

Création de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux

La contribution du secteur social

Document déposé au comité d'implantation de l'INESSS

le 30 octobre 2008

TABLE DES MATIÈRES

	Page
● Création de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux	1
● Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec	1
● Contribution du secteur social	1
● Déterminants sociaux : une stratégie gagnante	2
● Inclusion des services sociaux	2
● Définition des services sociaux	3
● Bâtir la connaissance dans le secteur social	4
● Quelles fonctions pour l'INESSS?	5
● Évaluer les technologies de la santé	5
● Évaluer les modes d'intervention en santé et en services sociaux	5
● Élaborer des guides et des protocoles portant notamment sur les services appropriés, les nouvelles pratiques et les modes d'intervention	6
● Formuler des recommandations sur la composition du panier des services assurés	6
● Développer et entretenir des banques de données pertinentes	7
● Expertise-conseil en matière d'évaluation de programme et de modifications de pratique	7
● Quelle gouvernance pour l'INESSS?	8
● Conclusion	9

- Annexe –
Quelques enjeux concernant les dépendances 10
- Sommaire des recommandations 12

/ra
2008.10.29

● **Création de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux**

Suivant l'invitation qui a été lancée à l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) de rencontrer les membres du Comité d'implantation de l'INESSS, nous vous présentons dans le présent document un résumé succinct des réflexions que nous avons menées avec nos collègues des autres associations d'établissements spécialisés à vocation régionale. À cette première réflexion se sont ajoutées un certain nombre de préoccupations propres au réseau des centres de réadaptation en dépendance.

D'emblée, le défi d'évaluer la pertinence de nos pratiques cliniques et de mesurer les écarts qui nous séparent actuellement des pratiques dites exemplaires nous apparaît être un objectif bien fondé auquel l'Association souscrit entièrement.

● **Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec**

L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec regroupe 21 centres de réadaptation ou organismes apparentés qui offrent dans toutes les régions des services spécialisés aux personnes aux prises avec des problèmes d'alcool, de drogues ou de jeu. Il s'agit du seul réseau provincial entièrement dédié aux personnes aux prises avec un problème de dépendance.

Au cours d'une année, 50 000 personnes de tous âges ont recours à leurs services. Les centres de réadaptation offrent des services d'accueil — évaluation, orientation —, des services de désintoxication, des services de réadaptation externe ou avec hébergement, des services de soutien à l'entourage, des services de traitement de substitution et des services de réinsertion sociale.

Le Centre Dollard-Cormier de Montréal a été désigné, il y a deux ans, institut universitaire sur les dépendances.

● **Contribution du secteur social**

Partant du concept d'institut national d'excellence en santé (**INES**), recommandé par le Groupe de travail sur le financement du système de santé du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté un comité pour implanter l'**INESSS** (soit l'Institut national d'excellence en santé **et en services sociaux**).

Nous comprenons que cet ajout des services sociaux au projet initial est significatif et vient clairement donner le signal qu'au Québec les déterminants sociaux constituent dorénavant un enjeu stratégique central.

● Déterminants sociaux : une stratégie gagnante

On n'améliorera pas les pratiques cliniques uniquement en mettant en place des modes d'évaluation ou des guides de pratique pour des motifs économiques. Même si le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) britannique constitue un modèle intéressant, il faut considérer l'ampleur des moyens requis, tenir compte des différences de rôles de cet organisme (notamment sur le plan de la santé publique) et s'assurer que l'INESSS s'inscrive en complémentarité avec les organismes déjà en place.

Au-delà des données probantes, de l'évaluation technologique, de l'efficacité des médicaments et des pratiques, on doit, avant tout, être guidé par une vision holistique des services requis. On doit se concentrer sur les leviers qui permettront d'améliorer les pratiques là « où ça compte » réellement. Comme vient de le rappeler justement l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹, c'est en intervenant sur les **déterminants sociaux** de la santé que les plus grands progrès en santé et en bien-être peuvent être réalisés. On aura beau se coller sur les données probantes, si on ne mise pas sur les conditions de vie, sur le soutien psychosocial favorisant la protection, l'adaptation et l'intégration sociale, on fera fausse route. Il n'y aura pas de développement durable ni équitable sans une action majeure sur les déterminants sociaux².

● Inclusion des services sociaux

Plusieurs études démontrent l'impact psychosocial des maladies sur les personnes, notamment dans le cas des maladies chroniques, de problèmes de dépendance, de déficience physique ou de santé mentale. Ici, les enjeux d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale sont fondamentaux et requièrent à la fois, et de façon concomitante, la contribution des équipes de santé et des équipes psychosociales.

¹ OMS, *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Commission des déterminants sociaux de la santé, 28 août 2008. Ce document affirme notamment : « l'importance d'une protection sociale tout au long de son existence, dès le plus jeune âge, pendant la vie active et au cours de la vieillesse [...] Une protection sociale universelle et généreuse est associée à un meilleur état de santé de la population » (p. 10). L'OMS insiste aussi pour dire « qu'il est à la fois impératif du point de vue de l'éthique et judicieux en termes d'efficacité d'agir sur les causes sociales des problèmes sanitaires de façon plus cohérente au sein du système de santé » (p. 12).

² Comme le disait M. Renaud (1998), les déterminants sociaux sont les facteurs majeurs de bonne ou de mauvaise santé (Québec Science, janvier). L'ICRA (2004) attribue 50 % des impacts sur la santé aux facteurs socioéconomiques et comportementaux, soit autant que l'ensemble des autres déterminants cumulés et le double de ceux attribuables au système de santé lui-même.

De notre point de vue, l'INESSS devrait se faire le défenseur de cette vision plus globale, plus unifiée des problèmes de santé et de services sociaux en général, de leurs impacts et des pratiques cliniques qu'il faut privilégier pour mieux répondre aux besoins des clientèles. Ainsi, à l'intérieur de guides de pratique, il serait souhaitable de mieux unifier l'univers du social et de la santé.

Par ailleurs, les services sociaux ont un mandat, un profil, des contours et des interventions qui ne sont pas les mêmes que ceux de la santé. Il importe aussi que ce système soit considéré et apprécié, sur le plan des pratiques et des modes d'intervention, de façon distincte.

Les services sociaux se distinguent quant aux problèmes visés, aux principes à la base de leur prestation de services, aux profils de leurs clientèles et professionnels, à leur structure de services, à leur source de financement et à leurs systèmes d'information.

À l'instar de plusieurs pays progressistes³, il serait temps pour le Québec de considérer l'intervention sociale comme un important levier afin de mieux répondre aux défis posés par les problèmes de santé et de bien-être.

● Définition des services sociaux

De quels services sociaux parlons-nous? Les établissements spécialisés à vocation régionale adhèrent à la définition proposée par le Comité sur l'organisation universitaire des services sociaux en 2005. Cette définition est jugée explicite, contemporaine et opérationnelle. Elle colle bien aux dimensions des programmes-services implantés au Québec et permet d'inclure la perspective des continuums de services.

Les éléments clés de cette définition sont les suivants :

- Les services sociaux correspondent à l'ensemble des programmes destinés à promouvoir la prévention des problèmes sociaux et psychosociaux, à assurer la protection des personnes et des groupes vulnérables ainsi que l'adaptation, la réadaptation et l'intégration sociale des personnes présentant des besoins particuliers;
- Ces services sont offerts par le secteur public, par le secteur privé ou encore par le secteur communautaire;
- Ces services sont ceux qui sont visés par les programmes-services du ministère de la Santé et des Services sociaux, incluant les services de première et de deuxième ligne;
- Les pratiques qui s'exercent dans le cadre des services sociaux représentent une *sphère autonome d'activités*, distinctes des pratiques de santé et confèrent au champ des services sociaux une identité propre;

³ Notamment la France, le Royaume-Uni ou la Suède.

- Les services sociaux sont associés à l'ensemble des pratiques psychosociales, psychothérapeutiques et psychoéducatives destinées à améliorer le fonctionnement social et à soutenir le développement psychosocial des personnes⁴.

Adopter cette définition, c'est transmettre comme message qu'on veut bâtir en continuité et en cohérence avec les exercices de planification stratégique du MSSS, ainsi qu'avec les travaux les plus récents en matière d'offre de service et d'accessibilité. C'est aussi reconnaître la fonction des instituts universitaires sociaux et des centres de recherche axés sur les pratiques comme étant un vecteur majeur du développement des travaux à mener sur les données probantes.

● Bâtir la connaissance dans le secteur social

Partant de son mandat d'évaluation et de mise en place de pratiques cliniques basées sur des données probantes, l'INESSS aura l'opportunité, entre autres, de définir et de mesurer la performance des services sociaux. Considérant l'accès limité des services sociaux aux fonds de recherche, phénomène déjà bien documenté⁵, l'INESSS gagnerait à planifier rapidement le développement des connaissances requises dans ce champ de pratique et à agir **un peu comme un courtier de développement de savoirs** dans le domaine social.

L'INESSS devra, pour ce faire, disposer des leviers nécessaires pour inciter les différents partenaires déjà actifs sur le terrain à travailler en complémentarité et en synergie, de manière à maximiser les efforts de chacun et à contribuer, en cela, à bâtir le savoir et la connaissance dans le secteur social. Cela permettrait d'utiliser ces connaissances à court et à moyen terme pour innover, rehausser la qualité clinique des services et développer une réelle culture d'excellence dans le secteur social.

Le volet des données permettant des comparaisons en matière de services sociaux étant très limité, même entre régions, il y a là un important besoin de rattrapage. Celui-ci suppose à la fois un rehaussement conséquent des systèmes d'information et la mise en place d'indicateurs ciblés, validés et opérationnels.

Ainsi, à la fois pour mieux documenter des objets de recherche pour évaluer la pertinence de nos pratiques cliniques et pour combler certains besoins de rattrapage sur le plan de la disponibilité des données, l'INESSS devrait avoir pour fonction de **s'assurer que des fonds seront disponibles et orientés vers certaines priorités de manière à bâtir la connaissance** dans le secteur social.

⁴ *Ibid.*, p. 16.

⁵ Voir : *Rapport sur l'appréciation de la performance des services sociaux au Québec, op.cit.*, aux pages 21-24.

● **Quelles fonctions pour l'INESSS?**

On trouve, dans le mandat confié au Comité d'implantation de l'INESSS, un certain nombre de fonctions. Ces fonctions tiendront-elles compte d'une orientation mieux ciblée, englobant les déterminants sociaux de la santé?

Nous avons choisi d'insister sur certaines de ces fonctions, afin d'éviter que l'automatisme biomédical ne soit reconduit sans examen et que les spécificités des services sociaux ne soient considérées adéquatement.

En complément aux fonctions de l'INESSS, il sera primordial que le MSSS assume pleinement son rôle d'actualisation et d'implantation des recommandations de l'INESSS, que ce soit par le biais de normes contraignantes ou d'incitatifs particuliers.

● **Évaluer les technologies de la santé**

Il faudra inclure les dimensions technologiques comparables, présentes dans les divers secteurs des services sociaux. On abordera, notamment, les outils cliniques (outils de détection et d'évaluation spécialisés), les systèmes experts, la téléadaptation, les niveaux de risque, les programmes d'aide technique, etc.

L'INESSS, dans son analyse de la dimension technologique, tiendra compte des particularités du domaine social. La plupart des instituts universitaires sociaux ont déjà amorcé des travaux sur ces dimensions. Il appartiendra à l'INESSS de voir à les développer et à enrichir cette perspective d'évaluation des technologies.

● **Évaluer les modes d'intervention en santé et en services sociaux**

Des adaptations, tenant compte des spécificités du social, sont à prévoir en ce qui concerne l'efficacité clinique, la sécurité et le rapport coût/efficacité. Il faudra aussi pallier la disponibilité plus limitée de données et d'indicateurs dans ce secteur.

Une réflexion sérieuse et documentée sur cette question a déjà été produite dans le *Rapport sur l'appréciation de la performance des services sociaux au Québec* (2006). Ce document propose également des pistes pour évaluer les services sociaux, des indicateurs détaillés ainsi que des priorités clairement ciblées⁶.

⁶ Voir, en annexe, un court extrait des conclusions de ce rapport.

- **Élaborer des guides et des protocoles portant notamment sur les services appropriés, les nouvelles pratiques et les modes d'intervention**

Cette fonction, malgré tout l'intérêt qu'elle comporte, s'inscrit dans un champ où plusieurs instances jouent déjà un rôle reconnu et significatif.

Plusieurs associations ou fédérations d'établissements produisent déjà des lignes directrices, des protocoles ou des formations destinés à l'implantation de nouvelles pratiques. Il en est de même du côté des ordres professionnels, de certains instituts universitaires, d'équipes de recherche ou d'instances vouées à l'implantation de meilleures pratiques ou à la formation continue.

Il faudra tenir compte de ce qui existe sur le terrain et être attentif à bien définir la complémentarité recherchée et le créneau à développer. Des efforts de collaboration et de concertation seront donc nécessaires.

Ici, la fonction communication jouera un rôle déterminant. C'est en effet par des stratégies et des moyens de communication efficaces que l'INESSS arrivera à avoir un impact réel sur les pratiques. Un des rôles de l'INESSS pourrait consister à mesurer les écarts entre les pratiques actuelles et celles souhaitées et à communiquer les résultats, de manière à agir comme catalyseur auprès des milieux de pratique.

Ses communications s'adresseront, comme celles du NICE, aussi bien aux spécialistes, aux professionnels, aux intervenants qu'aux usagers et aux citoyens. C'est par le biais incontournable de l'information que l'INESSS disposera d'un levier efficace pour modifier les pratiques et introduire des interventions fondées sur des données probantes.

- **Formuler des recommandations sur la composition du panier des services assurés**

Sans régler la question du « socialement requis », il faudra du moins examiner la juste contribution du social, prenant en compte les enjeux d'accès et de répartition des services, aussi bien en matière de protection, d'adaptation, de réadaptation, d'intégration que de soutien social. L'INESSS devrait donc examiner les services sociaux nécessaires et suffisants tant pour la population générale que pour les groupes vulnérables. Il le fera en se basant initialement sur les plans d'accès et les offres de service du MSSS.

Dans son rôle de vigie, afin de spécifier les services assurés en matière de services sociaux, l'INESSS s'appuiera sur des experts reconnus et consultera, au besoin, la population, des groupes cibles et des instances reconnues.

La définition opérationnelle de cette fonction est cruciale pour témoigner de la volonté d'agir spécifiquement sur les déterminants sociaux. À cette fin, les recommandations du Comité d'implantation de l'INESSS devront être explicites quant à la spécificité et à la contribution des services sociaux.

● **Développer et entretenir des banques de données pertinentes**

Le rôle des données est majeur pour permettre à l'INESSS de jouer son rôle. L'INESSS ne devrait cependant pas avoir à « créer » ses propres banques de données.

Considérant les données déjà disponibles, notamment à l'Institut de la statistique du Québec (particulièrement la plateforme sur *l'Environnement pour la promotion de la santé et du bien-être* - EPSEBE), à la RAMQ ou à la SOGIQUE, il serait plus fonctionnel de faciliter à l'INESSS l'accès aux banques de données existantes, tout en lui attribuant comme fonction de soutenir et de stimuler le développement de données pertinentes à la réalisation de son mandat.

Le rôle de l'INESSS pourra être plus spécifiquement d'effectuer des liens entre les diverses données, de s'assurer de bien caractériser les principales problématiques et de voir à intégrer les données de façon à visualiser clairement les impacts des interventions sur les trajectoires des usagers. Les fonctions d'analyse et de synthèse seront cruciales pour que l'INESSS joue pleinement son rôle.

● **Expertise-conseil en matière d'évaluation de programme et de modifications de pratique**

Outre les fonctions déjà attribuées à l'INESSS, et considérant qu'il est souhaitable d'évaluer la pertinence de nos pratiques cliniques dans le secteur social, l'Institut pourrait offrir aux différents acteurs déjà actifs sur le terrain de l'expertise-conseil dans le développement de méthodologie ou de processus d'évaluation de programme ou de traitement permettant le développement de standards de pratique dans différents domaines d'intervention.

De même, quand il est question de modifications de pratique, l'INESSS pourrait, au-delà des fonctions de communication absolument essentielles dans ce domaine, offrir une expertise-conseil pour accompagner les gestionnaires et les intervenants dans le changement.

● Quelle gouvernance pour l'INESSS?

La juste contribution du social devra être formellement reconnue et se concrétiser par des engagements précis, aussi bien dans la structure de gouvernance, dans les budgets que dans la reddition de compte de l'INESSS. Sans cette reconnaissance, il sera difficile d'apprécier spécifiquement les services sociaux et de croire qu'on veut sérieusement miser sur les déterminants sociaux.

Parmi les forces du modèle du NICE, à la source du concept de l'INESSS, on trouve un statut d'organisme indépendant, une expertise et une rigueur reconnue, une crédibilité sans faille, une transparence de fonctionnement et des liens, tant avec la population qu'avec les diverses parties prenantes du système. Il serait capital de trouver aussi ces éléments au sein de l'INESSS.

Selon les établissements spécialisés à vocation régionale, afin d'assurer l'indépendance et la crédibilité de l'INESSS, les membres de son conseil d'administration devraient être nommés par le Conseil des ministres, à partir de recommandations des instances socioprofessionnelles reconnues⁷. Le choix des membres du C.A. devrait se fonder essentiellement sur leur expertise et des compétences incontestables. Il serait intéressant, par ailleurs, que les membres du C.A. puissent représenter les divers programmes-services du MSSS, tant dans les volets santé que sociaux.

Par ailleurs, afin de ne pas relever exclusivement du ministre de la Santé et des Services sociaux, l'INESSS devrait rendre des comptes, une fois l'an, à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Cette reddition de compte s'effectuera en deux volets distincts, un portant sur la santé et l'autre, sur le social.

Le mandat de l'INESSS sera le plus limpide possible. Il faudra notamment s'assurer d'éviter les doublons avec d'autres organismes. Les fonctions de l'INESSS devront, entre autres, être nettement distinctes de celles du commissaire à la santé et au bien-être, de celles des organismes de recherche ou des instituts universitaires.

Les fonctions de l'INESSS s'inscriront ainsi avec cohérence, convergence et complémentarité avec les divers moyens existants pour documenter les interventions médicosociales et les effets des pratiques. Des liens formels devraient être prévus notamment avec les instances évaluatives du MSSS, le réseau de l'enseignement collégial et universitaire, le réseau associatif des services de santé et des services sociaux, le Conseil québécois d'agrément et les ordres professionnels.

⁷ Notamment les ordres professionnels, les associations d'établissements, les regroupements d'organismes communautaires, etc.

● Conclusion

L'INESSS, inspiré du NICE britannique, pourrait jouer un rôle très utile dans le système de santé et de services sociaux québécois. Cet organisme serait notamment pertinent pour cibler les meilleures pratiques et établir celles qui doivent être assurées. Il faudrait toutefois que l'INESSS ne se cantonne pas dans une vision étroitement économiste ou technologique. Comme le recommande l'OMS, cet organisme devrait s'orienter prioritairement vers les déterminants sociaux et disposer des moyens nécessaires pour jouer efficacement son rôle dans cette direction.

Le volet des services sociaux de l'INESSS ne saurait être un volet marginal ou enkysté dans un système uniquement conçu pour le biomédical. Il importe de retenir une définition fonctionnelle et pragmatique des services sociaux, arrimée sur le plan stratégique du MSSS de même que sur les programmes-services et les offres de service. Il est important que les services sociaux puissent aussi axer leurs interventions sur la base des données probantes.

Le rôle des services sociaux sera reconnu, aussi bien dans la participation de ce secteur au conseil d'administration de l'INESSS, dans la répartition de ses budgets que dans ses modalités spécifiques de reddition de compte.

La gouvernance de l'INESSS sera caractérisée par son expertise, sa crédibilité et son indépendance. Les fonctions de l'INESSS seront définies en assurant le respect des spécificités des services sociaux, en prévoyant les rattrapages requis dans ce domaine. Elles éviteront les dédoublements avec d'autres organismes, associations ou établissements.

L'INESSS devrait par ailleurs soutenir le développement des instituts universitaires sociaux et des équipes de recherche, en misant sur leur contribution afin de disposer des données spécifiques à ce champ d'intervention. Partant des recommandations de l'INESSS, le MSSS s'assurera de leur actualisation au moyen de normes ou d'incitatifs appropriés.



ANNEXE 1

QUELQUES ENJEUX CONCERNANT LES DÉPENDANCES

L'arrimage avec l'expertise en recherche déjà existante dans le domaine des dépendances

L'équipe de recherche RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec) a été créée il y a plus de 15 ans avec l'objectif central d'aider les milieux de pratiques à améliorer les interventions offertes aux personnes toxicomanes. Les travaux menés par cette équipe ont permis d'étudier l'impact des traitements offerts au Québec dans les centres de réadaptation publics et d'identifier certains ingrédients actifs qui contribuent à leur efficacité. Ils ont aussi porté sur les trajectoires d'entrée et de sortie de la toxicomanie. D'autres chercheurs au Québec, notamment à l'Institut Douglas en santé mentale, ont mené des études sur les mêmes questions. Enfin, le Centre Dollard-Cormier, en association avec l'Université de Montréal, avec l'ACRDQ et de nombreux autres partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (AQESSS, ACJQ, Agence de la santé et des services sociaux de la capitale nationale, hôpitaux Douglas – institut universitaire en santé mentale et Louis-H. Lafontaine), a été désigné institut universitaire sur les dépendances en 2007. Le programme de recherche de l'institut portera principalement sur le portrait des consommateurs et l'amélioration des interventions faites auprès des personnes dépendantes. Le programme de recherche s'appuie sur la contribution de 25 chercheurs (19 réguliers et 6 collaborateurs) provenant de 6 universités québécoises. Le fait que les travaux des 15 dernières années menés par les chercheurs du Centre Dollard-Cormier - Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) se sont développés en partenariat étroit avec les milieux de pratique constituant, à notre avis, un atout très important, car ils ont permis de s'appuyer à la fois sur l'état des connaissances et l'expertise de recherche des milieux universitaires tout en assurant que les outils et les interventions développés soient réellement adaptés au contexte du Québec.

Nous considérons donc essentiel qu'une collaboration étroite soit établie entre le CDC-IUD et l'INESSS, tant dans la recherche de standards de pratique et d'une offre de service fondées sur les données probantes en dépendance que dans la mise en œuvre de processus d'évaluation des interventions offertes, non seulement dans les centres de réadaptation, mais également dans les services de première ligne et les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Comment définir les résultats dans le domaine des dépendances

Les travaux des chercheurs du CDC-IUD des 15 dernières années montrent qu'une bonne compréhension du phénomène des dépendances, des trajectoires des personnes dépendantes et du processus de changement qui les caractérise devra être prise en considération dans l'établissement de standards de pratiques et d'indicateurs de résultats dans ce champ.

L'étude du phénomène des dépendances met bien en évidence l'importance de tenir compte autant des aspects sociaux (influence des pairs, histoire familiale, milieu criminogène) et psychologiques (vulnérabilité personnelle, stress émotionnel, santé mentale) que des aspects biologiques (problèmes de santé, sevrage aux substances), non seulement pour comprendre comment ce problème se développe mais également pour le contrer efficacement. Le développement d'une dépendance est donc complexe et s'accompagne très souvent d'autres problèmes qui viennent s'y greffer (violence familiale, perte d'emploi, troubles mentaux plus ou moins graves, infections, criminalité, etc.). Il s'agit également d'un problème qui est difficilement détecté dans les services de première ligne, ce qui fait que seulement une minorité des personnes qui en sont affectées reçoivent l'aide dont elles auraient besoin pour y faire face.

Si nos travaux, ainsi que bien d'autres dans le monde, ont montré que les personnes qui viennent en traitement s'améliorent, il nous reste beaucoup à apprendre sur les facteurs responsables de ces changements et le processus de sortie de la dépendance. Ce processus doit, dans bien des cas, être conçu comme une évolution au long cours qui peut s'appuyer autant sur des événements de vie, une restructuration cognitive et des interventions dans le milieu naturel que des traitements formels. Plus encore, l'intervention auprès des personnes dépendantes, comme dans bien d'autres domaines, ne peut plus se faire en silo et implique la contribution d'un grand nombre de ressources capables de coordonner leurs efforts en réseau. La complexité de ce processus devra donc être prise en compte dans l'établissement d'indicateurs de résultats.

Enfin, l'adoption au Québec de l'approche de réduction des méfaits dans le domaine des dépendances illustre comment le changement dans ce domaine est compris bien plus en termes de « petits pas » qu'en termes de guérison ou de rétablissement. Même si de nombreuses personnes dépendantes en viennent à se rétablir de façon stable, cette issue n'est pas la norme dans notre champ. L'approche de réduction des méfaits est donc fondée sur un pragmatisme qui considère que toute avancée menant à une amélioration de la situation ou à une non-détérioration de la personne dépendante doit être considérée comme un succès. L'autre fondement de l'approche de réduction des méfaits est l'humanisme, qui nous incite à ne pas évaluer notre offre de service seulement à l'aune de l'efficacité de nos interventions, mais également en fonction de notre capacité de soulager la souffrance humaine. Cette philosophie doit aussi être prise en considération dans l'identification de standards de pratique et dans notre façon de définir ce qu'est une intervention valable et légitime dans le champ des dépendances.

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS

- L'INESSS constitue un excellent moyen d'innover et d'améliorer les pratiques, tant en matière de santé que de services sociaux.
- C'est en intervenant sur les déterminants sociaux de la santé que les plus grands progrès en santé et en bien-être peuvent être réalisés.
- L'INESSS devrait se faire le défenseur d'une vision plus globale, plus unifiée des problèmes de santé et de services sociaux en général, de leurs impacts et des pratiques cliniques qu'il faut privilégier pour mieux répondre aux besoins des clientèles.
- Par ailleurs, les services sociaux ont un mandat, un profil, des contours et des interventions qui ne sont pas les mêmes que ceux de la santé. Il importe donc que ce système soit considéré et apprécié, sur le plan des pratiques et des modes d'intervention, de façon distincte.
- Il importe de retenir une définition fonctionnelle et pragmatique des services sociaux, arrimée sur les programmes-services et les offres de service du MSSS.
- L'INESSS gagnerait à planifier rapidement le développement des connaissances requises dans le champ des services sociaux. Il devra agir un peu comme un courtier de développement de savoirs.
- L'INESSS aura aussi pour fonction de s'assurer que des fonds et des budgets seront disponibles et qu'ils seront orientés vers certaines priorités de manière à bâtir la connaissance.
- La juste contribution des services sociaux devra être reconnue par l'INESSS, notamment par la participation de ce secteur à sa gouvernance, par un budget qui tienne compte de ses besoins de rattrapage en matière d'indicateurs et par le biais d'une reddition de compte spécifique.
- Dans le cadre des fonctions de l'INESSS :
 - l'évaluation des technologies : tiendra spécifiquement compte des aspects technologiques propres aux services sociaux, mettant notamment à profit les instituts universitaires sociaux;
 - l'évaluation des modes d'intervention : s'adaptera aux particularités des services sociaux et verra à effectuer un rattrapage sur le plan des données et des indicateurs nécessaires (notamment afin de disposer d'éléments valides pour les comparaisons interrégionales, interprovinciales et internationales);
 - l'évaluation des nouveaux médicaments : sera centrée sur la documentation des données probantes et la promotion de l'utilisation des médicaments recommandés;
 - les guides de pratique : seront élaborés en complémentarité et en partenariat avec les organismes ou les instances déjà actifs dans ce créneau; le rôle des communications sera majeur et des moyens conséquents devront être prévus pour effectuer le transfert des connaissances tant en direction des professionnels, des usagers que de la population;
 - la composition du panier de services : se fera en portant une attention particulière aux besoins en matière de services sociaux, voyant à ce que ces services soient suffisants pour répondre aux besoins de la population et des groupes vulnérables; on tiendra compte notamment des plans d'accès et des offres de service du MSSS;
 - les bases de données : utilisées mettront à profit les données disponibles, s'assurant d'effectuer les liens nécessaires afin de caractériser les problématiques et les effets des interventions; les instituts universitaires et les centres de recherche du social devraient être mis à profit.
- Le MSSS verra à l'actualisation des recommandations de l'INESSS, au moyen de normes ou d'incitatifs appropriés.
- La gouvernance de l'INESSS devrait se caractériser par son indépendance, son expertise et sa rigueur; le choix des membres du C.A. se fera de façon transparente; il

serait pertinent que les différents programmes-services soient représentés (tant pour le volet santé que social); comme le NICE, il serait utile de compter sur un conseil des partenaires et un conseil des citoyens (chacun de ces conseils couvrant distinctement le domaine de la santé et celui des services sociaux); une reddition de compte distincte sera faite pour les dimensions santé et services sociaux devant la Commission des affaires sociales.

