

Agence  
de développement  
de réseaux locaux  
de services de santé  
et de services sociaux

Québec  
Montérégie



*LE CONTINUUM D'INTERVENTION*

*« DÉPENDANCES »*

Direction de la gestion de l'information et des connaissances  
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé  
et de services sociaux de la Montérégie

Juin 2005

## **TABLE DES MATIÈRES**

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>DESCRIPTION DU CONTINUUM « DÉPENDANCES »</b> .....	<b>5</b>
<i>Typologie des services</i> .....	<b>6</b>
<b>DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION</b> .....	<b>7</b>
<i>Carte stratégique</i> .....	<b>8</b>
<b>ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT DES PISTES D'ACTION</b> .....	<b>16</b>
<i>Tableau synthèse</i> .....	<b>18</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>19</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>20</b>
<b>LISTE DES COLLABORATEURS</b> .....	<b>21</b>

## **INTRODUCTION**

Le Québec, comme tous les pays développés, est de plus en plus confronté à une évolution technologique rapide ainsi qu'aux problématiques sociales et sanitaires que le vieillissement de la population entraîne. Dans les régimes financés publiquement comme le nôtre, la pression sur le budget des gouvernements atteint des niveaux élevés qui viennent compromettre la capacité de l'État à assumer l'ensemble de ses missions.

D'autres tendances de fond justifient également la recherche de modes d'intervention nouveaux permettant d'assurer le renouvellement du système. Des changements s'imposent, entre autres parce que nous avons évolué simultanément sur plusieurs dimensions :

- les besoins de santé aigus auxquels on a pu répondre par des services médicaux ponctuels cèdent la place à des besoins de santé associés à des conditions chroniques ou persistantes et qui sont en croissance;
- les interventions simples réalisées surtout par des médecins et des infirmières auprès de patients dans le cadre d'une visite en cabinet ou à l'hôpital, cèdent la place à des interventions plus élaborées, plus efficaces, plus coûteuses, faisant appel à des équipes multidisciplinaires opérant dans divers types d'organisations;
- les connaissances de base acquises par la formation initiale et par l'expérience cèdent la place à un univers de connaissances spécialisées et multidisciplinaires qui se renouvellent à un rythme insoutenable pour un individu isolé;
- le système de soins relativement rudimentaire et peu coûteux, essentiellement centré sur le médecin et l'hôpital, cède aujourd'hui la place à un système de santé de grande envergure qui compte pour 10 % du produit intérieur brut et pour plus de 40 % du budget de l'État.

C'est dans ce contexte en mouvance que la Loi 25, sanctionnée en décembre 2003, a lancé un projet tout aussi ambitieux que prometteur s'attaquant aux problèmes d'accessibilité, de continuité et de qualité des services de santé et des services sociaux pour la population québécoise.

La nouvelle vision, mise de l'avant par cette loi, introduit les concepts novateurs de responsabilité de population et de hiérarchisation des services. Selon cette vision, les réseaux locaux de services (RLS) devront garantir l'accès à une large gamme de services à une population définie dont ils seront responsables. Ils auront aussi à travailler dans un contexte de hiérarchisation, ce qui signifie qu'ils n'auront pas à tout produire eux-mêmes, et qu'ils devront se doter d'ententes de services pour compléter leur offre de service. Chaque réseau local sera imputable de rendre accessible une gamme complète de services généraux et spécialisés au bénéfice de sa population.

Pour faciliter la prise de décision des gestionnaires et des cliniciens dans l'élaboration de leur projet clinique, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de

la Montérégie a mené une démarche visant à identifier les pistes d'action à fort potentiel d'impact sur la santé et le bien-être de la population.

Ainsi, entre juin 2004 et mai 2005, plusieurs professionnels de l'Agence, issus de différentes directions, ont été mobilisés autour de 15 continnum d'intervention. Chaque équipe de travail associée à un continuum devait, dans un premier temps, définir les caractéristiques de ce continuum en termes de besoins de la population visée, d'interventions à déployer au niveau de la prévention, du traitement et du soutien et enfin, du réseautage actuel. Dans une seconde étape, les équipes de travail ont procédé à l'identification de zones d'inadéquation entre les besoins de la population montérégienne et les services offerts. Ces zones d'inadéquation ont été validées auprès d'un certain nombre d'experts et de partenaires du réseau, ce qui a permis de bonifier le matériel proposé. La troisième phase du travail a consisté à traduire les zones d'inadéquation en pistes d'action devant permettre de corriger la situation. Deux outils d'aide à la décision ont ensuite été élaborés dans l'optique de favoriser une prise de décision fondée sur des données probantes, soit : 1) la carte stratégique, et 2) le tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact.

Le présent document présente les résultats de cette démarche pour le continuum « Dépendances ».

## **DESCRIPTION DU CONTINUUM « DÉPENDANCES »**

Le continuum « Dépendances » s'adresse à toutes les personnes à risque ou présentant des problèmes de dépendance liés à la surconsommation de substances psycho-actives, au jeu pathologique ou tout autre dépendance, telle la cyberdépendance, ainsi qu'aux membres de leur entourage.

### **TOXICOMANIE**

La plupart des études disponibles font état de statistiques relatives à la consommation de sorte qu'il est très difficile de tracer un portrait précis en regard de la surconsommation. Educ'alcool considère que 15 à 20 % de la population constitue des buveurs à risque, alors que de 3 à 5 % présente une consommation problématique. Concernant les drogues, l'Organisation mondiale de la santé estime à environ 10 % de la population, la proportion de gens susceptibles de développer un lien de dépendance et de 1 à 3 %, le pourcentage de personnes vivant des problèmes reliés à une consommation inappropriée. En Montérégie, on estime à 16 400 personnes le nombre d'individus de 15 ans et plus ayant besoin de services spécialisés de réadaptation en toxicomanie<sup>1</sup>.

### **JEU PATHOLOGIQUE**

Le nombre de joueurs pathologiques adultes est estimé, en Montérégie, à 16 741 personnes, ce qui représente 17 % des joueurs adultes à l'échelle du Québec.

On distingue trois types de joueurs :

- les joueurs récréatifs (80 % de la population perçoit le jeu comme un loisir) qui sont sans problème particulier;
- les joueurs problématiques qui éprouvent certains problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent et qui, selon l'ampleur de leur problème, pourront être orientés, soit vers les services généraux ou vers les services spécialisés;
- les joueurs pathologiques qui éprouvent de nombreux problèmes de dépendance au jeu et qui doivent être orientés vers les services spécialisés et surspécialisés.

Les effets néfastes du jeu sont multiples et touchent plusieurs sphères de la vie des personnes : problèmes de santé (dépression, anxiété), problèmes interpersonnels et familiaux, problèmes financiers, comportements illégaux et conséquences sur le travail ou les études. Ces conséquences se répercutent presque toujours sur la vie des proches du joueur pathologique.

Le tableau suivant illustre la typologie des services du continuum en fonction des dimensions PRÉVENIR – GUÉRIR – SOUTENIR.

---

<sup>1</sup> RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Pour un réseau intégré en toxicomanie : Cadre de référence*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, octobre 2003.

### Typologie des services

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pratiques cliniques préventives</li> <li>▪ Réduction des méfaits (dont accès au matériel d'injection stérile)</li> <li>▪ Interventions intersectorielles croisées (itinérance, justice, éducation, violence conjugale, etc.)</li> <li>▪ Programme Fluppy</li> <li>▪ Travail de rue</li> <li>▪ École en santé</li> </ul>	<p><u>Services de 1<sup>ère</sup> ligne, généraux et spécifiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Dépistage - détection/intervention brève motivationnelle</i></li> <li>▪ <i>Intervention précoce</i></li> <li>▪ <i>Intervention en situation de crise</i></li> </ul> <hr/> <p><u>Services 2<sup>e</sup> ligne, spécialisés et surspécialisés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Services externes :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ <i>Évaluation niveau II</i></li> <li>▫ <i>Traitement externe, intervention financière et soutien à l'entourage</i></li> <li>▫ <i>Suivi post-traitement</i></li> </ul> </li> <li>▪ <i>Services résidentiels :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ <i>Désintoxication (avec médication)</i></li> <li>▫ <i>Stabilisation</i></li> <li>▫ <i>Traitement interne</i></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutien à l'entourage</li> <li>▪ Intégration - réintégration sociale et socioprofessionnelle</li> <li>▪ Services de formation et de développement des compétences</li> <li>▪ Service d'évaluation - suivi monitoring</li> </ul>

## **DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION**

Après avoir délimité les contours et les caractéristiques du continuum, le groupe de travail a procédé à l'appréciation de l'adéquation des besoins et de l'offre de service, appréciation validée par des experts du réseau le 25 novembre 2004 lors d'une journée de travail à l'Agence. C'est sur cette base solide que le groupe de travail a ensuite dégagé les zones d'amélioration potentielles, qui ont par la suite été traduites en pistes d'action.

La carte stratégique qui suit illustre les pistes d'action du continuum « Dépendances » selon deux axes d'analyse : 1) les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services, tels qu'énoncés par le MSSS dans son cadre de référence sur le projet clinique<sup>2</sup>, et 2) les trois dimensions des continuums, soit PRÉVENIR – GUÉRIR –SOUTENIR.

La description de chacune des pistes d'action est ensuite présentée en fonction des trois grands niveaux d'intervention. Pour éviter les répétitions, les pistes qui relèvent de plusieurs niveaux d'intervention ont été classées dans le niveau auquel elles étaient le plus fortement associées. Les pistes qui concernent le continuum, dans son ensemble, ont été mises arbitrairement dans la section GUÉRIR. Certaines pistes ont été regroupées, soit parce qu'elles sont interreliées ou parce qu'elles s'adressent à un même sous-groupe de la clientèle.

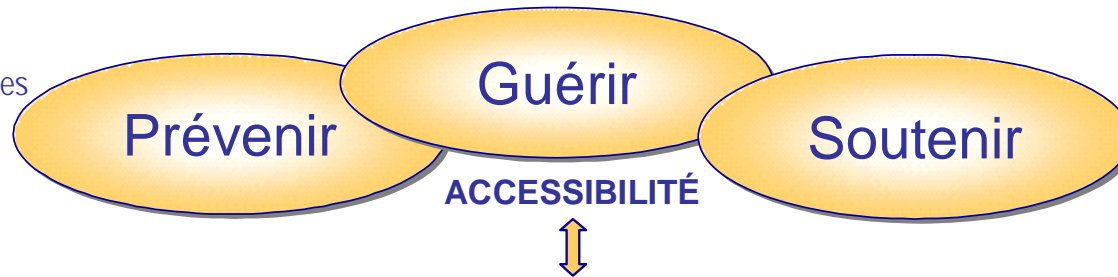
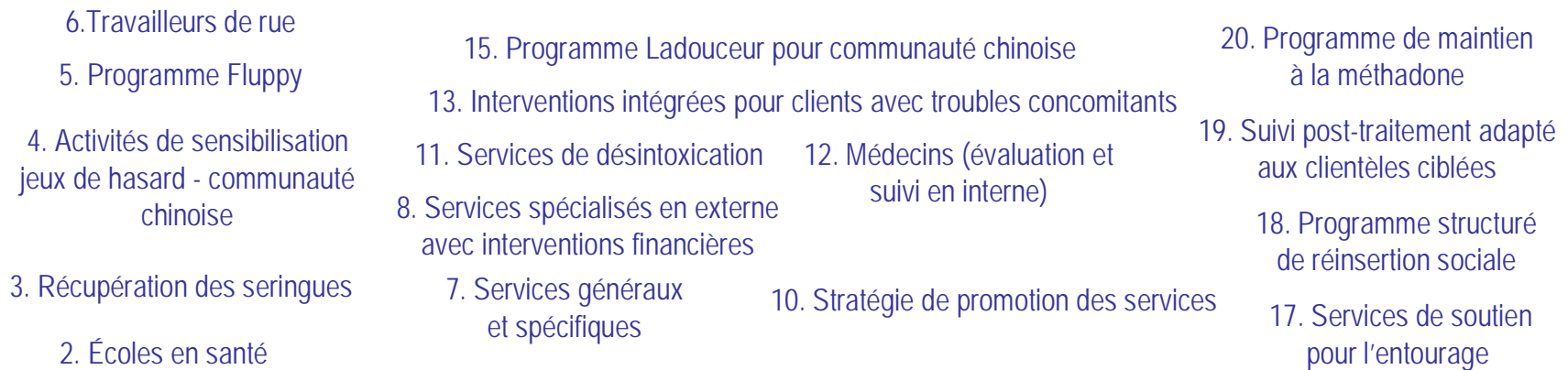
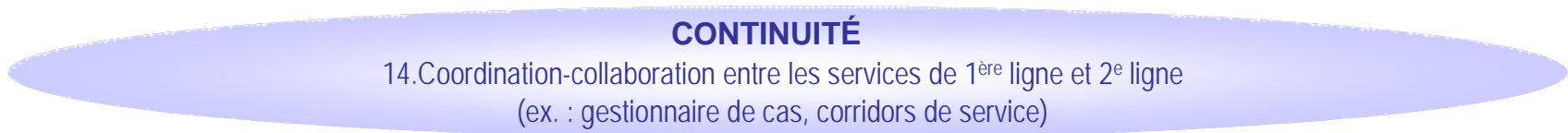
Enfin, il importe de préciser que, dans la formulation des pistes d'action, le terme « accessibilité » fait référence à des services déjà offerts mais dont l'accès pose certains problèmes, alors que le terme « disponibilité » a été employé pour les services ou activités à mettre en place.

---

<sup>2</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, Direction des communications, MSSS, Octobre 2004, 75 p.

**CONTINUUM D'INTERVENTION « DÉPENDANCES »**

**Carte stratégique**





A) PRÉVENIR<sup>3</sup>

Les pistes d'action au niveau de la prévention directement en lien avec ce continuum sont :

1. L'accessibilité aux programmes d'intervention précoce visant la gestion de la consommation modérée et du comportement compulsif.

Des activités de gestion de la consommation modérée (programmes d'intervention précoce et suivi psychosocial) et des activités préventives auprès des consommateurs UDI à risque d'itinérance sont nécessaires.

2. La disponibilité du processus École en santé dans les écoles de la Montérégie<sup>4</sup>.

L'approche École en santé vise à mieux intégrer l'ensemble des activités de promotion/prévention en milieu scolaire, afin d'assurer une plus grande cohérence et efficacité. L'innovation de cette approche réside dans le fait de délaisser l'approche conventionnelle par problème et d'agir plutôt sur les facteurs communs à un ensemble de problèmes vécus par les jeunes. Cette approche est en processus d'implantation dans quelques-unes des écoles de la région et fait partie des ententes de complémentarité des services éducatifs entre les commissions scolaires et les centres de santé et de services sociaux (CSSS).

3. L'implantation du volet « récupération » dans le cadre du programme global d'accès aux seringues.

La prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) inclut notamment un accès aux seringues et au matériel d'injection pour les toxicomanes. Selon le monitoring effectué, le taux de récupération régional des seringues distribuées dans le cadre de ce programme se situe à 36 %, ce qui s'avère très faible. Des efforts sont donc requis afin de mettre sur pied un véritable programme de récupération de seringues usagées.

<sup>3</sup> La plupart des actions du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et des Plans d'action locaux ciblent l'ensemble de la population et agissent sur un ensemble de problèmes de santé et de bien-être. Pour cette raison, elles se retrouvent dans le continuum « Interventions universelles ». Nous vous référons à ce continuum afin de compléter l'information que vous retrouvez dans le présent continuum.

<sup>4</sup> Cette piste d'action se retrouve également dans les continuums « Jeunes en difficulté et leur famille », « Santé mentale-jeunes » ainsi que dans le continuum « Interventions universelles ».

4. La disponibilité permanente des activités de prévention-sensibilisation pour la communauté chinoise (jeux de hasard et d'argent).

Les problèmes reliés aux jeux de hasard et d'argent sont très présents dans la communauté chinoise. Ainsi, le plan gouvernemental (2002-2005) considère la communauté chinoise parmi les clientèles prioritaires et mandate les régions de Montréal et la Montérégie pour desservir cette population ciblée (35 000 personnes). Pour rejoindre cette clientèle prioritaire et tel que souligné dans le Plan d'action régional sur le jeu pathologique 2002-2005, les outils de sensibilisation et d'intervention doivent être traduits et adaptés.

5. L'accessibilité à l'intégralité du programme Fluppy dans les milieux scolaires défavorisés<sup>5</sup>.

Le programme Fluppy vise le développement des habiletés personnelles et sociales des enfants de 5 et 6 ans, particulièrement ceux des milieux défavorisés. Son volet scolaire est implanté actuellement dans plusieurs écoles par les intervenants du milieu scolaire. Par contre, peu d'écoles ont accès à tous les volets du programme. Le volet parents de ce programme reste peu déployé jusqu'à maintenant et on ne peut garantir les effets positifs de ce programme si ce volet n'est pas déployé simultanément.

6. Adéquation entre les interventions de travail de rue et le cadre de référence régional.

Le travail de rue est une mesure permettant de rejoindre une clientèle en situation de désaffiliation sociale qui serait très difficile de rejoindre par les moyens traditionnels. Cette mesure englobe des interventions de sensibilisation, d'accompagnement, de référence personnalisée tout en permettant à la clientèle d'identifier et d'exprimer ses besoins. Le travail de rue permet également de dépister des problèmes reliés aux dépendances tout en distribuant du matériel préventif.

En Montérégie, 59 travailleurs de proximité rattachés à une trentaine d'organismes communautaires (dont plusieurs maisons de jeunes) oeuvrent sur le territoire. Plusieurs de ces travailleurs occupent un emploi à temps partiel ou saisonnier, ce qui ne favorise pas le rapprochement avec la clientèle à rejoindre. Le besoin en ressources humaines a été établi par le Cadre de référence de 2001<sup>6</sup> à 41 travailleurs à temps complet. Pour que la mesure soit efficace, il importe d'offrir un statut permanent aux travailleurs de proximité.

<sup>5</sup> Cette piste se retrouve aussi dans les continuums d'intervention « Jeunes en difficulté et leur famille » et « Santé mentale—jeunes ».

<sup>6</sup> Paquin, Pierre et Andrée Perreault. Cadre de référence pour le travail de proximité en Montérégie, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. septembre 2001.

## B) GUÉRIR<sup>7</sup>

Ce niveau d'intervention comprend les services reliés à l'accueil des clientèles, au dépistage, à l'évaluation et à l'établissement du diagnostic, ainsi qu'au traitement ou à l'intervention psychosociale. Les pistes d'action plus spécifiquement reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

7. La disponibilité des services généraux et spécifiques pour les clientèles jeunes et adultes (détection à l'aide d'outils appropriés et validés, orientation-référence, intervention brève/motivationnelle, intervention précoce, services de crise)

Au plan clinique, la détection de cas se traduit par une identification précoce des problèmes auprès des personnes présentant des symptômes de dépendance (évaluation de niveau I). L'intervention précoce s'effectue auprès de personnes à risque présentant les premières manifestations d'une dépendance (abus de substances psychoactives ou jeu problématique). Elle vise à développer, supporter et renforcer la motivation du client à entreprendre et maintenir un traitement.

Il n'y a pas de programmation structurée, au niveau régional, en matière d'outils de détection et d'intervention brève. De façon générale, on note un manque de ressources pour répondre minimalement aux besoins des clientèles jeunes et adultes à risque ou vivant une problématique. La gamme des services demeure incomplète. Par exemple, il n'y a pas de programmation structurée en situation de crise psychosociale pour les personnes toxicomanes, ni pour les joueurs hors casino. À ce sujet, il y aurait lieu d'intégrer un outil de détection standardisé et validé sur les dépendances (jeu et toxicomanie) dans l'outil d'évaluation des services de crise.

D'autre part, il est reconnu dans les meilleures pratiques cliniques que le travail avec les parents est une nécessité pour une réussite de l'intervention auprès des jeunes. Il y aurait donc lieu de développer et de consolider les programmes intersectoriels pour les clientèles jeunes et leurs parents, tels le programme d'information-orientation (PIO) et le programme de services-conseils individuel et familial (CIF) dans chacun des territoires de CSSS. Il faudrait, de plus, rendre disponible une formation révisée selon les meilleures pratiques, incluant des outils de détection validés et appropriés pour les partenaires jeunesse (services généraux et spécifiques). La formation provinciale n'inclut pas des outils de détection standardisés, validés et appropriés au type d'intervention requis. L'outil utilisé pour les jeunes à risque ou aux prises avec des problèmes de consommation, DEP ADO, n'est pas approprié pour les intervenants des services généraux et spécifiques puisqu'il est trop lourd et trop long à administrer. Un outil de détection adapté au travail de rue serait également à développer.

8. La disponibilité des services spécialisés pour le traitement externe (dépendances jeunes et adultes) et les interventions financières intégrées au traitement (jeu pathologique).

<sup>7</sup> Le terme « Traiter » plutôt que « Guérir » serait plus approprié pour ce continuum. Par souci d'uniformité, nous gardons toutefois l'expression « Guérir » qu'il faut comprendre dans son sens le plus large.

On observe un manque des ressources pour répondre minimalement aux besoins de traitement externe des clientèles présentant des problèmes de toxicomanie. On estimait, en 2001-2002, à 13 600 le nombre de personnes ayant besoin de services de traitement. Or, seulement 29 % de ces personnes ont eu recours à ceux-ci. Cette situation s'explique en partie par les difficultés à avoir accès à des espaces locatifs ainsi que par le manque significatif de ressources humaines.

Concernant le jeu pathologique, plusieurs joueurs pathologiques ont besoin d'un accompagnement à la résolution de problèmes financiers puisque 40 % d'entre eux ont une dette de plus de 100 000 \$.

9. La disponibilité, sur une base permanente, d'un service régional d'évaluation-suivi-monitorage de l'ensemble des activités et services en matière de dépendance.

Un service régional d'évaluation-suivi-monitorage de l'ensemble des activités et services en matière de dépendance serait souhaitable.

10. L'application permanente, à l'échelle régionale, d'une stratégie structurée de promotion des services en matière de dépendance.

Il y aurait lieu de développer et d'appliquer, à l'échelle régionale, une stratégie structurée de promotion des services en matière des dépendances.

11. L'accessibilité à des services de désintoxication dispensés selon les meilleures pratiques.

Les services de désintoxication s'adressent aux personnes dont l'intoxication à l'alcool ou aux psychotropes les rend incapable de suivre un traitement thérapeutique. La désintoxication est donc préalable aux services de traitement. Les ententes de service entre l'établissement Le Virage et des ressources communautaires ou intermédiaires favorisent la continuité et le suivi de la qualité des services. Cependant, aucun service de désintoxication est accessible dans l'ouest du territoire montréalais. Pour toute désintoxication impliquant un suivi médical plus lourd et intensif, la personne doit être référée vers des services plus spécialisés, tels ceux offerts par l'Hôpital Saint-Luc de Montréal.

12. L'accessibilité aux médecins pouvant effectuer l'évaluation préalable à l'admission ainsi que le suivi du patient dans le service interne (ex. : AMP)

Le traitement en mode interne est un processus thérapeutique par lequel la personne cherche à développer ses capacités d'autonomie et de motivation à différents niveaux, en retrait de son milieu familial et social. Il s'adresse à des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance et de comorbidité vivant une rupture familiale et sociale. Plusieurs de ces personnes sont à risque d'itinérance. L'admission aux services internes en matière de dépendance exige une évaluation médicale pour s'assurer de l'état de santé de la personne et effectuer le suivi médical, si nécessaire, pendant la thérapie interne. Les difficultés d'accès aux médecins généralistes complexifient et compromettent l'admissibilité à ce type d'intervention.

13. La disponibilité d'interventions croisées et intégrées pour la clientèle présentant des troubles concomitants.

Selon Kessler et al.<sup>8</sup>, une proportion de 42,7 % des personnes atteintes de troubles liés aux substances souffrirait d'un trouble mental concomitant. Des interventions « santé mentale » et « dépendances » intégrées (formation croisée, mécanismes de coordination et d'intervention) seraient nécessaires.

14. La continuité, coordination et collaboration entre les services de 1<sup>ère</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne (gestionnaire de cas, corridors de services, etc.).

Il faudrait mettre en place ou consolider les trajectoires de services (coordination, mécanismes d'accès) entre les services de 1<sup>ère</sup> ligne et 2<sup>e</sup> ligne, à partir d'une clarification des principales portes d'entrée (rôles et mandats des partenaires impliqués), d'outils d'orientation et d'intervention communs, d'une approche concertée et intersectorielle afin d'assurer la continuité et complémentarité des interventions.

15. L'adéquation du programme Ladouceur aux besoins de la communauté chinoise.

Pour mieux rejoindre la communauté chinoise, il faudrait traduire et adapté le programme Ladouceur existant et évaluer la pertinence de certains outils.

<sup>8</sup> KESSLER, R.C., C.B. NELSON, K.A. MCGONAGLE et autres. « The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders : Implications for prevention and service utilization », *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 1996, p. 17-31.

16. La disponibilité, sur une base permanente, d'un service régional de formation/sensibilisation/transfert des connaissances/coaching à l'intention des intervenants afin d'améliorer la qualité des pratiques préventives et cliniques (incluant les drogues de synthèse, la référence, intervention financière) adaptées à la réalité régionale.

Le transfert et le développement des connaissances est un moyen pour soutenir la prestation de services (autant en prévention que pour les services de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>e</sup> ligne). Un service régional de formation (sensibilisation/transfert des connaissances/coaching) renforcerait l'application d'une vision clinique commune. Autant en toxicomanie que pour le jeu pathologique, les nombreux et constants développements au niveau de la problématique et des connaissances reliées à la prestation de services font en sorte qu'il est essentiel de procéder régulièrement à la mise à niveau des connaissances et des compétences chez les intervenants.

### C) SOUTENIR

Les pistes d'action reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

17. La disponibilité de services de soutien pour l'entourage, intégrés aux services de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>e</sup> ligne et monitorés.

Tout service général, spécifique ou spécialisé mis en place devrait intégrer un service de soutien à l'entourage. Bien que des activités de soutien soient intégrées dans les services spécialisés en toxicomanie, il y aurait lieu de se doter, au plan régional, de stratégies d'intervention communes et monitorées pour l'ensemble du continuum d'intervention « Dépendances ».

18. La disponibilité d'un programme structuré de réinsertion sociale.

Actuellement, les interventions de réinsertion sociale sont séquentielles alors qu'il serait préférable d'élaborer un programme concomitant au traitement. Il existe des services de suivi post-traitement, mais il n'y a pas de programme de réinsertion structuré au plan régional. Les services de réinsertion sociale devraient être consolidés et mieux structurés.

19. L'accessibilité à un suivi post-traitement adapté aux clientèles ciblées (ex. : communauté chinoise).

Le suivi post-traitement devrait être adapté en fonction des clientèles ciblées. Par exemple, un suivi post-traitement spécifique aux joueurs de la communauté chinoise serait souhaitable.

20. L'accessibilité au programme de maintien à la méthadone ou aux autres produits de substitution, notamment en milieu de détention.

Concernant l'accessibilité à la méthadone ou aux autres produits de substitution, elle est variable d'un territoire de CLSC à l'autre et aucun des deux centres de détention provinciaux situés en Montérégie n'est en mesure d'initier le programme de maintien à la méthadone au moment de l'incarcération. Un centre de détention est en mesure de prescrire la méthadone à un détenu si celui-ci était déjà inscrit au programme avant son incarcération. L'accessibilité à ces services repose souvent sur la collaboration du médecin oeuvrant en milieu de détention.

## ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT DES PISTES D'ACTION

Pour apprécier le potentiel d'impact populationnel de chacune des pistes d'action, les groupes de travail ont été rencontrés lors de séances au cours desquelles les membres devaient faire consensus sur les valeurs à attribuer à chacune des pistes d'action du continuum. Le tableau suivant présente les 18 éléments du questionnaire qui constituait la base de cet exercice.

### LES QUATRE GRANDES VARIABLES DE L'ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT

<i>Variables</i>	<i>Éléments</i>
1. <u>Les besoins</u> concernés par l'intervention proposée par la piste.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Quelle est la prévalence de la condition visée?</li> <li>■ Quelle est l'évolution prévisible de cette prévalence?</li> <li>■ Quel est l'état de santé et de bien-être des personnes présentant la condition?</li> <li>■ Quels sont les coûts sociaux associés à la condition?</li> </ul>
2. <u>La puissance de l'intervention</u> proposée par la piste. La puissance de l'intervention cherche à identifier le potentiel d'une action à agir favorablement sur l'état de santé et de bien-être des personnes présentant la condition.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Quel est l'effet théorique de l'action ou des correctifs proposés par la piste?</li> <li>■ Quelle est la qualité de la preuve de cet effet?</li> <li>■ L'action ou les correctifs proposés sont-ils éthiques<sup>9</sup>?</li> <li>■ Quel est le degré de conformité de l'action ou des correctifs proposés avec les orientations existantes?</li> </ul>
3. <u>L'état du déploiement actuel</u> de l'intervention proposée par la piste. Cette variable s'intéresse à la situation réelle de la mise en œuvre de l'intervention proposée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'intervention proposée est-elle disponible en Montérégie?</li> <li>■ Dans quelle mesure rejoint-elle la clientèle?</li> <li>■ Quel est le degré actuel de collaboration-coordination de l'ensemble des intervenants concernés par cette intervention?</li> <li>■ Le cheminement du client en rapport avec cette intervention est-il fluide?</li> <li>■ Quel niveau de qualité technique cette intervention atteint-elle actuellement?</li> <li>■ Quel est le degré de pertinence<sup>10</sup> de sa réalisation?</li> </ul>
4. <u>La disponibilité des ressources</u> requises pour déployer l'intervention proposée par la piste. Cette variable cherche à traduire la disponibilité des moyens nécessaires pour produire l'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Quel est le degré de disponibilité des ressources financières?</li> <li>■ Des ressources humaines?</li> <li>■ Du réseautage et des éléments structurants de coordination nécessaires à la réalisation de l'intervention?</li> <li>■ Du savoir-faire/expertise<sup>11</sup> pour réaliser l'intervention?</li> </ul>

<sup>9</sup> La forme donnée à cet élément dans le questionnaire l'a rendu non discriminant. En conséquence, le conserver dans l'analyse ne modifie pas les résultats. Des mesures correctives sont toutefois en élaboration afin d'attribuer à cet élément une réelle capacité de mesure et de discrimination.

<sup>10</sup> Dans le cadre du présent exercice, le terme « pertinence » revêt la signification suivante : réalisation de la bonne intervention, au bon moment et auprès de la bonne personne, de sorte que toute sur ou sous-utilisation de services s'en trouve évitée.

<sup>11</sup> Cet élément fait ici strictement référence à l'existence d'un savoir-faire disponible et non à la disponibilité des ressources humaines compétentes pour pratiquer l'intervention.



Le tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact de la page suivante résume la disposition des pistes d'action qui découle de leur analyse à l'aide des quatre grandes variables. Cette façon d'organiser les pistes d'action rend explicite leur positionnement relatif en matière d'impact potentiel auprès de la population. Les pistes d'action présentées en rouge sont des pistes pour lesquelles l'analyse a révélé, d'un point de vue régional, une difficulté au niveau de la disponibilité des ressources pour leur déploiement.

Toutes les pistes figurant au tableau synthèse ont avant tout franchi le seuil critère de la variable « puissance de l'intervention ». Chaque piste se positionne ensuite selon le score qu'elle a obtenu par rapport à la moyenne à l'aide de parenthèses, les pistes dont le déploiement apparaît contraint par la disponibilité de ressources.

Les quatre quadrants du tableau synthèse correspondent à la combinaison des variables « besoins » et « état du déploiement ». Ainsi organisée, l'information contenue dans le tableau facilite la composition d'un portefeuille équilibré d'interventions. Une piste pour laquelle les besoins s'avèrent supérieurs à la moyenne du continuum et dont le niveau de déploiement est inférieur à la moyenne offre un gain potentiel plus important qu'une piste pour laquelle, par exemple, les besoins s'avèrent inférieurs à la moyenne et dont le déploiement actuel est supérieur. Aussi, la première apparaîtra au quadrant « Impact à l'échelle de la population du continuum – Pistes de développement », tandis que la seconde figurera au quadrant « Impact à l'échelle de groupes-cibles – Pistes de consolidation ». Le tableau de la page suivante présente le tableau synthèse du continuum « Dépendances ».

Dans ce premier exercice, seules les zones d'amélioration potentielle, formulées en pistes d'action, ont été considérées. De nombreuses interventions, essentielles au bon fonctionnement d'un continuum, sont passées sous silence, parce qu'elles n'ont pas révélé d'écart entre les besoins et l'offre de service. Ces interventions doivent donc être maintenues et ne devraient pas être mises de côté au profit d'une piste d'action prometteuse. Par ailleurs, les pistes d'action dont la puissance de l'intervention n'a pas atteint le seuil défini lors de l'analyse ne se retrouvent pas dans le tableau synthèse : ces pistes sont à approfondir. Rappelons enfin que l'analyse est basée sur notre perception de la situation régionale montréalaise et que cette analyse doit être validée au niveau local.

Ces informations en main, il devient plus aisé de relever le défi qui consiste à composer un portefeuille équilibré d'interventions qui est le plus adapté possible à l'ensemble des besoins de la population visée. Ce portefeuille équilibré d'interventions devrait, par exemple tenir compte du fait que certaines pistes d'action sont déjà bien engagées dans les milieux locaux, que d'autres le sont moins et que d'autres encore requièrent l'ajout de ressources. En somme, le tableau synthèse invite les décideurs à identifier les pistes à privilégier pour répondre à l'ensemble des besoins de la population visée par le continuum, en tenant compte de la capacité ou de l'opportunité de déployer les ressources nécessaires à l'actualisation des interventions requises.

**Tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact des pistes d'action pour le continuum d'intervention « Dépendances »**

Pistes de développement

Pistes de consolidation

	Pistes de développement	Pistes de consolidation
Impact à l'échelle de la population du continuum	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. (Programme d'interventions précoces )</li> <li>7. (Services généraux et spécifiques)</li> <li>9. (Service régional d'évaluation-suivi-monitorage des activités)</li> <li>11. (Services de désintoxication)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. École en santé</li> <li>8. (Services spécialisés en externe avec interventions financières)</li> <li>10. (Stratégie de promotion des services)</li> </ul>
Impact à l'échelle des groupes cibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Récupération des seringues</li> <li>6. Travailleurs de rue</li> <li>12. (Médecins (évaluation et suivi en interne))</li> <li>13. (Interventions intégrées pour clients avec troubles concomitants)</li> <li>17. (Services de soutien pour l'entourage)</li> <li>18. (Programme structuré de réinsertion sociale)</li> <li>19. (Suivi post-traitement adapté aux clientèles ciblées)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Activités de sensibilisation jeux de hasard - communauté chinoise</li> <li>5. (Programme Fluppy)</li> <li>14. Coordination-collaboration entre les services de 1<sup>ère</sup> ligne et 2<sup>e</sup> ligne (ex. : gestionnaire de cas, corridors de service)</li> <li>15. Programme Ladouceur pour la communauté chinoise</li> <li>16. Service régional de formation-sensibilisation-coaching</li> <li>20. (Programme de maintien à la méthadone)</li> </ul>

( ) = contraintes liées à la disponibilité des ressources

## **CONCLUSION**

La démarche pour l'élaboration d'outils d'aide à la décision, entreprise par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie en juin 2004, s'inscrit dans le courant actuel qui préconise un recours accru à des données probantes dans le processus de prise de décision dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Cette occasion unique de mobilisation des expertises de l'Agence a permis de développer des outils qui offrent une vue d'ensemble des pistes d'action à partir desquelles les décideurs seront en mesure de composer un portefeuille équilibré d'interventions fondées sur des données probantes, dans l'optique de répondre de manière équitable, et avec un maximum d'impact, à la diversité des besoins de la population de leur territoire.

Il reste cependant encore beaucoup de travail à faire, que ce soit au niveau de la mise en place de modalités concrètes de coordination pour la mise en œuvre des pistes d'action, du développement d'outils ou du raffinement de la méthodologie. Et pour mener à bien ce travail, l'Agence souhaite maintenir un dialogue continu avec ses partenaires, de façon à assurer un partage d'informations valides et pertinentes dans l'optique d'apprécier plus justement la performance du système de santé ainsi que son impact sur la santé et le bien-être de la population montérégienne.

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

KESSLER, R.C., C.B. NELSON, K.A. MCGONAGLE et autres. « The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders : Implications for prevention and service utilization » *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 1996, p. 17-31.

PAQUIN, Pierre et Andrée PERREAULT. *Cadre de référence pour le travail de proximité en Montérégie*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, septembre 2001.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Pour un réseau intégré en toxicomanie : Cadre de référence*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, octobre 2003.

## **LISTE DES COLLABORATEURS**

### **MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE TRAVAIL DE L'AGENCE**

Geneviève Gagneux, pilote  
Pierre Paquin  
Lynn Villeneuve

### **EXPERTS EN PROVENANCE DU RÉSEAU<sup>12</sup>**

Tom Brown - Hôpital Douglas  
André Cadieux - Centre jeunesse de la Montérégie  
Marc Caya - L'Alcôve  
Réjean Huot - CLSC Jardin du Québec  
Michel Proulx - Centre Le Virage  
François Rabeau - CLSC Seigneurie de Beauharnois  
John Topp - Pavillon Foster

### **MEMBRES DU COMITÉ DE COORDINATION SUR LES CONTINUUMS**

De septembre 2004 à avril 2005, les travaux sur les continuums ont été menés au sein de l'Agence sous la coordination du Comité de coordination sur les continuums formé de représentants des directions de la Planification et des Affaires publiques (DPAP), de la Santé publique (DSP), de la Direction exécutive de la gestion du réseau (DEGR).

Johanne Fournier, DPAP, responsable du comité de coordination

Jocelyne Audet, DEGR  
Diane Bélanger, DEGR  
Paul Berger, DSP  
Catherine Bertrand, DEGR  
Ginette Lafontaine, DSP  
Aimé Lebeau, DSP

---

<sup>12</sup> Personnes consultées lors du colloque régional tenu le 25 novembre 2004.

**ÉQUIPE RESPONSABLE DE LA MÉTHODOLOGIE (OUTILS ET DÉMARCHE) SOUS LA COORDINATION SCIENTIFIQUE DE DENIS A. ROY, DIRECTEUR DE LA DGIC**

Sylvie Cantin, DPAP  
Liliane Foisy, DPAP  
Mylène Kosseim, DPAP  
Marc Lavoie, DSP

**COLLABORATION À LA CONCEPTION, RÉDACTION ET PRODUCTION DES DOCUMENTS**

Nicole Lemire, DPAP

**COLLABORATION À LA VALIDATION DE CONTENU**

Monique Benoit, DPAP

**COLLABORATION À LA MISE EN FORME**

France Salois, DPAP  
Madeleine Pierre, DPAP

**COLLABORATION À LA MISE EN LIGNE DE LA BASE DE CONNAISSANCES**

Cheickh Youcefi, DPAP  
Mohamed Jamali, DAFIT  
Vanneth Ngan, DPAP  
Catherine Houtekier, DPAP  
François Simard, DPAP