



Mémoire présenté à la Commission parlementaire du Projet de loi 10

*Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services
sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*



Travaillons ensemble pour un réseau des dépendances efficace et complémentaire

REDIGÉ PAR

*L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES D'INTERVENTION EN
DEPENDANCE (AQCID)*

EN DATE DU 6 NOVEMBRE 2014



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
L'AQCID.....	1
LES MEMBRES DE L'AQCID	1
Les organismes communautaires oeuvrant en dépendance	1
LA QUALITÉ DES SERVICES EN DÉPENDANCE.....	2
CONSTATS.....	3
LA DÉLIVRANCE DE LA CERTIFICATION POUR LES CENTRES DE TRAITEMENT EN DÉPENDANCE.....	3
L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES EN DÉPENDANCE	4
La loi sur la santé et les services sociaux.....	4
L'accès aux services et les délais d'attente.....	5
CONSTATS.....	6
LA TRAJECTOIRE DES SERVICES EN DÉPENDANCE	7
CONSTATS.....	8
CONSERVER LE FINANCEMENT EN DÉPENDANCE	9
ÉCONOMIES ET MEILLEURES UTILISATIONS DES FONDS PUBLICS DANS LE SECTEUR DE LA DÉPENDANCE.....	9
CONSTATS.....	11
LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES EN DÉPENDANCE.....	11
CONSTATS.....	12
CONCLUSION	13
SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS.....	14



L'AQCID

104 organismes

74 centres certifiés

14 en aide et entraide

14 en prévention

15 régions différentes

INTRODUCTION

L'Association québécoise des centres d'intervention en dépendance (AQCID) profite de l'occasion qui lui est offerte pour signifier son opinion au sujet du projet de loi 10 visant à modifier l'organisation et la gouvernance du système de santé et de services sociaux. Nous désirons sensibiliser le ministre aux enjeux qui nous sont chers tout en soutenant le fait que les services actuels devraient être maintenus afin que la population soit toujours bien desservie.

En tant qu'observateurs du réseau des dépendances, l'association et ses membres sont en mesure de constater des lacunes au niveau de l'organisation et des services offerts. Par la présente, nous signalons ces obstacles à l'efficacité et l'efficience et proposons des recommandations pour améliorer les services publics et communautaires en dépendance.

L'AQCID

L'Association québécoise des centres d'intervention en dépendance (AQCID) est une association provinciale regroupant plus d'une centaine d'organismes communautaires et privés œuvrant en dépendance. L'AQCID est un interlocuteur et un partenaire du réseau public dans la prestation de services en dépendances à la population, tout en représentant des organismes offrant des services de qualité.

L'association a été créée le 1^{er} avril 2014 d'une fusion entre la Fédération des centres communautaires d'intervention en dépendance (FCCID) et l'Association de centres de traitement des dépendances du Québec (ACTDQ).

L'AQCID est précurseur dans l'organisation des services communautaires en dépendance et rassemble des centres certifiés de traitement des dépendances, des groupes d'aide et d'entraide et des groupes de prévention. Issue de la fusion des deux organismes, il s'agit de la continuité d'une collaboration déjà présente depuis plusieurs années. La FCCID, fondée en 1973, a combiné une expérience de plus de 40 ans à celle de l'ACTDQ (créée en 2008). L'objectif premier était de parfaire la qualité des services offerts et de contribuer positivement à l'amélioration des conditions de vie des citoyens.

LES MEMBRES DE L'AQCID

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES OEUVRANT EN DEPENDANCE

L'AQCID regroupe 104 organismes membres dont 74 centres certifiés en traitement des dépendances, 14 groupes d'aide et entraide, et 14 groupes de prévention, provenant de 15 régions administratives différentes. Ces groupes communautaires ont en moyenne 20 années d'expérience, et soulignons que 10 d'entre eux ont vu le jour il y a plus de 30 ans. Par leur savoir, savoir-faire et savoir-être, ils répondent aux besoins de la population locale, régionale et provinciale en matière de dépendance.



2 500 lits

13 000 personnes

21 785 jeunes

1 215 ateliers

Plus de 70 écoles

C'est d'ailleurs plus de 2 000 employés, intervenants, gestionnaires et personnels de soutien qui veillent à fournir quotidiennement des services de prévention, d'aide et d'entraide, de traitement et de thérapie aux personnes concernées par les dépendances. Notre réseau compte plus de 500 bénévoles offrant 15 000 heures de leur temps chaque année.

En ce qui concerne les centres de traitements certifiés, **nous pouvons compter plus de 2 500 lits qui ont accueilli plus de 13 000 personnes au cours de la dernière année.** Les services offerts par ces membres sont destinés aux jeunes, adultes, et aînés, parfois exclusivement aux hommes ou aux femmes, touchés par la dépendance à l'alcool, aux drogues, aux médicaments et aux jeux de hasard et d'argent. Ces services sont de l'ordre de la prévention et de la sensibilisation, du soutien moral et psychologique, de l'aide et du soutien à la désintoxication, du traitement des dépendances avec hébergement, de la réinsertion sociale, de la prévention de la rechute, etc.

Les organismes offrants de l'aide, de l'entraide et de la prévention, mettent tout en œuvre pour sensibiliser et prévenir les jeunes et les adultes concernés par la dépendance. Il s'agit autant d'activités sociales, de rencontres de soutien, de formations, et d'ateliers. Par ailleurs, en compilant les données préliminaires de 9 organismes de prévention membres de l'AQCID, il s'est tenu plus de **1 215 ateliers de sensibilisation et de prévention, rejoignant 21 785 jeunes dans plus de 70 écoles,** et plus de 58 000 personnes ont été rejointes par les divers moyens de communications (bulletins, journaux, dépliants, information, kiosques, etc.). On ne peut qu'imaginer ce que représente le nombre total de personnes rejointes par l'ensemble des organismes oeuvrant en prévention à travers la province.

Enfin, les organismes membres de l'AQCID sont en mesure d'offrir une large gamme de services diversifiés et appropriés selon les besoins de la population.

LA QUALITÉ DES SERVICES EN DÉPENDANCE

Un des éléments de la mission de l'AQCID est le soutien de l'excellence et la qualité des activités et des services menés par ses membres. À ce sujet, citons les travaux en lien avec la certification du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) et notre appui offert dans la démarche. Tous les centres de traitements membres ont d'ailleurs obtenu cette certification.

En outre, les ressources communautaires utilisent tous l'un ou l'autre des outils d'évaluation reconnus par le MSSS (tels que DÉBA-ADO, DÉBA-ALCOOL, DÉBA-DROGUE, NID-EP, IGT, etc.), garantissant la cohérence de la démarche.

Les intervenants des centres d'intervention en dépendance possèdent une expertise provenant notamment du nombre d'années d'expérience sur le terrain, de la spécificité de la clientèle présentant des problématiques multiples et chroniques, et de la manière d'organiser et d'offrir les services dans leur milieu.

La reconnaissance de la qualité des services offerts aux résidents est au cœur de nos préoccupations depuis plusieurs années et s'est officialisée en 2010 depuis la certification obligatoire des centres.



CONSTATS

- **Les organismes communautaires oeuvrant dans le traitement des dépendances possèdent une expertise, une compétence et une qualité dans les services dispensés;**
- **Les centres de traitement obtiennent, depuis 2010, la certification du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, garantissant la qualité des services et la sécurité de la clientèle;**
- **Ces organismes utilisent des approches novatrices issues de leur expertise auprès d'une clientèle complexe et des formations continues.**

Suivant ces constats, l'AQCID soutient

qu'il est primordial que le Ministère de la Santé et Services Sociaux travaille avec les organismes communautaires ayant une expertise en dépendance afin d'intégrer la large gamme de services spécialisés et de qualité à l'offre globale.

LA DÉLIVRANCE DE LA CERTIFICATION POUR LES CENTRES DE TRAITEMENT EN DÉPENDANCE

Dans le contexte actuel, chaque Agence de la Santé et des Services Sociaux (ASSS) a la responsabilité de délivrer la certification aux centres de traitement des dépendances de leur région respective suite aux recommandations du Conseil Québécois d'Agrément (CQA). Cependant, chaque agence détient l'autonomie de respecter ou non ces suggestions. À titre d'exemple, le CQA a déjà émis une proposition défavorable à l'égard de la certification d'un organisme où l'on pouvait croire à un risque pour la clientèle. L'ASSS avait tout de même délivré la certification en toute connaissance de cause.

L'article 63 du présent projet de loi rectifie la situation en attribuant au ministre la responsabilité d'émettre les certificats de conformité aux centres de traitement des dépendances.

Nous croyons qu'ainsi, le ministre apportera une application uniforme du règlement et que les disparités quant aux critères de certification seront résolues par la communication directe du ministre avec les organismes communautaires concernés. Par ailleurs, il pourra considérer et moduler systématiquement les manques ou les problèmes législatifs en découlant.

L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES EN DÉPENDANCE

LA LOI SUR LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Tel qu'il est stipulé dans la Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux (LSSSS)¹ :

La mission d'un centre de réadaptation est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de [...] leur dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ou de toute autre dépendance, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes.

Il est intéressant de constater, à la lumière de ces lignes, que les activités et services offerts par les organismes communautaires en dépendance sont similaires à ceux des centres de réadaptation en dépendance et souvent même offerts au compte de ceux-ci. Plus loin, il y est mentionné que :

...l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence [...] les personnes ayant une dépendance [...], s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'ils soient dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Suivant cette logique de référence, les organismes communautaires accueillant la clientèle provenant des centres de réadaptation possèdent l'expertise requise pour offrir les services prescrits. Par contre, le terme « réadaptation » est exclusif aux établissements publics même si les services des organismes communautaires sont parallèles ou souvent offerts pour le compte des centres de réadaptation en dépendance (CRD). Dans ce cas, comment définit-on le traitement offert dans ces milieux communautaires ? Certes, ces derniers offrent des services d'aide, de soutien et de thérapie, mais ne doivent pas être exclusivement reconnus comme tel étant donné leur éventail de services spécialisés comme la réinsertion et l'intégration sociale, par exemple, faisant partie intégrante du processus de réadaptation².

La LSSSS va à contre-courant d'une accessibilité aux services optimale en raison de l'exclusivité du terme « réadaptation » aux établissements publics. Cela encourage le rapport de pouvoir que les CRD entretiennent à l'égard des organismes communautaires et nuit à la reconnaissance de l'intervention dans les centres de traitement auprès de la clientèle.

¹ LOI SUR LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, 1991, c. 42, a. 84; 2011, c. 27, a. 2.

² ASSOCIATION DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DU QUÉBEC, 2012, Les services de réinsertion sociale. Guide de pratique et offre de services de base.

Le financement accordé selon la terminologie employée empêche d'ailleurs les organismes communautaires de recevoir leur juste part d'une enveloppe destinée aux mêmes enjeux, soient ceux des personnes aux prises avec une dépendance.

L'ACCES AUX SERVICES ET LES DELAIS D'ATTENTE

La clientèle aux prises avec un problème de dépendance est généralement ambivalente aux changements de comportements et tolère mal les listes d'attente³. Il est donc particulièrement important dans ce contexte de pouvoir garantir l'accessibilité aux services dans un court délai. Selon certaines études, on note entre 20 et 25% le taux d'abandon volontaire des gens qui entreprennent une démarche; et de ceux qui entament une thérapie, c'est souvent moins de la moitié qui la termineront. Selon Festiger *et al.*, « les participants ayant obtenu un rendez-vous dans les 24 heures s'y sont présentés dans 72 % des cas comparativement à 41 % et 38 % pour les participants ayant reçu respectivement leur rendez-vous 3 et 7 jours plus tard »⁴.

L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) mentionne notamment que :

...les personnes demandant des services dans un centre de réadaptation en toxicomanie subissant des délais d'attente de 15 jours ou plus risquent davantage de vivre un alourdissement de leurs difficultés (problèmes de santé physique, problèmes judiciaires, tentatives de suicide) et de demander de l'aide à divers organismes publics (médecins, centres hospitaliers, CLSC, DPJ) (Cuillerier, Forget et Ducharme, 2002, dans ACRDQ, 2010).

En sachant cela, l'enjeu est de viser un délai d'attente le plus court possible afin de retenir au maximum la clientèle faisant une demande de services, de diminuer les coûts sociaux et la souffrance de ces personnes. Dans le réseau public, il est dit que des mesures doivent être mises en place pour offrir aux individus en attente, soient « des services pour soutenir leur engagement à entreprendre un traitement »⁵, c'est-à-dire d'offrir un service de groupe de soutien motivationnel pendant l'attente d'un rendez-vous. Cette logique ne vient pas répondre à l'objectif d'alléger les listes d'attentes, mais contribue plutôt à permettre à la clientèle de patienter plus longtemps.

³ CHUN, J., GUYDISH, J. R., SILBER, E. et GLEGHORN, A. (2008). Drug treatment outcomes for persons on waiting lists. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34, 526-533.

⁴ FESTINGER, D. S., LAMB, R. J., MARLOWE, D. B. et KIRBY, K. C. (2002). From telephone to office: intake attendance as a function of appointment delay. *Addictive Behaviors*, 27, 131-137.

⁵ ASSOCIATION DES CENTRES DE TRAITEMENT EN DÉPENDANCE DU QUÉBEC, 2010, Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance.



**LES ORGANISMES
COMMUNAUTAIRES
EN DÉPENDANCE
OFFRENT DES
SERVICE DANS UN
DÉLAI DE 24 À 48
HEURES**

Les organismes communautaires en dépendance offrent des services dans un délai de 24 à 48 heures, contrairement à l'objectif des centres de réadaptation en dépendance qui est d'offrir des services dans un délai de 7 jours (et idéalement, avant 14 jours).

Le présent projet de restructuration du réseau de la santé a comme objectif de simplifier le parcours de soins pour les patients et, en ce sens, l'AQCID soutient le fait que l'accès rapide et efficace aux services requis par la clientèle toxicomane doit être favorisé dans ce contexte. Par ailleurs, l'objectif de la réforme est de viser le renforcement de la première ligne, où l'intérêt de reconnaître l'accès aux services via les organismes communautaires.

CONSTATS

- **Le terme « réadaptation » demeure exclusif aux établissements publics même si des organismes communautaires offrent des services similaires (souvent même au compte des CRD) ;**
- **La formulation de la LSSSS nuit à l'accessibilité des services en première ligne via les organismes communautaires ;**
- **Plus le délai d'attente augmente, plus la rétention de la clientèle diminue ;**
- **Les centres de réadaptation en dépendance ne sont pas en mesure d'offrir un délai d'attente raisonnable pour accéder à des services ;**
- **Les organismes communautaires peuvent offrir des services entre 24 et 48 heures suivant une demande de services ;**
- **Rappelons que les organismes communautaires en dépendance offrent des services de qualité provenant d'intervenants qualifiés.**

Suivant ces constats, l'AQCID recommande

que le réseau public et les organismes communautaires travaillent en complémentarité pour permettre l'accès rapide à des services appropriés pour la clientèle ayant une dépendance associée à des problématiques multiples telles que la santé mentale, la judiciarisation, l'itinérance, etc.

Et que le ministre considère que certains articles de la LSSSS vont à l'encontre de l'efficacité des services du réseau communautaire et qu'il profite de l'opportunité pour revoir ces éléments afin de contribuer à la complémentarité des réseaux public et communautaire.

LA TRAJECTOIRE DES SERVICES EN DÉPENDANCE

La trajectoire actuelle d'accès aux services suit le principe de hiérarchisation établi par les orientations du MSSS⁶. Les Centres de Santé et Services sociaux (CSSS), via les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC), accueillent la clientèle en tant que 1^{ère} ligne. Cette clientèle est ensuite référée à un centre de réadaptation en dépendance (CRD) pour l'évaluation et l'orientation vers des services adaptés à la problématique. En cas de besoin suite à l'évaluation (par exemple si le CRD n'est pas en mesure de fournir le service requis), l'établissement réfère le client à un organisme communautaire pour dispenser les services, en tant que 2^{ème} et 3^{ème} ligne.

Seulement 10% des personnes qui auraient besoin d'un traitement en reçoivent un, et ceci est expliqué en partie par « des difficultés [éprouvées] découlant de l'organisation du système d'admission⁷ ». De plus, la référence de la clientèle vers les services intensifs (centres de traitement) implique parfois des tentatives préalables de d'autres services de moindre intensité (au sein de l'établissement), occasionnant des délais, de la souffrance et des risques pour la santé des personnes dépendantes.

Selon cette logique, le secteur communautaire ne serait pas une porte d'entrée vers des services en dépendance financés par le secteur public. L'évaluation de la clientèle se fait uniquement par les CRD et ce, même si ce sont les organismes communautaires qui accueillent la personne en premier lieu. À titre d'exemple, une personne se présentant dans un organisme communautaire sera référée au CRD pour l'évaluation puis référé à ce même organisme pour la dispensation des services au compte du CRD et ce, en occasionnant des délais d'attentes et des complications pour la personne. Alors, si « le but du programme [dépendance] est de prévenir, réduire et traiter les problèmes de dépendance par le déploiement et la consolidation d'une gamme de services sur l'ensemble du territoire québécois »⁸, comment peut-on refuser de considérer les organismes communautaires comme accès de 1^{ère} ligne ?

« Le groupe de travail sur la stratégie nationale canadienne sur le traitement conclut que **les personnes éprouvant des problèmes de dépendance devraient toujours recevoir l'aide dont elles ont besoin, peu importe le point d'accès par lequel elles sont entrées**⁹ ». Ceci suit la logique du « *no wrong door* » (aucune mauvaise porte) notamment recommandée par l'ARUC.

⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2007, Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-service Dépendances, offre de services 2007-2012.

⁷ ASSOCIATION DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DU QUÉBEC, 2010, Programme régional d'évaluation spécialisé en dépendance. Fondements et modalités d'organisation.

⁸ Ibid.

⁹ ASSOCIATION DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DU QUÉBEC, 2010, Programme régional d'évaluation spécialisé en dépendance. Fondements et modalités d'organisation.



LES PERSONNES ÉPROUVANT DES PROBLÈMES DE DÉPENDANCE DEVRAIENT TOUJOURS RECEVOIR L'AIDE DONT ELLES ONT BESOIN, PEU IMPORTE LE POINT D'ACCÈS PAR LEQUEL ELLES SONT ENTRÉES

Les lacunes de l'accessibilité aux services proviennent du fait que les différents acteurs travaillent en silo et que les services ne sont pas « adaptés à la 'transversalité' de la toxicomanie »¹⁰. De plus, le système de référence d'un milieu à l'autre engendre du temps d'attente et de l'incertitude quant à l'accès aux services adéquats. Par exemple, des personnes appelant au CRD sont inscrits sur une liste d'attente alors que lorsqu'ils contactent un centre de traitement, ils reçoivent des services le jour même.

CONSTATS

- **Les organismes communautaires en dépendance sont en mesure d'offrir des services dans un délai de 24 à 48 heures;**
- **Les centres de réadaptation présentent des listes d'attente nuisant à la rétention des personnes nécessitant des services;**
- **Les centres communautaires agissent déjà comme un accès de 1ère ligne sans être reconnus comme telle; la clientèle s'y référant davantage qu'auprès des établissements publics;**
- **Les organismes communautaires sont ainsi considérés comme des « fournisseurs de services » à contrat pour les établissements publics;**
- **La logique de 1ère ligne en tant que guichet d'accès unique est incohérente si l'on considère la trajectoire des personnes et si l'on constate les enjeux qui s'y rattachent (délai d'attente, abandon, risques pour la santé, etc.).**

Suivant ces constats, l'AQCID recommande

que l'accès aux services puisse s'effectuer en première, deuxième et troisième ligne au même moment afin d'assurer rapidement des services à la clientèle toxicomane.

¹⁰ ARUC 2009-2014, Trajectoires addictives et trajectoires de services : les personnes toxicomanes au carrefour de réseau de prise en charge. Présentation du 17 novembre 2011.

CONSERVER LE FINANCEMENT EN DÉPENDANCE

Notre compréhension du projet de loi 10 implique la préservation des budgets dans leur programme respectif. Dans le cas où les enveloppes budgétaires demeureront dans le secteur auquel elles sont attribuées, il sera possible d'éviter des fermetures d'organismes et une réduction de l'offre de services.

À titre d'exemple, un organisme oeuvrant en dépendance a récemment dû fermer ses portes, rendant disponible son financement à d'autres centres communautaires. Par conséquent, l'enveloppe budgétaire ne fut pas réinvestie dans le secteur des dépendances de la même région mais fut diluée à l'ensemble des secteurs. Ceci occasionna une diminution du financement global dans le secteur des dépendances et créa un vide (financier et de services) qui n'a pas été comblé. L'année suivante, un autre organisme en dépendance qui aurait pu bénéficier de ce montant a aussi dû annoncer sa fermeture. Ce mécanisme a donc inexorablement contribué à diminuer l'offre de services aux personnes dépendantes de cette région.

L'enveloppe budgétaire de la santé et des services sociaux destinée au programme « Dépendance » est la plus petite, soit 0,54% du budget total, incluant le Programme de Subvention aux Organismes Communautaires (PSOC, équivalant à 15% du budget du programme). Il est donc primordial de conserver l'ensemble des acquis financiers pour une offre de services complète en dépendance.

ÉCONOMIES ET MEILLEURES UTILISATIONS DES FONDS PUBLICS DANS LE SECTEUR DE LA DÉPENDANCE

Dans le but d'offrir une gamme de services en dépendance large et spécifique répondant aux besoins de la clientèle, les différents groupes communautaires bénéficient de financement provenant de divers programmes et de plusieurs Ministères. La majeure partie du financement à la mission est accordée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux tandis que d'autres enveloppes proviennent du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale (MESS), du Ministère de l'Éducation, du Loisir et des Sports (MELS), du Ministère de la Justice, etc.

Selon le Centre canadien de lutte contre la toxicomanie (CCLT), le phénomène de la dépendance au Québec est associé à divers coûts économiques, sanitaires et sociaux comme l'hospitalisation, l'incarcération et les démêlés judiciaires, la consultation dans les urgences, etc. et équivaut à des dépenses de 8,7 milliards de dollars¹¹. En ce

¹¹ REHM, J., *et al.*, 2006, *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*, Centre Canadien de Lutte contre les Toxicomanies (CCLT).



**IL S'AGIT D'UNE
ÉCONOMIE DE 7 À 18\$
POUR LES DIVERS
SYSTÈMES
(JUDICIAIRE,
SANITAIRE ET
SOCIAL) ET CE, POUR
CHAQUE DOLLAR
INVESTI EN
DÉPENDANCE**

sens, le cout quotidien dans un centre de détention est de 174\$¹² et celui d'une visite à l'urgence ou d'une hospitalisation varie de 600\$ à 1000\$¹³.

Nous pouvons déduire qu'investir dans les traitements, la prévention des dépendances et la promotion de la santé permet de réduire l'impact de ces couts sociaux. Selon diverses études, **il s'agit d'une économie de 7 à 18\$ pour les divers systèmes (judiciaire, sanitaire et social) et ce, pour chaque dollar investi en dépendance**¹⁴.

De plus, « pour chaque dollar investi dans le [secteur] communautaire, sept sont économisés au public¹⁵ ».

Comme le souligne l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) :

La plupart des études montrent que chaque dollar investi dans de bons programmes de prévention peut permettre aux pouvoirs publics d'économiser jusqu'à 10 dollars par la suite; par conséquent, les dépenses que les gouvernements consacrent à la prévention, au traitement et à la réadaptation ainsi qu'à leurs systèmes de contrôle réglementaire doivent être maintenues, même en période d'austérité financière¹⁶.

Parmi les membres de l'AQCID en date de 2012, le cout moyen quotidien d'un lit était de 96\$ par résident, et pour le réseau public, nous estimons que ce montant double selon divers facteurs institutionnels.

Selon les données récentes, le budget moyen d'un centre de réadaptation en dépendance est de 13,7 millions de dollars. De ce budget, 88% provient directement de l'État via le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Comparativement, le budget moyen d'un organisme communautaire du secteur des dépendances est d'environ 815 258\$ avec une part de 64% de financement public. Comme nous l'avons mentionné, le programme « Dépendance » du MSSS est celui qui reçoit la plus petite part du budget de la santé et services sociaux avec 0.54%, incluant les

¹² ALTER JUSTICE, GROUPE D'AIDE ET D'INFORMATION AUX PERSONNES JUDICIARISÉES, *Le cout de la détention*, 2 septembre 2014, URL : <http://alterjustice.org/dossiers/statistiques/couts-detention.html>

¹³En moyenne, il en coûterait plus de 4000 dollars quotidiennement pour une hospitalisation, http://www.aqesss.qc.ca/fr/istrategie-index.aspx?sortcode=1.7.9.13&id_article=1810

¹⁴ FRENCH, M. T., SALOME, H. J., SINDELAR, J. L. et MCLELLAN, A. T. (2002b). Benefit-cost analysis of addiction treatment: methodological guidelines and empirical application using the DATCAP and ASI. *Health Services Research*, 37, 433-455.

¹⁵ REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA REGION 03, 2012, *Surplus de cadres en santé : Bonnardel a raison*, communiqué de presse.

¹⁶ CENTRE RÉGIONAL D'INFORMATION DES NATIONS UNIES POUR L'EUROPE OCCIDENTALE, 5 mars 2014, *Rapport 2013 de l'OICS : des experts de l'ONU appellent au renforcement de la prévention de la toxicomanie*. <http://www.unric.org/fr/actualite/2436-rapport-2013-de-loics-des-experts-de-lonu-appellent-au-renforcement-de-la-prevention-de-la-toxicomanie>

montants destinés aux CRD et le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). De ce budget, seulement 15% est alloué aux organismes communautaires en dépendance.

CONSTATS

- **Les organismes communautaires en dépendance offrent des services de qualité par des professionnels d'expérience;**
- **Le réseau communautaire en dépendance est moins dispendieux et plus économique que le réseau public;**
- **Le phénomène de la dépendance engendre des coûts sociaux majeurs;**
- **L'investissement dans la prévention et le traitement des dépendances permet des économies sociales et sanitaires importantes.**

Suivant ces constats, l'AQCID recommande

de maintenir les budgets actuels dans le réseau communautaire en dépendance et même d'y investir davantage, considérant l'économie pour la globalité du réseau de la santé et des services sociaux.

LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES EN DÉPENDANCE

La complémentarité des services se résume par la collaboration des acteurs concernés par la dépendance, « elle permet de mobiliser les efforts, de créer des consensus, de tirer parti des ressources (tant financières qu'en nature) et de renforcer les capacités¹⁷ ». Le manque de clarté dans l'accès, la trajectoire et la complémentarité des services « entrave l'action concertée et collective des décideurs, du secteur [de la dépendance] et du grand public ». Le Centre canadien de lutte contre la toxicomanie (CCLT) le souligne : **« les enjeux sont trop grands pour que l'un d'entre nous puisse les régler à lui seul »** et « travailler isolément peut mener des organisations à dédoubler les efforts ou à manquer les occasions d'adopter les pratiques exemplaires éprouvées ».

Actuellement, les organismes communautaires ne sont pas considérés dans l'offre de services en dépendance et sont plutôt tenus comme des « fournisseurs de services » à contrat sous le compte du réseau public. L'offre de services des CRD est d'ailleurs plutôt orientée vers les services externes alors que leurs services internes (hébergement) sont offerts en quasi-totalité par des centres de traitement des dépendances.

L'enjeu ici est le dédoublement des services et des fonds destinés à les soutenir. Le ministre aura, suite à la réorganisation du système de santé, les moyens

¹⁷ CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIE, Rapport annuel 2013-2014, *Clarté de l'action*. P.5



« LES ENJEUX SONT TROP GRANDS POUR QUE L'UN D'ENTRE NOUS PUISSE LES RÉGLER À LUI SEUL »



**L'ENJEU ICI EST LE
DÉDOUBLEMENT DES
SERVICES ET DES
FONDS DESTINÉS À
LES SOUTENIR**

de coordonner et d'assurer une offre de service large tout en optimisant l'investissement des fonds publics et en considérant cette réalité.

Dans cette optique, le partage des responsabilités est plus que pertinent, considérant l'expertise de chaque réseau, comme celui du public déjà bien établi dans le secteur de la recherche et du transfert de connaissances. De plus, leur expertise médicale leur permet d'offrir des services de désintoxication modérée à sévère, des programmes de traitement de substitution (Méthadone, Suboxone), du suivi médical et infirmier, etc. En concentrant les efforts du réseau public dans ces sphères où ils sont déjà performants, l'efficacité et l'efficacités de leurs services en serait accrues.

Quant aux organismes communautaires, ils œuvrent dans l'intervention de proximité avec la clientèle nécessitant des services immédiats de tout ordre. Nous parlons ici de traitement avec hébergement, de la réinsertion sociale, de la désintoxication, etc. De plus, les organismes du réseau communautaire rassemblent des groupes d'aide et d'entraide prodiguant, entre autre, du soutien et de la prévention de la rechute. Finalement, la prévention et la sensibilisation sont des activités longuement établies et implantées dans les écoles et plusieurs établissements (centres de formation, centres d'emploi, centres communautaires, etc.).

+ CONSTATS

- **Le réseau public n'a pas les moyens d'offrir la gamme des services offerts par les organismes communautaires en dépendance;**
- **Établir le champs d'expertise de chacun des acteurs du réseau des dépendances rend possible l'atteinte de l'objectif qui est d'optimiser l'efficacité et la complémentarité des services afin d'éviter les doublons qui accroissent inutilement le cout aux citoyens;**
- **Les organismes communautaires offrent des services de qualité accessibles rapidement et dispensés par du personnel qualifié;**
- **Le réseau communautaire est plus rentable et économique que le réseau public.**

Suivant ces constats, l'AQCID recommande

- Une redéfinition des rôles et responsabilités de chacun, des frontières de services entre communautaire et public – Une vision logique des services en dépendance;
- Plus spécifiquement, nous suggérons que le système public se concentre sur l'offre médicale, la recherche et le transfert de connaissances;
- Que les organismes communautaires offrent des services de prévention (école, milieux de travail), des groupes d'entraide, des programmes basés sur la réduction des méfaits (échange, seringue, site d'injection supervisé), etc.;
- Que les organismes communautaires offrent des services de traitement résidentiel de courte, moyenne et longue durée;

- Que l'organisation des services soit orientée vers un éventail de services suffisants et diversifiés afin que les personnes dépendantes aient accès à un traitement adaptés à leurs problématiques;
- Que tous les acteurs travaillent en complémentarité afin d'offrir à la population une gamme de services de qualité accessibles et efficaces.

CONCLUSION

Par le présent mémoire, l'Association québécoise des centres d'intervention en dépendance (AQCID) a partagé sa position face au projet de loi 10 proposé par le Ministre Gaétan Barrette en septembre 2014. Nous soutenons que la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux ne peut se faire sans la prise en compte de l'offre de services des organismes communautaires en dépendance.

Le réseau communautaire en dépendance doit d'autant plus être impliqué dans la réadaptation de la clientèle dépendante puisqu'il s'agit, pour ces organismes, de projets établis depuis longue date et déjà financés en partie par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Il s'agit d'un réseau offrant de nombreux avantages sur le plan économique, social et sanitaire, du fait qu'il permette des économies dans les services offerts et contribue à une diminution des coûts sociaux conséquents à la dépendance. La prévention est d'autant plus importante en ce sens car elle permet d'informer, d'instruire, et d'outiller les personnes face aux saines habitudes de vie, de prendre conscience et de sensibiliser la population, tout en contribuant à diminuer les coûts et conséquences engendrés par la dépendance. Départager les rôles et les responsabilités des secteurs publics et communautaires permettrait une économie substantielle en plus de créer une trajectoire fluide et une offre de services complémentaires sans dédoublement.

En complément, « les dynamiques inégalitaires de pouvoir et d'exclusion, de même que certaines normes, politiques et pratiques sociales engendrent des disparités sociales et de santé » sur lesquelles le gouvernement québécois est en mesure d'agir¹⁸. Cette avenue privilégie entre autre l'intervention et la prévention universelle mais aussi ciblée à une population défavorisée utilisant peu les services de son milieu. Ceci s'applique à la question de la toxicomanie et de la dépendance.

Pour conclure, l'AQCID est fière représentante d'une offre de services variés et spécifiques qui répondent aux besoins d'une clientèle présentant des problématiques multiples, complexes et chroniques. Les 104 organismes membres dont les centres de traitement, les organismes d'aide et d'entraide et les organismes de prévention travaillent quotidiennement à permettre la réduction des coûts sociaux tout en venant en aide à la réadaptation de nombreuses personnes aux prises avec un problème de dépendance.

¹⁸ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, 2014, *Avenues politiques : intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé*.



SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS

L'AQCID considère qu'il est primordial que le Ministère de la Santé et Services Sociaux travaille avec les organismes communautaires ayant une expertise en dépendance afin d'intégrer toute une gamme de services spécialisés et de qualité à l'offre globale ; (Page 3)

L'AQCID recommande que le réseau public et les organismes communautaires travaillent en complémentarité pour permettre l'accès rapide à des services appropriés pour la clientèle ayant une dépendance associée à des problématiques multiples telles que la santé mentale, la judiciarisation, l'itinérance, etc. ; (Page 6)

Et que le ministre considère que certains articles de la LSSSS vont à l'encontre de l'efficacité des services du réseau communautaire et qu'il profite de l'opportunité pour revoir ces éléments afin de contribuer à la complémentarité des réseaux public et communautaire ; (Page 6)

L'AQCID recommande que l'accès aux services puisse s'effectuer en première, deuxième et troisième ligne au même moment afin d'assurer rapidement des services à la clientèle toxicomane ; (Page 8)

L'AQCID recommande de maintenir les budgets actuels dans le réseau communautaire en dépendance et même d'y investir davantage, considérant l'économie pour la globalité du réseau de la santé et des services sociaux ; (Page 11)

L'AQCID recommande une redéfinition des rôles et responsabilités de chacun, des frontières de services entre communautaire et public – Une vision logique des services en dépendance; (Page 12)

Et suggère que le système public se concentre sur l'offre médicale, la recherche et le transfert de connaissances; (Page 12)

Que les organismes communautaires offrent des services de prévention (école, milieux de travail), des groupes d'entraide, des programmes basés sur la réduction des méfaits (échange, seringue, site d'injection supervisé), etc. ; (Page 12)

Que les organismes communautaires offrent des services de traitement résidentiel de courte, moyenne et longue durée. (Page 12)

Que l'organisation des services soit orientée vers un éventail de services suffisants et diversifiés afin que les personnes dépendantes aient accès à un traitement adaptés à leurs problématiques ; (Page 13)

Que tous les acteurs travaillent en complémentarité afin d'offrir à la population une gamme de services de qualité accessibles et efficaces. (Page 13)