

PRÉVENIR, RÉDUIRE ET TRAITER

les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives,
à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet

PRÉVENIR, RÉDUIRE ET TRAITER

les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives,
à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet

Édition

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018
Bibliothèque et Archives Canada, 2018

Numéro ISBN : 978-2-550-81727-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2018

MESSAGE DU MINISTRE

Le Québec se démarque par ses importantes avancées en matière de prévention, de réduction et de traitement des conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet. Nous pouvons notamment compter sur un réseau de santé et de services sociaux organisé et compétent, autant dans les établissements publics que dans les ressources communautaires ou privées.

Le Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 est l'occasion de poursuivre le travail amorcé, mais également d'offrir une vision rassembleuse pour insuffler un vent de dynamisme et établir des priorités d'action qui guideront nos efforts pour la prochaine décennie.

Et c'est là que réside la force de ce plan : les mesures qu'il contient sont portées par plus d'une dizaine de ministères et d'organismes gouvernementaux. Les risques et les conséquences des dépendances sur la santé sont connus. Ils le sont également en ce qui a trait à l'éducation, à la sécurité publique, à la sécurité routière, à l'emploi et à la solidarité sociale. Le travail de concertation avec ces secteurs est essentiel. Avec ce plan, nous reconnaissons la complexité de la problématique, de sa nature, de ses causes et de ses conséquences pour la personne et ses proches, mais également pour la société.

La stratégie nationale visant à prévenir les surdoses d'opioïdes et à y répondre découle d'ailleurs de ce Plan d'action. Le contexte mondial de la consommation de drogues est en effet, depuis quelques années, caractérisé par l'émergence de drogues plus puissantes et par l'usage accru des opioïdes. Nous croyons qu'à l'instar des autres dépendances, la prévention demeure un élément-clé de la solution. Nous prenons donc les moyens nécessaires pour prévenir les surdoses auprès des personnes les plus vulnérables de la société. À cet égard, la mise en œuvre de services de traitement et de réadaptation, accessibles et de qualité, devient une priorité.

Nous avons à cœur d'agir de manière complémentaire et cohérente en unissant nos forces avec celles des autres secteurs d'activité. Notre préoccupation principale est d'offrir une réponse adéquate et adaptée aux besoins de chaque personne, en tenant compte de ses particularités, de son histoire et de son contexte. Le Plan d'action interministériel 2018-2028 en dépendance nous offre les moyens pour y arriver, ensemble.

(Original signé)

Gaétan Barrette

Ministre de la Santé et des Services sociaux

MESSAGE DE LA MINISTRE

Je suis fière de vous présenter le Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028, qui vient définir les actions à mettre en place au cours des prochaines années pour prévenir, réduire et traiter les conséquences liées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet.

Les comportements à risque et les dépendances touchent des personnes de tous âges; des femmes et des hommes de tous les milieux économiques, ethniques et sociaux. Les conséquences associées peuvent affecter non seulement l'individu vivant la problématique, mais également ses proches, sa communauté et l'ensemble de la société.

Nous sommes donc tous concernés et nous devons agir par une offre de service qui répond aux besoins et au contexte de chacun, particulièrement auprès des populations vulnérables.

Le plan d'action s'appuie sur l'expérience du réseau de la santé et des services sociaux, mais également de celle de l'ensemble des réseaux partenaires. Il innove en intégrant la participation de ces réseaux à l'offre de service visant à répondre aux besoins des personnes aux prises avec une dépendance, et ce, dans une perspective de santé globale.

En agissant sur le développement des capacités des personnes, sur les soins et services offerts, sur la bonification des connaissances ainsi que sur le développement des compétences cliniques, notre plan d'action est l'occasion de mettre en place des moyens concrets pour rejoindre efficacement les personnes, faciliter leur cheminement de soins et de services et leur offrir les services requis en temps opportun. Il prévoit aussi des actions visant la bonification des politiques publiques concernant l'accessibilité physique, économique et légale.

Enfin, un souci particulier a été porté aux grandes tendances et aux phénomènes émergents. Le plan reflète notamment le contexte actuel entourant la légalisation du cannabis par le gouvernement fédéral ainsi que les efforts du Québec pour offrir un encadrement adéquat sur son territoire. Également, l'évolution constante du domaine des technologies et du développement des connaissances quant aux effets négatifs potentiels de l'utilisation d'Internet pour certaines personnes justifient la pertinence d'aborder la cyberdépendance.

Le Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 est le fruit de la réflexion, de la collaboration et du travail rigoureux de plusieurs acteurs et partenaires des milieux gouvernementaux, communautaires et de la recherche. Je les en remercie vivement. Leur contribution est essentielle et s'avère la pierre angulaire d'une action concertée et forte qui nous permettra d'offrir des services adaptés aux besoins des personnes.

(Original signé)

Lucie Charlebois

Ministre déléguée à la Réadaptation,
à la Protection de la jeunesse, à la Santé publique
et aux Saines habitudes de vie

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Chapitre 1 - Les avancées québécoises en matière de prévention, de réduction et de traitement des conséquences associées à la consommation de SPA et à la pratique de JHA	5
Des actions novatrices concertées et cohérentes, s'appuyant sur des approches reconnues	5
Un réseau de services de santé et de services sociaux organisé et compétent....	8
L'innovation et le développement des connaissances au cœur des pratiques	9
Chapitre 2 - Le portrait de la situation.....	13
L'ampleur du phénomène de la consommation de SPA, de la pratique de JHA et de l'utilisation d'Internet: les grandes tendances et les phénomènes en émergence.....	13
<i>L'alcool</i>	<i>13</i>
<i>Le cannabis</i>	<i>14</i>
<i>Les autres SPA.....</i>	<i>14</i>
<i>Les médicaments présentant un potentiel d'abus et de dépendance</i>	<i>15</i>
<i>La pratique de jeux de hasard et d'argent</i>	<i>16</i>
<i>La cyberdépendance</i>	<i>16</i>
Les groupes de personnes aux besoins particuliers.....	17
<i>Les femmes enceintes, les mères et les pères de jeunes enfants et leur conjoint ou conjointe.....</i>	<i>17</i>
<i>Les jeunes et jeunes adultes.....</i>	<i>18</i>
<i>Les personnes âgées.....</i>	<i>19</i>
<i>Les joueurs en ligne, d'ALV et de machines à sous</i>	<i>20</i>
<i>Les personnes présentant un TUS et un trouble mental.....</i>	<i>20</i>
<i>Les personnes présentant un TUS et un problème de santé physique.....</i>	<i>21</i>
<i>Les personnes qui utilisent des drogues par injection et par inhalation</i>	<i>21</i>
<i>Les personnes contrevenantes</i>	<i>22</i>
<i>Les personnes en situation d'itinérance</i>	<i>23</i>
<i>Les personnes présentant un TUS au profil chronique.....</i>	<i>23</i>
Chapitre 3 - Les fondements du Plan d'action interministériel en dépendance	25
Les principes directeurs.....	26
<i>La primauté de la personne.....</i>	<i>26</i>
<i>Des actions adaptées aux besoins des personnes</i>	<i>26</i>
<i>La reconnaissance d'une responsabilité partagée: individuelle et collective.....</i>	<i>27</i>
<i>Des actions coordonnées et concertées.....</i>	<i>27</i>
<i>Des actions fondées sur la connaissance et l'expérience.....</i>	<i>28</i>
Chapitre 4 - La promotion de la santé et la prévention	29

Chapitre 5 - Les orientations visant à prévenir, à réduire et à traiter les conséquences associées à la consommation de SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation d'Internet	31
Orientation 1. Le développement des capacités des personnes à faire des choix éclairés en matière de consommation de SPA, de pratique de JHA et d'utilisation d'Internet, et à en gérer les risques.....	32
Orientation 2. La création d'environnements favorables à une saine gestion de la consommation des SPA, de la pratique de JHA ou de l'utilisation d'Internet et à la réduction des méfaits associés	35
Orientation 3. La bonification des politiques publiques favorisant la santé, la sécurité et le bien-être des personnes et des communautés	38
Orientation 4. Une offre de services accessibles, de qualité et continus aux jeunes et aux adultes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance ainsi qu'à leur entourage.....	40
<i>Le programme-services Dépendance</i>	<i>40</i>
<i>Les enjeux actuels en matière d'organisation de services</i>	<i>42</i>
<i>La consolidation des services de proximité au profit d'une accessibilité accrue au programme-services Dépendance</i>	<i>43</i>
<i>Les actions interministérielles en soutien à la mise en œuvre du programme-services Dépendance</i>	<i>47</i>
Orientation 5. L'innovation, le développement et le transfert des connaissances relatives à la consommation de SPA, à la pratique de JHA, à l'utilisation d'Internet et aux phénomènes qui y sont associés.....	52
Orientation 6. Le développement et le soutien de l'expertise clinique des intervenants qui travaillent auprès des personnes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance	55
Orientation 7. La prévention, la réduction et le traitement des conséquences liées à la consommation de SPA et à la pratique de JHA de manière à respecter les réalités des communautés des Premières Nations et des Inuits	57
Chapitre 6 - La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Plan d'action	59
Conclusion	61
Références	62
Annexe 1 - Liste des collaborateurs	73
Annexe 2 - Liste des orientations, objectifs et actions du Plan d'action	79
Annexe 3 - Les standards de mise en œuvre du programme-services Dépendance	89
Fiche 1. La détection et l'orientation vers des services appropriés	91
Fiche 2. L'intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation	94
Fiche 3. L'évaluation spécialisée	97
Fiche 4. La gestion de l'intoxication et du sevrage.....	99
Fiche 5. Les services de réadaptation externes et avec hébergement.....	104
Fiche 6. Le traitement des troubles liés à l'utilisation des opioïdes (TUO) avec une médication de substitution.....	107
Fiche 7. La réinsertion sociale	110
Fiche 8. L'intervention de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos et les salons de jeux.....	112
Fiche 9. Les services de soutien à l'entourage.....	114

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

Sigle ou acronyme	Signification
ADS	Analyse différenciée selon les sexes
ALV	Appareil de loterie vidéo
CAMI	Centre d'accès au matériel d'injection
CH	Centre hospitalier
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLE	Centre local d'emploi
CLSC	Centre local de services communautaires
CRD	Centre de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance
DAR	Drogue : aide et référence
DSM	Abréviation de l'anglais : <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DSP	Direction de santé publique
DSQ	Dossier Santé Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
JAR	Jeu : aide et référence
JHA	Jeux de hasard et d'argent
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MAMOT	Ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MF	Ministère de la Famille
MFQ	Ministère des Finances du Québec
MJQ	Ministère de la Justice du Québec
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTESS	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MTMDET	Ministère des Transports, de la Mobilité durable et de l'Électrification des transports
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAID	Plan d'action interministériel en dépendance
RACJ	Régie des alcools, des courses et des jeux
RHD	Ressource d'hébergement en dépendance
RLS	Réseau local de services
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux

Sigle ou acronyme	Signification
RTS	Réseau territorial de services
SA	Secrétariat aux aînés
SAA	Secrétariat aux affaires autochtones
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SAJ	Secrétariat à la jeunesse
SAQ	Société des alcools du Québec
SPA	Substance psychoactive
TSAF	Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale
TJHA	Trouble lié au jeu de hasard et d'argent
TUO	Trouble lié à l'utilisation d'opioïdes
TUS	Trouble lié à l'utilisation d'une substance
UDII	Utilisateur de drogues par injection et par inhalation
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Une grande proportion de Québécois consomme de l'alcool ou d'autres drogues¹, pratique des jeux de hasard et d'argent (JHA)² et utilise Internet. Bien que ces activités soient généralement réalisées de manière récréative, sans entraîner de conséquences³ pour la personne qui s'y adonne ou pour la collectivité, elles peuvent comporter des risques. Lorsque des conséquences sont vécues, elles peuvent affecter non seulement l'individu qui s'adonne à ces activités, mais également ses proches, son milieu de vie et l'ensemble de la société.

La réponse aux besoins des personnes qui vivent ces conséquences nous concerne tous. C'est dans cet esprit que le *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028: Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet* (ci-après Plan d'action) réunit l'ensemble des partenaires gouvernementaux qui ont un rôle à jouer dans ce domaine. En dépit des avancées importantes réalisées au Québec pour prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives (SPA)⁴ et à la pratique de JHA, et malgré l'avant-gardisme québécois en la matière, différents constats appuient l'élaboration de nouvelles orientations gouvernementales.

Rappelons que le 13 avril 2017, le gouvernement fédéral a déposé un projet de loi concernant la légalisation et l'encadrement du cannabis. Le gouvernement du Québec doit intervenir législativement pour encadrer lui aussi plusieurs aspects découlant de la légalisation de cette SPA. En vue de s'y préparer, il a créé une structure de travail sur le cannabis.

En outre, le contexte mondial de la consommation de SPA est, depuis quelques années, caractérisé par l'émergence de nouvelles drogues, souvent plus toxiques, et par l'usage accru des opioïdes, utilisés ou non à des fins thérapeutiques. Bien que, comparativement à d'autres provinces canadiennes, le Québec demeure à ce jour relativement épargné par la crise des opioïdes, toutes les actions sont mises en œuvre afin de prévenir les décès dus à des surdoses de cette substance.

Par ailleurs, la constante évolution du domaine des technologies de l'information et des communications, les multiples possibilités offertes par Internet et le développement des connaissances liées, notamment, aux effets potentiels de son utilisation pour certaines personnes, justifient la pertinence d'élargir la conceptualisation du phénomène des dépendances.

Enfin, le décloisonnement des problématiques, particulièrement celles en dépendance, en santé mentale et en itinérance, et l'adoption d'une vision globale de la personne qui consomme des SPA et pratique des JHA s'imposent. La préoccupation d'offrir une réponse adéquate et adaptée

1. Dans ce document, pour désigner l'alcool et les autres drogues, l'expression «substances psychoactives (SPA)» sera aussi utilisée. Les substances psychoactives comprennent les médicaments présentant un potentiel d'abus et de dépendance.

2. Selon Kairouz et Robillard (2014), les JHA sont définis en fonction de deux critères: 1. un jeu qui implique une mise irréversible d'argent ou d'un objet de valeur de la part du joueur; 2. un jeu qui repose sur le hasard et dont l'issue est imprévisible.

3. Les termes «conséquences», «risques», «méfaits» et «problèmes» sont utilisés sans distinction l'un de l'autre et réfèrent à l'ensemble des conséquences négatives pouvant découler de la consommation de SPA ou de la pratique de JHA.

4. «Le terme substance psychoactive réfère à un produit naturel ou synthétique qui agit principalement sur l'état du système nerveux central en y modifiant certains processus biochimiques et physiologiques cérébraux. En altérant de la sorte les fonctions du cerveau, une SPA peut induire des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur, de la conscience ou d'autres fonctions psychologiques et comportementales» (Organisation mondiale de la Santé, 2013).

aux besoins des personnes doit être au cœur de la démarche. Avec le soutien d’une action intersectorielle renforcée, il convient d’actualiser les actions à mettre en œuvre, mais également les principes et les fondements sur lesquels elles reposent.

C’est dans cette perspective que, sous le leadership du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les partenaires interministériels⁵ se sont concertés pour élaborer le Plan d’action. Celui-ci énonce les actions à mettre en place d’ici 2028 afin de **prévenir, réduire et traiter les conséquences liées à la consommation de SPA, à la pratique de JHA et à l’utilisation problématique d’Internet**⁶. En ce sens, il propose des orientations, des objectifs et des actions que l’ensemble des partenaires interministériels concernés se sont engagés à mettre en œuvre.

Le titre du Plan d’action retient le terme «dépendance» en raison de son caractère évocateur. Bien que ce mot mette l’accent sur la pathologie, les partenaires reconnaissent que la majorité des Québécois consomme des SPA ou s’adonne à des JHA de manière récréative, que seule une minorité de ceux-ci en subit des conséquences et que ces dernières peuvent être d’autre nature que la dépendance. Le Plan d’action souscrit à une vision d’ensemble de ce phénomène.

En ce qui concerne la cyberdépendance⁷, bien que ce soit un phénomène en émergence qui fait actuellement l’objet de travaux au Québec et à l’international, de plus en plus de personnes sont aux prises avec les conséquences négatives qui y sont associées. La communauté scientifique et les experts poursuivent leurs efforts en vue de documenter davantage cette problématique de même que les pratiques préventives probantes et les services reconnus efficaces pour soutenir ces personnes. Le Plan d’action propose des actions en ce sens, lesquelles pourront évoluer et se bonifier au rythme du développement de nouvelles données probantes pour faire progresser les pratiques.

Concrètement, le Plan d’action propose des actions visant le développement des capacités des personnes à faire des choix éclairés en matière de SPA, de JHA et d’utilisation d’Internet. Il présente également des actions visant la création d’environnements favorables à une saine gestion de la consommation des SPA, de la pratique de JHA ou de l’utilisation d’Internet et à la réduction des conséquences qui y sont associées. D’autres propositions du Plan d’action ont pour but l’amélioration des politiques publiques favorables à la santé, à la sécurité et au bien-être des personnes et des communautés.

Le Plan d’action propose enfin une multitude d’actions visant à assurer des services accessibles, de qualité et continus aux jeunes et aux adultes présentant des comportements à risque ou répondant aux critères d’un trouble lié à l’utilisation d’une substance (TUS), comprenant l’abus ou la dépendance, d’un trouble lié aux jeux de hasard et d’argent (TJHA) (American Psychiatric Association, 2013)⁸ ou d’une cyberdépendance, ainsi qu’à leur entourage. Compte tenu des responsabilités confiées aux établissements de santé et de services sociaux relativement à leur offre de services, le présent document rappelle et actualise les attentes envers ceux-ci au regard du programme-services Dépendance. De plus, la contribution des partenaires intersectoriels,

5. L’annexe 1 présente la liste des membres de la Table interministérielle en dépendance.

6. L’annexe 2 présente la liste des orientations, objectifs et actions du Plan d’action.

7. L’expression «utilisation problématique d’Internet» englobe l’ensemble des phénomènes pris en compte dans le cadre du Plan d’action (cyberdépendance, dépendance à Internet, trouble du jeu vidéo, usage problématique des jeux sur Internet, trouble d’utilisation d’Internet). Toutefois, afin de faciliter la lecture du document, le terme «cyberdépendance» est retenu.

8. On renvoie le lecteur au DSM-5 pour les critères précis des différents troubles auxquels le présent document fait référence par les expressions TUS et TJHA.

des organismes communautaires et des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (RHD) est essentielle pour assurer une réponse optimale aux besoins des personnes. Le Plan d'action confirme leur participation à l'offre de services des établissements de santé et de services sociaux.

Notons que la Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre a été lancée. Répondant à la visée du Plan d'action de prévenir, de réduire et de traiter les conséquences liées à la consommation de SPA, les mesures comprises dans la Stratégie ainsi que leur suivi s'inscriront en cohérence avec le Plan d'action.

Bien que l'ensemble des actions du Plan d'action s'adresse à la population du Québec, une attention particulière est portée aux personnes issues des Premières Nations et des communautés inuites du Québec. Des actions spécifiques visant à répondre à leurs besoins ont été définies lors de l'élaboration du présent document. Ces mesures sont inscrites dans le Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits 2017-2022 (Secrétariat aux affaires autochtones, 2017).

Enfin, le Plan d'action souscrit à la démarche amorcée en 1997 par le gouvernement du Québec qui vise à intégrer l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans les politiques publiques et, ainsi, à mieux répondre aux besoins spécifiques des hommes et des femmes dans une perspective d'égalité entre les sexes. Par conséquent, les différences biologiques, économiques, sociales et culturelles entre les femmes et les hommes ont été prises en compte pour l'élaboration des actions à mettre en œuvre et des résultats à atteindre. Dans le cadre de la mise en œuvre des différentes actions, les effets distincts qu'elles pourraient avoir sur les femmes et sur les hommes seront pris en considération.

CHAPITRE 1

Les avancées québécoises en matière de prévention, de réduction et de traitement des conséquences associées à la consommation de SPA et à la pratique de JHA

D'importantes avancées ont été réalisées au Québec pour prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de SPA et à la pratique de JHA, lesquelles font qu'aujourd'hui le Québec se démarque sur ce plan, tant au Canada qu'à l'international. La présente section illustre l'état de ces avancées ainsi que différents constats qui justifient l'élaboration de nouvelles orientations gouvernementales en la matière.

Des actions novatrices concertées et cohérentes, s'appuyant sur des approches reconnues

En 2001, le MSSS publiait *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie: Orientations, axes d'intervention, actions*. Avant-gardiste et pragmatique, ce document reconnaît la présence des SPA dans notre société et le fait que toute forme de consommation n'entraîne pas nécessairement des conséquences. Par la suite, le gouvernement du Québec rendait public le Plan d'action gouvernemental en jeu pathologique (2002-2005) et le Plan d'action interministériel en toxicomanie (2006-2011). Ces deux documents ont pour but d'orienter et d'harmoniser l'intervention des ministères et organismes de l'État québécois et des milieux concernés par le jeu pathologique et la toxicomanie. Ils engageaient les acteurs concernés dans la réalisation d'actions multiples et concertées visant à prévenir et à réduire les problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent, ainsi que les méfaits individuels et collectifs découlant de la toxicomanie.

En 2010, l'Organisation mondiale de la Santé recommandait que les États se dotent de politiques publiques guidées par l'approche intersectorielle de la santé. Ainsi, au Québec, par l'engagement des partenaires interministériels et des organismes gouvernementaux, dans le respect de leurs missions respectives, les travaux en matière de toxicomanie et de jeu pathologique ont permis de concrétiser une vision gouvernementale transversale des actions à mettre en place pour prévenir, réduire et traiter les conséquences individuelles et collectives liées à la consommation des SPA et à la pratique des JHA.

En adoptant des visées de santé publique et de responsabilité sociale, les politiques publiques qui encadrent l'accessibilité physique (densité des points de vente et heures d'ouverture), économique (fixation des prix) et légale (établissement d'un âge légal), ainsi que les limites au marketing des produits et les mesures contre la conduite avec facultés affaiblies, influencent les comportements et jouent un rôle fondamental en prévention des problèmes causés par les produits légaux.

À cet égard, le Québec privilégie la gestion, à l'intérieur d'un monopole d'État, de différents aspects de l'accessibilité aux produits alcooliques (les lieux et les heures de vente, l'application des lois sur la vente aux mineurs et aux personnes intoxiquées, la commercialisation responsable, etc.). Ces éléments font partie des bonnes pratiques en la matière (Institut national de santé publique du Québec, 2010a). Afin d'améliorer son approche responsable des JHA, Loto-Québec a mis en place en 2012 une vice-présidence au jeu responsable, renforçant ainsi son engagement à limiter les conséquences liées à la participation aux JHA. En décembre 2016, Loto-Québec a rendu public un plan d'action qui vise à resserrer l'encadrement des appareils de loterie vidéo (ALV) sur le territoire québécois et à en diminuer le nombre (Loto-Québec, 2016). Ce plan d'action s'articule autour de trois axes d'intervention : la reconfiguration du réseau des ALV, le renforcement de l'encadrement, et des mesures de jeu responsable. Au regard de l'alcool, le mandat de la Société des alcools du Québec (SAQ) est «de faire le commerce des boissons alcooliques» (Société des alcools du Québec, s. d.). La prévention, l'éducation et l'information concernant la consommation d'alcool sont, quant à elles, assurées par l'organisme Éduc'alcool, dont le financement provient des ventes d'alcool (Éduc'alcool, s. d.). Finalement, dans le contexte de la légalisation du cannabis et sous réserve de l'adoption par l'Assemblée nationale du cadre législatif proposé par le projet de loi no 157 (Loi constituant la Société québécoise du cannabis, édictant la Loi encadrant le cannabis et modifiant diverses dispositions en matière de sécurité routière), le gouvernement du Québec créera une filiale de la Société des alcools du Québec : la Société québécoise du cannabis.

Le Québec s'est également démarqué au cours des dernières années, notamment par la mise en place de mesures telles que les alternatives à la judiciarisation, l'insertion sociale et la défense des droits, et les services d'accessibilité à bas seuil (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006), et ce, concernant les conséquences de la consommation de substances tant légales qu'illégales. En matière de substances illégales, dans la mesure où les politiques misant sur la prohibition peuvent engendrer en elles-mêmes des problèmes de santé et des problèmes sociaux (criminalisation, stigmatisation, etc.) (Institut national de santé publique du Québec, 2016a), les actions ainsi que la réglementation en vigueur, dans le respect du cadre législatif au Québec, doivent être bonifiées afin d'accroître les retombées positives pour la santé et la sécurité de la population. Par ailleurs, il s'avère nécessaire de réévaluer périodiquement diverses mesures d'encadrement de la mise en marché des SPA légales et des JHA afin de les ajuster, le cas échéant. Des améliorations à l'intérieur des réglementations existantes pour l'alcool et les JHA peuvent être apportées.

La légalisation du cannabis

Considérant le dépôt du projet de loi du gouvernement fédéral visant à légaliser le cannabis, le gouvernement du Québec doit intervenir législativement pour encadrer lui aussi des aspects qui concernent la distribution, la vente, les lieux d'usage et la production à des fins personnelles découlant de la légalisation du cannabis. Il a, à cet égard, la possibilité d'empêcher que s'opère un phénomène social aux conséquences lourdes pour la santé et la sécurité publique. Il faudra à ce titre poursuivre et bonifier les mesures visant à prévenir l'usage et les risques associés à la consommation de cannabis, et ce, plus particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes ainsi que chez les groupes les plus vulnérables, notamment les personnes ayant des comportements à risque ou répondant aux critères d'un trouble lié à l'utilisation de cette drogue. Diverses stratégies intégrant des actions de prévention, de sensibilisation, d'information, de modification de la norme sociale et de traitement seront mises de l'avant. Également, des efforts devront être déployés pour assurer l'accès à des services de traitement de qualité basés sur les données scientifiques et ainsi mieux traiter les troubles liés à l'utilisation de cannabis, notamment chez les populations vulnérables.

Le cadre législatif que l'État mettra en place constituera le pilier de son intervention. Il reposera sur des principes de santé et de sécurité publique découlant des leçons apprises des expériences de l'alcool et du tabac. Basé sur des mesures d'encadrement strictes, il visera principalement à minimiser les risques et les méfaits sur la santé et la sécurité des individus, le tout dans le souci d'éviter la banalisation de la substance et de son usage. Ce cadre devra par ailleurs permettre au gouvernement de s'adapter en fonction de l'évolution de ce nouveau phénomène et des connaissances scientifiques.

Par ailleurs, le Québec reste à l'affût des phénomènes en émergence, notamment en ce qui a trait aux problèmes associés à la consommation d'opioïdes. Le contexte mondial de la consommation de drogues est, depuis quelques années, caractérisé par l'émergence de drogues plus toxiques et par la consommation accrue des opioïdes, utilisés ou non à des fins thérapeutiques. Comparativement aux provinces de l'ouest du Canada et aux États-Unis, le Québec demeure, à ce jour, relativement épargné par les décès associés aux surdoses d'opioïdes. On y constate aussi moins de prescriptions et d'hospitalisations liées à une intoxication à ces drogues (Institut canadien d'information sur la santé, 2017). La situation est toutefois suffisamment préoccupante pour que des moyens soient pris dès maintenant pour y faire face. Dans ce contexte, le MSSS a interpellé tous les partenaires concernés afin de préparer une réponse concertée à une éventuelle crise. La Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre a été lancée.

Toujours parmi les avancées, le MSSS a mis en place un chantier de pertinence clinique en usage optimal des médicaments en 2015. Le chantier vise à sélectionner des classes de médicaments pour lesquelles un problème d'utilisation est suspecté et à mettre en place un plan d'action pour corriger la situation. Étant donné les inquiétudes manifestées à leur égard à l'échelle canadienne, les opioïdes ont été sélectionnés comme classe de médicaments pouvant faire l'objet d'un plan d'action. Il s'avère toutefois nécessaire de bien cibler les problèmes d'utilisation propres au Québec et de ne pas perdre de vue que la majorité des personnes faisant usage de médicaments opioïdes, notamment pour le traitement de la douleur, le font d'une manière adéquate qui entraîne peu ou pas d'effets néfastes. De plus, il a été décidé de demander à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) de procéder à un portrait de l'usage afin de bien circonscrire les besoins d'intervention avant qu'un plan d'action soit élaboré.

Notons également qu'au Québec, les pharmaciens disposent d'outils leur permettant de réduire le risque que des ordonnances de médicaments présentant un potentiel d'abus ou de dépendance soient délivrées à plusieurs reprises à la même personne. En effet, une grande proportion de pharmacies sont reliées au Dossier Santé Québec (DSQ) et l'alimentent à chaque délivrance d'un médicament à un patient. En consultant le profil pharmacothérapeutique du DSQ pour un patient donné, le pharmacien peut vérifier quels sont les médicaments qui ont été remis par un autre pharmacien.

De plus, les pharmaciens collaborent au programme *Alerte* mis en place par l'Ordre des pharmaciens du Québec depuis 1985. Ce programme permet l'envoi à des pharmaciens d'un avis contenant des renseignements, révélés par une enquête, sur un patient qui présente un problème d'abus de médicaments. Dans les cas de consultations multiples, le programme *Alerte* propose de jumeler le patient à un pharmacien et à un prescripteur afin de permettre à ces deux professionnels de la santé de superviser la thérapie médicamenteuse du patient.

Par ailleurs, la mise en place d'une communauté de pratique médicale en dépendance est une avancée marquée. S'adressant aux médecins du Québec, cette communauté de pratique vise à «encourager le partage d'expertise et la concertation entre les membres pour contribuer à l'harmonisation des pratiques dans le milieu, [à] faciliter la mise à niveau et le développement des connaissances en proposant un éventail d'activités de développement professionnel continu pour les médecins [et à] favoriser le réseautage et les échanges entre les médecins des différentes régions» (Communauté de pratique médicale en dépendance, s. d.).

Un réseau de services de santé et de services sociaux organisé et compétent

Le dynamisme québécois en matière de prévention, de réduction et de traitement des conséquences associées à la consommation de SPA et à la pratique de JHA s'illustre également par la disponibilité d'une offre de services destinés aux personnes présentant des comportements à risque concernant les SPA et les JHA ou répondant aux critères d'un TUS ou d'un TJHA. En effet, les Québécois peuvent compter sur un réseau de services organisé et compétent en la matière, autant dans les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) que dans les ressources communautaires ou privées.

Au compte des avancées, dès 1994, le MSSS publiait *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH: cadre de référence pour la prévention* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009). Avec notamment une approche de réduction des méfaits, ce document visait à mobiliser le réseau public de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires afin d'améliorer l'accès à du matériel d'injection stérile pour les utilisateurs de drogues par injection. Par ailleurs, le Québec a récemment mis en place une offre de services d'injection supervisée à Montréal. Ces services se trouvent au sein d'une gamme de services déjà en place pour les personnes qui font usage de drogues par injection. Des réflexions sont en cours quant à la possibilité d'étendre ces services à d'autres régions au Québec.

Au cours de la dernière décennie, notons la publication des *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services Dépendances. Offre de service 2007-2012* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007). Ce document précise les rôles et les responsabilités des établissements publics au sein du RSSS en matière de services destinés aux personnes qui ont des comportements à risque au regard de la consommation de SPA ou de la pratique de JHA, ou qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA. Ces orientations ont favorisé l'émergence d'une vision cohérente et partagée des services en dépendance aux plans national, régional et local, ainsi que la mise en place d'un continuum de services en dépendance prenant appui sur des outils standardisés et basés sur des pratiques reconnues.

Par ailleurs, le Québec se démarque par les services offerts par les organismes communautaires intervenant dans les milieux de vie des consommateurs, notamment dans une perspective de prévention et de réduction des conséquences. «Par une vision globale de la santé et du bien-être des personnes et de la société, par une approche globale, par une action basée sur l'autonomie des groupes et des individus, par une capacité d'innover, par un enracinement dans la communauté, par une vision "autre" du service et par une conception plus égalitaire des rapports entre les personnes intervenantes et participantes » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014c), cet engagement des organismes communautaires se répercute positivement dans l'offre de services en dépendance.

Le Québec s'illustre également par la qualité et la sécurité des services des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance, lesquelles sont encadrées par le Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (S-4.2, r. 0.1) (Éditeur officiel du Québec, 2017, 1^{er} septembre). En prenant appui sur les bonnes pratiques, ce règlement a non seulement permis d'assurer la sécurité et la qualité des services offerts aux personnes, mais a également balisé les catégories de services pouvant être offerts par ces ressources.

L'innovation et le développement des connaissances au cœur des pratiques

Le Québec a la chance de pouvoir compter sur une communauté scientifique dans le domaine de la consommation de SPA, de la pratique de JHA et de l'utilisation d'Internet, reconnue à travers le Canada et à l'international. Travaillant en synergie avec le milieu de la pratique, cette communauté promeut l'application des meilleures pratiques, lesquelles reposent sur un vaste corpus d'études rigoureuses menées au Québec et ailleurs dans le monde.

Au cours des dix dernières années, des avancées importantes ont permis de soutenir cette communauté. À cet égard, notons la création, en 2007, d'un Institut universitaire sur les dépendances, qui constitue un jalon important en matière de développement des connaissances, de développement et d'évaluation d'innovations et de pratiques de pointe, d'enseignement et de formation pratique des professionnels du RSSS, ainsi que d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en dépendance (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010). La création de ce pôle d'expertise a permis le développement d'un réseau de partage qui suscite la

collaboration entre différentes équipes de recherche (Centre de réadaptation en dépendance – Institut universitaire, s. d.) et renforce les liens de partenariat avec les milieux universitaires et les établissements du réseau.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est également un acteur qui a contribué de manière marquante au développement des connaissances entourant la consommation de substances psychoactives et la pratique de jeux de hasard et d'argent au cours des dernières années. Il en va de même de l'INESSS, qui a le mandat de soutenir le réseau de la santé et des services sociaux dans la poursuite de l'excellence des pratiques et de l'utilisation efficiente des ressources, par la mobilisation des connaissances et des acteurs.

La Chaire de recherche sur l'étude du jeu, première au Québec (Université Concordia, s.d.), a été créée en 2012 avec le soutien financier de la Fondation Mise sur toi et du Fonds de recherche du Québec – Société et culture, avec comme mission de faire preuve de leadership, en synergie avec ses partenaires et collaborateurs, dans la structuration de la prévention des comportements de jeu à risque au Québec.

Soulignons également l'apport important de certaines institutions dans le développement des connaissances en dépendance, notamment en matière de troubles concomitants. À titre d'exemple, l'Institut universitaire de santé mentale Douglas organise des événements de partage des connaissances entre les acteurs des réseaux en dépendance et en santé mentale. En outre, l'unité de psychiatrie des toxicomanies du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, en plus d'offrir des soins cliniques spécialisés en troubles concomitants et la formation d'étudiants, a mis en place des modalités diversifiées de soutien clinique et de transfert de connaissances aux partenaires du réseau de même qu'un programme de recherche clinique en troubles concomitants.

Certains établissements de santé et de services sociaux disposent aussi de chercheurs au sein de leur mission de centre de réadaptation en dépendance ou en milieu hospitalier universitaire. Notons également la présence de chercheurs dans des établissements non fusionnés qui sont des acteurs-clés dans divers réseaux de recherche nationaux et internationaux, et qui contribuent à la diversité des activités de recherche en dépendance au Québec.

La mise en place du système d'information clientèle pour les services de réadaptation en dépendance (SIC-SRD) est également une avancée marquante. Ce système de collecte d'information sur la clientèle soutient les intervenants et les gestionnaires de la mission centre de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance (CRD) dans leurs activités et s'avère un outil de travail pertinent pour assurer le suivi des demandes et la coordination des services. De plus, il permet une collecte uniforme et en temps réel des données concernant les usagers et les services des CRD, dont l'analyse en continu peut contribuer de façon significative à l'amélioration des services offerts.

En outre, l'INSPQ soutient le Réseau SurvUDI depuis 1995 afin d'avoir un portrait de la consommation de SPA par injection et par inhalation et de surveiller la prévalence et l'incidence des infections par le VIH et le VHC chez les personnes qui utilisent des drogues par injection. Ce réseau permet de suivre les facteurs de risque et les comportements et ainsi d'ajuster les interventions afin de mieux prévenir et réduire les risques associés à ce type de consommation.

Par ailleurs, le Plan national de surveillance du MSSS a sélectionné, à partir du Cadre conceptuel de l'état de santé et de ses déterminants, les objets, les indicateurs et les sources de données les plus appropriés pour la surveillance continue des comportements en matière de consommation de SPA et de pratique de JHA. Les données qui en découlent permettent de connaître le portrait de la consommation et d'adapter les programmes et les interventions en fonction des comportements observés.

Également, le Programme de recherche thématique portant sur les impacts socioéconomiques des jeux de hasard et d'argent a permis, au cours de la dernière décennie, d'améliorer les connaissances à plusieurs égards (l'intervention auprès des joueurs à risque et des joueurs pathologiques, les profils des joueurs, les coûts et les impacts socioéconomiques des JHA, les politiques publiques et l'offre de jeu, les outils et instruments de mesure en lien avec les JHA, etc.). En matière de consommation de SPA, différents projets de recherche structurants ont été réalisés, notamment en lien avec le profil de compétences des intervenants de première ligne pour la détection, l'intervention précoce et la référence auprès des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance, l'évaluation de l'implantation du programme Alcochoix+, l'évaluation des mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie, la validation des instruments de détection et d'évaluation ainsi que l'estimation des besoins de services en dépendance.

Malgré d'importantes contributions, des efforts doivent être poursuivis, notamment afin de maintenir la pertinence et la performance des outils d'évaluation à utiliser auprès de la clientèle et l'intégration des connaissances les plus actuelles aux pratiques d'intervention, en particulier auprès de certains groupes. Également, il convient de mieux utiliser les données disponibles en facilitant leur diffusion et leur partage et de mieux arrimer les travaux des différentes organisations responsables de la production et du transfert des connaissances.

CHAPITRE 2

Le portrait de la situation

Bien que la consommation de SPA et la pratique de JHA soient généralement réalisées de manière récréative, sans entraîner de conséquences pour la personne qui s’y adonne ou pour la collectivité, elles peuvent comporter des risques. Les SPA à elles seules sont associées à plus de 80 maladies et traumatismes. Notons, à titre d’exemples, les accidents de la route, la violence, la négligence, les drames familiaux et le suicide. Les SPA sont également associées à des maladies chroniques et infectieuses, telles que le cancer, la cirrhose du foie, le virus de l’immunodéficience humaine (VIH), les hépatites A, B et C, ainsi qu’à des troubles mentaux (Fleury, Giroux, Ménard et Couillard, 2015). Ces conséquences ont en commun qu’elles peuvent toutes être évitées.

Afin de mieux comprendre le phénomène de la consommation de SPA, de la pratique de JHA et de l’utilisation d’Internet, il convient de dégager un portrait de la situation. À cet égard, la présente section décrit les principales tendances dans la population en général et pour des groupes de personnes présentant certaines particularités. La lecture partagée du phénomène par l’ensemble des partenaires du Plan d’action permet la mise en place d’actions cohérentes qui répondent le mieux à la population.

L’ampleur du phénomène de la consommation de SPA, de la pratique de JHA et de l’utilisation d’Internet: les grandes tendances et les phénomènes en émergence

L’ALCOOL

Au Canada, l’alcool est de loin la substance la plus consommée (Centre canadien sur les dépendances et l’usage de substances, 2017) et au moins 20 % des buveurs consomment plus que la quantité recommandée par les *Directives de consommation d’alcool à faible risque du Canada* (Centre canadien sur les dépendances et l’usage de substances, 2017). Maintenue au fil des années, la consommation d’alcool au-delà de ces directives accroît les risques de maladies graves, comme des maladies hépatiques et certains cancers.

Au Québec, la consommation d’alcool sous toutes ses formes est, de façon générale, demeurée stable au cours des quinze dernières années, soit autour de 82 % (Institut national de santé publique du Québec, 2016b). Toutefois, on note une augmentation de la consommation par personne, de la consommation excessive d’alcool⁹ et de la consommation au-delà des limites à faible risque¹⁰ (Institut national de santé publique du Québec, 2016b; Institut de la statistique du Québec, 2016a).

9. La consommation excessive d’alcool correspond généralement à quatre consommations standards et plus chez la femme et à cinq et plus chez l’homme (Butt, Beirness, Gliksman, Paradis et Stockwell, 2011).

10. La consommation au-delà des limites à faible risque correspond généralement à deux verres standards et moins par jour et au plus dix verres standards par semaine pour les femmes ou, pour les hommes, à trois verres standards et moins par jour et au plus quinze verres standards par semaine.

Les hommes sont de plus grands consommateurs d'alcool et les femmes ont augmenté leur consommation excessive d'alcool de manière significative dans les dernières années (Institut de la statistique du Québec, 2016a). La proportion de personnes ayant consommé de l'alcool est plus élevée chez les jeunes de 18 à 24 ans (Institut de la statistique du Québec, 2016a). Les hommes et les personnes de 20 à 24 ans sont plus nombreux à avoir dépassé les directives de consommation d'alcool à faible risque (Gouvernement du Canada, 2017). Les hommes sont aussi plus affectés par les troubles liés à l'utilisation d'alcool (TUS-alcool) que les femmes. Selon les données issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012 (Statistique Canada, 2015), la dépendance à l'alcool a été estimée à 2,7 % dans la population générale chez les Québécois.

Possiblement en raison de la prévalence élevée de son usage et de sa toxicité, l'alcool est la SPA qui crée le plus de problèmes dans la société. Les coûts attribuables à l'abus d'alcool au Canada sont près de deux fois plus élevés que ceux attribuables à l'abus d'autres drogues (Rehm, Taylor et Room, 2006). De façon générale, les problèmes de santé, la violence, les difficultés au travail et à l'école, les accidents, les blessures et décès, le suicide, les comportements sexuels à risque sont autant de phénomènes associés à l'usage abusif d'alcool (Léonard et Amar, 2002; Institut national de santé publique du Québec, 2010a; Institut national de santé publique du Québec, 2010b).

LE CANNABIS

Selon les données issues de l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 (Institut de la statistique du Québec, 2016b), 15,2 % des Québécois de 15 ans et plus ont consommé au moins une fois du cannabis au cours de l'année, ce qui en fait la SPA la plus consommée par les Québécois de 15 ans et plus, après l'alcool. Au Québec et ailleurs dans le monde, les adolescents (15-17 ans) et les jeunes adultes (18-24 ans) représentent les groupes où l'on trouve la plus grande proportion de consommateurs de cannabis. Ils constituent, par ailleurs, la population risquant le plus de développer des problèmes liés à la consommation de cette substance. Chez les adultes, l'usage de cannabis est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Les données indiquent que 52 % des consommateurs en font usage moins d'une fois par mois, 15,2 % en font usage d'une à trois fois par mois, 8,5 % en font usage une fois par semaine, 14 % plus d'une fois par semaine et 10,8 % en font usage tous les jours (Institut de la statistique du Québec, 2016b).

Bien que, dans plusieurs pays européens, au Canada et au Québec, les taux de consommation de cannabis soient en constante diminution depuis les années 2000, le Canada demeure, parmi les pays développés, celui où le pourcentage d'adolescents âgés de 11, 13 et 15 ans ayant signalé avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois est le plus élevé, avec un taux passant de 40 % en 2001-2002 à 28 % en 2009-2010 (Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2013).

LES AUTRES SPA

Selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 (Institut de la statistique du Québec, 2016b), en excluant le cannabis, les prévalences de l'usage des autres SPA (amphétamines, cocaïne [crack], crystal meth [méthamphétamines], ecstasy, hallucinogènes [PCP, LSD, champignons], kétamine, médicaments non prescrits, colle [solvants]) à l'échelle de la population québécoise sont de moins de 2 %. La consommation d'autres SPA que l'alcool et le cannabis a toutefois augmenté dans les dernières années au Québec et les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à en consommer (Institut de la statistique du Québec, 2016b). Selon la même enquête, c'est chez les jeunes de 15 à 24 ans que l'on retrouve

la prévalence de consommation de SPA la plus élevée : 4,7 % des jeunes de ce groupe d'âge ont consommé de la cocaïne, 3,3 % des amphétamines, 5 % de l'ecstasy ou d'autres substances semblables, 3,8 % des hallucinogènes et 2,3 % des médicaments non prescrits.

Selon les données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de 2012 (Statistique Canada, 2015, 27 novembre), le taux de troubles liés à l'utilisation de SPA (TUS-drogues) excluant le cannabis et l'alcool dans la population canadienne âgée de 15 ans et plus était de 4 % au cours de la vie et de 0,7 % au cours des douze derniers mois. Au Québec, environ 4,3 % de la population répond aux critères pour un TUS-drogue (excluant le cannabis) au cours de la vie et 0,5 % au cours des douze derniers mois (Statistique Canada, 2013)¹¹.

Concernant les conséquences associées à la consommation d'une SPA illicite, en 2015, 3 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus ont déclaré avoir vécu au moins une telle conséquence au cours des douze derniers mois. Parmi les personnes qui consomment, le pourcentage de celles ayant déclaré une conséquence dans l'année précédant le sondage était de 17 %. Le taux de déclaration d'un méfait chez les jeunes de 15 à 19 ans était, pour sa part, de 6 %, et de 8 % chez les 20 à 24 ans (Gouvernement du Canada, 2017).

Au regard de la drogue au volant, un sondage effectué en 2013 révèle que 2 % des conducteurs ont admis avoir conduit après avoir consommé du cannabis dans les deux heures précédant leur départ. De plus, en 2012, chez les 172 conducteurs décédés et testés par le Bureau du coroner, les tests de 55 d'entre eux se sont avérés positifs à la présence de drogue, soit une proportion de 32 % (Société de l'assurance automobile du Québec, 2016).

LES MÉDICAMENTS PRÉSENTANT UN POTENTIEL D'ABUS ET DE DÉPENDANCE¹²

D'après l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues de 2011 (Gouvernement du Canada, 2012), 22,9 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont affirmé avoir consommé un produit pharmaceutique psychoactif au cours de la dernière année. Les antidouleurs opioïdes étaient les plus consommés, suivis des sédatifs ou tranquillisants et des stimulants, les taux étant respectivement de 16,7 %, 9,1 % et 0,9 %.

Selon le rapport *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes, de 2012 à 2016*, de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), publié le 22 novembre 2017, le Québec constituait la province où la consommation d'opioïdes mesurée en doses thérapeutiques quotidiennes était la plus faible au Canada en 2016. Également, des données de l'ICIS montrent que le Québec représente la province où le nombre d'hospitalisations liées aux opioïdes est le plus bas au Canada (Institut canadien d'information sur la santé, 2017).

Selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015, les jeunes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux à avoir consommé des médicaments non prescrits. La proportion pour ce groupe d'âge s'élève à 2,3 %, comparativement à 1,2 % pour les 25-44 ans, 0,9 % pour les 45-64 ans et 0,5 %¹³ pour les 65 ans et plus (Institut de la statistique du Québec, 2016b)¹⁴.

11. Données à utiliser avec prudence.

12. Dans le Plan d'action, l'expression « médicaments présentant un potentiel d'abus et de dépendance » réfère aux médicaments psychotropes ou psychoactifs prescrits ou non, tels que les médicaments opioïdes, les benzodiazépines, le méthylphénidate et les autres stimulants du système nerveux central.

13. Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : donnée à interpréter avec prudence.

14. Dans le cadre de cette enquête, les médicaments non prescrits sont des substances normalement obtenues avec prescription mais qui sont consommées sans prescription, et ce, dans le but d'avoir un effet similaire à celui des drogues, par exemple du Dilaudid ou des benzodiazépines, comme le Valium ou l'Ativan (Librium, Dalmane, Halcion, Ritalin, morphine et codéine sont d'autres exemples).

LA PRATIQUE DE JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

Une enquête québécoise publiée en 2014 (Kairouz, Nadeau et Robillard, 2014) montre que la participation des adultes aux JHA a diminué de façon significative au Québec entre 1996 (90 %) et 2012 (67 %) et que la pratique est essentiellement récréative. L'enquête révèle aussi que 1,4 % de la population âgée de 18 ans et plus est composée de joueurs à risque modéré et 0,4 %, de joueurs pathologiques probables. Ces derniers sont surreprésentés parmi les joueurs de machines à sous et d'appareils de loterie vidéo (ALV), ainsi que parmi les joueurs en ligne. Comme pour les TUS-alcool et autres drogues, les hommes risquent davantage d'éprouver des problèmes de JHA (Kairouz et Robillard, 2014).

Pour ce qui est des conséquences liées aux JHA, notons une diminution de la productivité au travail, des infractions de nature économique telles que la fraude et le vol, le détournement de fonds, les incendies criminels ainsi que des problèmes judiciaires (Kairouz et Robillard, 2014). Des études auprès d'une population clinique révèlent que les problèmes de jeu peuvent entraîner l'endettement (Ladouceur, Lachance et Fournier, 2009). Ils sont aussi associés à des problèmes conjugaux et familiaux, notamment le divorce (Ciarrocchi et Reinert, 1993). Pour chaque joueur qui vit des problèmes de jeu, entre 5 et 17 proches sont touchés (Kalischuk, Nowatzki, Cardwell, Klein et Solowoniuk, 2006); les plus affectés sont les conjoints et les enfants (Duvarci et Varan, 2000; Kairouz et Robillard, 2014).

LA CYBERDÉPENDANCE

Une partie importante de la population utilise quotidiennement Internet et la majorité le fait de façon pratique, agréable et sans que cela cause de dommages. Seule une proportion restreinte d'utilisateurs en ferait un usage problématique (Nadeau, Acier, Kern et Nadeau, 2011).

À ce jour, il n'existe aucun consensus quant aux critères diagnostiques d'une cyberdépendance (Dufour, Nadeau et Gagnon, 2014). Dans la dernière version du DSM-5, la cyberdépendance n'a pas été retenue comme diagnostic, mais a été inscrite en annexe comme sujet demandant des études supplémentaires avant de pouvoir être considéré comme un trouble formel (sous l'appellation «Usage pathologique des jeux sur Internet»). Les autres formes d'utilisation d'Internet (notamment l'utilisation problématique des réseaux sociaux) ne sont pas considérées dans ce manuel diagnostique. Pour sa part, l'Organisation mondiale de la Santé a inclus le trouble du jeu vidéo dans la section des dépendances dans sa 11^e version de la Classification internationale des maladies (CIM-11).

Également, aucune étude épidémiologique ne permet d'établir avec précision l'étendue de cette problématique. Sans critère diagnostique validé et en l'absence de définition opérationnelle et standardisée, la détermination d'une prévalence reste incertaine.

Au Québec, un vaste projet de recherche sur le jeu de hasard et d'argent chez les adolescents a permis de documenter l'utilisation d'Internet pour un grand nombre d'entre eux. Selon cette étude, les garçons passaient significativement plus de temps que les filles sur Internet. Une plus grande proportion des filles faisait un usage intense des réseaux sociaux, tandis qu'une plus grande proportion des garçons faisait un usage intense des jeux de rôles multijoueurs et autres jeux en ligne. Toujours selon cette étude, 1,3 % des adolescents étaient considérés comme ayant une dépendance à Internet, alors que 18 % des adolescents étaient jugés à risque (Dufour et coll., 2016).

Bien que la cyberdépendance soit un phénomène en émergence qui fait actuellement l'objet de travaux au Québec et à l'international, les personnes qui éprouvent ce type de problème vivent plusieurs conséquences négatives. La communauté scientifique et les experts du milieu clinique et de l'intervention poursuivent leurs efforts en vue de mieux documenter cette problématique et d'adapter, le cas échéant, les pratiques préventives ainsi que les services offerts à ces personnes.

Les groupes de personnes aux besoins particuliers

Les hommes adultes demeurent le groupe qui consomme davantage de SPA et qui participe le plus à des JHA. Ils sont également ceux qui présentent le plus de problèmes liés à leur consommation de SPA ou à leur pratique de JHA. On peut leur porter une attention particulière, notamment en s'assurant de les rejoindre davantage dans les milieux qu'ils fréquentent.

Le Plan d'action accorde également une attention particulière à certains autres groupes de la population qui, en raison de leurs caractéristiques propres ou de leur type de comportements de consommation de SPA ou de pratique de JHA, risquent davantage de vivre des conséquences ou présentent des besoins particuliers en matière de services. Ces personnes sont regroupées dans la présente section en fonction de caractéristiques communes qu'elles partagent. De façon à répondre de manière optimale à leurs besoins, il importe d'offrir une réponse variée, adaptée et flexible.

LES FEMMES ENCEINTES, LES MÈRES ET LES PÈRES DE JEUNES ENFANTS ET LEUR CONJOINT OU CONJOINTE

L'alcool et les autres drogues peuvent avoir des effets négatifs sur le déroulement de la grossesse ainsi que sur la santé et le développement de l'enfant à naître. L'alcool est un produit tératogène, c'est-à-dire qu'il peut causer des malformations congénitales. Aucune limite sécuritaire de consommation d'alcool ou d'autres drogues durant la grossesse n'est établie. Par ailleurs, selon les données de Statistique Canada de 1993 à 2008, le Québec est la province où le taux de consommation d'alcool durant la grossesse est le plus élevé au Canada, soit 25,6 %. Ce taux est un peu plus que le double de la moyenne d'autres provinces canadiennes (Agence de la santé publique du Canada, 2013).

La consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues peut également entraîner des conséquences sur la parentalité (Cleaver, Unell et Aldgate, 2011), notamment en rendant les parents moins disponibles physiquement et émotionnellement pour leur nourrisson et en affectant la manière dont ils réagissent à leur enfant et répondent à leurs besoins.

Pour assurer la sécurité des fœtus, des nourrissons et des enfants en bas âge, les femmes enceintes, les mères et les pères de jeunes enfants, ainsi que leur conjoint ou conjointe, sont spécialement ciblés dans le présent document. Les interventions préventives auprès de cette clientèle doivent être privilégiées. De plus, lorsqu'elles présentent un problème dont le niveau de gravité correspond aux critères d'un TUS ou d'un TJHA, ces personnes doivent être orientées de manière prioritaire en vue d'une évaluation spécialisée en dépendance.

LES JEUNES ET JEUNES ADULTES

En 2013-2014, 38,9 % des jeunes de 18 à 24 ans ont eu une consommation excessive d'alcool au moins une fois par mois (Statistique Canada, 2015). Il s'agit de la plus forte proportion enregistrée parmi les différents groupes d'âge, la seconde position étant occupée par les 25 à 44 ans (27 %) (Statistique Canada, 2015). Les hommes de 18 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux à avoir ce comportement que les femmes du même âge (47,5 % c. 29,6 %) (Statistique Canada, 2015). L'Institut de la statistique du Québec (2014) indique que l'alcool mélangé avec une boisson énergisante gagnerait en popularité chez les adolescents et les jeunes adultes. La caféine contenue dans ce type de boisson atténuerait la sensation d'état d'ébriété chez les personnes et favoriserait une consommation d'alcool plus élevée.

En matière de consommation de cannabis, les adolescents (15-17 ans) et les jeunes adultes (18-24 ans) représentent, au Québec, les groupes où l'on trouve la plus grande proportion de consommateurs de cannabis, soit respectivement 31 % et 41,7 % (Institut national de santé publique du Québec, 2017a). Par ailleurs, les jeunes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux que leurs aînés à avoir consommé de la cocaïne (4,7 %), des amphétamines (3,3 %), de l'ecstasy ou d'autres substances semblables (5,3 %), des hallucinogènes (3,8 %) et des médicaments non prescrits (2,3 %) (Institut de la statistique du Québec, 2016b).

Entre 12 et 24 ans, les jeunes vivent plusieurs changements et passages importants (entrée à l'école secondaire, premières relations intimes, entrée sur le marché du travail, etc.). Il s'agit d'une période cruciale dans le développement de l'identité et de la socialisation. Comme le démontrent les données disponibles, c'est, pour plusieurs d'entre eux, le moment où ils feront leurs premières expériences de consommation de SPA ou de pratique de JHA. Par ailleurs, la grande croissance neurocognitive pendant l'adolescence jusqu'au début de l'âge adulte rend les régions du cerveau impliquées dans la prise de décisions, le jugement, la planification et la résolution de problèmes plus vulnérables aux effets de la consommation de SPA.

La majorité d'entre eux vivront ces expériences sans en subir de méfaits ou de conséquences importantes. Par contre, pour ceux qui connaîtront des problèmes liés à leur consommation de SPA ou à leur pratique de JHA, les conséquences peuvent être dramatiques et avoir des répercussions à long terme, pour eux-mêmes et leurs proches. Il importe donc de poursuivre les efforts afin de retarder l'âge d'initiation à la consommation, de soutenir les jeunes dans leur développement et pour qu'ils fassent des choix éclairés en matière de consommation de SPA et de JHA. Pour les jeunes qui présentent des comportements de consommation de SPA ou de pratique de JHA pouvant provoquer des conséquences négatives, il importe d'améliorer les pratiques afin de mieux les rejoindre et de leur offrir des services plus adaptés à leurs besoins.

Par ailleurs, une attention soutenue doit être portée aux jeunes en difficulté étant donné les prévalences élevées de problèmes de consommation dans ce groupe de personnes et la période cruciale de développement dans laquelle il se situe. En effet, une très forte proportion des jeunes rejoints par les établissements de santé et de services sociaux offrant des services pour les jeunes en difficulté d'adaptation a déjà consommé de l'alcool (88 %) et du cannabis (78 %) (Lavature, Déry et Pauzé, 2008). Près de la moitié des jeunes hébergés dans ces établissements requièrent des services en dépendance parce qu'ils présentent un problème de consommation de SPA (Frappier, Duchesne et Lambert, 2015). Peu importe le type de SPA, les jeunes contrevenants sont plus nombreux que les jeunes fréquentant une institution scolaire à avoir consommé de la

drogue sur une période de douze mois (Brochu, Cousineau et Tétrault, 2007). Également, selon des données canadiennes, la grande majorité des jeunes de la rue ont déjà consommé des drogues au moins une fois au cours de leur vie (Agence de santé publique du Canada, 2006) et près de la moitié (48,9 %) des jeunes de la rue ayant déjà consommé des drogues au cours de leur vie consomment de la drogue sur une base quotidienne (Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013). Ces données nous invitent à accorder une attention particulière à ce groupe de personnes.

LES PERSONNES ÂGÉES

Il y aurait une proportion plus faible de buveurs chez les personnes âgées de 65 ans et plus que chez les plus jeunes adultes. Ce groupe connaît toutefois la hausse de la proportion de buveurs la plus marquée, étant passée de 69,2 % en 2000 à 76,6 % en 2015. Cette proportion aurait également augmenté chez les personnes âgées de 45 à 64 ans (Institut national de santé publique du Québec, 2016b).

Il faut souligner que, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, malgré une proportion de buveurs plus faible et des modes de consommation présentant moins de risque, la hausse de la consommation excessive d'alcool observée entre 2000 et 2015 est la plus marquée de tous les groupes, avec 57,4 % (Institut national de santé publique du Québec, 2016b). Quant à la consommation de drogues, elle diminue de façon significative à mesure que l'âge augmente. En effet, au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, le pourcentage de consommation de drogues passe de 40 % chez les 15 à 24 ans à 1,9 % chez les 65 ans et plus (Institut de la statistique du Québec, 2016b).

Au regard des médicaments, certaines études laissent entendre que le tiers de la population âgée de 65 ans et plus utilise de façon chronique et inappropriée des médicaments de types benzodiazépines et anxiolytiques (Bouthillette, Collin et Tannenbaum, 2011). Bien qu'ils soient des médicaments reconnus comme étant efficaces, leur usage à long terme n'est pas conseillé parce qu'ils peuvent causer des problèmes de dépendance. À cet égard, un chantier de pertinence clinique en usage optimal des médicaments tiendra compte des groupes d'âge, notamment les personnes âgées, afin de déterminer si des actions particulières doivent être menées à leur endroit.

Bien que les prévalences quant à l'utilisation de SPA et aux problèmes qui y sont associés soient faibles dans ce groupe de personnes, certains éléments, comme le processus de vieillissement, qui implique des changements physiologiques, et la prise de médicaments (de tout type) plus fréquente, peuvent les rendre plus sensibles aux effets de l'alcool ou d'autres drogues.

Quant à la pratique de JHA, les personnes âgées ne se distinguent pas du reste de la population en ce qui concerne la prévalence des problèmes de jeu. Cependant, la perte des biens ou des épargnes accumulés est davantage irréversible puisque ces personnes ne travaillent plus et qu'il est plus difficile pour elles de se refaire. La capacité de récupérer des complications de santé physique, de la détresse psychologique ou des pertes sociales engendrées par les problèmes de jeu semble aussi plus fragile (Institut national de santé publique du Québec, 2014).

Certaines particularités propres aux personnes âgées en lien avec la consommation d'alcool, d'autres drogues et la pratique de JHA doivent être considérées dans l'offre de services lorsque cela s'applique. Notamment, l'enjeu du vieillissement de la population est à considérer. Les ressources

spécialisées en dépendance font face à une clientèle vieillissante qui requiert une attention particulière. Par exemple, l'évaluation des pertes cognitives d'une personne est complexifiée par la consommation, ce qui peut entraîner l'absence de prise en charge de sa situation par les intervenants. Également, les normes de consommation d'alcool à faible risque peuvent être différentes et feront l'objet de travaux.

LES JOUEURS EN LIGNE, D'ALV ET DE MACHINES À SOUS

En 2012, 4,1 % des adultes au Québec (6,2 % des joueurs courants) ont parié ou dépensé de l'argent dans des appareils de loterie vidéo (ALV) (Kairouz, Nadeau et Robillard, 2014), alors que 1,5 % des adultes québécois (2,3 % des joueurs courants) ont parié ou dépensé de l'argent dans des JHA sur Internet. Parmi les joueurs qui misent en ligne, le poker à l'argent est l'activité de jeu la plus populaire (Kairouz, Nadeau et Robillard, 2014)¹⁵. Or, selon Papineau et coll. (2018) : «Les joueurs qui jouent exclusivement en ligne rapportent des impacts significativement plus importants que les joueurs qui jouent exclusivement hors-ligne. Les joueurs en ligne mixtes, qui cumulent des activités de jeu en ligne et hors-ligne, vivent pour leur part davantage de répercussions négatives sur le plan de leur vie professionnelle ou relationnelle, de leur santé mentale et physique, de leurs finances et de leur qualité de vie que les personnes qui jouent exclusivement en ligne ou hors ligne». Par ailleurs, les personnes qui s'adonnent aux JHA en ligne (Papineau et coll., 2017), sur les ALV et sur les machines à sous sont surreprésentées parmi l'ensemble des personnes qui répondent aux critères d'un trouble lié aux JHA. Notons toutefois que, selon un rapport du groupe de travail sur le jeu en ligne (Nadeau et coll., 2014), l'étatisation de ce type de jeu n'est pas associée à une hausse statistiquement significative de la proportion de joueurs en ligne à risque modéré et potentiellement pathologiques. Des actions particulières doivent néanmoins être menées pour prévenir, réduire et traiter les conséquences qui sont associées à ces types de jeu.

LES PERSONNES PRÉSENTANT UN TUS ET UN TROUBLE MENTAL

Les personnes atteintes de troubles mentaux risquent davantage de manifester un TUS. Également, celles qui présentent un TUS courent plus de risques d'être éventuellement atteintes d'un trouble mental (Centre de toxicomanie et de santé mentale, s. d.). Au Québec, selon les données informelles provenant de divers centres de traitement, les personnes ayant un diagnostic de trouble concomitant constitueraient 33 à 50 % des usagers en milieu psychiatrique, 30 à 40 % de ceux d'un centre privé et 25 % de ceux d'un centre hospitalier admis au sein d'un service de désintoxication (Ngui, Fleury, Kairouz et Nadeau, 2000).

De manière générale, le tableau clinique est plus complexe en présence de troubles concomitants qu'en présence d'un seul diagnostic. Dans le même sens, cette concomitance interfère avec la persévérance en traitement et a aussi un effet négatif sur le pronostic (Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, 2015). Par ailleurs, une forte proportion d'individus présentant des troubles concomitants de TUS et de troubles mentaux seraient de «grands utilisateurs» des services de santé des urgences hospitalières (Ngui, Fleury, Kairouz et Nadeau, 2000). Le rétablissement des personnes aux prises avec une concomitance est généralement un processus au long cours, souvent traversé de plusieurs épisodes de services. Les services destinés à ces personnes doivent être adaptés à leur réalité, ce qui nécessite un travail de collaboration étroite entre les différentes équipes impliquées dans leur parcours. Comme le précisait le Plan d'action

15. Papineau, E., Lemétayer, F., Lacroix, G., Sévigny, S. (2018). Les préjudices liés aux jeux de hasard et d'argent en ligne : de l'identification à l'action de santé publique. Institut national de santé publique du Québec ISBN: 978-2-550-82538-8

en santé mentale 2015-2020, «étant donné la fréquente concomitance et l'interdépendance des troubles mentaux et des dépendances, ces deux problèmes de santé doivent être abordés conjointement et de façon intégrée» (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015b).

LES PERSONNES PRÉSENTANT UN TUS ET UN PROBLÈME DE SANTÉ PHYSIQUE

Un lien existe entre la consommation de SPA et plusieurs affections différentes, dont des maladies chroniques et infectieuses, des troubles neuropsychiatriques, des troubles gastro-intestinaux, des troubles métaboliques et endocriniens, des pathologies cardiovasculaires et certains cancers (Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, 2015). La consommation d'alcool augmente le risque d'être affecté par une de ces pathologies et ce risque se trouve plus ou moins accru en fonction de la quantité d'alcool consommée.

Compte tenu du lien étroit entre les TUS et les problèmes de santé physique, et considérant que la consommation de SPA est susceptible d'aggraver les problèmes de santé physique, il importe d'accorder une attention particulière à ces personnes. La consultation pour un problème de santé physique doit être utilisée comme une fenêtre d'opportunité pour détecter un problème lié à la consommation de SPA et à la pratique de JHA et pour orienter la personne, le cas échéant, vers les services du programme-services Dépendance.

LES PERSONNES QUI UTILISENT DES DROGUES PAR INJECTION ET PAR INHALATION

L'utilisation de drogues par injection peut s'accompagner de lourdes conséquences, tant sur le plan physique que sur le plan social: surdoses, hospitalisations, décès, syndrome du sevrage du nouveau-né après l'accouchement, marginalisation, exclusion. Les personnes qui utilisent des drogues par injection et par inhalation (UDII) représentent ainsi l'un des groupes les plus vulnérables aux infections par le virus de l'hépatite C (VHC) et par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et elles sont les plus fortement touchées par ces infections (Institut national de santé publique du Québec, 2017c).

Le nombre d'adultes qui s'injectent des SPA illicites a diminué ces dernières années. En 2014-2015, il a été constaté qu'une faible proportion des Québécois et Québécoises de 15 ans et plus (0,8 %) ont déjà fait usage de SPA illicites par injection au cours de leur vie. Une proportion significativement plus élevée d'hommes que de femmes ont déjà fait usage de ces drogues (1,1 % c. 0,5 %) (Institut de la statistique du Québec, 2016b). La proportion des élèves du secondaire qui ont fait usage de SPA par injection au cours de leur vie est de 0,5 % (Institut de la statistique du Québec, 2013).

La situation semble davantage préoccupante chez les jeunes de la rue. En effet, selon les données de surveillance des jeunes de la rue au Canada de 1999 à 2003 (Agence de santé publique du Canada, 2006), plus de 20 % des jeunes de la rue ont déclaré s'injecter des SPA durant cette période. La cocaïne, l'héroïne, la morphine et le *speedball* (mélange de cocaïne et d'héroïne) étaient les SPA les plus couramment injectées par les jeunes de la rue au cours des trois mois précédant l'étude.

Au Québec, le matériel d'injection stérile est fourni par les directions de santé publique (DSP) à plus de 1 200 centres d'accès au matériel d'injection (CAMI). La quantité de seringues remises aux CAMI par les DSP n'a cessé d'augmenter depuis 2005-2006 et a atteint 2,6 millions en 2015-2016 (Institut national de santé publique du Québec, 2017b). Environ 120 000 trousses de matériel

d'inhalation ont aussi été remises durant cette période (Institut national de santé publique du Québec, 2017b). Malgré cela, les services de proximité doivent continuer d'être améliorés pour rejoindre ces personnes dans leur milieu de vie.

LES PERSONNES CONTREVENANTES

Selon les données, les clientèles des services correctionnels du Québec sont nombreuses à présenter un problème de consommation d'alcool et d'autres drogues. Au cours de l'année précédant sa prise en charge, plus du tiers (35 %) de la clientèle correctionnelle consommait 25 verres et plus d'alcool par semaine tandis qu'au moins la moitié (54 %) recourait à une SPA illicite et près du quart en prenait tous les jours. Les SPA illicites les plus souvent consommées sont le cannabis et la cocaïne. La moitié des sujets (47 %) ont déjà entrepris un traitement au cours de leur vie. En ce qui a trait aux jeux de hasard, 9 % des personnes contrevenantes se considèrent comme des joueurs compulsifs (Ministère de la Sécurité publique, 2010).

En ce qui concerne les personnes incarcérées dans les pénitenciers québécois (sentence de plus de deux ans), une étude (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2003) indique que 82 % d'entre eux ont fait usage de SPA illicite sur une base régulière (une fois ou plus par semaine durant au moins un mois). Pour ce qui est des personnes incarcérées en établissement provincial au Québec (sentence de moins de deux ans), 29 % admettent poursuivre leur consommation de SPA illicites à l'intérieur des établissements de détention et 16 % indiquent en faire de même avec leur consommation d'alcool (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2003).

En outre, une étude publiée en 2016 indiquait que 2,2 % des hommes et 1,2 % des femmes ont affirmé s'être injecté des SPA durant leur incarcération. À l'intérieur de ce groupe, 45 % des hommes et 25 % des femmes ont partagé des seringues (Courtemanche, Poulin, Serchir et Alary, 2016). Notons aussi qu'il est probable que les substances consommées dans les établissements de détention ainsi que les modes de consommation soient plus dangereux, notamment en raison de la difficulté de se procurer les substances et le matériel de consommation.

La période de détention offre une occasion d'intervenir auprès des personnes qui consomment des SPA et d'assurer un suivi dans la communauté à la fin de l'incarcération.

LES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE

Selon une méta-analyse regroupant 29 études publiées entre 1979 et 2005 (Fazel, Khosla, Doll et Geddes, 2008), la prévalence de la dépendance à l'alcool serait de 38 % chez les personnes en situation d'itinérance alors que la dépendance aux autres SPA serait de 24 %. Dans le dénombrement des personnes en situation d'itinérance effectué à Montréal le 24 mars 2015 (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2015), la dépendance aux SPA est l'une des deux raisons principalement évoquées pour expliquer le passage le plus récent à une situation d'itinérance. Par ailleurs, 25 % des personnes en situation d'itinérance auraient un double diagnostic de trouble mental et de dépendance (Grenier, Fleury, Imboua et Ngui, 2013).

La consommation de SPA, souvent dans des conditions d'insalubrité, particulièrement pour les personnes qui s'injectent, augmente le risque de surdose et de contracter des infections. Également, l'itinérance jumelée à un trouble chronique de consommation d'alcool augmente les

risques de développer ou d'accentuer des problèmes de santé, de boire de l'alcool non propre à la consommation, l'utilisation des hôpitaux et des services d'urgence, la criminalité, ainsi que les contacts avec la police (Podymow et coll., 2006). Selon Bellot et coll. (2005), près de 70 % des infractions municipales reprochées aux personnes en situation d'itinérance sont associées principalement à la consommation d'alcool dans l'espace public et à l'ébriété publique. Selon ces mêmes auteurs, ces infractions contribuent à l'accroissement du sentiment d'insécurité dans la communauté, mais également à la judiciarisation des personnes due à l'accumulation d'amendes non payées.

La combinaison de ces problèmes, souvent jumelés aux problèmes de santé physique et aux troubles mentaux, rend plus complexe l'organisation des services. En effet, l'absence de domicile fixe représente une difficulté importante pour l'accès aux services de santé ainsi que le maintien des soins. Dépourvues d'adresse fixe et de preuves d'identité, les personnes en situation d'itinérance se heurtent souvent aux modes de fonctionnement et aux règles d'admission du RSSS. Comme le mentionne la Politique nationale de lutte à l'itinérance, «[il] est essentiel d'assurer une souplesse dans l'offre de services afin de rejoindre les personnes en situation d'itinérance là où elles se trouvent et au moment le plus approprié, et de mieux répondre à leurs besoins [...]» (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014a).

LES PERSONNES PRÉSENTANT UN TUS AU PROFIL CHRONIQUE

Transitoire chez certains, le TUS peut constituer pour plusieurs un problème au long cours, caractérisé par des périodes d'abstinence, de rechutes et de multiples épisodes de traitement, ce qui constituerait la norme plutôt que l'exception (Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, 2015). Afin d'atteindre et de maintenir leur rétablissement, plus de la moitié des usagers en traitement requièrent de multiples épisodes de traitement sur une longue période de temps (Dennis et Scott, 2007).

Quelques caractéristiques sembleraient être associées au profil chronique de TUS. On remarque que le fait d'être de sexe masculin, d'avoir commencé en bas âge la consommation de SPA, de cumuler un plus grand nombre d'années de consommation régulière, de rapporter une histoire «d'échecs» de traitements préalables, de présenter une dépendance plus sévère et plus complexe (ex. : polytoxicomanie) de même que des troubles psychiatriques concomitants (Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, 2015). sont autant d'éléments associés à une plus grande probabilité d'être devant un profil chronique de TUS.

Les personnes ayant un profil chronique de TUS représenteraient un pourcentage élevé des «grands utilisateurs» des services en dépendance (Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, 2015).

Étant donné que certaines personnes peuvent présenter un profil chronique et complexe, il importe d'adapter les services, notamment en échelonnant les suivis auprès de ces usagers sur plusieurs années et en fonction de diverses intensités de services, de sorte à favoriser l'atteinte et le maintien de leurs objectifs de réadaptation.

CHAPITRE 3

Les fondements du Plan d'action interministériel en dépendance

Le Plan d'action s'inscrit en continuité avec les orientations ministérielles ou interministérielles en matière de SPA ou de JHA qui, comme mentionné précédemment, ont permis d'importantes avancées. Il propose des actions qui visent la consolidation des changements entrepris.

Une attention spécifique est portée aux consommateurs de SPA et aux joueurs de JHA, ainsi qu'aux groupes de personnes qui ne consomment pas ou qui ne participent pas à des JHA, mais qui sont à un moment de leur vie où il est opportun d'agir. Une attention est également accordée aux membres de l'entourage de ces personnes. Pour leur bénéfice, les actions les plus efficaces, efficaces et prometteuses pour prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation d'Internet sont privilégiées.

Le Plan d'action adopte une vision globale de la personne, de l'ensemble des facteurs qui peuvent influencer son état de santé et son parcours de vie et des multiples dimensions de sa vie. Il prend effectivement en compte le fait que plusieurs déterminants sociaux et environnementaux puissent avoir une influence sur son état de santé, tels que ses caractéristiques individuelles, les différents milieux de vie avec lesquels elle interagit ainsi que les contextes politique, législatif, économique, social et culturel dans lesquels elle évolue.

Cette vision appuie l'idée que les causes, les manifestations et les conséquences associées à la consommation de SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation d'Internet sont complexes, multifactorielles et multidimensionnelles. La réponse aux besoins des personnes nécessite donc la mise en place d'actions variées, qui sont sous la responsabilité de divers acteurs. C'est dans cet esprit que le Plan d'action réunit l'ensemble des partenaires gouvernementaux qui ont un rôle à jouer dans la prévention, la réduction et le traitement des conséquences associées à la consommation de SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation d'Internet.

L'adoption d'une approche globale de la personne implique de reconnaître non seulement le parcours de vie unique de chacun, mais également les trajectoires multiples et variées au sein des différents services. Comme l'offre d'une gamme complète et de qualité de soins et de services sur un territoire donné implique la participation d'un ensemble d'acteurs interreliés et complémentaires, l'adoption d'une approche globale demande la mise en place, l'amélioration et le maintien de soins de collaboration et de partenariats dans le réseau de la santé et des services sociaux et avec les autres secteurs. Il importe à cet égard d'établir une vision partagée des rôles et des responsabilités de chacun afin d'assurer des services simplifiés et adaptés à la population ciblée ainsi qu'au type de conséquences vécues.

Le Plan d'action ne saurait, à lui seul, agir sur l'ensemble du phénomène de consommation de SPA, de pratique de JHA et de l'utilisation d'Internet. Il convient à ce titre de considérer une multitude de politiques et de programmes gouvernementaux déjà en vigueur dans plusieurs domaines,

dont la santé, les services sociaux, la santé publique, l'éducation, la sécurité publique, la sécurité du revenu et la justice, lesquels sont complémentaires au présent Plan d'action. Notons à titre d'exemples la Politique gouvernementale de prévention en santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016b), le Programme national de santé publique 2015-2025 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015c), la Politique québécoise de la jeunesse 2030 (Secrétariat à la jeunesse, 2016a) et la Stratégie d'action jeunesse 2016-2021 (Secrétariat à la jeunesse, 2016b), le Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014b) ainsi que le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015b).

Les principes directeurs

En continuité avec les orientations ministérielles ou interministérielles déjà évoquées, le Plan d'action souscrit à cinq principes directeurs. Ceux-ci servent de guides pour l'action auprès des personnes consommant des SPA ou s'adonnant à des JHA pour l'ensemble des partenaires concernés.

LA PRIMAUTÉ DE LA PERSONNE

Concevoir la personne dans son intégralité suppose d'abord et avant tout le respect de ses volontés, de ses aspirations et de ses droits. En ce sens, tout comme le Plan d'action en santé mentale 2015-2020, le présent Plan d'action affirme «[...] l'importance d'assurer la primauté de la personne par le respect de sa personnalité, de sa façon de vivre, de ses différences et des liens qu'elle entretient avec son environnement» (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015b). Ce principe implique que la personne soit considérée comme le principal partenaire lors des interventions qui la concernent. Sa participation active ainsi que celle des membres de son entourage sont essentielles tant dans l'organisation, la planification que la prestation des soins et des services. Tenir compte de son point de vue, de ses capacités, de ses besoins et de sa situation constitue un élément phare du présent Plan d'action.

DES ACTIONS ADAPTÉES AUX BESOINS DES PERSONNES

Le parcours et le profil des personnes qui consomment des SPA ou pratiquent des JHA sont multiples et parfois complexes. Cette réalité exige des actions spécifiques et adaptées à chacun, selon son sexe, son genre, son orientation sexuelle, son âge, son origine, son milieu et ses besoins propres.

Les personnes présentant des comportements à risque et celles répondant aux critères d'un TUS ou d'un TJHA utilisent très peu les services en dépendance (Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, 2007). Ce faisant, il importe de porter une attention particulière aux modalités organisationnelles qui peuvent constituer des «barrières» à l'accès aux services de traitement (temps d'attente, multiplicité des procédures, etc.). Sachant que l'accès à ces services a un effet positif sur l'état de santé et le bien-être de ces personnes, le Plan d'action reconnaît l'importance d'agir de façon proactive auprès d'elles, en les rejoignant au moment opportun et dans les milieux de vie qu'elles fréquentent, de leur offrir des services adaptés à la gravité de leur situation et de favoriser un cheminement simplifié à l'intérieur de ceux-ci.

LA RECONNAISSANCE D'UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE : INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

Convenir d'une responsabilité individuelle, c'est reconnaître que la personne est, et doit demeurer, la première responsable de sa qualité de vie et des choix qu'elle effectue. Toutefois, sa capacité de faire des choix et de mettre à profit ses aptitudes et ses acquis dépend, en grande partie, des milieux qu'elle fréquente, mais également du contexte politique et social dans lequel elle se situe. En ce sens, la société a la responsabilité de contribuer à la mise en place de conditions de vie et de travail adéquates pour toutes personnes afin qu'elles puissent faire des choix appropriés, adopter des habitudes de vie saines et sécuritaires, et ainsi réduire les conséquences associées à la consommation de SPA et à la pratique de JHA.

Ainsi, la prévention, la réduction et le traitement des conséquences liées à la consommation de SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation problématique d'Internet nous concernent tous, socialement et collectivement. Le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent donc sur un partage équilibré des responsabilités entre les individus, leur entourage, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective.

DES ACTIONS COORDONNÉES ET CONCERTÉES

Les personnes qui vivent diverses problématiques associées à la consommation de SPA et à la pratique de JHA sont susceptibles de fréquenter plusieurs milieux : urgences hospitalières, groupes de médecine de famille (GMF), établissements de détention, établissements d'enseignement, centres locaux d'emploi, services de santé mentale, services d'injection supervisée, organismes communautaires, établissements de jeux, bars, événements festifs, etc. Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à ces comportements nécessite donc la collaboration et la concertation de l'ensemble des partenaires. Cette concertation doit s'inscrire dans le respect des champs d'intervention, des responsabilités et des rôles respectifs de chacun des acteurs concernés.

Concrètement, cela signifie que les partenaires, et leurs réseaux respectifs, sont imputables des actions dont ils sont responsables dans ce plan d'action. À titre d'exemple, lorsque le MSSS est désigné comme responsable ou partenaire d'une action, l'obligation de rendre compte de la mise en œuvre de cette dernière peut appartenir à son réseau, lequel inclut, le cas échéant, ses partenaires du milieu communautaire ainsi que certaines institutions telles que l'INSPQ, l'INESSS, les instituts universitaires ou les ordres professionnels. S'appuyant sur le principe de la responsabilité populationnelle et en cohérence avec la loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ont la responsabilité, au niveau territorial, d'animer cette concertation intersectorielle.

Il importe également d'assumer un leadership fort afin de rassembler l'ensemble des partenaires concernés. C'est ce que le MSSS s'engage à faire tout au long de la mise en œuvre et de l'évaluation du présent plan d'action.

DES ACTIONS FONDÉES SUR LA CONNAISSANCE ET L'EXPÉRIENCE

Le Plan d'action se fonde sur l'analyse la plus objective possible des risques et des conséquences liés à la consommation de SPA et à la pratique de JHA. Il reconnaît à ce titre l'importance d'assurer une surveillance continue des comportements de consommation de SPA, de pratique de JHA et d'utilisation d'Internet, et de s'appuyer sur les données probantes les plus récentes dans le

domaine. Dans le même sens, il reconnaît l'importance de mettre à profit les résultats des activités de surveillance et des données probantes pour soutenir la prise de décision des acteurs du RSSS et des autres secteurs à des fins de planification.

Le Plan d'action reconnaît également l'importance de l'innovation expérientielle, laquelle fait référence aux connaissances et à l'expérience des experts, des intervenants, des consommateurs de SPA, des joueurs de JHA et des utilisateurs d'Internet ainsi que de leur entourage. À cet égard, il met à profit l'expérience et s'appuie sur les données prometteuses ou novatrices ainsi que sur la rétroaction des milieux cliniques et d'intervention.

CHAPITRE 4

La promotion de la santé et la prévention

Afin de prévenir l'émergence d'un problème lié à la consommation de SPA, à la pratique de JHA ou à l'utilisation d'Internet, ou de réduire les conséquences qui peuvent y être associées, il importe d'abord et avant tout de miser sur la promotion de la santé générale et le développement sain de la personne et des milieux où elle évolue. À cet égard, la Politique gouvernementale de prévention en santé et le Programme national de santé publique demeurent les dispositifs de premier plan.

En cette matière, le Plan d'action souscrit à l'approche proposée par la Politique gouvernementale de prévention en santé, qui propose d'agir sur l'ensemble des facteurs liés aux caractéristiques individuelles, aux milieux de vie, aux systèmes régis par l'État et au contexte global (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012b)¹⁶. Le Plan d'action s'inscrit ainsi en complémentarité et en cohérence avec d'autres initiatives gouvernementales visant la promotion de la santé, telles que la Politique de la réussite éducative. Par ailleurs, une multitude d'autres politiques et de programmes gouvernementaux sont déjà en vigueur dans plusieurs domaines et visent l'amélioration des facteurs qui influencent l'état de santé et qui favorisent le développement sain des personnes et des communautés. Ces mesures, qui jouent un rôle indéniable afin de prévenir l'émergence de problèmes liés à la consommation de SPA ou à la pratique de JHA, s'inscrivent en complémentarité avec le Plan d'action.

Outre les facteurs liés aux individus et à leurs différents milieux, il importe également de tenir compte des caractéristiques propres aux SPA, aux JHA ou à l'Internet afin de prévenir l'émergence d'un problème ou de réduire les conséquences qui peuvent y être associées. En effet, la composition des SPA ou certaines caractéristiques des JHA influencent leur caractère addictif et leur niveau de nocivité. Les interventions préventives doivent tenir compte de ces éléments en plus d'être adaptées en fonction des comportements de consommation de SPA ou de pratique de JHA des personnes.

Aucune mesure ne saurait, à elle seule, réduire les conséquences sociales, de santé et de sécurité associées à la consommation de SPA, à la pratique de JHA ou à l'utilisation d'Internet. C'est par des interventions et des politiques complémentaires et cohérentes qu'il sera possible d'atteindre ce but.

De plus, les actions de promotion de la santé, de prévention ou de réduction des risques doivent se faire à toutes les étapes du continuum de services. Il importe en effet de profiter de chaque contact avec la personne consommatrice de SPA ou pratiquant des JHA pour développer sa capacité à faire des choix éclairés en la matière et pour l'aider à gérer les risques et les méfaits associés à ces comportements. Dans le réseau de la santé et des services sociaux, la réussite des actions préventives passe notamment par l'arrimage et la concertation entre les acteurs qui travaillent en santé publique, en dépendance et en santé mentale ainsi qu'avec les services visant les jeunes notamment.

16. Le lecteur désirant connaître les facteurs qui influencent l'état de santé est invité à lire le document suivant : Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012b). *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir*. (Publication n° 978-2-550-63957-2). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>.

CHAPITRE 5

Les orientations visant à prévenir, à réduire et à traiter les conséquences associées à la consommation de SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation d'Internet

Le Plan d'action s'articule autour des sept orientations suivantes, dans lesquelles s'inscrivent les interventions gouvernementales :

- ▶ **Orientation 1 :** Le développement des capacités des personnes à faire des choix éclairés en matière de consommation de SPA, de pratique de JHA et d'utilisation d'Internet, et à en gérer les risques;
- ▶ **Orientation 2 :** La création d'environnements favorables à une saine gestion de la consommation des SPA, de la pratique de JHA ou de l'utilisation d'Internet et à la réduction des méfaits associés;
- ▶ **Orientation 3 :** La bonification des politiques publiques favorisant la santé, la sécurité et le bien-être des personnes et des communautés;
- ▶ **Orientation 4 :** Une offre de services accessibles, de qualité et continus aux jeunes et aux adultes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance ainsi qu'à leur entourage;
- ▶ **Orientation 5 :** L'innovation, le développement et le transfert des connaissances relatives à la consommation de SPA, à la pratique de JHA, à l'utilisation d'Internet et aux phénomènes qui y sont associés;
- ▶ **Orientation 6 :** Le développement et le soutien de l'expertise clinique des intervenants qui travaillent auprès des personnes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance;
- ▶ **Orientation 7 :** La prévention, la réduction et le traitement des conséquences liées à la consommation de SPA et à la pratique de JHA de manière à respecter les réalités des communautés des Premières Nations et des Inuits.

Orientation 1

Le développement des capacités des personnes à faire des choix éclairés en matière de consommation de SPA, de pratique de JHA et d'utilisation d'Internet, et à en gérer les risques

La première orientation vise le développement de la capacité des personnes à faire des choix éclairés en matière de consommation de SPA, de pratique de JHA et d'utilisation d'Internet. Pour ce faire, différentes stratégies d'information et de sensibilisation doivent être poursuivies et bonifiées. Elles visent à **fournir une information juste et crédible** à des moments et dans des milieux privilégiés.

Plus spécifiquement, les actions de cette orientation visent, par exemple, des groupes de personnes de la population générale qui ne présentent pas de problèmes, mais qui se trouvent dans un moment de leur vie où il est important d'agir afin qu'ils fassent des choix éclairés en matière de consommation de SPA, de pratique de JHA ou d'utilisation d'Internet. C'est le cas, notamment, des adolescents, des jeunes adultes et des femmes enceintes. Les adolescents, de même que leurs parents et les jeunes adultes, seront sensibilisés, entre autres, à certains comportements plus à risque et plus fréquemment rencontrés chez eux, tels que la banalisation de la consommation de cannabis, la consommation excessive d'alcool, la consommation de boisson à forte teneur en sucre et en alcool, le mélange d'alcool et de boisson énergisante ainsi que la consommation de drogues de synthèse. Les femmes enceintes ou qui souhaitent le devenir ainsi que leur entourage doivent être sensibilisés aux risques de la consommation de SPA pour le fœtus. Les personnes qui s'adonnent à des jeux de hasard et d'argent, notamment sur les ALV ou en ligne, doivent être plus particulièrement informées et sensibilisées étant donné que ces JHA risquent davantage d'entraîner des conséquences. Il est aussi opportun de rejoindre les personnes en établissement de détention ou suivies dans la communauté par les services correctionnels.

Dans un souci d'amélioration continue, il est nécessaire **d'améliorer les interventions et les programmes afin de prévenir les conséquences et de favoriser une meilleure gestion des risques auprès des personnes ciblées**. Par exemple, des programmes qui offrent du soutien aux parents vivant en contexte de vulnérabilité seront bonifiés pour mieux les soutenir dans leur consommation de SPA ou leur pratique de JHA. De plus, des actions permettront d'améliorer les programmes pour les jeunes subissant des conséquences de la consommation d'un parent. Enfin, l'offre de services d'aide et de référence pour les personnes qui demandent d'être exclues des établissements de jeux (salons de jeux ou casinos) sera bonifiée.

Orientation 1 : Le développement des capacités des personnes à faire des choix éclairés en matière de consommation de SPA, de pratique de JHA et d'utilisation d'Internet, et à en gérer les risques.

Objectif 1.1. Fournir une information juste et crédible.

Actions	Responsables	Collaborateurs
1.1.1. Élaborer une stratégie interministérielle d'information et de sensibilisation quant aux risques associés à la consommation de SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation d'Internet.	MSSS	MEES, MTESS, SAAQ, Loto-Québec, SAQ, RACJ, SAJ, MSP et partenaires concernés
1.1.2. Mettre en place, sur une base annuelle, des activités de communication visant à informer et sensibiliser les jeunes et leurs parents à l'égard des risques associés à la consommation de SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation d'Internet.	MSSS	MEES, MTESS, SAAQ, MSP et partenaires concernés
1.1.3. Diffuser de l'information sur les risques associés à certains comportements, en tenant compte des phénomènes émergents : ▷ Cyberdépendance; ▷ Consommation à risque d'opioïdes; ▷ Consommation de cannabis; ▷ Consommation de SPA durant la grossesse et l'allaitement; ▷ Consommation de substances présentant plus de risques (les substances vendues sur le marché noir, les substances produites en établissement de détention, les dépoussiéreurs à clavier, etc.); ▷ Consommation lors d'événements festifs (rave, bal des finissants, festivals, etc.); ▷ Consommation d'alcool, notamment les risques pour la santé; ▷ Consommation de boisson à forte teneur en sucre et en alcool.	MSSS	MEES, MSP, MAMOT et partenaires concernés
1.1.4. Soutenir la promotion des lignes Drogue : aide et référence et Jeu : aide et référence.	MSSS	SAAQ, Loto-Québec et partenaires concernés
1.1.5. Poursuivre les efforts de sensibilisation auprès des joueurs dans les établissements de jeux, sur les plates-formes de jeux, dans les Kinzo, les bingos, chez les détaillants de loteries ainsi que dans le réseau de bars et de restaurants qui exploitent des ALV.	Loto-Québec	Partenaires concernés

Objectif 1.2. Améliorer les interventions et les programmes dans la perspective de prévenir les conséquences et de favoriser une meilleure gestion des risques auprès des personnes ciblées.

Actions	Responsables	Collaborateurs
1.2.1. Documenter les services et les pratiques reconnues, dont le dépistage, pour les personnes atteintes du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale.	MSSS	MEES, MSP, MJQ et partenaires concernés

Actions	Responsables	Collaborateurs
1.2.2. Mettre en œuvre un programme de prévention auprès des jeunes enfants de parents qui reçoivent des services de réadaptation en dépendance.	MSSS	Partenaires concernés
1.2.3. Bonifier les interventions portant sur la consommation de SPA, la pratique de JHA et l'utilisation d'Internet offertes aux jeunes hébergés dans les centres de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.	MSSS	Partenaires concernés
1.2.4. Promouvoir, dans les établissements de jeux de Loto-Québec, les services d'aide et de soutien offerts par les différents intervenants du réseau de la santé et des services sociaux auprès des clients qui s'excluent de ces établissements.	Loto-Québec	Partenaires concernés
1.2.5. Mettre en œuvre un programme pour prévenir la cyberdépendance.	MSSS	Partenaires concernés

Orientation 2

La création d'environnements favorables à une saine gestion de la consommation des SPA, de la pratique de JHA ou de l'utilisation d'Internet et à la réduction des méfaits associés

De nombreux facteurs liés à l'environnement où évolue une personne peuvent avoir un effet sur ses comportements de consommation ou de pratique de JHA et sur les conséquences susceptibles d'y être associées. Par exemple, les normes sociales ou les règles perçues ou véhiculées dans les différents milieux ou environnements quant à la consommation de SPA ou à la pratique de JHA ainsi que les services qui y sont offerts ont un effet important sur les comportements de consommation ou les pratiques de JHA.

Ces milieux peuvent être, entre autres, les écoles, les centres de formation professionnelle, les centres d'éducation des adultes, les établissements postsecondaires, les établissements ou les milieux communautaires en santé et en services sociaux, les milieux de travail et les milieux de consommation ou de pratique de JHA (les bars, les établissements de jeux, incluant l'univers virtuel (jeux en ligne), les bals de finissants et autres événements festifs, les établissements de détention, la rue, etc.).

Il importe donc **d'outiller les milieux de vie** de différents groupes ciblés. Par exemple, les milieux scolaires font face à la consommation de certains jeunes. Ils doivent pouvoir informer les jeunes des normes en vigueur dans leur établissement en matière de consommation ou de possession de SPA et être en mesure d'intervenir auprès d'eux de manière efficiente et concertée avec différents acteurs du milieu et en tenant compte de leurs besoins. Par ailleurs, les municipalités peuvent être soutenues afin de favoriser les bonnes pratiques en matière d'aménagement et d'urbanisme qui peuvent avoir un effet sur la consommation, la pratique de JHA, l'utilisation d'Internet, la prévention et la réduction des risques.

De plus, il est important **d'améliorer l'accès, dans les différents milieux ciblés, à des services préventifs et de réduction des méfaits**. Notamment, une réflexion sera menée sur la possibilité d'étendre les services d'injection supervisée (SIS) dans d'autres régions que Montréal. Également, les dangers de surdose associés à certaines drogues, notamment les opioïdes consommés à des fins non médicales et vendus sur le marché noir, nécessitent des actions spécifiques. D'autres mesures demandent l'amélioration des connaissances, notamment celles permettant l'analyse de substances dans des endroits privilégiés et la tolérance de l'intoxication à l'alcool dans les ressources pour les personnes itinérantes.

Finalement, il importe de **soutenir les personnes qui travaillent dans les différents milieux ciblés** afin qu'elles aient les informations ou les outils nécessaires relatifs aux pratiques reconnues en matière de prévention et de réduction des méfaits. La prévention peut viser différents objectifs, se faire dans divers milieux et auprès de diverses clientèles. Elle appelle à la collaboration des acteurs concernés rassemblés autour d'un consensus quant aux objectifs poursuivis et aux pratiques reconnues. Certains acteurs sont plus particulièrement ciblés. C'est le cas des professionnels qui rencontrent des clients dans le cadre d'interventions psychosociales, pharmacologiques ou médicales, par exemple.

D'autres personnes travaillant dans différents milieux, comme les bars ou les établissements de jeux, doivent aussi être sensibilisées et connaître les actions à mettre en place en présence de personnes présentant des problèmes liés à leur consommation ou à leur pratique de JHA.

Orientation 2: La création d'environnements favorables à une saine gestion de la consommation des SPA, de la pratique de JHA ou de l'utilisation d'Internet et à la réduction des méfaits associés.		
Objectif 2.1. Outiller les milieux de vie.		
Actions	Responsables	Collaborateurs
2.1.1. Soutenir les commissions scolaires et les établissements d'enseignement privés dans la mise en œuvre d'un protocole intersectoriel, dans le cadre des encadrements en vigueur et des collaborations existantes, pour intervenir auprès d'un jeune qui consomme ou qui a en sa possession une ou des SPA sur le territoire d'un établissement, favoriser la présence d'un tel protocole dans les établissements d'enseignement supérieur et informer les étudiants.	MEES	MSSS et partenaires concernés
2.1.2. Diffuser auprès des municipalités et des municipalités régionales de comté (MRC), les bonnes pratiques en matière d'aménagement et d'urbanisme, notamment à proximité des établissements d'enseignement, visant à réduire les risques et les conséquences liés à la consommation de SPA ou à la pratique de JHA.	MAMOT	MSSS et partenaires concernés
Objectif 2.2. Améliorer l'accès à des services préventifs et de réduction des méfaits, dans les milieux ciblés.		
Actions	Responsables	Collaborateurs
2.2.1. Consolider l'accès à la naloxone.	MSSS	MSP et partenaires concernés
2.2.2. Consolider l'offre de services d'injection supervisée et, au besoin, de centres de prévention des surdoses.	MSSS	MSP et partenaires concernés

Objectif 2.3. Soutenir les personnes qui travaillent dans les milieux ciblés.		
Actions	Responsables	Collaborateurs
2.3.1. Diffuser les pratiques reconnues en matière de prévention et de réduction des méfaits.	MSSS	MEES, MSP, MAMOT et partenaires concernés
2.3.2. Mettre à jour le guide de pratiques pour accompagner les familles rencontrées dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.	MSSS	Partenaires concernés
2.3.3. Favoriser l'acquisition et le maintien des connaissances et des compétences en matière de jeu responsable des employés de Loto-Québec au moyen de la formation continue.	Loto-Québec	Partenaires concernés
2.3.4. Informer les commerçants titulaires de licences d'appareils de loterie vidéo (ALV) sur les obligations à respecter en matière d'accessibilité et de visibilité des ALV.	RACJ	Partenaires concernés
2.3.5. Améliorer, de concert avec les ordres professionnels, les pratiques médicales et pharmaceutiques concernant les opioïdes et le traitement de la douleur.	MSSS et ses partenaires concernés	Partenaires concernés
2.3.6. Sensibiliser les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et des organismes communautaires travaillant auprès des consommateurs d'opioïdes à la problématique des surdoses.	MSSS	Partenaires concernés
2.3.7. Diffuser les meilleures pratiques aux intervenants d'urgence, aux premiers répondants et aux agents policiers, afin de diminuer le risque d'exposition secondaire aux opioïdes.	MSSS	Partenaires concernés

Orientation 3

La bonification des politiques publiques favorisant la santé, la sécurité et le bien-être des personnes et des communautés

Cette orientation vise à améliorer les mesures ou politiques publiques encadrant les SPA légales ou illégales et les JHA dans une perspective de santé et de sécurité publique. Le Plan d'action propose de mettre en œuvre une stratégie nationale intégrée en matière de SPA et de JHA visant à réduire la consommation d'alcool, d'autres drogues et la pratique de JHA ainsi qu'à limiter les conséquences qui peuvent y être associées. Le Plan d'action permet la mise en œuvre de cette mesure, annoncée dans la Politique gouvernementale de prévention en santé, et ce, avec les partenaires concernés. Ces travaux permettront de déterminer les améliorations à apporter en matière, notamment, d'encadrement de l'accessibilité physique, économique et légale des SPA et des JHA, en s'appuyant sur les données probantes et dans un objectif de santé et de sécurité publique. De plus, la promotion des produits alcooliques et des JHA ainsi que l'application de la réglementation en vigueur visant l'alcool et les JHA seront des éléments étudiés dans une perspective d'amélioration. Notons qu'en matière d'application de la réglementation, des actions sont déjà en cours. Notons également que les corps de police mènent des opérations visant à lutter contre la présence de mineurs dans les établissements titulaires d'un permis pour consommation sur place et à démanteler des maisons de jeux qu'ils repèrent sur le territoire qu'ils couvrent.

Quant aux substances illicites, les politiques publiques jouent également un rôle important. La criminalisation elle-même peut engendrer des problèmes (judiciarisation, stigmatisation, discrimination, difficulté d'accès aux services, etc.) (Institut national de santé publique du Québec, 2016a). Des mesures et des réglementations orientées vers la santé des personnes, tenant compte du régime législatif actuel au Québec et au Canada, peuvent contribuer à atténuer les effets négatifs et accroître les retombées positives pour la santé globale des personnes consommatrices, leur sécurité et celle des communautés. Plusieurs de ces moyens sont déjà en cours au Québec et les travaux de la stratégie nationale viseront à étendre ces moyens et étudieront les autres mesures qui peuvent être mises en œuvre.

De plus, le contrôle de l'offre de SPA passe notamment par des mesures ciblant les marchés clandestins ou les organisations criminelles. En effet, la disponibilité de SPA sur le marché noir mine les efforts des autorités de santé publique qui visent à réduire la consommation ainsi que les problèmes qui peuvent en découler. Qu'ils offrent des produits licites ou illicites, les marchés clandestins favorisent l'accessibilité de SPA comportant de nombreux risques pour la santé de ceux qui en consomment et contribuent à l'insécurité des communautés ainsi qu'à l'effritement du tissu social. Pour éviter l'expansion incontrôlée des marchés illégaux et limiter les capacités des réseaux criminels qui tirent profit du commerce de SPA, les corps de police mènent des actions répressives qui visent tant les producteurs que les distributeurs dans le cadre de leur mandat.

La **stratégie nationale en matière de SPA et de JHA** portera un regard sur l'ensemble des mesures à bonifier à court et à moyen termes. Cependant, il va de soi que, dès maintenant, des actions de différents partenaires sont mises en œuvre. Il s'agit, par exemple, de mesures portant sur la répression de la production et de la distribution des SPA offertes sur le marché noir ainsi que de la reconfiguration du réseau des ALV ou du contrôle de l'offre illégale de JHA. Notons pour

ce dernier point que, dans un objectif de santé publique, le gouvernement a fait adopter une loi pour bloquer les sites illégaux de jeux en ligne. Les médicaments d'ordonnance pouvant mener à un abus, dont les opioïdes, font également l'objet de mesures spécifiques dans le Plan d'action. Enfin, signalons que la Régie des alcools, des courses et des jeux (RACJ) a entrepris des travaux de modernisation de la Loi sur les permis d'alcool visant à l'adapter à la réalité d'aujourd'hui. Sa réflexion a également porté sur des mesures susceptibles de favoriser les bonnes pratiques en matière de consommation responsable. Les solutions envisagées doivent maintenant être analysées à la lumière d'impératifs de sécurité et de tranquillité publiques.

Orientation 3: La bonification des politiques publiques favorisant la santé, la sécurité et le bien-être des personnes et des communautés.

Objectif 3.1. Améliorer l'encadrement de l'accessibilité physique, économique et légale des SPA et des JHA.

Actions	Responsables	Collaborateurs
3.1.1. Mettre en œuvre une stratégie nationale intégrée en matière de SPA et de JHA.	MSSS	MSP, MJQ, SAAQ, MFQ, Loto-Québec, SAQ, RACJ, MEES, MTESS et partenaires concernés
3.1.2. Inclure systématiquement le risque d'abus et de dépendance dans l'identification et l'analyse des classes de médicaments.	MSSS	Partenaires concernés
3.1.3. Assurer le respect des obligations du titulaire d'une licence d'ALV en inspectant régulièrement les sites des exploitants d'appareils de loterie vidéo.	RACJ	Partenaires concernés
3.1.4. Effectuer les actions prévues dans le Plan d'action du réseau des ALV, qui vise la reconfiguration du réseau, le resserrement de son encadrement et le renforcement des mesures de jeu responsable.	Loto-Québec	Partenaires concernés
3.1.5. Mettre en œuvre des mesures alternatives aux sanctions pénales en lien avec les substances psychoactives licites.	MJQ	MSSS et partenaires concernés
3.1.6. Poursuivre la répression de la production et de la distribution des SPA offertes sur le marché noir.	MSP	Partenaires concernés
3.1.7. Poursuivre la répression de l'offre illégale de JHA.	MSP	Partenaires concernés

Orientation 4

Une offre de services accessibles, de qualité et continus aux jeunes et aux adultes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance ainsi qu'à leur entourage

La prévention, la réduction et le traitement des conséquences associées à la consommation de SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation d'Internet reposent en grande partie sur une offre de services aux personnes présentant des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance ainsi qu'aux membres de leur entourage. Or, la LSSSS confie aux établissements de santé et de services sociaux la responsabilité de l'offre de services de santé et de services sociaux. Malgré le jalon important qu'a constitué la mise en place d'un programme-services spécifique pour la dépendance au Québec et les avancées y étant rattachées, les besoins des personnes visées par le programme-services Dépendance demeurent nombreux et complexes. Par ailleurs, le partage des rôles et des responsabilités entre l'ensemble des acteurs concernés ou mobilisés par ces services soulève en soi plusieurs enjeux qu'il faut considérer afin d'assurer une organisation des services sur les différents territoires répondant de manière optimale aux besoins de la population.

C'est dans cet objectif que le Plan d'action propose une actualisation des standards de mise en œuvre des services du programme-services Dépendance (annexe 3). Ces standards font référence aux attentes signifiées aux établissements concernés du RSSS au regard des différents volets du programme, relativement à l'accessibilité, à la qualité et à la continuité des services. Au même titre que l'ensemble des actions proposées dans le Plan d'action, ces standards feront l'objet d'un contrôle dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du Plan d'action.

LE PROGRAMME-SERVICES DÉPENDANCE

Le programme-services Dépendance comprend l'ensemble des services publics du RSSS pouvant répondre aux besoins des personnes présentant des comportements à risque en matière de consommation de substances psychoactives, de pratique de jeux de hasard et d'argent ou d'utilisation d'Internet, des personnes répondant aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou des personnes qui présentent un problème de cyberdépendance ainsi que de leur entourage.

En 2007, le MSSS rendait publiques les Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience du programme-services Dépendances (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007), lesquelles précisaient les rôles et les responsabilités des établissements publics de santé et de services sociaux en matière de services en dépendance, en fonction de leurs différentes missions.

Conformément aux dispositions de gouvernance mises en œuvre en 2015 au sein du RSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015d), les CISSS et CIUSSS assument toutes les obligations des établissements qui ont été fusionnés. Concrètement, les CISSS et CIUSSS ont la responsabilité de mettre en place des services en matière de consommation de substances psychoactives, de pratique de jeux de hasard et d'argent ou d'utilisation d'Internet de manière

à honorer toutes les missions qui leur sont attribuées en vertu de la LSSSS (Éditeur officiel du Québec, 2017, 1^{er} octobre)¹⁷. Cette réorganisation crée un contexte propice à la mise en place d'un continuum de services intégrés en dépendance.

En cohérence avec cette nouvelle gouvernance et avec les visées d'intégration des services qui en découlent, bien que les CISSS et CIUSSS maintiennent leurs responsabilités au regard des missions qui les définissent au sens de la LSSSS, ceux-ci disposent désormais d'une souplesse accrue dans l'organisation des services du programme-services Dépendance. Les établissements ont la responsabilité d'organiser les services sur leur territoire de sorte à assurer le déploiement optimal de l'ensemble du continuum de services en dépendance. L'intégration de l'ensemble des services s'adressant aux personnes à l'intérieur d'un même établissement s'avère une opportunité qui favorise la mise en place de pratiques organisationnelles novatrices pour offrir une réponse efficiente et efficace aux besoins de celles-ci, notamment pour celles répondant aux critères d'un TUS, d'un TJHA ou d'un problème de cyberdépendance en concomitance avec un trouble mental.

Concrètement, dans un objectif d'intégration, le continuum de services doit être soutenu et opérationnalisé par des trajectoires qui décrivent le cheminement le plus efficace et le plus efficient permettant aux personnes d'avoir accès rapidement aux services dont elles ont besoin. À cet égard, la direction responsable du programme-services Dépendance doit assumer un leadership auprès des autres directions de son établissement et des partenaires de son réseau territorial de services (RTS).

Par ailleurs, la notion d'appariement des services est une composante fondamentale pour assurer le déploiement optimal d'un programme-services Dépendance répondant aux besoins de la population. À la lumière des avancées réalisées au Québec en matière de modèles prévisionnels de l'utilisation des services en dépendance (requis de services), il est attendu que les établissements mettent en place des services adaptés aux besoins spécifiques et concrets des personnes, et ce, par l'instauration d'un lien de confiance favorisant l'expression de leurs besoins et leur participation active au choix des objectifs de traitement (Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec, 2010).

Dans ce contexte, les services en dépendance pouvant découler de la responsabilité de la mission de centre local de services communautaires (CLSC) sont la détection des comportements à risque liés à la consommation de SPA, à la pratique de JHA ou à l'utilisation d'Internet, l'orientation vers des services appropriés, l'intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation, la gestion de l'intoxication et du sevrage (services externes non intensifs), la réinsertion sociale et le soutien à l'entourage.

En ce qui a trait à la mission de centre de réadaptation en dépendance (CRD), elle comprend les services du programme régional d'évaluation spécialisée, les services de réadaptation externes et avec hébergement, la réinsertion sociale, la gestion de l'intoxication, les services externes intensifs de gestion du sevrage et les services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision psychosociale, ainsi que le soutien à l'entourage des personnes dépendantes.

17. Ces missions sont définies aux articles 80, 81 et 84 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

Les établissements avec une mission de centre hospitalier (CH) et les autres centres hospitaliers non fusionnés sont appelés à offrir des services de gestion de l'intoxication, des services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision médicale en milieu hospitalier et des services externes non intensifs de gestion du sevrage. Certains CH à vocation spécialisée en psychiatrie sont également appelés à offrir divers services d'assistance médicale et psychosociale auprès des personnes qui répondent aux critères d'un TUS, notamment en présence d'un trouble mental ou d'autres problèmes de santé concomitants. Comme ils constituent un milieu privilégié pour rejoindre des personnes en contexte de vulnérabilité, ces établissements doivent collaborer avec les CISSS et CIUSSS concernés de leur territoire afin d'assurer une coordination des services optimale au bénéfice des usagers.

Les services du programme-services Dépendance

- ▶ La détection et l'orientation vers les services appropriés;
- ▶ L'intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation;
- ▶ Le programme régional d'évaluation spécialisée;
- ▶ La gestion de l'intoxication et du sevrage;
- ▶ Les services de réadaptation externes et avec hébergement;
- ▶ Le traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec médication de substitution;
- ▶ La réinsertion sociale;
- ▶ L'intervention de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos et les salons de jeux;
- ▶ Le soutien à l'entourage.

LES ENJEUX ACTUELS EN MATIÈRE D'ORGANISATION DE SERVICES

Les actions retenues sont issues d'une multitude de démarches de consultation visant à prendre en compte le point de vue des usagers, des praticiens, des gestionnaires et des chercheurs pour suivre l'avancement de la mise en œuvre des différents volets de l'offre de services en dépendance. Ces démarches ont notamment permis de souligner différents constats, sur lesquels s'appuient les actions retenues, soit :

- ▶ la consolidation des services de proximité¹⁸ au profit d'une accessibilité accrue au programme-services Dépendance;
- ▶ la mise en œuvre de pratiques harmonisées d'évaluation spécialisée en dépendance;
- ▶ l'accessibilité aux services de santé pour les usagers du continuum de services en dépendance;
- ▶ les services offerts aux personnes aux prises avec un problème de cyberdépendance;

18. Avec la gouvernance actuelle du réseau, on souhaite évacuer la notion de service de première ligne au profit d'une conception des services de proximité.

- ▶ la complémentarité des services publics et des services offerts dans les milieux communautaires et privés;
- ▶ la diversité des besoins des usagers : un défi pour l'organisation des services.

LA CONSOLIDATION DES SERVICES DE PROXIMITÉ AU PROFIT D'UNE ACCESSIBILITÉ ACCRUE AU PROGRAMME-SERVICES DÉPENDANCE

Comme le définit la Planification stratégique 2015-2020 du MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a), ce qu'on appelle la « première ligne de soins et de services » constitue la porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux et son fonctionnement influence grandement la performance globale du système de santé et de services sociaux. Pourtant, l'accès aux soins et aux services sociaux demeure un défi au Québec et l'accès à ceux du programme-services Dépendance comporte ses propres enjeux. Mentionnons, entre autres, les aspects suivants :

- ▶ les personnes présentant des comportements à risque et celles répondant aux critères d'un TUS ou d'un TJHA utilisent très peu les services en dépendance (Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, 2007)¹⁹;
- ▶ la population ainsi que les partenaires qui souhaitent référer une personne ne savent pas toujours à qui s'adresser en raison d'une multiplicité de modalités d'accès aux soins de santé et aux services sociaux et d'une pluralité d'orientations ministérielles;
- ▶ l'utilisateur doit formuler à répétition ses besoins lors de l'analyse de sa demande et de son évaluation (multiplication des démarches);
- ▶ les délais d'attente sont parfois trop longs pour la population pour avoir accès, en temps opportun, aux soins de santé et aux services sociaux;
- ▶ l'utilisateur ne peut pas toujours bénéficier d'une réponse globale et intégrée à l'ensemble de ses besoins (approche centrée sur l'utilisateur) en raison d'un manque d'adaptation, d'intégration et de continuité des soins de santé et des services sociaux de proximité, incluant les services spécifiques et spécialisés.

Rappelons que rejoindre les personnes là où elles se trouvent, dans les milieux qu'elles fréquentent, constitue un élément phare du Plan d'action, visant à augmenter l'accessibilité aux services. En s'appuyant concrètement sur les principes du *Outreach* (rejoindre les personnes là où elles se trouvent, dans leur milieu de vie) et du *No Wrong Door* (toutes les portes d'entrée sont bonnes et pertinentes pour accueillir une demande d'aide), les établissements ont la responsabilité de s'assurer que les personnes sont rejointes afin de favoriser l'accès au programme-services Dépendance. Par exemple, il est maintenant reconnu que les urgences hospitalières sont un lieu privilégié pour repérer les personnes qui présentent des comportements à risque de consommation de SPA (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Comme le précise l'INSPQ dans un récent rapport (Institut national de santé publique du Québec, 2018), « la consultation à l'urgence

19. Au Québec, si on se réfère aux données de 2005-2006, moins de 10 % des personnes ayant un diagnostic probable d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux autres drogues ont fait appel aux services d'un centre de réadaptation en dépendance. Or, les données de recherche indiquent que la majorité des personnes ayant des problèmes d'abus ou de dépendance iront chercher de l'aide tôt ou tard, que ce soit à l'urgence de l'hôpital, au cabinet du médecin, dans les services de santé mentale ou dans les organismes communautaires. (Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, 2007).

est un moment critique pour intervenir auprès des personnes qui ont été vues pour un problème lié à l'alcool ». L'INSPQ recommande d'ailleurs que « [...] les personnes vues à l'urgence pour un problème lié à l'alcool bénéficient d'une intervention brève et qu'un contact thérapeutique soit offert aux jeunes adultes dans les jours qui suivent le départ de l'urgence » de sorte à prévenir la récurrence des intoxications et des problèmes liés à l'alcool. Ce type de pratiques, visant à rejoindre les personnes là où elles se trouvent, doit être multiplié en vue d'accroître l'accessibilité au programme-services Dépendance.

Afin de favoriser la mise en œuvre de ces principes, le MSSS travaille sur un chantier prioritaire visant à améliorer l'accès aux services de proximité, en collaboration avec les établissements de santé et de services sociaux. Un des objectifs de ce chantier est la mise en place d'un mécanisme d'accès harmonisé et standardisé aux services de proximité, lequel implique une interrelation entre les différents acteurs des diverses portes d'entrée qui partagent la responsabilité commune de reconnaissance du besoin prioritaire, de prise en charge de la situation de l'utilisateur, de référence et de traitement. Ce mécanisme s'inscrit dans une vision intégrée des services de santé et des services sociaux, afin d'assurer un accès à des soins et à des services complets et globaux centrés sur la personne, en temps opportun, dans un lieu unique, par une équipe interprofessionnelle, et cela, dans un esprit de continuité.

Afin de permettre à la population un accès fluide aux différents continuums de soins et de services, il importe de faire les travaux d'arrimage et de coordination requis avec les différents programmes-services, notamment celui de la dépendance. Par ailleurs, les liens avec les partenaires des réseaux territoriaux de services doivent être formalisés pour assurer un partage des rôles et des responsabilités efficace et permettant la mise en place de services fluides et sans rupture pour les usagers. En ce sens, les établissements ont la responsabilité de faire le pont avec les services de l'ensemble des acteurs interdisciplinaires (organismes communautaires, travailleurs de milieux, GMF, pharmacies, réseaux partenaires, etc.) amenés à travailler en proximité avec les personnes à risque que l'on souhaite rejoindre.

La mise en œuvre de pratiques harmonisées d'évaluation spécialisée en dépendance

Au cours des dernières années, plusieurs initiatives locales ou régionales d'adaptation des outils d'évaluation spécialisée ont été répertoriées sans nécessairement que celles-ci fassent l'objet d'un arrimage entre les établissements ou d'une validation par un comité scientifique. Par ailleurs, d'importants défis organisationnels et cliniques ont été relevés quant à l'utilisation de certains outils d'évaluation spécialisée. D'importants enjeux ont aussi été soulevés par les établissements dans l'ensemble des régions du Québec, notamment quant à la capacité de mettre en œuvre des pratiques harmonisées, de former le personnel et d'assurer la comparabilité des données entre les régions.

Considérant ces défis et le souhait de mettre en œuvre des pratiques permettant une adaptation aux diverses réalités cliniques, des travaux porteront sur l'harmonisation des pratiques d'évaluation spécialisée et du processus de décision quant à l'orientation à privilégier à la lumière des résultats obtenus. Ces travaux doivent s'inscrire en cohérence avec l'évolution des connaissances, telles que celles relatives à l'utilisation problématique d'Internet, de même qu'avec la nouvelle gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Mentionnons à ce titre les travaux actuellement en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux qui visent la mise en place d'un mécanisme d'accès harmonisé s'inscrivant dans une vision intégrée des services de santé et des services sociaux, de même que la nouvelle vision du programme-services Dépendance qui

s'inscrit dans une perspective décroisée du continuum. Le rôle des partenaires des RTS, particulièrement celui des ressources communautaires et privées offrant de l'hébergement en dépendance, doit également être au cœur de la réflexion entourant les pratiques d'évaluation spécialisée en dépendance.

L'accessibilité aux services de santé

À travers les diverses modifications qu'a connues le réseau des services en dépendance au Québec au cours des vingt dernières années, plusieurs acteurs du milieu rapportent avoir perçu un certain écart séparant les cultures psychosociale et médicale de l'organisation des services. Toutefois, au cours des dernières années, la mobilisation d'acteurs en provenance de tous les milieux a permis de dégager des consensus autour de la complémentarité et de l'intégration attendues des services psychosociaux et médicaux liés au programme-services Dépendance.

Dans le cadre du Plan d'action, l'accessibilité aux services de santé fait référence à l'ensemble des services médicaux et pharmaceutiques requis par les usagers du programme-services Dépendance, indépendamment de l'intensité de service requise. On pense notamment au suivi de la santé globale des usagers, à l'ensemble des services médicaux en soutien à la gestion de l'intoxication ou du sevrage, à la prévention de la rechute ainsi qu'aux traitements de la dépendance aux opioïdes.

Parmi les nombreux défis toujours d'actualité auxquels le réseau et les personnes sont confrontés, mentionnons entre autres la prise en charge des personnes répondant aux critères d'un TUS par les médecins, les services interdisciplinaires en soutien à la pratique médicale qui sont à bonifier, ainsi que la rapidité pour accéder à un traitement de substitution aux opioïdes. Notons qu'une proportion significative des personnes en attente au guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille a un trouble mental ou un TUS. Cette réalité témoigne du défi que peut représenter l'accès à un médecin de famille pour ces personnes.

Afin de mieux reconnaître l'importance de l'implication du médecin de famille pour les personnes avec un TUS ou un TJHA et de favoriser leur inscription, le Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (Programme GMF) applique une pondération de 2/1 pour tout patient identifié selon un code de vulnérabilité relatif à la toxicomanie ou à l'alcoolisme.

Les besoins de services de santé des usagers du programme-services Dépendance, surtout en contexte de grande vulnérabilité, se font toujours importants et nécessitent la mise en place de leviers pour assurer la mobilisation des acteurs concernés pour que, à terme, tous les aspects de leur santé soient considérés dans la prestation des services et des soins requis.

Les services offerts aux personnes aux prises avec un problème de cyberdépendance

La cyberdépendance est un phénomène qui fait actuellement l'objet de travaux au sein de la communauté scientifique, en collaboration avec les experts du milieu clinique. Les personnes aux prises avec ce type de difficulté sont amenées à vivre des conséquences significatives dans diverses sphères de leur vie. Les besoins qui en découlent sont reconnus par le MSSS et son réseau.

À cet effet, bien que les connaissances relatives à l'utilisation problématique d'Internet n'aient pas la maturité de celles concernant les TUS et les TJHA, les résultats d'études laissent présager que les approches reposant sur des données probantes ainsi que celles dites « bona fide » connues

dans le champ de la dépendance répondent efficacement aux besoins de services des usagers dits cyberdépendants (Gagnon, Ferland et Blanchette-Martin, 2015). Dans ce contexte, le MSSS et son réseau ont convenu que les établissements détenant une mission CRD étaient les mieux placés et outillés pour offrir des services aux personnes aux prises avec une problématique en lien avec l'utilisation d'Internet. Le MSSS demeure à l'affût de l'évolution du phénomène et adaptera, le cas échéant, les stratégies d'intervention en fonction de l'état d'avancement et du développement des connaissances en la matière. Notons à cet égard les récents travaux documentant la prévalence chez les élèves du secondaire (Dufour et coll., 2016; Dufour et coll., 2017) et le profil clinique des utilisateurs problématiques d'Internet inscrits dans les centres de réadaptation en dépendance du Québec (Dufour, Nadeau et Gagnon, 2014; Dufour et coll., 2017), ainsi que ceux visant l'élaboration d'outils de détection et d'évaluation d'un trouble lié à l'utilisation problématique d'Internet (Dufour et coll., 2017).

La complémentarité des services publics et des services offerts dans les milieux communautaires et privés

Le développement social des communautés repose en grande partie sur les ressources du milieu communautaire. La concertation, axée sur la reconnaissance réciproque de l'expertise, de même que le partenariat et la collaboration sont des éléments essentiels permettant d'offrir des services de qualité, intégrés et complémentaires aux personnes présentant des comportements à risque, celles répondant aux critères d'un troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives ou à la pratique de jeux de hasard et d'argent et celles présentant un problème de cyberdépendance.

Au Québec, ces personnes peuvent recevoir des services des établissements publics du RSSS, des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (RHD) ou de certains organismes communautaires ou autres partenaires au sein d'un réseau territorial de services. Malgré leur statut différent, ces organisations visent l'objectif commun de répondre aux besoins de leur milieu et leur contribution est essentielle pour assurer une réponse à la variabilité des besoins observés au sein de la population.

Avec le Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance, le gouvernement du Québec vient baliser la qualité et la sécurité des services attendus dans les réseaux communautaire et privé et établir une complémentarité et un partenariat solide entre les services publics et ceux des RHD. Dans le cadre de ce Règlement, les services pouvant être offerts par ces ressources sont balisés selon quatre catégories, soit la thérapie, la réinsertion sociale, l'aide et le soutien à la récupération à la suite d'une intoxication ou l'aide et le soutien à la désintoxication.

Au sein des réseaux territoriaux de services, d'autres ressources et organismes peuvent offrir divers types de services de promotion de la santé, de prévention et de soutien pouvant également bénéficier aux personnes présentant des comportements à risque, celles répondant aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance. Ces organismes fonctionnent de manière autonome et peuvent, le cas échéant, s'inscrire à titre de partenaires des services publics (par exemple, des organismes communautaires collaborent à la mise en place des services d'injection supervisée). Le Plan d'action souhaite favoriser et consolider ces collaborations au profit d'une réponse optimale aux besoins des personnes.

Pour ce faire, des efforts doivent être poursuivis pour déterminer et mettre en œuvre les leviers qui permettront de favoriser une adéquation entre les services disponibles et les besoins observés au sein des différents réseaux territoriaux de services. En ce sens, en vertu de leurs rôles complémentaires, les établissements publics, les RHD et les organismes communautaires concernés ont la responsabilité de mettre en place ou de consolider les collaborations qui les lient, tout comme la collaboration avec les autres partenaires de la communauté.

La collaboration pour répondre à la diversité des besoins

Les besoins des usagers recourant au programme-services Dépendance peuvent être très diversifiés et se décliner selon divers niveaux de complexité. Les services visant les personnes dont le profil clinique comporte un niveau accru de complexité (concomitance de TUS/TJHA/ cyberdépendance et d'un trouble mental, d'un problème de santé physique chronique, de démêlés judiciaires, etc.) peuvent être offerts sur une longue période. Effectivement, les suivis auprès de ces personnes sont susceptibles de s'échelonner sur plusieurs années en fonction de diverses intensités de services permettant de répondre à des besoins pouvant fluctuer dans le temps. Une organisation de services optimale pour ces personnes nécessite une concertation de diverses expertises qui tient compte de la diversité des besoins.

En ce sens, la mise en œuvre de services de collaboration entre les acteurs appelés à intervenir en synergie est essentielle pour soutenir les personnes confrontées simultanément à plusieurs difficultés dans différentes sphères de leur vie (Association des intervenants en dépendance du Québec, 2015). Cette collaboration repose sur des pratiques efficaces permettant la définition d'objectifs communs et l'établissement d'un processus décisionnel défini et équitable, ainsi que sur une communication ouverte et continue (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015b).

En cohérence avec la visée d'intégration des services, la mise en œuvre de services adaptés à la condition des personnes ainsi qu'à son évolution constitue une préoccupation pour les établissements et les partenaires concernés du réseau territorial de services.

LES ACTIONS INTERMINISTÉRIELLES EN SOUTIEN À LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME-SERVICES DÉPENDANCE

Afin de prévenir, de réduire et de traiter les conséquences associées à la consommation de SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation d'Internet, il importe de prendre en compte ces différents constats quant à l'état actuel des services destinés aux jeunes et aux adultes présentant des comportements à risque ou répondant aux critères d'un TUS, d'un TJHA ou d'un problème de cyberdépendance ainsi qu'à leur entourage. Les actions mises de l'avant dans le tableau suivant visent à surmonter ces défis de sorte à assurer des services accessibles, de qualité et continus dans le cadre du programme-services Dépendance.

Orientation 4: Une offre de services accessibles, de qualité et continus aux jeunes et aux adultes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance ainsi qu'à leur entourage.

Objectif 4.1. Intensifier la détection, incluant le repérage, auprès des personnes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance, dans les milieux ciblés.

Actions	Responsables	Collaborateurs
4.1.1. Valider les outils de repérage et de détection.	MSSS	Partenaires concernés
4.1.2. Mettre en œuvre, dans toutes les régions du Québec, des trajectoires de services en matière de repérage, de détection et d'orientation vers les services appropriés.	MSSS	MEES, MTESS, MSP, MJQ et partenaires concernés
4.1.3. Intensifier la détection auprès des jeunes à risque dans les milieux qu'ils fréquentent (les milieux scolaires, les services de réadaptation pour jeunes en difficulté et les services en santé mentale, particulièrement les services pour premier épisode psychotique).	MSSS	MEES, MTESS et partenaires concernés
4.1.4. Planifier et mettre en œuvre des services cliniques et préventifs intégrés adaptés aux jeunes et à leur famille, incluant des services préventifs et d'intervention relatifs à l'usage de SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation d'Internet.	MSSS	MEES et partenaires concernés
4.1.5. Outiller le personnel des services correctionnels dans son approche auprès des personnes présentant une problématique relative à la consommation de SPA ou à la pratique de JHA pour lui permettre de les repérer plus efficacement afin de les référer vers les services appropriés.	MSP	MSSS et partenaires concernés
4.1.6. Sensibiliser le personnel des centres locaux d'emploi (CLE) afin de l'outiller dans son approche auprès des personnes présentant une problématique relative à la consommation de SPA, à la pratique de JHA ou à l'utilisation d'Internet pour lui permettre de les détecter plus efficacement afin de les référer vers les services appropriés.	MTESS	MSSS et partenaires concernés

Objectif 4.2. Intensifier l'intervention précoce auprès des personnes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance, dans les milieux ciblés.

Actions	Responsables	Collaborateurs
4.2.1. Recenser et promouvoir les critères d'efficacité reconnus en intervention précoce auprès des jeunes présentant des comportements à risque.	MSSS	Partenaires concernés
4.2.2. Mettre à jour le programme Alcochoix+ et améliorer son accessibilité.	MSSS	Partenaires concernés

Actions	Responsables	Collaborateurs
4.2.3. Mettre en œuvre des programmes d'intervention précoce s'adressant aux personnes présentant des comportements à risque relatifs à la consommation de cannabis, d'autres SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation d'Internet.	MSSS	Partenaires concernés
Objectif 4.3. Assurer aux personnes qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance l'intensité de services requise par leur situation en matière de traitement externe ou avec hébergement.		
Actions	Responsables	Collaborateurs
4.3.1. Mettre en œuvre une procédure harmonisée d'évaluation spécialisée adaptée à la diversité des besoins présentés par les jeunes et les adultes, incluant l'utilisation problématique d'Internet.	MSSS	Partenaires concernés
4.3.2. Mettre en œuvre, dans toutes les régions du Québec, des services en dépendance répondant aux besoins spécifiques des jeunes.	MSSS	Partenaires concernés
4.3.3. Mettre en œuvre des services externes intensifs.	MSSS	Partenaires concernés
4.3.4. Mettre en œuvre un programme de réadaptation pour les personnes répondant aux critères d'un TJHA.	MSSS	Partenaires concernés
4.3.5. Mettre en œuvre des initiatives concertées de traitement sociojudiciaire de la dépendance, en fonction des ressources disponibles.	MJQ	MSSS, MSP, MTESS et partenaires concernés
4.3.6. Mettre en œuvre des trajectoires régionales de services, en partenariat avec les établissements de détention concernés, pour répondre aux besoins des personnes dont la condition nécessite des services de réadaptation.	MSSS MSP	Partenaires concernés
4.3.7. Mettre en œuvre, dans toutes les régions du Québec, des modèles probants d'organisation de services adaptés à la concomitance des troubles mentaux et de TUS.	MSSS	Partenaires concernés
4.3.8. Mettre en œuvre des services qui répondent aux réalités et aux besoins des usagers présentant des problèmes de consommation au long cours.	MSSS	MEES, MTESS, MSP, MJQ et partenaires concernés
4.3.9. Mettre en œuvre, dans toutes les régions du Québec, des trajectoires de services répondant aux besoins des personnes présentant des problèmes de santé chronique concomitants.	MSSS	Partenaires concernés
4.3.10. Mettre en œuvre un programme de réadaptation pour les personnes aux prises avec un problème de cyberdépendance.	MSSS	Partenaires concernés

Objectif 4.4. Assurer l'accès à des services de gestion de l'intoxication et de gestion du sevrage harmonisés répondant aux besoins des usagers.		
Actions	Responsables	Collaborateurs
4.4.1. Mettre en œuvre des outils d'estimation des risques liés à l'intoxication et au sevrage.	MSSS	Partenaires concernés
4.4.2. Mettre en œuvre, dans toutes les régions du Québec, des trajectoires de services de gestion de l'intoxication et de gestion du sevrage.	MSSS	MSP et partenaires concernés
4.4.3. Informer les policières et les policiers sur les problèmes de dépendance et les méthodes d'intervention à privilégier auprès des personnes intoxiquées.	MSP	MSSS et partenaires concernés
Objectif 4.5. Assurer l'accès à des services intégrés et adaptés aux personnes ayant besoin d'un traitement pour un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO) avec une médication de substitution.		
Actions	Responsables	Collaborateurs
4.5.1. Améliorer, de concert avec les ordres professionnels concernés, l'accès aux services pour les personnes ayant besoin d'un traitement pour un TUO avec une médication.	MSSS	MSP et partenaires concernés
4.5.2. Diffuser, de concert avec les ordres professionnels concernés, un guide de pratique sur la mise en œuvre de services à bas seuil d'exigence en traitement des TUO.	MSSS et partenaires concernés	Partenaires concernés
4.5.3. Diffuser, de concert avec les ordres professionnels concernés, un guide de pratique sur la prise en charge médicale des TUO dans les services de désintoxication interne des centres de réadaptation en dépendance du Québec.	MSSS et partenaires concernés	Partenaires concernés
4.5.4. Poursuivre le déploiement de la formation interdisciplinaire sur le traitement des TUO.	MSSS	Partenaires concernés
Objectif 4.6. Assurer la complémentarité des services de réinsertion sociale et professionnelle.		
Actions	Responsables	Collaborateurs
4.6.1. Élaborer et mettre en œuvre, dans toutes les régions du Québec, des trajectoires de services en matière de réinsertion sociale.	MSSS	MEES, MTESS, MSP, MJQ et partenaires concernés
4.6.2. Favoriser l'emploi à bas seuil chez les jeunes en situation de précarité sociale.	MSSS	Partenaires concernés

Objectif 4.7. Prévenir les conséquences liées aux situations de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos et les salons de jeux.		
Actions	Responsables	Collaborateurs
4.7.1. Actualiser les protocoles d'entente entre les établissements de jeux et le réseau de la santé et des services sociaux quant aux services d'intervention de crise destinés aux joueurs en difficulté.	Loto-Québec	MSSS et partenaires concernés
Objectif 4.8. Assurer l'arrimage entre les services du réseau public et ceux des RHD.		
Actions	Responsables	Collaborateurs
4.8.1. Élaborer et mettre en œuvre des trajectoires de services favorisant la collaboration entre le réseau public et les RHD.	MSSS	Partenaires concernés

Orientation 5

L'innovation, le développement et le transfert des connaissances relatives à la consommation de SPA, à la pratique de JHA, à l'utilisation d'Internet et aux phénomènes qui y sont associés

Au cours des dernières années, les connaissances relatives à la consommation de SPA, à la pratique de JHA et aux conséquences qui y sont associées se sont beaucoup développées, permettant de faire de grandes avancées quant à l'amélioration des services offerts au Québec. L'action du gouvernement ainsi que les décisions des dirigeants doivent continuer de prendre appui tant sur l'expertise scientifique que sur l'expérience des différents milieux de pratique pour mieux cibler les interventions à privilégier. Il importe également que les actions prennent appui sur les données de surveillance portant sur les déterminants, les comportements, l'état de santé et les méfaits liés à la consommation de SPA, à la pratique de JHA ou à l'utilisation d'Internet. Toutes ces mesures permettent d'avoir un portrait juste de la situation, des réalités en émergence et d'être à l'affût des meilleures pratiques afin d'orienter les travaux et d'offrir une réponse adaptée aux besoins des personnes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance.

Les diverses consultations auprès des partenaires ont permis de cibler des thématiques pour lesquelles le développement des connaissances apparaît important, notamment en ce qui concerne la cyberdépendance, les normes à faible et à moyen risque de pratique de JHA, les normes à faible risque de consommation d'alcool chez les aînés, les programmes de prévention incluant l'analyse de substances dans des endroits privilégiés, les modèles optimaux de traitement au long cours, les modèles de services pour les personnes en situation d'itinérance où la consommation d'alcool est tolérée, etc. Il convient en outre de rester à l'affût de l'évolution des phénomènes et, le cas échéant, de prendre en compte les nouvelles réalités. À cet égard, les nouvelles modalités d'intervention telles que le concept d'autosoins et les nouvelles technologies doivent être explorées. En effet, l'usage de moyens électroniques s'est révélé efficace pour le dépistage et les interventions brèves en matière d'alcool dans la population adulte (Tansil et coll., 2016). Les technologies pourraient aussi être utilisées dans le suivi après une intoxication grave à l'alcool, mais il n'existe pas de données probantes actuellement.

Des efforts seront également consentis afin de concevoir des outils d'évaluation et d'intervention en soutien aux pratiques. Dans le but de favoriser l'adéquation entre les initiatives de recherche et les besoins des milieux, la collaboration et l'implication des partenaires concernés, dont les milieux communautaires, des personnes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance et leur entourage, seront privilégiées.

Les partenaires interministériels reconnaissent que les actions en matière de prévention, de réduction des méfaits ou d'intervention doivent s'appuyer sur les meilleures pratiques et les données probantes. Il importe toutefois que les milieux tant scientifiques que cliniques continuent à faire preuve d'innovation en vue d'améliorer de façon continue les services.

Les résultats de l'innovation et du développement des connaissances doivent être partagés avec les professionnels qui interviennent auprès des personnes. Des efforts supplémentaires doivent être déployés en vue d'effectuer un transfert des connaissances auprès des intervenants concernés, de favoriser l'intégration de ces nouvelles connaissances aux pratiques cliniques et ainsi de mettre concrètement la recherche au profit des milieux concernés.

Différents partenaires contribuent activement au développement des connaissances relatives à la consommation de SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation d'Internet, ainsi qu'aux interventions efficaces en la matière. À cet effet, l'Institut universitaire sur les dépendances, l'INESSS, l'INSPO, les chercheurs au sein des établissements ainsi que des chercheurs universitaires impliqués dans ce domaine jouent un rôle important. Dans un souci d'efficacité, de cohérence et de complémentarité des actions réalisées dans le champ du développement des connaissances, l'arrimage entre ces partenaires est incontournable.

Avec cette même préoccupation d'efficacité et de cohérence, des efforts doivent également être consentis afin d'explorer les possibilités permettant de faciliter, aux milieux de la recherche, l'accès aux bases de données existantes, en tout respect des lois et règlements relatifs à la protection des renseignements personnels. Des travaux gouvernementaux sont en cours à cet égard.

Orientation 5: L'innovation, le développement et le transfert des connaissances relatives à la consommation de SPA, à la pratique de JHA, à l'utilisation d'Internet et aux phénomènes qui y sont associés.

Objectif 5.1. Surveiller les comportements de consommation de SPA, de pratique de JHA, d'utilisation d'Internet et les phénomènes qui y sont associés.

Actions	Responsables	Collaborateurs
5.1.1. Assurer le suivi des comportements, des états de santé et des méfaits liés à la consommation de SPA, à la pratique de JHA, à l'utilisation d'Internet, rendre disponibles les informations qui en découlent et favoriser leur appropriation auprès des acteurs concernés.	MSSS	Partenaires concernés
5.1.2. Assurer une vigie et une surveillance afin de soutenir les autorités de santé publique pour prévenir les surdoses d'opioïdes.	MSSS	Partenaires concernés

Objectif 5.2. Favoriser l'innovation, le développement et le transfert des connaissances relatives à la consommation de SPA, à la pratique de JHA, à l'utilisation d'Internet et aux phénomènes associés afin d'améliorer les soins et les services.

Actions	Responsables	Collaborateurs
5.2.1. Réaliser des recherches documentant des thématiques ciblées en impliquant des acteurs travaillant au sein de réseaux concernés par ces thématiques.	MSSS	Loto-Québec, MJQ, MSP, MEES, SAA, MTESS, RACJ, SAAQ et partenaires concernés
5.2.2. Concevoir et mettre à jour des outils d'évaluation et d'intervention en soutien aux pratiques.	MSSS	Loto-Québec, MJQ, MSP, MEES, SAA, MTESS, RACJ, SAAQ et partenaires concernés
5.2.3. Réaliser des activités de transfert des connaissances en impliquant des acteurs travaillant au sein de réseaux concernés par les thématiques ciblées.	MSSS	Loto-Québec, MJQ, MSP, MEES, SAA, MTESS, RACJ, SAAQ et partenaires concernés
5.2.4. Assurer la complémentarité entre les milieux de la recherche au sein des établissements et des organismes-conseils.	MSSS	Partenaires concernés

Orientation 6

Le développement et le soutien de l'expertise clinique des intervenants qui travaillent auprès des personnes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance

Les services destinés aux personnes présentant des comportements à risque ainsi qu'à celles répondant aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou présentant un problème de cyberdépendance sont offerts par des professionnels engagés, qui ont à cœur la santé et le bien-être des personnes. Il importe de les outiller et de les soutenir en vue de renforcer leur expertise. Ainsi, des efforts doivent être déployés afin de poursuivre le développement des compétences de ceux-ci, notamment par des programmes de formation continue et des mesures favorisant l'application et l'intégration des nouvelles connaissances dans les pratiques des milieux d'intervention.

Les personnes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance peuvent avoir des profils complexes et être appelées à recevoir des services de la part de différents professionnels. Dans la perspective de simplifier le parcours de ces personnes à travers le RSSS et d'adapter les services à leurs besoins et à leur condition, l'intégration des services est essentielle. La collaboration interprofessionnelle constitue une avenue à privilégier pour favoriser cette intégration. À l'instar de la pratique en cours dans le secteur de la santé mentale, la mise en place de la fonction de professionnel répondant en dépendance permettra de faciliter la collaboration interprofessionnelle et le soutien clinique dans les établissements par l'offre d'un service d'expertise-conseil. Puisque l'accessibilité, la qualité et la continuité des services reposent sur les professionnels, mais aussi sur leurs organisations, les actions du Plan d'action viseront également à déterminer les mesures à mettre en place pour accompagner les établissements dans l'implantation de pratiques cliniques intégrées et de qualité, et ce, au bénéfice des usagers.

Orientation 6: Le développement et le soutien de l'expertise clinique des intervenants qui travaillent auprès des personnes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance.

Objectif 6.1. Poursuivre le développement des compétences des intervenants.

Actions	Responsables	Collaborateurs
6.1.1. Concevoir et mettre à jour des programmes de formation en soutien à la mise en œuvre du continuum de services en dépendance.	MSSS	Partenaires concernés
6.1.2. Diffuser les programmes de formation continue en soutien à la mise en œuvre du programme-services Dépendance.	MSSS	Partenaires concernés
6.1.3. Soutenir l'intégration des nouvelles connaissances aux pratiques cliniques.	MSSS	Partenaires concernés

Objectif 6.2. Favoriser la collaboration interprofessionnelle et le soutien clinique dans les établissements.

Actions	Responsables	Collaborateurs
6.2.1. Mettre en œuvre des pratiques reconnues en matière de soutien clinique dans les établissements.	MSSS	Partenaires concernés
6.2.2. Soutenir la mise en place de la fonction de professionnel répondant en dépendance dans tous les RTS.	MSSS	Partenaires concernés
6.2.3. Poursuivre la mise en œuvre de la communauté de pratiques médicale en dépendance.	MSSS	Partenaires concernés

Orientation 7

La prévention, la réduction et le traitement des conséquences liées à la consommation de SPA et à la pratique de JHA de manière à respecter les réalités des communautés des Premières Nations et des Inuits

Les Premières Nations et les Inuits connaissent des taux élevés de consommation d'alcool, d'autres drogues et de pratique de JHA (Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2013; Statistique Canada, 2016, 29 mars). Les communautés des Premières Nations et des Inuits se mobilisent pour comprendre le phénomène et trouver des solutions. Le Sommet sur les dépendances chez les Premières Nations du Québec de 2011 et les travaux de consultation Parnasimautik chez les Inuits en 2013 ont démontré que les membres des communautés autochtones subissent tous, directement ou indirectement, les effets néfastes des conséquences liées aux dépendances (Fournier, 2011; Groupe-cadre de Parnasimautik, 2014).

Différents facteurs peuvent favoriser le développement de problèmes liés à la consommation de SPA et à la pratique de JHA : la pauvreté, un faible niveau de scolarité, le racisme, etc. Les membres des Premières Nations et les Inuits peuvent cumuler plusieurs de ces facteurs de risque. Le contexte historique dans lequel ont évolué les peuples autochtones au Canada n'est pas étranger à cette situation. La colonisation et les changements radicaux et rapides vécus par les communautés autochtones ont affaibli la structure sociale et familiale de ces peuples (Groupe-cadre de Parnasimautik, 2014). Entre autres, la Commission de vérité et réconciliation a bien mis en lumière les conséquences négatives du système des pensionnats autochtones (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015). L'histoire des pensionnats est encore récente et ses répercussions sont intergénérationnelles. De nombreux survivants sont en mesure de témoigner des conséquences des pensionnats dans leur vie et leur communauté.

Les problèmes liés à la consommation de SPA et à la pratique de JHA ont des conséquences directes au sein des communautés autochtones au Québec qui méritent une attention particulière. Parmi celles-ci, notons le nombre de délits commis sous l'influence de l'alcool ou d'autres drogues, la surreprésentation des personnes autochtones dans le milieu carcéral, l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), la violence conjugale et familiale, la surreprésentation des enfants et des jeunes dans les services de protection de la jeunesse et la déconnexion identitaire chez les jeunes (Groupe-cadre de Parnasimautik, 2014).

Le gouvernement fédéral a mis sur pied plusieurs programmes pour soutenir les membres des Premières Nations et les Inuits aux prises avec des dépendances, dont le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (PNLAADA). Ce programme, dont la gestion est assurée en grande partie par les communautés et les organismes des Premières Nations, permet de faire de la prévention, d'intervenir en amont des problématiques et d'offrir des traitements de réhabilitation de courte durée. Il existe d'ailleurs au Québec six centres de traitement, spécifiquement destinés à la clientèle des Premières Nations, financés par le programme PNLAADA.

Les membres des Premières Nations et les Inuits, comme toutes les Québécoises et tous les Québécois, ont accès aux services du RSSS. Cependant, les organisations autochtones rapportent plusieurs obstacles à la fréquentation des services : la méfiance à l'égard des institutions, les mauvaises expériences, la barrière de la langue, les préjugés et le racisme à l'égard des Premières Nations et des Inuits. À la lumière de ces informations, le gouvernement du Québec s'est engagé, lors du Forum socioéconomique des Premières Nations de 2006, à améliorer l'accessibilité et la continuité des services de santé et de services sociaux, ainsi qu'à favoriser le transfert de connaissances et d'expertise entre le réseau de la santé et des services sociaux et les communautés autochtones (Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2006). C'est dans cette optique qu'ont été mises en place les Ententes de collaboration visant à encadrer les trajectoires de services en santé mentale et en dépendances pour les communautés non conventionnées du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015a). L'expérience positive des deux projets pilotes découlant de ces ententes, dans les régions de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Côte Nord, a démontré la nécessité de poursuivre le travail de collaboration entre les paliers gouvernementaux, les communautés autochtones et le réseau de la santé et des services sociaux.

Les actions qui découlent du présent Plan d'action sont mises en œuvre au bénéfice de l'ensemble de la population du Québec, y compris les Inuits et les membres des Premières Nations. Néanmoins, afin d'apporter à la problématique des dépendances en milieu autochtone des réponses concrètes et mieux adaptées à leurs réalités, le gouvernement préconise une intervention distincte qui prend en considération les particularités et les différences, notamment culturelles et sociologiques, propres aux Premières Nations et aux Inuits. Par conséquent, les mesures spécifiques aux populations autochtones en matière de dépendance sont inscrites dans le Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits 2017-2022 (Secrétariat aux affaires autochtones, 2017), lequel intègre les actions prises par le gouvernement du Québec pour répondre à un ensemble d'enjeux autochtones. Cette démarche globale tient compte des divers travaux en cours au gouvernement du Québec en matière de développement social et culturel autochtone. Les actions qui concernent particulièrement les questions des dépendances s'appuient, entre autres, sur les mémoires déposés et les représentations faites au MSSS par des organisations autochtones dans le cadre des travaux d'élaboration du présent Plan d'action.

CHAPITRE 6

La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Plan d'action

Le Plan d'action est issu de la volonté de plusieurs ministères et organismes gouvernementaux de prévenir, de réduire et de traiter les conséquences liées à la consommation de SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation d'Internet. Or, la mise en œuvre d'une démarche intersectorielle aussi complexe requiert la mobilisation et la concertation de l'ensemble des réseaux concernés. Il importe en effet que les partenaires interministériels, mais également leur réseau respectif, s'impliquent activement, dans le respect des responsabilités et des rôles de chacun, en vue d'atteindre les résultats attendus de ce Plan d'action.

Pour ce faire, différents mécanismes de coordination et de consultation sont prévus. Afin de favoriser la mise en œuvre et d'assurer le suivi des actions, la Table interministérielle en dépendance (Table), mise en place pour élaborer le présent Plan d'action, poursuivra ses travaux. Également, le comité regroupant des représentants des communautés Autochtones de la Table poursuivra ses travaux afin de guider cette dernière dans la mise en œuvre des actions qui respectent la réalité spécifique des Premières Nations et des Inuits. De plus, un comité externe qui jouera un rôle de conseiller de la Table sera mis en place. Finalement, afin d'assurer une mise en œuvre régionale qui s'inscrive dans une vision intersectorielle, les CISSS et CIUSSS devront animer un mécanisme de concertation régionale répondant aux besoins du programme-services Dépendance.

De plus, un suivi de gestion fondé sur des indicateurs d'implantation et de résultats est nécessaire à l'atteinte des objectifs fixés. À cet égard, un suivi annuel de la mise en œuvre du Plan d'action sera effectué par les ministères et organismes gouvernementaux, et leur réseau respectif le cas échéant, pour chacune des actions dont ils sont responsables. Ces indicateurs permettront de mesurer les résultats opérationnels du Plan d'action et les effets engendrés par certaines de ces actions.

Compte tenu de la structure organisationnelle du RSSS et des responsabilités confiées aux CISSS et CIUSSS en vertu de la LSSSS, ces derniers assureront la mise en œuvre de certaines actions au niveau régional. Pour ce faire, ils détermineront les actions prioritaires à mettre en place sur leur territoire afin d'atteindre les objectifs fixés par le Plan d'action.

Finalement, une mise à jour du Plan d'action, s'appuyant sur un bilan, sera effectuée à mi-parcours, soit après les cinq premières années. Cette mise à jour permettra notamment d'apprécier le degré de conformité des actions implantées et des moyens ciblés, de connaître les difficultés éprouvées et d'apporter des ajustements, si nécessaire. Par cette démarche, on s'assurera de rester à l'affût de l'évolution du phénomène et, le cas échéant, de prendre en compte les nouvelles réalités. Un bilan sera également réalisé au cours de la dernière année du Plan d'action, permettant de formuler des recommandations en vue d'orienter le prochain plan.

Conclusion

Le Québec se situe à un carrefour important en ce qui concerne la prévention, la réduction et le traitement des conséquences associées à la consommation de SPA, à la pratique de JHA, à l'utilisation d'Internet et aux phénomènes qui y sont liés.

Que ce soit en raison de l'imminence de la légalisation du cannabis par le gouvernement fédéral, du contexte mondial actuel caractérisé par l'émergence de drogues souvent plus toxiques et par l'usage accru des opioïdes, ou encore de la constante évolution du domaine des technologies de l'information et des effets potentiels de son utilisation pour certaines personnes, le Québec a l'opportunité de mettre en place des actions concrètes, structurantes et mobilisatrices afin d'influer sur les conséquences potentiellement lourdes pour la santé et le bien-être des personnes et des communautés.

L'importante réorganisation qu'a vécue le réseau de la santé et des services sociaux au cours des dernières années doit être utilisée comme un levier à cette fin. L'intégration de l'ensemble des services de santé et des services sociaux à l'intérieur d'un même établissement s'avère une opportunité pour la mise en place de pratiques organisationnelles novatrices. La préoccupation d'offrir une réponse adéquate et adaptée aux besoins des personnes nécessite le décloisonnement des problématiques et l'adoption d'une vision globale de la personne qui consomme des SPA et pratique des JHA.

Au cours des dix prochaines années, si nous maintenons la mobilisation des ministères, des partenaires et de leurs réseaux respectifs autour de cette préoccupation commune, nous pourrions affirmer que le Plan d'action aura été un succès.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2013: un rapport du système canadien de surveillance périnatale*. (Publication n° 978-0-660-21644-7). Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/aspc-phac/HP7-1-2013-2-fra.pdf
2. Agence de santé publique du Canada. (2006). *Les jeunes de la rue au Canada: constatations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003*. (Publication n° 0-662-49069-X). Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports_06/pdf/street_youth_f.pdf
3. American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France: Masson.
4. Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2006). *Rapport final du Forum socioéconomique des Premières Nations: agir maintenant... pour l'avenir*. Repéré à https://www.autochtones.gouv.qc.ca/publications_documentation/publications/forum-francais.pdf
5. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. (2012). *Les services de réinsertion sociale: guide de pratique et offre de services de base*. (Publication n° 978-2-921628-18-1). Repéré à https://aidq.org/wp-content/uploads/2013/06/Guide_Reinsertion_Sociale.pdf
6. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance: guide de pratique et offre de services de base*. (Publication n° 978-2-921628-12-9). Repéré à https://aidq.org/wp-content/uploads/2013/06/Guide_Readaption_adulte.pdf
7. Association des intervenants en dépendance du Québec. (2015). *Guide d'intervention en dépendance, dans un contexte de concomitance d'un problème mental*. (Publication n° 978-2-921628-36-5).
8. Bellot, C., Raffestin, I., Royer, M. N. et Noël, V. (2005). *Judiciarisation et criminalisation des populations itinérantes à Montréal: rapport de recherche pour le Secrétariat national des sans-abri*.
9. Bouthillette, J., Collin, J. et Tannenbaum, C. (2011). Des aînés accros à leurs pilules. *Forum*, 45(18), 1-2.
10. Brochu, S., Cousineau, M.-M., Fu, S. et Tétrault, M. (2007). *Jeunes, drogues et violence: points saillants*. Communication présentée dans le cadre de la Tournée des partenaires du RISQ Montréal.
11. Busse, J. (2017). *Lignes directrices canadiennes relatives à l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse, édition 2017*. Hamilton, Ontario: Université McMaster.
12. Butt, P., Beirness, D., Gliksman, L., Paradis, C. et Stockwell, T. (2011). *L'alcool et la santé au Canada: résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*. Ottawa, Ontario: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

13. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2017). *Sommaire canadien sur la drogue*. (Publication n° 978-1-77178-450-4). Repéré à <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Alcohol-2017-fr.pdf>
14. Centre de réadaptation en dépendance – Institut universitaire. (s. d.). Équipes de recherche partenaires. Repéré à <http://dependancemontreal.ca/iud/recherche/equipes-de-recherches-associees-frqsc>
15. Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve. (2007). *Offre de service*.
16. Centre de recherche et d'aide pour narcomanes. (2011). *La dépendance aux opioïdes : portrait des traitements de substitution au Québec*. Repéré à http://www.cran.qc.ca/sites/default/files/documents/portrait_version_alleege_affichage.pdf
17. Centre de toxicomanie et de santé mentale. (s. d.). Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale : guide d'information. Repéré à http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/concurrent_disorders/concurrent_substance_use_and_mental_health_disorders_information_guide/Pages/what_are_cd_infoguide.aspx
18. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. (2015). *Je compte MTL 2015 : dénombrement des personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 mars 2015*. Repéré à https://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/D_SOCIAL_FR/MEDIA/DOCUMENTS/RAPPORT_DENOMBREMENT_PERSONNES_SITUATION_ITINERANCE.PDF
19. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (2016). *Les pratiques reconnues dans les ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en dépendance*. (Publication n° 978-2-550-76971-2). Repéré à http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/dependances/Pratiques_reconnues.pdf
20. Centre de réadaptation en dépendance de Montréal. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. (Publication n° 978-2-9810903-6-2). Repéré à http://dependancemontreal.ca/wp-content/uploads/2015/04/Rapport-TUS_CRDM-IU-vf.pdf
21. Ciarrocchi, J. W. et Reinert, D. F. (1993). Family environment and length of recovery for married male members of Gamblers Anonymous and female members of GamAnon. *Journal of Gambling Studies*, 9(4), 341-352.
22. Cleaver, H., Unell, I. et Aldgate, J. (2011). *Children's needs-parenting capacity: child abuse, parental mental illness, learning disability, substance misuse, and domestic violence* (2^e ed.). London, United Kingdom : The Stationery Office.
23. Collège des médecins du Québec. (2009). *Lignes directrices - Douleur chronique et opioïdes : l'essentiel*. (Publication n° 978-2-920548-67-1). Repéré à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2009-05-01-fr-douleur-chronique-et-opioides.pdf>
24. Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec. (2009). *Lignes directrices : la buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes*. (Publication n° 978-2-922438-17-8). Repéré à https://www.opq.org/doc/media/808_38_fr-ca_0_ld_buprenorphone.pdf
25. Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec. (2004). *Modifications aux lignes directrices : utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés*. Repéré à https://www.opq.org/doc/media/811_38_fr-ca_0_ld_methadone_modif.pdf

26. Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec. (1999). *Lignes directrices : utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés*. Repéré à https://www.opq.org/doc/media/813_38_fr-ca_0_ld_methadone.pdf
27. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (2003). *La consommation de psychotropes : portrait et tendances au Québec*. (Publication n° 2-551-22403-9). Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/CPLT/2551224039.pdf>
28. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2013). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2008 – Chapitre 9: Alcool, drogues et jeux de hasard*. (Publication n° 978-1-926553-61-0). Repéré à <http://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/chapitre-9-alcool-drogues-jeux.pdf?sfvrsn=2>
29. Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir: sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. Canada : McGill-Queen's Press-MQUP.
30. Communauté de pratique médicale en dépendance. (s. d.). À propos. Repéré à <http://liferay6.cess-labs.com/web/cpmdependance/a-propos>
31. Courtemanche, Y., Poulin, C., Serchir, B. et Alary, M. (2016). *Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées dans les établissements de détention provinciaux au Québec*. Québec, Québec : CHU de Québec – Université Laval.
32. Dennis, M. et Scott, C. K. (2007). Managing addiction as a chronic condition. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(1), 45.
33. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2013). *Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal*. (Publication n° 978-2-89673-261-6). Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/Montreal/9782896732616.pdf>
34. Dufour, M., Brunelle, N., Khazaal, Y., Tremblay, J., Leclerc, D., Cousineau, M.-M., ... Berbiche, D. (2017). Gender difference in online activities that determine problematic internet use. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 27(3), 90-98.
35. Dufour, M., Brunelle, N., Tremblay, J., Leclerc, D., Cousineau, M. M., Khazaal, Y., ... Berbiche, D. (2016). Gender difference in internet use and internet problems among Quebec high school students. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(10), 663-668. doi: 10.1177/0706743716640755.
36. Dufour, M., Nadeau, L. et Gagnon, S. (2014). Tableau clinique des personnes cyberdépendantes demandant des services dans les centres publics de réadaptation en dépendance au Québec : étude exploratoire. *Santé mentale au Québec*, 39(2), 149-168.
37. Dufour, M., Nadeau, L., Gagnon, S. R., Trudeau-Guévin, L., Légaré, A.-A. et Laverdière, E. (2017). *L'évaluation des adolescents cyberdépendants dans les Centres de réadaptation en dépendance au Québec: VIRTUADO*. Sherbrooke, Québec : Université de Sherbrooke.
38. Duvarci, I. et Varan, A. (2000). Descriptive features of Turkish pathological gamblers. *Scandinavian journal of psychology*, 41(3), 253-260.
39. Éditeur officiel du Québec. (2017, 1^{er} octobre). *Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>
40. Éditeur officiel du Québec. (2017, 1^{er} septembre). *Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (chapitre S-4.2, r. 0.1)*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-4.2,%20r.%200.1/>
41. Educ'alcool. (s. d.). La gouvernance. Repéré à <http://educalcohol.qc.ca/a-propos-de-nous/la-gouvernance/#.WITk6fJplgK>

42. Fazel, S., Khosla, V., Doll, H. et Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS medicine*, 5(12), e225.
43. Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. (2007). *Déploiement de l'offre de services de désintoxication au Québec: état de situation et besoins de développement*.
44. Fleury, M.-J., Giroux, I., Ménard, J.-M. et Couillard, J. (2015). État des lieux: de quoi parle-t-on au juste quand il est question de dépendance ? *Le Point en administration de la santé et des services sociaux: la face cachée des dépendances*, 10(4), 6-10.
45. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. (2013). *Le bien-être des enfants dans les pays riches : vue d'ensemble comparative*. (Publication n° 978-88-6522-019-1). Repéré à https://www.unicef.ca/sites/default/files/legacy/imce_uploads/DISCOVER/OUR%20WORK/ADVOCACY/DOMESTIC/POLICY%20ADVOCACY/DOCS/unicef_bilan_innocenti_11.pdf
46. Fournier, W. (2011). *Sommet sur les dépendances chez les Premières Nations du Québec: rapport final*. Repéré à <http://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/rapport-final-sommet-11-ao%C3%BBt-2011.pdf?sfvrsn=2>
47. Frappier, J.-Y., Duchesne, M. et Lambert Y. (2015). *Santé des adolescent(e)s hébergé(e)s en centres de réadaptation des centres jeunesse au Québec*. Montréal, Québec: Université de Montréal.
48. Gagnon, S.-R., Ferland, F. et Blanchette-Martin, N. (2015). *La cyberdépendance dans les centres de réadaptation en dépendance*. Québec: Les études du Service de recherche CRDQ/CRDCA.
49. Gouvernement du Canada. (2017). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues: sommaire de 2015. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2015.html>
50. Gouvernement du Canada. (2012). Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/prevention-traitement-toxicomanie/statistiques-consommation-drogues-alcool/enquete-surveillance-canadienne-consommation-alcool-drogues-sommaire-resultats-2011.html#a5>
51. Grenier, G., Fleury, M., Imboua, A. et Ngui, A. (2013). Portrait et dynamique des organismes desservant les personnes itinérantes ou à risque d'itinérance dans la région de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 119–141. doi:10.7202/1019189ar.
52. Groupe-cadre de Parnasimautik. (2014). *Rapport de consultation Parnasimautik*. Repéré à <http://parnasimautik.com/wp-content/uploads/2015/03/Parnasimautik-consultation-rapport-fr.pdf>
53. Institut canadien d'information sur la santé. (2017). *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes, de 2012 à 2016*. (Publication n° 978-1-77109-652-2). Repéré à <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/pan-canadian-trends-opioid-prescribing-2017-fr-web.pdf>
54. Institut de la statistique du Québec. (2016a). *La santé des Québécois: 25 indicateurs pour en suivre l'évolution de 2007 à 2014 – Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. (Publication n°978-2-550-77307-8). Repéré à http://www.bdso.gouv.qc.ca/docsken/multimedia/PB01600FR_SanteQuebecois2016H00F00.pdf

55. Institut de la statistique du Québec. (2016b). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015: pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. (Publication n° 978-2-550-76838-8). Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois-2014-2015.pdf>
56. Institut de la statistique du Québec. (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les jeunes du secondaire, 2013: évolution des comportements au cours des 15 dernières années*. (Publication n° 978-2-550-71865-9). Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alcool-tabac-drogue-jeu/tabac-alcool-drogue-jeu-2013.pdf>
57. Institut de la statistique du Québec. (2013). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 – Tome 2 – Le visage des jeunes d'aujourd'hui: leur santé mentale et leur adaptation sociale*. (Publication n° 978-2-550-67805-2). Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/adaptation-sociale/sante-jeunes-secondaire2.pdf>
58. Institut national de santé publique du Québec. (2018). *Intoxications aiguës à l'alcool et boissons à forte teneur en sucre et alcool*. (Publication n° 978-2-550-80723-0).
59. Institut national de santé publique du Québec. (2017a). *L'usage de cannabis au Québec et au Canada: portrait et évolution*. (Publication n° 978-2-550-79203-1). Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2284_usage_cannabis_quebec_canada_portrait_evolution.pdf
60. Institut national de santé publique du Québec. (2017b). *Matériel d'injection et d'inhalation pour prévenir la transmission du VIH et des hépatites B et C chez les personnes qui utilisent des drogues par injection au Québec: avril 2015 à mars 2016*. (Publication n° 978-2-550-80102-3). Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2332_materiel_injection_inhalation_transmission_vih_hepatites_b_c.pdf
61. Institut national de santé publique du Québec. (2017c). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection: épidémiologie du VIH de 1995 à 2015 – épidémiologie du VIC de 2003 à 2015*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2227_surveillance_maladies_utilisateurs_drogue_injection_2015.pdf
62. Institut national de santé publique du Québec. (2016a). *Légalisation du cannabis à des fins non médicales: pour une régulation favorable à la santé publique*. (Publication n° 978-2-550-77115-9). Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2193_legalisation_cannabis_fins_non_medicales.pdf
63. Institut national de santé publique du Québec. (2016b). *Portrait de la consommation d'alcool au Québec de 2000 à 2015*. (Publication n° 978-2-550-75810-5). Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2137_consommation_alcool_quebec.pdf
64. Institut national de santé publique du Québec. (2014). *Les jeux de hasard et d'argent et les aînés: perspectives des intervenants sur les risques, les impacts et la prévention*. (Publication n° 978-2-550-70375-4). Repéré à <http://www.maisonjeanlapointe.org/files/Rapport%20aines%20-%20JEU.pdf>
65. Institut national de santé publique du Québec. (2010a). *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec*. (Publication n° 978-2-550-59046-0). Repéré à

https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1087_AlcoolEtSantePublique.pdf

66. Institut national de santé publique du Québec. (2010b). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois: conséquences et facteurs associés*. (Publication n° 978-2-550-59340-9). Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1102_UsageSubsPsychoactivesJeunes.pdf
67. Kairouz, S. et Robillard, C. (2014). *Synthèse des connaissances sur les jeux de hasard et d'argent*. Montréal, Québec: Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire.
68. Kairouz, S., Nadeau, L. et Robillard, C. (2014). *Enquête ENHJEU-QUÉBEC - Portrait du jeu au Québec: prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans, version du 19 février 2014*. Montréal, Québec: Université Concordia.
69. Kalischuk, R. G., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K. et Solowoniuk, J. (2006). Problem gambling and its impact on families: A literature review. *International Gambling Studies*, 6(1), 31-60.
70. Ladouceur, R., Lachance, S. et Fournier, P. M. (2009). Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? *Behaviour research and therapy*, 47(3), 189-197.
71. Laventure, M., Déry, M. et Pauzé, R. (2008). *Profils de consommation d'adolescents, garçons et filles, desservis par des centres jeunesse*. Sherbrooke, Québec: Université de Sherbrooke.
72. Léonard, L. et Amar, M. B. (2002). *Les psychotropes: pharmacologie et toxicomanie*. Les Presses de l'Université de Montréal.
73. Loto-Québec. (2016). *Plan d'action du réseau d'appareils de loterie vidéo*. Repéré à <https://societe.lotoquebec.com/dam/jcr:9089ae08-28e7-4e88-b18d-369ad66e367a/plan-action-reseau-appareils-de-loterie-video-2016.pdf>
74. Mee-lee, D. (2013). *The ASAM criteria: Treatment for addictive, substance-related, and co-occurring Conditions (3^e ed)*. 3rd, Carson City, Nevada: American Society of Addiction Medicine.
75. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (À paraître). *Portrait des services jeunesse en dépendances au Québec: alcool, drogues et jeux de hasard et d'argent*. Québec, Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
76. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016a). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020: mise à jour 2017*. (Publication n° 978-2-550-77180-7). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-717-01W.pdf>
77. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016b). *Politique gouvernementale de prévention en santé: un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*. (Publication n° 978-2-550-75191-5). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf>
78. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015a). *Évaluation des Ententes de collaboration visant à encadrer les trajectoires de services en santé mentale et en dépendances pour les communautés autochtones non conventionnées du Québec*. (Publication n° 978-2-550-73591-5). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-701-01W.pdf>
79. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015b). *Faire ensemble et autrement: plan d'action en santé mentale 2015-2020*. (Publication n° 978-2-550-73008-8). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>

80. Ministère de la Santé et des services sociaux. (2015c). *Programme national de santé publique 2015-2025: pour améliorer la santé de la population du Québec*. (Publication n° 978-2-550-73813-8). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
81. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015d). Réorganisation du réseau. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/>
82. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014a). *Politique nationale de lutte à l'itinérance: ensemble, pour éviter la rue et en sortir*. (Publication n° 978-2-550-70034-0). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf>
83. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014b). *Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020: mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance*. (Publication n° 978-2-550-72033-1). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-846-02W.pdf>
84. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014c). *Programme de soutien aux organismes communautaires 2015-2016*. (Publication n° 978-2-550-72139-0). Repéré à https://www.santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers_portail/fichiers_portail/Professionnels/PSOC/Sante_et_services_sociaux-PSOC_2015-2016.pdf
85. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience: programme-service – services généraux activités cliniques et d'aide – offre de service*. (Publication n° 978-2-550-66510-6). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf>
86. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012a). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Repéré à http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre_de_reference_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf
87. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012b). *La santé et ses déterminants: mieux comprendre pour mieux agir*. (Publication n° 978-2-550 -63957-2). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
88. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux: mission, principes et critères*. (Publication n° 978-2-550-60144-9). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-853-01.pdf>
89. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues*. (Publication n° 978-2-550-56016-6). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-360-02F.pdf>
90. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Guide d'implantation: équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence*. (Publication n° 978-2-550-54594-1). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-851-01.pdf>
91. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience: programme-services – dépendances – offre de services 2007-2012*. (Publication n° 978-2-550-51624-8). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-804-10.pdf>
92. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Cadre de référence et guide de bonnes pratiques: pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution*. (Publication n° 978-2-550-48470-7). Repéré à

- <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-804-01.pdf>
93. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux: document principal*. (Publication n° 2-550-43460-9). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-009-05.pdf>
94. Ministère de la Sécurité publique. (2010). *Plan d'action gouvernemental 2010-2013 - La réinsertion sociale des personnes contrevenantes: une sécurité durable*. (Publication n° 978-2-550-58699-9). Repéré à https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/services_correctionnels/publications/plan_action_2010-2013.pdf
95. Nadeau, L., Acier, D., Kern, L. et Nadeau, C.-L. (2011). *La cyberdépendance: état des connaissances, manifestations et pistes d'intervention*. Montréal, Québec: Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances.
96. Nadeau, L., Dufour, M., Guay, R., Kairouz, S., Ménard, M. et Paradis, C. (2014). *Le jeu en ligne: quand la réalité du virtuel nous rattrape*. (Publication n° 978-2-550-71662-4). Repéré à http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/jeu/pub/AUTFR_Jeu_En_Ligne_FR.pdf
97. Ngui, A., Fleury, M.-J., Kairouz, S. et Nadeau, L. (2000). Prévalence et utilisation des services dans le domaine de la consommation des substances psychoactives et du jeu de hasard et d'argent. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux: La face cachée des dépendances*. 10(4), 12-16.
98. Organisation mondiale de la Santé. (2013). Management of substance abuse. Repéré à http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en/
99. Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques: vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être*. (Publication n° 978 92 4 259972 5). Repéré à http://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf
100. Papineau, E., Lacroix, G., Sévigny, S., Biron, J. F., Corneau-Tremblay, N., et Lemétayer, F. (2018). Assessing the differential impacts of online, mixed, and offline gambling. *International Gambling Studies*, 18(1), 69-91.
101. Podymow, T., Turnbull, J., Coyle, D., Yetisir, E. et Wells, G. (2006). Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. *Canadian Medical Association Journal*, 174(1), 45-49.
102. Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec. (2016). *DEP-ADO [Test psychométrique]*. Repéré à https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4242/F1775629324_DEP_ADO_fr_V3.2a_2013.pdf
103. Rehm, J., Taylor, B. et Room, R. (2006). Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. *Drug and alcohol review*, 25(6), 503-513.
104. Secrétariat à la jeunesse. (2016a). *Politique québécoise de la jeunesse 2030: ensemble pour les générations présentes et futures*. (Publication n° 978-2-550-75356-8). Repéré à <https://www.jeunes.gouv.qc.ca/publications/documents/pqj-2030.pdf>
105. Secrétariat à la jeunesse. (2016b). *Stratégie d'action jeunesse 2016-2021: des projets pour la jeunesse*. (Publication n° 978-2-550-77039-8). Repéré à <https://www.jeunes.gouv.qc.ca/publications/documents/strategie-2016-2021.pdf>
106. Secrétariat aux affaires autochtones. (2017). *Faire plus, faire mieux: plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits, 2017-2022*. (Publication n° 978-2-550-78755-6) Repéré à http://www.saa.gouv.qc.ca/publications_documentation/publications/PAS/plan-action-social.pdf

107. Société de l'assurance automobile du Québec. (2016). *Profil détaillé des faits et des statistiques touchant l'alcool et les drogues au volant*. (Publication no 978-2-550-72576-3). Repéré à <https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/espace-recherche/stats-alcool-drogues-profil-detaille.pdf>
108. Société des alcools du Québec. (s. d.). À propos. Repéré à <https://www.saq.com/content/SAQ/fr/a-propos/la-saq.html>
109. Statistique Canada. (2016, 29 mars). *Les Inuits: feuillet d'information du Nunavik*. (Publication n° 978-0-660-02941-2). Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/statcan/89-656-x/89-656-x2016016-fra.pdf
110. Statistique Canada. (2015, 27 novembre). Coup d'œil sur la santé. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm>
111. Statistique Canada. (2015). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier maître 2013-2014*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.
112. Statistique Canada. (2013). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier maître 2011-2012*. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.
113. Tansil, K. A., Esser, M. B., Sandhu, P., Reynolds, J. A., Elder, R. W., Williamson, R. S., ... Hungerford, D. W. (2016). Alcohol electronic screening and brief intervention: a Community Guide Systematic review. *American journal of preventive medicine*, 51(5), 801-811.
114. Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Ménard, J.-M. et Berthelot, F. (2017). DÉBA-Jeu-8 [Test psychométrique]. Repéré à https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4242/F792844397_DEBA_JEU_V8_16oct2013.pdf
115. Tremblay, J. et coll. (2004). *Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes: chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique: avec vous!* Montréal, Québec: Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes.
116. Tremblay, J., Rouillard, P. et Sirois, M. (2000a). DÉBA-Alcool [Test psychométrique]. Repéré à https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4242/F1556122198_DEBA_A_v1_9p_2014_01_13.pdf
117. Tremblay, J., Rouillard, P. et Sirois, M. (2000b). DÉBA-Drogues [Test psychométrique]. Repéré à https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4242/F628497819_DEBA_D_v1.8p_2009_12_18.pdf
118. Tremblay, J., Rush, B., Bertrand, K., Blanchette-Martin, N., L'Espérance, N. et Savard, A.-C. (2015). *Rapport final: estimation des besoins de services jeunesse en dépendance au Québec – EBS – Dépendance Jeunesse*. Trois-Rivières, Québec: Université du Québec à Trois-Rivières.
119. Université Concordia. (s. d.). Chaire de recherche sur l'étude du jeu: à propos de la Chaire. Repéré à <https://www.concordia.ca/fr/recherche/chairejeu/a-propos.html>



ANNEXES

ANNEXE 1

Liste des collaborateurs

Direction

Lynne Duguay, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Benoit Lefrançois, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Coordination

Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Patrice Boudreault, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Rédaction

Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Patrice Boudreault, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Mélanie Houle, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Sonia Morin, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Soutien aux travaux

Roxanne Bion, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Francine Hardy, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Julie Leduc, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Membres du Comité directeur de la Table interministérielle en dépendance*

Lynne Duguay, remplacée par Benoit Lefrançois, MSSS

Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois, MSSS

Guylaine Rioux, Loto-Québec

Brigitte Dufort, ministère de la Famille, Secrétariat aux aînés

Audrey Turmel, ministère de la Justice

Marlène Langlois, ministère de la Sécurité publique

Sarah Tanguay, ministère de la Sécurité publique

Anne Desruisseaux, ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

Carel Vachon, ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire

Emilie Beoforei, ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire

* En date de février 2018

Lucie Lépine, ministère des Finances du Québec
Lorraine Fournier, ministère du Conseil exécutif, Secrétariat à la jeunesse
Julie Martel, ministère du Conseil exécutif, Secrétariat aux affaires autochtones
Julie Rodrigue, ministère du Conseil exécutif, Secrétariat aux affaires autochtones
Brigitte Mercier, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
Daniel Jean, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
Caroline DePokomandy-Morin, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
Sonya Trudeau, Régie des alcools, des courses et des jeux
Lyne Vézina, Société de l'assurance automobile du Québec
Stéphane Garon, Société des alcools du Québec

Membres du Comité stratégique de la Table interministérielle en dépendance*

Lyne Jobin, MSSS
Lynne Duguay, remplacée par Benoit Lefrançois, MSSS
Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois, MSSS
Guylaine Rioux, Loto-Québec
Christian Barrette, ministère de la Famille, Secrétariat aux aînés
Renée Madore, ministère de la Justice
Katia Petit, ministère de la Sécurité publique
Anne Desruisseaux, ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
Manon Lecours, ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire
Isabelle Mignault, ministère du Conseil exécutif, Secrétariat à la jeunesse
Patrick Brunelle, ministère du Conseil exécutif, Secrétariat aux affaires autochtones
Chantal Maltais, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
France Lessard, Régie des alcools, des courses et des jeux
Dave Leclerc, Société de l'assurance automobile du Québec

Membres du Comité Autochtones de la Table interministérielle en dépendance**

Lynne Duguay, MSSS
Martin Rhéaume, MSSS
Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois, MSSS
Céline Létourneau, MSSS
Louis Rousseau, MSSS
Mathilde Roy, MSSS

* En date de février 2018

** En date de septembre 2017

Keith Leclaire, CLSC Naskapi

Sophie Pelletier, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Vivianne Michel, Femmes Autochtones du Québec

Dave Forrest, Isuarsivk (Nunavik)

Armande Raphael, ministère de la Famille

Jacques Prigent, ministère de la Justice

Catherine Belley, ministère de la Sécurité publique

Christine Tremblay, ministère de la Sécurité publique

Loïc Di Marcantonio, ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

Julie Martel, ministère du Conseil exécutif, Secrétariat aux affaires autochtones

Hakima Touami, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

Michèle Perrier, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

Sonia Simard, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

Jacinthe Poulin, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec

Annie Baron, Saturviit

Membres du Comité consultatif de la Table interministérielle en dépendance

Serge Brochu, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire sur les dépendances

Martin Camiré, INESSS

Jean-Sébastien Fallu, Université de Montréal

Marie-Josée Fleury, Université McGill

Didier Jutras-Aswad, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Sylvia Kairouz, Université Concordia

Martin Lafortune, Maison L'Exode

Benoit Lefrançois, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Réal Morin, INSPQ

Louise Nadeau, Université McGill

Joël Tremblay, Université du Québec à Trois-Rivières

Partenaires intraministériels en dépendance

Lynne Duguay, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Benoit Lefrançois, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Patrice Boudreault, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Mélanie Houle, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Julie Leduc, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Sonia Morin, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Lise Guérard, Direction de la lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, MSSS

Richard Cloutier, Direction de la lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, MSSS

Martyne Charland, Direction de la planification de la main-d'œuvre salariée et médicale et du soutien au changement, MSSS

Marie-Eve Roy-Lemire, Direction de la planification de la main-d'œuvre salariée et médicale et du soutien au changement, MSSS

Lynda Fortin, Direction de la planification et des orientations stratégiques, MSSS

Caroline Boucher, Direction de la planification et des orientations stratégiques, MSSS

Frédéric Gagné, Direction de la planification et des orientations stratégiques, MSSS

Mathieu Langlois, Direction de la planification et des orientations stratégiques, MSSS

Manon St-Pierre, Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances, MSSS

Jacques L. Rhéaume, Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances, MSSS

André Delorme, Direction de la santé mentale, MSSS

Josée Lepage, Direction de la santé mentale, MSSS

Stéphanie Morin, Direction de la santé mentale, MSSS

Manon Duhamel, Direction de la santé mentale, MSSS

Julie Soucy, Direction de la surveillance de l'état de santé, MSSS

Hélène Lepage, Direction de la surveillance de l'état de santé, MSSS

Catherine Lefrançois, Direction de la surveillance de l'état de santé, MSSS

Sophie Bonneville, Direction de la surveillance de l'état de santé, MSSS

Harold Cote, Direction de l'évaluation, MSSS

Marie-Claude Brunet, Direction de l'évaluation, MSSS

Andréa Pelletier, Direction de l'évaluation, MSSS

Elsa Bernatchez, Direction de l'évaluation, MSSS

Rana Fara, Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés, MSSS

Martin Rhéaume, Direction des affaires autochtones, MSSS

Mathilde Roy, Direction des affaires autochtones, MSSS

Céline Létourneau, Direction des affaires autochtones, MSSS

Louis Rousseau, Direction des affaires autochtones, MSSS

Dominic Bélanger, Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament, MSSS
Danielle Benoît, Direction des orientations des services aux aînés, MSSS
Vincent Defoy, Direction des orientations des services aux aînés, MSSS
Marie-Hélène Hardy, Direction des orientations des services aux aînés, MSSS
Pascale Lemay, Direction des services aux jeunes et aux familles, MSSS
Marc Plamondon, Direction des services aux jeunes et aux familles, MSSS
Daniel Garneau, Direction des services en déficience et en réadaptation physique, MSSS
Bahar Tuncay, Direction des services en déficience et en réadaptation physique, MSSS
Mario Fréchette, Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires, MSSS
Carole Lecours, Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires, MSSS
Julie Rousseau, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, MSSS
Karina Côté, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, MSSS
André Dontigny, Direction générale adjointe de la prévention et de la promotion de la santé, MSSS
Antoine Groulx, Direction générale adjointe du bureau du sous-ministre associé et de l'organisation des services de première ligne intégrés, MSSS
Yovan Filion, Direction québécoise de la légalisation du cannabis, MSSS

Membres de la Table nationale de coordination santé mentale, dépendance et itinérance*

Claudie Deschênes, CISSS du Bas-Saint-Laurent
Julie Lavoie, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Patrick Duchesne, CIUSSS de la Capitale-Nationale
Maryse Turcotte, CHU de Québec – Université Laval
François Aumond, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) – Université Laval
Christine Laliberté, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Murray McDonald, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Julie Grenier, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Jason Champagne, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Jonathan Brière, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Thaddeus Rezanowicz, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Mario Jarquin, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
Najia Hachimi-Idrissi, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Huguette Bellerose, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

* En date de juin 2018

Antoinette Di Re, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
Catherine Hogue, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
Pierre Lamoureux, Institut de cardiologie de Montréal (ICM)
Jean-Sébastien Turcotte, Institut Philippe-Pinel de Montréal
Alain Godmaire, CISSS de l'Outaouais
Carole Charron, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue
Dyane Benoit, CISSS de la Côte-Nord
Caroline Sabourin, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
Sylvain Nadeau, CISSS de la Gaspésie
Alain Bourgeois, CISSS des Îles
Michel Laroche, CISSS de Chaudière-Appalaches
Carol Ladouceur, CISSS de Laval
Annie Plante, CISSS de Lanaudière
Majorick Bouchard, CISSS des Laurentides
Élisabeth Hamel, CISSS de la Montérégie-Est
Benoit Geneau, CISSS de la Montérégie-Centre
Donald Massicotte, CISSS de la Montérégie-Ouest
Michael O'Leary, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
Juliana Matoush Snowboy, Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

Consultation ciblée

Environ 60 organisations ont présenté des commentaires, lesquelles ont également consulté au-delà de 600 personnes et organisations, incluant des usagers, des membres de leur entourage et des organismes communautaires. Nous souhaitons remercier chacune de ces personnes et organisations pour leur contribution et la qualité des commentaires fournis. Cette démarche a permis de bonifier de manière importante le Plan d'action.

ANNEXE 2

Liste des orientations, objectifs et actions du Plan d'action

Orientation 1 : Le développement des capacités des personnes à faire des choix éclairés en matière de consommation de SPA, de pratique de JHA et d'utilisation d'Internet, et à en gérer les risques.		
Objectif 1.1. Fournir une information juste et crédible		
Actions	Responsables	Collaborateurs
1.1.1. Élaborer une stratégie interministérielle d'information et de sensibilisation quant aux risques associés à la consommation de SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation d'Internet.	MSSS	MEES, MTESS, SAAQ, Loto-Québec, SAQ, RACJ, SAJ, MSP et partenaires concernés
1.1.2. Mettre en place, sur une base annuelle, des activités de communication visant à informer et sensibiliser les jeunes et leurs parents à l'égard des risques associés à la consommation de SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation d'Internet.	MSSS	MEES, MTESS, SAAQ, MSP et partenaires concernés
1.1.3. Diffuser de l'information sur les risques associés à certains comportements, en tenant compte des phénomènes émergents : ▷ Cyberdépendance; ▷ Consommation à risque d'opioïdes; ▷ Consommation de cannabis; ▷ Consommation de SPA durant la grossesse et l'allaitement; ▷ Consommation de substances présentant plus de risques (les substances vendues sur le marché noir, les substances produites en établissement de détention, les dépoussiéreurs à clavier, etc.); ▷ Consommation lors d'événements festifs (rave, bal des finissants, festivals, etc.); ▷ Consommation d'alcool, notamment les risques pour la santé; ▷ Consommation de boisson à forte teneur en sucre et en alcool.	MSSS	MEES, MSP, MAMOT et partenaires concernés
1.1.4. Soutenir la promotion des lignes Drogue : aide et référence et Jeu : aide et référence.	MSSS	SAAQ, Loto-Québec et partenaires concernés
1.1.5. Poursuivre les efforts de sensibilisation auprès des joueurs dans les établissements de jeux, sur les plates-formes de jeux, dans les Kinzo, les bingos, chez les détaillants de loteries ainsi que dans le réseau de bars et de restaurants qui exploitent des ALV.	Loto-Québec	Partenaires concernés

Objectif 1.2. Améliorer les interventions et les programmes dans la perspective de prévenir les conséquences et de favoriser une meilleure gestion des risques auprès des personnes ciblées.		
Actions	Responsables	Collaborateurs
1.2.1. Documenter les services et les pratiques reconnues, dont le dépistage, pour les personnes atteintes du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale.	MSSS	MEES, MSP, MJQ et partenaires concernés
1.2.2. Mettre en œuvre un programme de prévention auprès des jeunes enfants de parents qui reçoivent des services de réadaptation en dépendance.	MSSS	Partenaires concernés
1.2.3. Bonifier les interventions portant sur la consommation de SPA, la pratique de JHA et l'utilisation d'Internet offertes aux jeunes hébergés dans les centres de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.	MSSS	Partenaires concernés
1.2.4. Promouvoir, dans les établissements de jeux de Loto-Québec, les services d'aide et de soutien offerts par les différents intervenants du réseau de la santé et des services sociaux auprès des clients qui s'excluent de ces établissements.	Loto-Québec	Partenaires concernés
1.2.5. Mettre en œuvre un programme pour prévenir la cyberdépendance.	MSSS	Partenaires concernés
Orientation 2: La création d'environnements favorables à une saine gestion de la consommation de SPA, de la pratique de JHA ou de l'utilisation d'Internet et à la réduction des méfaits associés.		
Objectif 2.1. Outiller les milieux de vie.		
Actions	Responsables	Collaborateurs
2.1.1. Soutenir les commissions scolaires et les établissements d'enseignement privés dans la mise en œuvre d'un protocole intersectoriel, dans le cadre des encadrements en vigueur et des collaborations existantes, pour intervenir auprès d'un jeune qui consomme ou qui a en sa possession une ou des SPA sur le territoire d'un établissement, favoriser la présence d'un tel protocole dans les établissements d'enseignement supérieur et informer les étudiants.	MEES	MSSS et partenaires concernés
2.1.2. Diffuser auprès des municipalités et des municipalités régionales de comté (MRC), les bonnes pratiques en matière d'aménagement et d'urbanisme, notamment à proximité des établissements d'enseignement, visant à réduire les risques et les conséquences liés à la consommation de SPA ou à la pratique de JHA.	MAMOT	MSSS et partenaires concernés
Objectif 2.2. Améliorer l'accès à des services préventifs et de réduction des méfaits, dans les milieux ciblés.		

Actions	Responsables	Collaborateurs
2.2.1. Consolider l'accès à la naloxone.	MSSS	MSP et partenaires concernés
2.2.2. Consolider l'offre de services d'injection supervisée et, au besoin, de centres de prévention des surdoses.	MSSS	MSP et partenaires concernés
Objectif 2.3. Soutenir les personnes qui travaillent dans les milieux ciblés.		
Actions	Responsables	Collaborateurs
2.3.1. Diffuser les pratiques reconnues en matière de prévention et de réduction des méfaits.	MSSS	MEES, MSP, MAMOT et partenaires concernés
2.3.2. Mettre à jour le guide de pratiques pour accompagner les familles rencontrées dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.	MSSS	Partenaires concernés
2.3.3. Favoriser l'acquisition et le maintien des connaissances et des compétences en matière de jeu responsable des employés de Loto-Québec au moyen de la formation continue.	Loto-Québec	Partenaires concernés
2.3.4. Informer les commerçants titulaires de licences d'appareils de loterie vidéo (ALV) sur les obligations à respecter en matière d'accessibilité et de visibilité des ALV.	RACJ	Partenaires concernés
2.3.5. Améliorer, de concert avec les ordres professionnels concernés, les pratiques médicales et pharmaceutiques concernant les opioïdes et le traitement de la douleur.	MSSS et ses partenaires concernés	Partenaires concernés
2.3.6. Sensibiliser les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et des organismes communautaires travaillant auprès des consommateurs d'opioïdes à la problématique des surdoses.	MSSS	Partenaires concernés
2.3.7. Diffuser les meilleures pratiques aux intervenants d'urgence, aux premiers répondants et aux agents policiers, afin de diminuer le risque d'exposition secondaire aux opioïdes.	MSSS	Partenaires concernés
Orientation 3: La bonification des politiques publiques favorisant la santé, la sécurité et le bien-être des personnes et des communautés.		

Objectif 3.1. Améliorer l'encadrement de l'accessibilité physique, économique et légale des SPA et des JHA.		
Actions	Responsables	Collaborateurs
3.1.1. Mettre en œuvre une stratégie nationale intégrée en matière de SPA et de JHA.	MSSS	MSP, MJQ, SAAQ, MFQ, Loto-Québec, SAQ, RACJ, MEES, MTESS et partenaires concernés
3.1.2. Inclure systématiquement le risque d'abus et de dépendance dans l'identification et l'analyse des classes de médicaments.	MSSS	Partenaires concernés
3.1.3. Assurer le respect des obligations du titulaire d'une licence d'ALV en inspectant régulièrement les sites des exploitants d'appareils de loterie vidéo.	RACJ	Partenaires concernés
3.1.4. Effectuer les actions prévues dans le Plan d'action du réseau des ALV, qui vise la reconfiguration du réseau, le resserrement de son encadrement et le renforcement des mesures de jeu responsable.	Loto-Québec	Partenaires concernés
3.1.5. Mettre en œuvre des mesures alternatives aux sanctions pénales en lien avec les substances psychoactives licites.	MJQ	MSSS et partenaires concernés
3.1.6. Poursuivre la répression de la production et de la distribution des SPA offertes sur le marché noir.	MSP	Partenaires concernés
3.1.7. Poursuivre la répression de l'offre illégale de JHA.	MSP	Partenaires concernés
Orientation 4 : Une offre de services accessibles, de qualité et continus aux jeunes et aux adultes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance ainsi qu'à leur entourage.		
Objectif 4.1. Intensifier la détection, incluant le repérage, auprès des personnes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance, dans les milieux ciblés.		
Actions	Responsables	Collaborateurs
4.1.1. Valider les outils de repérage et de détection.	MSSS	Partenaires concernés
4.1.2. Mettre en œuvre, dans toutes les régions du Québec, des trajectoires de services en matière de repérage, de détection et d'orientation vers les services appropriés.	MSSS	MEES, MTESS, MSP, MJQ et partenaires concernés

Actions	Responsables	Collaborateurs
4.1.3. Intensifier la détection auprès des jeunes à risque dans les milieux qu'ils fréquentent (les milieux scolaires, les services de réadaptation pour jeunes en difficulté et les services en santé mentale, particulièrement les services pour premier épisode psychotique).	MSSS	MEES, MTESS et partenaires concernés
4.1.4. Planifier et mettre en œuvre des services cliniques et préventifs intégrés adaptés aux jeunes et à leur famille, incluant des services préventifs et d'intervention relatifs à l'usage de SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation d'Internet.	MSSS	MEES et partenaires concernés
4.1.5. Outiller le personnel des services correctionnels dans son approche auprès des personnes présentant une problématique relative à la consommation de SPA ou à la pratique de JHA pour lui permettre de les repérer plus efficacement afin de les référer vers les services appropriés.	MSP	MSSS et partenaires concernés
4.1.6. Sensibiliser le personnel des CLE afin de l'outiller dans son approche auprès des personnes présentant une problématique relative à la consommation de SPA, à la pratique de JHA ou à l'utilisation d'Internet pour lui permettre de les détecter plus efficacement afin de les référer vers les services appropriés.	MTESS	MSSS et partenaires concernés
Objectif 4.2. Intensifier l'intervention précoce auprès des personnes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance, dans les milieux ciblés.		
Actions	Responsables	Collaborateurs
4.2.1. Recenser et promouvoir les critères d'efficacité reconnus en intervention précoce auprès des jeunes présentant des comportements à risque.	MSSS	Partenaires concernés
4.2.2. Mettre à jour le programme Alcochoix+ et améliorer son accessibilité.	MSSS	Partenaires concernés
4.2.3. Mettre en œuvre des programmes d'intervention précoce s'adressant aux personnes présentant des comportements à risque relatifs à la consommation de cannabis, d'autres SPA, à la pratique de JHA et à l'utilisation d'Internet.	MSSS	Partenaires concernés
Objectif 4.3. Assurer aux personnes qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance l'intensité de services requise par leur situation en matière de traitement externe ou avec hébergement.		
Actions	Responsables	Collaborateurs
4.3.1. Mettre en œuvre une procédure harmonisée d'évaluation spécialisée adaptée à la diversité des besoins présentés par les jeunes et les adultes, incluant l'utilisation problématique d'Internet.	MSSS	Partenaires concernés

Actions	Responsables	Collaborateurs
4.3.2. Mettre en œuvre, dans toutes les régions du Québec, des services en dépendance répondant aux besoins spécifiques des jeunes.	MSSS	Partenaires concernés
4.3.3. Mettre en œuvre des services externes intensifs.	MSSS	Partenaires concernés
4.3.4. Mettre en œuvre un programme de réadaptation pour les personnes répondant aux critères d'un TJHA.	MSSS	Partenaires concernés
4.3.5. Mettre en œuvre des initiatives concertées de traitement socio-judiciaire de la dépendance, en fonction des ressources disponibles.	MJQ	MSSS, MSP, MTESS et partenaires concernés
4.3.6. Mettre en œuvre des trajectoires régionales de services, en partenariat avec les établissements de détention concernés, pour répondre aux besoins des personnes dont la condition nécessite des services de réadaptation.	MSSS MSP	Partenaires concernés
4.3.7. Mettre en œuvre, dans toutes les régions du Québec, des modèles probants d'organisation de services adaptés à la concomitance des troubles mentaux et de TUS.	MSSS	Partenaires concernés
4.3.8. Mettre en œuvre des services qui répondent aux réalités et aux besoins des usagers présentant des problèmes de consommation au long cours.	MSSS	MEES, MTESS, MSP, MJQ et partenaires concernés
4.3.9. Mettre en œuvre, dans toutes les régions du Québec, des trajectoires de services répondant aux besoins des personnes présentant des problèmes de santé chronique concomitants.	MSSS	Partenaires concernés
4.3.10. Mettre en œuvre un programme de réadaptation pour les personnes aux prises avec un problème de cyberdépendance.	MSSS	Partenaires concernés
Objectif 4.4. Assurer l'accès à des services de gestion de l'intoxication et de gestion du sevrage harmonisés répondant aux besoins des usagers.		
Actions	Responsables	Collaborateurs
4.4.1. Mettre en œuvre des outils d'estimation des risques liés à l'intoxication et au sevrage.	MSSS	Partenaires concernés
4.4.2. Mettre en œuvre, dans toutes les régions du Québec, des trajectoires de services de gestion de l'intoxication et de gestion du sevrage.	MSSS	MSP et partenaires concernés
4.4.3. Informer les policières et les policiers sur les problèmes de dépendance et les méthodes d'intervention à privilégier auprès des personnes intoxiquées.	MSP	MSSS et partenaires concernés

Objectif 4.5. Assurer l'accès à des services intégrés et adaptés aux personnes ayant besoin d'un traitement pour un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO) avec une médication de substitution.

Actions	Responsables	Collaborateurs
4.5.1. Améliorer, de concert avec les ordres professionnels concernés, l'accès aux services pour les personnes ayant besoin d'un traitement pour un TUO avec une médication.	MSSS	MSP et partenaires concernés
4.5.2. Diffuser, de concert avec les ordres professionnels concernés, un guide de pratique sur la mise en œuvre de services à bas seuil d'exigence en traitement des TUO.	MSSS et partenaires concernés	Partenaires concernés
4.5.3. Diffuser, de concert avec les ordres professionnels concernés, un guide de pratique sur la prise en charge médicale des TUO dans les services de désintoxication interne des centres de réadaptation en dépendance du Québec.	MSSS et partenaires concernés	Partenaires concernés
4.5.4. Poursuivre le déploiement de la formation interdisciplinaire sur le traitement des TUO.	MSSS	Partenaires concernés

Objectif 4.6. Assurer la complémentarité des services de réinsertion sociale et professionnelle.

Actions	Responsables	Collaborateurs
4.6.1. Élaborer et mettre en œuvre, dans toutes les régions du Québec, des trajectoires de services en matière de réinsertion sociale.	MSSS	MEES, MTESS, MSP, MJQ et partenaires concernés
4.6.2. Favoriser l'emploi à bas seuil chez les jeunes en situation de précarité sociale.	MSSS	Partenaires concernés

Objectif 4.7. Prévenir les conséquences liées aux situations de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos et les salons de jeux.

Actions	Responsables	Collaborateurs
4.7.1. Actualiser les protocoles d'entente entre les établissements de jeux et le réseau de la santé et des services sociaux quant aux services d'intervention de crise destinés aux joueurs en difficulté.	Loto-Québec	MSSS et partenaires concernés

Objectif 4.8. Assurer l'arrimage entre les services du réseau public et ceux des RHD.

Actions	Responsables	Collaborateurs
4.8.1. Élaborer et mettre en œuvre des trajectoires de services favorisant la collaboration entre le réseau public et les RHD.	MSSS	Partenaires concernés

Orientation 5: L'innovation, le développement et le transfert des connaissances relatives à la consommation de SPA, à la pratique de JHA, à l'utilisation d'Internet et aux phénomènes qui y sont associés.

Objectif 5.1. Surveiller les comportements de consommation de SPA, de pratique de JHA, d'utilisation d'Internet et les phénomènes qui y sont associés.

Actions	Responsables	Collaborateurs
5.1.1. Assurer le suivi des comportements, des états de santé et des méfaits liés à la consommation de SPA, à la pratique de JHA, à l'utilisation d'Internet, rendre disponibles les informations qui en découlent et favoriser leur appropriation auprès des acteurs concernés.	MSSS	Partenaires concernés
5.1.2. Assurer une vigie et une surveillance afin de soutenir les autorités de santé publique pour prévenir les surdoses d'opioïdes.	MSSS	Partenaires concernés

Objectif 5.2. Favoriser l'innovation, le développement des connaissances et le transfert des connaissances relatives à la consommation de SPA, à la pratique de JHA, à l'utilisation d'Internet et aux phénomènes associés afin d'améliorer les soins et les services.

Actions	Responsables	Collaborateurs
5.2.1. Réaliser des recherches documentant des thématiques ciblées en impliquant des acteurs travaillant au sein de réseaux concernés par ces thématiques.	MSSS	Loto-Québec, MJQ, MSP, MEES, SAA, MTESS, RACJ, SAAQ et partenaires concernés
5.2.2. Concevoir et mettre à jour des outils d'évaluation et d'intervention en soutien aux pratiques.	MSSS	Loto-Québec, MJQ, MSP, MEES, SAA, MTESS, RACJ, SAAQ et partenaires concernés
5.2.3. Réaliser des activités de transfert des connaissances en impliquant des acteurs travaillant au sein de réseaux concernés par les thématiques ciblées.	MSSS	Loto-Québec, MJQ, MSP, MEES, SAA, MTESS, RACJ, SAAQ et partenaires concernés
5.2.4. Assurer la complémentarité entre les milieux de la recherche au sein des établissements et des organismes-conseils.	MSSS	Partenaires concernés

Orientation 6: Le développement et le soutien de l'expertise clinique des intervenants qui travaillent auprès des personnes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance.

Objectif 6.1. Poursuivre le développement des compétences des intervenants.

Actions	Responsables	Collaborateurs
6.1.1. Concevoir et mettre à jour des programmes de formation en soutien à la mise en œuvre du continuum de services en dépendance.	MSSS	Partenaires concernés
6.1.2. Diffuser les programmes de formation continue en soutien à la mise en œuvre du programme-services Dépendance.	MSSS	Partenaires concernés
6.1.3. Soutenir l'intégration des nouvelles connaissances aux pratiques cliniques.	MSSS	Partenaires concernés

Objectif 6.2. Favoriser la collaboration interprofessionnelle et le soutien clinique dans les établissements.

Actions	Responsables	Collaborateurs
6.2.1. Mettre en œuvre des pratiques reconnues en matière de soutien clinique dans les établissements.	MSSS	Partenaires concernés
6.2.2. Soutenir la mise en place de la fonction de professionnel répondant en dépendance dans tous les RTS.	MSSS	Partenaires concernés
6.2.3. Poursuivre la mise en œuvre de la communauté de pratiques médicale en dépendance.	MSSS	Partenaires concernés

Orientation 7: La prévention, la réduction et le traitement des conséquences liées à la consommation de SPA et à la pratique de JHA de manière à respecter les réalités des communautés des Premières Nations et des Inuits.

Les actions sont inscrites au Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits 2017-2022.

ANNEXE 3

Les standards de mise en œuvre du programme-services Dépendance

Dans le cadre de ce Plan d'action, les standards de mise en œuvre des services font référence aux attentes signifiées aux établissements concernés du RSSS au regard des différents volets du programme-services Dépendance, relativement à l'accessibilité, à la qualité et à la continuité des services.

Au même titre que l'ensemble des actions proposées dans le Plan d'action, ces standards de mise en œuvre du programme-services Dépendance feront l'objet d'un contrôle dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du Plan d'action. Il est toutefois à noter que, dans le cas où la collaboration de partenaires intersectoriels est souhaitée pour répondre à un standard et que cette collaboration a été convenue avec ces partenaires, certains standards ont été traduits en actions, de sorte que les engagements soient suivis dans le cadre de ce Plan d'action.

L'accessibilité

L'accessibilité aux services suppose qu'on fournisse les soins et les services requis à l'endroit et au moment opportun, mais également qu'on assure un accès équitable à ceux-ci, en fonction des seuls besoins des usagers sans égard à des caractéristiques personnelles (revenu, éducation, lieu de résidence, etc.).

Rappelons à cet effet que les principes du *Outreach* (rejoindre les personnes là où elles se trouvent, dans leur milieu de vie) et du *No wrong door* (toutes les portes d'entrée sont bonnes et pertinentes pour accueillir une demande d'aide) sont réaffirmés pour favoriser l'accessibilité aux services en temps opportun, l'adhésion et la rétention des usagers dans les services.

Bien qu'ils soient habituellement ancrés dans les valeurs des intervenants familiers avec le champ des dépendances, ces principes peuvent constituer un défi en matière d'organisation de services, notamment dans les établissements publics. En ce sens, le programme-services Dépendance doit faire preuve de souplesse, être adapté aux besoins des usagers et permettre de rejoindre autant les jeunes que les adultes, et ce, dans une diversité de milieux déjà fréquentés par ceux-ci. Pour le RSSS, cela signifie, entre autres, que les services peuvent être accessibles de manière à favoriser les soins de collaboration, autant entre les missions et programmes-services des établissements qu'auprès des partenaires des réseaux territoriaux de services.

La qualité

La qualité des soins et services implique que ceux-ci soient efficaces et sécuritaires, qu'ils puissent s'adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers et qu'ils puissent être offerts de manière coordonnée et intégrée (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012a). La qualité des services suppose également que les divers intervenants agissant auprès des personnes disposent de la formation et de l'accompagnement requis sur le plan clinique. Le maintien et le développement d'un programme-services Dépendance doit s'inscrire dans une perspective

innovante, reposant sur l'évolution des données probantes et prometteuses. L'utilisation de modèles prévisionnels de l'utilisation des services (requis de services), autant chez les jeunes que les adultes, constitue d'ailleurs une balise importante qui contribuera à une coordination optimisée des services permettant leur organisation en cohérence avec les besoins de la population.

La mise en œuvre et la consolidation de pratiques de qualité impliquent également que les connaissances relatives aux meilleures pratiques cliniques et de gestion puissent circuler au sein du personnel du réseau afin de lui offrir un soutien optimal dans ses fonctions.

La continuité des services

La continuité des services fait référence, pour l'utilisateur, à un passage sans rupture entre les différents niveaux de services et entre les différentes organisations partageant la responsabilité de la prestation de services (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). Elle est basée sur une relation de confiance qui permet d'intégrer la gestion des problématiques complexes dans l'environnement général de la personne.

Pour les établissements, la continuité des services implique les responsabilités suivantes :

- ▶ Prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes en vue d'assurer la continuité entre les différents épisodes de soins et d'interventions requis à l'intérieur du RSSS, et ce, plus spécifiquement pour les personnes ayant des besoins particuliers et plus complexes;
- ▶ Définir et mettre en place des mécanismes de référence et des mécanismes de transfert entre les dispensateurs de services;
- ▶ Instaurer la démarche, mettre en place des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents dispensateurs de services, qui préciseront les responsabilités réciproques en vue d'améliorer la continuité des services en fonction de résultats ciblés.

La section suivante vise à définir, sous la forme de fiches, les différents services du programme-services Dépendance. On y précise également les rôles et les responsabilités des établissements du RSSS au regard de l'organisation des services en dépendance en fonction des différents standards d'accessibilité, de qualité et de continuité attendus.

FICHE 1

La détection et l'orientation vers des services appropriés

Responsabilité : CISSS et CIUSSS

Description du service

La planification stratégique 2015-2020 du MSSS prévoit que toutes les régions du Québec intensifient l'offre de services en dépendance, notamment par l'augmentation du taux d'implantation des services de détection auprès de la population de leur réseau territorial de services (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a). Parce qu'ils représentent un moyen privilégié de rejoindre les personnes dans les différents milieux qu'elles fréquentent, ces services constituent la principale porte d'entrée du programme-services Dépendance.

Les CISSS et les CIUSSS doivent s'assurer que ces services sont accessibles par l'entremise des services sociaux généraux et des autres services spécifiques relevant de la mission CLSC. En poursuivant l'objectif de rejoindre les usagers là où ils se trouvent, les services de détection sont également rendus accessibles dans les milieux considérés comme privilégiés au sein du RTS. En ce sens, il est attendu que la détection puisse être effectuée auprès des personnes suivies par d'autres programmes-services des CISSS et des CIUSSS, d'autres établissements du RSSS ainsi que par tout autre partenaire intersectoriel concerné au sein du RTS (organismes communautaires, milieux scolaires, médecins, pharmaciens, etc.).

Les services de détection sont réalisés avec l'appui d'outils validés et standardisés correspondant à deux intensités d'intervention. D'une part, des outils de repérage comportant quelques questions brèves permettent, lorsque c'est opportun, de soutenir l'intervenant dans l'identification, auprès de la personne, de préoccupations liées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent ou à l'utilisation d'Internet. Les outils de détection, plus détaillés tout en demeurant brefs, visent à reconnaître les signes et les symptômes suggérant la présence, ou non, de comportements à risque ou répondant aux critères d'un TUS, d'un TJHA ou d'une cyberdépendance. Ils permettent d'orienter la personne vers le niveau de service approprié et de fournir les éléments nécessaires à l'établissement d'un plan d'intervention lorsque la personne est orientée vers les services de proximité. En plus de permettre d'orienter les personnes vers les services répondant à leurs besoins, ce service constitue, pour les intervenants, une opportunité d'établir un lien de confiance auprès des usagers et de susciter la motivation au changement.

Pour les personnes présentant des comportements à risque, une orientation vers des services d'intervention précoce peut être effectuée. Les personnes pour lesquelles on détecte des comportements suggérant la présence d'un TUS, d'un TJHA ou d'une cyberdépendance sont orientées vers les services d'évaluation spécialisée en dépendance. Dans l'éventualité où la personne refuse une orientation requise vers les services spécialisés en dépendance, l'intervenant lui propose d'aller vers les services d'intervention précoce pour amorcer une démarche visant un soutien sur le plan motivationnel en vue de favoriser l'adhésion à l'orientation requise et de favoriser

la réduction des conséquences liées aux habitudes visées. Les intervenants ont également la responsabilité d'orienter la personne vers tout autre service pertinent visant à répondre aux besoins jugés prioritaires (vers des services médicaux par exemple). L'orientation vise le juste appariement entre les besoins des usagers et les services offerts par le réseau public, ceux-ci étant offerts gratuitement (Éditeur officiel du Québec, 2017, 1^{er} octobre) et conformément au principe d'accessibilité universelle.

Au Québec, le RSSS peut compter sur l'expertise complémentaire du réseau des ressources certifiées communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance et de plusieurs organismes communautaires. Dans l'éventualité où un usager ne souhaite pas se prévaloir des services publics, notamment ceux requérant de l'hébergement en dépendance, l'intervenant du CISSS ou du CIUSSS a la responsabilité de l'informer des autres options disponibles (Éditeur officiel du Québec, 2017, 1^{er} octobre) et de l'accompagner afin qu'il puisse recevoir un service répondant à ses besoins sur la base d'un choix éclairé.

OBJECTIFS :

- ▶ Détecter les personnes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance;
- ▶ Orienter²⁰ et référer²¹ la personne vers les services adaptés à ses besoins;
- ▶ Intervenir rapidement pour prévenir, réduire et traiter les problèmes associés à la consommation de SPA, à la pratique de JHA ou à l'utilisation d'Internet.

CLIENTÈLE VISÉE :

Les jeunes et les adultes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance.

Standards de pratique

ACCESSIBILITÉ :

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS s'assure que les services de repérage, de détection et d'orientation sont accessibles à toute la population de son territoire;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS s'assure que des services de repérage, de détection et d'orientation vers les services appropriés sont accessibles de manière transversale au sein de ses programmes-services;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS s'assure que les services de repérage, de détection et d'orientation vers les services appropriés sont accessibles dans des milieux privilégiés, déterminés en collaboration avec les partenaires du réseau territorial de services.

20. «L'orientation sert à explorer avec la personne des stratégies d'aide appropriées et des pistes de solution en fonction de sa situation et de ses besoins et à répondre à ses questions. L'orientation consiste aussi à lui fournir l'information factuelle nécessaire sur les services disponibles au sein [de l'établissement], dans la communauté ou dans tout autre établissement sociosanitaire lorsque le recours à ces services est jugé approprié. » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013)

21. «La référence est une mesure personnalisée consistant à procéder à une recommandation directe de la personne auprès du service le plus apte à l'aider à résoudre les difficultés avec lesquelles elle est aux prises. Elle est réalisée au moyen d'un document papier ou électronique ou d'une communication téléphonique » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013).

QUALITÉ:

- ▶ Utilisation d'outils de détection reconnus, validés et standardisés, tels que les suivants : DEP-ADO (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec, 2016), DÉBA-Jeu (Tremblay, Blanchette-Martin, Ferland, Ménard et Berthelot, 2017) ou DÉBA Alcool/Drogues (Tremblay, Rouillard et Sirois, 2000a; 2000b);
- ▶ Formation initiale et continue permettant aux intervenants des services généraux et spécifiques du CISSS ou CIUOSS et aux partenaires concernés du réseau territorial de services d'acquérir et de parfaire leurs compétences en matière de repérage, de détection, d'intervention motivationnelle et d'orientation vers les services appropriés;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUOSS s'assure que des services d'expertise-conseil et de soutien à la mise en œuvre du continuum de services en dépendance sont disponibles pour l'ensemble des programmes-services et auprès des partenaires concernés du réseau territorial de services.

CONTINUITÉ:

- ▶ Chaque CISSS ou CIUOSS élabore un modèle d'organisation de services précisant les rôles et responsabilités des programmes-services du CISSS ou CIUOSS et des partenaires intersectoriels concernés en matière de repérage, de détection et d'orientation vers les services appropriés;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUOSS convient d'ententes de collaboration entre le CISSS ou le CIUOSS et les partenaires intersectoriels concernés en matière de détection.

FICHE 2

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

Responsabilité : CISSS et CIUSSS

Description du service

La planification stratégique 2015-2020 du MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016) prévoit que toutes les régions du Québec intensifient l'offre de services en dépendance, notamment par l'augmentation du taux d'implantation des services d'intervention précoce auprès de la population de leur réseau territorial de services. L'intervention précoce constitue une opportunité de prévenir la détérioration de la condition des personnes, de réduire les conséquences associées au maintien de leurs comportements à risque et de susciter la motivation au changement.

Les CISSS et les CIUSSS ont la responsabilité d'assurer l'accessibilité à ces services de manière à intervenir rapidement auprès des personnes chez qui des comportements à risque liés à l'usage de substances, à la pratique de jeux de hasard et d'argent ou à l'utilisation d'Internet ont été détectés. Les services sont offerts dans les locaux de l'établissement et, selon les trajectoires convenues et la disponibilité des ressources, dans les installations de partenaires constituant des milieux privilégiés pour rejoindre les usagers dans le réseau territorial de services.

Dans les CISSS et les CIUSSS, l'intervention précoce se réalise généralement à travers des programmes structurés d'aide et de soutien individuel, familial ou de groupe, offerts aux jeunes et aux adultes. L'intervention est offerte par des intervenants formés sous la forme de counseling, d'interventions brèves visant la consommation contrôlée et suscitant la réflexion quant aux motivations à apporter des changements aux habitudes de consommation, de jeu de hasard et d'argent ou d'utilisation d'Internet considérées comme étant préoccupantes ou problématiques.

L'intervention motivationnelle constitue également une composante importante de l'intervention précoce et favorise la réflexion et la mobilisation des personnes présentant des comportements à risque, incluant ceux qui refusent une orientation vers les services de réadaptation en dépendance. Compte tenu de la transversalité de son application, la composante motivationnelle de l'intervention précoce a la particularité de pouvoir être offerte par des intervenants formés et rattachés aux missions et aux programmes-services jugés pertinents au sein du CISSS ou du CIUSSS.

Par ailleurs, en fonction des besoins constatés au sein d'un réseau territorial de services par le CISSS ou le CIUSSS, des modalités d'organisation de services retenues et des ressources disponibles, des partenaires pourraient également être mis à contribution dans l'accompagnement motivationnel offert à des personnes dans des milieux privilégiés (organismes communautaires, milieux scolaires, médecins, pharmaciens, etc.).

OBJECTIFS :

- ▶ Permettre aux personnes ayant des préoccupations liées à l'utilisation de SPA, d'Internet ou à la pratique de JHA d'obtenir l'aide appropriée pour les soutenir dans leur réflexion, les outiller en vue d'amorcer un changement d'habitudes répondant à leur besoin et, le cas échéant, les orienter vers le service approprié;
- ▶ Permettre aux personnes de réduire les conséquences liées à l'utilisation de SPA, d'Internet ou à la pratique de JHA.

CLIENTÈLE VISÉE :

Les jeunes et les adultes qui présentent des comportements à risque liés à la consommation de SPA, à la pratique de JHA ou à l'utilisation d'Internet.

Dans l'éventualité où la personne refuse une orientation requise vers les services de réadaptation en dépendance, l'intervenant peut également lui proposer une orientation vers les services d'intervention précoce pour amorcer une démarche visant la réduction des conséquences liées aux habitudes visées ou pour apporter un soutien sur le plan motivationnel en vue de favoriser l'adhésion à l'orientation requise.

Standards de pratique

ACCESSIBILITÉ :

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS s'assure que les services d'intervention précoce sont accessibles à toute la population de son territoire;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS s'assure que des services d'intervention précoce sont accessibles de manière transversale au sein des programmes-services;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS s'assure que les services d'intervention précoce sont accessibles dans des milieux privilégiés, déterminés en collaboration avec les partenaires du réseau territorial de services.

QUALITÉ :

- ▶ Des approches et des programmes d'intervention brève reconnus sont déterminés pour l'accompagnement des personnes ayant des préoccupations liées à la consommation d'alcool, de cannabis, d'autres substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent ou à l'utilisation d'Internet;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS s'assure que les services font l'objet d'un plan d'intervention élaboré en collaboration avec la personne qui les reçoit ou, le cas échéant, d'un plan de services individualisé élaboré avec les partenaires concernés;
- ▶ Formation initiale et continue permettant aux intervenants des services généraux et spécifiques concernés d'acquérir et de parfaire leurs compétences en matière d'intervention précoce;

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS s'assure que des services d'expertise-conseil et de soutien à la mise en œuvre du continuum de services en dépendance sont disponibles pour l'ensemble des programmes-services ainsi qu'auprès des partenaires concernés du réseau territorial de services.

CONTINUITÉ :

- ▶ Élaboration d'un modèle d'organisation de services précisant les rôles et responsabilités des programmes-services du CISSS ou du CIUSSS et des partenaires intersectoriels concernés en matière d'intervention précoce;
- ▶ Ententes de collaboration entre le CISSS ou le CIUSSS et les partenaires concernés du réseau territorial de services en matière d'intervention précoce, et respect de celles-ci.

FICHE 3

L'évaluation spécialisée

Responsabilité : CISSS et CIUSSS

Description du service

L'évaluation spécialisée en dépendance permet d'établir la gravité de la consommation ou des comportements d'une personne qui répond aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présente un problème de cyberdépendance et permet une orientation correspondant aux services de réadaptation de diverses intensités offerts par le programme-services Dépendance. Elle s'effectue à l'aide d'outils validés et standardisés et les résultats produits deviennent la matrice servant à l'établissement du plan d'intervention de l'usager. Cette évaluation tient compte des différentes sphères de vie de la personne, telles que le contexte de l'usage de substances ou de pratique de jeux de hasard et d'argent, l'état de santé physique, l'état psychologique, le contexte relationnel, social et familial, la situation scolaire ou l'emploi, les ressources, la situation judiciaire, etc.

Les CISSS et les CIUSSS ont la responsabilité d'assurer l'accessibilité à ce service dans les délais prescrits et de manière à assurer un parcours simplifié pour les personnes chez qui un besoin de services de réadaptation en dépendance a été constaté. En ce sens, il est attendu que l'évaluation spécialisée soit offerte dans le cadre de la mission CRD des établissements, dans toutes les installations jugées pertinentes. À titre d'exemple, des équipes de liaison spécialisées en dépendance relevant de la mission CRD des CISSS et des CIUSSS ont été, depuis 2007, déployées dans près d'une trentaine d'urgences hospitalières au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). En plus de permettre de rejoindre des personnes dans un milieu privilégié, cette composante du programme régional d'évaluation spécialisée s'inscrit en cohérence avec l'intégration des services souhaitée par la nouvelle gouvernance du réseau.

Par ailleurs, en fonction des besoins déterminés par le CISSS ou le CIUSSS, des modalités d'organisation de services retenues et des ressources disponibles, les services d'évaluation spécialisée pourraient être rendus accessibles dans les milieux considérés comme privilégiés, déterminés en collaboration avec les partenaires du réseau territorial de services.

Au terme de l'évaluation spécialisée, le CISSS ou le CIUSSS a la responsabilité d'informer les personnes à propos des services publics susceptibles de répondre à leurs besoins. Afin de favoriser l'adhésion aux services et la rétention des personnes, des services peuvent également être proposés aux personnes ayant fait une demande et qui sont exposées à certains délais avant de pouvoir compléter leur évaluation ou de recevoir le service jugé requis.

Dans l'éventualité où une personne souhaiterait spécifiquement se prévaloir des services d'une ressource communautaire ou privée offrant de l'hébergement en dépendance, le CISSS ou le CIUSSS a la responsabilité de transmettre les informations pertinentes et d'accompagner la personne afin qu'elle puisse recevoir un service répondant à ses besoins (Éditeur officiel du Québec, 2017, 1^{er} octobre).

OBJECTIFS :

- ▶ Assurer l'adéquation entre les besoins des personnes et les diverses intensités et modalités de services de réadaptation offerts dans le programme-services Dépendance;
- ▶ Assurer, dans les délais prescrits, l'accès aux services requis par la condition des personnes;
- ▶ Favoriser la mobilisation des personnes jusqu'à ce qu'elles bénéficient du service de réadaptation requis par leur condition.

CLIENTÈLE VISÉE :

Les jeunes et les adultes orientés vers un programme régional d'évaluation spécialisée et qui sont susceptibles de correspondre aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou de présenter un problème de cyberdépendance.

Pour assurer la sécurité des nourrissons et des enfants en bas âge, les femmes enceintes, les mères et les pères de jeunes enfants, ainsi que leur conjoint ou conjointe, seront évalués de manière prioritaire.

Standards de pratique

ACCESSIBILITÉ :

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS dispose d'un programme régional d'évaluation spécialisée en dépendance pour les jeunes et les adultes;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS s'assure de respecter les délais prescrits pour amorcer l'évaluation spécialisée et orienter l'utilisateur vers le service requis.

QUALITÉ :

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS utilise des outils d'évaluation spécialisée en dépendance reconnus et standardisés;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS s'assure que les services font l'objet d'un plan d'intervention élaboré en collaboration avec la personne qui les reçoit ou, le cas échéant, d'un plan de services individualisé élaboré avec les partenaires concernés;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS offre de la formation continue aux intervenants responsables de l'évaluation spécialisée;
- ▶ Mise en place de modalités cliniques favorisant l'adhésion et la rétention des personnes en attente du service de réadaptation requis par leur situation.

CONTINUITÉ :

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS conclut d'ententes de services ou de partenariat avec les partenaires concernés du réseau territorial de services;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS conclut des modalités de collaboration avec les ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance de manière à répondre aux besoins de la population du réseau territorial de services.

FICHE 4

La gestion de l'intoxication et du sevrage

Responsabilité : CISSS, CIUSSS et centres hospitaliers non fusionnés

Description du service

Les services de gestion de l'intoxication et de gestion du sevrage constituent une porte d'entrée du RSSS pour un nombre important de personnes qui présentent des comportements à risque ou qui répondent aux critères d'un TUS. En cohérence avec la typologie de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM) (Mee-lee, 2013), ces services, historiquement regroupés sous les vocables «services de dégrisement et services de désintoxication», se déclinent sous la forme d'un continuum allant de la gestion de l'intoxication à la gestion du sevrage de diverses intensités et durées.

L'accessibilité à ces services repose sur un partage de responsabilités entre les services des missions CLSC, CRD et CH des CISSS et CIUSSS, des établissements non fusionnés détenant une mission de centre hospitalier, en partenariat avec les cliniques médicales et les ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (Éditeur officiel du Québec, 2017, 1^{er} septembre)²² concernées au sein du réseau territorial de services. Dans ce contexte, les CISSS et CIUSSS ont la responsabilité de s'assurer que la population de leur territoire a accès aux services de gestion de l'intoxication et de gestion du sevrage adaptés à leur condition, et ce, toujours en assurant un parcours fluide, simplifié et sécuritaire pour l'utilisateur.

En cohérence avec une conceptualisation intégrée des services en dépendance, les services liés à la gestion d'un état d'intoxication et ceux liés à la gestion d'un sevrage de SPA sont présentés ci-après de manière consécutive et complémentaire. Ceux-ci comprennent l'ensemble des activités de nature psychosociale et médicale associées aux diverses intensités de services en matière de gestion de l'intoxication et du sevrage.

1. Les services de gestion de l'intoxication

Responsabilité : CISSS, CIUSSS et centres hospitaliers non fusionnés

L'intoxication se présente comme «un effet [des substances psychoactives] qui perturbe une ou plusieurs fonctions organiques, indépendamment du degré d'intoxication. Il existe quatre niveaux d'intoxication : léger, modéré, sévère et mortel. On distingue aussi l'intoxication aiguë (ponctuelle) et l'intoxication chronique (prolongée) » (Léonard et Amar, 2002, p. 850-851).

22. Les services pouvant être offerts par les RHD sont balisés en vertu du Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance.

La récupération à la suite d'une intoxication (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2016) (*sobering* en anglais, souvent traduit par «dégrisement») survient à partir du moment où une personne cesse de consommer des substances psychoactives. Il se produit alors une élimination progressive de ces substances de l'organisme et la récupération concerne cette période d'élimination. Au cours de celle-ci, pour certaines personnes, des symptômes de sevrage peuvent survenir, et leur sévérité dépendra de l'histoire de consommation de la personne et de la nature de l'intoxication qui l'a précédée.

Les services de gestion de l'intoxication désignent le processus d'aide offert à la personne pour s'assurer que le processus se déroule de façon sécuritaire tout en lui proposant des choix par rapport à la démarche qu'elle voudra poursuivre (à titre d'exemple : cheminement vers des services de désintoxication pour gérer le sevrage subséquent, d'intervention précoce ou de réadaptation).

Étant donné que les personnes en état d'intoxication sont susceptibles de se présenter à diverses portes d'entrée (urgences, services de police, refuges, RHD, etc.) et considérant les risques de détérioration de leur santé physique, les CISSS et les CIUSSS doivent s'assurer que des trajectoires adaptées sont mises en place, notamment par une utilisation optimale des lits, de sorte à répondre adéquatement au besoin de ces personnes au sein de leur RTS.

2. Les services de gestion du sevrage

Le sevrage est, par définition, le processus métabolique par lequel des substances toxiques sont éliminées de l'organisme. Selon l'American Society of Addiction Medicine (ASAM) (Mee-Lee, 2013), la gestion du sevrage est le processus consistant à sevrer physiologiquement une personne d'une substance psychoactive spécifique d'une façon efficace et sécuritaire.

Les services de gestion du sevrage doivent être offerts à certains usagers répondant aux critères d'un TUS en fonction de leurs besoins associés au sevrage. L'ASAM a établi une hiérarchisation en fonction de l'intensité des services requis consécutivement à l'évaluation des risques de complication du sevrage et des conditions médicales et psychologiques associés à celui-ci. Il existe quatre niveaux d'intensité dans la gestion du sevrage, le niveau 3 comportant lui-même deux sous-niveaux.

- a. **Services externes non intensifs de gestion du sevrage (niveau 1-GS).** Il s'agit généralement de consultations médicales en externe qui accompagnent le processus de sevrage. Le sevrage est ici qualifié de léger. Ces services peuvent être offerts sous supervision médicale par du personnel infirmier travaillant dans les CISSS ou les CIUSSS (missions CLSC, CRD, CH), dans les groupes de médecine de famille et autres cliniques médicales.
- b. **Services externes intensifs de gestion du sevrage (niveau 2-GS).** Sous la responsabilité des CISSS et des CIUSSS, selon leur mission CRD en complémentarité avec la mission CH et les autres centres hospitaliers non fusionnés concernés, ces services sont offerts sous supervision médicale, souvent par l'entremise du personnel infirmier. Les services sont destinés à des personnes qui présentent des risques de sevrage modérés et dont l'état nécessite une intensité importante (plus grande fréquence de rencontres) sur une courte période.

- c. **Services de gestion du sevrage avec hébergement (niveau 3-GS).** On distingue habituellement deux sous-niveaux de services de gestion du sevrage avec hébergement. Nécessitant une présence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, le niveau 3.2-GS se destine aux sevrages plus légers et peut être géré par du personnel détenant une formation psychosociale. Le niveau 3.7-GS vise à répondre à des sevrages dont la gravité est plus importante et nécessite la présence d'un personnel infirmier, sous supervision médicale.
- **Services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision psychosociale (niveau 3.2-GS).** Sous la responsabilité des CISSS et des CIUSSS détenant une mission CRD et, le cas échéant, en complémentarité avec les RHD concernées²³, ces services sont caractérisés par l'accent mis sur le rôle des pairs et le soutien social. Il y a possibilité de consultation et de supervision clinique spécialisée pour les problèmes biomédicaux et émotionnels ou comportementaux. Les protocoles utilisés pour déterminer la nature des interventions médicales requises (par exemple la nécessité de soins infirmiers ou médicaux ou le transfert vers une ressource de type 3.7-D ou un centre hospitalier) sont appliqués par des intervenants psychosociaux professionnels et détenant une formation. Le sevrage est qualifié de léger, mais un besoin d'hébergement est présent. Le niveau 3.2-GS permet d'accompagner des personnes répondant à ces critères et qui sont toujours sous l'effet de substances lors de leur admission ou qui sont en mesure de gérer leur propre médication pour la gestion du sevrage (Mee-Lee, 2013).
 - **Services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision médicale (niveau 3.7-GS).** Sous la responsabilité des CISSS et des CIUSSS détenant une mission CRD, ces services sont offerts par du personnel infirmier et médical, sans que soient disponibles toutes les ressources propres à un centre hospitalier général (par exemple les services de cardiologie, de pneumologie, de radiologie, de chirurgie, etc.). Entre autres caractéristiques, le personnel infirmier est présent 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et peut compter sur le soutien d'un médecin au besoin. Le sevrage peut être modéré ou sévère sans qu'il y ait de facteurs aggravants nécessitant l'ensemble des soins hospitaliers.
- d. **Services de gestion du sevrage avec hospitalisation (niveau 4-GS).** Sous la responsabilité des CISSS et des CIUSSS détenant une mission de centre hospitalier, en complémentarité avec les autres centres hospitaliers non fusionnés, ces services sont offerts par du personnel infirmier et médical, dans les diverses unités offrant l'ensemble des soins appropriés ou associés à un sevrage sévère.

Afin d'assurer la sécurité des personnes présentant des risques de complication associés au sevrage, lorsque le niveau de soins requis n'est pas disponible, l'ASAM recommande d'offrir un niveau de soins plus élevé (Mee-Lee, 2013).

23. Rappelons que les services pouvant être offerts par les RHD sont balisés en vertu du Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance.

OBJECTIF :

- ▶ Réduire les conséquences d'une intoxication ponctuelle ou d'un TUS sur l'état de santé physique et psychologique des usagers;
- ▶ Assurer l'accès à un environnement sécuritaire et à des services permettant de soutenir les personnes dans le processus de gestion de l'intoxication ou de gestion du sevrage;
- ▶ Saisir l'opportunité pour renforcer la motivation de l'utilisateur à s'engager dans une démarche de réadaptation, le cas échéant;
- ▶ Permettre aux personnes ayant des préoccupations liées à l'usage de substances psychoactives d'obtenir l'aide appropriée pour les soutenir dans leur réflexion, les outiller en vue d'amorcer un changement d'habitudes répondant à leur besoin et, le cas échéant, les orienter vers le service approprié.

CLIENTÈLE VISÉE :

Les jeunes et les adultes qui se présentent aux services en état d'intoxication et ceux pour lesquels la gestion du sevrage nécessite un accompagnement médical et psychosocial adapté aux risques et symptômes présentés.

Standards de pratique

ACCESSIBILITÉ :

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS assure l'accès à l'ensemble des services de gestion de l'intoxication et de gestion du sevrage à la population du réseau territorial de services.

QUALITÉ :

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS utilise des protocoles et approches reconnus comme étant efficaces en matière de gestion de l'intoxication et de gestion du sevrage;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS utilise des outils d'évaluation clinique reconnus, validés et standardisés pour évaluer les risques associés à l'intoxication ou les risques associés au sevrage;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS s'assure que les services font l'objet d'un plan d'intervention élaboré en collaboration avec la personne qui les reçoit ou, le cas échéant, d'un plan de services individualisé élaboré avec les partenaires concernés;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS dispose d'un personnel formé pour l'utilisation d'outils d'évaluation des risques associés à l'intoxication ou des risques associés au sevrage;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS et chaque centre hospitalier non fusionné concerné dispose du personnel psychosocial et médical formé et requis pour offrir les divers niveaux de services de gestion de l'intoxication et de gestion du sevrage sous sa responsabilité;

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS s'assure que des services d'expertise-conseil et de soutien à la mise en œuvre du continuum de services en dépendance sont disponibles pour l'ensemble des programmes-services et auprès des partenaires concernés du réseau territorial de services.

CONTINUITÉ :

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS convient d'une trajectoire de services de gestion de l'intoxication et de gestion du sevrage avec les acteurs concernés des programmes-services, des établissements non fusionnés et des partenaires du réseau territorial de services;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS convient d'ententes de services avec les partenaires concernés au sein du réseau territorial de services.

FICHE 5.

Les services de réadaptation externes et avec hébergement

Responsabilité : CISSS et CIUSSS

Description du service

Les services de réadaptation externes et ceux avec hébergement pour les jeunes et les adultes représentent la composante principale des services de réadaptation sous la responsabilité de la mission CRD des CISSS et des CIUSSS. Ils font référence, d'une part, aux services et soins externes pouvant être offerts selon diverses modalités (individuel, groupe, conjugal et familial) et différentes intensités (non-intensif, intensif) et, d'autre part, aux services offerts avec hébergement. À la lumière du processus d'évaluation spécialisée, les services sont déterminés de manière à assurer une prestation adaptée aux besoins des personnes, prestation qui pourra faire l'objet d'ajustements requis par l'évolution de la situation des usagers.

Les CISSS et les CIUSSS ont la responsabilité d'assurer l'accessibilité à ces services dans les meilleurs délais, de manière à favoriser l'engagement des personnes et la rétention dans les services de réadaptation. En ce sens, en fonction des besoins constatés au sein du réseau territorial de services par le CISSS ou le CIUSSS, des modalités d'organisation de services retenues et des ressources disponibles, il est attendu que ces services soient offerts dans les installations de la mission CRD des établissements ainsi que dans toutes autres installations ou milieux jugés pertinents pour répondre aux besoins des usagers.

Selon la conceptualisation des services proposée par l'American Society of Addiction Medicine (Mee-Lee, 2013), les services offerts sont regroupés en fonction des différentes intensités suivantes :

1. Services externes non intensifs
Moins de neuf heures par semaine pour les adultes, moins de quatre heures pour les adolescents.
2. Services externes intensifs
Neuf heures et plus par semaine pour les adultes, quatre heures et plus par semaine pour les adolescents.
3. Services avec hébergement
Ce service se caractérise par la présence de l'utilisateur à raison de 24 heures par jour dans les services.

L'évolution des connaissances et les consensus d'experts réalisés au Québec (Tremblay et coll., 2015) nous invitent à une certaine précaution quant à l'application de cette conceptualisation. En effet, il importe de prendre en compte le fait que les services peuvent être offerts par plus d'un

intervenant, provenant d'un même service, d'un même établissement ou encore de services ou d'établissements différents. Afin que l'ensemble des services ait l'effet escompté en matière d'intensité, les services comptabilisés doivent toutefois être coordonnés entre eux.

Par ailleurs, il importe d'offrir des services adaptés aux groupes de personnes ayant des besoins particuliers, tels que les personnes présentant une concomitance de TUS ou de TJHA et d'un trouble mental, les personnes en situation d'itinérance, les personnes contrevenantes et les personnes dont l'état nécessite un suivi au long cours.

En outre, la consolidation des acquis et la prévention de la rechute sont des composantes de la réadaptation, généralement réalisées en externe. Dans une perspective de services intégrés, il importe de moduler l'organisation de ces services de sorte à répondre aux besoins des personnes et de leur offrir un parcours simplifié à l'intérieur des services, et ce, indépendamment de l'intensité requise.

Pour les adultes qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance, les services de traitement externe non intensif et intensif sont offerts généralement sans hébergement. L'hébergement est une condition de base du traitement pour les personnes dont le tissu social incite à la consommation et menace toute chance de réadaptation, qui vivent dans des conditions de logement détériorées (Tremblay et coll., 2004), qui présentent un haut facteur de risque (Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, 2007) ou une incapacité à cesser de jouer sans être dans un milieu protégé.

Le CISSS ou le CIUSSS peut offrir les services d'hébergement dans ses installations ou en vertu d'ententes de service convenues avec des ressources certifiées offrant de l'hébergement en dépendance. En fonction des bonnes pratiques issues de la littérature, des services spécifiques d'hébergement sont offerts pour répondre aux besoins des personnes qui répondent aux critères d'un TUS ou un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance.

Services offerts aux jeunes

Pour les jeunes qui répondent aux critères d'un TUS, d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance, les CISSS et les CIUSSS doivent s'assurer que des services externes de diverses intensités, pouvant être offerts en individuel ou en groupe, sont accessibles et relèvent d'un personnel qualifié. Ces services sont offerts dans les installations de l'établissement jugées pertinentes et, si les ressources disponibles le permettent, dans les milieux de vie fréquentés par les jeunes désignés dans le réseau territorial de services.

Pour les jeunes qui doivent bénéficier d'un encadrement plus étroit, le CISSS ou le CIUSSS assure l'accès à des services intensifs avec hébergement; le CISSS ou le CIUSSS peut offrir ces services à même ses locaux ou en vertu d'ententes convenues avec certains partenaires établis, notamment des RHD et des établissements privés conventionnés (Tremblay et coll., 2015).

La proximité des services offerts aux jeunes et la rapidité d'accès sont des éléments importants à considérer dans l'organisation des services avec hébergement. Par ailleurs, l'organisation de ces services devra répondre à la préoccupation voulant que la durée de l'hébergement soit adaptée aux besoins des jeunes et non qu'elle soit convenue en fonction d'un programme clinique dont la durée est prédéterminée (Tremblay et coll., 2015).

OBJECTIFS :

- ▶ Améliorer de façon significative la santé et le bien-être des personnes en consolidant les acquis permettant de réduire ou de cesser l'usage de substances psychoactives ou la pratique de jeux de hasard et d'argent;
- ▶ Réduire les conséquences associées à l'usage de SPA, à la pratique de JHA ou à l'utilisation d'Internet;
- ▶ Permettre aux personnes qui répondent aux critères d'un TUS, d'un TJHA ou d'un problème de cyberdépendance d'obtenir l'aide appropriée pour les soutenir dans leur réflexion, les outiller pour amorcer et réaliser des changements d'habitudes répondant à leur besoin.

CLIENTÈLE VISÉE :

Les jeunes et les adultes détectés comme répondant aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou présentant un problème de cyberdépendance.

Standards de pratique

ACCESSIBILITÉ :

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS assure l'accès aux diverses intensités de services psychosociaux et de services de santé à l'externe et avec hébergement.

QUALITÉ :

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS s'assure d'offrir une intensité de services en adéquation avec les besoins déterminés par l'évaluation spécialisée, et ce, en collaboration avec l'utilisateur;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS s'assure que les services font l'objet d'un plan d'intervention élaboré en collaboration avec la personne qui les reçoit ou, le cas échéant, d'un plan de services individualisé élaboré avec les partenaires concernés;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS dispose du personnel psychosocial et médical qualifié;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS utilise des pratiques cliniques reconnues et favorisant la prévention des rechutes, le maintien des acquis réalisés en réadaptation et le retour en communauté.

CONTINUITÉ :

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS convient, le cas échéant, d'ententes avec des RHD ou des établissements privés conventionnés, ou d'ententes interrégionales pour assurer, aux usagers qui le requièrent et le souhaitent, l'accès à des services publics d'hébergement.

FICHE 6

Le traitement des troubles liés à l'utilisation des opioïdes (TUO) avec une médication de substitution

Responsabilité: CISSS, CIUSSS, centres hospitaliers non fusionnés en partenariat avec les cliniques médicales, GMF concernés et pharmacies communautaires

Description du service

Les traitements des TUO avec une médication de substitution constituent une avenue de traitement reconnue comme étant efficace pour répondre aux besoins des personnes faisant l'usage d'opioïdes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006). Ces traitements permettent d'éviter les symptômes de sevrage, de stabiliser la personne et de faciliter, notamment, la réadaptation et la réinsertion. Ces traitements permettent aussi de réduire significativement les activités criminelles, de limiter les complications obstétricales et fœtales lors de la grossesse, de diminuer les comportements à risque en matière de propagation du VIH, du VHC et d'autres agents infectieux et, le cas échéant, de diriger les personnes utilisatrices vers les services psychosociaux ou sanitaires appropriés (Centre de recherche et d'aide pour narcomanes, 2011).

Ces services s'appuient sur une pratique interdisciplinaire incluant une combinaison de services médicaux, pharmaceutiques et infirmiers qui peuvent s'accompagner de services psychosociaux spécialisés offerts par du personnel formé, et ce, en vertu des pratiques reconnues, notamment au regard des lignes directrices applicables à la pratique médicale et à la pratique pharmaceutique (Busse, 2017; Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec, 1999; Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec, 2004; Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec, 2009; Collège des médecins du Québec, 2009). Devant le défi que représente l'accès à un médecin prescripteur, la complémentarité des actions des divers professionnels concernés constitue la clé pour une trajectoire de services optimale.

Selon les différentes réalités territoriales, plusieurs acteurs (CISSS, CIUSSS, centres hospitaliers non fusionnés, cliniques médicales, GMF, pharmacies, organismes communautaires, etc.) sont appelés à jouer un rôle complémentaire pour assurer la mise en œuvre de services accessibles, intégrés et de qualité auprès des personnes concernées.

En cette matière, les CISSS et les CIUSSS ont la responsabilité d'assurer l'accès à ces services dans les meilleurs délais et en fonction d'une approche à bas seuil d'accessibilité, de manière à favoriser l'engagement des personnes utilisatrices d'opioïdes dans une démarche permettant de réduire les conséquences liées à leur consommation et, le cas échéant, dans une démarche de réadaptation.

En fonction des besoins constatés au sein du RTS par le CISSS ou le CIUSSS, des modalités d'organisation de services retenues et des ressources disponibles, il est attendu que des services médicaux, pharmaceutiques, infirmiers et psychosociaux correspondant à l'intensité des services requise par la condition de l'utilisateur soient accessibles. L'établissement doit également convenir des modalités de collaboration avec les partenaires concernés du RTS, de manière à assurer un parcours fluide et simplifié pour les usagers.

OBJECTIFS :

- ▶ 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;
- ▶ Maintenir un plus grand nombre de personnes présentant un TUO dans un programme de substitution.

CLIENTÈLE VISÉE :

Les jeunes et les adultes qui présentent un TUO et pour lesquels un traitement avec médication de substitution s'avère la meilleure avenue clinique en fonction de leur condition de santé physique et psychologique.

Standards de pratique

ACCESSIBILITÉ :

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS assure l'accès, en fonction des modalités d'organisation de services et des ressources disponibles, à des services médicaux, infirmiers, pharmaceutiques et psychosociaux pour soutenir les traitements des TUO avec médication de substitution.

QUALITÉ :

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS et chaque centre hospitalier non fusionné concerné dispose du personnel médical, pharmaceutique, infirmier et psychosocial formé en fonction des pratiques reconnues pour offrir les divers niveaux de services dans les traitements des TUO avec médication de substitution sous sa responsabilité;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS et chaque centre hospitalier non fusionné concerné s'assure de l'utilisation d'une approche interdisciplinaire pour répondre aux besoins des usagers;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS s'assure que les services font l'objet d'un plan d'intervention élaboré en collaboration avec la personne qui les reçoit ou, le cas échéant, d'un plan de services individualisé élaboré avec les partenaires concernés;

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS s'assure que des services d'expertise-conseil et de soutien à la mise en œuvre du continuum de services en dépendance sont disponibles pour l'ensemble de ses programmes-services et auprès des partenaires concernés du réseau territorial de services.

CONTINUITÉ :

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS convient d'ententes de collaboration avec des partenaires concernés du réseau territorial de services pour assurer l'accès et la continuité des traitements des TUO avec médication de substitution.

FICHE 7

La réinsertion sociale

Responsabilité : CISSS et CIUSSS

Description du service

La réinsertion sociale est une constituante à part entière du processus de réadaptation²⁴. Les services de réinsertion sociale visent à soutenir spécifiquement les personnes qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA dans le rétablissement de leurs liens avec leur communauté, autant en ce qui concerne la dimension sociale que professionnelle (Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec, 2012). Il s'agit d'un processus inévitable pour bon nombre d'utilisateurs qui misent sur plusieurs stratégies, notamment sur l'acquisition d'autonomie et de connaissances à travers les études, le travail et le renforcement des réseaux d'appartenance (Tremblay et coll., 2004). En cette matière, la complémentarité entre le rôle des services publics et celui des organismes et acteurs concernés au sein d'un RTS s'avère essentielle pour soutenir la démarche de réinsertion d'une personne qui répond aux critères d'un TUS ou d'un THJA ou qui présente un problème de cyberdépendance, laquelle implique nécessairement un arrimage avec le milieu.

Les CISSS et les CIUSSS assurent l'accès aux services de réinsertion sociale à la population de leur territoire, de manière à permettre un parcours simplifié pour les jeunes et les adultes, et ce, indépendamment de l'évolution de l'intensité de services en cours de traitement ou au terme d'un traitement. Les services sont offerts par du personnel formé et qualifié en matière de réinsertion sociale. Ils sont offerts dans les installations de l'établissement et pourraient être rendus accessibles dans les milieux considérés comme privilégiés, convenus en collaboration avec les partenaires du RTS, en fonction des besoins présentés par certains usagers (notamment les jeunes ou les personnes itinérantes ou risquant de le devenir), des modalités d'organisation de services retenues et des ressources disponibles.

En fonction des besoins des personnes, les services de réinsertion sont offerts de façon individuelle ou en groupe, et avec hébergement, si nécessaire.

OBJECTIFS :

- ▶ Favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des personnes répondant aux critères d'un TUS, d'un TJHA ou présentant un problème de cyberdépendance par le développement des habiletés nécessaires pour agir de manière autonome sur les plans social, économique et affectif (Tremblay et coll., 2004);
- ▶ Favoriser la réadaptation des personnes en assurant une réponse cohérente à leurs besoins fondamentaux (alimentation, logement, conditions économiques, études, travail, loisirs, réseau de soutien, etc.);
- ▶ Favoriser la consolidation des acquis réalisés en réadaptation et diminuer le nombre de rechutes.

24. Cette fiche vise à décrire les services de réinsertion sociale qui sont sous la responsabilité du programme-services Dépendance, c'est-à-dire ceux qui visent spécifiquement à répondre aux besoins des personnes répondant aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou présentant un problème de cyberdépendance.

CLIENTÈLE VISÉE:

Les jeunes et les adultes qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance.

Standards de pratique

ACCESSIBILITÉ:

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS assure l'accès à des services de réinsertion sociale pour les personnes inscrites ou admises en réadaptation.

QUALITÉ:

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS dispose d'un personnel qualifié pour offrir des services de réinsertion sociale;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS utilise des outils d'évaluation des besoins de réinsertion sociale validés et standardisés;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS dispose d'un personnel formé pour l'utilisation d'outils d'évaluation des besoins de réinsertion sociale;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS s'assure que les services font l'objet d'un plan d'intervention élaboré en collaboration avec la personne qui les reçoit ou, le cas échéant, d'un plan de services individualisés élaboré avec les partenaires concernés;
- ▶ Le personnel de chaque CISSS ou CIUSSS complète, pour chaque usager, un plan de suivi prévoyant les actions à entreprendre au terme du processus de réadaptation.

CONTINUITÉ:

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS détermine les modalités de collaboration avec les partenaires concernés de son réseau territorial de services afin de favoriser la complémentarité des services de réinsertion sociale et professionnelle, le cas échéant;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS offre le soutien de son expertise en réinsertion sociale aux autres missions de son établissement et aux partenaires concernés du réseau territorial de services.

FICHE 8

L'intervention de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos et les salons de jeux

Responsabilité : CISSS et CIUSSS ayant un casino ou un salon de jeux sur leur territoire

Description du service

Les CISSS et les CIUSSS des régions concernées doivent s'assurer que des services d'intervention en situation de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos et les salons de jeux sont offerts. Ces services contribuent à prévenir les conséquences les plus graves des crises en désamorçant la situation et en orientant les personnes vers les services appropriés pour leur venir en aide dans leur localité ou région de résidence.

OBJECTIFS :

- ▶ Intervenir rapidement auprès des personnes en situation de crise dans les casinos et les salons de jeux;
- ▶ Réduire les conséquences négatives associées à la pratique de jeux de hasard et d'argent;
- ▶ Orienter rapidement la personne vers la ressource adaptée à ses besoins.

CLIENTÈLE VISÉE :

Les personnes en situation de crise ou de détresse dans les casinos et les salons de jeux.

Standards de pratique

ACCESSIBILITÉ :

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS concerné s'assure de l'accès à des services d'intervention en situation de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos ou les salons de jeux de leur territoire;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS concerné s'assure que des intervenants sont disponibles pour agir rapidement dans les différentes situations de crise ou de détresse rapportées par les établissements de jeux;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS concerné s'assure que les services sont disponibles pendant les heures d'ouverture des établissements de jeux et dans l'heure suivant la fermeture, et ce, sept jours par semaine;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS concerné s'assure qu'une réponse est fournie en moins de 30 minutes aux demandes formulées par la ou les instances désignées dans chacune des installations de jeux.

QUALITÉ:

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS concerné s'assure que le personnel visé a reçu une formation initiale et de la formation continue sur les meilleures pratiques en intervention de crise;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS concerné offre des services de soutien et d'expertise-conseil aux partenaires visés de son réseau territorial de services;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS concerné s'assure qu'un soutien et une expertise-conseil sont offerts au personnel des casinos et des salons de jeux;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS concerné s'assure qu'une estimation de la dangerosité est effectuée et que l'accompagnement requis par la situation est offert.

CONTINUITÉ:

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS concerné s'assure que des protocoles d'intervention sont établis entre les installations de jeux et les ressources d'aide désignées dans sa région;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS concerné s'assure que la personne est accompagnée et référée vers la ressource appropriée.

FICHE 9

Les services de soutien à l'entourage

Responsabilité : CISSS et CIUSSS

Description du service

Les services de soutien à l'entourage consistent en une aide structurée, axée sur l'accompagnement des proches et des familles de la personne qui présente des comportements à risque, qui répond aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présente un problème de cyberdépendance. Ces services visent, d'une part, à améliorer le bien-être des membres de l'entourage et, d'autre part, à soutenir et à renforcer leurs compétences de sorte à influencer positivement la modification des habitudes de consommation, de jeu ou d'utilisation d'Internet de leur proche.

L'aide peut être personnalisée selon les besoins des proches et des familles. Les membres de l'entourage peuvent bénéficier de services répondant à leurs difficultés, et ce, même si la personne de leur réseau qui présente des comportements à risque, qui répond aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présente un problème de cyberdépendance ne reçoit pas de services. Par ailleurs, lorsque cela est approprié sur le plan clinique, il est souhaité que les membres de l'entourage puissent contribuer au suivi de leur proche qui répond aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présente un problème de cyberdépendance, notamment en participant à des rencontres conjugales ou familiales.

Les CISSS et les CIUSSS ont la responsabilité d'assurer l'accès à ces services. Comme les membres de l'entourage peuvent être rejoints par l'entremise de différentes missions des établissements, ces derniers doivent s'assurer de leur permettre un parcours simplifié dans les services.

OBJECTIFS :

- ▶ Préserver ou accroître le mieux-être des proches et des membres de la famille d'une personne qui présente des comportements à risque, qui répond aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présente un problème de cyberdépendance;
- ▶ Éviter les ruptures et l'éloignement entre les personnes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance et leur entourage;
- ▶ Augmenter l'efficacité des interventions auprès des personnes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance.

CLIENTÈLE VISÉE :

Les membres de l'entourage des personnes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance.

Standards de pratique

ACCESSIBILITÉ :

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS assure l'accès à des services de soutien à l'entourage d'une personne qui présente des comportements à risque, qui répond aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présente un problème de cyberdépendance.

QUALITÉ :

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS dispose d'un personnel qualifié pour offrir des services de soutien à l'entourage;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS utilise des outils d'information à l'intention des membres de l'entourage d'une personne qui présente des comportements à risque, qui répond aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présente un problème de cyberdépendance;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS s'assure que les services font l'objet d'un plan d'intervention élaboré en collaboration avec la personne qui les reçoit ou, le cas échéant, d'un plan de services individualisé élaboré avec les partenaires concernés;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS favorise, lorsque c'est possible, l'engagement des membres de l'entourage dans le plan d'intervention des personnes qui reçoivent des services de réadaptation en dépendance;
- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS concerné offre des services de soutien et d'expertise-conseil aux partenaires visés de son réseau territorial de services.

CONTINUITÉ :

- ▶ Chaque CISSS ou CIUSSS offre le soutien de son expertise aux autres missions et programmes-services de son établissement et aux partenaires concernés du réseau territorial de services en matière d'aide auprès des membres de l'entourage de personnes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA ou qui présentent un problème de cyberdépendance.

