

Guide explicatif sur le processus clinique des services spécialisés en dépendance

Direction des programmes santé mentale et
dépendance

Mars 2023

Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation de toutes les personnes mentionnées ci-dessous. À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement des meilleures pratiques.

Comité tactique CISSS de la Montérégie-Ouest

Martin Turcotte, coordonnateur des services spécialisés en dépendance, DPSMD ;

Nancy Corriveau, spécialiste en activités cliniques (SAC) en dépendance et troubles concomitants, DPSMD ;

Jennifer Mascitto, chef de service Volet développement et évolution des pratiques, DSMREU ;

Joanne Vasquez, chef de service aux services spécialisés en dépendance, DPSMD ;

Danielle St-Arnaud, chef de service aux services spécialisés en dépendance, DPSMD.

Comité de travail CISSS de la Montérégie-Ouest

Annie Rouleau, infirmière clinicienne assistante-chef en hébergement dépendance, DPSMD ;

Nancy Corriveau, spécialiste en activités cliniques, DPSMD ;

Julie Leblanc, professionnelle répondante en dépendance pour le territoire du CISSS Montérégie-Centre et coordonnatrice professionnelle, SREPED, DPSMD ;

Étienne St-Pierre Jérôme, éducateur accueil centralisé, DPSMD ;

Guyline Sarrazin, professionnelle répondante jeunesse pour le SREPED, DPSMD ;

Emily Fillion, coordonnatrice professionnelle, DPSMD.

Comité consultatif

Ann-Renée Beaudoin, chef de service Hébergement dépendance, CISSS de la Montérégie-Ouest, DPSMD ;

Myriam Villeneuve, agente de relations humaines, CISSS de la Montérégie-Ouest, DPSMD ;

Jennifer Martin, agente de relations humaines, CISSS de la Montérégie-Ouest, DPSMD ;

Daniel Maurice, agent de relations humaines, CISSS de la Montérégie-Ouest, DPSMD ;

Jean-François Pelletier, spécialiste en activités cliniques et pair-aidant, CISSS de la Montérégie-Ouest, DPSMD ;

Cathy Beausoleil, agente de relations humaines et répondante en dépendance pour le territoire du CISSS de la Montérégie-Est SREPED, DPSMD ;

Ariane Poitras, spécialiste en activité clinique, mécanismes d'accès adulte et AEO, CISSS de la Montérégie-Ouest, DPSMD ;

Barthélémy Noël Beau, travailleur social, coordonnateur professionnel, équipe dépendance CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, DPSMD ;

Sherezad Abadi Perez, soutien aux programmes cliniques et chargée des projets, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, DPSMD ;

Kristina Chamie, agente de relations humaines CISSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, centre anglophone de réadaptation en dépendance, DPSMD.

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

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, mars 2023.
Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	6
LEXIQUE	7
AVANT-PROPOS	10
1. INTRODUCTION	11
1.1. Mise en contexte	11
1.2. Destinataires et but de ce document	12
2. ASSISES	12
2.1. Cadre légal	12
2.2. Principes directeurs	13
3. CADRE CONCEPTUEL	14
3.1. Concepts théoriques fondamentaux	14
3.2. Modèle conceptuel et approches cliniques	16
3.2.1. La pratique orientée vers le rétablissement	16
3.2.2. L'approche biopsychosociale	17
3.2.3. L'entretien motivationnel	17
3.2.4. L'approche cognitivo-comportementale	18
4. ÉTAPES DU PROCESSUS CLINIQUE	19
4.1. Étape préalable au processus clinique : accueil centralisé des services spécialisés en dépendance et autres mécanismes de références	21
4.2. Accueil au programme	23
4.2.1. Analyser sommairement la demande	23
4.2.2. Effectuer la rencontre d'accueil	23
4.3. Évaluation et analyse des besoins de l'utilisateur et de son entourage	24
4.3.1. Identifier et utiliser les outils d'évaluation pertinents	25
4.3.2. Analyser les données obtenues en considérant le niveau de soins et de services requis	25
4.3.3. Rétroaction sur les évaluations	26
4.4. Élaboration du plan d'intervention (PI) et planification des services	27
4.4.1. Identifier les partenaires pertinents	27
4.4.2. Préparation préalable à l'élaboration du PI/PII/PSI	27
4.4.3. Préparation de la rencontre PI/PII/PSI avec l'utilisateur et son entourage	28
4.4.4. Rencontre pour l'élaboration du PI en partenariat avec l'utilisateur et son entourage	28
4.5. Mise en œuvre du PI	29
4.6. Suivi, mesure des résultats et révision du PI	30
4.6.1. Effectuer des suivis	30
4.6.2. Mesurer les résultats et réviser le PI	30
4.7. Fin de l'épisode, recommandations, orientations	31
5. MISE EN APPLICATION	32
5.1. Compétences attendues	32
5.2. Rôles et responsabilités dans l'application du processus clinique	34
6. CONCLUSION	36
7. LISTES DES ANNEXES	36

RÉFÉRENCES	37
ANNEXE A MODÈLE TRANSTHÉORIQUE DES STADES DE CHANGEMENT	41
ANNEXE B UTILISATION PRATIQUE DE L'APPROCHE PAR PALIERS ET NIVEAUX DE SOINS ET SERVICES	43
ANNEXE C CONTINUUM DE SOINS PAR PALIERS ADAPTÉ À L'APPROCHE BIOPSYCHOSOCIALE ET L'EM.....	44
ANNEXE D CRITÈRES D'ÉLABORATION D'OBJECTIFS SELON LE MODÈLE SMART .	45

Liste des abréviations et des acronymes

AEO	Accueil, évaluation, orientation
ASAM	American society of addiction medicine
ARH	Agent de relations humaines
CH	Centre hospitalier
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
DPJASP	Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique
DPSMD	Direction des programmes Santé mentale et Dépendance
DSMREU	Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire
DSSADG	Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie
EM	Entretien motivationnel
ENA	Environnement numérique d'apprentissage
ICASI	Infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
LSSS	Loi sur la santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAID	Plan d'action interministériel en dépendance
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PSI	Plan de service individualisé
PREC	Personnes-ressources en encadrement clinique
PRES	Programme régional d'évaluation spécialisée
PT	Plan de traitement
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAC	Spécialiste en encadrement clinique
SREPED	Service régional d'encadrement professionnel en dépendance
SPA	Substances psychoactives
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
UPI	Utilisation problématique d'Internet

Lexique

Bibliothérapie	Thérapie fondée sur la lecture pour favoriser la guérison (<i>Office de la langue française</i> , 2013).
Consentement	Expression de la volonté de l'utilisateur quant à un acte qui doit être exécuté par une autre personne. Le consentement aux soins et aux services doit être libre et éclairé. • Consentement libre : sans aucune forme de pression ou discrimination de la part du professionnel, de l'intervenant, de la famille ou de l'entourage de l'utilisateur. L'utilisateur consent en toute confiance. • Consentement éclairé : disposant de tous les renseignements appropriés et nécessaires qu'il comprend, et informé des conséquences de son consentement, l'utilisateur consent en toute connaissance de cause (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021).
Disposition au changement	La motivation au changement est constituée de trois éléments permettant d'évaluer la disposition de l'utilisateur et de son entourage au changement : l'importance du changement, la confiance en ses capacités et le fait de se sentir prêt à effectuer des changements.
Données probantes	Ensemble des connaissances issues des données scientifiques, circonstancielles et expérientielles (Straus et al., 2018).
Entourage	Regroupe les personnes significatives pour l'utilisateur. Il peut s'agir de membres de la famille, celle-ci englobant père, mère, frère, sœur, conjoint, conjointe, enfant ou toute personne qui a un lien fortement significatif envers l'utilisateur (amis, tuteurs, intervenants impliqués, etc.)(ACRDQ, 2014). Le terme « proches » peut également être utilisé dans le document.
Évaluation	L'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement.
Évaluation disciplinaire	Les membres de l'équipe multidisciplinaire qui sont membres d'un ordre professionnel procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercices respectif. Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être effectuées que par les professionnels habilités (Office des professions du Québec, 2013).
Évaluation sommaire	Permet de déterminer l'admissibilité d'un usager dans les programmes des services spécialisés en dépendance, par la passation d'outils de détection standardisés ou d'outil de détection maison (pour la clientèle entourage et utilisation problématique d'Internet (UPI)).
Évaluation spécialisée en dépendance	Permet d'établir la gravité de la dépendance d'une personne qui répond aux critères d'un trouble de l'usage des substances (TUS) ou d'un trouble lié au jeu de hasard et d'argent (TJHA) ou qui présente une UPI et permet de déterminer une orientation dans les services spécialisés en dépendance (MSSS, 2018). Elle s'effectue à l'aide d'outils validés et standardisés et peut être complétée par tous les professionnels des services spécialisés en dépendance ayant reçu une formation pour en faire usage. <i>L'évaluation actuellement utilisée pour entourage et UPI sont en voie d'être standardisées.</i>
Interdisciplinarité	Regroupement de plusieurs intervenants, ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques, qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'un usager en vue d'une intervention concertée et d'un partage des tâches. Les intervenants se concertent sur l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire (Hébert, 1997).

Intervenant et médecin	Personne qui, dans le cadre de ses fonctions, intervient auprès de l'utilisateur, en planifiant, coordonnant ou dispensant des soins et des services. Ce terme inclut la notion de technicien et de professionnel : éducateur, agents de relations humaines (ARH), infirmière, infirmière auxiliaire, infirmière clinicienne, infirmière praticienne spécialisée.
Intervenant-pivot	« Intervenant membre de l'équipe multidisciplinaire, responsable d'assurer la planification, la coordination, la continuité et l'intégration des soins et des services. Qu'il combine ou non cette fonction à des tâches cliniques propres à son domaine de formation, c'est lui qui soutient et accompagne la personne et son entourage dans le processus d'obtention des services » (MSSS, 2017). Il est l'intervenant qui connaît le mieux l'utilisateur, qui a un plus long historique de suivi auprès de ce dernier ou qui est en meilleure position pour orchestrer la collaboration interprofessionnelle.
Jugement clinique	Processus cognitif qui permet à l'intervenant de prendre les actions les plus appropriées en tenant compte de l'information connue sur l'utilisateur, des meilleures pratiques liées aux caractéristiques de l'utilisateur et du contexte (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2019).
Multidisciplinarité	Regroupement de plusieurs intervenants où chaque professionnel accomplit sa tâche de façon indépendante. Chacun représente sa propre discipline, fait ses propres évaluations, fixe ses propres objectifs, rédige ses rapports, implante sa programmation et en assure le suivi. Il établit un plan d'intervention et en assume la responsabilité (Larivière & Ricard, 1998, dans CIUSSS MCQ, 2018).
Outils de détection standardisés	Réfère à un instrument de mesure standardisé. Il s'agit d'un outil développé rigoureusement et qui permet de mesurer un concept (ou un indicateur) de manière objective et standardisée. Il peut être défini comme une série de questions autorapportées ou d'items utilisés pour mesurer un concept (Streiner et al., 2015).
Partenaire externe	Réfère à des intervenants et intervenantes impliqués auprès de l'utilisateur et de son entourage, provenant d'établissements ou d'organismes autres que ceux du CISSS de la Montérégie-Ouest (interétablissements ou intersectoriels) (acteurs communautaires, groupes d'entraide, etc.).
Partenaire interne	Réfère aux intervenants et intervenantes provenant d'autres programmes ou directions du CISSS de la Montérégie-Ouest (intraétablissement).
Personne responsable de l'encadrement clinique	Désigne une personne responsable d'offrir de l'encadrement professionnel aux autres membres de son équipe de travail. Elle offre du soutien dans l'application des standards de qualité de la pratique (spécialiste en encadrement clinique (SAC), représentant du service régional d'encadrement professionnel en dépendance (SREPED), coordonnateur professionnel et infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat (ICASI)).
Plan d'intervention	Le plan d'intervention est co-construit avec l'utilisateur et utilisé pour déterminer les objectifs de réadaptation ainsi que pour mesurer la progression et l'atteinte des objectifs. Il s'agit « d'une activité clinique permettant une lecture commune des besoins de l'utilisateur, donnant un sens à l'intervention, permettant un échange pour clarifier les rôles et responsabilités de chacun, ainsi qu'un moment privilégié pour consolider le lien de confiance avec l'utilisateur » (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2020, p.8). Dans ce document, le terme PI désigne l'ensemble des appellations suivantes : le plan de traitement (PT), la note médicale du médecin et le plan thérapeutique infirmier (PTI) ; Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ; Plan de service individualisé (PSI).

Réadaptation	Processus d'évolution personnelle, d'apprentissage et de réapprentissage, qui permet à la personne dépendante qui le désire de reprendre progressivement du pouvoir sur sa vie, de se reconstruire un équilibre physique, psychologique et social, autrement qu'en ayant recours à des comportements de dépendance (ACRDQ, 2014). La conception de la réadaptation par les services spécialisés en dépendance inclut autant la réduction des comportements de dépendance que l'abstinence dans une perspective ou le problème de dépendance se situe sur un continuum allant de transitoire à chronique (ACRDQ, 2014). La réadaptation de l'usager vise un appariement personnalisé entre la gravité des problèmes que présente l'usager, sa motivation au changement et le traitement requis par sa condition.
Services spécialisés	Services visant l'adaptation ou la réadaptation d'une personne qui vit une condition et/ou une problématique exigeant une expertise spécialisée. Ils s'inscrivent en réponse à un besoin pour lequel des progrès significatifs sont attendus. Les services spécialisés s'inscrivent en soutien aux services spécifiques (consultation, transfert d'expertise, formation) (MSSS, 2017).
Usager	Toute personne qui reçoit ou a reçu des soins et services des services spécialisés en dépendance de la DPSMD (adultes et jeunes, TUS, TJHA, UPI, entourage).

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie près de 8 850 personnes et 560¹ médecins à travers plus de 120 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), consiste à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

¹ Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

1. Introduction

1.1. Mise en contexte

La Direction des programmes Santé mentale et Dépendance (DPSMD) a pour mission d'améliorer la santé psychosociale de sa population générale ainsi que celle des citoyens vulnérables aux prises avec des problèmes de santé mentale et de dépendance, et ce, dans un continuum de services basé sur la hiérarchisation des soins et services (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2019a).

Orientée vers le **rétablissement** (voir la [section 3.2](#)) de la personne et soutenant le plein exercice de la citoyenneté, la direction veille à la qualité, à l'efficacité ainsi qu'à l'efficience des pratiques cliniques qui s'appuient sur les données probantes. Plus spécifiquement, le **secteur des services spécialisés en dépendance** de la DPSMD déploie une offre de service visant l'amélioration de la qualité de vie de la population et des personnes vulnérables aux prises avec des problèmes de dépendance ainsi qu'à leur entourage. Ce volet a un mandat régional en Montérégie pour les clientèles anglophones et francophones ainsi que sur l'île de Montréal à la population anglophone (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2019a).

Le présent document découle d'un désir d'harmonisation et de consolidation d'un processus d'intervention clinique et des services au sein des services spécialisés en dépendance de tout le territoire desservi. Ce document s'appuie sur les meilleures pratiques issues des données probantes, des fondements théoriques et s'appuie sur les valeurs et les standards de pratique du CISSS de la Montérégie Ouest. Le programme, les guides et les documents de référence de la direction s'appuient sur le processus clinique.

Le processus clinique est l'ensemble des opérations visant la détermination, sur une base personnalisée, des besoins de l'utilisateur et ceux de son entourage en termes de services et d'interventions adaptés à leur situation (CIUSSS Mauricie-Centre-du-Québec, 2018). Il permet la détermination des étapes nécessaires afin d'assurer des soins et des services de qualité, sécuritaires et pertinents, dans le respect des droits des usagers.

Organisation des services

L'admissibilité aux services spécialisés en dépendance ne requiert pas de diagnostic. L'admissibilité est déterminée à l'aide d'outils de détection standardisés des problématiques suivantes :

- Trouble lié à l'utilisation d'une substance (TUS)
- Trouble lié au jeu de hasard et d'argent (TJHA)
- Utilisation problématique d'Internet (UPI)

Les soins et services offerts par les intervenants des services spécialisés en dépendance sont conformes aux orientations du MSSS tel que présentés dans le plan d'action interministériel en dépendance (PAID) 2018-2028. Ces soins et services sont regroupés à l'intérieur de différents services afin de répondre aux besoins des usagers (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2019a) :

- | | |
|---|--|
| • Service d'évaluation spécialisée (PRES) | • Le traitement des troubles liés à l'utilisation des opioïdes (TUO) avec une médication de substitution |
| • La gestion de l'intoxication et du sevrage | • Service de réinsertion sociale |
| • Services de réadaptation externes et avec hébergement | • Services de soutien à l'entourage |

Le processus clinique des services spécialisés en dépendance est circonscrit par un épisode de service. Il s'agit de la période à l'intérieur de laquelle l'utilisateur et son entourage reçoivent des services établis à l'aide d'un plan d'intervention (PI).

Un épisode de service présente un début et une fin (voir les critères de fin d'épisode de service à la [section 4.7](#)). L'implication simultanée des programmes ou des directions du CISSS de la Montérégie-Ouest et des partenaires externes du RSSS de la Montérégie est parfois nécessaire.

1.2. Destinataires et but de ce document

Le processus clinique est un outil de référence pour tous les intervenants, les médecins et les gestionnaires de la DPSMD des services spécialisés en dépendance. Il est utilisé lorsqu'un épisode de service est ouvert et donc, qu'un PI est requis, et ce, peu importe le type de PI nécessaire (plan de traitement (PT), plan d'intervention interdisciplinaire (PII), plan de services individualisé (PSI), etc.). Veuillez vous référer au [règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers \(REG-10173\)](#) pour une description des différents types de PI (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2019b).

Ce document vise à procurer aux intervenants et aux gestionnaires une **vision commune du processus d'intervention clinique** en informant des étapes à suivre du début à la fin d'un épisode de service.

Le processus clinique informe sur **ce qui est attendu** de la part des intervenants, vise à guider et à soutenir leur pratique clinique afin d'avoir une vue d'ensemble de la situation de l'utilisateur et de son entourage, et d'orienter l'intervention de façon conséquente.

2. Assises

2.1. Cadre légal

Le processus clinique des services spécialisés en dépendance est élaboré en conformité aux lois et règlements qui définissent les droits des usagers et qui encadrent la planification des interventions et la pratique professionnelle :

- Code civil du Québec (L.Q. 1991, c.64, art.11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18) ;
- Loi sur les services de santé et services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2, art. 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 19.0.1, 39,6, 100, 101, 102, 103, 104, 505) ;
- Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (c. S-5 r.5, art 6, 35, 42, 49) ;
- Code des professions (L.R.Q., C.c.26, art 37, 37,1, 37,2, 39,4) ;
- Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c.R-34.1, art. 2,4, 8, 32, 39, 39,1) ;
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elle-même ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38, art. 8, 9, 14, 15, 16, 17, 18, 19) ;
- Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (L-6.3, section IV, art. 8., Section III art. 17, 20, 21.).

2.2. Principes directeurs

Les principes directeurs du processus clinique s'inspirent des travaux effectués dans les services spécialisés en dépendance ainsi que du plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 (MSSS, 2018).

Favoriser l'accessibilité et la continuité des soins et services : Les besoins spécifiques de chaque usager sont pris en considération dans la dispensation des services spécialisés en dépendance. Ce principe permet de diminuer les barrières d'accès en fournissant des soins et services coordonnés et intégrés, et ce, équitablement sans égard à certains facteurs tels que le revenu, le lieu de résidence, l'éducation, le niveau de vulnérabilité, etc. Le principe selon lequel l'usager est « toujours à la bonne porte » s'applique.

Ceci implique de rejoindre les personnes répondant aux critères d'admissibilité des services spécialisés en dépendance au moment opportun, avec les modalités qui leurs conviennent et dans les milieux de vie qu'elles fréquentent (MSSS, 2018). La continuité réfère à favoriser l'implication d'un intervenant-pivot et de prioriser la collaboration interprofessionnelle avec les partenaires internes et externes au profit d'un parcours fluide pour l'usager. Ces actions permettent d'assurer une pratique qui répond aux besoins de l'usager de façon efficiente et performante et de fournir des interventions orientées sur les résultats ayant des impacts directs (bénéfiques) chez l'usager et son entourage.

L'usager au centre des discussions et des décisions le concernant : L'usager est le principal partenaire des interventions le concernant. « 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 » (MSSS, 2018). La promotion, le respect et la protection des droits de la personne doivent être valorisés en respectant sa personnalité, sa façon de vivre, ses différences, ses volontés, ses opinions, ses aspirations, ses capacités, son potentiel et les liens qu'elle entretient avec son environnement (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017 et 2018b).

L'établissement d'un partenariat de soins et services entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux contribue à ce que l'expérience vécue par l'usager et son entourage respecte leurs attentes, leurs besoins et favorise leur autodétermination. Ce partenariat renforce l'autonomie et la responsabilisation des usagers vis-à-vis leur démarche de réadaptation et leur santé.

La pratique collaborative préconisée lors de la prestation des soins et des services : Miser sur le respect et la reconnaissance de l'apport de tous les partenaires permet d'accroître la collaboration, la concertation et la confiance nécessaires pour travailler dans une perspective de soins et services partagés (Thomson, D., 2015). La qualité des soins et services est influencée favorablement lorsque la pratique collaborative est mise de l'avant par tous les partenaires internes et externes et par les milieux que les usagers sont susceptibles de fréquenter en cours de démarche. Un leadership collaboratif favorise la mise en œuvre de ce principe directeur.

Les membres de l'entourage sont des partenaires lors de la réalisation des étapes du processus clinique. Ils favorisent l'engagement et la persistance de l'usager dans sa démarche ainsi que l'atteinte de ses objectifs. Lorsque l'usager est un membre de l'entourage, l'implication de son entourage est tout aussi pertinente.

Actions fondées sur la connaissance et l'expérience : Baser et actualiser les interventions et l'organisation des services de manière à se rapprocher le plus possible des approches, des interventions et des modèles théoriques basés sur les données probantes, les données prometteuses ou novatrices et les meilleures pratiques. La qualité de la pratique est fondée sur « l'importance de l'innovation expérientielle laquelle fait référence aux connaissances et à

l'expérience des intervenants, des consommateurs de SPA, des joueurs de TJHA et des utilisateurs d'Internet ainsi que de leur entourage » (MSSS, 2018).

3. Cadre conceptuel

Les concepts théoriques fondamentaux, modèles conceptuels et approches préconisés par les services spécialisés en dépendance sont intimement liés. Ensemble, ils constituent les fondements de l'intervention.

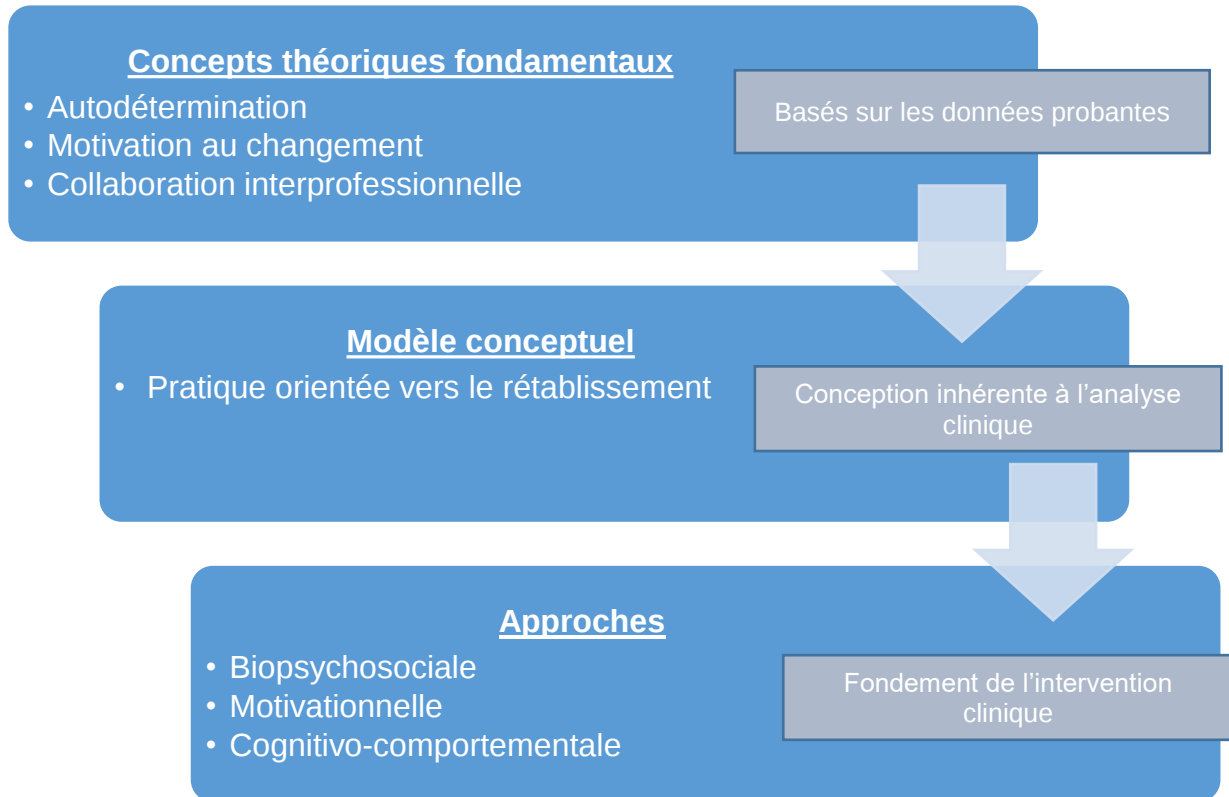


Figure 1 cadre conceptuel

3.1. Concepts théoriques fondamentaux

Outre les principes directeurs précédemment nommés, d'autres concepts clés ont été retenus comme étant au cœur du processus clinique des services spécialisés en dépendance :

Autodétermination

L'autodétermination est « l'action de décider par soi-même et pour soi-même ». Cela inclut la notion d'autonomie décisionnelle qui se définit par la possibilité d'exercer son jugement et de prendre les décisions qui concernent sa vie, de façon éclairée et juste, avec assistance ou non, tout en acceptant les risques qui peuvent y être associés. Elle réfère à la notion du pouvoir d'agir (*empowerment*) » (MSSS, 2021, p.83). La théorie de l'autodétermination postule qu'un contexte favorisant l'autonomie et l'augmentation du sentiment de compétence contribue à augmenter la disposition au changement (Tremblay & Simoneau, 2010).

Dans la perspective de l'intervention, la pratique axée sur l'autodétermination devrait présenter les caractéristiques suivantes (Fong et al., 2019; *Psychotherapy and Counseling – Selfdeterminationtheory.Org*, 2022; Sarrazin et al., 2011) :

- Intervenant à l'écoute, valorisant et compréhensif, travaillant pour bâtir une relation de confiance avec l'utilisateur ;
- Le style de communication est non-hiérarchique ;
- La rétroaction offerte à l'utilisateur est positive et/ou constructive ;
- La transmission à l'utilisateur de toutes les informations concernant sa santé, ses choix de traitement et ses compétences.
- Le fait de proposer à l'utilisateur de nouvelles façons de répondre à ses besoins en matière de relation, de compétence et de choix.

Motivation au changement

La motivation au changement est la volonté d'une personne de changer ses propres croyances et comportements (Carleton University, 2015). Elle est malléable et la relation d'aide peut avoir une importante influence sur elle. Les usagers peu disposés à changer ou ambivalents bénéficient de l'entretien motivationnel afin de les préparer au changement ou de les soutenir dans le maintien des changements déjà effectués.

Collaboration interprofessionnelle

L'importance de la problématique de dépendance et les troubles concomitants pouvant y être associés (judiciarisation, troubles de santé mentale, déficience intellectuelle, problèmes de santé physique, etc.) impliquent un travail de concertation et de collaboration avec les partenaires et l'utilisation d'expertise complémentaire (MSSS, 2018).

La collaboration interprofessionnelle se définit comme étant : « un processus dynamique optimisé qui s'inscrit dans une approche participative de partenariat de soins et de services où la personne, ses proches et la communauté sont parties prenantes de l'équipe clinique » (CISSS de l'Outaouais, 2020).

L'implication d'un ou plusieurs membres de l'équipe interdisciplinaire et des partenaires internes et externes est requise en vue d'atteindre un objectif commun centré sur les besoins, le bien-être et la santé des usagers. Il s'agit d'un processus de communication et de décision qui favorise la responsabilisation et l'engagement de toutes les parties et qui permet aux connaissances et aux compétences des différents intervenants d'influencer de façon synergétique les soins et services fournis (Consortium national de formation en santé, 2017).

Six principaux domaines de compétences sont au cœur d'une collaboration interprofessionnelle efficace (Consortium national de formation en santé, 2017) :

- Offre de soins et services centrés sur la personne, ses proches et la communauté ;
- La communication interprofessionnelle efficace ;
- La définition claire, la compréhension et le respect des rôles et responsabilités des différents professionnels ainsi que de leur expertise ;
- Le leadership collaboratif ;
- Le travail en équipe pour le bien-être de l'utilisateur et ses proches ;
- La prévention et la résolution de conflits interprofessionnels.

3.2. Modèle conceptuel et approches cliniques

Le modèle conceptuel et l'approche clinique servent de balises pour la mise en place des interventions et soutiennent ainsi l'application de chacune des étapes du processus clinique. Elles doivent guider les intervenants et transparaître dans les soins et les services qu'ils offrent aux usagers et à leur entourage.

Le modèle conceptuel influence la perspective de l'intervenant sur tous les aspects à prendre en considération dans ses interventions, tandis que l'approche caractérise l'interaction avec l'utilisateur.

Le modèle conceptuel retenu par la DPSMD est **la pratique orientée vers le rétablissement** puisqu'il s'applique à l'ensemble des personnes pouvant bénéficier des services spécialisés en dépendance. Les interactions avec les usagers lors des interventions sont quant à elles caractérisées par des approches. Celles retenues par les services spécialisés en dépendance sont : **l'approche biopsychosociale, l'entretien motivationnel et l'approche cognitivo-comportementale.**

3.2.1. La pratique orientée vers le rétablissement

Le modèle conceptuel de la pratique orientée vers le rétablissement est axé sur l'expérience de la personne et sur son cheminement vers une vie qu'elle considère comme satisfaisante et épanouissante, et ce, malgré les difficultés personnelles. Ce modèle trouve fondement dans l'adoption de pratiques suscitant l'espoir (Commission de la santé mentale du Canada, 2015 ; MSSS, 2017).

Les interventions avec la personne sont basées sur les principales composantes du rétablissement et doivent être guidées par la conviction que la personne peut agir dans : (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2018 ; Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale & Centre national d'excellence en santé mentale, 2012 ; Commission de la santé mentale du Canada, 2015 ; MSSS, 2017).

- ▶ La reprise de pouvoir sur sa vie ;
- ▶ La détermination de ses besoins et de ses forces ;
- ▶ Le développement de ses habiletés ;
- ▶ Sa responsabilisation ;
- ▶ L'utilisation des ressources disponibles qu'elle juge pertinentes pour répondre à ses besoins.

Dans le modèle conceptuel du rétablissement, **la collectivité** renvoie à l'importance d'offrir des interventions directement dans le milieu de vie de la personne et de l'encourager à utiliser des ressources localisées dans son quartier ou sa communauté.

Voici une liste non exhaustive des moyens d'actualiser l'approche orientée vers le rétablissement dans un service (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2018) :

1. Les intervenants travaillent à développer des partenariats avec le voisinage et les communautés ;
2. Les proches sont impliqués ;
3. Les intervenants jouent un rôle primordial en aidant la personne à s'impliquer dans des activités non reliées à la santé mentale ou à la dépendance ;
4. Les services vont au-delà du contrôle des symptômes et favorisent l'intégration au travail, l'atteinte des buts dans la vie, les passe-temps et les intérêts ;
5. Les intervenants sont bien informés au sujet des groupes d'entraide et des activités communautaires ;

6. Les procédures mises en place permettent de référer rapidement les gens vers d'autres ressources ;
7. Les personnes en rétablissement sont impliquées dans l'évaluation, l'élaboration et la prestation des services.

3.2.2. L'approche biopsychosociale

« L'approche biopsychosociale est une façon de comprendre l'origine des dépendances, mais aussi les conséquences de ces dernières. Ce modèle conceptuel global oriente donc l'intervention de façon structurelle sans toutefois prescrire une méthode thérapeutique particulière. Elle indique que ces trois sphères (biologique, psychologique et sociale) doivent être considérées dans la compréhension du développement d'une dépendance, mais aussi dans l'élaboration du plan de traitement » (Bertrand et al., 2010, p.3).

« Par son caractère multidimensionnel, l'approche biopsychosociale doit être considérée comme une approche globale des dépendances. Elle s'actualise dans des pratiques d'intervention allant de la pharmacothérapie aux approches psychosociales cognitives-comportementales, motivationnelles, systémiques, etc. [...] Les approches d'intervention prennent différentes formes selon la problématique et le besoin, les données probantes, l'expertise des intervenants et les orientations cliniques » (Bertrand et al., 2010, p.3).

Selon cette approche, le traitement offert à l'utilisateur n'a pas pour but uniquement de réduire les symptômes, il doit aussi être adapté à ses besoins biologiques, psychologiques et sociaux afin de favoriser son rétablissement (Chauvet et al., 2015).

L'aspect social de cette approche est central dans les services spécialisés en dépendance. Des rencontres familiales et/ou conjugales doivent être organisées et systématiquement offertes, voire fortement recommandées. Une évaluation spécialisée des membres de l'entourage fait partie des services de base dès le début des services (ACRDQ, 2011).

3.2.3. L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel (EM) est une approche d'intervention centrée sur l'individu, qui vise à augmenter la motivation au changement d'un comportement ciblé par le biais d'une méthode de communication directive, en favorisant chez la personne l'exploration et la résolution de son ambivalence (R. Miller & Rollnick, 2013). L'entretien motivationnel est un style de conversation collaborative centré sur l'utilisateur, utilisé pour renforcer la motivation et l'engagement au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence et en explorant les raisons de vouloir changer de la personne dans une atmosphère d'acceptation et de compassion (R. Miller & Rollnick, 2013).

L'utilisation de l'entretien motivationnel dès la rencontre d'évaluation contribue à accroître significativement la rétention des usagers et l'engagement dans la démarche de réadaptation (Desrosiers & Ménard, 2010). Cette approche participe grandement à l'atteinte d'objectifs identifiés par l'utilisateur, ou du moins, à une prise de conscience des raisons pour lesquelles il souhaite changer (Institut universitaire sur les dépendances du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, 2016).

La rétroaction personnalisée étant un autre ingrédient reconnu pour favoriser une prise de conscience et une intention de changement, celle-ci est fréquemment intégrée à l'EM (Burke et al., 2003), sans en être une composante (Desrosiers & Ménard, 2010). De plus, le concept des **stades de changements du modèle transthéorique** (Prochaska &

DiClemente, 1992) présenté à l'[Annexe A](#) est fréquemment utilisé en complémentarité de l'EM.

Cette approche implique l'utilisation de quatre processus, utilisés de façon non linéaire (Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel, 2022) :

- **L'engagement dans la relation** signifie l'établissement d'une relation fondée sur la confiance mutuelle et sur une aide respectueuse :
 - En manifestant de l'empathie et le non-jugement ;
 - En soutenant le libre arbitre et l'autonomie de l'usager ;
 - En diminuant la résistance.
- **La focalisation** a pour objectif de s'accorder avec la personne sur la direction visée par l'accompagnement :
 - En étant à l'écoute des objectifs de changement identifiés par l'usager ;
 - En communiquant les objectifs pertinents qui pourraient être travaillés ;
 - En déterminant avec l'usager les objectifs de travail ou convenir d'une thématique commune de changement.
- **L'évocation** est le processus par lequel l'intervenant amène l'usager à verbaliser ses propres arguments et motivations à changer en faisant émerger le discours-changement.
 - Susciter le discours changement (avantages de changer/inconvénients à maintenir les comportements) ;
 - Faire ressortir les ressources personnelles de l'usager, ses désirs, ses motivations à changer ;
 - Travailler avec l'usager à augmenter son sentiment d'efficacité personnelle ;
 - Faire émerger les divergences entre les valeurs et les comportements de dépendance ;
 - Ajuster les interventions en fonction des stades de changements ([Annexe A](#)) et du niveau de soin et de services requis.
- **La planification** est possible lorsque l'usager est engagé dans la démarche et prêt à se mobiliser vers un changement.
 - Faire émerger les forces, compétences, expériences de l'usager qui pourront être mis à profit en vue de faire les changements souhaités ;
 - Explorer et identifier les moyens que l'usager a à sa disposition pour amorcer les changements identifiés ;
 - Informer des moyens que les intervenants des services spécialisés en dépendance peuvent mettre à la disposition de l'usager en favorisant son autonomie et son libre arbitre ;
 - Soutenir l'usager dans la mise en œuvre des moyens identifiés.

3.2.4. L'approche cognitivo-comportementale

L'approche cognitivo-comportementale est un ensemble d'interventions basées sur les théories de l'apprentissage (Institut universitaire sur les dépendances du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, 2016). Elle favorise l'utilisation d'un ensemble de techniques visant, entre autres, à faire l'analyse des pensées, des émotions, des conséquences, des comportements, etc.

Cette approche favorise le développement des habiletés visant à éviter et à gérer les situations à risque et à augmenter les alternatives aux comportements que l'usager souhaite modifier. Le monitoring des pensées (distorsions cognitives, pensées automatiques) et des comportements est un outil utilisé dans cette approche.

Les interventions varient entre : des enseignements de la part de l'intervenant, des exercices à pratiquer au domicile (auto-observation, méditation, respirations, relaxation, visualisation, etc.), de l'accompagnement par l'intervenant en vue de développer de nouvelles habiletés à l'aide de jeux de rôle, de modelage, d'accompagnement dans l'actualisation des outils proposés, etc. (Magill & Ray, 2009 ; Shearer, 2007).

4. Étapes du processus clinique

« Le processus clinique encadre explicitement l'intervention par une série de mesures tantôt offertes sous forme de directives (« l'intervenant doit », « le rôle de l'intervenant à cette étape est »), tantôt offertes sous forme de suggestions (« l'intervenant peut à cette étape »). Il est utilisé comme une façon générale de procéder pour traiter l'ensemble des interventions entourant l'élaboration du PI de l'usager » (Fournier, 2009, p.14).

Le jugement clinique, l'apport des connaissances et l'expérience des intervenants demeurent essentiels dans le processus clinique.

Lors d'un épisode de soins et services, l'implication et la collaboration simultanées des programmes ou des directions du CISSS de la Montérégie-Ouest et des autres CISSS ou centres hospitaliers (CH) sont parfois nécessaires. À tout moment lors du processus clinique, une référence vers un autre service de la DPSMD, un partenaire interdirection du CISSS de la Montérégie-Ouest ou un partenaire externe est à envisager selon l'évolution des besoins de l'usager et de son entourage.

Les soins et services par paliers constituent un modèle de prestation de soins et services dans lequel les interventions sont réalisées de façon hiérarchique à partir des besoins de l'usager (Chauvet et al., 2015). Afin d'aider l'usager à atteindre ses objectifs, les soins et services minimaux nécessaires sont offerts et s'intensifient lorsque le traitement proposé est insuffisant. L'évaluation et le suivi des progrès de l'usager permettent de déterminer si les soins et services doivent être intensifiés ou diminués. Plus les problèmes sont complexes, plus les interventions le sont également (Chauvet et al., 2015 ; INESSS, 2019).

L'organisation des services spécialisés en dépendance est basée sur une **hiérarchisation des soins et services (soins et services par paliers)**. Cette organisation de services est probante dans un contexte de services spécialisés en dépendance puisque (Caron & Bellemare, 2019 ; Institut universitaire sur les dépendances du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, 2016 ; Sobell & Sobell, 2000) :

- Les services sont adaptés et personnalisés à l'usager et à ses proches ;
- Tous les usagers ne répondent pas équitablement aux différents types d'intervention et approches ;
- Les besoins et la motivation au changement des usagers peuvent évoluer rapidement ;
- La flexibilité des soins et services offerts favorise l'engagement au traitement ;
- L'appariement y est favorisé, c'est-à-dire que les caractéristiques, les besoins et les demandes des usagers sont considérés afin de tendre vers un niveau de soins et services optimal et le plus accommodant possible.

La hiérarchisation des services vise à faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services grâce à des mécanismes de liaison entre les prestataires de soins et services. Trois niveaux de services en dépendance sont reconnus et définis par le Ministère, soit les services généraux, les services spécialisés et les services surspécialisés. Ainsi, la hiérarchisation des services vise à assurer à l'usager le bon service, au bon moment, au bon endroit et avec l'expertise appropriée. Des mécanismes bidirectionnels sont requis afin de faciliter la transition entre les services spécialisés et surspécialisés et les services généraux et spécifiques (MSSS, 2007).

Le niveau de soins et services requis est déterminé lors de l'évaluation initiale, lors de l'élaboration et de la révision du PI et est réévalué régulièrement tout au long de la démarche de réadaptation, en fonction de (Caron & Bellemare, 2019 ; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020 ; Sobell & Sobell, 2000) :

- La fréquence des comportements de dépendance recueillie via le monitoring hebdomadaire ;
- La gravité des problèmes ;
- La persistance des symptômes ;
- L'altération du fonctionnement ;
- La complexité de la situation clinique (trouble concomitant, besoins de réinsertion sociale, etc.) ;
- Les préférences de l'utilisateur lors du choix de traitement ;
- La réponse au traitement offert ;
- L'historique de démarches antérieures (récurrence, démarches non complétées, autres services reçus, niveau de soins et services jamais offerts, etc.) ;
- Les sources de motivation de l'utilisateur à se mobiliser vers un changement ;
- La disponibilité de l'utilisateur et la disponibilité des autres soins et services requis ;

Les intervenants des services spécialisés en dépendance déterminent l'intensité de soins et services requis en fonction de l'évaluation clinique et des besoins spécifiques de chaque usager, afin qu'ils soient le moins intrusifs pour son mode de vie, les plus efficaces et les plus efficaces possibles (MSSS, 2018). La modulation des soins et services pourrait correspondre à :

Un niveau de soins et services plus léger ou une diminution d'intensité (step down) pourrait correspondre à :

- Proposer des outils d'autosoins (la bibliothérapie, des exercices de méditation, etc.) ;
- Diminution de la fréquence ou arrêt de certaines modalités de service (rencontres individuelles, familiales, de couple, etc.) ;
- Proposition d'un temps de réflexion avant de poursuivre la démarche ;
- Arrêt de la démarche et référence vers un autre service, de moindre intensité, offert par les services sociaux généraux ou par un partenaire interne ou externe, au besoin ;

Un niveau de soins et services plus élevé ou une intensification (step up) pourrait correspondre à :

- Des rencontres individuelles, familiales, de couple, à une fréquence plus élevée ;
- Une participation à plusieurs groupes simultanément ;
- Une référence vers des partenaires internes et externes en vue de travailler en collaboration interprofessionnelle ;
- Une référence vers les services surspécialisés ;
- L'implication de nouveaux membres de l'entourage dans la démarche ;

Un maintien des services ;

- Maintien des objectifs et moyens établis au PI ;
- Maintien des modalités de service de réadaptation (ex. rencontres individuelles, de groupe, etc.) ;

Une **grille d'utilisation pratique des soins et services par paliers** est présentée à l'[Annexe B](#) et un **continuum de soins par paliers adaptés aux approches biopsychosociale et EM** est présenté à l'[Annexe C](#).

Les interventions effectuées dans le cadre du processus clinique doivent être réfléchies et actualisées selon les soins et services par paliers. Les étapes principales du processus clinique sont décrites dans la figure suivante :

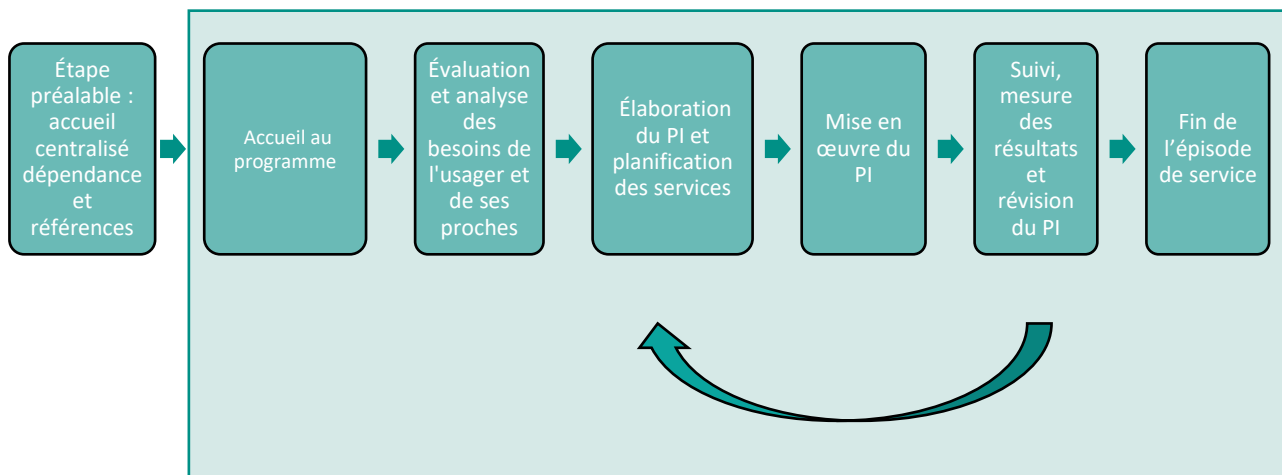


Fig. 2 — Étapes du processus clinique

4.1. Étape préalable au processus clinique : accueil centralisé des services spécialisés en dépendance et autres mécanismes de références

Une analyse de la demande de service est effectuée afin de rendre une décision sur l'admissibilité de la demande (Direction des programmes Santé mentale et Dépendance, 2021a). Cette analyse est effectuée à l'aide d'outils de détection standardisés, d'un outil de détection maison (pour l'entourage) ou d'une évaluation spécialisée en dépendance (effectuée par les infirmières de liaison) et **doit être complétée** pour toutes les demandes de services par l'un ou l'autre des acteurs suivants :

- L'accueil centralisé des services spécialisés en dépendance ;
- Les référents internes et externes (première ligne dépendance, milieu communautaire et scolaire, éducateur, travailleur(se) social(e), médecin, etc.) ;
- La liaison hospitalière ;
- Les intervenants (lors d'une demande de service sur place).

Lorsque le référent n'a pas complété l'outil de détection standardisé, il est invité à le compléter avec l'utilisateur afin de confirmer l'admissibilité, s'il a reçu la formation à l'utilisation de l'outil de détection standardisé.

L'intervenant qui reçoit la référence ou un intervenant disponible doit remplir l'outil de détection standardisé dans le cas où le délai serait trop long avant que le référent formé puisse le remplir avec l'utilisateur ou si le référent n'a pas reçu la formation à l'utilisation de l'outil de détection standardisé.

Bien qu'une centralisation des demandes vers l'accueil centralisé est favorisée, le concept « *toujours à la bonne porte* » s'applique, afin de s'ajuster aux besoins des usagers.

Lorsque l'admissibilité est confirmée, il est requis d'établir le niveau de priorité de l'utilisateur² et de l'assigner au service requis, en fonction de la problématique identifiée. Pour ce faire et pour assurer

² Un document est actuellement en cours de rédaction pour déterminer les critères de priorisation pour la clientèle des services externes.

la sécurité de l'utilisateur et celle de la population, les activités suivantes sont réalisées par les intervenants ou par l'accueil centralisé :

- Exploration du déclencheur de la demande de service, des attentes et des besoins ;
- Résultats aux outils de détection standardisés ;
- Estimation du risque suicidaire ;
- Estimation et gestion du risque d'homicide chez l'adulte, au besoin ([Outil d'estimation et de gestion du risque d'homicide](#)) ;
- Référence vers les services requis au besoin, avec le consentement de l'utilisateur.

Les grandes étapes effectuées à l'accueil centralisé sont illustrées à la figure 3.

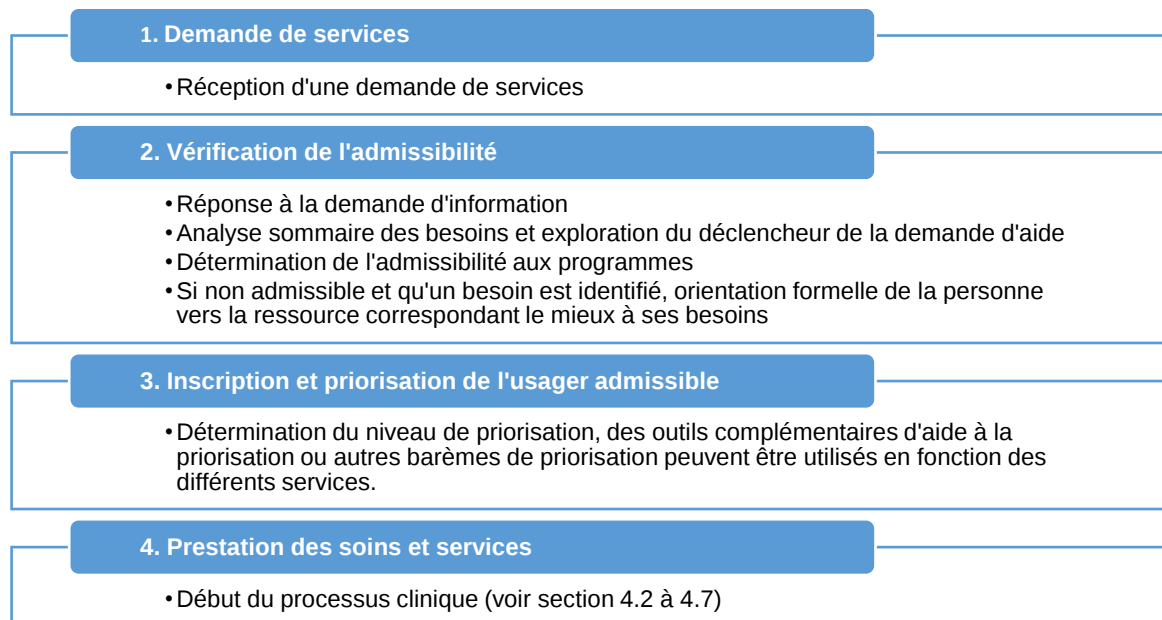


Figure 3 étapes effectuées à l'accueil centralisé

Cette étape préalable au processus clinique se finalise lorsque l'utilisateur est assigné à un intervenant, est inscrit à une activité d'accueil ou lorsque débute l'épisode de soins ou de services. À noter qu'il est **fortement recommandé** d'inviter l'utilisateur à se présenter à son premier rendez-vous **accompagné** d'un membre de son entourage, de son référent ou d'un intervenant impliqué, afin de soutenir l'utilisateur, d'avoir une lecture dynamique et interactionnelle de l'utilisateur et de son entourage et de favoriser une meilleure adhésion au service (ACRDQ, 2011).

Les étapes suivantes sont présentées dans l'ordre selon lequel elles doivent se dérouler. La durée recommandée pour chaque étape est déterminée par l'organisation du travail, les recommandations ministérielles et le jugement clinique des intervenants.

4.2. Accueil au programme

Cette étape vise à présenter les services à l'utilisateur et à valider la compréhension de la demande de service, dans une perspective de rétablissement. Elle constitue les fondements de la relation de partenariat avec l'utilisateur et son succès sera influencé par la création d'un lien de confiance entre l'intervenant, l'utilisateur et son entourage.

Cette étape est effectuée par l'intervenant responsable de la rencontre d'accueil ou par l'intervenant-pivot. L'attribution du rôle d'intervenant-pivot s'effectue en fonction du titre d'emploi et en fonction du niveau de complexité des difficultés de l'utilisateur et de son entourage, d'enjeux cliniques ou des compétences requises, lorsque cela est possible. Dans le cas contraire, l'attribution se fait parmi les intervenants disponibles.

Les activités d'accueil se font en groupe ou individuellement. Dans les points de service où des groupes d'accueil sont offerts, les accueils individuels sont réservés aux usagers de moins de 18 ans, aux familles ainsi qu'aux usagers aux besoins particuliers (par exemple: des limitations physiques ou intellectuelles, des difficultés psychologiques, une situation sociale précaire ou tout autre motif jugé pertinent par l'intervenant).

4.2.1. Analyser sommairement la demande

Cette étape s'effectue avant de rencontrer l'utilisateur. Elle vise à prendre connaissance des informations **déjà présentes au dossier** de l'utilisateur et à préparer l'activité d'accueil.

- Effectuer la lecture complète du dossier, en ciblant les rapports et les évaluations pertinentes ainsi que l'historique général du parcours de services.
- Relever les attentes, les besoins et les données à clarifier ;
- Vérifier qui sont les partenaires impliqués auprès de cet usager et de son entourage ;
- Identifier les aspects légaux présents (ordonnance du tribunal, implication de la protection de la jeunesse, etc.).

4.2.2. Effectuer la rencontre d'accueil

Avant de rencontrer l'utilisateur et son entourage, s'assurer de maîtriser les éléments centraux de sa situation, dans le but de lui éviter de répéter son histoire.

- Vérifier l'état de l'utilisateur pendant la rencontre : intoxication, désorientation, etc. ;
- Procéder à la [double identification de l'utilisateur \(PRO-10155\)](#) ;
- Présenter l'offre de service ;
- Présenter [les droits et responsabilités de l'utilisateur](#), remettre une copie à l'utilisateur et son entourage ;
- Obtenir le [consentement de l'utilisateur à recevoir des soins et services \(CLI-60531\)](#), ou de ses parents ou du tuteur légal si l'utilisateur est âgé de moins de 14 ans et consigner l'information au dossier de l'utilisateur. Pour plus d'informations sur le consentement, veuillez vous référer à la [politique de consentement du CISSS de la Montérégie Ouest \(POL-10251\)](#).

Les actions suivantes peuvent être effectuées lors des rencontres subséquentes, s'il n'est pas possible d'aborder tous les éléments lors de la première rencontre. Ces actions sont réalisées selon le jugement clinique de l'intervenant, en fonction de l'organisation du travail et en fonction de la modalité de complétion de l'évaluation spécialisée en dépendance (autoadministrée ou complétée par l'intervenant).

- Expliquer le rôle de l'intervenant-pivot, convenir avec l'utilisateur et son entourage du déroulement des rencontres, la durée prévue, procédure en cas d'annulation de rendez-vous, etc. ;
 - Par [l'engagement dans la relation](#) propre à l'approche de l'entretien motivationnel, **valider** les besoins et les attentes de l'utilisateur et de son entourage, le déclencheur et le contexte de la demande d'aide **préalablement identifiés** dans les outils de détection complétés, les notes d'évolution ou dans la fiche de demande de service au dossier physique ou informatique ;
 - Identifier les sources et le niveau de motivation de l'utilisateur en se référant au [modèle transthéorique des stades de changement](#) ;
 - Au besoin, faire signer des [autorisations d'échange de renseignements confidentiels](#) pour transmettre et obtenir le dossier ou des informations auprès des partenaires externes, lorsque des partenaires sont impliqués.
 - Le formulaire d'autorisation d'échange de renseignements confidentiel n'est pas requis pour les communications et les demandes de copies de dossier inter CISSMO. Toutefois, il est recommandé d'informer l'utilisateur de l'intention de communiquer avec le partenaire interne.
- ➞ Dans le cas d'un **refus de service** : documenter les raisons énoncées par l'utilisateur et son entourage et leur expliquer les conséquences possibles de ce refus et les alternatives envisageables. Informer l'utilisateur qu'il peut refaire une demande de service à tout moment. Inscrire le résumé de la discussion dans le système d'information clientèle informatisé³.
- ➞ L'utilisateur et son entourage peuvent être dirigés par leur intervenant-pivot vers un autre service de la direction du CISSS de la Montérégie-Ouest, ou tout autre partenaire interne ou externe en fonction de leurs besoins. L'intervenant-pivot assure la fluidité de ce parcours en utilisant les ententes de collaboration entre services lorsqu'il y en a ou en accompagnant l'utilisateur dans ses démarches pour obtenir le service requis.
- ➞ Le point de service (sans identifier un intervenant en particulier) assure un soutien à l'utilisateur, si requis, au cours de la période se situant entre la réception de la demande de service et l'assignation d'un intervenant-pivot. Tous les intervenants peuvent être appelés à soutenir un usager au courant de cette période. Toutefois, si l'utilisateur a développé un lien de confiance avec un intervenant en particulier, celui-ci sera favorisé, selon sa disponibilité, pour offrir le soutien requis.
- ➞ En cas d'absence d'un usager à une rencontre d'accueil, veuillez vous référer à la procédure lors de l'absence d'un usager à une activité d'accueil (Direction des programmes Santé mentale et Dépendance, 2018).

4.3. Évaluation et analyse des besoins de l'utilisateur et de son entourage

Cette étape vise à réaliser une évaluation spécialisée en dépendance⁴ afin d'identifier et d'analyser les facteurs impliqués dans la situation de l'utilisateur et de son entourage, en lien avec son état biopsychosocial. Cette analyse permet d'établir la base d'information globale qui influencera toutes les étapes du processus clinique. Le délai maximal entre l'accueil et le début de l'évaluation est de 15 jours ouvrables, sauf pour l'entourage (MSSS, 2022).

³ Pour la rédaction des notes évolutives dans le système d'information clientèle informatisé, se référer aux procédures existantes à ce jour (Direction des programmes santé mentale et dépendance, 2022).

⁴ Une évaluation disciplinaire selon le champ d'exercices de chaque discipline concernée est requise selon les exigences des ordres professionnelles.

4.3.1. Identifier et utiliser les outils d'évaluation pertinents

L'évaluation des besoins, dans une perspective **biopsychosociale**, est réalisée à l'aide d'outils d'évaluation spécialisés, reconnus, standardisés⁵ et informatisés. En plus de l'évaluation spécialisée, une multitude d'outils d'évaluation complémentaires est fournie aux intervenants pour procéder à une lecture juste des besoins de l'utilisateur.

L'utilisation de ces divers outils et méthodes est requise pour déterminer :

- La présence d'autres problématiques de dépendance ;
- La possible présence de troubles concomitants ;
- Les besoins de réinsertion sociale ;
- Le potentiel suicidaire (pour tous les usagers) et/ou d'homicide (pour l'adulte) ;
- Les forces et les ressources de l'utilisateur et de son entourage ainsi que de leur environnement ;
- Le [stade de motivation](#) de l'utilisateur en lien avec son objectif de changement ;
- Le niveau de soins et services requis ;

Ceci permet de s'assurer que les soins et services retenus sont sécuritaires et appropriés aux besoins de l'utilisateur et de son entourage ;

- ➡ Au besoin, des interventions peuvent être faites dans l'immédiat (gestion de crise, soutien, etc.).
- ➡ L'évaluation doit prendre en compte la précarité de la situation de l'utilisateur : observation continue des facteurs de vulnérabilité présents pour assurer la sécurité et le bien-être de l'utilisateur et de son entourage.
- ➡ Les évaluations doivent être consignées au dossier de l'utilisateur conformément aux normes en vigueur (lois, politiques et procédures, exigences de tenue de dossier des ordres professionnels).

Il est important de discuter avec l'utilisateur du bien fondé d'impliquer les membres de son entourage dans la démarche de réadaptation. Il importe de faire preuve de sensibilité et d'ouverture face aux craintes que peut faire émerger une telle proposition auprès de l'utilisateur, afin de favoriser l'implication des membres de l'entourage le plus rapidement possible dans le processus de réadaptation de l'utilisateur.

4.3.2. Analyser les données obtenues en considérant le niveau de soins et de services requis.

L'analyse des données obtenues par les évaluations selon le champ d'exercices et les autres évaluations permet de formuler une opinion professionnelle. Elle permet également de dégager des recommandations qui permettent la discussion avec l'utilisateur afin de prendre une décision partagée sur les soins et services à offrir. Cette analyse tient compte du niveau de soins et de services requis et doit être dirigée par les principes fondamentaux du [modèle conceptuel de rétablissement](#) et de l'approche [biopsychosociale](#). Il s'agit de tirer des conclusions fondées sur les données obtenues lors de l'administration des évaluations, en considérant tous les facteurs impliqués (facteurs de protection, facteurs de risque, besoins de l'utilisateur, ses préférences, etc.).

Les facteurs personnels et environnementaux peuvent avoir une grande influence sur l'implication de l'utilisateur dans sa démarche et le succès de cette dernière. Il importe donc

⁵ La direction autorise l'utilisation d'outils maison en attente d'outils standardisés fournis par le MSSS pour l'entourage et les usagers ayant une utilisation problématique d'Internet.

de faire une appréciation de la situation globale de l'utilisateur et de ses proches et des éléments pouvant éventuellement être présents au plan d'intervention tels que : les membres de l'entourage à impliquer dans la démarche, les antécédents de l'utilisateur (historique de démarches dans les services spécialisés en dépendance, démarche passée et actuelle dans d'autres services), les facteurs de risque et de protection en lien avec l'environnement social, le milieu de vie, la situation socioéconomique, etc.

4.3.3. Rétroaction sur les évaluations

Les résultats des analyses et des évaluations sont transmis à l'utilisateur et à son entourage avec le consentement de l'utilisateur (lorsqu'ils sont présents dans la rencontre). La communication de l'analyse se fait par le biais d'une discussion, dans un langage accessible. Il s'agit d'un moment privilégié d'échanges dans le but d'accompagner l'utilisateur et son entourage en vue d'une décision éclairée. Durant cette étape, l'intervenant met en application les processus [d'engagement dans la relation](#) et la [focalisation de l'EM](#) présenté à la [section 3.2.4.](#) ainsi que les principes du modèle conceptuel de [rétablissement](#), **en suscitant l'espoir**.

L'utilisateur et son entourage sont invités à exprimer leur opinion à propos des informations présentées et à demander des précisions, au besoin. Cet échange permet aux intervenants, à l'utilisateur et à ses proches :

- De développer la relation de partenariat ;
- D'entendre le point de vue de toutes les parties ;
- D'échanger sur la vision de la problématique et des facteurs associés ;
- D'informer l'utilisateur et son entourage des risques associés aux comportements de dépendance ;
- De refléter les forces et les compétences que possèdent l'utilisateur et ses proches ;
- De déterminer les priorités ;
- De discuter des services qui seront offerts en fonction de l'intensité de soins et services requis ;
- D'échanger sur leurs besoins, leurs attentes, leurs motivations, leurs intérêts, les changements qu'ils souhaitent prioriser ;
- D'explorer la compréhension de la situation ;
- De transmettre les recommandations et les références et proposer des orientations en abordant les éléments suivants :
 - La pertinence d'effectuer une référence (si l'évaluation révèle que le niveau de soins et services requis correspond aux services sociaux généraux par exemple) ;
 - Le niveau d'urgence à référer ;
 - Le meilleur moment pour réaliser la référence ;
 - Les modalités à convenir (Qui fait quoi ? Est-ce qu'ils se présentent directement à l'organisme par eux-mêmes ?) ;
 - Des délais d'attente pour l'obtention de ces services, si applicable ;
 - Le niveau d'engagement que leur demanderont ces nouveaux services.

➞ À la fin de cette étape, l'utilisateur et son entourage doivent donc avoir reçu toute l'information pour prendre une décision libre et éclairée et les besoins à prioriser ont été déterminés en collaboration entre l'utilisateur, son entourage et les intervenants impliqués.

➞ Les résultats de cet échange doivent être consignés au dossier de l'utilisateur.

4.4. Élaboration du plan d'intervention (PI)⁶ et planification des services

Un PI doit être présent dès qu'un suivi est effectué auprès de l'utilisateur ou de son entourage. L'élaboration du PI permet d'établir des objectifs selon le modèle [SMART](#) (voir l'[Annexe D](#)) avec l'utilisateur, ses proches et les partenaires impliqués. Cette étape s'effectue à partir des besoins qui ont été retenus en priorité à l'étape précédente, en mettant l'accent sur les compétences, les capacités et les ressources de l'utilisateur plutôt que sur ses limites, dans une perspective de [rétablissement](#). L'élaboration du PI doit être réfléchie en fonction de **l'organisation des soins et services par paliers**.

Elle permet d'identifier :

- Ce que l'utilisateur et son entourage souhaitent travailler en regard des besoins prioritaires identifiés ;
- Les objectifs à poursuivre ;
- Les moyens/stratégies à utiliser ;
- La fréquence des rencontres et la durée prévisible pendant laquelle les services seront dispensés ;
- Les services requis et les ressources nécessaires pour répondre aux besoins.

Cette étape permet aussi de planifier la mesure des résultats de l'intervention.

4.4.1. Identifier les partenaires pertinents

Lorsqu'une autorisation de l'utilisateur est présente au dossier (pour les partenaires externes), il est important de contacter les partenaires internes et externes pour établir des zones de collaboration potentielles, de valider des informations, de faire la mise à jour des services reçus ou en cours, de vérifier les dates de tenue d'un PSI, etc.

Collaboration interprofessionnelle

Si l'utilisateur présente diverses problématiques touchant différents services/directions, il est impératif de maintenir une collaboration entre les différents intervenants (ex. : Un usager ayant un épisode de service actif dans le programme santé mentale aura un PI en dépendance et un PI en santé mentale, mais il faut s'assurer que les deux intervenants soient en contact afin de planifier un PII).

4.4.2. Préparation préalable à l'élaboration du PI/PII/PSI

Lorsque l'intervenant-pivot est le seul intervenant présent dans la situation de l'utilisateur ou lorsqu'il doit préparer une rencontre de concertation, il s'approprie les éléments incontournables à échanger avec les partenaires avant d'effectuer la rencontre PI et, entre autres :

- Identifier et organiser les éléments importants à répertorier avant la rencontre ;
- Réfléchir aux éléments significatifs que l'on souhaite faire ressortir ;
- Explorer les différentes possibilités de collaborations avec des partenaires internes et externes, en considérant les besoins prioritaires.

⁶ Le PI est obligatoire selon la Loi sur la santé et les services sociaux (RLRQ c. S-4.2, art.102). Pour des informations supplémentaires, se référer au [Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers \(REG-10173\)](#), disponible pour consultation et téléchargement sur l'intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Une **concertation interdisciplinaire** est requise lorsque deux intervenants ou plus de disciplines différentes ou lorsque la concertation se fait avec un partenaire interne ou externe au CISSS de la Montérégie-Ouest.

Après avoir avisé l'utilisateur et avoir obtenu son autorisation à l'échange d'information, l'intervenant-pivot contacte les intervenants concernés afin de :

- Partager les attentes et les priorités mentionnées par l'utilisateur et son entourage ;
- Partager les observations et réflexions des divers intervenants ;
- Permettre une coordination harmonieuse des interventions ;
- Planifier la rencontre d'élaboration du PI/PII/PSI.

Pour répondre aux besoins de l'utilisateur, l'intervenant ou les intervenants sélectionnent le type de plan requis (PII et/ou PSI selon le cas).

Il peut être nécessaire d'élaborer plusieurs plans, mais chaque intervenant qui participe à l'élaboration du PII ou du PSI (selon le cas) doit également élaborer un PI propre à sa discipline. Chaque intervenant doit s'assurer que ses interventions s'inscrivent dans ce PI, lorsque la rédaction du plan est sous la responsabilité d'un autre professionnel.

4.4.3. Préparation de la rencontre PI/PII/PSI avec l'utilisateur et son entourage

Il est important de préparer l'utilisateur et ses proches, en leur demandant qui ils souhaitent inviter et en leur expliquant comment se déroulera la rencontre pour l'élaboration du PI/PII/PSI :

- Terminologie ;
- Objectifs de la rencontre ;
- Qui seront les participants et quel sera leur rôle (en lien avec leur mandat par exemple) ;
- Déroulement de la rencontre ;
- Identification des besoins et des attentes.

→ Lors d'une rencontre **interdisciplinaire** de PII ou PSI, l'intervenant-pivot favorise la compréhension de l'utilisateur sur le déroulement de la rencontre et diminue les appréhensions, s'il y en a. De plus, l'intervenant principal au dossier, l'utilisateur ainsi que son entourage identifient les objectifs prioritaires et leurs attentes face à la coordination des services. Finalement, il s'assure que l'utilisateur consente à la présence des membres de l'équipe interdisciplinaire à la rencontre d'élaboration de son PII ou PSI.

Chaque intervenant de l'équipe interdisciplinaire ou partenaire présent au PSI s'assure que l'utilisateur et ses proches comprennent bien les services proposés et dispensés, tout en identifiant les objectifs visés en accord avec son mandat et sa discipline.

→ Lors d'une rencontre **multidisciplinaire**, l'intervenant principal au dossier prépare l'utilisateur et son entourage à la rencontre de PI, en utilisant des modalités semblables à celles recommandées lors d'un PII-PSI.

→ Chaque usager peut avoir un PI individuel ainsi qu'un PI familial ou de couple.

4.4.4. Rencontre pour l'élaboration du PI en partenariat avec l'utilisateur et son entourage

Cette rencontre vise à convenir, avec l'utilisateur et son entourage, des objectifs et des moyens d'intervention, en tenant compte des besoins, des évaluations, des valeurs, de la réalité et des conditions de l'utilisateur. L'orientation doit tenir compte des objectifs de

changement auxquels l'utilisateur adhère, ayant pu émerger par le processus d'[évocation](#), de [planification](#) et de [focalisation](#) propres à l'entretien motivationnel.

Le réalisme des moyens retenus est garant de l'implication active de l'utilisateur et de ses proches et favorise l'atteinte des objectifs ciblés. La même attention doit aussi être accordée aux partenaires internes et externes avec qui il est prévu de collaborer, afin de favoriser le réalisme de l'objectif en fonction de leurs disponibilités.

Selon les données probantes, l'efficacité d'un plan découle majoritairement de l'adhésion de l'utilisateur et est tributaire de sa participation active à l'identification des objectifs ciblés.

Le choix des **objectifs d'intervention** peut être guidé selon les éléments suivants :

- Ils sont sécuritaires pour l'utilisateur ;
 - Ils sont en lien avec le projet de réadaptation de l'utilisateur ;
 - Ils sont en lien avec les priorités et le niveau d'implication possible de l'utilisateur et de son entourage ;
 - Ils ont plus de possibilités d'être atteints si l'utilisateur et son entourage reçoivent des services spécialisés en dépendance ;
 - Ils sont modulables en cours de traitement ;
 - Ils sont de courte durée ;
 - Ils suivent le modèle SMART (voir l'[Annexe D](#)).
- Le plan d'intervention devrait refléter **les besoins de l'utilisateur** identifiés par l'utilisateur, son entourage et l'intervenant.
- Il est important de choisir des termes qui suscitent l'adhésion de l'utilisateur et de son entourage.
- Le PI est rédigé dans le formulaire en vigueur. Le PI doit être déposé au dossier de l'utilisateur et une copie est remise à l'utilisateur et à son entourage.

4.5. Mise en œuvre du PI

Les interventions sont réalisées avec l'utilisateur, son entourage et les partenaires internes et externes, lorsque requis et selon les modalités convenues. L'intervenant-pivot assure le suivi des objectifs, l'efficacité du traitement, et la mise à jour du PII ou PSI tout au long des services, même si plusieurs partenaires sont impliqués. Cela implique de moduler les services en fonction du niveau de soins et de services requis, à l'aide du monitoring en continu et en offrant les modalités les moins intrusives et qui correspondent aux besoins changeants des usagers. Chaque intervenant impliqué procède à la mise en œuvre du plan en tenant compte des objectifs spécifiques ou des orientations élaborées conjointement, des moyens d'intervention et de l'échéancier convenus avec l'utilisateur et ses proches.

Les notes d'évolution ou de suivi inscrites au dossier de l'utilisateur doivent refléter la progression de l'utilisateur à l'égard des objectifs et des moyens ciblés dans le plan. Elles doivent être produites dans les délais prescrits, en conformité aux politiques et procédures de tenue de dossiers de l'établissement, pour assurer une continuité de l'intervention.

Selon les changements observés dans l'évolution de la situation de l'utilisateur et de son entourage, des discussions cliniques peuvent avoir lieu entre l'intervenant-pivot, les autres intervenants ou partenaires afin de s'assurer de la cohérence et de la pertinence des interventions et du maintien d'une vision commune de la situation, sur une base continue.

4.6. Suivi, mesure des résultats et révision du PI

4.6.1. Effectuer des suivis

Tant que le PI est actif, l'intervenant-pivot doit être proactif et en mode continu de vigilance quant à :

- La régularité du monitoring des comportements de dépendance ou des objectifs de changement chez l'utilisateur entouré ;
- L'évolution de la condition de l'utilisateur au plan de la santé physique, psychologique et sociale et ajustement des services si requis ;
- L'implication de l'utilisateur dans sa démarche ;
- Le besoin d'offrir une intensification ou une diminution des soins et services (voir les [Annexes B et C](#)) ;
- L'analyse des facteurs de risque pour assurer la sécurité de l'utilisateur et de la population ;
- L'analyse des écarts entre ce qui a été convenu au PI et les services rendus ;
- La qualité de l'expérience de soins et de services de l'utilisateur et de son entourage ;
- La nécessité de procéder à une nouvelle évaluation en fonction des difficultés identifiées.

Le PI doit suivre l'évolution de la situation de l'utilisateur et s'adapter à sa réalité tout au long de la démarche clinique.

4.6.2. Mesurer les résultats et réviser le PI

À cette étape, il faut s'assurer que le PI a été respecté, qu'il a donné les résultats escomptés et que l'utilisateur a vécu une expérience de qualité. L'intervenant doit demeurer à l'écoute de l'utilisateur et de son entourage en ce qui a trait à leur satisfaction des services reçus et pour les besoins non comblés. Il doit également procéder à cette étape en utilisant l'organisation des soins et services par paliers, afin d'ajuster l'intensité des services à la situation de l'utilisateur.

La révision désigne le suivi périodique des éléments contenus au PI. Elle est réalisée avec la participation de l'utilisateur et de ses proches et les collaborateurs si requis. Ensemble, ils conviennent des modifications des objectifs et des moyens au PI. Comme il est inscrit au [Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des PI des usagers](#), « les révisions doivent s'effectuer selon les termes prévus lors de l'élaboration du PI, lorsqu'un changement apparaît dans l'état ou les besoins de l'utilisateur, ou selon les normes dictées par le programme clientèle ou le ministère de la Santé et des Services sociaux » (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2019, p.14). La révision du PI doit être faite au plus tard après 90 jours.

La révision est l'occasion de veiller à :

- La révision des objectifs avec l'utilisateur, pour les modifier, en retirer ou en ajouter ;
- Un réajustement, une modification lorsque nécessaire, du plan et des services, en fonction de l'évolution de la situation clinique de l'utilisateur ;
- Une intensification ou une diminution de l'intensité de soins et services ;
- Une vérification de l'atteinte des objectifs et des résultats prévus ;
- Une mesure de l'impact des modalités d'intervention ;
- Un partage de la vision de l'utilisateur et de son entourage quant aux objectifs visés et aux stratégies d'intervention pour y parvenir.

4.7. Fin de l'épisode, recommandations, orientations

L'**épisode de service** peut **prendre fin** à tout moment, lorsque l'une des conditions énumérées ci-dessous est présente :

- L'atteinte des objectifs du plan ;
- À l'issue d'une évaluation, il y a absence de besoin relevé ou de demande de la part de l'utilisateur ou de son entourage ;
- L'utilisateur est transféré vers une autre ressource en vue de traiter la dépendance (partenaire externe sans entente de collaboration avec le CISSMO) ou vers un établissement pour une autre raison que le traitement en dépendance ;
- Un élément nouveau fait en sorte que l'utilisateur et/ou son entourage n'ont plus la capacité ou la disponibilité à participer à l'atteinte des objectifs indiqués au plan d'intervention (prison, maladie) ;
- En raison de contraintes diverses, incluant un manque de coopération de la part de l'utilisateur. *Avant de prendre cette décision, se référer à la procédure en cas d'absence d'un utilisateur ;
- Incapacité à rejoindre l'utilisateur, non-respect des règles, expulsion ou renvoi de l'utilisateur ;
- L'utilisateur et sa famille signifient de manière libre et éclairée, leur intention de mettre fin aux services ou refusent le service offert ;
- L'utilisateur quitte la région ou décède.

À l'approche de l'atteinte des objectifs du PI, l'intervenant-pivot sensibilise l'utilisateur et ses proches de la fin prochaine des interventions. L'utilisateur est partie prenante de cette étape où il est convenu de l'atteinte des objectifs et/ou de l'orientation à privilégier. Avec l'accord de l'utilisateur, les partenaires impliqués sont informés de la fin de l'épisode dans lequel ils sont impliqués.

Lorsque la démarche de l'utilisateur et de son entourage est complétée ou qu'une fin d'épisode de service est convenue, une rencontre bilan est réalisée.

Pour chaque fermeture d'épisode de service, une note, un bilan ou un rapport de fermeture, selon les programmes et selon les consignes des ordres professionnels, doit être rédigé et déposé au dossier de l'utilisateur le plus tôt possible, et ce, en conformité aux politiques et aux procédures de tenue de dossiers en vigueur dans l'établissement. Celui-ci contient:

- La synthèse des interventions réalisées ;
- Le niveau d'atteinte des objectifs ;
- La satisfaction de l'utilisateur relative aux services reçus, si l'information est disponible ;
- Le motif de la fermeture en lien avec le PI, la formulation de recommandations en vue d'une prochaine démarche ou de suivis à réaliser ;
- L'orientation de l'utilisateur vers d'autres services ou partenaires, si requis. Le rapport permet de faciliter la continuité de l'intervention dans le cadre d'un prochain épisode de soins ou de services (s'il y a lieu) ;
- Toute information clinique pertinente.

La fermeture de l'épisode de service est la dernière étape du processus clinique.

Lorsque l'intervenant a une fonction d'intervenant-pivot, il doit s'assurer des modalités mises en place pour le suivi de l'utilisateur avant de mettre fin à l'épisode de service. Il a également **la responsabilité de faciliter la continuité des services de l'utilisateur dans le réseau en :**

- L'informant des modalités d'accès aux services, en cas de besoin ;
- L'accompagnant et en faisant preuve de flexibilité afin d'assurer qu'il reçoive les services requis ;
- Facilitant la réadmission dans les services spécialisés en dépendance lorsqu'une nouvelle demande de service est effectuée (l'intervenant ou le coordonnateur clinique offre un rendez-vous à l'utilisateur sans le référer à l'accueil centralisé et effectue directement les évaluations requises) ;

5. Mise en application

Afin de soutenir les intervenants et les gestionnaires dans l'actualisation du processus clinique, des mesures de soutien et un plan d'implantation contenant diverses modalités sont offerts par les coordonnateurs professionnels, les répondants du SREPED et spécialistes en activités cliniques, des cliniciens mandatés par la direction et la DSMREU tels que :

- De la formation et des activités de développement de compétences ;
- Des activités d'appropriation ;
- Du soutien clinique des intervenants ;
- Une évaluation de l'implantation du processus clinique et de ses effets ;

Ces mesures de soutien permettent de suivre la mise en œuvre du processus clinique, sa qualité et son suivi. Ces mécanismes d'encadrement assurent la pertinence et la cohérence du processus clinique avec les offres de service de la DPSMD ainsi qu'avec les normes et standards de pratique au sein du CISSS de la Montérégie-Ouest.

5.1. Compétences attendues

Les compétences attendues liées au processus clinique des services spécialisés en dépendance s'adressent à tous les intervenants œuvrant avec les usagers et leurs proches dans les différents programmes et services en dépendance.

Les **profils de compétences** précisent les connaissances et les compétences attendues pour l'ensemble des intervenants dans l'exercice de leurs fonctions. Ils comprennent des compétences générales et des compétences de fonction liées au titre d'emploi. Pour davantage d'informations concernant les profils de compétences attendues, référez-vous au [cadre de références sur les profils de compétences – employés catégorie 4](#), au [Référentiel de compétences des membres de l'équipe de soin](#), et au [Référentiel de compétences Intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest pour les employés de la catégorie 1](#).

La direction des services spécialisés en dépendance a également des attentes en termes de compétences spécifiques liées au processus clinique, qui sont illustrées dans le tableau 1.

Compétences attendues pour appliquer le processus clinique des services spécialisés en dépendance
• Connaître le contenu du présent document, notamment les concepts fondamentaux, le modèle (rétablissement) et les approches préconisées (biopsychosociale, approche cognitivo-comportementale et entretien motivationnel), les étapes du processus clinique (modèle de soins et services par étapes) ainsi que les outils cliniques associés ; • Connaître les besoins et les facteurs de risque et de protection de la clientèle desservie par les services spécialisés en dépendance de la DPSMD ; • Connaître les offres de service, les critères d'accès et les trajectoires des différents partenaires internes et externes pour accompagner la clientèle desservie ; • Connaître les meilleures pratiques de prévention des risques en lien avec l'aggravation des comportements et des dépendances et de la santé pour la clientèle desservie par les services spécialisés en dépendance ; • Connaître les modalités d'élaboration et de révision des PI des usagers (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2020) ; • Connaître les obligations légales entourant les interventions auprès de cette clientèle ;

- Connaître la démarche entourant le consentement aux soins et aux services afin de garantir le respect des principes d'autonomie, d'intégrité et d'inviolabilité de l'usager par la reconnaissance du droit de consentir ou de refuser les soins et les services qui lui sont proposés (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021).
- Adapter ses interventions en tenant compte des **pratiques orientées vers le rétablissement** à chaque étape du processus clinique en dépendance ;
- Établir le niveau de soins et de services requis pour un usager suite à l'évaluation des besoins ;
- Utiliser les techniques de l'entretien motivationnel tout au long du processus clinique ;
- Travailler en partenariat avec les usagers, leur entourage, les partenaires communautaires et les autres acteurs en santé et en services sociaux ;
- Reconnaître des savoirs expérientiels de l'usager et de ses proches ;
- Miser sur les forces et les acquis de l'usager et de son réseau ;
- Soutenir l'usager dans l'exercice de ses droits et des rôles sociaux qu'il désire actualiser ;
- Promouvoir les saines habitudes de vie ;
- Assurer la détection, le repérage ou l'intervention en matière de suicide ;
- Rédiger des objectifs d'intervention selon le modèle SMART ;
- Appliquer la politique de consentement du CISSS de la Montérégie-Ouest dans toutes les situations de soins et de services ;
- Actualiser et à maintenir un lien de confiance (empathie, confiance, écoute active, expertise, donner des conseils clairs) en tenant compte des particularités liées à la clientèle desservie ;
- Adapter ses interventions au contexte et aux valeurs culturelles et religieuses des usagers et de leur entourage ;
- Travailler en collaboration interprofessionnelle ;
- Démontrer des habiletés relationnelles et de communication, notamment afin de parvenir à une prise de décision partagée avec l'usager et ses proches ;
- Ouverture à questionner sa pratique et à participer activement aux activités de soutien à la pratique professionnelle.

Tableau 1 : Compétences spécifiques attendues liées au processus clinique

Des activités de développement des compétences pourront être déployées en lien avec les **compétences requises liées au processus clinique des services spécialisés en dépendance**. Ces activités seront échelonnées dans le temps et selon les priorités et les besoins identifiés dans le plan de développement de compétences. Les contenus de ces activités seront également adaptés aux intervenants selon leurs rôles, leurs besoins et la disponibilité des ressources humaines et financières de l'établissement. Pour davantage d'information concernant les activités de développement des compétences, l'intervenant doit se référer à son questionnaire immédiat.

Selon les besoins identifiés, les activités de développement des compétences pourront être présentées en utilisant différentes modalités (capsules cliniques, activités d'appropriation, formations, etc.). Des rencontres régulières de soutien clinique avec les personnes ressources en encadrement clinique (PREC) sont à privilégier pour guider les intervenants dans les dossiers complexes.

5.2. Rôles et responsabilités dans l'application du processus clinique

Coordonnateur en dépendance

- S'assure que le programme dépendance de la DPSMD est soutenu par un processus clinique adapté et élaboré en fonction des meilleures pratiques actuelles ;
- Favorise la mobilisation et le déploiement des ressources nécessaires au sein du programme dépendance afin d'actualiser le processus clinique et les activités de diffusion, d'implantation, de formation et d'évaluation continue des éléments déterminés du processus clinique ;
- Contribue à l'élaboration du processus clinique pour le programme dépendance ;
- Contribue à la mise en place des activités de diffusion, d'implantation, de formation et d'évaluation continue.

Chefs de service

- S'engagent dans la promotion du processus clinique ;
- Diffusent le processus clinique et assurent son application dans leur secteur ;
- S'assurent de la diffusion continue du processus clinique DPSMD pour tous les nouveaux employés (ex. : page de l'environnement numérique d'apprentissage (ENA)) ;
- Mettent à la disposition du personnel et des gestionnaires les formations requises et pertinentes ;
- S'assurent que les intervenants participent aux formations requises, aux ateliers de consolidation et autres modalités de perfectionnements tenus ;
- S'assurent de la conformité de son offre de service et de sa documentation clinique en cohérence avec le processus clinique ;
- Monitorent le nombre de PI/PII/PSI ainsi que le respect des délais d'élaboration et de révision des PI ;
- Consolident les modalités de collaboration interprogramme, interdirection et inter-CISSS ;
- Recueillent la satisfaction des usagers auprès des usagers et des équipes cliniques par les différents moyens à leur disposition ;
- S'engagent à la révision du processus clinique dans une visée d'amélioration continue.

Personnes ayant une fonction d'encadrement clinique : spécialistes en activités cliniques, coordonnateurs professionnels, répondants du SREPED, ICASI.

- Assurent la mise en œuvre et l'encadrement du processus clinique au sein de leur équipe respective ;
- Animent les activités d'appropriation et de transferts de connaissances en fonction des besoins identifiés ;
- Animent les formations sur les approches cliniques du processus clinique ;
- Contribuent à l'application des modalités d'encadrement clinique en lien avec le processus clinique ;
- Contribuent à l'amélioration de la pratique professionnelle en lien avec le processus clinique ;
- Identifient les besoins de développement de compétences avec les intervenants en lien avec le processus clinique ;
- Contribuent à l'élaboration et à l'application des normes et standards de pratiques professionnelles ;
- Collaborent avec la DPSMD au soutien au développement des meilleures pratiques ;
- Favorisent la collaboration interprofessionnelle et le partenariat de soins et de services ;
- Assurent un suivi de la qualité du processus clinique au sein de leur programme et service.

Intervenants

- S'approprient le contenu et appliquent les étapes du processus clinique ;
- S'assurent d'obtenir, selon la politique sur le consentement aux soins et services du CISSS de la Montérégie-Ouest, le consentement libre et éclairé de l'utilisateur avant de dispenser des soins et des services et tout au long de l'épisode de service ;
- Identifient leurs besoins de formation en lien avec le contenu du processus clinique et mettent à jour leurs formations à l'exception des formations prévues.
- Participent aux activités de développement des compétences offertes par l'établissement ;

Intervenant-pivot

- Favorise **un parcours de services fluide** pour l'utilisateur et ses proches (facilite l'accès de l'utilisateur et de ses proches aux différents services de la programmation, ainsi que la réadmission de l'utilisateur, s'il y a lieu) ;
- Facilite l'accès aux services des partenaires internes et externes (ex. : santé mentale adulte, DPJASP, DSSADG, Aire ouverte, résidence d'hébergement en dépendances, organismes communautaires, milieu scolaire, centre jeunesse, organisme en prévention des dépendances, etc.) ;
- Favorise la collaboration interprofessionnelle et évite de travailler dans une pratique cloisonnée ;
- Agir à titre de personne-ressource principale pour l'utilisateur et son réseau ;
- Assurer le déroulement, l'animation, la coordination de la planification des services interdisciplinaires (PII) et la planification du plan de services individualisés (PSI), s'il y a lieu ;
- Assurez le suivi des objectifs, l'efficacité du traitement, et la mise à jour du PII ou PSI tout au long des services ;

La fonction d'intervenant-pivot **prend fin** :

- Lorsque l'épisode de service se termine ([section 4.7](#)) ;
- Lorsqu'un autre intervenant-pivot est identifié **par le coordonnateur professionnel**, selon des motifs cliniques dans l'intérêt de l'utilisateur et de ses proches (ex. : demande de changement d'intervenant-pivot, de la part de l'utilisateur ou de l'intervenant-pivot).

Pairs-aidants

- Favorisent le développement d'un sentiment d'espoir des usagers puisqu'ils ont eux-mêmes affronté et franchi les obstacles liés à la dépendance et adopté des stratégies facilitant son rétablissement ;
- Soutiennent et responsabilisent les usagers dans la reprise de pouvoir sur leur vie et dans leur rétablissement ;
- Apportent leur expertise en vue de maintenir au cœur des préoccupations de l'équipe la réduction de la stigmatisation et la nécessité d'assurer la pleine participation des personnes au choix des services (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2013, 2021).

Usagers, représentants et proches

- S'impliquent aux différentes étapes du processus clinique ;
- Coconstruisent, selon leurs capacités et leurs attentes, à l'élaboration du PI et à sa révision en partageant toutes les informations nécessaires à l'évaluation de leurs besoins ;
- Demandent aux intervenants de clarifier l'information dans un langage adapté pour eux ou demandent à être accompagnés dans le cadre des soins et services ;
- Signent les formulaires d'autorisation et de consentement nécessaires ;

- Partagent leur expérience dans le cadre de l'amélioration continue des services par le biais de différents moyens mis à leur disposition.

6. Conclusion

La diffusion et l'implantation du processus clinique au sein des équipes cliniques des services spécialisés en dépendance contribuent à la qualité des services offerts aux usagers. La cohérence et l'harmonisation des pratiques visées par ce document assureront une offre de service équitable, basée sur les données probantes. La révision du programme services dépendance ainsi que la rédaction de guides de pratique prévus au cours des prochaines années contribueront au soutien de la pratique et favorisera une équité dans les services offerts aux usagers.

7. Listes des annexes

[Annexe A](#) : Modèle Transthéorique des stades de changement

[Annexe B](#) : Utilisation pratique de l'approche par paliers et niveaux de soin et services

[Annexe C](#) : Continuum de soins par paliers adapté à l'approche biopsychosociale et l'EM

[Annexe D](#) : Critères d'élaboration d'objectifs selon le modèle SMART

Références

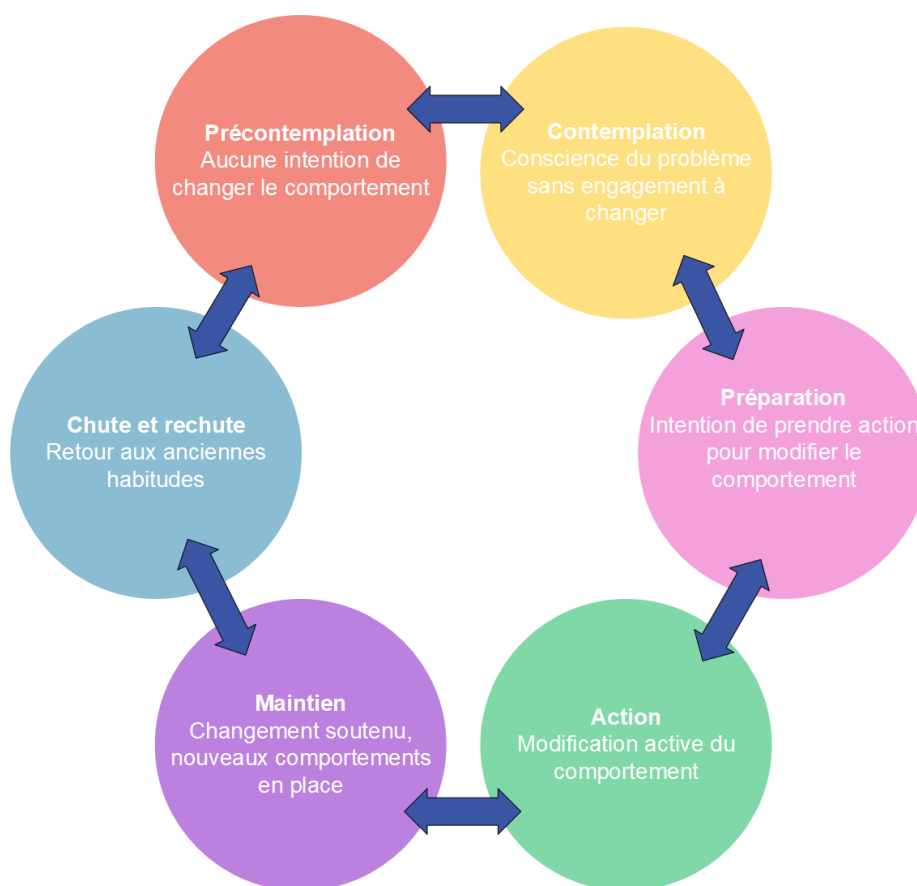
- ACRDQ. (2011). Les services à l'entourage des personnes dépendantes : Guide de pratique et offre de service de base.
- ACRDQ. (2014). Le privilège de redonner du pouvoir portrait d'un réseau public spécialisé, aux pratiques éprouvées. <https://aidq.org/wp-content/uploads/2016/04/ACRDQ-Portrait-des-CRD.pdf>
- Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel. (2022). Les 4 processus de l'entretien motivationnel. <https://afdem.org/entretienmotivationnel/qu-est-ce-que-c-est/4processus/>.
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2013). Rôle du pair-aidant. <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2016/02/role-pair-aidant.pdf>
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2018). Formation sur le processus de rétablissement, formation interactive en santé mentale.
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2021). Formation en intervention par les pairs. <https://aqrp-sm.org/groupe-mobilisation/pairs-aidants-reseau/formations/detail/>
- Bertrand, K., Cuillerier, G., Landry, M., Tremblay, J., & Ménard, J.-M. (2010). Avis sur l'approche biopsychosociale. 4.
- Burke, L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing : A meta-analysis of controlled clinical trials.
- Carleton University. (2015). Motivation to Change. 16.
- Caron, C., & Bellemare, S. (2019). L'intégration des soins par étapes dans l'organisation des services. 39.
- Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale & Centre national d'excellence en santé mentale. (2012). Aide-mémoire sur l'approche de rétablissement.
- Chauvet, M., Kamgang, E., & Ngamini, A. (2015). Les troubles liés à l'utilisation des substances psychoactives, prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques. https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciussscsmtl/files/media/document/Rapport-TUS_CRDM-IU-vf_chauvet.pdf
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2015). Le régime d'examen des plaintes — améliorer la qualité des services : Notre préoccupation constante !
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2019a). Offre de service Direction des programmes Santé mentale et Dépendance.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2019b). Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers. 20.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2020). Guide visant à soutenir la mise en application du règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention (PI) des usagers.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2021). Politique de consentement aux soins et services.
- CISSS de l'Outaouais. (2020). La collaboration interprofessionnelle. <http://numerique.banq.qc.ca/>
- CIUSSS Mauricie-Centre-du-Québec. (2018). Le processus clinique du CIUSSS MQC.

- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). Guidelines for Recovery-Oriented Practice : Hope. Dignity. Inclusion. http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-07/MHCC_Recovery_Guidelines_2016_ENG.PDF
- Consortium national de formation en santé. (2017). L'approche et la supervision interprofessionnelles. https://www.cnfs.ca/media/attachments/2018/06/19/cnfs_fiche_rsum_09_approche_interprof_v01_r01.pdf
- Desrosiers, P., & Ménard, J.-M. (2010). Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide de pratique et offre de service de base. 142.
- Direction des programmes santé mentale et dépendance. (2018). Procédure lors de l'absence d'un usager à une activité d'accueil. 2.
- Direction des programmes santé mentale et dépendance. (2021a). Critères d'admissibilité au CRD du CISSS de la Montérégie Ouest.
- Direction des programmes santé mentale et dépendance. (2021b). Guide de clarification des clientèles prioritaires pour les services externes.
- Direction des programmes santé mentale et dépendance. (2022). Document de référence clinico-administratif destiné aux utilisateurs de SIC PLUS et rendez-vous.
- Fong, C. J., Patall, E. A., Vasquez, A. C., & Stautberg, S. (2019). A Meta-Analysis of Negative Feedback on Intrinsic Motivation. *Educational Psychology Review*, 31(1), 121-162. <https://doi.org/10.1007/s10648-018-9446-6>
- Fournier, J. (2009). Évaluation formative de l'implantation du processus clinique au CRDI de Québec.
- Hébert, R. (1997). Définition du concept d'interdisciplinarité Colloque : « De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité » Québec, 4 et 5 avril 1997. Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- INESSS. (2019). Avis. Services externes intensifs pour la clientèle jeunesse présentant un trouble de l'usage d'une substance psychoactive.
- Institut universitaire sur les dépendances du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal. (2016). Les pratiques reconnues dans les ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en dépendance. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/dependances/Pratiques_reconnues.pdf
- Larivière, C., & Ricard, C. (1998). Formation au travail interdisciplinaire. Cahier du participant. Montréal. <http://numerique.banq.qc.ca/>
- Magill, M., & Ray, L. A. (2009). Cognitive-Behavioral Treatment With Adult Alcohol and Illicit Drug Users : A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 516-527. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.516>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Faire ensemble et autrement. [Plan d'action ministériel]. Gouvernement du Québec. <http://www.msss.gouv.qc.ca>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). Document d'information à l'intention des établissements, programme québécois pour les troubles mentaux : Des autosoins à la psychothérapie (PQPTM). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002841/#:~:text=Ce%20document%20vise%20%C3%A0%20pr%C3%A9senter,'en%20faciliter%20l'implantation.>

- MSSS. (2007). Unis dans l'action. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services dépendance. Offre de services 2007-2012. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-804-10.pdf>
- MSSS. (2017). Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. 84.
- MSSS. (2018). Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028. 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. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3506663>
- MSSS. (2021). Des milieux de vie qui nous ressemblent — Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée. 104.
- MSSS. (2022, septembre). Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux. <https://msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000116/?&date=DESC>
- Office de la langue française. (2013). https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=18940028
- Office des professions du Québec. (2013). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines — Guide explicatif. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf
- Proshaska, & DiClemente. (1992). Le cercle de Prochaska et Di Clemente. intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé. <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/>
- Psychotherapy and Counseling – selfdeterminationtheory.org. (2022). <https://selfdeterminationtheory.org/topics/application-psychotherapy-and-counseling/>
- R. Miller, W., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing : Helping people change.
- Sarrazin, P., Pelletier, L., Deci, E., & Ryan, R. (2011). Nourrir une motivation autonome et des conséquences positives dans différents milieux de vie : Les apports de la théorie de l'autodétermination. (p. 273-312).
- Shearer, J. (2007). Psychosocial approaches to psychostimulant dependence : A systematic review. Journal of Substance Abuse Treatment, 32(1), 41-52. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.06.012>
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(4), 573-579. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.573>
- Straus, S. E., Glasziou, P, Richardson, W. S., & Haynes, R.B. (2018). Evidence-Based Medicine How to Practice and Teach EBM (5^e éd.). Elsevier.
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). Health Measurement Scales : A practical guide to their development and use (5^{edn}).
- Thomson, D. (2015). La pratique de santé mentale adulte en 1^{re} ligne orientée vers le rétablissement.
- Tremblay, J., & Simoneau, H. (2010). Trois modèles motivationnels et le traitement de la dépendance aux substances psychoactives. <https://doi.org/10.7202/044872ar>

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Patricia Girouard, Agente de planification, de programmation et de recherche, DSMREU	2022-11-11
Révisé par	Lyzanne Montpetit, technicienne en administration, DSMREU Geneviève Lévesque, agente administrative, DSMREU	2022-12-07 2023-03-10
Personnes consultées	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ
	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ
	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ
	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ

Historique du document		
CONCERNANT UNE SEULE DIRECTION		Date 2022-11-11
Approuvé par	Comité stratégique DPSMD	
CONCERNANT PLUS D'UNE DIRECTION		Date AAAA-MM-JJ
Approuvé par	Inscrire le prénom, nom et titre Le Comité de coordination clinique	
Commentaires	Inscrire vos commentaires	



1. **Précontemplation (ou préréflexion) :**
 - Ne considère pas avoir un problème ;
 - Ne désire pas changer ses comportements ;
 - Exprime une faible motivation au changement ;
 - Ne voit pas les impacts négatifs dans sa vie (alors que son entourage oui)
2. **Contemplation (ou réflexion) (ambivalence) :**
 - Caractérisé par l'état d'ambivalence
 - Reconnaissance progressive des difficultés vécues, mais pas prêt à s'engager dans une démarche concrète de changement
3. **Décision (ou préparation):**
 - Reconnaît son problème ;
 - Prend la décision de modifier son comportement ;
 - Pense à des moyens et planifie comment elle va faire pour changer ;
 - Est prêt à développer un plan d'action
4. **Action :**
 - Est engagé dans l'action, essaie différentes stratégies de changement de comportements et dans son environnement ;
 - Fait les choix nécessaires à la réalisation des changements souhaités ;
 - Augmente sa confiance face à sa capacité de changement
5. **Maintien :**
 - A effectué les changements qu'il voulait faire et travaille à consolider ces changements ;
 - Demeure vigilant quant aux situations potentielles qui pourraient le faire revenir à son ancien comportement ;
 - A prévu des stratégies pour faire face aux éventuelles situations à risque ;
 - Est motivé à maintenir ses acquis
6. **Chute :**
 - Retour aux comportements de dépendance durant une courte période suivant un épisode d'abstinence.

Rechute :

 - Retour aux comportements de dépendance durant une longue période suivant un épisode d'abstinence.
 - La rechute est possible et fait partie du processus normal de changement. Ce n'est pas une manifestation pathologique, mais un temps peut être nécessaire à la réussite finale du processus.

Utilisation pratique de l'approche par paliers et niveaux de soins et services		
	Intensification (Step up)	Diminution (Step down)
Quoi ?	Augmentation de l'intensité de soins et services lorsque celui proposé initialement ne permet pas d'observer une amélioration de la condition de l'utilisateur. Se fait par le biais d'une intensification des services spécialisés en dépendance ou par l'ajout de services par des partenaires internes ou externes	Diminution de l'intensité de soins et services lorsqu'une amélioration de la condition de l'utilisateur est observée.
Pour qui ?	L'utilisateur qui nécessite une intensité de soins et services supérieure à celle convenue initialement au PI.	L'utilisateur qui a reçu des soins et services à un plus haut niveau d'intensité et dont la condition ne requiert plus de tels soins et services.
Comment ?	Se fait par le biais d'un échange avec l'intervenant-pivot En utilisant le monitoring, les discussions de cas, l'historique des démarches antérieures et lorsqu'un écart entre les objectifs identifiés et réalisés est constaté. En explorant les conditions qui freinent ou facilitent le recours à un autre niveau de soin. Une période de mise à l'essai de 3 semaines est recommandée afin d'expérimenter les nouvelles stratégies choisies dans le PI, dans le cas où le changement de niveau de soins et services est convenu entre l'intervenant et l'utilisateur.	
Quand ?	En cohérence avec le plan d'intervention et dans toute situation où la sécurité de l'utilisateur est compromise .	En cohérence avec le plan d'intervention et dans toute situation où la sécurité de l'utilisateur est assurée .

Continuum de soins par paliers adapté à l'approche biopsychosociale et l'EM

Continuum de soins et services par paliers basés sur les dimensions biopsychosociales et l'EM
 Diminution (Step down) Intensification (Step up)

Bio	
- Condition de santé stabilisée ; - Le traitement ou les soins n'affectent pas l'implication dans la démarche ; - L'utilisateur n'est plus à risque de complication de sevrage.	- Condition de santé précaire ; - Présence d'un traitement médical affectant l'implication dans la démarche. - L'utilisateur est à risque de complication de sevrage.
Psycho	
- Santé mentale stable ; - Capacité d'organisation ; - Autonomie au niveau des activités de la vie quotidienne ; - Confiance envers les services ; - Présence d'un sentiment de capacité à maintenir les changements ; - L'utilisateur connaît ses principaux déclencheurs ; - A développé des habiletés d'adaptation psychologique pour faire face aux comportements de dépendance, aux émotions désagréables, à la pression sociale, aux difficultés de la vie quotidienne, etc. ; - Observance de la médication en santé mentale - Capacité à maintenir les changements dans un contexte de diminution d'intensité de traitement. - Historique comportant peu de rechutes	- Santé mentale non stabilisée, complexe ou besoins multiples ; - Défis au niveau des activités de la vie quotidienne ; - Incapacité à occuper un emploi ou demeurer aux études ; - Conflits interpersonnels fréquents ; - Automutilation, comportements agressifs, impulsivité marquée, - Idées suicidaires, homicidaires, etc. ; - Méfiance envers les services ; - Vulnérabilité à la poursuite ou à la reprise de la consommation ; - L'utilisateur connaît peu ses principaux déclencheurs ; - Peu d'habiletés d'adaptation psychologiques ont été développées pour faire face aux comportements de dépendance, aux émotions désagréables, à la pression sociale, aux difficultés de la vie quotidienne, etc. ; - Non-observance de la médication ; - Historique de rechutes fréquentes.
Social	
- Stabilité dans les conditions de vie ; - Absence de difficultés financières marquées ; - Stabilité et satisfaction au niveau de l'emploi ou de l'école ; - Problèmes sociaux ou juridiques faibles, absents ou stabilisés ; - Entourage présent, positif et soutenant ; - Période de vie propice aux changements ou non.	- Conditions de vie précaires, itinérance ; - Difficultés financières ; - Instabilité ou insatisfaction au niveau de l'emploi ou de l'école ; - Présence de problèmes sociaux et juridiques non stabilisés ; - Conflits intrafamiliaux ou avec les proches fréquents ou sévères ; - Période de vie propice aux changements.
Motivation au changement	
- Motivation au changement modérée à élevée ; - Stade de changement : préparation, action, maintien, peu de retour aux stades précédents ; - Présence d'un sentiment de capacité à faire des changements ; - Reconnait le problème de dépendance et les impacts associés ; - Implication active dans la démarche, atteinte de certains objectifs au PI ;	- Motivation au changement faible ou très changeante ; - Stade de changement : précontemplation, contemplation, préparation avec des retours aux stades précédents ; - Faible sentiment de capacité à faire des changements ; - Faible implication dans la démarche (absence, intérêt faible, etc.) ; - Peu de changement effectué, non atteinte des objectifs au plan d'intervention.

Objectif opérationnel S.M.A.R.T.	
Spécifique	• <u>Adapté</u> aux caractéristiques et besoins de l'utilisateur et sa famille ; • Permet à l'utilisateur et sa famille d'<u>améliorer</u> leur condition ou fonctionnement ; • Doit être <u>pertinent et motivant</u> pour l'utilisateur et sa famille.
Mesurable	• Viser un niveau de développement ou de rétablissement de la santé ou de bien-être de l'utilisateur et sa famille, qui soit <u>observable</u> et mesurable ; • Spécifier les <u>critères de réussite</u> de l'atteinte de l'objectif : durée, pourcentage visé, fréquence attendue, proportion souhaitée, produit fini et ses caractéristiques, etc. ; • Libeller l'objectif de façon à ce qu'on puisse <u>juger des progrès</u> réalisés, suite aux interventions.
Atteignable	• Miser sur un objectif qui <u>doit pouvoir être atteint</u> au cours de la durée du plan d'intervention ; • Formuler l'objectif <u>positivement</u> (accent sur l'amélioration de la situation plutôt que sur les actions à cesser), dans un langage simple, avec un verbe d'action.
Réaliste	• Viser un objectif atteignable par l'utilisateur et sa famille • L'objectif doit être réaliste en fonction de l'environnement, réseau de soutien, particularités, niveau de fonctionnement ; • <u>Attentes réalistes</u> envers l'utilisateur et sa famille.
Temporellement défini	• Le <u>délai</u> pour l'atteinte de chacun des objectifs est <u>limité, précisé</u> ; • L'atteinte de chaque objectif peut être visée à un <u>intervalle</u> différent les uns des autres, dans un même plan.

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest**

Québec

