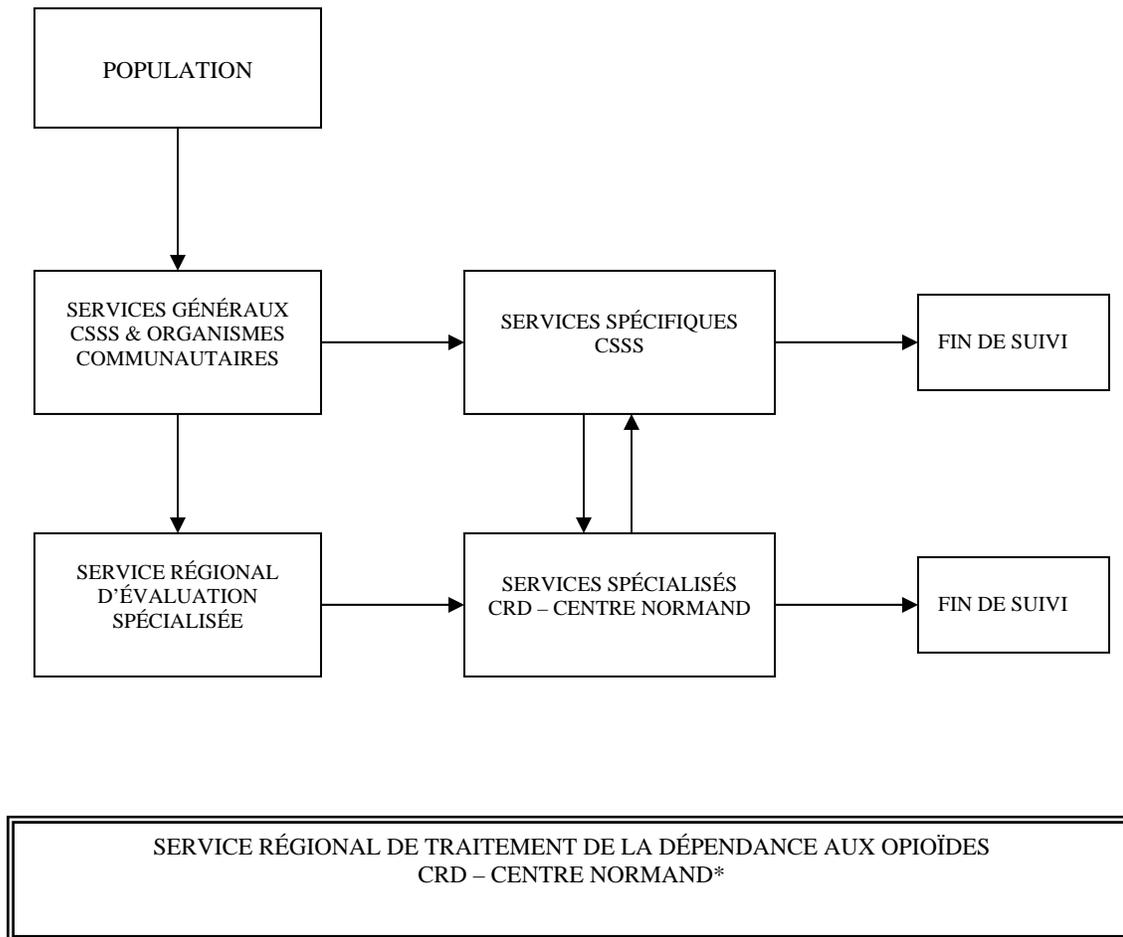
Pour ce qui est de la fin des services en première ligne, ceux-ci se terminent normalement au terme du service spécifique. En deuxième ligne, les services se terminent à la fin de la séquence du service spécialisé. Toutefois, dans quelques occasions, certaines personnes auront besoin d'un soutien plus léger. Une référence vers les services spécifiques de première ligne peut être réalisée. Celle-ci est effectuée à l'intérieur d'un PSI défini au préalable entre l'ensemble des acteurs concernés, incluant la personne elle-même.

---

62. Il arrive plus rarement qu'une personne se présente directement au CRD pour recevoir des services. Bien que la trajectoire régionale des services ne privilégie pas cet angle, la personne sera tout de même reçue au CRD, afin de ne pas freiner l'élan de la personne qui est prête à s'engager dans une démarche vers son mieux-être. Toutefois, cette particularité ne sera pas représentée dans la trajectoire de services étant donné qu'elle ne correspond pas au cheminement type attendu.



## Trajectoire de services en dépendance



NOTE: Aucun organisme communautaire ou privé intervenant en toxicomanie n'est actuellement certifié en Abitibi-Témiscamingue.

\* Une trajectoire régionale spécifique a été élaborée pour le service régional de traitement de la dépendance aux opioïdes.



#### 4.5.2 Trajectoire du programme régional de traitement de la dépendance aux opioïdes<sup>63</sup>

L'accueil se fait sur une base individuelle au CSSS de Rouyn-Noranda et, éventuellement dans les autres CSSS de la région. L'intervenant à l'accueil procède à une évaluation sommaire qui permet de cerner la situation de la personne, de statuer sur son orientation et sur l'urgence de sa situation. Il effectue, s'il y a lieu, des évaluations spécifiques à l'aide de la grille débat-drogue, afin d'orienter la personne vers les ressources appropriées en fonction des besoins identifiés. Les personnes pourront bénéficier des services d'une équipe interdisciplinaire et être traitées selon une approche globale biopsychosociale dans son milieu.

L'utilisateur dépisté par les services de première ligne sera orienté vers les différents points de services psychosociaux spécialisés du Centre Normand, afin d'être évalué avec un outil spécialisé (ex. : *Indice de gravité de la toxicomanie (IGT)*). Par la suite, l'utilisateur sera dirigé vers l'infirmière pivot de l'équipe interdisciplinaire afin de procéder à des tests objectifs. Finalement, il sera évalué par le médecin qui prendra la décision finale d'admettre celui-ci ou non dans le service. Il est bien entendu qu'aucun usager ne devra être pénalisé en raison de cette trajectoire de services. La référence d'une personne déjà en traitement est dirigée au personnel responsable des évaluations spécialisées.

---

63. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, *Service de traitement de la dépendance aux opioïdes*. Projet pilote 2007-2010, février 2008.





## 5. CONCLUSION

La mise à jour de l'offre de service régionale en matière de dépendance de novembre 2005 a été réalisée grâce à la contribution de gestionnaires et d'intervenants impliqués dans le domaine des problématiques de dépendance tant des établissements que du milieu communautaire.

Cette mise à jour, plus qu'essentielle, fait en sorte que l'offre de service régionale tient maintenant compte de l'évolution des besoins de la clientèle de la région, des orientations provinciales relatives aux standards d'accès, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience contenus dans l'offre de service provinciale 2007-2012 et des développements de services des établissements de première et de deuxième ligne très impliqués auprès de la clientèle.

Le portrait des personnes aux prises avec des problèmes reliés à une dépendance est difficile à cerner compte tenu du peu de données disponibles et des multiples facettes de ces difficultés. Parmi les jeunes, plus d'un élève du secondaire sur dix aurait des problèmes actuels ou en émergence quant à leur consommation d'alcool ou de drogue et ce serait le cas d'un sur vingt pour les jeux de hasard et d'argent. En région, les services spécialisés desservent environ 130 jeunes au cours d'une année.

Pour les adultes, les enquêtes nous apprennent qu'un buveur sur dix consomme de l'alcool tous les jours et que cette habitude augmente avec l'âge. En région, on observe une consommation élevée d'alcool, particulièrement chez les hommes de 25 à 44 ans, et ce, plus fréquemment que dans le reste du Québec. Le risque de dépendance toucherait environ 2 adultes sur 100 pour l'alcool, 1 sur 100 pour les drogues et 1 sur 100 pour les jeux de hasard et d'argent. Les services spécialisés en région rejoignent 1 adulte sur 200 dont plus souvent des hommes âgés entre 25 et 39 ans.

Les clientèles à orienter de manière prioritaire vers les services spécialisés, en présence d'un diagnostic d'abus ou de dépendance, sont les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants, les jeunes en difficulté et les personnes avec des problèmes de santé mentale.

En ce qui a trait à l'offre de service, les activités réalisées de 2005 à 2008 ont permis de mieux outiller les personnes œuvrant auprès de la clientèle, tant les intervenants et gestionnaires des organismes communautaires que des établissements concernés, et de mieux supporter la mise en place du volet clinique. Ainsi, plusieurs formations ont été offertes et trois colloques ont été organisés en région, dont un sur les dépendances en novembre 2005, un autre sur les troubles concomitants de dépendance et de santé mentale en avril 2008 et une Journée sur l'Offre de service régionale en dépendance 2010-2015 en octobre 2010.

Grâce à ces activités et à du soutien financier, les CSSS de la région pouvaient compter, en mars 2010, sur des intervenants formés aux outils de détection et sur au moins un intervenant dédié au programme-services Dépendances formé au programme Alcochoix+. Le CRD de la région (Centre Normand) offre un panier de services qui correspond aux besoins de traitements spécialisés pour les personnes dont la problématique requiert ce type de service. Enfin, les organismes communautaires qui reçoivent une clientèle présentant des problèmes relatifs aux dépendances agissent sur plusieurs plans : prévention, détection, hébergement temporaire, etc. Ils jouent donc un rôle capital dans le panier de services local et régional en matière de dépendance et sont des collaborateurs incontournables dans le cadre de ce programme-



services. Toutefois, ce document ne précise pas les modalités d'accueil et de références en place dans ces organisations.

L'offre de service régionale révisée vient clarifier l'organisation des services de première ligne et de deuxième ligne du programme-services Dépendances en Abitibi-Témiscamingue. À ce titre, elle vient répondre aux orientations ministérielles basées sur l'approche populationnelle et la hiérarchisation des services. Elle vient aussi soutenir la planification et la coordination locale des services en dépendance en formalisant un cadre clinico-organisationnel régional qui tient compte de la réalité et des particularités inhérentes à l'Abitibi-Témiscamingue.

Enfin, quant aux perspectives d'avenir, l'actualisation des projets cliniques en dépendance dans chaque territoire, la certification des organismes communautaires d'hébergement en dépendance et le développement d'un modèle d'équipe de liaison spécialisée en dépendance à l'urgence sont autant de services qui permettront de renforcer l'offre régionale de service. Le cap sera donc maintenu afin d'assurer des services en dépendance accessibles, continus et de qualité, et ce, sur l'ensemble du territoire témiscabitibien.



## BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, *Service de traitement de la dépendance aux opioïdes*, Projet pilote 2007-2008.

AUDET, Chantale et al. *Représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et perceptions des messages de prévention chez les femmes enceintes*, 2006, Institut national de santé publique du Québec.

AUDET, François et al. *Projet d'information, de sensibilisation et d'intervention auprès des joueurs compulsifs et leur entourage (2008-2009)*, CSSS de la Vallée-de-l'Or, 23 mai 2008.

BEAULÉ, Guillaume, *Programme ESSAIS Distribution des seringues pour les UDI Compilation des troussees et des seringues distribuées en Abitibi-Témiscamingue Année 2009-2010*, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de santé publique, mai 2010.

BELLOT, Sylvie, *La population d'expression anglaise en Abitibi-Témiscamingue*, septembre 2010.

BELLOT, Sylvie, *Le portrait sociodémographique et de santé de la région de l'Abitibi-Témiscamingue pour la Planification stratégique 2010-2015*, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2010.

BERTHIAUME, Nicole, *Portrait de consommation de services en lien avec la population à desservir et les ressources disponibles Programme Jeunes en difficulté, Santé mentale-volet jeunes, Dépendances-volet jeunes*, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, janvier 2010

CENTRE NORMAND. *Rapport annuel de gestion 2008-2009*.

CENTRE NORMAND, *Équipe de liaison spécialisée en urgence hospitalière*, 2010.

CHEVALIER, S. et al. *Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002*, Université Laval et Institut national de santé publique du Québec, 2004.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR, *Communiqué du 16 juin 2009*.

FORGET, J., *Avis sur les mères toxicomanes*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1999.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (2008)*, novembre 2009.

LADOUCEUR, R. et al. *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*.

LANDRY, Véronique, *Boîte à outils 1<sup>re</sup> ligne*, Rond Point 2010. Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ), 13 mai 2010.

MSSS, *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action*, 2008.

MSSS, *Info-Contour, Bulletin d'information présentant le contour financier des programmes-services et des programmes-soutien du Ministère*, Service du développement de l'information, 2009.

MSSS, *L'architecture des services de santé et des services sociaux*, 2004.



MSSS, *Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4,2) art. 99.5*, 2009.

MSSS, *Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4,2) art. 340*, 2009.

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

MSSS, *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013*, Québec, 2009.

MSSS, *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal*, Gouvernement du Québec, 2004.

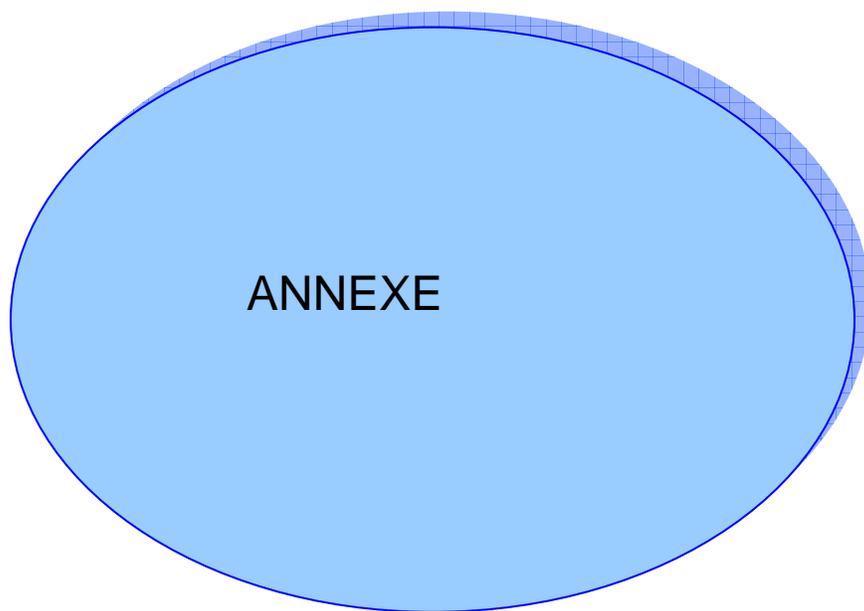
MSSS, *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois*, 2008.

MSSS, *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.

MSSS, *Unis dans l'Action. Guide d'implantation - Équipe de liaison spécialisée en dépendance à l'urgence*. Direction des communications, 2008.

MSSS, *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.

MSSS, *Utilisation de services et consommation de médicaments liée aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois*, 2009.



ANNEXE



## ANNEXE 1

### DÉSINTOXICATION : DÉFINITION<sup>64</sup>

« La désintoxication est le processus de traitement utilisé pour éliminer une substance psycho-active chez un individu dépendant, soit par le retrait graduel du produit, soit par le traitement pharmacologique de substitution spécifique pour minimiser et contrôler les signes de sevrage afin d'éviter les risques de complications associés pouvant apparaître à l'arrêt brusque du produit. Le processus de désintoxication implique une évaluation médicale pour préciser le niveau de soins exigé, le contexte dans lequel ils seront donnés, ainsi que pour dépister les pathologies médico-psychiatriques en relation avec la toxicomanie ».

---

64. NiD-ÉP, Niveau de Désintoxication : Évaluation par les intervenants Psychosociaux, Manuel d'utilisation, Pierre Rouillard, médecin psychiatre, Centre hospitalier Robert Giffard et Joël Tremblay, Ph. D, Service de recherche CRUV/ALTO, membre de l'équipe de recherche RISQ/CIRASST, 2005.