



PROGRAMME-SERVICES DÉPENDANCES

Modalités régionales de mise en œuvre de l'offre de service 2007-2015





PROGRAMME-SERVICES DÉPENDANCES

Modalités régionales de mise en œuvre de l'offre de service 2007-2015



*Programme-services dépendances –
Modalités régionales de mise en œuvre de l’offre de service 2007-2015*
est une production de l’Agence de la santé
et des services sociaux de Montréal.

3725, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9
514 286-6500
santemontreal.qc.ca

Notes

Dans ce document, l’emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d’alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne à la section documentation
du site Web de l’Agence : agence.santemontreal.qc.ca

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013

ISBN 978-2-89673-317-0 (En ligne)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013



REMERCIEMENTS

Ce document est issu des travaux du Comité de suivi régional – Dépendances, mis en place par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, réalisés de 2009 à 2011. Une première version du document a fait l'objet d'une consultation auprès des membres du comité en 2011. De vifs remerciements sont adressés à tous les partenaires qui ont participé à sa réalisation.

Les établissements et organismes suivants étaient représentés au Comité de suivi régional – Dépendances :

- Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-Institut universitaire (CRDM-IU)
- Centre de réadaptation en dépendance Foster (CRD Foster)
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
- Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis
- Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
- Centre d'accueil Le programme de Portage inc.
- CSSS de l'Ouest-de-l'Île
- CSSS Jeanne-Mance
- Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran)
- L'Exode
- CACTUS Montréal
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal :
 - Direction du développement et de l'organisation des réseaux
 - Direction de santé publique
 - Direction associée de la gestion des dossiers régionaux

Rédaction de la première version du document (2011):

Anne Marquis, Programmes Services sociaux, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Avec la collaboration de :

Carole Morissette, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Carole Poulin, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

André Gobeil, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Mise à jour 2012:

Eric Landry, Direction des programmes-services, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal



TABLE DES MATIÈRES

Contexte de l'élaboration des modalités régionales de mise en œuvre de l'Offre de service	
2007-2015	5
L'environnement législatif	5
Les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux	5
Portrait de la clientèle	9
Consommation d'alcool et conséquences sociosanitaires	9
Les jeunes	9
Conséquences liées à la consommation d'alcool	10
Consommation de drogues et conséquences sociosanitaires	12
Population générale.....	12
Les jeunes	12
Recours aux jeux d'argent.....	12
Population adulte	12
Les jeunes	13
La consommation chez les clientèles ayant des besoins particuliers	14
Les jeunes hébergés dans les centres jeunesse.....	14
Les jeunes de la rue	14
Les femmes enceintes ou allaitant	14
Les personnes ayant des problèmes de santé mentale	15
Les personnes qui s'injectent des drogues	15
La surveillance et la recherche.....	16
Vigie et protection	16
Jeux d'argent.....	16
Consommation de substances psychoactives et sexualité chez les jeunes.....	17
Application de l'approche en formation croisée dans l'établissement d'un continuum prévention/traitement en toxicomanie et santé mentale chez les jeunes (15 à 30 ans)	17
Portrait des services offerts - Région de Montréal	19
Contexte	19
Définitions	19
Repérage.....	19
Détection	19
Dépistage	20
Évaluation spécialisée en dépendance	20
Les services disponibles	20

La prévention	20
Projet pilote de prévention en jeux d'argent	20
Prévention des toxicomanies.....	21
Prévention des Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) chez les personnes UDI.....	21
Les services de première ligne	23
La détection et l'orientation vers des services appropriés.....	23
L'intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation.....	24
Le suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé	24
Clientèles rejointes	24
Formations	25
Les services spécialisés.....	25
Le suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone.....	25
La désintoxication en milieu hospitalier, externe et interne.....	26
La désintoxication externe intensive et avec hébergement.....	26
Le programme régional d'évaluation spécialisée, la réadaptation interne et externe (incluant le maintien à la méthadone) et la réinsertion sociale	26
Le soutien à l'entourage	27
L'intervention de crise auprès des joueurs en difficulté	28
Les services de troisième ligne	28
Clientèles rejointes	28
Les services complémentaires dans les organismes communautaires	29
Les ressources d'hébergement certifiées par le MSSS	30
Les ressources de type familial et intermédiaires	30
Les ressources financières	30
Références.....	31
Annexe 1 – Portrait régional des services offerts – Région montréalaise 2008-2009.....	33
Annexe 2 – Tableau – Bilan 2008-2009.....	37
Annexe 3 –Bilan régional de l'Offre de service en dépendances (2008-2009).....	41
Annexe 4 – Organismes communautaires de la catégorie alcoolisme/toxicomanie et autres dépendances du PSOC.....	57
Annexe 5 - Sommaire des constats et priorités	63
Annexe 6 : Modalités régionales en dépendances	69
Annexe 7 - Plan de mise en œuvre	77



CONTEXTE DE L'ÉLABORATION DES MODALITÉS RÉGIONALES DE MISE EN ŒUVRE DE L'OFFRE DE SERVICE 2007-2015

L'environnement législatif

En décembre 2003, la Loi 25 a introduit la création d'un nouveau modèle d'organisation de services basé sur la mise en place de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux sous la responsabilité des centres de services et services sociaux (CSSS). Le CSSS doit mobiliser ses partenaires du réseau local de services pour élaborer un projet clinique et organisationnel afin d'assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services sur son territoire.

De plus, la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services sont les deux principes sur lesquels repose l'organisation des services de la santé et des services sociaux.

Les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le programme-services Dépendances est l'un des sept¹ programmes-services répondant à des problématiques particulières. Le programme vise à répondre aux besoins de toutes les personnes, quel que soit leur âge, aux prises avec une consommation à risque, une consommation problématique, un diagnostic d'abus et de dépendances, qui peut comprendre à la fois des problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme, et de jeu pathologique. Le programme regroupe les services de 1^{re} ligne et de 2^e ligne spécifiques à la problématique et comprend aussi des services destinés aux familles et aux proches des personnes dépendantes.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié plusieurs documents visant à orienter et structurer les actions en matière de dépendances, dont :

- Le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011;
- Le Plan d'action gouvernemental en jeu pathologique 2002-2005;
- Le Cadre de référence et guide de bonnes pratiques pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution;
- Le Plan d'intervention sur la méthamphétamine (Crystal meth) et les autres drogues de synthèse;
- Le Guide d'implantation – Équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence;
- Les orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience Programme-services Dépendances – Offre de service 2007-2012 (prolongé jusqu'en 2015).

¹ Les six autres programmes sont : Perte d'autonomie liée au vieillissement, Déficience physique, Déficience intellectuelle et Troubles envahissants du développement, Jeunes en difficulté, Santé mentale et Santé physique.

Par ses planifications, le MSSS poursuit la même ligne d'orientation en adoptant une approche globale pour la problématique de la dépendance, afin de réduire la prévalence et la gravité des problèmes de dépendances par une offre de service déployant la gamme des services en toxicomanie et en jeu pathologique sur l'ensemble du territoire et selon des critères d'accessibilité, continuité, qualité, efficacité et efficience. Les principes directeurs sous-jacents aux orientations ministérielles sont : une intervention adaptée, une responsabilité individuelle et collective, des actions fondées sur la connaissance et l'expertise et la concertation. De plus, les ouvrages ciblent des clientèles vulnérables comme étant prioritaires, soit les jeunes en difficulté, les femmes enceintes et mères de jeunes enfants, les personnes âgées, les communautés autochtones ainsi que des clientèles liées à des problématiques associées, telles les personnes contrevenantes, les personnes ayant des problèmes de santé mentale et les utilisateurs de drogue injectable.

Les documents ministériels convergent vers les objectifs communs suivants :

- Privilégier l'intervention précoce ou de 1^{re} ligne;
- Assurer aux personnes dépendantes l'accès à des services de qualité, adaptés à leurs besoins, offrir un maximum de services sociaux, de santé et de réadaptation ainsi que des services spécialisés dispensés dans le territoire local;
- Offrir des services spécialisés et surspécialisés, à l'extérieur du territoire local, et accessibles par le biais de mécanismes permettant la concertation de divers partenaires dans l'intervention auprès des personnes dépendantes : mécanismes de référence et corridors de services.

La dispensation des services, en fonction des volets promotion et prévention, détection et intervention précoce, traitement et réinsertion ainsi que recherche et formation, nécessitera la mise en place d'une offre de service continue et intégrée, ce qui requiert de revoir la trajectoire de services en précisant les rôles et responsabilités des acteurs de 1^{re} ligne et de 2^e ligne, sur la base des *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité, et d'efficience Programme-services Dépendances - Offre de service 2007-2012 (prolongé jusqu'en 2015)*.

Dans ce document, le MSSS présente ses orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience qui précisent l'offre de service à mettre en place d'ici 2012 et soutiennent l'élaboration des projets cliniques.

La clientèle visée est constituée des personnes qui présentent des comportements à risque, des problèmes d'abus ou des problèmes de dépendance concernant l'alcool, les drogues et les jeux de hasard et d'argent, dont certaines sont spécialement ciblées :

- Les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants;
- Les jeunes en difficulté;
- Les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Sur la base des mêmes principes que ceux identifiés dans le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011, l'offre de service vient compléter l'ensemble des autres documents produits en présentant la trajectoire des services ainsi que la description de chacun des onze

services, les différents standards fixés pour chacun d’eux, selon les critères d’accessibilité, de continuité, de qualité, d’efficacité et d’efficience.

L’offre de service du MSSS constitue un guide pour soutenir le réseau dans l’élaboration du projet clinique et favoriser l’émergence d’une vision cohérente et partagée. Elle vient aussi spécifier les rôles et responsabilités des acteurs concernés (CSSS, établissements, agences, organismes communautaires) au regard des onze services. Les services sont :

- Détection et orientation vers des services appropriés;
- Intervention précoce pour prévenir l’aggravation de la situation;
- Suivi psychosocial au terme d’un traitement spécialisé;
- Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone;
- Désintoxication externe et interne et suivi psychosocial;
- Programme régional d’évaluation spécialisée;
- Réadaptation externe et interne;
- Réinsertion sociale;
- Désintoxication externe intensive et désintoxication avec hébergement;
- Soutien à l’entourage;
- Intervention de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos et les salons de jeux.



PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE

Consommation d'alcool et conséquences sociosanitaires

Selon les enquêtes de Santé Canada, la prévalence de la consommation d'alcool est préoccupante puisque la proportion de Québécois âgés de 15 ans et plus consomme de plus en plus (entre 1994 et 2005, de 81,5 à 84,2 %). Cette hausse serait attribuable à l'augmentation de la consommation d'alcool chez les femmes qui est passée de 76,2 % à 81,8 % (INSPQ, 2010). Au niveau régional, la situation ne s'avère guère plus réjouissante. Les Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2005 et de 2007-2008 nous révèlent en effet que :

- Une consommation élevée d'alcool (5 verres ou plus au cours d'une même occasion) est rapportée par 16 % des Montréalais qui le font au moins une fois par mois, alors que 7 % en font autant au moins une fois par semaine;
- Les territoires du centre et du sud, tout particulièrement le CSSS Jeanne-Mance, sont davantage problématiques que les autres territoires de Montréal;
- La consommation d'alcool à Montréal varie en fonction de la composition socioéconomique;
- 34% des personnes n'ayant pas d'enfants ont déclaré des épisodes de consommation élevée au moins une fois par mois au cours de la dernière année, comparativement à 8 % chez les personnes avec enfant;
- 19 % des Montréalais âgés de 20 à 64 ans ont eu des épisodes de consommation élevée 12 fois ou plus au cours de la dernière année comparativement à 21 % pour le reste du Québec;
- À Montréal, les hommes rapportent deux fois plus souvent que les femmes avoir une consommation élevée d'alcool au moins une fois par mois (25 % par rapport à 14 %);
- La consommation régulière (au moins une fois par mois) d'une quantité élevée d'alcool au cours d'une même occasion est très rare chez les femmes de plus de 65 ans (1 %) alors qu'elle est d'environ 10 % chez les hommes du même groupe d'âge.

Les jeunes

Selon l'Enquête sur le bien-être des jeunes montréalais (EBJM) menée en 2003, 11 % des élèves du 1^{er} secondaire déclarent avoir consommé de l'alcool moins qu'à chaque semaine dans l'année précédant l'enquête. Chez les élèves du 5^e secondaire, cette proportion grimpe à 67 %, et à 21 % chez les élèves qui en consomment chaque semaine. Les garçons (25 %) en consomment plus que les filles (17 %) (DSP, 2005).

Les données de l'ESCC 2007-2008 quant à elles révèlent que les jeunes montréalais de 12 à 17 ans sont moins nombreux à avoir déjà consommé de l'alcool au cours de l'année précédant l'enquête comparativement au reste du Québec (38 % par rapport à 56 %). L'initiation à l'alcool est plus tardive, car 19 % des jeunes montréalais âgés de 12 à 14 ans ont consommé de l'alcool au cours de

la dernière année, mais cette proportion grimpe à 68 % chez les 15-17 ans pour plafonner à 88 % chez les 20-29 ans. Parmi les consommateurs d'alcool âgés de 15-19 ans, un sur quatre consomme régulièrement (au moins une fois par mois) 5 verres ou plus au cours d'une même occasion.

Chez les ménages relativement aisés, plus de jeunes ont déjà consommé de l'alcool (90 %) comparativement à ceux vivant dans un ménage à faible revenu (61 %). Par ailleurs, la totalité (100 %) des jeunes fumeurs montréalais de l'échantillon a affirmé avoir consommé de l'alcool dans la dernière année. Soulignons toutefois que, selon les données de la RAMQ, le taux annuel de dépendance à l'alcool est faible avant l'âge de 20 ans (0,4 pour 10 000).

Conséquences liées à la consommation d'alcool

Selon la banque de données jumelées RAMQ 2006-2007 du Carrefour montréalais d'information sociosanitaire, plus de 1 500 Montréalais reçoivent un diagnostic médical de dépendance à l'alcool au cours d'une année. Le taux de dépendance à l'alcool pour l'année 2006-2007 est de 9 pour 10 000 habitants. Pour chaque Montréalais recevant un diagnostic de dépendance à l'alcool, 1 000 personnes disent consommer de l'alcool, dont 100 dépassent le nombre de verres recommandé par semaine. Toujours selon cette même source, le taux annuel de dépendance à l'alcool varie énormément à Montréal selon le lieu de résidence. En effet, il passe de 2 pour 10 000 au CLSC Côte-Saint-Luc à 31 pour 10 000 au CLSC Centre-Sud. On constate que le taux annuel de dépendance à l'alcool est beaucoup plus élevé chez les adultes comparativement à celui observé chez les jeunes ou les aînés. Il est également deux fois plus élevé chez les hommes de 20-64 ans (17 pour 10 000) comparativement aux femmes appartenant au même groupe d'âge (8 pour 10 000). Sur les 1 661 diagnostics de dépendance à l'alcool auprès de résidents montréalais en 2006-2007, 61 % se retrouvaient chez des hommes de 20 à 64 ans, alors qu'ils ne représentaient que 31 % de la population. Tout comme chez les adultes de 20-64 ans, le taux annuel de dépendance à l'alcool est deux fois plus élevé chez les hommes de 65 ans et plus (8 pour 10 000) que chez les femmes du même âge (4 pour 10 000).

Le taux de mortalité lié à des conditions associées à la consommation d'alcool est influencé par la défavorisation (mesurée en croisant un indicateur de défavorisation matériel (construit à partir de ces variables : scolarité, revenu moyen et taux d'emploi des résidents) et un indicateur de défavorisation sociale (construit à partir de ces variables : proportion de personnes séparées/divorcées/veuves, de familles monoparentales et de personnes vivant seules)(Pampalon et Raymond, 2003; Pampalon et al., 2004)). Au Québec, le taux ajusté de mortalité lié à des conditions associées à la consommation d'alcool est plus étroitement lié au niveau de défavorisation sociale qu'au niveau de défavorisation matérielle (Santéscope, INSPQ, 2008). À Montréal, 53 % (n=879) des personnes ayant reçu un diagnostic de dépendance à l'alcool en 2006-2007 sont parmi le groupe étant le plus défavorisé socialement (Source : Banque de données jumelées RAMQ, 2006-2007, indice de défavorisation du MSSS, 2001).

Plusieurs causes de décès sont associées à la consommation d'alcool : maladies hépatiques chroniques et cirrhoses, cancers de l'œsophage et du larynx, causes externes de décès (ex. accidents de voiture). Le taux de mortalité lié à des conditions associées à la consommation

d'alcool est en baisse depuis 30 ans au Québec. Il est passé de 89 pour 100 000 en 1981 à 58 pour 100 000 en 2006 (Santéscope, INSPQ, 2009). Selon les données des fichiers de décès (MSSS) de 2005-2009, Montréal connaît un taux de mortalité pour des conditions associées à la consommation d'alcool inférieur (4,5 pour 10 000) à la grande moyenne québécoise (5,3 pour 10 000). Les CSSS des extrémités de l'île (de l'Ouest-de-l'Île et de la Pointe-de-l'Île) de même que des CSSS de la Montagne, Cavendish et Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent qui présentent les taux le plus bas des CSSS de Montréal avec des taux inférieurs à 4 pour 10 000. Le CSSS Jeanne-Mance, inversement, connaît le taux pour conditions associées à la consommation d'alcool le plus élevé puisqu'il est de 7,8 pour 10 000, un taux qui correspond aux taux québécois des années 80.

Selon les données de la SAAQ (2009), au Québec, à l'exception du Nord-du-Québec, le nombre annuel d'infractions au Code criminel reliées à l'alcool est en baisse depuis une dizaine d'années, passant de 15 924 en 1999 à 7 882 en 2008. À Montréal, en 2008, le nombre d'infractions reliées à l'alcool (n=668) était trois fois inférieur au nombre observé en 1999 (n=2 278). Par ailleurs, Montréal détient le taux d'infractions reliées à l'alcool le plus bas de toutes les régions du Québec (taux de 69 pour 100 000 titulaires de permis de conduire en 2008). De 2008 à 2009, malgré une augmentation de 8 % des opérations de contrôle de l'alcool au volant, on remarque une diminution de 4 % des arrestations (SPVM). Parmi les infractions pour conduite avec capacité affaiblie commises en sol montréalais en 2008, 4 ont causé la mort et 23 ont causé des lésions corporelles. Bien que le nombre d'infractions pour conduite avec capacités affaiblies causant des lésions corporelles ait graduellement diminué depuis 2004, le nombre d'arrestations pour conduite avec facultés affaiblies causant la mort a augmenté au fil des ans (aucune arrestation en 2004 et 2005).

GRANDS CONSTATS

- Il existe une variation géographique importante des habitudes de consommation d'alcool à Montréal, avec le centre et le sud nettement désavantagés par rapport au reste de l'île de Montréal.
- À Montréal, les hommes rapportent deux fois plus souvent que les femmes avoir une consommation élevée d'alcool.
- Les populations immigrantes consomment moins d'alcool.
- L'âge exerce une influence sur la consommation d'alcool chez les jeunes.
- Les jeunes Montréalais de 12 à 17 ans consomment moins d'alcool que la moyenne provinciale. À Montréal, la défavorisation sociale est fortement associée à la dépendance à l'alcool.
- Pour chaque personne reconnue dépendante à l'alcool, 100 autres rapportent des habitudes de consommation d'alcool malsaines.
- Parmi les jeunes de 14 à 17 ans hébergés dans les centres jeunesse, environ 6 sur 10 ont un problème sérieux de consommation de substances (alcool et autres drogues) nécessitant une intervention spécialisée.
- Parmi les jeunes de la rue à Montréal, les filles sont plus nombreuses (53,5 %) que les garçons (36,4 %) à rapporter s'être déjà injecté des drogues.

Consommation de drogues et conséquences sociosanitaires

Population générale

Pour l'ensemble de la population montréalaise, la RAMQ nous indique qu'en 2006, 2 700 Montréalais ont reçu un diagnostic médical de dépendance aux drogues (c.-à-d. toute substance psychoactive autre que l'alcool) alors que 3 200 Montréalais ont reçu un diagnostic médical d'abus de drogues sans dépendance. En comparaison avec les autres groupes d'âge, le taux annuel de dépendance pour les hommes montréalais de 20-64 ans est de 29 pour 10 000. Sur les 2 693 dépendances aux drogues diagnostiquées chez les Montréalais de 20 à 64 ans en 2006-2007, 63 % étaient des hommes. Toujours selon cette source de données, le lieu de résidence est corrélé au risque de recevoir un diagnostic de dépendance aux drogues. En effet, le taux de dépendance aux drogues est 10 fois plus élevé au CLSC Centre-Sud (57 pour 10 000) qu'aux CLSC Lac Saint-Louis, Bordeaux-Cartierville et Côte-des-Neiges (5-6 pour 10 000). De plus, les Montréalais ayant reçu un diagnostic de dépendance ou d'abus de drogues en 2006-2007 résident en grande majorité (75 %) dans un milieu défavorisé.

Les jeunes

La consommation de drogues débute le plus souvent à l'école secondaire. L'EBJM nous révèle que 10 % des élèves de secondaire I déclarent avoir consommé de la drogue, alors que cette proportion passe à 47 % pour des élèves au secondaire V. Nous pouvons faire la même observation en ce qui concerne la consommation régulière qui passe de 5 % pour les élèves du secondaire I à 33 % pour ceux du secondaire V. Le cannabis est le produit le plus consommé avec 33 % des jeunes de secondaire 5 qui admettent en avoir consommé dans l'année.

Selon les données de la RAMQ, la dépendance aux drogues demeure relativement peu fréquente chez les jeunes à Montréal. Toutefois, elle est plus élevée chez les jeunes hommes comparativement aux jeunes femmes (taux de 4 et 2 pour 10 000 respectivement).

GRANDS CONSTATS

- Les taux de dépendance et d'abus de drogue touchent particulièrement les hommes de 20 à 64 ans.
- L'âge est associé à la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes.

Recours aux jeux d'argent

Population adulte

De récentes données québécoises révèlent qu'environ 70 % des adultes ont parié ou dépensé de l'argent à un jeu de hasard et d'argent durant l'année (Kairouz et Nadeau, 2010). Il est estimé que 1,3 % de la population adulte est considérée à risque de développer un problème de jeux et que 0,7 % peuvent en développer une pathologie. On retrouve proportionnellement plus d'hommes, de jeunes (25 à 34 ans) et de personnes avec un faible niveau de scolarité ou ayant un faible revenu parmi les joueurs à risque et pathologiques.

Des données montréalaises de 2002 révèlent que les adultes participent aux jeux d’argent dans une proportion de 74 % comparativement à une moyenne québécoise de 83 % (Chevalier et al., 2006). Toutefois, la proportion de joueurs problématiques était légèrement plus élevée qu’ailleurs au Québec; soit 2,7 % comparativement à 2,1 %.

Les jeunes

Selon l’ESCC de 2007-2008, près du quart (23 %) des jeunes de 12 à 17 ans ont parié ou dépensé de l’argent dans des jeux de hasard au moins une fois au cours de la dernière année au Québec. L’enquête québécoise sur le tabac, l’alcool, la drogue et les jeux chez les élèves du secondaire en 2008 (ISQ, 2008) précise que la proportion de jeunes s’étant adonnés aux jeux de hasard et d’argent a diminué de 51 % à 36 % entre 2002 et 2006, mais est demeurée stable en 2008 (37 %). La proportion de jeunes joueurs passe de 24 % au secondaire 1 à 48 % au secondaire 5. Entre 2004 et 2008, la proportion de joueurs à risque au secondaire est passée de 6 % à 4 %, mais aucun progrès n’a été constaté quant à la proportion de joueurs pathologiques probables maintenue à 2 % depuis 2002. Il semble que les garçons sont plus propices à participer aux jeux de hasard et d’argent et à éprouver des problèmes en découlant.

Trois sujets de préoccupation ressortent de ces analyses depuis 2006 (Direction de santé publique de Montréal, 2009) : une augmentation de la participation des élèves aux jeux de hasard sur Internet, une augmentation de la fréquence de jeu chez les filles (loteries instantanées) et une augmentation de la proportion de celles-ci qui s’adonnent aux jeux privés, de même qu’une hausse de la proportion des très jeunes élèves (1^{re} secondaire) qui sont des joueurs assidus (jeux de cartes, loteries instantanées, jeux d’habiletés et paris sportifs). Enfin, d’autres données québécoises et internationales soulignent les dangers particuliers, notamment pour les jeunes, de l’offre de jeux d’argent Internet qui se développe au Québec et ailleurs dans le monde (Papineau et al., 2010).

GRANDS CONSTATS

- La proportion de joueurs pathologiques demeure stable depuis 2002.
- On retrouve proportionnellement plus d’hommes, de jeunes (25 à 34 ans) et de personnes avec un faible niveau de scolarité ou issues d’un ménage à faible revenu parmi les joueurs à risque modéré et les joueurs pathologiques probables.
- Les garçons québécois sont plus enclins à participer aux jeux de hasard et à éprouver des problèmes.
- Le développement de l’offre de jeux d’argent par Internet pose un défi de prévention important pour le futur. Ce jeu présenterait des risques similaires à ceux associés aux appareils de loterie vidéo.

La consommation chez les clientèles ayant des besoins particuliers

Les jeunes hébergés dans les centres jeunesse

Dans une étude récente menée auprès de 578 adolescents âgés entre 14 et 17 ans hébergés dans les centres jeunesse du Québec, 92,5 % consomment de l'alcool, 87 % du cannabis, 57 % de l'ecstasy, 56 % des amphétamines et 37 % de la cocaïne (Haley et al. 2010). Plus des deux tiers des jeunes étaient des consommateurs réguliers d'au moins une drogue précédant l'admission en centre jeunesse (CJ). Plus de 45 % des filles et 65 % des garçons étaient des consommateurs quotidiens de cannabis. Il est à noter qu'un jeune sur quatre a consommé de l'alcool trois fois et plus par semaine dans l'année précédant l'admission en CJ. Parmi ceux qui boivent régulièrement, 67 % consomment cinq consommations ou plus en une occasion et le « calage » de grande quantité d'alcool est une activité fréquente chez ces jeunes. Plus de 24 % des garçons et 18 % des filles le font au moins une fois par semaine.

L'utilisation de substances psychoactives lors des relations sexuelles est répandue chez les jeunes des centres jeunesse. Près de la moitié des répondants à cette étude ont consommé de l'alcool ou de la drogue une fois sur deux lors de relations sexuelles au cours de leur vie. Ceci constitue un facteur de risque important pour les ITSS, les grossesses non désirées, la violence dans les relations amoureuses et les relations sexuelles non consenties (Haley et al., 2010; Haley et al., 2004; Haley et al., 2002; Perreault et al., 2009; Perreault et al., 2008; Perreault et al., 2005). En utilisant la DEP-ADO, qui dépiste les personnes pouvant avoir des problèmes liés à des substances psychoactives, il a été démontré que 58 % des filles et 63 % des garçons des CJ ont obtenu la cote « feu rouge », indiquant un problème sérieux nécessitant une intervention spécialisée.

Les jeunes de la rue

Les jeunes de la rue constituent un autre groupe à haut risque de problèmes de consommation. Entre 2006 et 2009, une étude menée auprès des jeunes de la rue âgés entre 18 et 25 ans a révélé plus de 40 % rapportaient une consommation problématique d'alcool et que, 40 % des jeunes de la rue avaient un passé d'utilisateur de drogues injectables (UDI). Les filles sont plus nombreuses (53,5 %) que les garçons (36,4 %) à rapporter s'être déjà injectées. Les substances les plus consommées sont : le cannabis (79,2 %), le crack ou la cocaïne en poudre (40,3 %), l'ecstasy ou autres amphétamines (39,6 %), les hallucinogènes (23,2 %), les médicaments pour le « buzz » (13,1 %), l'héroïne (12,2 %), les médicaments opiacés (11,5 %), les inhalants (2,1 %) et les autres drogues (4,1 %).

Notons que globalement, l'incidence du VHC chez les UDI actifs est de 24 par 100 personnes-année (p-a) alors qu'elle est moins de 2 par 100 p-a chez les non-UDI. Le taux d'incidence de l'infection au VIH des UDI actifs en cours de suivi est de 2,59 par 100 p-a et de 0,5 par 100 p-a chez les non-UDI.

Les femmes enceintes ou allaitant

Les mères montréalaises sont significativement plus nombreuses comparativement aux autres mères du Québec à avoir consommé de l'alcool au cours de leur dernière grossesse (26 % par rapport à 17 %; ESCC). L'enquête rapporte notamment que 31 % des mères à Montréal ont consommé de l'alcool pendant qu'elles allaitaient.

Les personnes ayant des problèmes de santé mentale

À Montréal, l'ESCC nous indique les Montréalais de 12 ans et plus ayant un haut niveau de détresse psychologique sont plus enclins à une consommation élevée d'alcool au moins une fois par mois (21 % par rapport à 16 %) et au moins une fois par semaine (11 % par rapport à 6 %) comparativement à ceux ayant un niveau faible de détresse psychologique. Plusieurs jeunes qui consomment des substances souffrent de problèmes de santé mentale et c'est pour cela que toutes les stratégies portant sur la consommation de substances doivent inclure la promotion du bien-être, de la prévention et des interventions portant sur la santé mentale.

Les personnes qui s'injectent des drogues

Les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) constituent un groupe à très haut risque de problèmes, tel que la dépendance, la contraction du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC). Le nombre de personnes UDI à Montréal est actuellement estimé à 11 700 personnes (Remis et al. 1998). De nombreuses informations sur ces personnes proviennent de SurvUDI qui est un réseau provincial de surveillance épidémiologique des infections par le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) et des comportements associés. Les trois quarts des participants observés par SurvUDI sont des hommes et l'âge moyen de ces derniers est de 33,5 ans alors que celui des femmes est de 26,9 ans. Au sein de cet échantillon, 36 % s'injectent tous les jours et 21 % s'injectent de 3 à 6 jours par semaine.

D'après les données recueillies entre janvier 2003 et juillet 2008, 67 % se sont injecté le plus souvent de la cocaïne au cours des six mois précédents et 31 % des opioïdes (principalement de l'héroïne et des opioïdes médicamenteux comme le Dilaudid®). Cependant, de nombreuses personnes UDI s'injectent plus d'un type de drogue. Ainsi, 88 % se sont injecté au moins une fois de la cocaïne et 61 % des opioïdes.

Le partage de matériel d'injection représente le principal facteur de risque pour les infections par le VIH et le VHC chez les personnes UDI. En 2007, une personne UDI sur quatre (27 %) s'était injectée au moins une fois avec une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre au cours des six mois précédents. Ces comportements seraient responsables de la majorité des infections au VHC chez les personnes UDI. Environ deux participants sur trois ont des anticorps contre ce virus (taux de prévalence de 68 %). Chaque année, environ un participant sur quatre qui n'avait pas d'anticorps contre le VHC en développe (taux d'incidence de 27 par 100 personnes-année). Par ailleurs, un participant sur cinq est infecté du VIH (taux de prévalence de 18 %) et chaque année, trois participants non infectés sur 100 le deviennent (taux d'incidence de 3,3 par 100 personnes-année).

La prise de médicaments de substitution pour la dépendance aux opioïdes a été documentée dans SurvUDI. D'après les données recueillies auprès de 209 participants, 24 % auraient pris de la méthadone qui leur était prescrite et 9 % en avaient pris qui ne leur était pas prescrite. Globalement, ce sont 31 % des participants qui avaient pris ce médicament de substitution. Seulement quelques participants (4 %) avaient consommé de la suboxone prescrite.

GRANDS CONSTATS

- Près de 4 personnes UDI sur 10 à Montréal s'injectent des drogues tous les jours, souvent dans des conditions difficiles : 50 % sont sans domicile fixe et 60 % s'injectent dans des lieux publics.
- Entre 2003 et 2007, des proportions croissantes de personnes rapportent s'être injectées des opioïdes médicamenteux (ex. : le Dilaudid®). Ces changements pourraient contribuer à une augmentation des surdoses ainsi qu'à une croissance des épidémies de VIH et de VHC.
- 68 % des personnes UDI sont infectées par le VHC et 25 % d'entre elles ne sont pas au courant. Alors qu'il existe un traitement efficace, moins de 10 % des personnes UDI touchées par le VHC avaient amorcé un traitement.

La surveillance et la recherche

Vigie et protection

Un des mandats de la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal est de surveiller l'état de santé des Montréalais et ses déterminants. L'analyse combinée des données issues de différentes sources doit soutenir la planification régionale aussi bien que locale de services et l'intégration des connaissances dans les pratiques. La DSP coordonne actuellement une étude visant à estimer la taille de la population UDI à Montréal. De plus, elle contribue à des travaux de recherche étiologique et évaluative dans les champs des conduites à risque de VIH et du VHC chez les personnes consommant des substances psychoactives. Soulignons le développement et l'évaluation d'interventions basées sur l'approche motivationnelle destinées à réduire le passage à l'injection chez les jeunes de la rue et à adopter l'injection à risques réduits chez les personnes UDI. Les données issues de l'étude « Sexe, Drogues et Autres Questions de Santé » chez les jeunes hébergés en centre jeunesse dressent aussi un portrait des comportements à risque et les problèmes de santé chez les adolescents de 14-17 ans. Ces données seront utilisées pour soutenir la planification des services en promotion et prévention en santé sexuelle, en santé mentale et dépendance.

Jeux d'argent

En lien avec la problématique des jeux d'argent, une étude sur le portrait des joueurs au Québec permettra d'estimer l'ampleur de la problématique à Montréal. Également, une enquête exploratoire sur les réseaux sociaux de jeunes « pairs aidants » œuvrant en prévention sur le jeu viserait à mieux comprendre leur rôle dans les milieux et la tenue de travaux sur les enjeux de surveillance liés à la promotion des loteries dans les points de vente au Québec.

Consommation de substances psychoactives et sexualité chez les jeunes

Une recherche associée à la production de nouvelles connaissances a permis de documenter certains aspects de la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes, dont l'utilisation de substances psychoactives lors des relations sexuelles.

Application de l'approche en formation croisée dans l'établissement d'un continuum prévention/traitement en toxicomanie et santé mentale chez les jeunes (15 à 30 ans)

Depuis 2009, une série d'échanges et de stages d'observation ont été organisés dans le cadre d'un projet piloté par l'Institut universitaire en santé mentale Douglas afin d'améliorer la continuité des services et programmes auprès des jeunes, des jeunes à risque et de ceux aux prises avec des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. À titre de partenaire, la DSP de Montréal œuvre plus particulièrement à l'inclusion d'un volet prévention auprès des jeunes.

Les activités visent à améliorer la connaissance du rôle des réseaux de santé mentale, de toxicomanie, de santé publique, de CSSS, de sécurité publique et scolaire afin d'utiliser plus efficacement ces réseaux et les interfaces qu'ils représentent.



PORTRAIT DES SERVICES OFFERTS - RÉGION DE MONTRÉAL

Contexte

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence) a entrepris l'élaboration des modalités régionales de mise en œuvre de *l'Offre de service 2007-2015* - Programme-services Dépendances. Dans le cadre de ces travaux et dans le but de finaliser le portrait régional des services actuellement offerts, l'Agence de Montréal a réalisé une grille qui vient compléter celle déjà transmise par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur le niveau d'implantation des mesures de l'offre de service.

Cette grille a été transmise à chacun des douze centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région montréalaise ainsi qu'aux principaux établissements et ressources concernés (annexe 1 - Portrait régional des services offerts – région montréalaise 2008-2009; annexe 2 – Tableau - Bilan 2008-2009 et annexe 3 - Bilan régional de l'offre de service en dépendance 2008-2009).

En se basant sur les données obtenues par cette grille, ainsi que par d'autres sources de renseignements, le présent document dresse un portrait sommaire de l'état de situation de l'offre de service actuelle en dépendance sur la base de la cueillette des données transmises par ces établissements.

Définitions

Le programme de formation en dépendance, produit par le MSSS et actuellement déployé à Montréal, propose un langage commun en définissant les principaux concepts de base reliés aux services de première ligne, tout en les distinguant entre eux et de ceux relevant de la deuxième ligne.

Repérage

Le repérage est la première étape de toute intervention; il doit être appliqué systématiquement et il permet d'identifier les usagers à risque de vivre des conséquences néfastes reliées à leur consommation de SPA ou leur habitude de jeu; il peut être utilisé dans un contexte AEO (accueil-évaluation-orientation) alors que l'utilisateur consulte pour un autre motif.

Détection

La détection n'est pas appliquée systématiquement. Cette dernière permet d'évaluer le niveau de risque ou la sévérité d'un problème repéré; permet d'orienter les usagers susceptibles de présenter un problème vers les ressources appropriées, notamment les CRD et les programmes-services des CSSS.

Dépistage

Le dépistage, qui est parfois utilisé à tort comme synonyme de détection, fait l'objet d'un consensus au niveau du MSSS pour que ce terme soit surtout réservé au domaine de la santé physique.

Évaluation spécialisée en dépendance

L'évaluation spécialisée en dépendance, qui réfère à une procédure de deuxième ligne utilisée par les CRD, permet de diriger l'utilisateur vers le service approprié.

Les services disponibles

Les services offerts à la population en matière de dépendance incluent les services de prévention, de première ligne, les services spécialisés, les services complémentaires dans les organismes communautaires et les ressources d'hébergement certifiées par le MSSS.

La prévention

Projet pilote de prévention en jeux d'argent

Dans le cadre de sa mission, l'Agence de Montréal soutient, depuis 2008, la mise en place d'un projet pilote de prévention des jeux de hasard et d'argent (JHA) auprès des jeunes du secondaire sur trois territoires de CSSS de la région métropolitaine, soit Jeanne-Mance, Sud-Ouest – Verdun et Ahuntsic et Montréal-Nord. Ce projet pilote, s'inscrivant dans l'approche Écoles et milieux en santé, poursuit les objectifs suivants :

1. Favoriser l'implication et l'engagement des niveaux décisionnels et d'interventions par le biais de politiques scolaires;
2. Miser sur l'information et la sensibilisation des adultes (directions d'école, enseignants, intervenants, parents, communauté);
3. Agir sur les connaissances et les attitudes des jeunes face aux JHA en les outillant face à l'offre de jeu.

Un comité de coordination régional, piloté par la Direction de santé publique, a été mis sur pied afin de fournir l'expertise ainsi que le soutien nécessaire aux territoires. Outre les agents de projet des trois territoires, il regroupe des représentants d'organismes communautaires, dont la Maison Jean Lapointe et des représentants du milieu scolaire (figure 1). Une structure souple permet aux territoires de travailler à partir des spécificités de leurs milieux en vue de déployer des actions préventives auprès des jeunes. Cette structure favorise le partage d'expertise, une meilleure coordination des actions et une réflexion sur le développement des meilleures pratiques en prévention des JHA. L'organisation et la participation à des événements s'adressant aux jeunes, aux écoles et aux intervenants, la mise en place d'un programme de pairs aidants, la diffusion d'information et un travail de liaison avec les instances locales font notamment partie des activités menées par les CSSS.

Par ailleurs, la Maison Jean Lapointe reçoit un financement de l'Agence pour offrir des ateliers de sensibilisation et de prévention des JHA dans la communauté. Ces ateliers sur le thème des jeux

d'argent ont fait l'objet d'une évaluation scientifique; environ 11 000 personnes, dont 8 639 jeunes, ont ainsi été rejointes en 2008-2009.

Prévention des toxicomanies

La mesure Prévention des toxicomanies existe depuis 1990. Dix CSSS (17 CLSC) obtiennent un financement leur permettant de déterminer, au sein de leur territoire respectif, les comités ou tables de concertation intersectorielle qui auront comme mandat d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'action visant la prévention des toxicomanies chez les jeunes. Plus précisément, les actions mises de l'avant visent, d'une part, à renforcer les facteurs de protection d'un développement sain chez les jeunes et à diminuer les facteurs de risque associés à la toxicomanie et, d'autre part, à intervenir précocement auprès des jeunes à risque ou vulnérables ainsi qu'auprès des consommateurs réguliers (réduction des méfaits). Près de 75 % des projets ciblant les jeunes et leur famille se font en collaboration avec les écoles.

Prévention des Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) chez les personnes UDI

Dans le cadre du plan d'action régional en santé publique (PAR) 2010-2015, les ITSS représentent une priorité ciblant d'abord deux populations particulièrement vulnérables, dont les personnes qui font usage de drogues par injection (UDI) compte tenu des importantes épidémies d'ITSS qui les touchent. Pour répondre à cette situation alarmante, diverses stratégies sont mises de l'avant depuis l'accès au matériel stérile d'injection, le dépistage et le traitement des infections par le VIH et le VHC, l'autonomisation des personnes et des groupes et la création d'environnements favorables, notamment par l'implantation de services d'injection supervisée (SIS). Ces actions impliquent la mobilisation d'une diversité d'acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires (OC) et des partenaires municipaux incluant les services de police, des regroupements de personnes faisant usage de drogues par injection et des associations de citoyens.

Accès au matériel stérile d'injection : Les personnes UDI peuvent se procurer gratuitement le matériel nécessaire pour s'injecter de manière sécuritaire dans des centres d'accès au matériel stérile d'injection (CAMSIS). Il est à noter qu'entre avril 2009 et mars 2010, 63 205 visites dans des CAMSIS ont été enregistrées et les trois quarts d'entre elles ont été effectuées par des hommes. Durant cette année, 745 566 seringues ont été distribuées, de même que 382 903 ampoules d'eau et 230 143 stéricups (qui incluent un contenant, un filtre, un tampon post-injection et un manchon pour tenir le contenant quand il est chauffé). Les travailleurs de proximité de certains CAMSIS ont également participé à la distribution de 41 588 seringues, 21 118 ampoules d'eau et 12 447 stéricups lors de la même période. En plus de se procurer du matériel par l'intermédiaire des CAMSIS participant au monitoring, les personnes UDI peuvent s'en procurer dans 38 autres organismes, certains étant des organismes communautaires et d'autres appartenant au réseau de la santé. En 2009-2010, ces organismes ont commandé 12 600 seringues, 6 600 ampoules d'eau et 4 600 stéricups.

Finalement, les personnes UDI peuvent également se procurer du matériel d'injection à coût minime dans les pharmacies qui participent au projet Stop sida UDI-Pharmacies. Ces pharmacies vendent des trousse de prévention; chaque trousse MiP contient 4 seringues, 4 ampoules d'eau, 4 stéricups, 4 tampons d'alcool et 4 condoms. Entre 2009-2010, 72 pharmacies ont commandé des trousse dans le cadre du projet. Au total, elles en ont commandé 42 620, représentant 170 480 seringues, ampoules d'eau et stéricups. Au total, ce sont donc 957 000 seringues qui ont été distribuées aux personnes UDI à Montréal.

En 2006, le nombre annuel d'injections effectuées par des personnes UDI à Montréal a été estimé à environ 15 000 000 d'injections par année. Pour que chaque injection puisse se faire avec une seringue stérile, 15 000 000 seringues seraient donc nécessaires chaque année. Il existe donc un écart important entre le nombre de seringues distribuées chaque année à Montréal et le nombre de seringues qui seraient requises pour que chaque injection se fasse avec une seringue stérile. Pour augmenter l'accès au matériel d'injection, seringues et autres articles, le PAR prévoit donc : diversifier les moyens de distribution, notamment par l'augmentation des actions en proximité (livraison à domicile, intervention menée par les pairs) , adapter l'accueil aux UDI et distribuer du matériel d'injection dans tous les sites CLSC et augmenter le nombre de pharmacies qui vendent la trousse MIP. Dans le cadre du PAR 2010-2015, quatre CSSS bénéficieront d'un soutien financier pour l'adaptation de leurs services aux UDI.

Services de prévention et de dépistage des ITSS : Bien que la problématique des ITSS chez les UDI touche l'ensemble des territoires de la région de Montréal (référence au portrait local), l'offre de services de prévention et de dépistage des ITSS demeure trop limitée. Les services infirmiers et psychosociaux de proximité sont disponibles dans sept des 12 territoires de CSSS. Seuls six CSSS (dont un déployant des services en milieu carcéral) bénéficient de ressources dédiées au dépistage et à la prévention. De plus, plusieurs obstacles nuisent toujours à l'implantation : inscription des infirmières et accès aux tests de laboratoire, promotion des services auprès des personnes UDI, corridors de services pour le traitement des personnes infectées (*voir paragraphe ci-dessous « Organisation des services de traitement de l'infection par le VIH et par le VHC »*). Des travaux coordonnés au niveau régional via le sous-comité ITSS de la table régionale de santé publique (TRSP) ainsi qu'au niveau de la table des directeurs des organismes communautaires s'intensifient afin d'augmenter l'offre de service dans ce domaine.

Organisation des services de traitement de l'infection par le VIH et par le VHC : Bien que les deux tiers des personnes UDI aient déjà été infectés par le VHC, le recours au dépistage et au traitement demeure peu fréquent. Moins de 10 % des personnes UDI touchées par le VHC auraient amorcé un traitement. Pourtant le traitement de l'infection par le VHC, bien qu'exigeant, permet la guérison dans 50 à 80 % des cas.

Dans la lutte contre le VHC et le VIH, la prévention, le dépistage, le soutien psychosocial et le traitement ne peuvent être efficaces que s'ils s'inscrivent dans une perspective d'intégration des services. Il devrait y avoir des développements bientôt, car six territoires de CSSS (incluant les CH associés et les cliniques médicales spécialisées) et deux centres hospitaliers universitaires ont accepté le mandat d'intégrer leurs services dans le cadre du PAR 2010-2015. Au plan régional, il

faut également accroître l'accès à l'hébergement en cours de traitement et le secteur de la réinsertion sociale.

Autonomisation : Le soutien d'initiatives visant la mobilisation des personnes UDI est également à considérer. Les associations regroupant des personnes UDI doivent poursuivre leur mission de faire valoir leurs droits, de combattre la discrimination, d'améliorer leurs conditions de vie sur tous les plans ainsi que de les mettre à contribution dans la planification des programmes qui les concernent.

Influence des politiques publiques et création d'environnements favorables : Les politiques publiques impliquent de nombreux acteurs du réseau de la santé aussi bien que d'autres milieux (ex. municipal, associatif), l'objectif étant d'harmoniser les mandats ou les intérêts respectifs en tenant compte des besoins particuliers des personnes UDI. Le manque de logements sociaux constitue une préoccupation partagée par de nombreux partenaires, d'autant plus que l'accès à l'hébergement, même temporaire, constitue souvent une condition pour la mise en traitement pour l'hépatite C.

L'itinérance et la pauvreté favorisent l'exclusion sociale, la discrimination aussi bien que la propagation des ITSS. Il est alors important de favoriser une meilleure concertation entre les actions de la santé, de la sécurité publique, des municipalités et de la société civile pour lutter contre les inégalités sociales de santé, pour l'amélioration des conditions de vie et de l'environnement social des personnes UDI.

Les services de première ligne

La détection et l'orientation vers des services appropriés

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

Le bilan de l'offre de service permet de mettre en lumière que la détection s'effectue de façon inégale d'un territoire à l'autre. Ainsi, les CSSS accueillent, détectent les personnes et certains des CSSS disent avoir à leur disposition les outils de repérage et de dépistage et avoir reçu la formation pour leur utilisation.

Le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran) ainsi que les deux autres centres spécialisés dans le traitement de substitution (service de médecine des toxicomanies du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et le Centre de médecine familiale Hertzl de l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital général juif)) assurent aussi la détection et l'orientation des personnes qui sont en demande pour des traitements de substitution. De plus, malgré le fait que la détection et l'orientation, telles que définies par l'offre de service du MSSS, sont des services qui relèvent de la responsabilité des CSSS, il importe de noter que le CHUM

rapporte avoir rejoint un nombre significatif de personnes (2 441) par son service des toxicomanies. Il y aurait également lieu de tenir compte des services de détection et d'orientation offerts aux personnes se présentant aux urgences hospitalières dans le contexte de la révision de la trajectoire de l'offre de service.

L'intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation

L'intervention précoce est constituée d'interventions cliniques généralement individuelles, réalisées dans un contexte de services qui ne sont pas spécialisés en dépendance.

Outre le programme Alcochoix+ déjà offert ou en voie d'implantation dans cinq CSSS de la région de Montréal, peu de services sont offerts aux personnes ayant une consommation problématique ou à risque, mais ne nécessitant pas de services spécialisés. Il est dit qu'une partie du suivi (intervention précoce et brève) se fait à travers le suivi psychosocial régulier. De plus, un budget de développement a été octroyé en 2009-2010 à cinq CSSS pour la mise en place d'un poste d'intervention dédié au programme-services Dépendances. Les cinq CSSS ont été ciblés en fonction de l'importance du nombre d'usagers ayant fait l'objet d'une orientation vers un centre de réadaptation en dépendances (CRD) pendant une année complète. Un sixième CSSS a lui-même dégagé les fonds nécessaires à l'embauche d'un intervenant en dépendance.

Le suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé

De façon générale, on rapporte l'absence d'un programme de suivi post-traitement propre aux dépendances dans les CSSS. Le suivi psychosocial faisant partie des services offerts en CLSC, l'intervention est majoritairement offerte dans ce contexte. De plus, pour les personnes traitées pour un trouble de santé mentale, un suivi thérapeutique est effectué.

Il importe de noter que bien que ces services relèvent de la responsabilité des CSSS, le CHUM, le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et le Cran assurent également ce type de services.

Clientèles rejointes

L'analyse démontre que dans la moitié des 12 CSSS, des services sont offerts même si les données ne sont pas disponibles. Il n'est pas possible, à l'heure actuelle, de connaître avec exactitude le nombre de personnes qui fait appel à l'ensemble des CSSS pour ces types de services. Il y a également absence de données claires, spécifiquement pour les clientèles priorisées dans l'offre de service du MSSS (les femmes enceintes et mères de jeunes enfants, les jeunes en difficulté et les personnes ayant des problèmes de santé mentale) et en lien avec les problématiques spécifiques (l'alcool, les drogues, les polytoxicomanies ou les problèmes de jeu pathologique).

De plus, les données recueillies dans le système d'information relativement aux actions posées en matière de dépendance dans les CSSS et au regard des clientèles rencontrées soulèvent des doutes quant à leur fiabilité. Le MSSS travaille actuellement sur un Guide de saisi en dépendance pour les CSSS.

Formations

Le déploiement de la formation première ligne adulte du MSSS pour le programme-services Dépendances est en cours. Le premier volet de base de cette formation a été complété et nous en somme à offrir le 2^e volet portant sur l'approche motivationnelle qui devra prendre fin en juin 2013. Une formation de formateur est également sur le point d'être offerte. Chaque région devra ainsi s'assurer qu'une couverture de formation puisse être offerte à tous les CSSS afin de déployer le programme Alcochoix +.

De plus, dans le cadre du programme de formation de l'INSPQ, les volets suivants ont été offerts dans la région de Montréal en 2009-2010 :

- Volet traitement de substitution pour les personnes dépendantes aux opiacés : des formations ont été offertes aux professionnels de la santé (médecins, infirmières et intervenants psychosociaux); le Cran est mandaté pour élaborer, former et effectuer les mises à jour des activités de formation.
- Volet ITSS : deux types de formations sont disponibles sur la réduction des méfaits :
 - des formations plus générales;
 - ITSS (40 participants en 2009);
 - IPPAP (33 participants en 2009);
 - mise à jour sur les ITSS, les hépatites et le travail de proximité (16 participants en 2009).
 - des formations plus ciblées :
 - ITSS et usage de drogue : comprendre la double problématique et intervenir en réduction des méfaits (phase 1) (23 participants en 2009);
 - résolution de problèmes dans l'application de l'approche de réduction des méfaits (phase 2) (17 participants en 2009);
 - injection à risques réduits et infections des tissus mous (22 participants en 2009).

Les services spécialisés

Le suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone

Dans la région de Montréal, les services de traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution sont assurés par le Cran, par le service de médecine des toxicomanies du CHUM et par le Centre de médecine familiale Hertzl de l'Hôpital général juif. Ceux-ci ont permis de rejoindre un total de plus de 1 300 personnes en 2008-2009. De plus, environ 397 patients sont suivis par les médecins de la communauté en UMF, GMF et en clinique privée.

Un projet pilote, réalisé en partenariat conjoint entre le Cran et le CSSS Jeanne-Mance, est en cours pour le transfert des patients stabilisés vers le CSSS Jeanne-Mance, pour les personnes qui résident sur ce territoire, et à la Clinique l'Actuel pour les résidents de l'Île de Montréal. Ce projet est aussi réalisé en concertation avec l'Hôpital Douglas pour le volet recherche ainsi qu'avec le service de médecine des toxicomanies du CHUM et le Centre de médecine familiale Hertzl de l'Hôpital général

juif. Des médecins du CSSS Jeanne-Mance contribuent au suivi de ces personnes ainsi que les intervenants psychosociaux des services généraux qui ont été formés pour les accueillir. À ce jour, 79 personnes ont été rejointes et environ 12 personnes ont été prises en charge pour le suivi dans ce contexte. Ces personnes peuvent provenir du Cran et des deux autres centres spécialisés (CHUM et Centre de médecine familiale Hertzl).

La désintoxication en milieu hospitalier, externe et interne

La désintoxication en milieu hospitalier est effectuée au CHUM pour une disponibilité de 22 lits; le service de médecine des toxicomanies a le mandat de voir au traitement des personnes à risque de présenter des sevrages sévères et la population desservie en provenance de régions limitrophes constitue une proportion de 30 %. Le CUSM fournit aussi une cure de désintoxication des substances aux patients hospitalisés en clinique externe et 4 lits sont disponibles en interne. Des services de désintoxication externes et internes en milieu hospitalier ont été offerts à plus de 1 000 personnes en 2008-2009.

La désintoxication externe intensive et avec hébergement

Par ailleurs, pour la même période, le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (CRDM) et La Maison Jean Lapointe ont également offert à plus de 1 100 personnes des services de désintoxication avec hébergement.

Le programme régional d'évaluation spécialisée, la réadaptation interne et externe (incluant le maintien à la méthadone) et la réinsertion sociale

À Montréal, le CRDM est mandaté pour offrir, en externe ou en interne, des services spécialisés de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes toxicomanes ou à haut risque de toxicomanie, ainsi qu'aux personnes aux prises avec des problèmes de jeu pathologique. De plus, le CRD Foster offre les services pour les personnes de langue anglaise de la région de Montréal. Il importe de noter que, pour les personnes aux prises avec un problème de jeu pathologique, les services spécialisés sont offerts au CRDM, au CRD Foster et également à La Maison Jean Lapointe.

Les volets suivants du programme régional d'évaluation sont implantés :

- le service d'accueil, évaluation et orientation offert par le CRDM (service bilingue) et le CRD Foster (pour la clientèle anglophone de Montréal);
- le Mécanisme d'accès en toxicomanie pour les jeunes de la région de Montréal (MATJM) en place depuis 2006 et coordonné par le CRDM;
- le service d'évaluation spécialisée au tribunal;
- Des équipes de liaison à l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, des hôpitaux Notre-Dame, Hotel-Dieu et St-Luc du CHUM, de l'hôpital de Verdun du CSSS Sud-Ouest Verdun, de l'hôpital Ste-Mary et enfin de l'hôpital général de Montréal du CUSM;
- le mécanisme d'accès (intra, interrégionaux et internationaux) pour le traitement des dépendances aux opioïdes assuré par le Cran, en concertation avec le service de médecine des toxicomanies du CHUM et le Centre de médecine familiale Hertzl de l'Hôpital général juif.

Le Cran et les deux autres centres spécialisés dans le traitement de substitution (service de médecine des toxicomanies du CHUM et le Centre de médecine familiale Hertzl de l'Hôpital général juif) assurent l'évaluation spécialisée et le traitement de substitution pour la clientèle dépendante aux opioïdes.

Le CRDM et le CRD Foster (pour la clientèle anglophone) assurent les services de réadaptation externe et interne et de réinsertion sociale.

Toutefois, on note que, dans la région de Montréal, d'autres établissements ont également développé ce type de services. Ainsi, des services en réadaptation interne ou externe sont assurés par le CHUM, Portage, le CUSM, La Maison Jean Lapointe, le Grand Chemin et le Cran, et des services en réinsertion sociale sont offerts par le CHUM, Portage, le CUSM et le Cran.

Afin de compléter l'implantation du programme d'évaluation spécialisée dans notre région et compte tenu des services offerts par les différents établissements de notre région, la trajectoire de services devrait être revue à la lumière des responsabilités dévolues au CRD dans le cadre de l'offre de service du MSSS, tout en tenant compte des particularités propres au territoire montréalais. De plus, des équipes de liaison doivent être déployées dans d'autres urgences des hôpitaux ciblés par le MSSS et un mécanisme d'accès adulte doit être mis en place.

Le soutien à l'entourage

Il importe de distinguer les services de soutien à l'entourage, offerts à la clientèle qui a une consommation modérée, qui appartiennent à la première ligne et relèvent des CSSS de ceux qui s'adressent à la clientèle dépendante qui a une consommation abusive et qui relèvent des services de 2^e ligne offerts par les CR.

D'une part, des services de soutien à l'entourage sont offerts au sein des CSSS dans le cadre des services de suivi psychosociaux et, d'autre part, le CRDM et le CRD Foster (pour la clientèle anglophone de Montréal) sont mandatés pour offrir un programme spécifique de services s'adressant aux membres de l'entourage, soit la famille, les parents, les conjoints ou toute autre personne significative pour les clientèles visées par le programme-services Dépendances.

Dans ce contexte, le CRD Foster offre de l'information, du soutien à court terme de type thérapeutique, de la résolution de problèmes et de la référence sur la base des besoins et non dans le cadre d'un programme avec mesures imposées. Ces services s'adressent aux jeunes et aux adultes en individuel ou en groupe, lorsque la masse critique est suffisante.

Le CRDM offre aux membres de l'entourage d'une personne présentant des problèmes liés à la dépendance, que cette dernière soit inscrite ou non dans les services, un programme à trois volets :

- le volet adulte, les personnes sont orientées vers un suivi individuel ou de groupe;
- le volet 18 ans et moins, un suivi individuel est offert;

- le volet 6-12 ans, le service est offert dans le cadre d'un programme bimodal qui s'adresse à la fois aux parents et à leurs enfants pour les enfants en lien avec un parent ayant un problème de dépendances.

Dans la région de Montréal, plusieurs autres établissements offrent également ce type de services :

- CHUM
- CUSM
- La Maison Jean Lapointe
- Le Grand Chemin
- CSSS du Cœur-de-l'Île
- Cran

L'intervention de crise auprès des joueurs en difficulté

À Montréal, La Maison Jean Lapointe a le mandat de l'intervention de crise auprès des joueurs en difficulté au Casino de Montréal et dans les salles de jeu. Le CRD Foster est un partenaire du programme d'intervention de crise dans les casinos.

Les services de troisième ligne

Clinique Cormier-Lafontaine : La clinique offre, en partenariat avec l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, des services surspécialisés de troisième ligne pour les troubles concomitants dans le domaine de la consommation d'alcool/drogues et de la santé mentale.

Les services offerts à la clientèle sont : l'évaluation (sur référence d'un établissement de deuxième ligne) et le traitement interdisciplinaire, les interventions individuelles et de groupes, la liaison et le soutien aux professionnels susceptibles d'émettre des recommandations. Des services indirects de soutien aux instances de 1^{re} et 2^e lignes, de consultation clinique, de transfert des connaissances et de contribution à l'avancement de la recherche sont également offerts aux partenaires (établissements et organismes).

Clientèles rejointes

Il importe de noter que même si les données sont disponibles pour les établissements, les bases de données ne permettent pas toujours de distinguer certaines caractéristiques, par exemple les services internes ou externes, pas plus qu'elles ne permettent de fournir le chiffre précis en ce qui concerne le type de consommation. L'analyse des données recueillies doit donc être interprétée de façon très large et les conclusions doivent demeurer générales.

Dans la région de Montréal, il a été possible de comptabiliser, pour les établissements et autres organismes qui œuvrent en dépendances (autres que les CSSS), plus de 26 000 personnes pour l'ensemble des services en dépendances en 2008-2009. De ce nombre, plus de 11 000 personnes ont reçu des services de réadaptation externe. De façon générale, la proportion de la clientèle masculine desservie par les établissements autres que les CSSS est supérieure à celle des femmes dans une proportion de 64 %.

En ce qui concerne le traitement de substitution, selon le portrait des régions établi en 2008 par le Cran, en concertation avec ses partenaires, 1 827 personnes adultes ont été rejointes pour des suivis dont 397 en clinique privée, 720 au Cran, 653 en centre hospitalier et 57 au CSSS Jeanne-Mance.

Il importe de noter que tous les jeunes de la région de Montréal sont référés par le mécanisme d'accès vers le service répondant le mieux à leur besoin. Il a été rapporté que plus de 560 jeunes ont bénéficié de services en réadaptation externe (CRDM et CRD Foster) et 128 jeunes en réadaptation interne (Portage et (5) CRDM). De plus, l'organisme Le Grand Chemin a rejoint 109 jeunes par ses services en réadaptation. Il a été également mentionné que 63 femmes enceintes, 175 parents de jeunes enfants et plus de 450 personnes ayant un problème de santé mentale ont été rejoints.

Concernant le jeu pathologique, 1 433 joueurs ont été traités en 2008-2009 alors que la cible du MSSS est de 2 064 joueurs pour 2010. Il apparaît que la diminution de la clientèle rejointe en matière de jeu pathologique s'observe dans l'ensemble des régions du Québec et que le MSSS prévoit procéder à une analyse de cette situation.

Les services complémentaires dans les organismes communautaires

Plusieurs organismes communautaires offrent, en complémentarité avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, une diversité d'activités et de services aux personnes aux prises avec des problèmes de dépendances.

Un tableau, que l'on retrouve en annexe du présent document (annexe 4), fait état des principales activités et clientèles rejointes par les 15 organismes communautaires, qui sont financés dans la catégorie Alcoolisme/Toxicomanie et autres Dépendances du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).

Plusieurs autres organismes communautaires admis et financés par le PSOC œuvrent aussi auprès de cette clientèle, bien que leur mission principale ne soit pas directement reliée à l'alcoolisme, la toxicomanie et autres dépendances. On retrouve la majorité de ces organismes parmi les organismes de travail de rue, d'hébergement communautaire jeunesse, ceux qui ont pour mission de rejoindre les femmes et les hommes en difficulté, les personnes itinérantes, les personnes atteintes du sida, etc. Parmi ceux-ci, mentionnons Dopamine, GRIP Montréal, les trois refuges pour itinérants, le Groupe communautaire l'Itinéraire, Cactus, les groupes d'entraide, tels alcooliques anonymes, cocaïnomanes anonymes, narcotiques anonymes et la ligne d'écoute drogue, aide et référence.

Finalement, la ligne d'écoute jeu, aide et référence, La Maison Jean Lapointe, Le Grand Chemin, le Centre de crise le Transit et le Service à la famille chinoise du Grand Montréal sont tous des organismes qui œuvrent auprès des personnes ayant un problème de jeu pathologique.

Les ressources d'hébergement certifiées par le MSSS

La région de Montréal compte aussi des organismes communautaires ou privés qui offrent de l'hébergement aux personnes ayant des problèmes de dépendances et dont les dix suivants ont été certifiés par le MSSS dans le cadre du programme volontaire de certification existant depuis 2001 :

- Bonsecours
- Foundation Centre of Addington House
- L'Escale Notre-Dame
- Maison du Pharillon
- Le Grand Chemin inc. (Montréal)
- Résidences Mission Bon Accueil
- Maison de réhabilitation l'Exode – Pavillon André-Dumont
- Maison de réhabilitation l'Exode – Pavillon Émilie-Gamelin
- La Maison Jean Lapointe
- Centre Booth (Armée du Salut) – l'Ancre / Delta

Suite à une modification à la Loi sur les services de santé et les services sociaux sanctionnée le 10 novembre 2009 à l'Assemblée nationale, la certification des ressources offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique est devenue obligatoire. À ce jour, en plus de celles indiquées ci-haut, deux autres ressources sont certifiées, soit Toxico-Stop et le Pavillon Chatsworth.

Les ressources de type familial et intermédiaires

Trois ressources de type familial (12 places) et une ressource intermédiaire (7 places) sont rattachées au CRDM, pour un total de 19 places en dépendance. Les ressources de type familial sont situées sur le territoire du CSSS Lucille-Teasdale et la ressource intermédiaire sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance.

Les ressources financières

Le contour financier des programmes-services est établi en conformité avec les orientations ministérielles depuis 2004. Pour le programme-services Dépendances, le budget affecté à la région est de l'ordre d'environ 40 M\$ pour 2012-2013. Les établissements qui offrent ces services sont : CRDM (21 957 799 \$ octroyés en 2011-2012), Portage (7 741 428 \$ octroyés en 2011-2012), Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran) (2 370 244 \$ octroyés en 2011-2012), Hôpital Saint-Luc du CHUM (2 211 945 \$ octroyé en 2011-2012), Hôpital général de Montréal (423 991 \$ octroyé en 2011-2012) et Hôpital général juif (224 608 \$ octroyé en 2011-2012).

De plus, l'Agence de Montréal octroie, pour l'exercice 2011-2012, une enveloppe récurrente de 2 648 064 \$ répartie entre 14 organismes communautaires œuvrant dans le domaine de l'alcoolisme, la toxicomanie et autre dépendance par le biais du PSOC. D'autres organismes communautaires offrant des activités et des services reliés à la toxicomanie reçoivent un soutien financier du PSOC sans que l'on puisse identifier de façon spécifique le montant alloué pour ces services, puisque ces organismes communautaires sont inscrits au sein d'autres catégories du programme. À ces budgets s'ajoute une somme de 2 546 316 \$ pour le programme de prévention et services spécialisés en jeu pathologique, laquelle a été intégrée au budget de 2011-2012.

Références

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Carrefour montréalais d'information sociosanitaire (CIMIS). Banque de données jumelées RAMQ, 2006-2007.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Rapport du directeur de santé publique 2010. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Direction de santé publique. ISBN 978-2-89494-964-1 (version imprimée) ISBN 978-2-89494-965-8 (PDF). 2010

Chevalier, S., Montpetit, C., Biron, J.-F., Dupont, M.A., Caux, C. (2006). Avis sur la modification de l'offre de jeu à Montréal. La construction d'un casino au bassin Peel. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009). En santé pour l'avenir? Un portrait des jeunes Montréalais d'âge scolaire.

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2005). Objectif jeunes : comprendre, soutenir. Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise.

Haley, N., Lambert, G., Jean, S., Frappier, J.-Y., Otis, J., Roy, E. (2010). Problematic substance use among youth in care in Quebec centres. Canadian Public Health Association, Toronto.

Institut de la statistique du Québec (2008). Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, Gouvernement du Québec.

Institut de la statistique du Québec (2005). Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESSC) 2005. Cycle 3.1 de Statistique Canada, Québec, Institut de la statistique du Québec.

Institut national de santé publique du Québec (2010). La consommation d'alcool et la santé publique au Québec. Collection politiques publiques et santé, gouvernement du Québec.

Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec (2006). Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses – Deuxième rapport sur l'état de santé de la population du Québec, gouvernement du Québec, 131 pages.

Institut national de la santé publique du Québec, site Web Santéscope (2010).

Kairouz, S., Nadeau, L. (2010). Enquête ENHJEU-Québec. Portrait du jeu au Québec : prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans. Québec, document inédit.

Kirby, M., Keon, W. (2004). Mental health, mental illness and addiction : issues and options for Canada. Interim report of the standing senate committee on social affairs, science and technology. Report 3.

Lajoie, M., Biron, J.-F. (2008). Écoles en santé et prévention dans les jeux de hasard et d'argent. Projet pilote d'intervention auprès des jeunes. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Leclerc P, Morissette C, Roy É. *Le volet montréalais du Réseau SurvUDI. Volume 2 – Données au 30 juin 2008*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010. ISBN 978-2-89494-686-2 (ensemble) ISBN 978-2-89494-911-5 (vol.2) (version imprimée) ISBN 978-2-89494-912-2 (vol.2) (version PDF). 2010.

Leclerc P, Morissette C, Tremblay C. *Le matériel stérile d'injection : combien faut-il en distribuer pour répondre aux besoins des UDI de Montréal ?* Direction de santé publique de Montréal. Juillet 2006. ISBN : 2-89494-498-5 (version imprimée) ISBN : 2-89494-499-3 (version PDF).

Leclerc P, Tremblay C, Morissette C. Monitoring des centres d'accès au matériel stérile d'injection. Rapport régional : avril 2008 à mars 2010. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Direction de santé publique de Montréal. Version préliminaire. Décembre 2010.

Pampalon, R. & Raymond, G. Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être. *Santé, Société et Solidarité* 2003, 1: 191-208.

Pampalon, R. Hamel, D. Raymond, G. (2004) Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec; mise à jour 2001. Institut national de santé publique du Québec.

Papineau, E., Leblond, J. et J.-F. Biron (2010). Étatisation des jeux d'argent sur Internet au Québec : une analyse de santé publique. Institut national de santé publique du Québec.

Parent R, Alary M, Morissette C, Roy É, Leclerc P, Allard P-R. *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection. Épidémiologie du VIH de 1995 à 2008 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2008*. ISBN 978-2-550-57678-5 (version imprimée) ISBN 978-2-550-57679-2 (PDF). Juin 2009.

Perreault, N., Bégin, H., Bédard, D., Denoncourt, I. (2009). Consommation et agressions sexuelles : évaluation d'une intervention préventive en milieu collégial. *Drogues, santé et société*. 7 (2), 161-189

Perreault, M., Perreault, N., Withaueper, D., Malai, D. (2009) Le défi du traitement et de la prévention des troubles concomitants sur la base de données probantes, *Revue Criminologie*, Vol42, No1., pp.91-114

Perreault, M., Wiethaueper, D., Perreault, N., Bonin, J.-P., Brown, T.G., et Brunaud, H. (2009). Meilleures pratiques et formation dans le contexte du continuum des services en santé mentale et en toxicomanie : le programme de formation croisée du sud-ouest de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 34 (1), 143-160.

Perreault, N., Bégin, H., Bédard, D., Denoncourt, I. et Michaud, J. (2008). « Drogues du viol, alcool et agressions sexuelles : perception d'étudiants de niveaux collégial et universitaire ». *Revue québécoise de psychologie*. 23 (3), 175-189.

Perreault, N., Bégin, H., Michaud, J. et Denoncourt, I. (2005). « Drogues du viol et agression sexuelle : perception de jeunes en milieu collégial ». *Drogues, santé et société*. 4 (2), 177-209.

Remis RS, Leclerc P, Routledge R, et al. Consortium to characterize injection drug users in Canada (Montreal, Toronto and Vancouver) - Final report. University of Toronto. March 1998.

Roy, E., Haley, N., Godin, G., Boivin, J.-F., Claessens, C., Vincelette, J.-F. (2008). L'hépatite C et les facteurs psychosociaux au passage à l'infection chez les jeunes de la rue, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Société de l'assurance automobile du Québec, Direction des études et des stratégies en sécurité routière. Dossier statistique, Les infractions et les sanctions liées à la conduite d'un véhicule routier 1999-2008, décembre 2009.

Société pour les troubles de l'humeur du Canada (2009). Quelques faits : Maladie mentale et toxicomanie au Canada, troisième édition.

Services de la police de la ville de Montréal. Bilan routier 2009 et bilan annuel 2008.

Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005. Cycle 3.1.

Annexe 1 – Portrait régional des services offerts – Région montréalaise 2008-2009

Programme-services Dépendances
Portrait régional des services offerts
Région montréalaise 2008-2009
CSSS

Programme-services Dépendances Offre de service 2007-2012 du MSSS	Non applicable *	Services offerts, aucune donnée disponible *	Nbre de personnes distinctes rejointes : année de référence 2008-2009	Distribution														Durée moyenne du programme ou du service	Liste d'attente		Référence		
				Par groupe d'âge		Par sexe		Par catégorie				Clientèles ayant des besoins particuliers							Nombre de personnes	Durée moyenne			
				18 ans et moins	Plus de 18 ans	Hommes	Femmes	Alcool	Drogues	Polytoxomanies	Jeu	Parents de jeunes enfants	Femmes enceintes	Jeunes en difficulté	Personnes ayant un problème de santé mentale	Autochtones	Utilisateurs de drogues injectables						
Fiche 1 - Détection et orientation		5	710	22	453	348	362	152	197	152	4	8		52	51		75						
Fiche 2 - Intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation		5	581	31	551	340	241	291	162	136		5		8	59		103						
Fiche 2 - Indiquer le type d'intervention			☐ Alcoolix +	☐ Intervention brève		☐ Moyen terme				☐ Autres, préciser :													
Fiche 3 - Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé	7	1																					
Fiche 4 - Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone	8		9		9	5	4	4	9	4		1			6		9						
Fiche 5 a) Désintoxication externe	8																						
Fiche 5 b) Désintoxication interne et suivi psychosocial	8																						
Fiche 6 - Programme régional d'évaluation spécialisé	7																						
Fiche 6 - Indiquer le type de programme			☒ Cour	☐ Urgence hospitalière		☐ Autres, préciser :																	
Fiche 7 a) Réadaptation externe	8																						
Fiche 7 b) Réadaptation interne	8																						
Fiche 7 - Indiquer le type d'approche			☐ Communauté thérapeutique	☐ 12 étapes		☐ Autres, préciser :																	
Fiche 8 - Réinsertion sociale	6																						
Fiche 9 a) Désintoxication externe intensive	8																						
Fiche 9 b) Désintoxication avec hébergement	7																						
Fiche 9 - Indiquer le type d'approche			☐ Communauté thérapeutique	☐ 12 étapes		☐ Autres, préciser :																	
Fiche 10 - Soutien à l'entourage	6	2	3		3		3		3														
Fiche 11 - Intervention de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos	8																						

Programme-services Dépendances
Portrait régional des services offerts
Région montréalaise 2008-2009
Établissements autres que les CSSS

Programme-services Dépendances Offre de service 2007-2012 du MSSS	Non applicable *	Services offerts, aucune donnée disponible *	Nbre de personnes distinctes rejointes : année de référence 2008-2009	Distribution														Durée moyenne du programme ou du service	Liste d'attente		Référence
				Par groupe d'âge		Par sexe		Par catégorie				Clientèles ayant des besoins particuliers							Nombre de personnes	Durée moyenne	
				18 ans et moins	Plus de 18 ans	Hommes	Femmes	Alcool	Drogues	Polytoxiciomanes	Jeu	Parents de jeunes enfants	Femmes enceintes	Jeunes en difficulté	Personnes ayant un problème de santé mentale	Autochtones	Utilisateurs de drogues injectables				
Fiche 1 - Détection et orientation	7		2 441		2 441	1 635	806														
Fiche 2 - Intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation	8																				
Fiche 2 - Indiquer le type d'intervention			☐ Alcoolix +	☐ Intervention brève		☐ Moyen terme			☐ Autres, préciser :												
Fiche 3 - Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé	4		747		747	483	264	152	109	175		175	5		291	5	22				
Fiche 4 - Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone	6		258		258	170	88														
Fiche 5 a) Désintoxication externe	6		474		365	240	125														
Fiche 5 b) Désintoxication interne et suivi psychosocial			719		681	422	259														
Fiche 6 - Programme régional d'évaluation spécialisé	4		4 070	638	3 214	2 474	1 378	636	138	2 815	12		1		4		128	2	3		
Fiche 6 - Indiquer le type de programme			☒ Cour	☐ Urgence hospitalière		☐ Autres, préciser :															
Fiche 7 a) Réadaptation externe	2		11 959	560	11 050	7 508	4 102	2 153	1 282	6 769	1 108		47		100			60	9		
Fiche 7 b) Réadaptation interne	2		1 537	123	1 305	917	402	275	257	590	90		6		45			6	47		
Fiche 7 - Indiquer le type d'approche			☐ Communauté thérapeutique	☐ 12 étapes		☐ Autres, préciser :															
Fiche 8 - Réinsertion sociale	4	1	976	1	194	125	70	47	28	70	38		4		17				7		
Fiche 9 a) Désintoxication externe intensive	6		426		365	240	125														
Fiche 9 b) Désintoxication avec hébergement	5		1 793		1 575	1 143	650	307	270	505	30										
Fiche 9 - Indiquer le type d'approche			☒ Communauté thérapeutique	☐ 12 étapes		☐ Autres, préciser :															
Fiche 10 - Soutien à l'entourage	1	2	1 945		609	178	431	80	26	326	177										
Fiche 11 - Intervention de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos	6		60		60	42	18				60										

Programme-services Dépendances
Portrait régional des services offerts
Région montréalaise 2008-2009
CSSS et établissements

Programme-services Dépendances Offre de service 2007-2012 du MSSS	Non applicable *	Services offerts, aucune donnée disponible *	Nbre de personnes distinctes rejointes : année de référence 2008-2009	Distribution														Durée moyenne du programme ou du service	Liste d'attente		Référence
				Par groupe d'âge		Par sexe		Par catégorie				Clientèles ayant des besoins particuliers							Nombre de personnes	Durée moyenne	
				18 ans et moins	Plus de 18 ans	Hommes	Femmes	Alcool	Drogues	Polytoxomanes	Jeu	Parents de jeunes enfants	Femmes enceintes	Jeunes en difficulté	Personnes ayant un problème de santé mentale	Autochtones	Utilisateurs de drogues injectables				
Fiche 1 - Détection et orientation	7	5	3 151	22	2 894	1 983	1 168	152	197	152	4	8		52	51		75				
Fiche 2 - Intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation	8	5	581	31	551	340	241	291	162	136		5		8	59		103				
Fiche 2 - Indiquer le type d'intervention			☐ Alcool +			☐ Intervention brève		☐ Moyen terme		☐ Autres, préciser :											
Fiche 3 - Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé	11	1	747		747	483	264	152	109	175		175	5		291	5	22				
Fiche 4 - Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone	14		267		267	175	92	4	9	4		1			6		9				
Fiche 5 a) Désintoxication externe	14		474		365	240	125														
Fiche 5 b) Désintoxication interne et suivi psychosocial	8		719		681	422	259														
Fiche 6 - Programme régional d'évaluation spécialisé	11		4 070	638	3 214	2 474	1 378	636	138	2 815	12		1		4		128		2	3	
Fiche 6 - Indiquer le type de programme			☐ Cour			☐ Urgence hospitalière		☐ Autres, préciser :													
Fiche 7 a) Réadaptation externe	10		11 959	560	11 050	7 508	4 102	2 153	1 282	6 769	1 108		47		100				60	9	
Fiche 7 b) Réadaptation interne	10		1 537	123	1 305	917	402	275	257	590	90		6		45				6	47	
Fiche 7 - Indiquer le type d'approche			☐ Communauté thérapeutique			☐ 12 étapes		☐ Autres, préciser :													
Fiche 8 - Réinsertion sociale	10	1	976	1	194	125	70	47	28	70	38		4		17					7	
Fiche 9 a) Désintoxication externe intensive	14		426		365	240	125														
Fiche 9 b) Désintoxication avec hébergement	12		1 793		1 575	1 143	650	307	270	505	30										
Fiche 9 - Indiquer le type d'approche			☐ Communauté thérapeutique			☐ 12 étapes		☐ Autres, préciser :													
Fiche 10 - Soutien à l'entourage	7	4	1 948		612	178	434	80	29	326	177										
Fiche 11 - Intervention de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos	14		60		60	42	18				60										

Annexe 2 – Tableau – Bilan 2008-2009

Tableau - Bilan 2008-2009
Services offerts par les CSSS

CSSS	Nombre de personnes rejointes													
	Fiche 1 Détection et orientation	Fiche 2 Intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation	Fiche 3 Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé	Fiche 4 Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone	Fiche 5 a) Désintoxication externe	Fiche 5 b) Désintoxication interne et suivi psychosocial	Fiche 6 Programme régional d'évaluation spécialisé	Fiche 7 a) Réadaptation externe	Fiche 7 b) Réadaptation interne	Fiche 8 Réinsertion sociale	Fiche 9 a) Désintoxication externe intensive	Fiche 9 b) Désintoxication avec hébergement	Fiche 10 Soutien à l'entourage	Fiche 11 Intervention de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos
Ouest-de-l'Île	x	N/A												
Dorval-Lachine-LaSalle	x	x	x											
Sud-Ouest-Verdun	235	x											x	
Cavendish	10	47												
de la Montagne	24	199											x	
Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	27	x												
Ahuntsic et Montréal-Nord	288	285												
Cœur-de-l'Île	57	50											3	
Jeanne-Mance	x	x		9										
Saint-Léonard et Saint-Michel	69	x												
Lucille-Teasdale	x	x												
Pointe-de-l'Île	x	N/A												
TOTAL	710	581	-	9	-	-	-	-	-	-	-		3	-

Légende : x aucune donnée disponible pour les services offerts et **N/A** pour non applicable

NB : Ce bilan a été réalisé à partir des données 2008-2009. Il demeure une bonne indication de l'offre de services en dépendances malgré qu'il ne tienne pas compte des changements encourus depuis. Pour cette raison, il est recommandé aux partenaires de mettre à jour les données lorsqu'ils débiteront leurs travaux autour du plan d'action.

Tableau - Bilan 2008-2009
Services offerts par les établissements autres que les CSSS

Établissements	Nombre de personnes rejointes													
	Fiche 1 Détection et orientation	Fiche 2 Intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation	Fiche 3 Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé	Fiche 4 Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone	Fiche 5 a) Désintoxication externe	Fiche 5 b) Désintoxication interne et suivi psychosocial	Fiche 6 Programme régional d'évaluation spécialisé	Fiche 7 a) Réadaptation externe	Fiche 7 b) Réadaptation interne	Fiche 8 Réinsertion sociale	Fiche 9 a) Désintoxication externe intensive	Fiche 9 b) Désintoxication avec hébergement	Fiche 10 Soutien à l'entourage	Fiche 11 Intervention de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos
Centre de réadaptation en dép. de Mtl (2007-08)							3 237	8 644	218	40		1005	1 012	
CRD Foster							236	1 446	294	155	N/A	N/A	279	N/A
CHUM - Hôpital St-Luc - Service de médecine des toxicomanes	2 441	N/A	311	258	365	681	379	258		x	365	681	x	N/A
Centre universitaire de santé McGill (CUSM)			436		109	38	218	349		50	61		109	
Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran)				731			731	731		731			x	
Portage Lac Écho									452					
Maison Jean Lapointe								531	464			107	330	60
Le Grand Chemin Montréal									109				215	
Centre de médecine familiale Hertzl de l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis				x										
TOTAL	2 441	-	747	989	474	719	4 801	11 959	1 537	976	426	1 793	1 945	60

Légende : x aucune donnée disponible pour les services offerts et **N/A** pour non applicable

NB : Ce bilan a été réalisé à partir des données 2008-2009. Il demeure une bonne indication de l'offre de services en dépendances malgré qu'il ne tienne pas compte des changements encourus depuis. Pour cette raison, il est recommandé aux partenaires de mettre à jour les données lorsqu'ils débiteront leurs travaux autour du plan d'action.

Annexe 3 –Bilan régional de l’Offre de service en dépendances (2008-2009)

**ORIENTATIONS RELATIVES AUX STANDARDS D'ACCÈS, DE CONTINUITÉ, DE QUALITÉ, D'EFFICACITÉ ET D'EFFICIENCE
PROGRAMME —SERVICES DÉPENDANCES — OFFRE DE SERVICE 2007-2015**

BILAN RÉGIONAL DE L'OFFRE DE SERVICE EN DÉPENDANCES (2008-2009)

OBJECTIFS	SERVICES	BILAN	ÉCARTS
<u>FICHE 1 - DÉTECTION ET ORIENTATION VERS DES SERVICES APPROPRIÉS</u> RESPONSABILITÉ : CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CSSS), CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES (CLSC) ET CENTRES HOSPITALIERS GÉNÉRAUX			
➤ 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 et traiter la toxicomanie et le jeu pathologique.	▪ Accueillent et détectent à travers leurs services les personnes qui éprouvent des problèmes liés à la consommation de psychotropes et de jeux de hasard et d'argent. ▪ Orientent une personne présentant un profil de consommation à risque vers les services du CSSS : suivi psychosocial et intervention précoce en dépendance. ▪ Orientent une personne présentant un problème d'abus ou de dépendance vers le service régional d'évaluation spécialisée du centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRD).	▪ CSSS : Environ la moitié des CSSS accueillent et détectent les personnes qui éprouvent des problèmes liés à la consommation de psychotropes et de jeux de hasard et d'argent et les orientent vers leurs services : suivi psychosocial et intervention précoce. CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel : 69 personnes rejointes; ▪ CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent : 27 personnes rejointes; ▪ CSSS Cavendish : 10 personnes rejointes; ▪ CSSS du Cœur-de-l'Île : 57 personnes rejointes; ▪ CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord : 288 personnes rejointes (incluant le milieu carcéral); ▪ CSSS de la Montagne : 24 personnes rejointes; ▪ CSSS du Sud-Ouest—Verdun : 235 personnes rejointes; ▪ CSSS de l'Ouest-de-l'Île, CSSS de la Pointe-de-l'Île, CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle, CSSS Jeanne-Mance et CSSS Lucille-Teasdale : services offerts et données non disponibles; La majorité de la clientèle rejointe par les CSSS est des femmes adultes.	➤ Compléter le déploiement de la formation de 1^{re} ligne adulte en dépendances prévue (2^e volet) pour les intervenants de tous les CSSS Services à développer dans les CSSS. ➤ Saisie des données statistiques I-CLSC non disponibles pour le programme Dépendances dans tous les CSSS et les données recueillies dans le système d'information soulèvent des doutes quant à leur fiabilité. ➤ La détection s'effectue de façon inégale d'un territoire à l'autre; il y aurait lieu de tenir compte de la détection et orientation des urgences hospitalières.

OBJECTIFS	SERVICES	BILAN	ÉCARTS
		❑ Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) : 2 441 personnes rejointes (majoritairement des hommes adultes) par le service des toxicomanies dont la mission est d'offrir le support médical aux personnes dépendantes de psychotropes et désirant cesser; références vers les ressources appropriées. ❑ Le Grand Chemin : environ 120 jeunes rejointes par leur programme thérapeutique; utilisation de l'outil standardisé IGT et orientation des jeunes vers le mécanisme d'accès jeunesse. ❑ En ce qui concerne le traitement de substitution, les personnes sont orientées vers le Cran et les deux autres centres spécialisés (service de médecine des toxicomanies du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et le Centre de médecine familiale Hertzl de l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. David (Hôpital général juif)). ❑ Certains CSSS disent avoir déjà à leur disposition les outils de repérage (CAGE-AID et LIE-BET) et de dépistage (DEBA-A, DEBA-J et DEP-ADO) et avoir reçu la formation. Il importe de noter que les intervenants de tous les CSSS ont reçu la formation DEP-ADO en 2006-2007; cette formation est offerte à environ 6 à 7 groupes d'une vingtaine d'intervenants chaque année. ❑ De plus, dans le cadre du programme de formation de l'INSPQ, les volets suivants ont été offerts dans la région de Montréal en 2009-2010 : • Volet traitement de substitution pour les personnes dépendantes aux opiacés : des formations ont été offertes aux professionnels de la santé (médecins, infirmières et intervenants psychosociaux); • Volet ITSS : deux types de formations sont	

OBJECTIFS	SERVICES	BILAN	ÉCARTS
		disponibles sur la réduction des méfaits : ○ des formations plus générales; ▪ ITSS (40 participants en 2009); ▪ IPPAP (33 participants en 2009); ▪ mise à jour sur les ITSS, les hépatites et le travail de proximité (16 participants en 2009). ○ des formations plus ciblées : ▪ ITSS et usage de drogue : comprendre la double problématique et intervenir en réduction des méfaits (phase 1) (23 participants en 2009); ▪ résolution de problèmes dans l'application de l'approche de réduction des méfaits (phase 2) (17 participants en 2009); ▪ injection à risques réduits et infections des tissus mous (22 participants en 2009). ➤ Formation de 1^{re} ligne adulte en dépendance (1^{er} volet) pour tous les CSSS suivants	

OBJECTIFS	SERVICES	BILAN	ÉCARTS
<u>FICHE 2 – INTERVENTION PRÉCOCE POUR PRÉVENIR L’AGGRAVATION DE LA SITUATION</u> RESPONSABILITÉ : CSSS (CLSC)			
➤ 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 leurs problèmes de consommation. ➤ Développer ou consolider les compétences personnelles et sociales. ➤ Diminuer le nombre de personnes qui vivront une dépendance en toxicomanie ou en jeu pathologique par une intervention précoce.	▪ Informent les personnes détectées et à risque de dépendance. ▪ Établissent un plan d’intervention. ▪ Favorisent le développement des compétences personnelles et sociales chez les personnes à risque. ▪ Assurent un suivi psychosocial auprès de ces personnes.	□ CSSS : L’intervention précoce est implantée seulement dans 25 % des CSSS. □ À ce jour, les quatre CSSS suivants ont reçu un budget pour l’implantation du programme Alcochoix+ : ▪ CSSS Cavendish : 47 personnes rejointes; ▪ CSSS du Cœur-de-l’Île : 50 personnes rejointes; ▪ CSSS Lucille-Teasdale : données non disponibles; ▪ CSSS de la Pointe-de-l’Île : le programme est en voie de mise en place. □ CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel : Alcochoix+ et intervention brève sont offerts, données non disponibles. □ CSSS d’Ahuntsic et Montréal-Nord : 285 personnes rejointes (incluant le milieu carcéral) en intervention brève et moyen terme; les intervenants des équipes accueil-évaluation-orientation (AEO), santé mentale jeunesse, et DI-TED ont reçu plusieurs formations et le programme Alcochoix+ est amorcé. □ CSSS de la Montagne : 199 personnes rejointes en intervention psychosociale. □ CSSS du Sud-Ouest—Verdun, CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle, CSSS Jeanne-Mance: services offerts, données non disponibles.	➤ Peu de services sont offerts aux personnes ayant une consommation problématique ou à risque, mais faible, et ne nécessitant pas de services spécialisés. ➤ Besoin de personnel qualifié et d’un programme de formation pour le traitement spécifique des dépendances. Déploiement de la formation de 1^{re} ligne adulte en dépendance prévu au printemps et à l’automne 2010. ➤ Le programme Alcochoix+ devrait être implanté dans les 12 CSSS d’ici 2011, selon les attentes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). ➤ Un budget de développement au montant de 73 396 \$ est octroyé en 2009-2010 pour la mise en place d’un poste d’intervenant dédié au programme Dépendances dans les cinq CSSS suivants : ▪ CSSS Jeanne-Mance; ▪ CSSS Lucille-Teasdale; ▪ CSSS de la Pointe-de-l’Île; ▪ CSSS d’Ahuntsic et Montréal-Nord; ▪ CSSS du Cœur-de-l’Île; et devrait être étendu à tous les CSSS. Le CSSS de la Montagne a mis en place un poste d’intervenant Dépendances à même son budget.

OBJECTIFS	SERVICES	BILAN	ÉCARTS
			Saisit des données non disponibles dans tous les CSSS et les données recueillies dans le système d'information soulèvent des doutes quant à leur fiabilité.

OBJECTIFS	SERVICES	BILAN	ÉCARTS
<i>FICHE 3 – SUIVI PSYCHOSOCIAL AU TERME D’UN TRAITEMENT SPÉCIALISÉ</i> RESPONSABILITÉ : CSSS (CLSC)			
➤ 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 de la personne dépendante. ➤ Réduire le nombre de rechutes.	▪ Accueillent les personnes que leur réfèrent les CRD. ▪ Établissent un plan d’intervention. ▪ Favorisent le développement des compétences personnelles et sociales chez les personnes dépendantes. ▪ Assurent un suivi psychosocial auprès des personnes dépendantes.	□ CSSS : de façon générale, on note l’absence d’un programme de suivi post-traitement propre aux dépendances dans les CSSS. Le suivi psychosocial faisant partie des services offerts en CLSC, l’intervention peut être offerte dans ce contexte. De plus, le personnel n’a pas reçu la formation requise pour effectuer ce type d’intervention. □ CHUM : 311 personnes rejointes. □ Le Centre de recherche et d’aide pour narcomanes (Cran) assure des services psychosociaux pour les patients en traitement de substitution qui sont suivis par les médecins de la communauté. □ Centre universitaire de santé McGill (CUSM) : 436 personnes rejointes; dépistage et évaluation pour toute forme de trouble lié à la consommation d’une substance et pour désordre psychiatrique. Psychoéducation et soins pour désordre psychiatrique concomitant, s’il y a lieu.	Services à développer dans les CSSS.

OBJECTIFS	SERVICES	BILAN	ÉCARTS
FICHE 4 – SUIVI PSYCHOSOCIAL ET MÉDICAL AVEC SOUTIEN À LA MÉTHADONE RESPONSABILITÉ : CSSS (CLSC)(1)			
➤ Maintenir ou améliorer de façon significative les conditions de vie des personnes qui vivent une dépendance aux opioïdes. ➤ Réduire les méfaits liés à la consommation d’opioïdes. ➤ Diminuer le nombre de personnes dépendantes des opioïdes. ➤ Maintenir un plus grand nombre de personnes toxicomanes dans un programme de substitution conjugué à un programme de réinsertion sociale.	▪ Accueillent les personnes qui leurs sont adressées. ▪ Établissent un plan d’intervention. ▪ Appliquent le traitement à la méthadone et assurent le suivi médical amorcé en CRD. ▪ Réfèrent la personne au CRD lorsque le plan d’intervention doit être revu ou ajusté. ▪ Remplissent les exigences et respectent les règles précisées dans les lignes directrices sur la méthadone du Collège des médecins et dans le cadre de référence et guide des bonnes pratiques du ministère pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution.	□ CSSS : aucun service de ce type n’est offert au sein des CSSS, à l’exception du CSSS Jeanne-Mance où le personnel des services généraux a été formé pour accueillir les clients stabilisés et référés par le Cran; 79 personnes sont rejointes dont 12 sont retenues pour un suivi dans le cadre du projet pilote. □ Dans la région de Montréal, le traitement de substitution est assumé par le Cran, le CHUM et l’Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital général juif) : ▪ CHUM : 258 personnes rejointes; un programme de substitution avec agonistes (méthadone et buprénorphine) est disponible, soit dans le programme intermédiaire (9 mois) ou de maintien à long terme; ▪ Cran : 731 personnes rejointes; ▪ Hôpital général juif : environ 400 personnes rejointes; □ Le CUSM offre un traitement basé sur l’abstinence pour les troubles liés à une substance.	▸ Le projet de transfert des patients stabilisés devrait être étendu aux autres CSSS sous forme d’entente cadre avec le Cran. ▸ Entente à prévoir avec le Cran afin d’assurer la prise en charge éventuelle des patients dépendants des opioïdes référés par les équipes de liaison implantées dans les urgences.

(1) Dans la région de Montréal, les services de traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution peuvent être offerts par certains centres hospitaliers et par le CRAN.

OBJECTIFS	SERVICES	BILAN	ÉCARTS
<u>FICHE 5 – DÉSINTOXICATION EXTERNE ET INTERNE ET SUIVI PSYCHOSOCIAL</u> RESPONSABILITÉ : CSSS (CLSC ET CENTRES HOSPITALIERS GÉNÉRAUX)			
➤ 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 général ou d'urgence. ➤ Augmenter le nombre de personnes qui bénéficient de services internes de désintoxication pour diminuer les conséquences d'une intoxication grave sur leur état de santé général.	▪ Accueillent les personnes intoxiquées et évaluent leur état de santé général et l'intensité anticipée du sevrage. ▪ Établissent un plan d'intervention. ▪ Appliquent le traitement et assurent le suivi. ▪ Orientent la personne vers les services adaptés, le cas échéant.	□ La désintoxication en milieu hospitalier est effectuée au CHUM, qui devient la porte d'entrée pour les cas ne nécessitant pas d'intervention médicale ou de type hospitalier et qui sont référés vers les centres appropriés : ▪ CHUM : 365 personnes rejointes en désintoxication externe et 681 personnes rejointes en désintoxication interne; le service de médecine des toxicomanies a le mandat de voir au traitement des personnes à risque de présenter des sevrages sévères. Le service a un mandat suprarégional et la population desservie en provenance de régions limitrophes constitue une proportion de 30 %. ▪ CUSM : 109 personnes rejointes en désintoxication externe et 38 personnes rejointes en désintoxication interne. L'unité d'alcoologie et de toxicomanie du CUSM fournit une cure de désintoxication des substances aux patients hospitalisés et en clinique externe; 4 lits sont disponibles pour les patients qui ne peuvent pas compléter en externe.	➤ Des corridors de services sont à développer avec des ressources spécialisées (CRD-CH) afin de diriger les personnes vers le bon service.

OBJECTIFS	SERVICES	BILAN	ÉCARTS
<u>FICHE 6 – PROGRAMME RÉGIONAL D’ÉVALUATION SPÉCIALISÉE</u> RESPONSABILITÉ : CRD			
➤ Améliorer l’expertise pour mieux déterminer le niveau de gravité de la dépendance. ➤ Améliorer l’orientation des clientèles. ➤ Diminuer le temps d’attente pour l’évaluation. ➤ Soutenir les personnes en attente de traitement.	▪ Traitent les dossiers qui leurs sont adressés et les demandes qui leurs sont faites par les organismes partenaires. ▪ Disposent d’une équipe de liaison assignée aux dépendances dans les urgences hospitalières. ▪ Contactent les personnes devant être évaluées et les accueillent. ▪ Orientent les personnes vers les services appropriés à leur situation : ○ Les clientèles à risque vers les CSSS; ○ Celles présentant un problème d’abus ou de dépendance vers les CRD. ▪ Offrent une expertise-conseil et du soutien aux professionnels des établissements du réseau.	□ À Montréal, les volets suivants sont implantés : ▪ Les deux CRD, le CRDM et le CRD Foster (pour la clientèle anglophone) offrent un service d’accueil, d’évaluation et d’orientation : ○ CRDM : 3 237 personnes rejointes en 2007-2008 (majoritairement des hommes adultes présentant des problématiques d’alcool et de polytoxicomanie; 11 personnes en lien avec une problématique de jeu pathologique). ○ CRD Foster : 990 personnes rejointes (632 adultes et 132 joueurs). ▪ Le mécanisme d’Accès en Toxicomanie pour les jeunes de la région de Montréal (MATJM), coordonné par le CRDM, a rejoint 1 700 jeunes de 11 à 18 ans depuis sa mise en place en octobre 2006 : En 2008-2009, 494 jeunes ont été rejointes par le mécanisme d’accès; ○ CRD Foster : 236 jeunes (majoritairement des garçons présentant des problématiques de drogue et de polytoxicomanie); ▪ Un service d’évaluation spécialisée au tribunal est également offert par le CRDM; ▪ Une équipe de liaison à l’urgence de l’Hôpital Maisonneuve-Rosemont est en place depuis février 2009 : 500 personnes rejointes au total depuis le début de l’offre de service au 31 mars 2010.	➤ Mécanisme d’accès adulte à mettre en place. ➤ En plus des équipes de liaisons déjà en place à l’Hôpital Notre-Dame du CHUM, à l’Hôtel-Dieu du CHUM et à l’Hôpital Maisonneuve-Rosemont, des équipes de liaison aux urgences des hôpitaux ciblés par le MSSS sont à mettre en place dans les urgences suivantes : ▪ Hôpital général de Montréal du CUSM; ▪ Hôpital St-Luc du CHUM; ▪ Hôpital St-Mary’s; ▪ Hôpital de Verdun.

OBJECTIFS	SERVICES	BILAN	ÉCARTS
		❑ Le Cran a procédé à l'évaluation de 128 utilisateurs de drogues injectables (UDI) dans le cadre de son mandat en traitement de substitution et a assuré le mécanisme d'accès inter et intra régional ainsi qu'international. ❑ CHUM : 379 personnes rejointes en urgence hospitalière. ❑ CUSM : 218 personnes rejointes; traitement intégré : évaluation / suivi psychiatrique et services dépendances; l'unité d'alcoologie et de toxicomanie offre le dépistage et l'évaluation pour toutes les formes de troubles liés à une substance et tout désordre psychiatrique concomitant.	

OBJECTIFS	SERVICES	BILAN	ÉCARTS
<u>FICHE 7 – RÉADAPTATION EXTERNE ET INTERNE</u> RESPONSABILITÉ : CRD (2)			
➤ Améliorer de façon significative la santé et le bien-être des personnes en consolidant les acquis permettant de réduire ou de cesser la consommation de drogues et d'alcool et la pratique des jeux de hasard et d'argent. ➤ Augmenter le nombre de personnes qui cesse ou qui réduit leur consommation. ➤ Favoriser la réinsertion sociale et professionnelle. ➤ Réduire les méfaits associés à la consommation de psychotropes et aux jeux de hasard et d'argent.	▪ Accueillent les personnes qui leurs sont adressées, en priorisant les jeunes, les femmes enceintes, les femmes ayant de jeunes enfants et les personnes ayant un problème de santé mentale. ▪ Établissent un plan d'intervention individualisé. ▪ Prévoient et appliquent un plan de suivi ou de maintien à la méthadone et réfèrent la personne aux services spécifiques du CSSS selon ses besoins. ▪ Prévoient et appliquent un plan de suivi en réinsertion sociale. ▪ Collaborent avec les partenaires du réseau pour leur offrir du soutien, de la formation et de l'expertise-conseil.	□ Ce service, relevant de la responsabilité des CRD, est implanté et offert au sein des établissements suivants : ▪ CRDM : 8 644 personnes rejointes en réadaptation externe, dont 1 012 pour le soutien à l'entourage et 218 personnes rejointes en réadaptation interne (majoritairement des hommes adultes); parmi ces personnes, 434 ont reçu des services en lien avec une problématique de jeu pathologique; ▪ CRD Foster : 1 446 personnes rejointes (dont 266 jeunes) en externe et 294 en interne (approche psychosociale); majoritairement des hommes adultes de toutes problématiques; rejoignent aussi des femmes enceintes (33) et des personnes présentant des problèmes de santé mentale (100); parmi ces personnes, 200 ont reçu des services en lien avec une problématique de jeu pathologique; ▪ Portage : 452 personnes rejointes en réadaptation interne (communauté thérapeutique); (jeunes et adultes, majoritairement des hommes présentant des problématiques de drogue et de polytoxicomanie); ▪ CHUM : 258 personnes rejointes en réadaptation externe; ▪ CUSM : 349 personnes rejointes; ▪ Maison Jean Lapointe : 531 personnes rejointes en externe (dont 491 en lien avec une problématique de jeu pathologique) et 464 personnes en interne (dont 73 en lien avec une problématique de jeu pathologique; (majoritairement des hommes	➤ Prévoir des contrats de services dans le contexte de la trajectoire de l'offre de service régionale pour les services offerts par la Maison Jean Lapointe et le Grand Chemin et dont la responsabilité relève des CRD. ➤ La trajectoire de services est à revoir dans le contexte des responsabilités des établissements identifiées dans l'offre de service du MSSS.

OBJECTIFS	SERVICES	BILAN	ÉCARTS
	(2) Dans la région de Montréal, les services de traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution sont donnés par certains centres hospitaliers et par le CRAN.	adultes). □ Pour le CRDM, en ce moment, les parents ayant de jeunes enfants sont priorisés dans le programme JESSIE et les personnes ayant un problème de santé mentale sont en voie de l’être. De plus, deux ententes sont signées avec les CSSS Jeanne-Mance et d’Ahuntsic et Montréal-Nord. Le CRDM a trois intervenantes au CSSS de la Pointe-de-l’Île. □ Le CUSM accorde la priorité aux femmes enceintes, aux patients qui viennent de compléter un programme de réhabilitation résidentielle et aux patients qui ont complété le programme au CUSM. □ Le Grand Chemin offre des services de réadaptation aux jeunes, majoritairement des garçons (approche 12 étapes) : 109 jeunes rejoints. □ Le Cran assume l’ensemble de ses responsabilités, dans le cadre de son domaine d’action (traitement de substitution) : 1827 personnes rejointes.	

OBJECTIFS	SERVICES	BILAN	ÉCARTS
<u>FICHE 8 – RÉINSERTION SOCIALE</u> RESPONSABILITÉ : CRD			
➤ 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 et dans la société. ➤ Diminuer le nombre de rechutes.	▪ Établissent un plan d'intervention individualisé qui poursuit des objectifs visant la réinsertion ainsi qu'un plan de fin de traitement pour chacune des personnes. ▪ Appliquent le plan d'intervention et en font la révision continue. ▪ Informent et outillent les personnes sur les ressources pouvant contribuer à développer leur autonomie.	□ La réinsertion sociale est implantée au sein des établissements suivants : ▪ CRDM : 40 personnes rejointes dont 7 en lien avec un problème de jeu pathologique; ▪ CHUM : données non disponibles; ▪ CRD Foster : 155 personnes rejointes dont 31 en lien avec un problème de jeu pathologique et 12 personnes de l'entourage; ▪ Portage : données non disponibles; ▪ CUSM : 50 personnes rejointes; ▪ Cran : 731 personnes rejointes en réinsertion sociale, dans le contexte du mandat en traitement de substitution.	

OBJECTIFS	SERVICES	BILAN	ÉCARTS
<u>FICHE 9 – DÉSINTOXICATION EXTERNE INTENSIVE ET DÉSINTOXICATION AVEC HÉBERGEMENT</u> RESPONSABILITÉ : CRD			
➤ 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 faites par les CRD. ➤ Diminuer le recours aux services de désintoxication en centre hospitalier général et d'urgence.	Accueillent les personnes et évaluent leur état de santé générale et l'intensité anticipée du sevrage : ○ Désintoxication externe intensive; ○ Désintoxication avec hébergement (lits de désintoxication en CRD). ▪ Établissent un plan d'intervention individualisé. ▪ Appliquent le traitement et assurent le suivi. ▪ Orientent les personnes vers les services adaptés, le cas échéant.	□ Ce service est implanté au sein des établissements suivants : ▪ CRDM, avec hébergement : 1 005 personnes rejointes (majoritairement des hommes adultes, de toutes problématiques); 30 personnes en lien avec un problème de jeu pathologique ; ▪ CHUM : 365 personnes rejointes en désintoxication externe et 681 avec hébergement. Le service de médecine des toxicomanies possède un mandat suprarégional et reçoit la clientèle de plusieurs régions de la province et a comme mandat, notamment : ➤ Le traitement des sevrages complexes (hospitalisation ou ambulatoire) ne pouvant être effectué sans supervision médicale ou sans milieu hospitalier; ➤ Le traitement des personnes toxicomanes présentant des comorbidités complexes (santé mentale ou santé physique); ➤ Le traitement (ou ajustement de la médication) des personnes présentant des problématiques de douleurs chroniques avec ou sans problèmes de toxicomanie. ▪ CUSM : 61 personnes rejointes en désintoxication externe intensive; Cure de désintoxication des substances aux patients hospitalisés; en majorité, désintoxication externe avec suivi médical régulier; 4 lits réservés pour les patients incapables de	➤ Contrat de services à prévoir avec la Maison Jean-Lapointe qui offre ce service relevant de la responsabilité du CRD. ➤ La trajectoire de services est à revoir dans le contexte des responsabilités des établissements identifiées dans l'offre de service du MSSS.

OBJECTIFS	SERVICES	BILAN	ÉCARTS
		compléter leur désintoxication externe pour des raisons médicales ou psychiatriques. ▪ Maison Jean Lapointe : 107 personnes rejointes en désintoxication avec hébergement en 2008-2009 (majoritairement des hommes adultes). Dispose de médecins et infirmières qui assurent la désintoxication et appliquent le plan d'intervention pour la clientèle admise ou référée par d'autres ressources.	

OBJECTIFS	SERVICES	BILAN	ÉCARTS
<u>FICHE 10 – SOUTIEN À L'ENTOURAGE</u> RESPONSABILITÉ : CRD			
➤ Préserver ou accroître le mieux-être des proches et des membres de la famille d'une personne dépendante. ➤ Éviter les ruptures et l'éloignement entre les personnes dépendantes et leur entourage. ➤ Augmenter l'efficacité des interventions auprès de personnes alcooliques, toxicomanes ou joueuses pathologiques.	▪ Accueillent l'entourage et l'informent sur les services offerts. ▪ Favorisent, lorsque c'est possible, les personnes de l'entourage dans le plan d'intervention des personnes qui reçoivent des services spécialisés. ▪ Évaluent les besoins de l'entourage et conçoivent un plan d'intervention adapté.	□ Des services de soutien à l'entourage sont offerts au CRDM, au CRD Foster, au CUSM, à la Maison Jean-Lapointe, au Grand Chemin et au Cran, dans le cadre de son mandat en traitement de substitution. De plus, une évaluation ponctuelle, référence, des rencontres familiales ou avec l'entourage peuvent être organisées au besoin au sein du CHUM : ▪ CHUM : données non disponibles; ▪ CRDM : 1 012 personnes rejointes; ▪ CRD Foster : 279 personnes rejointes, dont 49 en lien avec un problème de jeu pathologique; ▪ Le Grand Chemin : 215 personnes rejointes; ▪ Maison Jean-Lapointe : 330 personnes rejointes, dont 128 en lien avec un problème de jeu pathologique; ▪ CUSM : 109 personnes rejointes; ▪ CSSS du Cœur-de-l'Île : 3 personnes rejointes.	

OBJECTIFS	SERVICES	BILAN	ÉCARTS
<i>FICHE 11 – INTERVENTION DE CRISE AUPRÈS DES JOUEURS EN DIFFICULTÉ DANS LES CASINOS ET LES SALONS DE JEUX</i> RESPONSABILITÉ : LES RESSOURCES			
➤ Intervenir rapidement auprès des personnes en situation de crise dans les casinos et les salons de jeux. ➤ Diminuer le nombre de tentatives de suicide et conséquemment de morts causés par suicide. ➤ Réduire les méfaits causés par le jeu pathologique. ➤ Orienter rapidement la personne vers la ressource adaptée à ses besoins.	▪ Sont disponibles jour et nuit, tous les jours. ▪ Répondent en moins de 30 minutes aux demandes formulées par la ou les instances désignées dans chacune des installations de jeux. ▪ Offrent du soutien et une expertise-conseil au personnel des casinos et des salons de jeux. ▪ Désamorcent la crise et diminuent la détresse des joueurs pathologiques. ▪ Orientent et accompagnent la personne vers la ressource appropriée pour une prise en charge immédiate. ▪ Assurent la prise en charge de la personne par les services spécialisés des CRD.	□ À Montréal, la Maison Jean-Lapointe a le mandat d'intervention de crise auprès des joueurs en difficulté au casino et dans les salons de jeu et le CRD Foster est un partenaire du programme d'intervention de crise dans les casinos : 60 personnes rejointes.	

Annexe 4 – Organismes communautaires de la catégorie alcoolisme/toxicomanie et autres dépendances du PSOC

Organismes communautaires de la catégorie alcoolisme/toxicomanie et autres dépendances du PSOC

(Information tirée des rapports annuels présentés à l’Agence de Montréal)

ORGANISMES	ACTIVITÉS PRINCIPALES	CLIENTÈLES REJOINTES
Approche sécurisante des polytoxicomanes anonymes (centre A.S.P.A.)	- Thérapie intensive de groupe et suivi individuel en centre externe pour des personnes aux prises avec un problème de toxicomanie - Information et soutien aux proches de personnes toxicomanes (ateliers de groupe, rencontres individuelles) - Programme d’information et de prévention s’adressant à la communauté (conférences et ateliers)	Adultes (hommes et femmes) Parents, conjoint et entourage de personnes polytoxicomanes Organismes, institutions scolaires, entreprises privées
Centre d’orientation et de prévention d’alcoolisme et de toxicomanie pour les latino-américains (COPATLA)	- Réunions d’information sur la toxicomanie - Entrevues individuelles - Thérapie de groupe - Distribution alimentaire (Familles et individus d’origine latino-américaine récemment arrivés au pays)	Adultes (hommes et femmes) d’origine latino-américaine aux prises avec un problème de toxicomanie
Centre Richard Boivin pour alcooliques et toxicomanes inc.	Organisme en processus de retrait du PSOC (l’organisme est en cours de dissolution)	
Escale Notre-Dame (L’) (certifié par le MSSS)	- Thérapie interne (avec hébergement) : 2 rencontres de groupe par jour et 1 suivi individuel par semaine - Accompagnement ponctuel sur demande auprès des anciens résidents	Hommes adultes de 18 à 35 ans
Grand Chemin inc. (Le) (certifié par le MSSS)	- Thérapie interne (avec hébergement) : 8 à 10 semaines - Suivi postcure (4 mois) - Services à la famille (suivis de type familial, ateliers)	Adolescents (garçons et filles) âgés de 12 à 17 ans et leur famille
Grip Montréal	- Stands d’information et interventions préventives et en milieu festif (rave, afterhours) - Animations préventives et stands d’information en milieu scolaire (niveau du secondaire) et autres lieux fréquentés par les jeunes - Développement et vente de matériel de prévention - Veilles scientifiques et de recherches - Projet de recherche en collaboration - Formation aux intervenants	Jeunes (garçons et filles) Jeunes adultes Intervenants psychosociaux Organismes communautaires

ORGANISMES	ACTIVITÉS PRINCIPALES	CLIENTÈLES REJOINTES
Groupe communautaire l'itinéraire (Le)	▪ Service alimentaire (repas servi par l'entremise du Café L'itinéraire) ▪ Réinsertion sociale ▪ Insertion socioprofessionnelle (camelots pour la vente du journal, personnes travaillant à la rédaction des articles, service d'accompagnement, offre de plateaux de travail adaptés aux personnes éloignées de l'emploi) ▪ Intervention psychosociale (rencontres individuelles et de groupe, accompagnements divers, etc.). Le centre est ouvert 7 jours sur 7 ▪ Réalisation et publication du magazine l'itinéraire ▪ Programme de réinsertion sociale pour les jeunes (Projet d'aide aux jeunes de la rue) : réalisation et production des vidéos en compagnie de professionnels	Personnes itinérantes (hommes et femmes) Jeunes de la rue (garçons et filles) âgés de 18 à 30 ans
Groupe Harmonie	▪ Interventions, par une équipe formée de professionnels, d'intervenants spécialisés et de bénévoles, dans le milieu de vie des personnes ▪ Services aux proches aidants (aide et soutien aux familles) ▪ Séances d'information et de sensibilisation dans la communauté sur la gérontoxicomanie ▪ Formation auprès des professionnels de la santé et des services sociaux	Personnes âgées de 55 ans et plus (hommes et femmes) présentant un problème de dépendance à l'alcool, aux médicaments ou à d'autres substances Familles, proches et entourage de la personne concernée
Logis Phare	▪ L'organisme offre 7 appartements supervisés pour personnes en traitement de substitution aux opiacés (durée maximale du séjour : 3 ans) ▪ Intervention et suivi personnalisé ▪ Accompagnement des résident(e)s dans leur démarche de réinsertion sociale ▪ Halte-garderie et animation pour les petits ▪ Activités organisées pour les familles (cuisine collective, soupers de groupe, camp de vacances)	Femmes enceintes, familles monoparentales et couples avec enfants en traitement avec méthadone
Maison de réhabilitation l'Exode inc. (certifié par le MSSS)	L'organisme offre deux programmes distincts dans des pavillons différents : Pavillon Émilie-Gamelin : ▪ Hébergement dépannage pour hommes et femmes d'une durée de 14 jours. La clientèle est référée par le CRDM ▪ Capacité totale : 16 lits ▪ Rencontres individuelles pour offrir du soutien aux résidents dans leurs démarches (recherche d'emploi, de logement, démarches médicales) et établissement d'un plan d'action Pavillon André-Dumont	Hommes et femmes de 18 ans et plus aux prises avec un problème de toxicomanie ou autres dépendances

ORGANISMES	ACTIVITÉS PRINCIPALES	CLIENTÈLES REJOINTES
	▪ Hébergement long terme et réinsertion sociale pour hommes et femmes (capacité : 12 lits) ▪ Rencontres thématiques de groupe ▪ Rencontres individuelles ▪ Accompagnement juridique ▪ Suivi post-cure	Hommes et femmes de 18 ans et plus aux prises avec un problème de toxicomanie ou autres dépendances
Maison Jean Lapointe inc. (La) (certifié par le MSSS)	▪ Thérapie interne (48 places et durée moyenne des séjours : 21 jours) ▪ suivis postcures de 12 semaines et 1 suivi mensuel durant 12 mois ▪ Services de santé (supervision des personnes en désintoxication) ▪ Programmes de sensibilisation (prévention des risques associés à la consommation, jeux de hasard et d'argent) ▪ Programme de formation (offert aux employés loto-Québec) ▪ Programme d'évaluation (accréditation de la SAAQ pour l'évaluation des conducteurs récidivistes) ▪ Intervention de crise (intervenants au casino de Montréal) ▪ Programme de soutien (pour les familles) ▪ Recherche et développement (mise à jour de sites web, jeux virtuels en ligne d'autoévaluation, etc.)	Hommes et femmes de plus de 18 ans qui ont développé une dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues ou qui éprouvent des difficultés avec le jeu. Familles de ces personnes
Méta d'Âme	▪ Programme de réinsertion sociale ▪ Centre de jour (groupes de discussion, activités et sorties culturelles, repas communautaire, ateliers d'art, journal de l'organisme) ▪ Relation d'aide ▪ Accompagnement (milieu hospitalier, judiciaire, communautaire, gouvernemental) ▪ Aide à la recherche d'emploi et à la recherche de logement ▪ Travail de proximité ▪ <i>Les services sont offerts par des pairs aidants qui ont expérience personnelle de la toxicomanie et du rétablissement.</i> ▪ L'organisme offre également 22 logements sociaux de transition avec soutien communautaire.	Adultes toxicomanes (hommes et femmes) ayant ou ayant eu une dépendance aux opioïdes et recevant un traitement pour ce type de dépendance
Nouvelle approche humanitaire d'apprentissage	▪ Centre d'hébergement en réinsertion sociale pour les hommes de 35 ans et plus aux prises avec des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie et d'itinérance. (Durée du séjour : 9 à 12 mois ; capacité : 20 places) ▪ Suivi psychosocial (rencontres individuelles et de groupes) ▪ Comptoir vestimentaire pour les familles défavorisées du quartier Hochelaga-Maisonneuve ▪ Aide alimentaire pour les familles défavorisées du quartier (comptoir alimentaire et dépannage alimentaire d'urgence)	▪ Adultes masculins (35 ans et plus) aux prises avec des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie et d'itinérance. Familles du quartier Hochelaga-Maisonneuve

ORGANISMES	ACTIVITÉS PRINCIPALES	CLIENTÈLES REJOINTES
Projet de prévention des toxicomanies : Cumulus	▪ Animation d’ateliers de prévention des toxicomanies en milieu scolaire (primaire et secondaire) et dans des centres d’éducation aux adultes ▪ Animation d’ateliers pour les parents ▪ formation pour les enseignants et les intervenants ▪ Intervention individuelle auprès des jeunes ayant des troubles de consommation	Jeunes (garçons et filles) Parents des jeunes
Projet T.R.I.P.	▪ Activités d’information et événements thématiques (kiosques d’information, animation dans l’école, semaines thématiques) ▪ Rencontres dans les groupes-classes sur la prévention de la toxicomanie et prévention de la violence ▪ Intervention et relation d’aide ▪ Travail de milieu (à l’intérieur de l’école et à l’extérieur) ▪ Soutien auprès des jeunes pour la réalisation de projets ▪ Réalisation d’activités avec les jeunes (club de plein-air, camp d’été, etc.)	Jeunes (garçons et filles) âgés de 12 à 20 ans de l’école Pierre Dupuy et du quartier Centre –Sud de Montréal

Direction associée de la gestion des dossiers régionaux
 Coordination activités communautaires et programme Services généraux
 2010-04-21

Annexe 5 - Sommaire des constats et priorités

Le bilan a fait ressortir les acquis du réseau de la santé et des services sociaux et les éléments à améliorer en lien avec les services offerts en dépendances.

POUR LA PREMIÈRE LIGNE

Les acquis sont :

- Le déploiement de la formation première ligne adulte en dépendances du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans tous les centres de santé et de services sociaux (CSSS), finalisé au cours de l'hiver 2011; des formations portant sur les traitements de substitution sont également offertes;
- L'implantation du programme Alcochoix+ dans 5 CSSS de la région de Montréal;
- La mise en place d'un intervenant pivot en dépendances dans 6 CSSS;
- Les services de détection, orientation et intervention précoce sont offerts de façon partielle ou inégale d'un CSSS à l'autre;
- Des services d'accès au matériel d'injection dans 13 sites CLSC et près de 100 pharmacies;
- Des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS déployés auprès des UDI dans 6 CSSS;
- Le suivi du projet pilote d'intervention de prévention de jeux d'argent dans 3 territoires de CSSS;
- La mise en place d'un comité intersectoriel de coordination régional des jeux d'argent et dépendances animé par la Direction de santé publique.

Les éléments à préciser et à améliorer sont :

- Terminer le déploiement de la formation du MSSS au regard des volets qui visent le personnel des urgences en centre hospitalier et l'approche motivationnelle;
- S'entendre sur les terminologies et développer un langage commun basé sur les concepts, tels que définis dans le cadre de la formation première ligne adulte en dépendances;
- Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus en dépendances à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique;
- Développer une offre de services spécifiques en dépendances dans les CSSS, en particulier auprès des clientèles les plus vulnérables ciblées par l'offre de services du MSSS (incluant promotion/prévention, détection, orientation, intervention précoce et suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé);
- Terminer le déploiement du programme Alcochoix+ dans tous les CSSS;
- S'assurer que chaque CSSS dispose d'un intervenant professionnel, à temps plein, dédié spécifiquement au programme-services Dépendances;
- Uniformiser les procédures de repérage de la clientèle à risque par le renforcement et le support à l'utilisation des outils de détection validés et standardisés au niveau de l'ensemble des CSSS;
- Implanter des modalités de saisie des données uniformisées dans tous les CSSS et élaborer un plan intégré de monitoring des services offerts en dépendances.
- Poursuivre le développement du volet répit-dégrisement pour les personnes itinérantes ou à risque de le devenir;
- Augmenter le nombre de sites CLSC et de pharmacies qui offrent le matériel d'injection;
- Intensifier les services de proximité (dépistage du VIH et du VHC, services psycho-sociaux) dans les milieux de vie des personnes UDI, y compris le milieu carcéral;
- Augmenter l'implication des médecins de première ligne et renforcer le rôle-pivot de l'intervenant dédié à l'accompagnement des personnes atteintes du VHC;
- Explorer la possibilité de déployer le projet pilote d'intervention de prévention des dépendances, incluant les jeux d'argent, dans l'ensemble des territoires de CSSS;

- Explorer la possibilité d'élargir à l'ensemble des CSSS la participation au comité intersectoriel de coordination régional jeux d'argent et dépendances;
- Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus et de dépendances à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique.

POUR LES SERVICES SPÉCIALISÉS

Les acquis sont :

- Des services d'accueil, évaluation et orientation pour les personnes ayant un problème de dépendances;
- Services d'évaluation spécialisée au tribunal offerts par le Centre de réadaptation en dépendances de Montréal (CRDM);
- Le développement et le déploiement de pratiques de pointes reconnues, par exemple : le programme justice court terme et intervention auprès des clientèles judiciairisées, l'intervention auprès des parents et des enfants 6-12 ans, l'intervention auprès des usagers présentant un symptôme de stress post-traumatique, l'intervention en matière de boire contrôlé (Alcochoix+);
- Des services de traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution offerts par le Centre de recherche et d'aide pour les narcomanes (Cran), en collaboration avec le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis (Hôpital général juif); des services de substitution dans plusieurs milieux cliniques (L'Actuel, Quartier latin, la clinique 1851); un mécanisme d'accès en place et coordonné par le Cran;
- Un mécanisme d'accès en toxicomanie pour les jeunes de la région de Montréal en place et coordonné par le CRDM depuis 2006;
- Des services de désintoxication externes et internes, de réadaptation externes et internes et de réinsertion sociale offerts par plusieurs établissements;
- Une équipe de liaison à l'urgence de 7 hôpitaux;
- Des services de 3^e ligne offerts à la Clinique Cormier-Lafontaine;
- Des services de soutien à l'entourage offerts par certains établissements et organismes;
- Des services en intervention de crise auprès des joueurs en difficulté offerts par La Maison Jean Lapointe;
- Des milieux cliniques spécialisés privés et publics (UHRESS, services de médecine des toxicomanies, GMF, etc.) qui ont développé une expertise dans le traitement du VIH, de la co-infection VIH-VHC chez des personnes présentant de multiples comorbidités (toxicomanie, santé mentale, etc.).
- Mise en place un programme de traitement des toxicomanies relié au tribunal.

Les éléments à préciser et à améliorer sont :

- Développer et consolider le programme de traitement de substitution, principalement en première ligne;
- Élargir, auprès d'autres CSSS, le projet de transfert des patients stabilisés dans le contexte du suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone, en ajustant les modalités d'implantation à la lumière des résultats de l'évaluation;
- Procéder à l'évaluation des besoins régionaux reliés au mécanisme d'accès en toxicomanie pour les jeunes incluant les jeunes anglophones de la région de Montréal, en lien notamment avec le manque de ressources d'hébergement court terme (besoin de lits pour sevrage léger et évaluation); Évaluation du mécanisme d'accès dans le cadre du projet de recherche du MSSS;
- Mettre en place des équipes de liaison dans les urgences hospitalières ciblées par le MSSS;
- Évaluer l'impact du déploiement des équipes de liaison dans les urgences hospitalières sur les demandes de services spécialisés;

- Diminution des délais d’attente;
- Accroître la capacité de prise en charge des personnes atteintes du VHC par les équipes multidisciplinaires existantes;
- Intégrer les services en réseau (dépendances - services médicaux) et assurer la continuité des services (1^{re}, 2^e et 3^e lignes) dans le traitement de l’infection par le VHC.

**POUR LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET RESSOURCES D’HÉBERGEMENT EN
COMPLÉMENTARITÉ AVEC LES SERVICES DU RÉSEAU PUBLIC**

Les acquis sont :

- Activités et services de soutien, d’accompagnement et d’hébergement incluant une gamme de services de prévention du VIH et du VHC.
- Responsable des suivis et de l’analyses requises pour les ressources d’hébergement au regard de la certification;

Les éléments à préciser et à améliorer sont :

- Tenir compte des demandes de soutien pour des projets déjà en cours et évaluer leur intégration dans l’offre de services régionale;
- Améliorer les arrimages des organismes communautaires avec le réseau public et instaurer un monitoring;
- Accroître l’impact des activités communautaires, améliorer les conditions de vie des personnes UDI;
- Poursuivre les travaux sur les services d’injection supervisée;
- Accroître la capacité d’héberger les personnes en cours de traitement pour le VHC, notamment via le réseau VIH/sida.

POUR L’ENSEMBLE DES SERVICES

Les acquis sont :

- Une offre de service diversifiée;
- La capacité de générer de nouvelles connaissances et de soutenir la recherche grâce à la présence de différentes équipes de recherche dédiées aux dépendances, dont l’institut universitaire reconnu par le MSSS.

Les éléments à préciser et à améliorer sont :

- Revoir la trajectoire de services et développer des corridors entre les CSSS et le CRDM, pour permettre les références et l’accueil des clientèles présentant des problèmes d’abus ou de dépendances, entre les CSSS et leurs partenaires (centres hospitaliers, écoles et milieu carcéral), en faisant le lien avec les autres programmes et entre les CSSS, le Cran et les autres établissements spécialisés pour le traitement de substitution;
- Établir des processus de référence intégrés, des ententes et des mécanismes de liaison formels entre les services de première ligne et les services spécialisés en respectant les responsabilités dévolues aux établissements dans le cadre de l’offre de services du MSSS (incluant les groupes de médecine familiale (GMF) et les cliniques privées);
- Compléter l’implantation du programme régional d’évaluation spécialisée en tenant compte des spécialités régionales;

- Mettre en place un mécanisme d'accès adulte adapté à la réalité régionale;
- Viser une approche intégrée de la première, de la deuxième et de la troisième ligne;
- Intégrer les aspects psychosociaux et le traitement médical;
- Influencer les politiques publiques (municipales, sécurité publique) afin de minimiser l'impact des grands projets immobiliers ainsi que la répression sur la mobilité des clientèles les plus vulnérables et leur éloignement des services.
- Améliorer l'organisation des services pour les troubles concomitants santé mentale et dépendance sur l'ensemble de l'île de Montréal.

Annexe 6 : Modalités régionales en dépendances

LES PRINCIPES DIRECTEURS

L'Agence de Montréal fait siens les principes directeurs à la base de l'organisation des services de santé et des services sociaux de l'Offre de service du MSSS, auxquels s'ajoutent ceux du Plan d'action interministériel en toxicomanie :

- La responsabilité populationnelle;
- La hiérarchisation des services;
- Une intervention adaptée;
- Une responsabilité individuelle;
- Une responsabilité collective;
- Des actions fondées sur la connaissance et l'expérience;
- La concertation, moteur de l'action.

De plus, les orientations du MSSS, les données statistiques sur la prévalence des problèmes, le portrait des services offerts et les constats permettent de retenir six principes directeurs au programmes-services Dépendances à Montréal :

- Renforcement de la promotion et de la prévention et inscription dans le continuum du programmes-services Dépendances;
- Amélioration de l'accès à la population à une information cohérente et crédible;
- Une intervention précoce en accentuant la détection et l'intervention brève;
- Un continuum de services plus accessibles et plus adaptés;
- Une attention particulière aux clientèles spécialement vulnérables (les femmes enceintes et les jeunes mères, les jeunes en difficulté (jeunes hébergés en centres jeunesse, jeunes de la rue), les personnes avec un problème de santé mentale, les personnes UDI);
- Des milieux d'intervention privilégiés (la communauté, les communautés culturelles, la famille, les milieux scolaires, le travail, les milieux du sport et du loisir, les milieux correctionnels et pénaux communautaires, les milieux de production et de distribution) et la mobilisation des partenaires.

LES PRIORITÉS PROPOSÉES

L'introduction du modèle des réseaux locaux de services qui consiste à fournir le plus de services possible à proximité du milieu de vie de la population est à la base de l'offre de services en dépendances. De plus, les priorités et orientations régionales reposent sur les standards ministériels d'accessibilité, de continuité et de qualité qui visent à prévenir, réduire et traiter les problèmes de dépendances, tout en facilitant le cheminement des personnes dans le réseau.

L'accessibilité : Les priorités en matière d'accessibilité sont :

- Développer et consolider les services de 1^{re} ligne en matière de prévention, détection et orientation, particulièrement auprès des personnes plus vulnérables et ayant des besoins particuliers;
- Implanter une offre de services spécifiques en dépendances dans les CSSS, incluant les activités de promotion et de prévention, le dépistage, l'intervention précoce et le suivi médical et psychosocial au terme d'un traitement;
- Préciser les limites claires, définies et partagées par tous les partenaires entre la 1^{re} et la 2^e ligne;
- Améliorer l'offre de services spécialisés adaptée aux besoins des clientèles particulières (femmes enceintes et jeunes mères, jeunes en difficulté (jeunes hébergés en centres jeunesse, jeunes de

la rue), personnes ayant un problème de santé mentale, les personnes UDI) et arrimer l’offre avec les autres programmes concernant ces clientèles.

La continuité : Les priorités en matière de continuité sont :

- Pour le passage sans rupture entre les différents niveaux de services et entre les différentes organisations, établir des ententes et des mécanismes de liaison entre les CSSS et les services spécialisés et entre les services de 1^{re} ligne (milieux scolaires, CSSS, GMF, cliniques privées, organismes communautaires, etc.) :
 - Établir des ententes de services avec les CSSS au terme du traitement;
 - Mettre en place des mécanismes bidirectionnels de référence et de transfert pour un accès rapide et un retour facilité en 1^{re} ligne, lorsque requis;
 - Établir des ententes de services ou de partenariat pour l’offre de services complémentaires entre les centres de réadaptation en dépendances(CRD), les organismes communautaires et groupes d’entraide.

La qualité : Les priorités en matière de qualité sont :

- Assurer le monitoring des services en dépendances et de traitement du VHC;
- Appuyer les interventions sur des résultats probants et les meilleures pratiques;
- Favoriser la mise à contribution de l’expertise de la 2^e ligne pour supporter la 1^{re} ligne;
- Favoriser l’amélioration continue des connaissances et des compétences des intervenants œuvrant auprès des personnes à risque de développer une dépendance ainsi qu’auprès des clientèles dépendantes.

LES ORIENTATIONS

Accessibilité : Les orientations en matière d’accessibilité sont :

- **Promotion-prévention**
 - Optimiser les services préventifs et renforcer les pratiques professionnelles en matière de promotion et de prévention;
 - Mettre en place des mesures favorisant la continuité et l’accessibilité à des programmes de prévention pour les jeunes à risque de dépendances;
 - Au niveau communautaire, la nécessité de diversifier les moyens de joindre les personnes les plus vulnérables aux ITSS, de diversifier les moyens de distribuer le matériel d’injection afin d’atteindre l’objectif de 15 millions de seringues.
- **Première ligne**
 - Au niveau de chacun des 12 CSSS, l’organisation des services devrait comprendre une politique de détection incluant le repérage systématique par l’utilisation d’outils validés et standardisés, pour les clientèles ciblées dans l’offre de services du MSSS et par la région de Montréal, soit les femmes enceintes et les jeunes mères, les jeunes en difficulté et les personnes ayant un problème de santé mentale, les personnes à risque de s’initier à l’injection et les utilisateurs de drogue injectables (UDI);
 - Ainsi, l’utilisation, par tous les CSSS, de l’outil DEP-ADO pour les jeunes et DÉBA pour les adultes devrait permettre d’orienter la personne vers des services spécifiques (ex. : Alcochoix+ en 1^{re} ligne ou spécialisés en CRD) et être un préalable à toute référence en 2^e ligne;
 - Les formations sur les outils offertes annuellement par le CRD doivent être poursuivies et bonifiées en complément de la formation 1^{re} ligne adulte déjà déployée dans la région de Montréal;
 - S’assurer que chaque CSSS dispose d’un intervenant professionnel, à temps complet, dédié spécifiquement au programmes-services Dépendances; les rôles et responsabilités assumés par l’intervenant devraient permettre de :

- ✓ Réaliser des activités de promotion et de prévention;
 - ✓ Améliorer la qualité des interventions offertes par les services généraux et spécifiques dans les CSSS ainsi que faciliter l'accès aux services de 1^{re} ligne aux personnes à risque d'abus ou de dépendances;
 - ✓ Favoriser la continuité des services entre les CSSS et les CRD et les autres centres spécialisés pour le traitement de substitution;
 - ✓ Actualiser la politique de détection en CSSS;
 - ✓ Favoriser la réalisation des cinq responsabilités confiées aux CSSS par l'Offre de services 2007-2015 :
 - détection et orientation vers des services appropriés;
 - intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation;
 - suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé;
 - suivi psychosocial et médical avec médication de substitution;
 - désintoxication externe et interne et suivi psychosocial.
 - S'entendre sur les terminologies afin de favoriser le développement d'un langage commun;
 - Établir les limites claires, définies et partagées entre la 1^{re} ligne et la 2^e ligne;
 - Implanter une offre de services spécifique de 1^{re} ligne en dépendances dans les CSSS, en particulier auprès des clientèles les plus vulnérables, incluant un volet de soutien psychosocial au terme d'un traitement;
 - Compléter le déploiement du programme Alcochoix+ dans les 12 CSSS d'ici 2011, conformément aux attentes du MSSS;
 - Intégrer la problématique des dépendances dans les pratiques cliniques préventives des médecins et autres professionnels de la santé et favoriser, pour la clientèle dépendante, l'accès à des services médicaux;
 - Développer le volet répit-dégrisement pour les personnes itinérantes ou à risque de le devenir;
 - Mettre sur pied des équipes SIDEP dans tous les CSSS;
 - Adapter l'accueil aux personnes UDI dans tous les sites CLSC;
 - Augmenter le nombre de pharmacies qui offrent la trousse MIP;
 - Mettre en place des services de proximité (dépistage, accompagnement psychosocial) sur tous les territoires de CSSS;
 - Développer le rôle pivot de l'intervenant dédié à l'accompagnement et à l'orientation des personnes UDI et au traitement pour le VHC.
- **Services spécialisés**
- Accroître l'offre de traitement des services de 2^e ligne;
 - Compléter l'implantation du Programme régional d'évaluation spécialisée sous la responsabilité du CRD :
 - ✓ Assurer l'accès aux services d'évaluation spécialisée au centre de réadaptation et aux autres centres spécialisés pour le traitement de substitution dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins;
 - ✓ Procéder à l'évaluation des besoins régionaux reliés au mécanisme d'accès en toxicomanie pour les jeunes, notamment au regard de l'hébergement;
 - ✓ Mettre en place un mécanisme d'accès adulte;
 - ✓ Compléter la mise en place des équipes de liaison dans les urgences hospitalières ciblées par le MSSS Mettre en place un programme de traitement des toxicomanies en lien avec le Tribunal.
 - Consolider le programme de traitement de substitution, particulièrement au regard du transfert des patients stabilisés dans un contexte de suivi psychosocial et médical;
 - Accroître l'offre de traitement de l'hépatite C par les services de deuxième et troisième lignes;

- Augmenter l'implication des médecins de première ligne en leur offrant le soutien pour l'évaluation et le suivi des personnes atteintes par le VHC.

Continuité : Les orientations en matière de continuité sont :

- Favoriser l'intégration de la promotion/prévention dans les programmes-services Dépendances;
- Établir un mécanisme d'orientation des CSSS vers le programme régional d'évaluation spécialisée et du CRD vers les CSSS;
- Revoir la trajectoire de services et développer des corridors entre les CSSS et le CRD, pour permettre les références et l'accueil des clientèles présentant des problèmes d'abus ou de dépendances et, entre les CSSS et leurs partenaires (centres hospitaliers, écoles et milieu carcéral), en faisant le lien avec les autres programmes;
- Mettre en place des corridors de services qui permettent l'exercice réel des activités de dépistage par les infirmières, l'orientation rapide vers un médecin et l'accès facile aux services psychosociaux;
- Favoriser l'intégration des services en établissant des processus de référence, des ententes et des mécanismes de liaison formels entre les services de première ligne et les services spécialisés, en respectant des responsabilités dévolues aux établissements dans le cadre de l'offre de services du MSSS (incluant les GMF et les cliniques privées);
- Arrimer les services de dépistage des ITSS aux services des cliniques spécialisées des secteurs publics et privés;
- Intégrer en réseau les services curatifs pour les personnes atteintes par le VHC;
- Pour les organismes communautaires :
 - Développer des ententes de collaboration entre les établissements du réseau public et les organismes communautaires concernés;
 - Évaluer l'intégration possible des projets déjà en cours dans l'offre de services régionale.

Qualité : Les orientations en matière de qualité sont :

- Surveiller l'état de santé des Montréalais au regard de la consommation d'alcool, de drogues et de jeux d'argent;
- Identifier et faire connaître les meilleures pratiques en matière de prévention, d'intervention et de traitement des dépendances;
- Intégrer les pratiques cliniques préventives (PCP) dans la pratique de tous les intervenants et déployer des activités de formation continue;
- Implanter des modalités de saisie de données uniformisées dans tous les CSSS et élaborer un plan intégré de monitoring des services offerts, incluant les organismes communautaires;
- Élaborer un plan de monitoring et de suivi de l'offre de services intégrés dépendances-traitement du VHC;
- Évaluer les effets des actions et programmes existants;
- Mettre à contribution les équipes de recherche dédiées à la dépendance, dont l'institut universitaire, particulièrement au chapitre des créneaux d'expertises, de formation, d'évaluation et de transfert des connaissances.

LES INTERFACES AVEC LES PROGRAMMES-SERVICES

La transversalité qui caractérise la problématique de la dépendance exige l’harmonisation des services offerts avec ceux des autres programmes-services qui concernent les mêmes clientèles. De plus, certains objectifs de ces programmes-services sont en interface avec le programmes-services Dépendances.

- **Santé publique**

Au niveau du plan d’action régional de la Direction de santé publique, plusieurs objectifs sont en interface avec le programmes-services dépendances, notamment :

- Participer à la diminution de la proportion de jeunes qui présentent une consommation problématique d’alcool, de drogues et de jeux d’argent;
- Participer à la prévention et au traitement des ITSS en particulier le VHC puisque cette infection est particulièrement importante chez les personnes qui s’injectent des drogues. Ceci implique donc une reconnaissance de la dépendance comme un problème de santé chronique nécessitant une intégration des approches biopsychosociales dans un continuum intégrant aussi bien la surveillance et la recherche que la promotion de la santé jusqu’au traitement et l’insertion sociale.

- **Jeunes en difficulté**

Deux objectifs de ce programme sont en interface avec le programmes-services Dépendances :

- Intensifier la détection, l’évaluation et la référence des jeunes, jeunes mères et femmes enceintes présentant un problème de toxicomanie;
- Améliorer progressivement l’accessibilité des services spécialisés en toxicomanie pour les jeunes de 12 à 17 ans et les jeunes mères.

Dans le cadre la Stratégie d’action jeunesse 2009-2014 mise en place par le Secrétariat à la jeunesse, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s’est engagé à poursuivre et à initier de nouveaux moyens d’action pour prévenir et agir sur les comportements à risque. Parmi les moyens d’action identifiés, un programme développé par le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal et visant les jeunes de 6 à 12 ans sera implanté dans trois autres régions du Québec.

Le deuxième moyen d’action vise la bonification d’une offre de services pour les jeunes des centres jeunesse par les CRD : Développer un plan de travail qui vient bonifier les services spécialisés en dépendances pour les jeunes des centres jeunesse, sur la base du *Guide de mise en œuvre* préparé par le MSSS en mai 2010.

- **Santé mentale**

- Santé publique :

- Définir les besoins d’arrimage afin de promouvoir un continuum prévention/intervention en partenariat/réseautage chez les jeunes qui présentent une double problématique (consommation et santé mentale, consommation et sexualité).

Pour le programme-services Santé mentale, les objectifs sont :

« [...] Les CSSS conviendront du type de collaboration à établir pour offrir des services aux personnes ayant un problème de comorbidité lié à l’association de problèmes de santé mentale et de toxicomanie;

Afin de faciliter la collaboration entre les centres de réadaptation en toxicomanie [...] et l’ensemble des CSSS [...], les agences régionales soutiendront la réalisation d’ententes de travail conjoint;

Les services de crise doivent s’adresser à toute personne qui vit une crise psychosociale ou psychiatrique [...] ce qui inclut les personnes aux prises avec une dépendance. » (*Plan d’action en Santé mentale : la force des liens*, pages 27 et 63)

- **Services généraux – activités cliniques et d’aide – services psychosociaux**

Le document de consultation Offre de services généraux psychosociaux du MSSS prévoit que :

« [...] Les services généraux...doivent être accessibles à l’ensemble de la population...sans distinction et sans exclusion...

...les différents problèmes psychosociaux sont regroupés dans les catégories suivantes;

...difficultés relatives à des conduites inappropriées ou sociojudiciaires : criminalité, vagabondage, déviance sociale, agression, délinquance, toxicomanie, prostitution, etc.

La contribution des services généraux psychosociaux à l’ensemble des programmes-services spécifiques peut se traduire ainsi :

- Contribuer au repérage des personnes à risque ou vulnérables et assurer la liaison avec les services spécifiques en santé mentale;
- Établir des ententes et des mécanismes de liaison entre les services généraux psychosociaux et les programmes-services spécifiques;
- Faire la promotion et soutenir les pratiques cliniques préventives. »
- Intensifier la détection, l’évaluation et la référence des femmes enceintes présentant un problème de toxicomanie et mères en difficulté;
- Améliorer progressivement l’accessibilité des services spécialisés en toxicomanie pour les femmes enceintes présentant un problème de toxicomanie et mères en difficulté;

Ex : programme de services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)

Annexe 7 - Plan de mise en œuvre

Rappel des priorités proposées :

Accessibilité :

- Développer et consolider les services de 1^{re} ligne en matière de prévention, détection et orientation, particulièrement auprès des personnes vulnérables et ayant des besoins particuliers;
- Implanter une offre de services spécifiques en dépendances dans les CSSS, incluant l'intervention précoce et le suivi psychosocial au terme d'un traitement;
- Préciser les limites claires, définies et partagées par tous les partenaires entre la 1^{re} et la 2^e ligne;
- Améliorer l'offre de services spécialisés adaptée aux besoins des clientèles particulières (femmes enceintes et jeunes mères, jeunes en difficulté, personnes ayant un problème de santé mentale, personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI)) et arrimer l'offre avec les autres programmes concernant ces clientèles.

Continuité:

- Pour le passage sans rupture entre les différents niveaux de services et entre les différentes organisations, établir des ententes et des mécanismes de liaison entre les CSSS et les services spécialisés et entre les services de 1^{re} ligne (milieux scolaires, CSSS, GMF, cliniques privées, etc.) :
 - Établir des ententes de services avec les CSSS au terme du traitement;
 - Mettre en place des mécanismes bidirectionnels de référence et de transfert pour un accès rapide et un retour facilité en 1^{re} ligne, lorsque requis;
 - Établir des ententes de services ou de partenariat pour l'offre de services complémentaires entre les centres de réadaptation en dépendances (CRD), les organismes communautaires et groupes d'entraide.

Qualité :

- Assurer le monitoring des services en dépendances;
- Appuyer les interventions sur des résultats probants et les meilleures pratiques;
- Favoriser la mise à contribution de l'expertise de la 2^e ligne pour supporter la 1^{re} ligne;
- Favoriser l'amélioration continue des connaissances et des compétences des intervenants œuvrant auprès des clientèles dépendantes.

1. ORIENTATIONS EN MATIÈRE D'ACCESSIBILITÉ :

Promotion – Prévention					
Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Optimiser les services préventifs et renforcer les pratiques professionnelles en matière de promotion et de prévention.	Soutenir, accompagner et former des professionnels des CSSS et des intervenants communautaires.	DSP		Continu	Nombre d'activités d'accompagnement (communautés de pratique, etc.), de soutien et de formation; Nombre de professionnels des CSSS et d'intervenants communautaires.
Mettre en place des mesures favorisant la continuité et l'accessibilité à des programmes de prévention pour les jeunes à risque de dépendances ou présentant un problème de dépendances.	Financer et assurer le suivi des mesures au communautaire (prévention des toxicomanies, ITSS).	DSP	CSSS	Continu	Type d'activités offertes; Nombre de personnes rejointes (jeunes rejoints, jeunes UDI, personnes UDI).
Diversifier les moyens de rejoindre les personnes UDI et accroître l'accès au matériel stérile d'injection.	- Intensifier le travail de proximité dans les milieux de vie notamment par les pairs et la distribution secondaire; expérimenter de nouvelles modalités d'accès telles que la livraison à domicile; - Implanter et évaluer un projet pilote de machines distributrices; - Modifier l'éventail des matériels d'injection disponibles en fonction de l'émergence de nouvelles pratiques de consommation à risque.	DSP DSP DSP	CSSS OC CSSS OC Ville OC CSSS	2012 2012 2011	Nombre de visites dans les CAMSI (centre d'accès au matériel d'injection); Nombre de seringues distribuées par type de distribution (machine distributrice, CSSS).

Première Ligne					
Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Développer une politique de détection incluant le repérage systématique auprès des clientèles ciblées dans l’offre de service du MSSS, soit les femmes enceintes et les jeunes mères, les jeunes en difficulté, les personnes ayant un problème de santé mentale, les personnes à risque de s’initier à l’injection et les personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI).	- Élaborer des modalités de détection harmonisées; - Implanter les modalités dans les établissements.	Agence	CSSS CRD Organismes communautaires Centres jeunesse Cran et autres centres spécialisés dans le traitement de substitution	À déterminer	Nombre de personnes détectées par territoire de CSSS; Cadre de référence régional élaboré.
Favoriser l’utilisation d’outils validés et standardisés permettant l’orientation vers des services spécifiques préalablement à toute référence en 2 ^e ligne.	- Développer des stratégies pour favoriser l’utilisation des outils existants et validés inclus dans la boîte à outils du MSSS. - Mettre en place des stratégies de diffusion et d’appropriation des outils.	Agence	CSSS CRPAT Organismes communautaires et organismes certifiés Centres jeunesse	À déterminer	Bilan des outils utilisés.
Poursuivre les formations offertes sur les outils en complément de la formation 1 ^{re} ligne adulte.	- Terminer le déploiement de la formation du MSSS au regard des volets qui visent le personnel des urgences en centre hospitalier et l’approche motivationnelle; - Harmoniser et coordonner les activités de formation; - Offrir chaque année de la formation sur les outils.	Agence CRD CRPAT	CSSS CH INSPQ Cran	À déterminer Continu	Nombre de participants à la formation par territoire; Nombre de formations offertes; Nombre de participants.

Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
S'assurer que chaque CSSS dispose d'un intervenant professionnel dédié spécifiquement au programme-services Dépendances.	- Dédier au moins un professionnel au programme-services Dépendances dans les 5 CSSS qui ont reçu un budget; - Spécifier le mandat, incluant les activités de promotion/prévention et intervention précoce; - Déployer à l'ensemble des territoires de CSSS.	Agence	CSSS Ahuntsic/Mtl-Nord CSSS Jeanne-Mance CSSS Cœur-de-l'île CSSS Lucille-Teasdale CSSS Pointe-de-l'île	À déterminer	Nombre de professionnels dédiés; Mandat déposé et activités réalisées.
S'entendre sur les terminologies afin de favoriser le développement d'un langage commun.	Intégrer la terminologie identifiée dans la formation 1^{re} ligne adulte du MSSS.	Agence	CSSS CRD CJ Établissements Cran et autres centres spécialisés dans le traitement de substitution Organismes communautaires	À déterminer	Cadre de référence régional élaboré.
Préciser les mandats dévolus à la 1 ^{re} , la 2 ^e et la 3 ^e ligne	Mener des travaux avec les partenaires pour établir la frontière entre la 1^{re}, la 2^e et la 3^e ligne.	Agence	CRPAT CSSS Établissements Cran et autres centres spécialisés dans le traitement de substitution	À déterminer	Cadre de référence régional élaboré.

Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus en dépendances à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique.	Développer les services dans les CSSS	CSSS		À déterminer	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique dans les CSSS.
Implanter une offre de services spécifiques de 1 ^{re} ligne en dépendances dans les CSSS, en particulier auprès des clientèles les plus vulnérables, incluant un volet de soutien psychosocial au terme d'un traitement.	Développer les services dans les CSSS : Déttection et orientation vers des services appropriés; Intervention précoce pour prévenir l'aggravation; Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé; Suivi psychosocial et médical pour le traitement de substitution (méthadone et suboxtone); Désintoxication externe et interne et suivi psychosocial (pour les CSSS avec CH intégrés)	CSSS	CRD CH Cran et autres centres spécialisés dans le traitement de substitution	À déterminer	Cadre de référence régional élaboré
Compléter le déploiement du programme Alcochoix+	En attente d'un budget de développement disponible en provenance du MSSS, développer une orientation autour des 4 CSSS qui ont reçu un budget pour l'implantation du programme afin d'assurer que la population de tous les territoires des CSSS ait accès au programme.	Agence	CSSS Cœur de l'Île, CSSS Pointe de l'île, CSSS Lucille Teasdale, CSSS Cavendish	À déterminer	Nombre de participants au programme.

Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Intégrer la problématique des dépendances dans les pratiques cliniques préventives des médecins et autres professionnels de la santé et augmenter, pour la clientèle dépendante, l'accès à des services médicaux et infirmiers y compris les services en santé mentale.	- Créer des liens avec les partenaires concernés; - Dresser un portrait de l'offre de service médicale en dépendances; - Développer un plan d'action.	Agence (DAMU et DRMG)	Médecins, infirmières et autres professionnels de la santé CRAN	À déterminer	Nombre de médecins (PREM); Bilan des partenariats expérimentés, ententes, etc.; Augmentation du nombre de médecins prescripteurs pour le traitement de substitution.
Développer le volet répit-dégrisement pour les personnes itinérantes ou à risque de le devenir.	Mettre en place le centre de répit-dégrisement.	Agence	CSSS Jeanne-Mance CRDM Ville de Montréal Organisme communautaire sélectionné	À déterminer	Nombre de personnes desservies.
Mener une étude de faisabilité concernant l'implantation de services d'injection supervisée (SIS)	- Soutenir le développement d'un projet d'implantation d'un SIS; - Développer un projet d'offre de services régional.	Agence et DSP	Ville de Montréal Organisme communautaire sélectionné SPVM Tables de quartier CSSS Jeanne-Mance CSSS Lucille-Teasdale CRDM CRAN CHUM	À déterminer	Nombre de personnes desservies.

Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Mettre sur pied des équipes de services intégrés de dépistage et prévention (SIDEp) dans tous les CSSS.	Déployer l'offre de services intégrés de dépistage et de prévention actuellement implantée dans 6 CSSS dans tous les territoires.	Agence et DSP	CSSS	À déterminer	Nombre de CSSS ayant des ressources dédiées aux services SIDEp.
Adapter l'accueil aux personnes UDI dans tous les sites CLSC.	- Déployer l'offre actuelle de 13 à 20 installations CLSC pour l'accueil à bas seuil, la distribution de matériel d'injection stérile et l'orientation des personnes UDI dans les programmes-services; - Déployer les services dans 5 CSSS.	DSP(Agence)	CSSS Lucille Teasdale CSSS Bordeaux-Cartierville CSSS St-Leonard et St-Michel CSSS Sud-Ouest-Verdun CSSS Ouest de l'île	À déterminer	Nombre d'installations CLSC offrant des services adaptés aux UDI.
Augmenter le nombre de pharmacies qui offrent la trousse de matériel d'injection personnalisé (MIP).	Déployer la vente de trousse MIP dans toutes les pharmacies communautaires de la région.	DSP(Agence) table régionale et locale Pharmacie CSSS		À déterminer	Nombre de pharmacies offrant la trousse MIP.

Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Mettre en place des services de proximité (dépistage, accompagnement psychosocial) sur tous les territoires de CSSS.	• Accroître tout en ciblant les lieux l’offre de dépistage et de vaccination de proximité des ITSS dans au moins 7 territoires de CSSS; • Développer l’accompagnement psychosocial de proximité.	CSSS Jeanne-Mance CSSS Ahunsic Montréal nord CSSS St-Léonard St Michel CSSS Lucille-Teasdale CSSS de la Montagne CSSS Coeur-de-l’île CSSS Sud-Ouest-Verdun		À déterminer	Nombre de CSSS offrant des services de proximité.
Développer le rôle-pivot de l’intervenant dédié spécifiquement à l’accompagnement et à l’orientation des personnes UDI et au traitement pour le VHC.	• Développer et harmoniser la pratique de l’intervenant dédié spécifiquement à l’accompagnement et au suivi du traitement du VHC dans les 7 CSSS qui ont reçu un budget et les 2 CHU.	CSSS Jeanne-Mance CSSS Lucille-Teasdale CSSS de la Montagne CSSS Coeur-de-l’île CSSS Sud-Ouest-Verdun CSSS Ahuntsic/Mtl-Nord CHUM CUSM		À déterminer	Nombre d’intervenants dédiés au VHC. Nombre de personnes infectées par le VHC évaluées, suivies et traitées.

Les services spécialisés					
Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Compléter l'implantation du Programme régional d'évaluation spécialisée.	Assurer l'accès aux services d'évaluation spécialisée au centre de réadaptation et aux autres centres spécialisés pour le traitement de substitution dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins;	Agence	CRD Cran Établissements	À déterminer	Pourcentage de personnes évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins Cible du MSSS : 80 % des personnes
	Procéder à l'évaluation des besoins régionaux reliés au mécanisme d'accès en toxicomanie pour les jeunes, notamment au regard de l'hébergement et de la clientèle anglophone.	Agence	CRD		
	Mettre en place un mécanisme d'accès adulte;	Agence	CRD CSSS Établissements Organismes communautaires Cran		Adoption d'un programme régional d'évaluation spécialisée.

Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Compléter l’implantation du Programme régional d’évaluation spécialisée. <i>(suite)</i>	- Compléter la mise en place des équipes de liaison dans les urgences hospitalières ciblées par le MSSS (Hôpital Royal Victoria du CUSM : Hôpital général Juif Mortimer B.Davis, Hôpital général de Montréal du CUSM, Hôpital Jean-Talon du CSSS du Cœur-de-l’Île, Hôpital Fleury du CSSS d’Ahuntsic et Montréal-Nord et l’Hôpital St Luc du CHUM) - Évaluer l’impact des équipes de liaison sur l’offre de services; - Implantation d’un programme de traitement des toxicomanies relié au tribunal; - Mise en place d’un projet de concertation CRDM-CSSS par l’implantation d’un point de service couvrant les territoires des CSSS de l’Ouest-de-l’Île, et Dorval-Lachine-LaSalle.	CRD Agence Agence CRD	CRD CH CRD CH CRD CSSS de l’Ouest-de-l’Île et Dorval- Lachine-LaSalle	À déterminer	Nombre d’équipes de liaison Rapport d’évaluation déposé Nombre de personnes rejointes par le programme Nombre de demandes de services et références Nombre de professionnels dédiés à ce service
Consolider le programme de traitement de substitution, particulièrement au regard du transfert des patients stabilisés dans un contexte de suivi psychosocial et médical.	Sur la base des résultats de l’évaluation du projet pilote en cours au CSSS Jeanne-Mance, faciliter le développement d’une seconde phase du projet en ajustant les modalités d’implantation et élargir à deux autres CSSS le projet de transfert des patients stabilisés; élaborer à cet effet une entente type avec le CRAN.	Agence	CRAN CSSS	À déterminer	Nombre de patients stabilisés transférés vers les CSSS par territoire; Ententes signées avec le CRAN et les CSSS.

Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Accroître l’offre de traitement de l’hépatite C par les services de deuxième et troisième ligne.	Assurer le suivi intensif d’un plus grand nombre de personnes infectées par le VHC dans les UHRESS des 2 CHU (Unité de médecine des toxicomanies du CHUM et CUSM).	Agence	CHU	À déterminer	Nombre de patients suivis dans les 2 CHU.
Augmenter l’implication des médecins de première ligne en leur offrant le soutien pour l’évaluation et le suivi des personnes atteintes par le VHC.	Développer un plan de soutien et de formation continue pour le dépistage l’évaluation et la référence vers la 2e et 3e ligne.	Agence	CHU INSPQ	À déterminer	Nombre de médecins ayant suivi la formation.

2. ORIENTATIONS EN MATIÈRE DE CONTINUITÉ :

Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Favoriser l'intégration de la promotion/prévention dans les programmes-services dépendances.	• Coordonner les activités de promotion/prévention des dépendances dans les CSSS et les inscrire dans le continuum de services; • Intégrer les activités prévues dans les plans d'action locaux (PAL) de santé publique aux activités du programme-services Dépendances dans la planification.	CSSS		À déterminer	Type d'activités offertes en matière de promotion/prévention.
Établir un mécanisme d'orientation des CSSS vers le programme régional d'évaluation spécialisée et du CRD vers les CSSS.	• Implanter le mécanisme d'orientation.	CRD	CSSS, Cran et autres centres spécialisés dans le traitement de substitution	À déterminer	Cadre de référence régional élaboré tenant compte du cadre national pour le traitement de substitution.
Revoir la trajectoire de services et développer des corridors entre les CSSS et le CRD, pour permettre les références et l'accueil des clientèles présentant des problèmes d'abus ou de dépendances, et entre les CSSS et leurs partenaires (centres hospitaliers, écoles et milieu carcéral), en faisant le lien avec les autres programmes.	• Mener des travaux avec les partenaires et s'assurer que soient établis des mécanismes entre le CRD et les CSSS, ainsi qu'entre les CH et les CSSS ou le CRD.	Agence	CRD CH CSSS Cran et autres centres spécialisés dans le traitement de substitution	À déterminer	Cadre de référence régional élaboré en tenant compte du cadre national pour le traitement de substitution.

Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Mettre en place des corridors de services qui permettent l'exercice réel des activités de dépistage par les infirmières, l'orientation rapide vers un médecin et l'accès facile aux services psychosociaux.	- Établir des ententes avec les laboratoires pour l'inscription des infirmières et l'accès aux tests notamment les « PCR urinaires » pour chlamydia et gonorrhée; - Établir des ententes entre les infirmières, les intervenants psychosociaux et les médecins afin de développer un mode de collaboration interprofessionnelle; - Établir des corridors de services efficaces pour le traitement des cas.	Agence	CH CSSS Cliniques médicales CRD	À déterminer	Nombre et type d'ententes.
Favoriser l'intégration des services en établissant des processus de référence, des ententes et des mécanismes de liaison formels entre les services de 1 ^{re} ligne et les services spécialisés en respectant des responsabilités dévolues aux établissements dans le cadre de l'offre de services du MSSS (incluant les GMF et les cliniques privées).	Proposer aux GMF et aux cliniques privées des modèles de collaboration et établir des ententes.	Agence (DAMU)	GMF Cliniques privées CSSS CRD Cran et autres centres spécialisés	À déterminer	Nombre d'ententes signées.
Arrimer les services de dépistage des ITSS aux services des cliniques spécialisées des secteurs publics et privés.	Établir des ententes entre les équipes SIDEp en ITSS et les équipes spécialisées pour le suivi et le traitement des cas.	Agence	CSSS CHU GMF cliniques privées	À déterminer	Nombre d'ententes signées.

Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Intégrer en réseau les services curatifs pour les personnes atteintes par le VHC et le VIH.	Assurer la complémentarité et la continuité par des mécanismes de liaison entre les acteurs régionaux et de coordination des services dans la liaison entre les acteurs régionaux et les 6 territoires de CSSS et les 2 CHU.	Agence	CSSS Jeanne-Mance CSSS Lucille Teasdale CSSS de la Montagne CSSS du Sud-Ouest – Verdun CSSS du Cœur-de-l'Île CSSS d'Ahuntsic et Montréal-nord Clinique médicale Organismes communautaires Pharmacies CHUM CUSM Services spécialisés en traitement de substitution pour la dépendance aux opiacés	À déterminer	Mécanismes de liaison et de coordination

Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Développer des ententes de collaboration entre les établissements du réseau public et les organismes communautaires, organismes certifiés et autres OSBL concernés; Évaluer l'intégration possible des projets déjà en cours dans l'offre de service régionale.	- Établir des ententes de services avec les organismes concernés; - Effectuer l'inventaire des projets en cours et développer des ententes de collaboration; - Renforcer les projets de collaboration CSSS-OC dans la prévention des ITSS; - Assurer l'implantation du cadre de référence de prévention des ITSS-volet communautaire, en particulier le développement d'intervention par les pairs; - Explorer la faisabilité d'accroître l'accès aux services d'hébergement pour les personnes en traitement pour le VHC; - Soutenir la participation d'associations et de regroupements de personnes vulnérables aux diverses instances de planification des programmes.	Agence	CRD CHU CSSS Organismes communautaires OSBL et organismes certifiés CH	À déterminer	Nombre d'ententes signées.

3. ORIENTATIONS EN MATIÈRE DE QUALITÉ :

Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Surveiller l'état de santé des Montréalais au regard de la consommation d'alcool, de drogues et de jeux d'argent.	Mettre en place un système de surveillance régional.	Agence/DSP (À valider)	Université de Sherbrooke CRDM	À déterminer	Réalisation d'un plan de surveillance; Suivi d'indicateurs.
Identifier et faire connaître les meilleures pratiques en matière de prévention, d'intervention et de traitement des dépendances.	Identifier les stratégies de diffusion avec les partenaires.	Agence	Établissements Institut universitaire CRAN et autres centres spécialisés dans le traitement de substitution	À déterminer	Nombre d'activités de transfert de connaissance.
Intégrer les pratiques cliniques préventives (PCP) dans la pratique de tous les intervenants et déployer des activités de formation continue.	Partager les connaissances et expériences par la formation, les communautés de pratique.	Agence	CSSS OC Établissements Institut universitaire	continu	
Implanter des modalités de saisies de données uniformisées dans tous les CSSS et élaborer un plan intégré de monitoring des services offerts incluant les établissements, les CSSS et les organismes communautaires.	- Intégrer les mesures aux systèmes de gestion et de saisies de données existants. - S'assurer de la bonne utilisation des systèmes, du soutien à l'implantation et de la formation	Agence	Établissements	À déterminer	Intégration dans I-CLSC, SIC-SRD et autres systèmes d'informations utilisés.

Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Élaborer un plan de monitoring et de suivi de l'offre de services intégrée dépendances-traitement du VHC.	Développer un système d'information en collaboration avec les 7 CSSS, les 2 CHU et les cliniques médicales impliquées.	Agence	Établissements 7CSSS CSSS Jeanne-Mance CSSS Lucille-Teasdale CSSS Cœur-de-l'île CSSS d'Achutesic et Montréal-Nord CSSS du Sud-Ouest – Verdun CSSS de la Montagne CHUM CUSM Cliniques médicales	À déterminer	Plan de suivi élaboré
Évaluer les effets des actions et programmes existants.	- Faire un état de situation des projets en cours; - Établir des modalités de reddition de compte et les implanter dans les établissements; - Réaliser l'état de situation des travaux en cours et amorcer une réflexion sur le type d'évaluation applicable; - Implanter des modalités d'évaluation dans les établissements.	Agence	Établissements	À déterminer	

4. INTERFACE AVEC LES AUTRES PROGRAMMES-SERVICES DU MSSS

Santé publique					
Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Contribuer à la diminution de la proportion de jeunes qui présentent une consommation problématique d'alcool, de drogues et de jeux d'argent.	• Accompagner, outiller, former et faciliter le partage des connaissances pour le renforcement des services préventifs et des pratiques de promotion et de prévention; • Développer une offre de services régionale qui puisse répondre aux besoins des jeunes, notamment les jeunes en difficulté, les jeunes hébergés en centre jeunesse et les jeunes de la rue, dont les jeunes anglophones.	Agence et DSP	CSSS Centres jeunesse CRD Ensemble des collaborateurs impliqués dans le Mécanisme d'accès jeunesse	À déterminer	Indicateurs du plan de surveillance.
Contribuer à la prévention et au traitement des ITSS, en particulier le VHC.	• Bien identifier les rôles et responsabilités du programme-services Dépendances (ex : déployer une offre de soutien à la gestion de l'alcool pour les personnes infectées par le VHC) dans la prévention et le traitement du VHC et en faciliter le développement.	Agence	CSSS CRD	À déterminer	

Jeunes en difficulté					
Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.	Un programme, développé par le Centre de réadaptation de Montréal et visant les jeunes de 6 à 12 ans, sera implanté dans trois autres régions du Québec.	CRDM		À déterminer	Nombre de jeunes rejoins via le programme déjà implanté au CRDM.
Améliorer progressivement l'accessibilité des services spécialisés en toxicomanie pour les jeunes de 12 à 17 ans.	Développer un plan de travail qui vient bonifier les services spécialisés en dépendances pour les jeunes des centres jeunesse.	CRDM Centres jeunesse		À déterminer	Nombre d'intervenants dédiés au projet; Nombre d'heures effectuées par chaque intervenant dédié au projet; Nombre de jeunes des centres jeunesse rejoins par le CRD; Principales activités réalisées pendant la période; L'entente intervenue entre le CRD et le CJ.

Santé mentale					
Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Offrir des services aux personnes ayant un problème de comorbidité lié à l'association de problèmes de santé mentale et de toxicomanie.	Programme de formation croisée santé mentale et toxicomanie.	Institut Douglas Établissements CRD Clinique Cormier Lafontaine		Continu	
Soutenir la réalisation d'ententes de travail conjoint.					Nombre d'ententes
Offrir des services de crise.		Établissements		Continu	Nombre de personnes rejointes

Services généraux					
Objectifs	Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier	Indicateurs
Contribuer au repérage et à la détection des personnes à risque et assurer les liaisons requises	Rejoindre les clientèles prioritaires : jeunes en difficulté, les femmes enceintes et jeunes mères et personnes ayant un problème de santé mentale	CSSS	Établissements et organismes	Continu	Nombre de clientèles prioritaires rejointes

