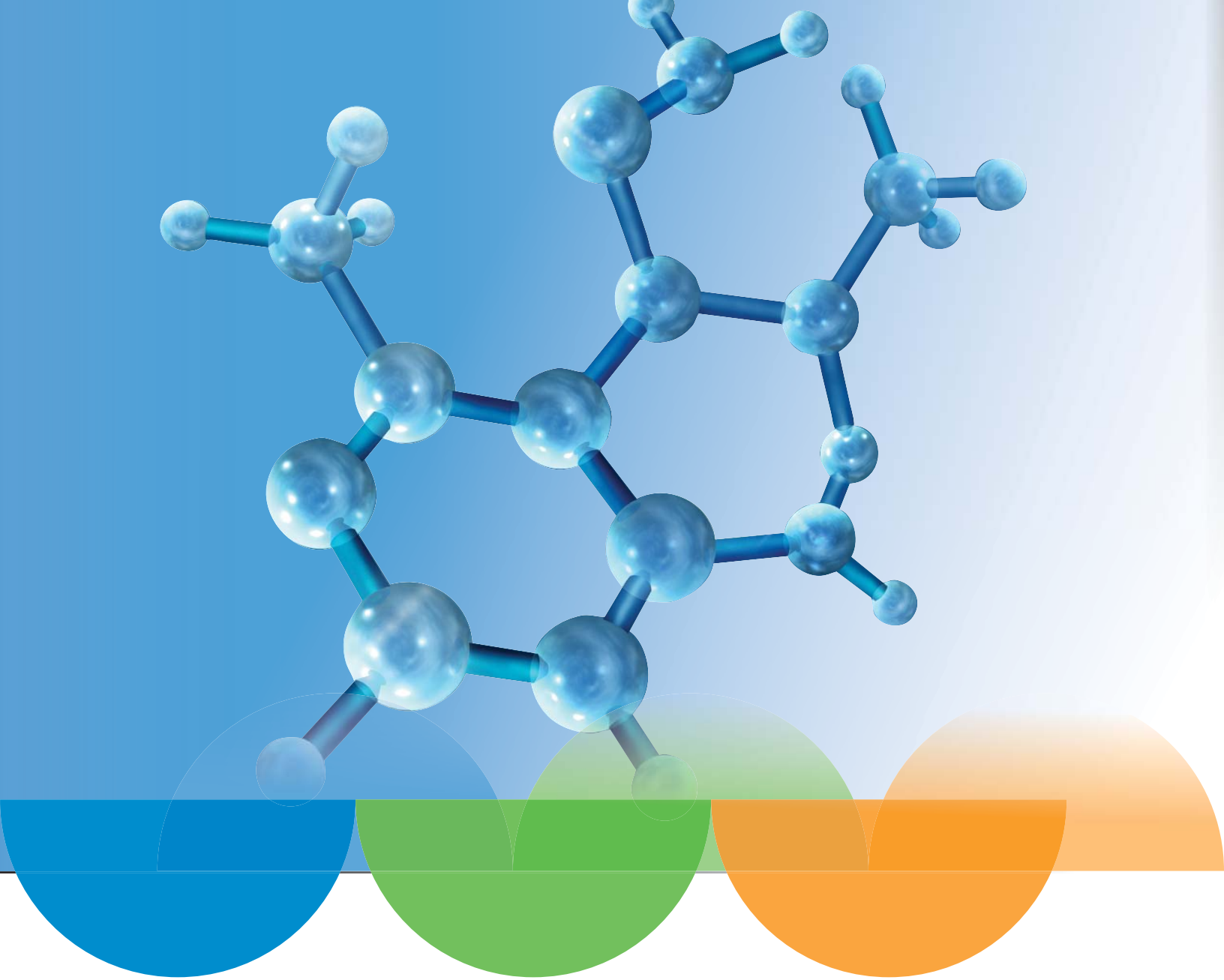


# Guide de référence

## Traitement de la dépendance aux opioïdes
## Programme-services en dépendances

Avril
2014

Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides
Québec

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

ISBN : 978-2-89547-224-7

ISBN : 978-2-89547-223-0 (Imprimé)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source en soit mentionnée. Ce document est disponible sur le site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides : www.santelaurentides.qc.ca/

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

© Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2014

## Remerciements

Nous désirons remercier toutes les personnes qui ont participé à l'actualisation de ce guide de référence

## Collaboration spéciale

M. Richard Morin, CRD des Laurentides

## Consultation

Comité de coordination réseau en dépendance
Comité de coordination réseau en santé physique
Commission régionale multidisciplinaire
Commission infirmière régionale

## Coordination et rédaction

Madame Hélène Laflamme,
Agente de planification, de programmation et de recherche
Direction générale adjointe et des services sociaux
Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

## Mise en page et révision du texte

Marie-Andrée Lauzon

# TABLE DES MATIÈRES

**INTRODUCTION** ..... **7**

**1. PROGRAMME-SERVICES EN DÉPENDANCES** ..... **9**

1.1 LES PROGRAMMES-SERVICES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ..... 9
1.2 DÉFINITION DU PROGRAMME-SERVICES – DÉPENDANCES ..... 9
1.3 PRINCIPES DIRECTEURS DU GUIDE DE RÉFÉRENC ..... 10

**2. ORGANISATION DES SERVICES EN DÉPENDANCES** ..... **10**

2.1. LES NIVEAUX DE SERVICES ..... 10
2.1.1 SERVICES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DITS DE PREMIÈRE (1RE) LIGNE ..... 10
2.1.2 SERVICES SPÉCIALISÉS DITS DE DEUXIÈME (2E) LIGNE ..... 10

**3. LE TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES** ..... **11**

3.1 DÉFINITION ..... 11
3.2 ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES ..... 11
3.3 LES AVANTAGES DU TDO AVEC MÉDICATION DE SUBSTITUTION ..... 11
3.4 L'IMPACT DU NON-TRAITEMENT DES PERSONNES DÉPENDANTES DES OPIOÏDES ..... 12
3.5 PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DANS LES LAURENTIDES ET DES RESSOURCES DISPONIBLES ..... 12
3.6 ESTIMATION DE LA CLIENTÈLE À DESSERVIR ..... 14
3.7 LES CONSTATS ..... 14

**4. UNE PROPOSITION D'UNE ORGANISATION DES SERVICES** ..... **14**

4.1. LES ORIENTATIONS ..... 14
4.1.1 LE TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE ..... 14
4.1.2 LA LIAISON RÉGIONALE ..... 14
4.1.3 L'ÉVALUATION ..... 15
4.1.4 L'APPROCHE CLINIQUE ..... 15
4.2 L'ORGANISATION DES SERVICES SUR LA BASE RÉGIONALE ..... 15
4.3 LA TRAJECTOIRE RÉGIONALE DU TDO ..... 16

**CONCLUSION** ..... **16**

**RÉFÉRENCES** ..... **17**

**ANNEXE 1** ..... **19**

LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES ..... 19
LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE ..... 20

**ANNEXE 2** ..... **21**

# INTRODUCTION

La réforme du réseau de la santé et des services sociaux a amené une restructuration majeure des rôles et responsabilités des établissements œuvrant à l'intérieur de ce réseau. Un des rôles de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides (ASSSL) dans cette réforme est de tracer les balises pour l'élaboration des services cliniques et des ententes organisationnelles. Ainsi, depuis 2004, l'Agence, en collaboration avec les établissements, travaille à l'élaboration et à la consolidation du réseau régional.

La clarification de l'offre et de la trajectoire de service pour le traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO) s'inscrit dans cette démarche. Ceci permettra d'assurer que le client reçoive le bon service, au bon moment et au bon endroit. Cet objectif relativement simple demande un travail d'harmonisation et d'appropriation commune de la part de tous les acteurs régionaux concernés par ce service.

La présente démarche vise donc à produire un guide de référence régional qui identifie les rôles et responsabilités de chacun des établissements du réseau dans le traitement de substitution en dépendances. Ce guide de référence servira d'outil de base régional pour la planification et le développement de l'offre de service en matière de traitement de substitution en dépendances. De plus, la trajectoire du cheminement de la clientèle ayant besoin de ce service, servira d'assise à l'évaluation des services actuellement en place qui, conséquemment, orientera le développement de nouveaux services lorsque requis.

# 1. PROGRAMME-SERVICES EN DÉPENDANCES

## 1.1 LES PROGRAMMES-SERVICES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

En 2004, le MSSS a défini la nouvelle configuration des programmes qui définissent l'ensemble des activités du réseau de la santé et des services sociaux. Cette nouvelle organisation introduit la notion de programme services :

> *« Un programme services désigne un ensemble de services et d'activités organisées dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou encore aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune[1] ».*

On retrouve neuf programmes services :

- Services généraux
- Santé publique
- Jeunes en difficulté
- Dépendances
- Santé mentale : adulte et jeunesse
- Déficience intellectuelle (DI) et trouble envahissant du développement (TED)
- Santé physique
- Déficience physique
- Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

Le programme services en dépendances est transversal avec les autres programmes services, puisque la dépendance est souvent associée à une autre problématique.

## 1.2 DÉFINITION DU PROGRAMME-SERVICES – DÉPENDANCES

Ce programme adopte une approche globale pour la problématique de la dépendance, et ce, quelle qu'en soit la cause. La dépendance entraîne généralement des comportements inacceptables pour la personne elle-même ou pour autrui.

Ce programme vise à répondre aux besoins de toutes les personnes aux prises avec des problèmes d'abus ou de dépendances, quel que soit leur âge. Ainsi, il comprendra à la fois les problématiques reliées à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ainsi qu'à des problématiques émergentes, notamment la cyberdépendance.

Le programme comprend des services de promotion et prévention, d'accueil, évaluation et orientation, de désintoxication, de réadaptation, de réinsertion sociale et de traitement de substitution. Les services de soutien aux familles et aux proches des personnes ayant une dépendance font aussi partie de ce programme.

[1] L'architecture des services de la santé et des services sociaux : Les programmes services et les programmes-soutien

### 1.3 PRINCIPES DIRECTEURS DU GUIDE DE RÉFÉRENC

Le développement d'un guide de référence des services en matière de traitement de la dépendance aux opioïdes doit s'inscrire à l'intérieur des orientations actuelles du réseau de la santé et des services sociaux. Les orientations ministérielles en dépendances précisent que le but de ce programme est de prévenir, réduire et traiter les problèmes de dépendance par le déploiement et la consolidation d'une gamme de services sur l'ensemble du territoire québécois.

À l'heure actuelle, toute organisation de services en dépendances doit tenir compte des orientations ministérielles ainsi que des principes d'organisation des services qui en découlent, de la **responsabilité populationnelle** et de la **hiérarchisation des services** (Annexe A).

## 2. ORGANISATION DES SERVICES EN DÉPENDANCES

L'organisation des services régionaux en dépendances doit s'arrimer avec les niveaux de services définis dans le cadre de la hiérarchisation des services. Elle doit aussi identifier la nature des services que chaque établissement offre dans le respect de son mandat et définir les trajectoires de services en exposant, outre les niveaux et la nature des services, les liens et arrimages entre les programmes services et les établissements.

### 2.1. LES NIVEAUX DE SERVICES

Le cheminement de la personne à l'intérieur du programme services en dépendances s'appuie sur deux niveaux de services offerts par les différents partenaires du réseau. Les niveaux de services ne se définissent plus strictement par l'identité du producteur, ni par le lieu de prestation, mais par la continuité et la gradation dans la spécialisation des services requis par l'état de la personne.

#### 2.1.1 Services généraux et spécifiques dits de première (1re) ligne

Les services généraux et spécifiques répondent à un besoin de maintien ou d'amélioration de la santé et du bien-être et permettent de résoudre des problématiques usuelles et variées. Les services généraux sont offerts à toute la population, alors que les services spécifiques sont destinés à des clientèles particulières ou vulnérables.

L'accès à ces services doit être connu de la population, permettre une dispensation directe des services ainsi qu'un soutien du réseau local de service (RLS). Ce niveau de première (1re) ligne doit également offrir une continuité informationnelle aux intervenants, c'est-à-dire l'accès à l'information pertinente concernant l'usager.

#### 2.1.2 Services spécialisés dits de deuxième (2e) ligne

Les services spécialisés répondent à des problématiques complexes et exigeant une expertise spécialisée, regroupée en masses critiques optimales ou minimales. Une référence (provenant du RLS ou non) est requise pour avoir accès à ces services.

Il est nécessaire que les équipes dédiées en deuxième (2e) ligne aient des compétences professionnelles spécialisées ou une expertise pointue dans un champ d'intervention qui demeure répandu.

De plus, les services spécialisés requièrent souvent une infrastructure particulière et une technologie diagnostique ou thérapeutique avancée tout en étant répandue.
Il est à noter que ces services doivent être réalisés à l'intérieur d'un plan d'intervention, ils sont généralement limités dans le temps et sont soutenus par un échange d'information avec la première (1re) ligne, établissement responsable du suivi. En effet, l'équipe dédiée partage la responsabilité de transmettre l'information quant aux services offerts à l'usager durant un épisode de services ou concernant l'événement qui a suscité le recours aux services de deuxième (2e) ligne.

De plus, selon les besoins d'intervention ou de coordination, la personne doit être réacheminée vers les services de première (1re) ligne lorsque l'épisode de services spécialisés est terminé, sauf lorsque le service rendu en deuxième (2e) ligne assure l'ensemble des interventions requises pour la personne.

Enfin, la modalité de services offerts en deuxième (2e) ligne correspond à une dispensation directe de services aux usagers ainsi qu'à un rôle de soutien auprès des intervenants en première (1re) ligne et aux organismes communautaires.

# 3. LE TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES

## 3.1 DÉFINITION

Le traitement de la dépendance aux opioïdes est un traitement médical au moyen d'une médication de substitution. Il consiste à donner aux consommateurs d'opiacés un substitut de la même famille.

À l'heure actuelle, deux molécules sont utilisées dans le cadre du TDO, soit la méthadone et le Suboxone (Buprénorphine /Naloxone)

## 3.2 ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

Les « *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, programme service dépendance, offre de service 2007-2012* », propose un modèle d'organisation de service à atteindre pour les Traitements de la dépendance aux Opioïdes (TDO) avec un médicament de substitution. Celui-ci suppose que le traitement débute en centre spécialisé pour se poursuivre dans les ressources de première ligne, en particulier dans les CSSS. Selon le ministère, les personnes pouvant être suivies en première ligne sont « les personnes toxicomanes stabilisées au regard d'un traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution et venant des centres spécialisés. Ces personnes ne présentent pas les critères d'orientation vers les services spécialisés quant à leur consommation d'autres substances psychoactives ».

## 3.3 LES AVANTAGES DU TDO AVEC MÉDICATION DE SUBSTITUTION

Il ne fait plus de doute que le TDO avec un médicament de substitution est efficace et qu'il a des effets positifs sur plusieurs aspects de la vie des personnes consommatrices d'opioïdes de même que pour la société. Outre les avantages provenant des effets thérapeutiques attendus du médicament prescrit, le traitement donne accès à un ensemble de services médicaux, infirmiers et psychosociaux dispensés par des professionnels qui ont développé une expertise dans le traitement de la dépendance.

Les principaux effets démontrés dans la documentation sur ces traitements sont :

- La réduction de l'utilisation de drogues :
  - l'arrêt ou la baisse importante de la consommation d'opioïdes illicites, entre autres, de l'héroïne;
  - la réduction de l'utilisation d'autres drogues, y compris la cocaïne et la marijuana;
  - la réduction des abus d'alcool, de benzodiazépines, de barbituriques et d'amphétamines.
- Une baisse significative de l'activité criminelle et d'incarcération;
- La réduction de la mortalité (suicides, intoxications accidentelles et autres);
- Une meilleure santé physique et mentale;
- La réduction des comportements à risque se rapportant au VIH, au VHC et aux autres agents pathogènes véhiculés par le sang;
- Une meilleure adaptation sociale :
  - l'accroissement de la capacité à occuper un emploi;
  - l'accroissement des revenus (le double);
  - l'accroissement de la qualité de vie.
- La réduction de complications obstétricales et fœtales lors de la grossesse.

## 3.4 L'IMPACT DU NON-TRAITEMENT DES PERSONNES DÉPENDANTES DES OPIOÏDES

Parmi les conséquences négatives sur la santé physique, il faut souligner la propagation du VIH, des hépatites C et B et d'autres agents pathogènes transmis par le sang. Cette situation s'ajoute aux problèmes infectieux multiples générés par les modes de consommation et le style de vie instable axé sur la recherche d'opioïdes. Tout au long des années de consommation, ces problèmes peuvent être aggravés par des facteurs de marginalisation, de pauvreté et d'itinérance. Quant aux conséquences de la consommation régulière d'opioïdes sur la santé mentale, les principaux problèmes observés sont ceux associés aux troubles de l'humeur tels que la dépression et les troubles d'anxiété. L'usage prolongé entraîne des problèmes de comportement dont les troubles de personnalité, d'évitement relationnel et d'isolement. Il n'est pas rare que les consommateurs d'opioïdes aient connu de longues périodes de rejet, d'exclusion, de méfiance et d'incarcération qui contribuent à rendre les démarches de traitement et de réadaptation difficiles.

En 2008, le bureau du coroner du Québec a recensé cent cinquante-sept (157) personnes décédées par intoxication aux opioïdes, que ce soit de manière intentionnelle, accidentelle ou par suicide. Ceci revient à dire que treize (13) personnes par mois sont décédées de ces intoxications. Ces personnes avaient de 25 à 44 ans et provenaient pour le plus grand nombre d'entre elles de la région de Montréal (56), de la Montérégie (26) et de la Capitale nationale (22).

Nous savons que le taux de mortalité chez les consommateurs d'opioïdes est plus élevé que dans la population générale, que les besoins financiers quotidiens génèrent des activités illégales et qu'une proportion importante des personnes dépendantes des opioïdes souffre de problèmes de santé.

## 3.5 PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DANS LES LAURENTIDES ET DES RESSOURCES DISPONIBLES

La présente section dresse un portrait des services utilisés à l'intérieur des établissements de la région des Laurentides par les personnes ayant besoin d'un traitement de la dépendance aux opioïdes. On y retrouve des données quantitatives par type d'établissement, soit le CRDL, les CSSS, les GMF et le privé.

**TABLEAU 1 : NOMBRE D'USAGERS AYANT RECOURS À UN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION ET RESSOURCES RÉPERTORIÉES (SOURCE CRAN. 2011)**

Région 15

| Services en CRD | | | | | Services hors CRD | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | | | | Méthadone/ suboxone | Nombre de médecins | | | Nombre de patients | | |
| **md** | inf | psy | patient | | CSSS | GMF | Privé | CSSS | GMF | Privé |
| **1** | 1 | 1 | 41 | M | 1 | 1 | 3 | 3 | 0 | 95 |

Selon l'étude du CRAN (2011), la région des Laurentides aurait un accès fluide pour le traitement de substitution, et ce, autant au CRDL que pour les services hors CRDL. Toutefois, la précarité du suivi médical demeure importante en CRDL contrairement pour les services hors CRDL.

Ces statistiques incluent la clientèle vivant en milieu carcéral puisqu'aucun TDO n'est commencé dans ce milieu, seules les personnes ayant amorcé leur traitement avant leur incarcération ont accès au TDO.

Un portrait plus récent, juin 2013, indique que le CRDL accueillait 76 personnes en TDO. Parmi ces 76, 23 étaient stabilisées et le requis de services était de nature de la 1re ligne. De plus, à pareille date, 15 personnes étaient en attente d'un TDO par le CRDL.

**TABLEAU 2 : PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DU CRDL : EN SUIVI, EN ATTENTE DE SERVICES ET EN ATTENTE D'UN TRANSFERT VERS LA 1RE LIGNE (JUIN 2013)**

| Territoire de CSSS | Nombre de personnes en suivi | Nombre de personnes en attente de services | Nombre de personnes en attente d'un transfert vers la 1re ligne (type de traitement) |
|---|---|---|---|
| Antoine-Labelle | 3 | 1 | 1(méthadone) |
| Argenteuil | 14 | 5 | 6 (méthadone) |
| Des Sommets | 7 | 0 | 3 (méthadone) |
| Lac-des-Deux-Montagnes | 2 | 0 | 1 (méthadone)<br>1 (suboxone) |
| Pays-d'en-Haut | 10 | 4 | 3 (méthadone)<br>1 (suboxone) |
| St-Jérôme | 31 | 4 | 3 (méthadone) |
| Thérèse-de-Blainville | 9 | 1 | 4 (méthadone) |
| **TOTAL** | **76** | **15** | **23** |

À l'image de la population générale, les consommateurs d'opioïdes ne représentent pas un groupe homogène. Toutefois, les caractéristiques décrivant les consommateurs québécois admis dans les centres spécialisés pour un traitement de substitution mettent en lumière une population particulièrement vulnérable. Les principaux problèmes observés chez ces personnes sont des antécédents de perte d'un parent, violence physique ou sexuelle ainsi que familiale, des difficultés fonctionnelles sur les plans familial, parental et social. On note aussi des problèmes de santé mentale de type affectif, anxieux ou de troubles de la personnalité, un abus ou une dépendance à d'autres substances que les opioïdes, une morbidité et une mortalité accrues, des conditions de santé physique détériorées et souvent associées à des maladies infectieuses contractées.

### 3.6 ESTIMATION DE LA CLIENTÈLE À DESSERVIR

Selon l'étude du CRAN (2011), le requis de services en traitement de substitution pour la région des Laurentides serait de 274 places. Considérant que 139 personnes sont déjà desservies dans la région, 135 places demeuraient à développer.

### 3.7 LES CONSTATS

Les constats qui se dégagent de l'organisation actuelle des services en TDO dans la région des Laurentides sont :

- Un nombre important de personnes sont desservies par les services spécialisés du CRDL;
- L'offre de service en CSSS est presque inexistante;
- La majorité de la clientèle est suivie en CRDL et en privé;
- Un médecin en GMF est disponible pour offrir un TDO, mais il n'a aucun usager;
- Un nombre insuffisant de places pour le suivi en première ligne.

Outre les médecins, les infirmières et les intervenants psychosociaux, les pharmaciens jouent un rôle important dans le traitement de substitution. Selon l'étude de 2011 du CRAN, 35 pharmacies de la région des Laurentides étaient impliquées dans le TDO.

## 4. UNE PROPOSITION D'UNE ORGANISATION DES SERVICES

Selon le cadre de référence et guide des bonnes pratiques *pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution*, produit par le MSSS en 2006, chaque région doit se doter d'une organisation de services en matière de traitement de substitution afin de faciliter l'accès des personnes pour ce type de traitement et répondre au besoin de continuité.

### 4.1. LES ORIENTATIONS

#### 4.1.1 Le travail interdisciplinaire

Pour éviter le cloisonnement des pratiques professionnelles des médecins, des infirmières et des intervenants, le service doit reposer sur un travail interdisciplinaire. La littérature spécifie que le travail interdisciplinaire est une pratique gagnante en matière de TDO. Il doit reposer sur deux modalités : une liaison régionale et un travail d'équipe.

#### 4.1.2 La liaison régionale

Le MSSS recommande que dans chacune des régions du Québec, un mécanisme formel de coordination assure une cohésion entre les différents partenaires impliqués dans le suivi et le traitement de substitution. Pour le Ministère, ce mécanisme doit être sous la responsabilité du CRD et doit être composé d'une équipe spécialisée pour assurer le développement et le maintien d'une expertise régionale en la matière. Des liens sont à développer entre le CRD et les CSSS, les médecins en GMF ou en cabinet privé, les centres de détention ainsi que les organismes communautaires. Notre proposition est également conforme aux lignes directrices du Collège des médecins et de l'ordre des pharmaciens qui leur recommandent de s'associer à un réseau de médecins ou à un programme multidisciplinaire. Elle est également conforme au cadre de référence du MSSS qui spécifie plusieurs autres modalités de collaboration entre les partenaires.

### 4.1.3 L'évaluation

Le plan de traitement doit reposer sur les évaluations médicales, psychosociales et pharmaceutiques. Notre proposition est également conforme au cadre de référence du Ministère tant au plan du travail interdisciplinaire que de l'évaluation des usagers. Bien que l'évaluation soit principalement médicale dans la mesure où c'est le médecin qui détermine si la médication sera prescrite ou non, l'ensemble des professionnels doit y participer. Cette orientation rejoint également la responsabilité du CRD d'élaborer un plan d'intervention pour les usagers. Enfin elle est aussi conforme aux lignes directrices du Collège des médecins qui souligne que les programmes qui offrent des services de soutien psychologique et social ont un taux de succès plus élevé.

### 4.1.4 L'approche clinique

Le cadre de référence du Ministère recommande de situer les traitements dans une perspective de réduction des méfaits. Toutefois, l'approche clinique peut varier selon les différentes modalités de traitement. Ainsi, si le TDO à bas seuil d'exigence dans une perspective de réduction des méfaits, la désintoxication propose plutôt l'abstinence à court terme et le traitement de maintien et de première ligne implique une démarche de changement sans pour autant comporter un objectif d'abstinence. Les orientations du MSSS proposent d'élargir les services offerts à la clientèle en leur offrant notamment des services de dépistage (ITSS, hépatite). Ils s'inscrivent dans une perspective d'intervention de santé publique auprès d'une clientèle marginalisée. Le Ministère recommande aux CRD de négocier avec les CSSS des ententes de services visant à offrir ces services et le suivi des personnes stabilisées (traitement médical de première ligne).

## 4.2 L'ORGANISATION DES SERVICES SUR LA BASE RÉGIONALE

Afin d'améliorer l'organisation des services aux personnes dépendantes des opioïdes (Ménard, 2001), chaque région doit, notamment :

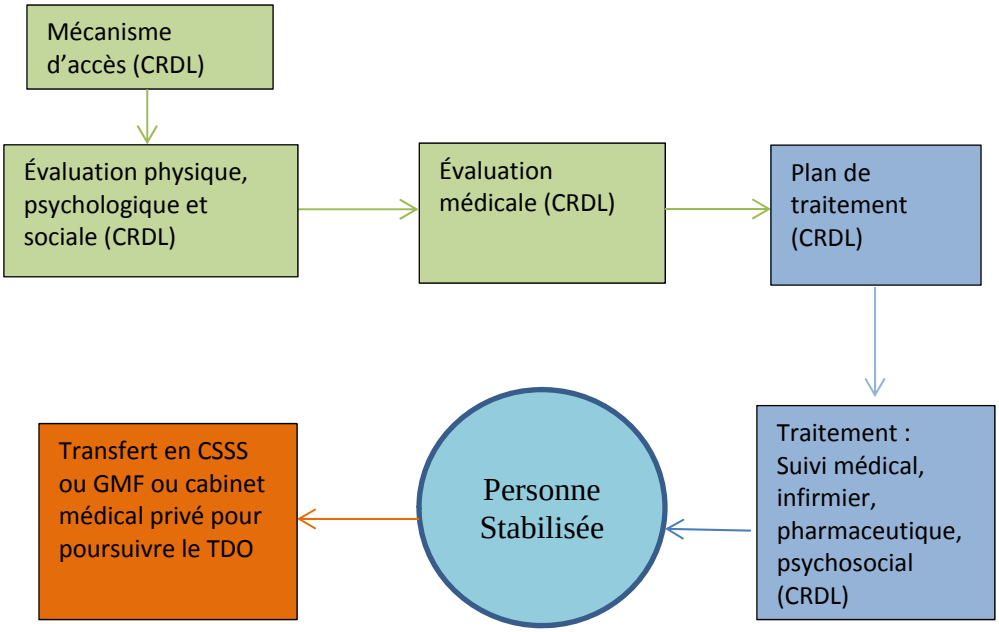
- Disposer d'une équipe spécialisée pour assurer le développement et le maintien d'une expertise régionale en matière de TDO;
- Disposer de médecins dans la communauté offrant le traitement de substitution en étroite collaboration avec l'équipe régionale spécialisée dans le TDO pour permettre, entre autres choses, d'offrir conjointement des soins infirmiers et une intervention psychosociale;
- Établir des mécanismes de référence et des critères de priorisation d'admission au TDO
- Offrir une gamme de services élargie, accessible et largement diffusée auprès des partenaires de la région et en faire la promotion auprès des personnes susceptibles d'en bénéficier;
- Établir un mécanisme formel de coordination pour assurer une cohésion entre les différents partenaires concernés.

Une personne suffisamment stabilisée à la suite d'un traitement de substitution dans un centre spécialisé devrait poursuivre son traitement dans la communauté.

### 4.3 LA TRAJECTOIRE RÉGIONALE DU TDO

C'est l'identification des niveaux de services et la nature des services offerts en dépendances qui permettent de clarifier les rôles et responsabilités de chacun des établissements dans l'organisation du programme services en dépendances.

À cet effet, la trajectoire proposée inclut les établissements et partenaires impliqués, les niveaux de services, les étapes du cheminement de l'usager, les catégories de services cliniques offerts et les mécanismes d'accès.




## CONCLUSION

Les recommandations du comité visent à mieux définir le rôle de chacun des établissements de notre réseau face à une clientèle marginalisée et s'assurer d'une plus grande cohérence de nos actions afin de maximiser les bénéfices qu'ils pourront en retirer.

## RÉFÉRENCES

Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec (1999). Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés.

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (2011). La dépendance aux opioïdes : Portrait des traitements de substitution au Québec.

Ménard, J.P. (2001). Cadre de référence : Les services de traitement à la méthadone, Domrémy Mauricie-Centre-du-Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). L'architecture des services de la santé et des services sociaux : Les programmes services et les programmes-soutien, Québec, gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). Projet clinique, Cadre de référence pour les RLS, Résumé, Québec, gouvernement du Québec.

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, Québec, gouvernement du Québec.

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 DÉPENDANCE, Offre de service 2007-2012, Québec, gouvernement de Québec.

Paquin I et al (2011). Traitement de la dépendance aux opioïdes : Évaluation d'un projet Montréalais de transfert d'usagers stabilisés vers les soins de santé généraux. Volume 10. Numéro 7, juin 2011, p. 93-135.

Principe de de subsidiarité, http:// europa.eu/pol/index_fr.htm, voir glossaire

ANNEXE 1

## LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES

Les objectifs de mise en place d'une offre de service plus intégrée et d'amélioration de la santé et du bien-être de la population se sont matérialisés en 2003 par la création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Ces deux objectifs ont servi de fondement aux nouvelles responsabilités des CSSS à qui on a confié le mandat d'organiser, de concert avec leurs partenaires, les services de santé et les services sociaux sur leur territoire respectif, de manière à répondre aux besoins de toute leur population.

Dans ce contexte, la hiérarchisation des services vise à assurer à la personne le bon service, au bon moment, au bon endroit et avec l'expertise appropriée. Ce principe garantit une meilleure complémentarité entre les services et facilite le cheminement de l'usager entre les services de première (1re), de deuxième (2e) et de troisième (3e) ligne, suivant des mécanismes de référence entre les producteurs de ces services.

Une meilleure accessibilité aux services est assurée par des ententes ou des corridors établis entre ces derniers. Ces mécanismes bidirectionnels prévoient autant le recours aux services spécialisés et surspécialisés que la planification des services généraux et spécifiques offerts à la personne lorsqu'elle retourne dans son milieu de vie.

La hiérarchisation des services, telle que définie dans le présent contexte, n'implique pas de lien de subordination et mise plutôt sur l'appariement des niveaux de services et la nature des interventions requises par la personne et ses proches. Cependant, il faut prévoir l'existence de situations où un mécanisme favorisant la clarté permettra de lever des ambiguïtés sur certains enchevêtrements.

Le concept de hiérarchisation implique la notion de la subsidiarité des services, c'est-à-dire que les décisions doivent être près de l'action. Voici une description de la subsidiarité :

> *« Le lieu le plus important pour le citoyen est l'endroit où il reçoit les services dont il a besoin. Les autres instances n'existent que pour supporter ces lieux, assurer la cohérence entre eux et orienter l'ensemble. L'efficacité de l'ensemble du système découlera d'abord de l'efficacité à ce premier palier. Selon le principe de subsidiarité, les décisions doivent être prises au palier le plus bas possible au sein d'une hiérarchie ou d'une organisation[2] ».*

Selon ce même principe, le niveau auquel il convient d'agir peut aussi varier en fonction des circonstances. Ainsi, dans les domaines de compétences partagées où ce principe s'applique, en l'occurrence les services de santé et les services sociaux avec le CSSS comme premier palier, elle signifie n'agir que là où cela s'avère nécessaire. Plus spécifiquement, l'action à un palier supérieur se justifie si elle répond aux deux aspects de la subsidiarité[3] :

- Les objectifs de l'action proposée ne peuvent être réalisés de manière suffisante par l'instance locale, ici le CSSS (critère de nécessité);

[2] L'architecture des services de la santé et des services sociaux : Les programmes services et les programmes-soutien.
[3] Principe de de subsidiarité, http:// europa.eu/pol/index_fr.htm, voir glossaire

- Ces objectifs peuvent être mieux réalisés par une action d'envergure régionale ou suprarégionale, ici le CRDL (critère d'efficacité).

En somme, il s'agit d'une approche d'interaction et de complémentarité entre les trois (3) lignes de services afin de répondre aux besoins évolutifs de la personne en situation de handicap et d'atteindre la finalité, soit la participation sociale.

## LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

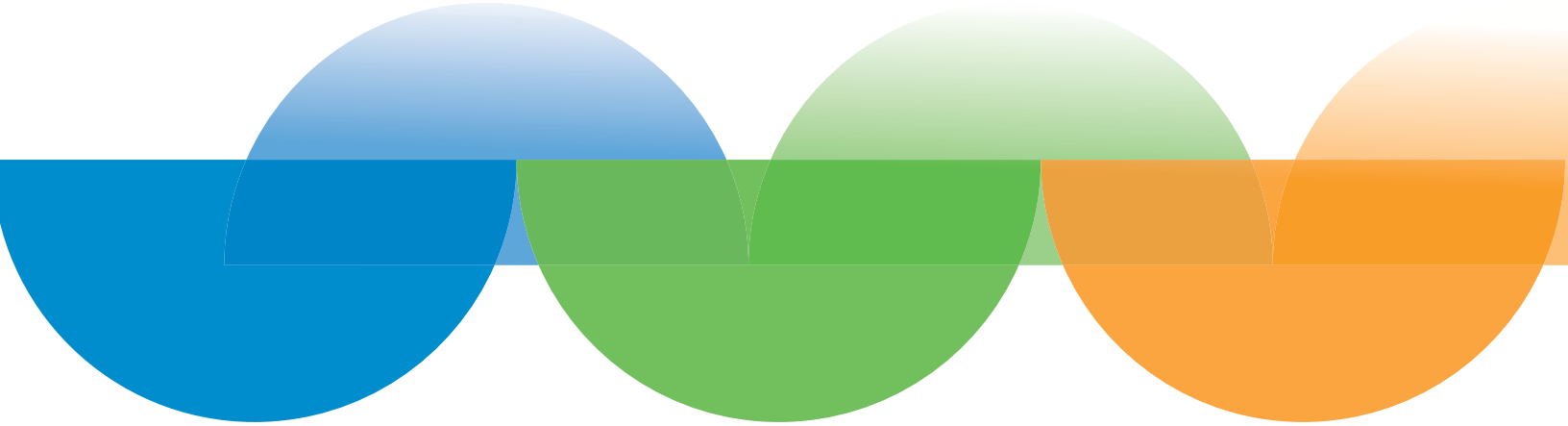
La responsabilité populationnelle implique que les établissements et les autres intervenants offrant des services à la population d'un territoire local doivent partager cette responsabilité. Le modèle d'organisation retenu pour assurer un partage coordonné et efficient des services offerts à la population d'un territoire local est le réseau local de services (RLS). La mise en place d'un RLS vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent de façon continue, à la population du territoire de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés.

L'imputabilité inhérente à cette responsabilité dévolue à l'instance locale par la loi s'exerce dans l'application des quatre (4) règles suivantes :

1. Le CSSS est responsable et imputable de l'accès, de la continuité et de la qualité des services généraux et spécifiques sur son territoire. En prémisse, la planification et la coordination sous régionale des services du RLS incombent aux CSSS, en collaboration avec leurs partenaires;
2. Le CSSS a l'obligation de référer la personne aux services spécialisés ou autres lorsque requis et de rediriger la personne à un autre endroit pour qu'elle obtienne réponse à son besoin lorsque le service n'est pas disponible ou est inexistant, en respectant les standards de continuité et d'accès reconnus;
3. Le CSSS doit suivre la référence jusqu'à ce que le service soit réellement rendu. En corollaire, dans l'objectif de favoriser la continuité des services, le CSSS a la garantie d'être informé par l'établissement à vocation régionale lorsque la personne arrive dans le continuum par une autre porte d'entrée que celle du CSSS;
4. Les établissements à vocation régionale offrant des services spécialisés sont responsables et imputables des services qu'ils doivent offrir selon le mandat qui leur est confié.

Deux exceptions sont toutefois présentes, soit : lorsque le service à obtenir est régi par une loi (ex. : *loi de la protection de la jeunesse*) ou lorsqu'il y a des besoins et conditions particulières (ex. : urgence).

Le projet clinique, qu'il soit global ou spécifique à la clientèle du programme services, doit s'appuyer sur les politiques et orientations ministérielles en la matière. Les besoins des personnes présentant une dépendance et de leurs proches doivent donc être envisagés dans la perspective d'assurer leur intégration sociale et de favoriser leur participation sociale.

ANNEXE 2

| TABLEAU 3 : RÉSUMÉ DES NIVEAUX DE SERVICES | | |
|---|---|---|
| **Services généraux et spécifiques de première (1re) ligne** | **Services généraux :**<br>➥ Permettent de résoudre des problématiques usuelles et variées<br>➥ Sont offerts à toute la population<br>➥ Répondent à des problèmes ponctuels<br>➥ Offrent un accompagnement continu<br>➥ Nécessitent des compétences générales et diversifiées de la part de l'équipe | **Exemples :**<br>• Services de santé et médicaux courants<br>• Info Santé et Social<br>• Activités de santé publique |
| | **Services spécifiques :**<br>➥ Sont destinés à des clientèles particulières ou vulnérables<br>➥ Répondent à des problèmes complexes et interreliés<br>➥ Offrent un accompagnement intensif souvent à long terme<br>➥ Nécessitent des compétences spécifiques de la part de l'équipe<br>➥ Requièrent un intervenant pivot lorsqu'un plan d'intervention ou un plan de services individualisé est nécessaire | **Exemples :**<br>• Services en dépendances |
| **Services spécialisés de deuxième (2e) ligne** | **Services spécialisés :**<br>➥ Répondent à des problématiques complexes<br>➥ Exigent une expertise spécialisée de la part de l'équipe<br>➥ Requièrent ou non une référence pour y avoir accès<br>➥ Sont réalisés à l'intérieur d'un plan d'intervention<br>➥ Sont offerts en continuité informationnelle avec la première (1re) ligne<br>➥ Sont limités dans le temps | **Exemples :**<br>• Services offerts par le CRDL |