



Centre canadien de lutte  
contre les toxicomanies  
Canadian Centre  
on Substance Abuse

Collaboration. Connaissance. Changement.  
Partnership. Knowledge. Change.

# Manuel d'Approche systémique

## Outils de schématisation du système

Avril 2014

### ***À qui s'adresse le présent dossier?***

- Les dirigeants et décideurs des domaines de la toxicomanie et de la santé mentale, notamment les directeurs régionaux et les gestionnaires de programmes.
- Les gestionnaires, fournisseurs de services et divers partenaires qui participent aux exercices de planification de système.

### ***Quel est le lien entre la schématisation et l'Approche systémique?***

- Le présent dossier fait partie du manuel d'Approche systémique, outil pratique pour ceux qui utilisent le document *Approche systématique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement* comme guide pour améliorer l'accessibilité, la qualité et la gamme des services et soutiens liés à la consommation de substances au Canada.
- La schématisation du système constitue une approche structurée à l'identification et à la présentation des composantes d'un système. Cet outil vous aidera à comprendre les diverses composantes d'un système global et comment les utiliser pour schématiser les services offerts dans votre secteur.
- La schématisation du système est une étape importante de la planification du développement du système qui améliorera l'accessibilité, la qualité et la gamme des services et soutiens liés à la consommation de substances au Canada.

# Manuel d'Approche systémique

## Outils de schématisation du système

Ce document est publié par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT).

Citation proposée : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Manuel d'Approche systémique : Outils de schématisation du système*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2014.

© Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014.

CCLT, 500-75, rue Albert  
Ottawa, ON K1P 5E7  
Tél. : 613-235-4048  
Courriel : info@ccsa.ca

Le manuel d'Approche systémique a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF à [www.cclt.ca](http://www.cclt.ca).

This document is also available in English under the title:

*Systems Approach Workbook: System Mapping Tools*

ISBN 978-1-77178-123-7



# Table des matières

<b>Outils de schématisation du système</b> .....	<b>1</b>
Introduction .....	1
Création d'un schéma du système .....	1
Un schéma global du système .....	4
Emplois.....	4
Description .....	4
Schématisation du vécu : cheminement du client .....	16
Prochaines étapes.....	17
<b>Références</b> .....	<b>18</b>
<b>Annexe A : Exemple de processus de schématisation</b> .....	<b>19</b>
Contexte .....	19
Processus.....	19
<b>Annexe B : Gabarit – Schématisation des services et soutiens</b> .....	<b>25</b>
But.....	25
Emplois.....	25
Explication.....	25
<b>Annexe C : Gabarit – Schématisation axée sur une population cible</b> .....	<b>29</b>
But.....	29
Emplois.....	29
Explication.....	29
<b>Annexe D : Collecte de renseignements</b> .....	<b>31</b>
<b>Annexe E : Autres ressources</b> .....	<b>33</b>



# Outils de schématisation du système

## Introduction

La schématisation du système constitue une approche qui permet d'identifier et de présenter les composantes d'un système<sup>1</sup> de façon structurée. Elle peut se faire sous forme de texte, de tableau, d'organigramme ou d'éléments graphiques représentant les diverses composantes ou leurs interactions. Elle aide à cerner les lacunes, dédoublements, forces et occasions dans le système, et peut éclairer la prise de décisions concernant notamment l'affectation des ressources (ou leur réaffectation), la définition des objectifs et le suivi des changements.

La schématisation rend des systèmes complexes plus accessibles, ce qui est d'autant plus utile dans le contexte d'un continuum de traitement global avec une multitude de services et de soutiens. Le présent module aborde le processus de schématisation ainsi que les possibilités d'application, ceci dans le but d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la gamme des services et soutiens liés à la consommation de substances<sup>2</sup>. Il présente des concepts-clés qui aident à évaluer si le continuum de services global est offert, à fournir des renseignements sur la nature des services ou à cibler des groupements de population, fonctions ou services spécifiques pour une analyse plus approfondie. Le présent module fournit aussi des outils qui vous aideront à élaborer un schéma adapté à vos besoins particuliers, dont le schéma de référence en page 5 et les exemples de gabarits dans les annexes.

## Création d'un schéma du système

Les paragraphes suivants décrivent les principales étapes de la création d'un schéma du système.

**Décider qui dirigera le processus :** Qui dirigera le processus de schématisation – une personne ou un groupe de planification? Par exemple, le processus de schématisation peut faire partie d'un changement systémique plus large dirigé par une équipe de gestion existante, ou peut être lié à un projet ou à un employé particulier. Dans tous les cas de figure, la désignation d'un dirigeant, d'un groupe dirigeant, ou d'une personne-ressource permet de bénéficier de la coordination nécessaire pour réunir et clarifier diverses sources et renseignements. Tout dirigeant doit être doué en résolution de problèmes, en pensée stratégique et en facilitation<sup>3</sup>.

**Définir le problème :** Généralement, on effectue des exercices de schématisation pour traiter un problème (p. ex. de longues périodes d'attente, de mauvais résultats pour la clientèle ou un simple manque de renseignements) ou pour effectuer une évaluation du système. Pour définir le problème, il faut énoncer ce qui a motivé l'exercice de schématisation, ce qui permettra ensuite de définir les contours de la réussite. Par exemple, en partant de la reconnaissance du fait que des jeunes doivent voyager hors de la province pour accéder aux services en temps voulu, on pourrait définir la réussite comme l'accès aux services pour jeunes dans un délai précis. En définissant le problème, il faut prendre en compte le contexte (p. ex. tendances budgétaires, moyens disponibles, changements systémiques, ainsi que les tendances et profils des populations, des toxicomanies et de l'accès aux

---

<sup>1</sup> Un système se définit globalement comme un ensemble de composantes et de relations interconnectées, ainsi que de comportements et d'interactions. Dans le contexte d'Approche systémique, système fait référence aux organismes organisationnels, régionaux, provinciaux/territoriaux, nationaux et multisectoriels participant à l'administration des services et soutiens liés à la consommation.

<sup>2</sup> Pour de plus amples renseignements, consulter le document *Approche systématique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement* de 2008.

<sup>3</sup> Consulter le dossier *Leadership pour une approche systémique* du manuel d'Approche systémique qui contient des renseignements et des outils liés au leadership efficace.



services). Il faut également déterminer quelles recherches pourraient fournir ces renseignements et contribuer au processus de schématisation. (Pour de plus amples renseignements, consulter l'annexe D.)

**Préciser les buts :** Quel est le but visé par le processus de schématisation du système? Comment l'information sera-t-elle utilisée? Les objectifs ou les buts à réaliser devraient guider l'approche. Par exemple, si le but est de cerner les lacunes dans les services, on ciblera leurs composantes, tandis que si le but est d'améliorer la qualité des services, on ciblera les normes de soins et la satisfaction des clients. Si le schéma fait partie d'un processus de planification ou de visualisation à long terme, il peut être utile de d'abord schématiser le système idéal selon les pratiques exemplaires pour ensuite le comparer au système actuel. Si le but consiste à établir les priorités à court terme, schématiser le système actuel peut suffire à cerner les lacunes les plus importantes.

Il existe deux grandes approches à la schématisation du système, c'est-à-dire schématiser le système actuel ou le système qui pourrait ou devrait exister. Les deux sont utiles et ont des fonctions différentes :

**Système actuel**

Comprendre les éléments en place  
Cerner les lacunes évidentes  
Cerner les forces

**Système éventuel ou idéal**

Définir un système modèle  
Élaborer des plans stratégiques  
Encourager le remue-méninges et la visualisation  
Effectuer la planification des ressources

**Cerner les renseignements à recueillir :** De quels renseignements avez-vous besoin pour remplir le schéma? Commencez en les énumérant tous plutôt que de restreindre la liste aux renseignements disponibles, car cela aidera à cerner les lacunes en matière d'information et éventuellement de découvrir ou de mettre en place de nouvelles sources de renseignements. Par exemple, si l'on étudie les besoins en services d'un groupe d'âge précis, des données tirées d'une enquête comme l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues pourraient permettre de déceler les profils et tendances en matière de consommation de drogues. D'autre part, si l'on étudie une meilleure affectation des ressources entre les différentes catégories de services, des données tirées des rapports sur les indicateurs nationaux de traitement pourraient s'avérer utiles<sup>4</sup>. Vous devriez également définir et vous référer à des points de repère quand il y en a.

**Choisir la méthode de collecte de renseignements :** Pour chaque élément d'information que vous comptez recueillir, précisez qui détient les renseignements, sous quelle forme et comment y accéder. On peut notamment recueillir les renseignements pour le schéma du système en réalisant des entrevues, en organisant des groupes de discussion, en faisant de la recherche individuelle ou en effectuant des sondages. Chaque approche a des avantages et des inconvénients par rapport à la portée des données et des points de vue documentés, au temps et à l'expertise nécessaires; et aux coûts. Réfléchissez à la validité et à la fiabilité des divers renseignements, n'oubliant pas que la qualité des résultats du schéma variera en fonction de la qualité des renseignements qu'il contient. Parfois il vaut mieux avoir moins d'information que d'inclure des renseignements qui pourraient générer des résultats tendancieux ou trompeurs. (Consulter l'annexe D pour une liste de sources de données possibles.)

**Désigner les participants :** Incorporer plusieurs perspectives à l'élaboration du schéma permettra de le compléter, en notant qu'il peut être contre-productif d'avoir une discussion en groupe avec trop de participants. Rassembler des éléments représentatifs du système favorise le partage d'idées entre des personnes qui d'habitude n'auraient pas l'occasion d'être en contact, ainsi que plus

<sup>4</sup> Les rapports sur les indicateurs nationaux de traitement donnent un aperçu annuel des services de traitement utilisés au Canada.



d'engagement et d'investissement dans les changements qui peuvent résulter du processus de schématisation. Les modules sur la gestion du changement et le guide sur le travail d'équipe<sup>5</sup> dans le manuel d'Approche systémique abordent la valeur du travail avec une petite équipe capable de jouer un rôle consultatif et de faire le lien avec un public plus large qui peut discuter d'idées et offrir de la rétroaction. Un groupe consultatif peut également valider l'information présentée et clarifier les rôles et responsabilités au sein du système.

**Créer le schéma :** Rassemblez les gens et l'information afin d'élaborer un schéma qui correspond aux buts précisés. La portée et la complexité de l'information devraient orienter le temps et les ressources affectées. Y consacrer délibérément du temps et de l'espace aide à aiguïser l'attention et souligner pour tous l'importance de l'exercice.

Chaque système est unique et tout changement l'est aussi. Donc, aucun schéma ne correspond aux besoins en matière de planification de tous les systèmes. Les exemples de gabarits dans les annexes A et B facilitent et structurent la création d'un schéma global du système axé sur les services liés à la consommation de substances. Dans chacun des gabarits, une brève description explique son utilité, ses applications et les contextes auxquels il serait bien adapté. Chaque gabarit peut être individualisé pour répondre à des besoins particuliers. L'annexe E présente plusieurs ressources supplémentaires avec une application globale aux systèmes de santé.

**Interpréter les résultats :** Qu'indique le schéma? Où sont les lacunes et les dédoublements dans les services? À quel point le système actuel ressemble-t-il au système idéal? Est-ce que les résultats correspondent aux buts d'origine? Y a-t-il eu des constatations inattendues en cours de route? Quelles priorités auront le plus d'impact sur la capacité à satisfaire aux besoins de la population ou de clients individuels? N'oubliez pas que les résultats ne sont fiables que dans la mesure où les données sur lesquelles ils reposent sont fiables, et faites attention à ne pas exagérer les conclusions.

**Communiquer les résultats :** La communication des résultats du schéma devrait contribuer à atteindre les buts d'origine. Par exemple, si le schéma fait partie d'un exercice de remue-méninges informel, des notes sur tableau-papier pourraient suffire. Par contre, si le schéma doit servir à orienter des décisions relatives aux ressources à l'échelle du système, le schéma final devra être présenté clairement aux parties prenantes, notamment aux fins de transparence. La manière dont les résultats sont communiqués doit correspondre au public cible. Par exemple, en parlant aux fournisseurs de services, il serait pertinent de souligner l'impact sur les résultats chez la clientèle, tandis que les planificateurs de systèmes seraient peut-être plus intéressés par l'application des résultats aux orientations stratégiques et aux décisions de financement.

**Fixer une date de suivi :** Le schéma d'un système présente un aperçu d'un certain moment. Des mises à jour régulières permettent de suivre les changements au cours du développement du système et selon le contexte. Intégrer de nouvelles ou de meilleures sources de renseignements peut améliorer la qualité de l'information. En maintenant un schéma précis et à jour, les décisions qui s'appuient sur celui-ci seront en phase avec les meilleures données probantes disponibles. Le suivi est un élément essentiel de l'utilisation des schémas comme instrument évaluatif.

---

<sup>5</sup> Les modules sur la gestion du changement et le guide sur le travail d'équipe peuvent appuyer le travail de tout organisme qui envisage le changement, traverse une période de changement ou recherche des conseils sur le travail efficace avec des équipes.



## Un schéma global du système

Un schéma global du système se fonde sur les principes de l'Approche systémique et englobe la gamme de services du modèle à niveaux. Le tableau 1 sert de référence illustrant un solide schéma du système. L'exemple dans l'annexe A montre comment le tableau peut orienter un exercice de schématisation très simple. Les gabarits dans les annexes B et C développent davantage certaines parties du tableau suivant des démarches et priorités spécifiques.

### Emplois

- Comme référence pour restreindre le champ ou le sujet du processus de planification
- Comme représentation visuelle de la complexité du système
- Comme liste de contrôle pour vérifier que les considérations pertinentes ont été prises en compte au cours du processus de schématisation et de planification.

### Description

Le schéma représenté par le tableau 1 se divise en quatre grandes catégories. L'idéal par rapport au schéma serait de choisir un **point de départ**, de définir les **fonctions du système** connexes, d'évaluer d'après un ou plusieurs des critères d'**examen de la qualité**, puis d'examiner les facteurs existants ou nécessaires pour appuyer la **mise en œuvre**.

- **Points de départ** : Ces colonnes représentent les catégories usuelles utilisées dans la création de schémas du système ou l'optique dans laquelle on analyse le système. Par exemple, schématise-t-on le système selon sa capacité à traiter les divers niveaux de risques et de méfaits chez la population, à effectuer les fonctions de base qui composent un système global ou à identifier les services et soutiens par lesquels ces fonctions sont assurées? Comment le système répond-il aux besoins de diverses populations?
- **Fonctions du système** : Ces colonnes approfondissent les questions « qui, quoi, où, pourquoi et comment » concernant le système. Pour qu'il soit global, le système doit incorporer des approches fondées sur des données probantes liées à de nombreux types de fournisseurs et de contextes accessibles. Il doit également tirer le plus grand avantage des collaborations entre divers partenaires communautaires, spécialisés et multisectoriels.
- **Examen de la qualité** : Ces colonnes consistent en un examen des fonctions du système qui va au-delà des éléments basiques pour vérifier que le système est efficace et axé sur la clientèle. L'examen de la qualité se réfère aux concepts directeurs présentés dans le rapport d'Approche systémique ainsi que les déterminants de la santé qui jouent sur le type et l'étendue des besoins de la population.
- **Mise en œuvre** : Ces colonnes permettent de vérifier que les facteurs essentiels pour le fonctionnement du système sont pris en compte. Les soutiens au système assurent que les éléments sont bien en place pour surveiller et améliorer la qualité des services. Il faut également prendre en compte les ressources pour déterminer la portée, priorité et pérennité par rapport à toute initiative de planification.

Remplir ce schéma global serait un exercice utile. Il se peut toutefois que le temps et les ressources nécessaires pour ce faire dépassent vos objectifs et capacité actuels. Juste après le tableau 1 sont présentées des explications des considérations (colonnes) et des catégories (lignes) pour vous aider à adapter et à compléter un schéma du système.



Tableau 1. Schéma de référence

	1. Points de départ				2. Activités du système				3. Examen de la qualité		4. Mise en œuvre	
	Niveaux de risques/méfais	Fonctions	Services et soutiens	Population	Approches	Contextes	Fournisseurs	Collaboration	Concepts et principes directeurs	Déterminants de la santé	Soutiens au système	Ressources
Considération analytique	Quels sont les niveaux de risques/méfais chez la population cible?	Le continuum de base des fonctions qui devraient faire partie du système	Catégories de services assurant les fonctions	Population en question	Quel type d'approche est utilisé pour fournir les services et soutiens?	Dans quels contextes les services et soutiens sont-ils disponibles?	Qui fournit ou facilite ces services et soutiens? Quelles compétences doivent-ils avoir?	Quelles collaborations favorisent une approche globale aux services et soutiens?	Critères d'évaluation d'un système axé sur la clientèle	Le système prend-il en compte les tendances par rapport aux déterminants de la santé?	Quels éléments systémiques doivent être en place pour fournir des services et soutiens efficaces?	Quelles ressources permettent de fournir les services et soutiens?
Catégories	<p>Au moins un <b>risque minimal</b> de méfaits liés à sa consommation ou à celle d'autrui</p> <p>Au moins un <b>risque modéré</b> de méfaits lié à sa consommation ou à celle d'autrui</p> <p>Au moins un <b>risque élevé</b> de méfaits liés à sa consommation ou à celle d'autrui, dont les risques connexes (p. ex. infections transmissibles par le sang)</p> <p>Éprouver des <b>méfais modérés</b> liés à sa consommation ou à celle d'autrui</p> <p>Éprouver des <b>méfais graves</b> liés à sa consommation ou à celle d'autrui</p>	<p>Prévention et promotion de la santé</p> <p>Réduction des méfaits</p> <p>Dépistage et intervention précoces</p> <p>Information, services d'approche, mobilisation et tissage de liens</p> <p>Détection des problèmes, évaluation et planification</p> <p>Interventions spécialisées</p> <p>Interventions de complexité accrue</p> <p>Soins continus et surveillance du rétablissement</p>	<p>Éducation et sensibilisation</p> <p>Prévention</p> <p>Dépistage, intervention rapide et orientation</p> <p>Prévention des maladies et des blessures</p> <p>Prévention des surdoses</p> <p>Services de gestion du sevrage</p> <p>Services communautaires</p> <p>Services à l'interne</p> <p>Services mobiles et sur le Web</p> <p>Entraide</p>	<p>Exemples :</p> <p>Âge</p> <p>Genre</p> <p>Culture</p> <p>Ethnicité</p> <p>Membres de la famille</p> <p>Populations vulnérables</p> <p>Lieu</p>	<p>Exemples :</p> <p>Santé publique</p> <p>Méthode des 12 étapes</p> <p>Méthodes cognitivo-comportementales</p> <p>Entrevue motivationnelle</p> <p>Soutien communautaire et formation familiale</p> <p>Guérison traditionnelle</p>	<p>Exemples :</p> <p>Communauté</p> <p>Spécialisé</p> <p>Enseignement</p> <p>Justice pénale</p> <p>Soins primaires</p> <p>Services d'urgence</p> <p>Santé mentale</p> <p>Logement</p> <p>Services sociaux</p>	<p>Exemples :</p> <p>Éducateurs</p> <p>Médecins</p> <p>Infirmiers</p> <p>Agents d'application de la loi</p> <p>Psychologues</p> <p>Psychiatres</p> <p>Travailleurs des services d'approche</p> <p>Travailleurs sociaux</p> <p>Professionnels des services spécialisés</p> <p>Famille, pairs et soignants</p> <p>Aînés</p>	<p>Exemples :</p> <p>Santé publique et services spécialisés</p> <p>Application de la loi et services communautaires</p> <p>Communauté et services spécialisés</p> <p>Collaboration</p> <p>Coordination</p> <p>Équité</p> <p>Basé sur la population</p>	<p>Il n'y a pas de mauvais point d'accès</p> <p>Disponibilité et accessibilité</p> <p>Appariement</p> <p>Choix et admissibilité</p> <p>Souplesse</p> <p>Capacité de réaction</p> <p>Collaboration</p> <p>Coordination</p> <p>Équité</p> <p>Basé sur la population</p>	<p>Revenu et répartition du revenu</p> <p>Éducation</p> <p>Chômage et sécurité d'emploi</p> <p>Emploi et conditions de travail</p> <p>Développement du jeune enfant</p> <p>Insécurité alimentaire</p> <p>Logement</p> <p>Exclusion sociale</p> <p>Filet de sécurité sociale</p> <p>Services de santé</p> <p>Statut d'Autochtone</p> <p>Genre</p> <p>Race</p> <p>Handicap</p>	<p>Évaluation</p> <p>Échange des connaissances</p> <p>Mesure et surveillance</p> <p>Stigmatisation et discrimination</p> <p>Recherche</p> <p>Perfectionnement de la main d'œuvre</p> <p>Amélioration de la qualité</p>	<p>Finances</p> <p>Ressources humaines</p> <p>Capital social</p> <p>Capital physique</p> <p>Systèmes d'information</p>





## 1. Points de départ

À la première étape du processus de schématisation, il faut concevoir la structure du schéma. Les points de départ possibles décrits ci-après constituent des angles sous lesquels il est possible d'examiner un système de traitement de la toxicomanie.

### Niveaux de risques/méfaits

*L'utilisation de cette colonne aide à vérifier que le système est en mesure de traiter la gamme complète des risques, méfaits et besoins liés à la toxicomanie chez la population en question.*

Cette première considération consiste à examiner le système par rapport à la population; elle tient compte du fait que la consommation de substances implique divers niveaux de risques et de méfaits qui peuvent être traités par plusieurs composantes du système. Les catégories représentent les niveaux de risques et de méfaits chez la population et correspondent au modèle à niveaux d'Approche systémique.

1. **Risque minimal** : Ceux qui présentent un risque minimal de méfaits liés à leur propre consommation de substances ou à celle d'une autre personne. Cette catégorie concerne habituellement la santé de la population.
2. **Risque modéré** : Ceux qui présentent un risque modéré de méfaits liés à la consommation de substances (p. ex. ceux dont la consommation dépasse les Directives de consommation d'alcool à faible risque).
3. **Risque élevé** : Ceux qui présentent un risque élevé de subir des méfaits liés à leur propre consommation de substances ou à celle d'une autre personne (p. ex. personnes qui utilisent des drogues injectables ou adoptent des comportements dangereux liés à l'alcool)
4. **Méfais modérés** : Ceux qui subissent des méfaits liés à leur propre consommation de substances ou à celle d'une autre personne. Ces méfaits peuvent toucher de nombreux domaines, dont la santé (p. ex. blessures), l'emploi et la famille.
5. **Méfais graves** : Ceux qui subissent des méfaits graves liés à la consommation de substances. Par rapport à la catégorie des méfaits modérés, il s'agit ici de méfaits chroniques ou complexes (p. ex. troubles concomitants, itinérance, maladies graves).

### Fonctions

*L'utilisation de cette colonne aide à assurer l'offre d'un continuum complet de services et de soutiens pour traiter la vaste gamme de besoins associés à la réduction des méfaits liés à la consommation de substances.*

La seconde considération consiste à évaluer le continuum complet de services et de soutiens qu'on retrouve dans une approche globale à la lutte contre la consommation problématique, de la prévention aux soins continus<sup>6</sup>. Un système global devrait être en mesure d'assurer toutes ces fonctions à un certain degré, quoique les composantes du système (p. ex. services, fournisseurs de services, approches) varieront selon les exigences de chaque contexte. Un seul service ou fournisseur de services pourrait assurer plusieurs fonctions (p. ex. un service communautaire qui offre le traitement de jour spécialisé, accueille des réunions de groupe de 12 étapes et emploie une équipe mobile des services d'approche qui distribue des fournitures de réduction des méfaits). Cette

---

<sup>6</sup> Consulter Rush et coll., 2014, *Development of a needs-based planning model for substance use services and supports in Canada* (rapport en anglais seulement) pour des définitions plus précises.



considération est idéale si le but est d'avoir une vue d'ensemble de haut niveau du système; la colonne suivante permet de relever plus de détails.

1. **Prévention et promotion de la santé** : Ces activités contribuent à prévenir les problèmes liés à la consommation de substances et à améliorer l'état de santé global. On y classe notamment les initiatives à l'échelle de la population pour aborder la stigmatisation et la discrimination, sensibiliser par rapport aux problèmes liés à la consommation de substances et améliorer la capacité à éviter ces problèmes, ainsi que des activités naissant d'efforts autonomes de non-spécialistes qui mobilisent des ressources à l'échelle individuelle ou communautaire.
2. **Réduction des méfaits** : Ces activités atténuent les méfaits liés à la consommation de substances sans nécessairement exiger l'abstinence. On y classe notamment les activités à l'échelle individuelle (p. ex. inciter une personne à réduire sa consommation d'alcool) ou communautaire (p. ex. offrir un programme d'échange de seringues).
3. **Dépistage et intervention précoces** : Ces activités consistent à saisir des occasions de déceler la consommation à risque ou nocive dans le cadre d'autres activités (p. ex. un suivi médical régulier) ou d'un format à libre accès (p. ex. un sondage en ligne) plutôt que dans le cadre de prestations de service ciblées (p. ex. une prise en charge thérapeutique).
4. **Information, services d'approche, mobilisation et tissage de liens** : Ces activités fournissent à la clientèle ou aux clients potentiels des renseignements sur les services de traitement; cherchent à inciter et à maintenir l'engagement dans des services; et peuvent orienter les clients vers d'autres services. Cela peut se faire au sein des systèmes de traitement de la toxicomanie ou d'autres systèmes de santé et de services sociaux.
5. **Détection des problèmes, évaluation et planification** : Ces activités consistent à utiliser des outils fondés sur des données probantes de façon ciblée pour dépister, évaluer et diagnostiquer la consommation problématique chez une personne pour ensuite élaborer des plans de traitement.
6. **Interventions spécialisées** : Ces activités englobent les interventions spécialisées qui correspondent à l'idée que la plupart des gens se font du « traitement de la toxicomanie » comme les interventions cognitivo-comportementales et la pharmacothérapie. Les clients peuvent être des personnes ayant une consommation problématique ou des proches touchés par la consommation problématique d'un proche (p. ex. membre de la famille, conjoint, ami).
7. **Interventions de complexité accrue** : Ces activités abordent la consommation problématique ainsi que les troubles concomitants de santé mentale ou physique graves, c'est-à-dire les troubles médicaux dont la gravité et la durée nécessitent des soins spécialisés.
8. **Soins continus et surveillance du rétablissement** : Ces activités assurent un suivi après la fin officielle du traitement, qu'il s'agisse de rester en contact ou de continuer à fournir des services. Elles peuvent faire partie d'un programme ou être offertes dans la communauté (p. ex. par l'entremise de groupes d'entraide). La clientèle peut également avoir accès à des séances en face-à-face ou des services par téléphone, en ligne ou mobiles.

## Services et soutiens

*L'utilisation de cette colonne aide à recenser les services offerts pour assurer la prestation du continuum complet de fonctions liées au traitement.*

La troisième considération consiste à recenser la gamme complète des catégories de services qui devraient être en place pour que le continuum de fonctions présenté dans la deuxième colonne puisse



être assuré<sup>7</sup>. Pour fournir tous les services à une communauté ou population particulière, il pourrait être nécessaire de former des partenariats avec d'autres organismes ou autorités administratives. Précisons que les services assurent la **prestation** des fonctions et un service peut assurer la prestation de nombreuses fonctions (p. ex. un service de prévention des surdoses peut assurer la prestation des fonctions de réduction des méfaits, de dépistage des problèmes, de communication des renseignements, de conseils sur le terrain, de mobilisation et de tissage de liens).

1. **Éducation et sensibilisation** : Ces programmes diffusent des renseignements sur la consommation de substances et les risques et méfaits connexes. Ils peuvent être autonomes ou faire partie d'une grande initiative de santé publique.
  - a. **Public** : Les renseignements sont diffusés publiquement à grande échelle.
  - b. **Ciblé** : Les renseignements sont adaptés aux besoins de groupes particuliers (p. ex. fournisseurs de soins de santé, de services sociaux, de services d'aide aux employés; élèves; parents; familles).
2. **Prévention** : Ces programmes visent à prévenir le début et l'augmentation (fréquence ou polytoxicomanie) de la consommation de substances, ainsi que les méfaits qui en découlent<sup>8</sup>.
  - a. **Universel** : Les initiatives s'adressent à la population en général ou à de grands sous-groupes (p. ex. programmes scolaires ou communautaires pour jeunes).
  - b. **Ciblé** : Les initiatives s'adressent à des sous-groupes (prévention sélective) ou à des particuliers (prévention indiquée) qui sont particulièrement à risque de s'exposer à des méfaits liés à la consommation ou de les subir (p. ex. jeunes à risque, familles à risque, personnes avec des antécédents de consommation problématique).
3. **Dépistage, intervention rapide et orientation** : Ces services décèlent des problèmes liés à la consommation de substances ou un risque de tels problèmes chez des personnes. Ils orientent ceux qui présentent des risques élevés vers des services spécialisés pour des évaluations et des interventions approfondies. Les services de ce type sont administrés à l'échelle de la population ou ciblent des populations particulières dans des contextes non spécialisés (p. ex. soins primaires, écoles, établissements correctionnels).
4. **Prévention des maladies et des blessures** : Ces services atténuent les méfaits liés à la consommation de substances (p. ex. infections virales transmissibles par le sang, infections des tissus mous attribuables à l'injection de drogues, élimination non sécuritaire d'accessoires de consommation de drogues)<sup>9</sup>.
5. **Prévention des surdoses** : Ces services visent à prévenir ou réduire les maladies, blessures et décès liés aux surdoses chez les personnes qui consomment des substances.
6. **Gestion du sevrage** : Ces services soutiennent les personnes pendant leur sevrage. Ils peuvent être divisés en trois niveaux de soins :
  - a. **Mobiles ou à domicile** : Le client peut visiter un centre de services spécialisés, mais habite chez lui ou dans un autre lieu sécuritaire pendant la période de sevrage.

---

<sup>7</sup> Consulter Rush et coll., 2014.

<sup>8</sup> Les normes canadiennes de prévention de l'abus de substances chez les jeunes du CCLT présentent des normes et des lignes directrices pour soutenir la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'initiatives de prévention.

<sup>9</sup> À noter que Rush et coll. (2014) classent les services de prévention de maladies et de blessures ainsi que les services de prévention des surdoses dans la catégorie des services communautaires. Le présent dossier les distingue afin que tous deux soient pris en compte par rapport au continuum de services.



- b. **Sociaux ou communautaires à l'interne** : Le client habite en milieu spécialisé pendant la période de sevrage, à l'exception d'un milieu hospitalier. Le traitement peut inclure le suivi médical et la pharmacothérapie.
  - c. **Interventions de complexité accrue ou en milieu hospitalier** : Cela implique un séjour dans un hôpital ou un autre établissement de soins de santé très structuré pendant la période de sevrage. La pharmacothérapie fait généralement partie du traitement.
7. **Services communautaires / à l'externe** : Ces services spécialisés dans le traitement de la toxicomanie sont offerts dans la communauté ou des établissements spécialisés<sup>10</sup> de façon régulière à l'externe. Ils peuvent être divisés en trois niveaux de soins qui s'inscrivent dans un continuum de niveaux de structuration et d'intensité :
- a. **Minimal** : Les programmes consistent en un nombre précis de séances axées sur la consommation de substances ou sont offerts dans un format non structuré.
  - b. **Modéré** : Des séances axées sur la consommation de substances sont offertes régulièrement, mais à un rythme non intrusif (p. ex. séances bihebdomadaires ou hebdomadaires d'une durée d'une ou deux heures) dans un format structuré, comme les services de remplacement des opioïdes avec une composante d'assistance socio-psychologique.
  - c. **Intensif** : Des séances axées sur la consommation de substances sont offertes dans un format structuré exigeant un engagement considérable en temps (p. ex. plusieurs jours ou soirs par semaine).
8. **Services à l'interne** : Dans ces services, la clientèle habite l'établissement (p. ex. services aux hospitalisés, programmes de 28 jours) dans le but de suivre un traitement de leur dépendance<sup>11</sup>. Les services peuvent être divisés en trois niveaux de soins qui s'inscrivent dans un continuum de structuration et d'intensité :
- a. **Soutien à la guérison** : Les services sont axés sur la création d'un environnement stable sans substances. À l'interne, la clientèle a accès à des programmes comme l'entraide et la préparation à la vie quotidienne, mais les programmes spécialisés sont généralement offerts à l'externe.
  - b. **Traitement à l'interne** : La clientèle participe activement à des programmes structurés et spécialisés sur place.
  - c. **Interventions de complexité accrue** : Ces programmes structurés comportent notamment des services médicaux ou psychiatriques personnalisés pour la clientèle atteinte de troubles concomitants de santé mentale ou physique.
9. **Services mobiles et sur le Web** : Ces services sont dispensés à distance, en ligne ou sur appareil mobile. Ils peuvent inclure des services d'autres catégories (p. ex. entraide, dépistage et intervention précoces, cybersanté mentale).
10. **Entraide** : Ces services comprennent le soutien par les pairs – c'est-à-dire des personnes ayant une expérience vécue de la dépendance qui se réunissent pour se soutenir mutuellement – et les programmes en 12 étapes.

<sup>10</sup> Certains établissements résidentiels offrent des services à l'externe.

<sup>11</sup> Les programmes offerts dans des contextes comme les établissements correctionnels ou les foyers de groupe où la clientèle bénéficie de services de traitement de la dépendance mais n'y vit pas à cette fin font également partie de la catégorie des services à l'externe.



## Population

*L'utilisation de cette colonne aide à vérifier si le système répond aux besoins de populations spécifiques.*

Cette quatrième considération consiste à examiner les besoins et caractéristiques des différentes populations par rapport au système de traitement. Pour être efficace, ce dernier devrait être en mesure de répondre aux besoins particuliers d'une population, liés par exemple :

- à l'âge;
- au genre;
- à la culture;
- à l'ethnicité;
- à la famille (c.-à-d. personnes avec un lien de parenté avec une personne en traitement);
- aux populations vulnérables (p. ex. personnes sans domicile fixe ou incarcérées);
- au lieu (p. ex. urbain ou rural, très grande région, secteur déterminé).

## 2. Activités du système

La seconde étape du processus englobe la composante la mieux connue de la schématisation, c'est-à-dire la définition des éléments du système et de leurs liens. Les activités du système décrites ci-après fournissent un cadre pour la schématisation détaillée du système. En inventoriant les activités à partir d'un des « points de départ », il est possible d'esquisser la structure du système, ainsi que ses forces, lacunes et dédoublements. Il est utile de faire des comparaisons entre colonnes pour mieux comprendre le fonctionnement réel du système (p. ex. déterminer quels types de fournisseurs de services font partie de l'effectif d'un hôpital ou d'un autre contexte particulier). Cela donne aussi l'occasion de réfléchir aux collaborations qui permettraient d'augmenter le nombre de fournisseurs offrant des soutiens liés à la consommation problématique (p. ex. formation d'infirmiers en urgence sur le dépistage et l'intervention rapide).

## Approches

*L'utilisation de cette colonne aide à vérifier que les modèles ou approches de services sont fondés sur des données probantes et prévoient des options qui répondent à de nombreux besoins chez la clientèle.*

Cette considération consiste à énumérer les approches utilisées pour fournir les services et soutiens<sup>12</sup>. On peut dresser cette liste en schématisant d'abord les services puis les approches

adoptées par chaque service, par exemple :

- santé publique;
- méthodes cognitivo-comportementales;
- entrevue motivationnelle;
- soutien communautaire et formation familiale (CRAFT);

---

<sup>12</sup> Voir l'annexe E pour une liste de ressources fournissant de l'information sur les données probantes sur lesquelles s'appuient les diverses approches de services.



- guérison traditionnelle;
- facilitation de la méthode des 12 étapes;
- psychothérapie;
- pharmacothérapie;
- gestion de cas.

## Contextes

*L'utilisation de cette colonne aide à documenter la gamme de contextes actuels ou potentiels de prestation de services.*

Cette considération consiste à énumérer les contextes actuels ou potentiels de prestation de services. Dans le continuum, il n'y a que peu de services nécessitant un contexte spécialisé. De plus, le fait de saisir toute la gamme de contextes potentiels de prestation de services peut permettre de rejoindre plus efficacement un plus grand éventail de personnes. Cette considération peut également aider à sonder la capacité du système en déterminant la capacité de chaque contexte pour ensuite évaluer le total général.

Voici des exemples de contextes dans lesquels des services peuvent être offerts :

- communauté (p. ex. centre communautaire, espace public);
- système d'éducation;
- justice pénale (p. ex. tribunaux, police, services correctionnels);
- soins primaires;
- hôpitaux;
- services d'urgence;
- services de logement;
- établissements spécialisés;
- bureaux des services sociaux;
- milieu de travail.

## Fournisseurs

*L'utilisation de cette colonne aide à schématiser ce que fait ou pourrait faire l'effectif pour offrir une grande gamme de services liés à la consommation de substances.*

Cette considération devrait énumérer les types de fournisseurs de services qui offrent actuellement des services liés à la consommation de substances ou pourraient le faire. Selon la fonction ou le type de service, la prestation des services peut parfois exiger un très haut niveau de spécialisation ou à l'inverse, aucune spécialisation. Entre autres, les fournisseurs suivants sont à prendre en considération :

- éducateurs;
- agents de probation ou d'application de la loi;
- médecins;



- infirmiers;
- psychologues et psychiatres;
- travailleurs des services d'approche;
- travailleurs sociaux;
- professionnels des services spécialisés en toxicomanie;
- pairs.

## Collaboration

*L'utilisation de cette colonne aide à déterminer quels modes de collaboration avec d'autres secteurs ou fournisseurs de services peuvent améliorer l'offre et la qualité des services liés à la consommation de substances.*

Personne ne peut résoudre le problème complexe de la toxicomanie en travaillant en cloisonnement, y compris une profession ou un secteur. On énumérera dans cette colonne les collaborations qui sont en place ou devrait l'être pour qu'une grande partie de la population puisse avoir accès aux services, pour que les fonctions soient assurées tout le long du continuum, et pour que les services répondent aux nombreux besoins de divers clients.

La collaboration peut aussi être un moyen efficace d'obtenir le rendement maximal de ressources limitées et de réunir divers domaines d'expertise pour favoriser l'innovation. Il est possible de collaborer entre praticiens, services ou systèmes. Les collaborations entre les services en toxicomanie sont un élément fondamental d'un continuum efficace, mais elles devraient également s'étendre sur plusieurs secteurs. Voici quelques-uns des partenaires multisectoriels qui collaborent fréquemment sur les enjeux liés à la consommation de substances :

- santé publique;
- application de la loi;
- services communautaires;
- santé mentale;
- soins primaires;
- éducation;
- services sociaux.

## 3. Examen de la qualité

L'examen de la qualité est la troisième étape du processus de schématisation. Ce stade va au-delà de la structure du système, car les considérations y servent de points de contrôle pour vérifier que le système ou la composante du système que l'on schématise reflète une approche globale axée sur la clientèle.

### Concepts et principes directeurs

*L'utilisation de cette colonne aide à vérifier que les systèmes et les services qu'elle contient adoptent une approche axée sur la clientèle.*



Cette considération consiste à préciser à quel point le système reflète les concepts directeurs d'Approche systémique sur lesquels s'appuie le modèle de services à niveaux présenté dans *Approche systématique de la toxicomanie au Canada*. Les concepts directeurs sont les suivants :

1. **Il n'y a pas de mauvais point d'accès** : Une personne qui veut se faire traiter peut avoir accès à l'ensemble des services à partir de n'importe quel point du continuum pour ensuite être dirigée vers les services et soutiens qui répondent à ses besoins.
2. **Disponibilité et accessibilité** : Une personne devrait trouver et avoir accès aux services et soutiens à une distance raisonnable, y compris un temps de déplacement raisonnable.
3. **Appariement** : Les services et soutiens sont appariés aux besoins et forces d'une personne.
4. **Choix et admissibilité** : Une personne peut choisir parmi plusieurs options lorsque plus d'un service répond à ses besoins.
5. **Souplesse** : Une personne devrait être dirigée vers un niveau supérieur ou inférieur selon ses besoins.
6. **Capacité de réaction** : À terme, un traitement efficace devrait permettre à une personne de passer aux niveaux inférieurs à mesure que ses besoins changent.
7. **Collaboration** : Tous les services et soutiens devraient collaborer pour assurer un traitement de qualité et faciliter le cheminement d'une personne entre les niveaux.
8. **Coordination** : Il devrait y avoir un échange facile d'information entre les systèmes.

Il y a aussi deux principes vitaux pour assurer que l'approche adoptée est axée sur la clientèle à l'échelle des services :

1. **Équité** : Il s'agit d'évaluer la question de l'accès égal aux services des sous-groupes de la population (Babor & Poznyak, 2010). Cela comporte notamment l'accès des personnes avec diverses aptitudes physiques, degrés d'alphabétisme et niveaux de revenu, ainsi que l'accès des personnes socialement marginalisées ou ayant eu des démêlés avec la justice.
2. **Basée sur la population** : La diversité de la population dans le secteur devrait orienter les choix concernant les services à offrir. Il faut notamment qu'ils soient adaptés à la culture, à l'âge et aux langues de la population. Il peut également être pertinent d'offrir des services adaptés aux populations souvent marginalisées, stigmatisées ou traumatisées.

## Déterminants socioéconomiques de la santé

*L'utilisation de cette colonne aide à vérifier que le système prend en compte les déterminants de la santé complexes associés à la consommation problématique.*

Les déterminants socioéconomiques de la santé permettent de prendre en compte les multiples circonstances de la vie qui peuvent avoir des répercussions sur les comportements et l'état de santé, dont le rapport à l'alcool ou à d'autres drogues<sup>13</sup>. Les déterminants de la santé sont une des considérations de l'approche globale à la consommation de substances (p. ex. approches de services et collaborations multisectorielles). Les déterminants sociaux de la santé relevés par Mikkonen et Raphael (2010) sont :

- revenu et répartition du revenu;

---

<sup>13</sup> Le dossier sur les déterminants sociaux de la santé du Manuel d'Approche systémique creuse plus profondément le sujet relativement aux services liés à la consommation de substances.





- éducation;
- chômage et sécurité d'emploi;
- emploi et conditions de travail;
- développement du jeune enfant;
- insécurité alimentaire;
- logement;
- exclusion sociale;
- filet de sécurité sociale;
- services de santé;
- statut d'Autochtone;
- genre;
- race;
- handicap.

Si vous travaillez auprès de membres des Premières Nations, d'Inuits ou de Métis, il y a également la considération de déterminants de la santé propres aux peuples autochtones<sup>14</sup>.

#### 4. Mise en œuvre

L'étape finale du processus de schématisation se réfère au fait que l'efficacité d'un système est proportionnelle à la possibilité de l'implanter réellement. Pour schématiser la mise en œuvre, il faut donc prendre du recul et examiner les soutiens et ressources nécessaires à l'échelle du système pour que la prestation des services soit efficace et les fonctions bien assurées.

##### Soutiens au système

*L'utilisation de cette colonne aide à vérifier que les processus et les structures sont bien en place pour appuyer une approche efficace et fondée sur des données probantes à la consommation de substances. Il n'y a pas de « nombre idéal » de soutiens aux systèmes, mais la schématisation permet d'accorder à chacun d'entre eux l'attention qui leur est due.*

Le rapport *Approche systématique de la toxicomanie au Canada* recense plusieurs domaines où des soutiens sont nécessaires pour vérifier que le système se fonde sur des données probantes et fonctionne efficacement :

1. **Évaluation** : mécanismes pour mesurer l'impact du système et de ses services
2. **Échange des connaissances** : mécanismes pour s'assurer que les actions reflètent les connaissances, c'est-à-dire donner la bonne information aux bonnes personnes, au bon moment et dans le bon format
3. **Mesure et surveillance** : mécanismes pour fournir l'information actuelle, pertinente et cohérente sur les activités du système et les besoins de la population

---

<sup>14</sup> Le Centre national de la collaboration de la santé autochtone fournit des ressources utiles liées à ce domaine, dont [Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones](#) (Loppie et Wien, 2009).



4. **Stigmatisation et discrimination** : mécanismes en place pour atténuer la stigmatisation et la discrimination à l'échelle systémique, communautaire, professionnelle et individuelle
5. **Recherche** : capacité à définir et à poursuivre les priorités de recherche pour assurer l'amélioration constante de la qualité des services et de la base de données probantes
6. **Perfectionnement de la main d'œuvre** : mécanismes pour vérifier que les fournisseurs de services de traitement de la dépendance détiennent la formation, les outils et les autres soutiens nécessaires pour une prestation efficace<sup>15</sup>
7. **Amélioration de la qualité** : mécanismes pour vérifier que les systèmes sont efficaces (c.-à-d. qu'ils offrent une gamme de services répondant aux besoins de la population) et efficaces (c.-à-d. qu'ils font le meilleur usage des moyens disponibles en visant à réduire la prévalence des troubles liés aux substances) [Babor et Poznyak, 2010]; parmi ces mécanismes, il peut y avoir l'agrément ou les approches structurées comme l'approche Lean<sup>16</sup>

## Ressources

*L'utilisation de cette colonne aide à cerner les répercussions économiques concrètes des systèmes et services liés à la consommation de substances; il peut être question de maintien du statu quo, d'expansion ou de la recherche d'efficience accrue.*

Cette dernière considération consiste à recenser les moyens nécessaires pour assurer la prestation des services dans le schéma du système. La précision des données doit correspondre à l'objectif de l'exercice de schématisation. S'il s'agit d'un processus de budgétisation, les ressources devraient être énumérées avec un maximum de précision et d'exhaustivité; par contre, s'il s'agit d'un exercice de visualisation, des estimations pourraient suffire. Néanmoins, dans la mesure du possible, toute estimation devrait être fondée sur des données probantes de référence.

Voici quelques catégories de ressources à prendre en considération :

1. **Finances** : notamment les incidences budgétaires concrètes
2. **Ressources humaines** : notamment le personnel, y compris les professionnels rémunérés, le personnel de soutien et les bénévoles
3. **Capital social**<sup>17</sup> : l'OCDE (1998) le définit comme « les réseaux et les normes, valeurs et convictions communes qui facilitent la coopération au sein de groupes ou entre eux », c'est-à-dire les impondérables qui peuvent contribuer à la prestation des services (p. ex. intégration communautaire, bénévolat)
4. **Capital physique** : notamment l'emplacement et l'environnement, dont les biens corporels (p. ex. bureaux, meubles)
5. **Systèmes d'information** : notamment les systèmes informatiques et téléphoniques; les réseaux téléinformatiques; les systèmes de stockage et de gestion de l'information (en version électronique et imprimée)

---

<sup>15</sup> Les Compétences pour les intervenants canadiens en toxicomanie sont utiles comme outil permettant d'évaluer et d'appuyer le perfectionnement de la main d'œuvre.

<sup>16</sup> Le module sur l'amélioration de la qualité du Manuel d'Approche systémique explique l'utilisation de l'approche Lean, entre autres, dans les systèmes de traitement de la santé et de la dépendance.

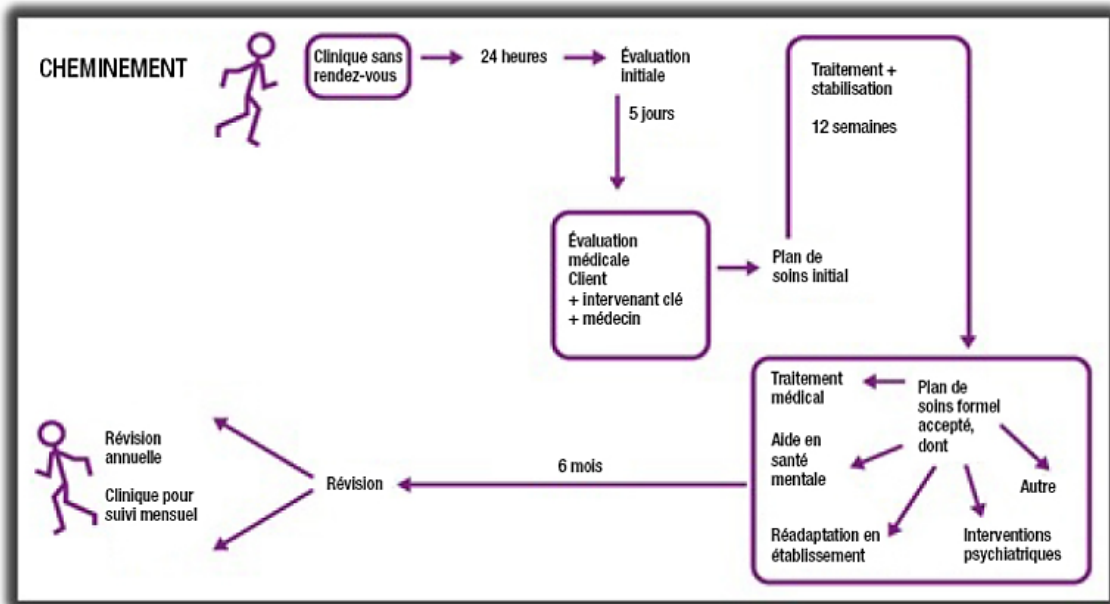
<sup>17</sup> Le gouvernement du Canada a publié une ressource pertinente à ce sujet : *La mesure du capital social : Document de référence pour la recherche, l'élaboration et l'évaluation de politiques publiques* (Franke, 2005).



## Schématisation du vécu : cheminement du client

La schématisation du cheminement des clients dans un système est une façon courante de représenter la fonctionnalité du système. Cela est utile autant au stade de la création que de l'analyse; permet de voir où se trouvent les impasses, les dédoublements et les étapes superflues; et semble particulièrement pertinent dans le cadre de l'approche Lean et d'autres analyses axées sur l'amélioration de la qualité<sup>18</sup>. Cette approche est complémentaire à la schématisation plus large et permet de recueillir d'autres renseignements tirés des expériences directes du système des participants. Typiquement, les schémas sont des représentations graphiques comme des pictogrammes, des organigrammes ou de simples diagrammes formés de boîtes et de flèches. Leur attrait visuel en fait des instruments efficaces pour communiquer les résultats d'une schématisation. On y met l'accent sur des renseignements qualitatifs, mais des données quantitatives peuvent aussi y figurer (p. ex. nombre de clients ayant accès au système à partir d'un point du continuum, écart de temps entre des étapes du système). La figure 1 est un exemple de schéma illustrant le cheminement du client dans le service de lutte contre la dépendance du gouvernement écossais. Un diagramme plus détaillé peut fournir des renseignements supplémentaires sur le fonctionnement réel des étapes et des transitions entre elles.

Figure 1. Schéma du cheminement du client



Source : gouvernement écossais, 2010, consulté à [www.scotland.gov.uk/Publications/2010/06/02115503/4](http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/06/02115503/4)

La schématisation du cheminement du client peut se faire de plusieurs façons. Dans le cadre d'une réunion ou d'un atelier, on peut fournir un exemple aux participants et leur demander de tracer un cheminement hypothétique dans le système. Par cette démarche, les travailleurs de première ligne et les personnes qui ont une expérience vécue apportent leurs expériences directes et leurs points de vue par rapport aux composantes du système, ce qui peut être particulièrement utile. Ensuite, le cheminement peut servir à ajouter des renseignements au gabarit de schéma plus large pour révéler

<sup>18</sup> Voir la note 16.



des aspects qui méritent d'être modifiés. Pour citer un cas de figure, en suivant le cheminement dans un système avec des processus d'orientation, on pourrait constater que l'orientation comporte des étapes intermédiaires encombrantes (p. ex. existence d'évaluations à répétition ou de retard avant d'obtenir un rendez-vous avec l'équipe d'orientation).

Si le processus de schématisation ne permet pas d'intégrer un exercice interactif de cheminement du client, une autre démarche consiste à demander à l'équipe de projet de rassembler des témoignages et des exemples tirés d'expériences de clients actuels ou passés afin de s'en servir comme source de renseignements pouvant contribuer au processus de schématisation.

## Prochaines étapes

La schématisation du système peut être un élément important de la création d'un système global de services et de soutiens liés à la consommation de substances fondé sur des données probantes. Elle permet de cerner les lacunes, dédoublements, priorités, forces et occasions. En offrant un autre point de vue, la schématisation du système peut également susciter des idées nouvelles; en rassemblant les parties prenantes, elle encourage la collaboration. Toutefois, la schématisation n'est qu'une étape du processus. L'interprétation, la communication et le suivi restent des éléments vitaux si l'on veut que le processus ait les résultats escomptés.

D'autres modules du Manuel d'Approche systémique appuient le changement systémique plus large que la schématisation est sensée orienter, notamment l'utilisation de la schématisation dans un processus de changement systémique, des moyens de communication efficaces et des stratégies pour le travail d'équipe pouvant appuyer le processus de schématisation.

Le Manuel d'Approche systémique et les outils de schématisation dans le présent module sont publiés sur le Web et seront mis à jour en fonction de nouvelles données pertinentes. Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies apprécie des suggestions de gabarits, d'approches ou d'autres outils qui pourraient être ajoutés sous forme de liens ou d'exemples.



## Références

- Babor, T.F., et V. Poznyak. « The World Health Organization substance abuse instrument for mapping services: Rationale, structure and functions », *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 27, n°6, 2010, p. 703–711.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Compétences pour les intervenants canadiens en toxicomanie*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2010.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Les normes canadiennes de prévention de l'abus de substances chez les jeunes : un aperçu*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2012.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Amélioration de la qualité et Approche systémique de la toxicomanie*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2013.
- Franke, S. *Measurement of Social Capital: Reference Document for Public Policy Research, development, and evaluation*, Ottawa (Ont.), Projet de recherche sur les politiques, 2005.
- Grootaert, C. *Social Capital: The Missing Link? (Working Paper No. 3)*, Washington (DC), Banque mondiale, 1998. Consulté à l'adresse : <http://siteresources.worldbank.org/INTSOCIALCAPITAL/Resources/Social-Capital-Initiative-Working-Paper-Series/SCI-WPS-03.pdf>.
- Mikkonen, J., et D. Raphael. *Déterminants sociaux de la santé : Les réalités canadiennes*, Toronto (Ont.), École de gestion et de politique de la santé de l'Université York, 2011. Consulté à l'adresse : [http://www.thecanadianfacts.org/Les\\_realites\\_canadiennes.pdf](http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf).
- Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement. *Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement*, Ottawa (Ont.), Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada, 2008.
- Rush, B., J. Tremblay, C. Fougere, R. Behrooz, W. Perez, et J. Fineczko. *Development of a needs-based planning model for substance use services and supports in Canada: Final report*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2014.
- Scottish Government. *A Wait Off Our Shoulders: A Guide to Improving Access to Recovery Focused Drug and Alcohol Treatment Services in Scotland*, Édimbourg (Royaume-Uni), chez l'auteur, 2010. Consulté à l'adresse : <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/06/02115503/4>.



## Annexe A : Exemple de processus de schématisation

Le résumé suivant expose à grands traits un processus de schématisation simple à partir d'un cas de figure fictif. Celui-ci est basé sur des exercices facilités par le CCLT durant l'élaboration du module. L'exemple suit les étapes présentées au début du dossier sous l'en-tête « Création d'un schéma du système »

### Contexte

La Régie de la santé de la Grande Carte a récemment établi un groupe de travail sur les toxicomanies. Les membres du groupe sont des représentants de divers organismes qui s'occupent de la planification et de la prestation de services en toxicomanie. Pour commencer, le groupe de travail aimerait mieux comprendre l'état actuel du système afin de désigner des priorités et d'orienter ses activités. Le groupe va tenir une réunion de planification d'une journée et veut ajouter un exercice de schématisation à l'ordre du jour.

### Processus

**Décider qui dirigera le processus :** Le groupe de travail sur les toxicomanies de la Grande Carte a décidé de diriger le processus de schématisation. La Régie de la santé de la Grande Carte assurera le rôle de secrétariat pour le groupe de travail. La spécialiste en toxicomanie de la régie de la santé est présidente du groupe de travail et coordonne l'exercice de schématisation.

**Définir le problème :** La régie de la santé s'occupe d'une grande région avec des secteurs urbains et ruraux, ainsi qu'une population mixte. Le groupe de travail a pris note de plusieurs préoccupations signalées par la clientèle et les intervenants, dont la question de l'égalité d'accès (surtout des jeunes dans les petites collectivités) aux services nécessaires, ainsi que la question de problèmes de santé mentale et de profils de logement de plus en plus complexes chez la population en milieu urbain.

**Préciser les buts :** Le groupe de travail n'est formé que depuis peu. Ses membres espèrent tirer de l'exercice de schématisation des renseignements sur les priorités et les activités afin d'établir un plan de travail qui améliorera les services aux clients d'ici un à trois ans. En créant le schéma, le but est d'orienter les discussions à ce stade, plutôt que d'orienter une planification de système détaillée.

**Cerner les renseignements à recueillir :** Pour schématiser les services disponibles, il faudra avoir une liste complète des services offerts, des types de clients et du nombre de clients. Il faudra recueillir des renseignements sur les besoins de la population et éventuellement sur la demande en services afin de cerner les lacunes et décider auxquelles il faut remédier en premier. Enfin, il faudra recueillir des renseignements sur les implications liées aux ressources et la disponibilité de celles-ci afin de déterminer les mesures à prendre.

**Choisir la méthode de collecte de renseignements :** À ce stade préliminaire de ses activités, le groupe de travail travaillera à partir de données existantes. Pour commencer, les membres du groupe ont dressé des listes d'organismes fournissant des services liés à la consommation de substances aux habitants de la région sanitaire, y compris ceux qui sont sous-traités ou fournis à d'autres niveaux municipaux, provinciaux ou fédéraux. Cette liste orientera le processus de schématisation. De plus, les membres apporteront à l'exercice les rapports d'activité des divers services; ces rapports contiennent des données sur le nombre de clients, le profil de la clientèle et les services offerts.



**Désigner les participants :** Le groupe de travail fera l'exercice de schématisation. Les membres du groupe sont représentatifs des régions, des secteurs et des niveaux gouvernementaux. Ils reconnaissent néanmoins qu'il sera peut-être nécessaire de communiquer avec d'autres organismes après la rencontre pour préciser les renseignements sur les services.

**Créer le schéma :** La présidente a modifié le tableau 1 pour créer un gabarit simple correspondant aux exigences du projet du groupe. Pour encourager la discussion entre les membres du groupe lors de la réunion, elle a divisé le processus de schématisation en deux étapes. D'abord, durant la matinée, elle a fait placer des tableaux-papier dans la salle, avec un tableau-papier par catégorie de services et soutiens. Elle a ensuite demandé aux membres du groupe d'y noter des renseignements sous les en-têtes suivants : services offerts, approches, contextes, fournisseurs et collaborations. Les membres pouvaient noter leurs renseignements directement sur les tableaux-papier ou sur des feuillets autoadhésifs qu'on pouvait placer et déplacer. Durant la pause déjeuner, le preneur de notes avait à rassembler tous ces renseignements et à les inscrire dans le gabarit suivant<sup>19</sup>.

Catégorie	Service	Clientèle desservie	Approche, description	Contexte	Fournisseurs
Éducation et sensibilisation	Dire « je sais »	Grand public	Campagne d'information	Radio et télévision	Province et municipalité
Prévention	Programme DARE	Élèves	Ateliers	Écoles	Police
	Campagne contre la conduite avec facultés affaiblies	Adultes de plus de 19 ans	Programme de conducteur désigné	Bars	Municipalité
Dépistage, intervention rapide et orientation	Service centralisé d'admission de la région	Grand public	Outil GAIN-SS – autoadministré	Clinique de santé	Personnel clinique
	Projet pilote de dépistage par les médecins	Grand public	Outil GAIN-SS – autoadministré	Salles d'attente des médecins	Infirmiers

<sup>19</sup> À noter que les renseignements dans ce tableau sont présentés à des fins d'illustration; ils font partie du cas de figure fictif et ne représentent pas une gamme entière de services correspondant à tout système.



Catégorie	Service	Clientèle desservie	Approche, description	Contexte	Fournisseurs
Prévention des maladies et des blessures	« Biseau vers le haut »	Consommateurs de drogues injectables	Campagne d'information	Service d'approche et d'échange de seringues par camionnette	Bénévoles et infirmiers de la santé publique
	Sécurité dans les bars	Adultes de plus de 19 ans	Verres incassables	Points de service de boissons	Propriétaires de bars et de restaurants et région sanitaire
Prévention des surdoses	XChange	Consommateurs de drogues injectables	Échange de seringues	Clinique sans rendez-vous et service d'approche par camionnette	Bénévoles et infirmiers de la santé publique
Services de gestion du sevrage – mobiles ou à domicile	Clinique de soins	Adultes	Visites quotidiennes d'infirmiers	À domicile	Infirmiers de la santé publique
	Clinique de soins	Adultes	Supervision par un médecin	Clinique et à domicile	Médecins de famille
Services de gestion du sevrage – sociaux ou communautaires à l'interne	Clinique de soins	Adultes	Accompagnement médical	Clinique	Infirmiers avec supervision par un médecin
	Centre de traitement VisionSanté	Jeunes	Accompagnement médical	Centre de traitement à demeure – hors province	Intervenants en toxicomanie
Services de gestion du sevrage – interventions de complexité accrue	Hôpital régional de La Carte	Adultes et jeunes	Accompagnement médical	Hôpital	Médecins et infirmiers





Services communautaires – minimaux	Parlons-en	Hommes adultes	Réunions hebdomadaires ouvertes au public – groupe	Église	Clergé et bénévoles
Services communautaires – modérés	Armée du Salut	Programmes destinés à une clientèle adulte (hommes et femmes)	Programme de 12 séances hebdomadaires le soir – groupe, thérapie cognitivo-comportementale	Centre et bureaux satellites de l'Armée du Salut	Intervenants en toxicomanie
	Centre de traitement Renouvelle-toi	Hommes adultes	Programme d'inscription continue bihebdomadaire, plus entrevues motivationnelles et thérapie cognitivo-comportementale de groupe	Centre de traitement en milieu semi-rural	Intervenants en toxicomanie
	Clinique de traitement à la méthadone de La Carte	Adultes	Substitution aux opiacés	Clinique	Pharmaciens
Services communautaires – intensifs	Centre de traitement Renouvelle-toi	Programmes destinés à une clientèle adulte (hommes et femmes)	Programme d'inscription continue bihebdomadaire, plus entrevues motivationnelles et accompagnement personnalisés et en groupe	Centre de traitement en milieu semi-rural	Intervenants en toxicomanie
	Services à la jeunesse	Jeunes	Programme de jour structuré, plus thérapie cognitivo-comportementale et entrevues motivationnelles personnalisées et en groupe	Centre urbain pour les jeunes ouvert au public	Travailleurs auprès de jeunes, intervenants en toxicomanie
Services à l'interne – soutien à la guérison	Gîte-Résolutions	Hommes adultes	Centre de traitement	Milieu de vie sobre	Pairs



Services communautaires – minimaux	Parlons-en	Hommes adultes	Réunions hebdomadaires ouvertes au public – groupe	Église	Clergé et bénévoles
Services à l'interne – traitement	Armée du Salut	Hommes adultes	Thérapie cognitivo-comportementale de 28 jours, entrevues motivationnelles, accompagnement et suivi	Centre de l'Armée du Salut	Intervenants en toxicomanie
	Centre de traitement Renouvelle-toi	Hommes adultes	Programmes de 28 et de 90 jours, thérapie cognitivo-comportementale, entrevues motivationnelles et accompagnement	Centre de traitement en milieu semi-rural	Intervenants en toxicomanie
	Centre de traitement VisionSanté	Jeunes	Programme de 28 jours, entrevues motivationnelles et accompagnement	À l'interne (hors province)	Intervenants en toxicomanie
Services à l'interne – interventions de complexité accrue	Hôpital régional de La Carte	Adultes et jeunes	Services psychiatriques et assistance socio-psychologique avec accompagnement médical	Hôpital – service de santé mentale	Infirmiers, intervenants en toxicomanie et psychiatres
Services mobiles et sur le Web	Services à la jeunesse	Jeunes	Suivi par message texte	Appareils mobiles	Travailleurs auprès de jeunes
Entraide	AA et NA	Adultes	Méthode des 12 étapes	Églises et centres communautaires de la région	Pairs

**Interpréter les résultats :** Le groupe de travail a étudié les résultats de l'exercice de schématisation et en a discuté. Les principales constatations étaient notamment les suivantes :

- peu de programmes de sensibilisation et de prévention;
- peu de programmes axés sur les jeunes;
- aucun programme adapté à la culture;
- aucun programme destiné à la population des sans-abri.



Ces résultats préliminaires ont indiqué au groupe de travail des champs d'action prioritaires, ce qui était le but de l'exercice. En rassemblant les renseignements, les membres du groupe de travail ont également découvert qu'ils ne connaissaient pas les services de leur région aussi bien qu'ils le pensaient, ce qui a permis de cerner les informations à étoffer (p. ex. les membres du groupe ne connaissaient pas bien les critères d'admissibilité de tous les services recensés).

**Communiquer les résultats :** Le groupe de travail a rédigé un rapport contenant le schéma, les observations principales et les besoins en information cernés. Il a également élaboré un plan de travail préliminaire présentant les premières étapes à suivre concernant les champs d'action prioritaires identifiés, dont les étapes suivantes : étudier et utiliser les normes de prévention du CCLT; inviter les services à la jeunesse à participer au groupe de travail; et rechercher des ressources qui pourraient appuyer une initiative de mise en place d'un espace destiné à la prestation de services aux sans-abri.

**Fixer une date de suivi :** Le groupe de travail a convenu de vérifier les renseignements inscrits dans le tableau et de rechercher des renseignements supplémentaires afin que le schéma représente fidèlement tous les services offerts. Le groupe a divisé ces tâches en fonction des réseaux et de la capacité des membres. Tous apporteront les résultats de leurs recherches à la réunion mensuelle suivante afin de les rassembler et d'en discuter.



## Annexe B : Gabarit – Schématisation des services et soutiens

### **But**

Ce gabarit présente un schéma du système axé sur les services et soutiens de base qui devraient faire partie de tout système global.

### **Emplois**

- Comme outil qui aide à créer une description textuelle d'un système
- Comme façon de déterminer si la population a accès au continuum complet des services et soutiens
- Comme moyen de cerner les forces et les lacunes dans le système actuel

### **Explication**

Le gabarit emploie une approche échelonnée à l'analyse, examinant une à une les activités du système liées aux divers services et soutiens. Selon le contexte, certaines considérations seront plus pertinentes que d'autres (p. ex. un système en milieu urbain pourrait bénéficier d'une gamme de fournisseurs de services spécialisés, tandis qu'un système en milieu rural pourrait n'avoir que quelques fournisseurs avec des rôles multiples ou intégrés).

Le gabarit présenté sur les pages suivantes peut être rempli soit sous format papier, soit sous format électronique; au besoin, on peut y ajouter des lignes. Dans le contexte d'un atelier, on pourrait faire le travail sur tableau-papier pour favoriser la discussion en groupe. Selon les besoins, on peut apporter divers niveaux de précisions (p. ex. fournir une liste de services avec des cases à cocher pour indiquer les services offerts; ajouter une description des services).

Le gabarit peut être modifié en supprimant des colonnes ou des éléments qui ne s'appliquent pas à la discussion en cours. Par exemple, il ne serait pas nécessaire d'inclure la colonne des ressources lors d'un exercice de remue-méninges ou de visualisation.



Éducation et sensibilisation (peut être davantage ventilé en « universel » et « ciblé »)						
Service	Courte description (facultatif)	Approches : Quelles sont les approches utilisées?	Contextes : Dans quels contextes?	Fournisseurs : Qui fournit les services?	Collaboration : Grâce à quelles collaborations?	Ressources : Quelles sont les ressources nécessaires?
Prévention (peut être davantage ventilé en « universel » et « ciblé »)						
Service	Courte description (facultatif)	Approches : Quelles sont les approches utilisées?	Contextes : Dans quels contextes?	Fournisseurs : Qui fournit les services?	Collaboration : Grâce à quelles collaborations?	Ressources : Quelles sont les ressources nécessaires?
Dépistage, intervention rapide et orientation						
Service	Courte description (facultatif)	Approches : Quelles sont les approches utilisées?	Contextes : Dans quels contextes?	Fournisseurs : Qui fournit les services?	Collaboration : Grâce à quelles collaborations?	Ressources : Quelles sont les ressources nécessaires?
Prévention des maladies et des blessures						
Service	Courte description (facultatif)	Approches : Quelles sont les approches utilisées?	Contextes : Dans quels contextes?	Fournisseurs : Qui fournit les services?	Collaboration : Grâce à quelles collaborations?	Ressources : Quelles sont les ressources nécessaires?
Prévention des surdoses						
Service	Courte description (facultatif)	Approches : Quelles sont les approches utilisées?	Contextes : Dans quels contextes?	Fournisseurs : Qui fournit les services?	Collaboration : Grâce à quelles collaborations?	Ressources : Quelles sont les ressources nécessaires?
Gestion du sevrage (peut être davantage ventilé en « à domicile », « social/communautaire » et « en milieu hospitalier »)						
Service	Courte description (facultatif)	Approches : Quelles sont les approches utilisées?	Contextes : Dans quels contextes?	Fournisseurs : Qui fournit les services?	Collaboration : Grâce à quelles collaborations?	Ressources : Quelles sont les ressources nécessaires?



Services communautaires (peut être davantage ventilé en « minimal », « modéré » et « intensif »)						
Service	Courte description (facultatif)	Approches : Quelles sont les approches utilisées?	Contextes : Dans quels contextes?	Fournisseurs : Qui fournit les services?	Collaboration : Grâce à quelles collaborations?	Ressources : Quelles sont les ressources nécessaires?
Services à l'interne (peut être davantage ventilé en « soutien à la guérison », « traitement à l'interne » et « interventions de complexité accrue »)						
Service	Courte description (facultatif)	Approches : Quelles sont les approches utilisées?	Contextes : Dans quels contextes?	Fournisseurs : Qui fournit les services?	Collaboration : Grâce à quelles collaborations?	Ressources : Quelles sont les ressources nécessaires?
Services mobiles et sur le Web						
Service	Courte description (facultatif)	Approches : Quelles sont les approches utilisées?	Contextes : Dans quels contextes?	Fournisseurs : Qui fournit les services?	Collaboration : Grâce à quelles collaborations?	Ressources : Quelles sont les ressources nécessaires?
Entraide						
Service	Courte description (facultatif)	Approches : Quelles sont les approches utilisées?	Contextes : Dans quels contextes?	Fournisseurs : Qui fournit les services?	Collaboration : Grâce à quelles collaborations?	Ressources : Quelles sont les ressources nécessaires?



Résumé du système					
Soutiens au système	O/N	Description			
Évaluation					
Échange des connaissances					
Mesure et surveillance					
Stigmatisation et discrimination					
Recherche					
Perfectionnement de la main d'œuvre					
Amélioration de la qualité					
Concept directeur	O/N	Comment?			
Il n'y a pas de mauvais point d'accès					
Disponibilité et accessibilité					
Appariement					
Choix et admissibilité					
Souplesse					
Capacité de réaction					
Collaboration					
Coordination					
Équité					
Basé sur la population					
Déterminant social de la santé	O/N	Comment?	Déterminant social de la santé	O/N	Comment?
Revenu et répartition du revenu			Développement du jeune enfant		
Chômage et sécurité d'emploi			Emploi et conditions de travail		
Éducation			Insécurité alimentaire		
Logement			Exclusion sociale		
Filet de sécurité sociale			Services de santé		
Statut d'Autochtone			Genre		
Race			Handicap		



## Annexe C : Gabarit – Schématisation axée sur une population cible

### **But**

Cette version du gabarit présente un schéma du système axé sur une population cible et un type de service.

### **Emplois**

- Comme moyen de réagir rapidement et de manière éclairée à une lacune ou à un problème systémique
- Comme outil pour orienter un exercice ou une discussion avec un but précis dans le contexte d'un programme plus vaste
- Comme façon de démontrer l'utilité de la schématisation du système par un exercice pilote ciblé

### **Explication**

Ce gabarit a été créé en modifiant le tableau 1 de façon à l'adapter à un sujet d'intérêt particulier. Pour l'utiliser, il faut que la population cible et le service aient été précisés (p. ex. services à l'interne pour jeunes, gestion du sevrage pour des personnes avec une situation résidentielle instable). Un exercice de schématisation avec cette portée peut se faire assez rapidement et peut générer des renseignements pour des conseils d'orientation stratégique ou des propositions de financement d'une durée limitée.

La qualité de tout exercice de schématisation dépend de la qualité des renseignements utilisés. Si l'on emploie le gabarit dans le contexte d'une discussion en groupe ou d'une séance de remue-méninges, des estimations pourraient suffire. Cependant, si le but du schéma est d'aider à orienter des décisions en matière de politiques ou de financement, il faut s'efforcer d'obtenir la participation de ceux qui ont accès aux meilleures données.

Le gabarit présenté sur la page suivante peut être rempli soit sous format papier, soit sous format électronique; au besoin, on peut y ajouter des lignes. Dans le contexte d'un atelier, on pourrait faire le travail sur tableau-papier pour favoriser la discussion de groupe. Selon les besoins, on peut apporter divers niveaux de précisions (p. ex. fournir une liste de services avec des cases à cocher pour indiquer les services offerts; ajouter une description des services).

Le gabarit peut être modifié en supprimant des colonnes, des lignes ou d'autres éléments qui ne s'appliquent pas à la discussion en cours. Par exemple, il ne serait pas nécessaire d'inclure la colonne des ressources lors d'un exercice de remue-méninges ou de visualisation, ou de faire un examen de la qualité lors d'un exercice de remue-méninges ou d'une discussion en groupe avec des non-spécialistes.





**Population et type de service**

Approches : Quelles sont les approches utilisées?	Contextes : Dans quels contextes?	Fournisseurs : Qui fournit les services?	Collaboration : Grâce à quelles collaborations?	Ressources : Quelles sont les ressources nécessaires?

**Résumé du système**

Soutiens au système	O/N	Description			
Évaluation					
Échange des connaissances					
Mesure et surveillance					
Stigmatisation et discrimination					
Recherche					
Perfectionnement de la main d'œuvre					
Amélioration de la qualité					
Concept directeur	O/N	Comment?			
Il n'y a pas de mauvais point d'accès					
Disponibilité et accessibilité					
Appariement					
Choix et admissibilité					
Souplesse					
Capacité de réaction					
Collaboration					
Coordination					
Équité					
Basé sur la population					
Déterminant social de la santé	O/N	Comment?	Déterminant social de la santé	O/N	Comment?
Revenu et répartition du revenu			Développement du jeune enfant		
Chômage et sécurité d'emploi			Emploi et conditions de travail		
Éducation			Insécurité alimentaire		
Logement			Exclusion sociale		
Filet de sécurité sociale			Services de santé		
Statut d'Autochtone			Genre		
Race			Handicap		



## Annexe D : Collecte de renseignements

Le tableau suivant présente une liste de sources potentielles de renseignements qui peuvent éclairer le processus de schématisation en orientant la recherche de sources et en fournissant quelques références essentielles. Il s'agit d'une liste non exhaustive et son contenu peut être utilisé de diverses façons. Le tableau peut être fourni aux participants en avance de l'exercice de schématisation afin qu'ils puissent se préparer à la discussion; peut être utilisé par l'équipe de projet pour élaborer et évaluer un ensemble d'options; ou peut résumer le contexte pour des propositions et des plans d'action.

Source	Type et accès	Applications et limitations
<b>Documentation évaluée par les pairs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soumise à des experts du domaine qui l'évaluent avant la publication</li><li>• Présentations de recherches universitaires ou cliniques</li><li>• Peut inclure des méta-analyses (c.-à-d. résumés d'études publiées)</li><li>• Apparaît le plus souvent dans des revues savantes et professionnelles</li><li>• Fournie par des groupes de diffusion des recherches comme Cochrane ou Campbell</li><li>• Incluse dans des bases de données (p. ex. PsycINFO)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Désigner la base de données probantes ou les pratiques exemplaires pour divers services, approches, etc.</li><li>• Obtenir des renseignements contextuels (p. ex. recherches ou populations similaires dans d'autres régions)</li><li>• Base pour évaluer les initiatives proposées et celles en cours</li><li>• Peut ne pas représenter/incorporer de façon directe le contexte local ou les ressources disponibles</li><li>• Le temps disponible pour la schématisation peut limiter les renseignements sur les pratiques nouvelles et émergentes</li></ul>
<b>Documentation parallèle</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Publiée en dehors des circuits des revues savantes</li><li>• Rapports du gouvernement ou d'organismes</li><li>• Thèses académiques</li><li>• Rapports scientifiques non publiés</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Renseignements liés aux études faites en dehors des circuits académiques</li><li>• Accès aux renseignements liés aux activités et aux processus (p. ex. contextes de production de rapports et d'évaluation)</li></ul>
<b>Experts du domaine</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Universitaires</li><li>• Spécialistes en recherche clinique</li><li>• Détenteurs des connaissances traditionnelles</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Connaissance de la recherche actuelle ou spécialisée, ou d'autre information ciblée</li><li>• Idées, recommandations et conseils bien fondés</li><li>• Parfois, obtenir des renseignements plus rapidement qu'en consultant les documents de recherche</li><li>• On ne peut pas compter sur une seule source pour comprendre la vaste base de données probantes</li></ul>



Source	Type et accès	Applications et limitations
<b>Experts de première ligne</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cliniciens, directeurs, personnel</li><li>• Professionnels de secteurs spécialisés et non spécialisés (p. ex. santé mentale, soins primaires, application de la loi)</li><li>• Responsables de politiques</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Connaissance approfondie du fonctionnement réel du système</li><li>• Difficulté potentielle à mettre de côté les points de vue tendancieux et les expériences personnelles lorsque cela est nécessaire</li></ul>
<b>Expérience vécue</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personnes avec une expérience de la consommation problématique et éventuellement du système de traitement de la dépendance</li><li>• Les proches (famille, amis) de ces personnes</li><li>• Associations de pairs, groupes d'entraide, groupes consultatifs</li><li>• Groupes de revendication</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Connaissance approfondie du fonctionnement réel du système, dont les obstacles à l'accès</li><li>• Important que le soutien approprié soit fourni (p. ex. breffage, débrefage)</li><li>• Il faut aborder la question de la stigmatisation et respecter la contribution de tous</li><li>• Danger que ces sources soient traitées comme « purement symboliques »</li></ul>
<b>Données numériques<sup>20</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Données numériques (p. ex. données sur la clientèle recueillies pour des rapports et la surveillance)</li><li>• Analyses statistiques pour des rapports et des évaluations (p. ex. rapports annuels)</li><li>• Données d'enquêtes sur toute la population ou ciblées</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Surveiller le fonctionnement du système (p. ex. établir des points de repère, surveiller les progrès réalisés)</li><li>• Montrer la portée et la fonction du système (p. ex. capacité, roulement, accès)</li><li>• Noter les tendances (population, services)</li><li>• La méthode de collecte (p. ex. non respect des protocoles), la comparabilité (entre organisations et systèmes) et l'actualité peuvent jouer sur la qualité</li></ul>
<b>Documents opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mandat, politiques, protocoles, normes, lignes directrices, etc.</li><li>• Archives : rapports, propositions de projets, exercices de planification stratégique, évaluations, etc.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comprendre la pratique actuelle</li><li>• Saisir le contexte organisationnel</li><li>• Relever les leçons retenues d'initiatives antérieures</li><li>• Surveiller les changements et progrès réalisés</li></ul>
<b>Évaluations</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Niveau du projet ou du système</li><li>• Résultat (final) ou processus (intermédiaire)</li><li>• Documents organisationnels</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Orientations à partir des recommandations</li><li>• Tirer parti de réussites et de défis passés</li></ul>

<sup>20</sup> Voici quelques exemples de sources de données en ligne : [Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes](#) de Statistique Canada; [Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues](#) de Santé Canada; [Drogue et alcool – Système d'information sur le traitement](#) de l'Ontario; [Acohol and Other Drug Monitoring Project](#) de la Colombie-Britannique; [Institut canadien d'information sur la santé](#); [Étude sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire](#) de l'Agence de la santé publique du Canada; ainsi que les rapports sur les [indicateurs nationaux de traitement](#) et le [Rapport pancanadien sur la consommation d'alcool et de drogues des élèves](#) du CCLT. Voici quelques exemples de données provenant de sources extérieures au Canada : le [rapport annuel](#) sur l'état du phénomène de la drogue en Europe de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies; le [Rapport mondial sur les drogues](#) de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime; et le [Mécanisme d'évaluation multilatérale](#) de la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues.



## Annexe E : Autres ressources

### **Schématisation**

Le **Planificateur en ligne de programme de santé** de l'Ontario est un site Web interactif qui aide l'utilisateur à prendre des décisions liées à la planification qui sont fondées sur des données probantes. On y retrouve aussi un créateur d'analyse de cas en ligne et des outils de gestion de projet. Le planificateur offre des conseils et des feuilles de travail qui peuvent être utiles à des étapes critiques du processus. Retrouvez-le à l'adresse :

<http://www.thcu.ca/ohpp/home.cfm?&language=fr>

Un **schéma conceptuel** est un moyen encore plus visuel de représenter les relations existant entre divers éléments. Le Florida Institute for Human and Machine Cognition [institut floridien pour l'étude de la cognition humaine et artificielle] a publié en ligne un rapport complet sur les schémas conceptuels, la théorie qui les sous-tend, leur élaboration et leur utilisation (en anglais seulement) :

<http://cmap.ihmc.us/publications/researchpapers/theorymaps/theoryunderlyingconceptmaps.htm>

La **schématisation d'un processus** consiste à préciser et à décrire ses étapes. L'organisme australien Victorian Quality Council [conseil de la qualité de Victoria] a publié un guide avec des conseils utiles pour la schématisation d'un processus axé sur le personnel de services de santé (en anglais seulement). Consultez-le à l'adresse :

[http://www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/downloads/process\\_mapping.pdf](http://www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/downloads/process_mapping.pdf)

### **Sources de données sur les approches de services**

**Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT)** : Le CCLT produit une série d'outils pratiques pour les intervenants en toxicomanie.

**Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)** : Le CAMH publie une liste de lignes directrices sur la **pratique clinique et les cheminements cliniques** (en anglais seulement) présentées par sujet et par source.

**Cochrane Library** : Les revues de Cochrane sont des synthèses systématiques effectuées suivant une méthodologie rigoureusement définie. Elles répondent à des questions précises, dont des questions liées au traitement de la dépendance.

**Drug and Alcohol Findings** : Cet organisme du Royaume-Uni publie des sommaires de recherche (en anglais seulement) avec les constatations clés et les répercussions sur la pratique pour faciliter l'accès des fournisseurs de services aux données probantes dans le domaine.

**Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)** : Cet organisme gouvernemental publie de nombreux documents (en anglais seulement) sur le traitement de la dépendance, la prévention et le rétablissement. Sa **série sur l'amélioration de protocoles de traitement** offre des lignes directrices pour le traitement de la dépendance qui ont été élaborées en consultation avec des groupes consensuels d'experts et qui puisent dans les données probantes tirées de la pratique et de la recherche.