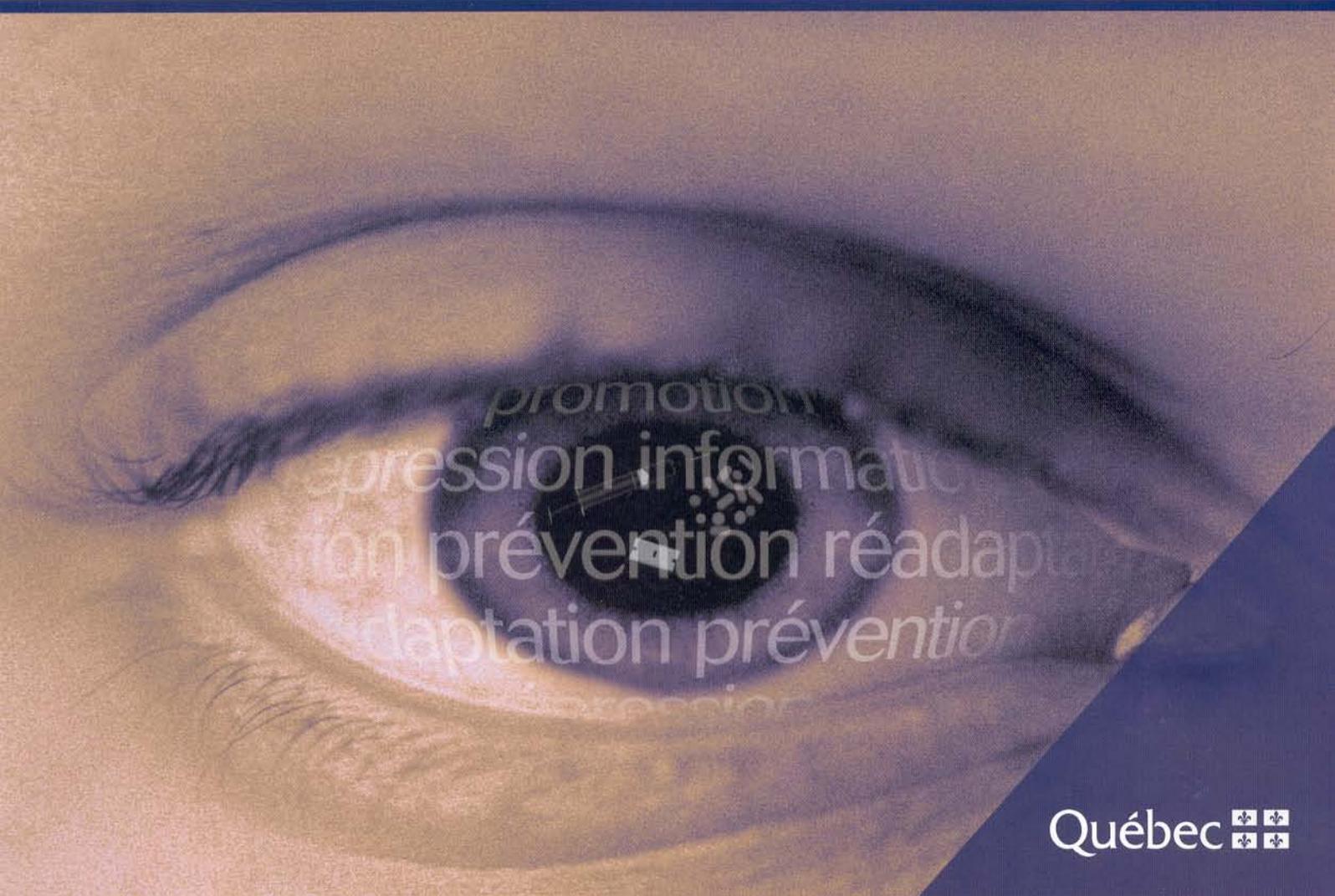


# Comité permanent de lutte à la toxicomanie

AVIS SUR LA RÉFORME DU SYSTÈME  
DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
ET SES IMPACTS SUR L'OFFRE DE SERVICES  
EN MATIÈRE DE DÉPENDANCES



**AVIS SUR LA RÉFORME DU SYSTÈME  
DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
ET SES IMPACTS SUR L'OFFRE DE SERVICES  
EN MATIÈRE DE DÉPENDANCES**

**Comité permanent de lutte à la toxicomanie  
5 octobre 2004**

---

**DÉPÔT LÉGAL (DOCUMENT SUR VERSION PAPIER):**  
**ISBN : 2-550-43271-1**  
**BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA**  
**BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC**  
**Octobre 2004**

**Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.**

---

## TABLE DES MATIÈRES

MANDAT DU CPLT .....	3
AVANT-PROPOS .....	4
<b>1. LES ORIENTATIONS GOUVERNEMENTALES .....</b>	<b>5</b>
LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES (RLS).....	5
LES ORIENTATIONS TOUCHANT LA TOXICOMANIE ET LE JEU COMPULSIF.....	6
<i>Le programme Dépendances .....</i>	<i>6</i>
<i>L'organisation des services du programme Dépendances.....</i>	<i>7</i>
<b>2. PORTRAIT DE LA SITUATION AU QUÉBEC.....</b>	<b>8</b>
COMPLEXIFICATION DE LA PROBLÉMATIQUE.....	8
L'OFFRE PUBLIQUE DE SERVICES.....	9
<i>Les services de première ligne.....</i>	<i>9</i>
<i>Les services publics de réadaptation.....</i>	<i>10</i>
LES SERVICES COMMUNAUTAIRES ET PRIVÉS.....	11
<b>3. PRINCIPAUX ENJEUX TOUCHANT LA RÉORGANISATION DES SERVICES .....</b>	<b>13</b>
ENJEU 1 : LE DÉVELOPPEMENT ET LE MAINTIEN DE L'EXPERTISE.....	13
ENJEU 2 : LE RENFORCEMENT DE L'INTERVENTION DE PREMIÈRE LIGNE.....	14
ENJEU 3 : L'HARMONISATION RÉGIONALE ET LOCALE DE L'OFFRE DE SERVICES.....	15
<b>4. RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>17</b>
BIBLIOGRAPHIE .....	20

## MANDAT DU CPLT

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) est un organisme québécois ayant pour mandat principal de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'actions ou les domaines d'intervention à privilégier.

Les préoccupations du Comité portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus de substances psychoactives que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Outre les réflexions et les échanges qu'il mène au sein de ses rangs, il s'alimente à diverses sources pour réaliser son mandat : il commande des études, il recueille les opinions des divers intervenants et experts des milieux concernés et il analyse les données publiées sur l'évolution de la problématique au Québec.

## MEMBRES DU COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE

**Rodrigue Paré**  
Président du comité  
Maison Jean Lapointe

**Lise Roy**  
Vice-présidente  
Université de Sherbrooke

**Madeleine Roy**  
Trésorière  
Centre Dollard-Cormier

**Pierre Sangollo**  
SCC Lafontaine

**Luc Chabot**  
Consultant

**Robert Gauthier**  
Pavillon Pierre-Péladeau

**Don McKay**  
Syndicat canadien des communications,  
De l'énergie et du papier (FTQ)

**Dr Pierre Rouillard**  
C.H. Robert-Giffard

## **AVANT-PROPOS**

Le gouvernement du Québec a entrepris en 2004 une réforme en profondeur du réseau de la santé et des services sociaux. La *Loi 25* énonce les grands principes qui orienteront cette réorganisation, notamment la création de « réseaux locaux » autour desquels s'organisera la prestation des services à la population. Cette réforme aura vraisemblablement des conséquences importantes sur la place qui sera accordée à la toxicomanie et au jeu compulsif comme problématiques spécifiques à l'intérieur de l'ensemble des politiques publiques touchant la santé.

Depuis près de deux décennies, des lacunes importantes ont été identifiées dans la prestation des services aux personnes dépendantes au Québec. La réforme constitue une opportunité de combler certaines de ces lacunes et pourrait avoir des conséquences positives à grande échelle, car l'ensemble de la société est affecté de près ou de loin par ces problèmes. Si la réforme se traduit par une approche plus cohérente de la lutte aux dépendances sous toutes ses formes, les bénéfices seront importants et durables pour l'ensemble de la population québécoise.

Anticipant l'importance de la tâche qui incombera au Ministère et aux gestionnaires d'établissement lors de l'implantation de cette réforme, les membres du CPLT ont choisi de produire un « Avis sur la réforme du système de santé et des services sociaux et ses impacts sur l'offre de services en matière de dépendances. » L'objectif de cet Avis est, d'une part, d'analyser les enjeux principaux liés à la lutte aux dépendances au Québec en tenant compte des principes les plus susceptibles de mener à une implantation efficace de la réforme et, d'autre part, de présenter un cadre cohérent de réorganisation de la prestation des services qui découle de cette analyse et puisse s'accorder avec les objectifs de la réforme. Les recommandations qu'il formule visent à faciliter la transition vers un mode d'organisation qui valorise les acquis et profite pleinement des conséquences positives de la réforme.

Pour réaliser son mandat, le CPLT s'est appuyé sur :

- Les nombreux documents produits dans la foulée de la réforme, en particulier ceux présentant les grandes orientations gouvernementales et ceux produits par chacune des agences régionales;
- Plusieurs avis déposés au cours du processus de consultation mené par chacune des agences;
- Divers modèles d'organisation des services proposés par des agences régionales, des établissements, des regroupements d'établissements ou des associations;
- Les multiples consultations menées par le CPLT, récemment et au cours des dernières années, ainsi que les échanges qui ont eu lieu au sein de ses rangs.

## **1. LES ORIENTATIONS GOUVERNEMENTALES**

Le 17 décembre 2003, l'Assemblée nationale a adopté deux projets de loi importants qui ont lancé une réforme majeure du réseau de la santé et des services sociaux : le projet de loi 25, intitulé *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, et le projet de loi 30, intitulé *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic*. La *Loi 25* a comme objectif principal d'améliorer l'accessibilité de l'ensemble des services du réseau, alors que la *Loi 30* vise à favoriser une plus grande souplesse dans l'administration des établissements du réseau. Plusieurs documents d'orientation sont venus préciser les orientations contenues dans ces lois, en particulier celui intitulé *L'intégration des services de santé et des services sociaux* (MSSS 2004).

### **LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES (RLS)**

La *Loi 25* vise à introduire au cœur du réseau de la santé et des services sociaux deux grands principes : la **responsabilité populationnelle** et la **hiérarchisation des services**. Ces principes ont guidé chacune des agences de développement de réseaux locaux (ci-après Agences), créées en remplacement des régies régionales. Chacune des Agences devait proposer au ministre le modèle régional d'organisation intégrée de services qu'elle jugeait le plus approprié pour la région sous leur responsabilité. Ce modèle devait proposer un découpage régional des services sur la base d'un ou de plusieurs réseaux locaux de services.

L'un des objectifs visés par cette réforme est le décloisonnement de la gestion du réseau, dans le but de favoriser l'intégration de l'ensemble des services et ainsi faciliter le cheminement des personnes à l'intérieur de ce réseau complexe. Selon le principe de responsabilité populationnelle, le RLS est responsable de l'accès de toute la population locale à l'ensemble des services de santé et des services sociaux, selon les modalités suivantes :

- En offrant, le plus proche possible du milieu de vie du plus grand nombre de personnes, le plus large éventail possible de services de première ligne;
- En mettant en place des mécanismes de référence et de suivi entre les services de première ligne et les services spécialisés et surspécialisés.

Le principe de responsabilité populationnelle vise à rendre tous les intervenants du réseau solidaires dans l'accompagnement des personnes qui auront besoin des services, que ce soit la population en général, ou les clientèles particulières qui ont été identifiées comme étant prioritaires. Le principe de hiérarchisation des services vise à favoriser la complémentarité et la continuité entre les trois niveaux de services : la première ligne, les services spécialisés (deuxième ligne) et les services surspécialisés (troisième ligne).

La réorganisation du réseau sous la forme de RLS veut éviter que les établissements se cantonnent dans une mission spécifique. Elle s'appuie sur le principe que les services doivent être donnés à la population, peu importe l'établissement qui sera chargé de les offrir. C'est pourquoi la *Loi* prévoit qu'une seule « instance locale », issue de la fusion d'un ou plusieurs CLSC, CHSLD ou CH, sera

responsable de la prestation d'un grand nombre de services, et de la coordination de l'ensemble de l'offre de services sur son territoire.

### **LES ORIENTATIONS TOUCHANT LA TOXICOMANIE ET LE JEU COMPULSIF**

Plutôt qu'une approche par missions spécifiques dont seraient responsables des établissements, la réforme propose une approche par programmes dont est responsable l'instance locale. Ces programmes sont divisés en trois grandes catégories :

- 1) deux programmes-services qui répondent à des besoins touchant l'ensemble de la population, soit les programmes « Santé publique » et « Services généraux »;
- 2) sept programmes-services qui répondent à des problématiques particulières, soit les programmes « Perte d'autonomie liée au vieillissement », « Déficience physique », « Déficience intellectuelle et TED », « Jeunes en difficulté », « Dépendances », « Santé mentale » et « Santé physique »;
- 3) deux programmes-soutien qui sont de nature administrative, soit les programmes « Administration et soutien aux services » et « Gestion des bâtiments et des équipements ».

Les deux premières catégories sont appelées « programmes-services » afin de les distinguer de l'ancienne dénomination de « programmes-clientèles ». Chaque programme-service comprend des services de première ligne, des services spécialisés et des services surspécialisés.

#### ***Le programme Dépendances***

Le *programme Dépendances* est l'un des sept programmes-services répondant à des problématiques particulières. Il remplace le programme « alcoolisme et autres toxicomanies » qui était en vigueur jusque-là. Le changement d'appellation vise à « élargir la perspective et adopter une approche globale pour la problématique de la dépendance et ce, quelle que soit la cause (MSSS 2004). » Cet élargissement permet notamment d'inclure d'autres problématiques comme celles du jeu compulsif pour laquelle l'offre de services publique est en grande partie assumée par les mêmes établissements que ceux qui offrent des services en alcoolisme et toxicomanie, bien que l'expertise nécessaire soit distincte à plusieurs égards. L'appellation de « Dépendances » ouvre également la porte à l'intégration éventuelle d'autres problématiques, comme celle de la « cyberdépendance ». Rien ne laisse croire que les services auparavant compris dans le programme « alcoolisme et autres toxicomanies » soient modifiés par le changement d'appellation du programme.

On peut vraisemblablement croire que l'intégration du jeu compulsif dans le *programme Dépendances* répond à un souci d'entériner le fait que les organisations qui ont reçu un mandat public pour le traitement des joueurs compulsifs offrent également le traitement pour les personnes alcooliques ou toxicomanes. Ainsi, la logique consiste tout simplement à fondre en un seul programme les services offerts à différentes clientèles par les mêmes organisations. Cette approche apparaît cohérente dans la mesure où le *programme Dépendances* cumulera les enveloppes budgétaires de l'ancien programme « alcoolisme et autres toxicomanies » et celles attribuées au traitement des joueurs compulsifs. Dans les prochaines années, il sera nécessaire de mettre de l'avant des études et analyses (prévalences,

meilleures pratiques) permettant d'envisager des mécanismes pertinents et performants à l'intervention de la première ligne.

Par ailleurs, l'ouverture à l'intégration d'autres types de dépendances est certes cohérente d'un point de vue conceptuel, mais il n'apparaît pas opportun d'actualiser sur-le-champ des services spécialisés. En effet, il existe peu d'analyses permettant d'évaluer les méfaits sociaux de ces autres dépendances, comparativement à la solidité des arguments qui soutiennent la pertinence de l'offre publique de services pour l'alcoolisme, les toxicomanies et le jeu compulsif.

### ***L'organisation des services du programme Dépendances***

Les documents ministériels précisent que, parmi les services du *programme Dépendances*, on retrouve :

- Des services de première ligne sur le territoire local et accessibles à partir de l'instance locale ou du cabinet de médecins (MSSS 2004). Ces services seront offerts:
  - Par l'instance locale, lorsqu'il s'agit de services spécifiques, habituellement à moyen et à long terme, destinés aux clientèles particulières, dont les personnes aux prises avec des dépendances (MSSS 2004);
  - Par des médecins généralistes, dans l'instance locale ou en cabinet privé, auprès des clientèles particulières, dont les personnes aux prises avec des dépendances;
  - Par les ressources d'hébergement institutionnelles et non institutionnelles;
  - Par les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les autres ressources privées du territoire local.
- Un maximum de services sociaux, de santé et de réadaptation, spécialisés, déconcentrés sur le territoire local;
- Des services spécialisés et surspécialisés rendus accessibles à l'extérieur du territoire local par le biais de mécanismes de référence et de corridors de services.

Les établissements dispensant des services de deuxième et de troisième lignes, notamment les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, conservent le mandat que leur confie la *Loi* sur la Santé et les Services sociaux, et devront intervenir en soutien aux instances locales.

## **2. PORTRAIT DE LA SITUATION AU QUÉBEC**

Les efforts consentis à la lutte aux dépendances ont comme principale justification les coûts sociaux très importants dus aux méfaits qui leur sont associés. Pour le Québec, on estime ces coûts à plus de deux milliards de dollars annuellement.

Lorsqu'on trace un portrait global de la situation de la lutte aux dépendances au Québec, deux constats généraux ressortent plus particulièrement :

- La **complexification rapide et constante de la problématique** des dépendances exerce une pression soutenue sur les efforts de maintien et d'enrichissement de l'expertise;
- L'absence de standardisation dans la définition d'une offre de services de base entraîne des **disparités régionales importantes**, ainsi qu'un **manque de continuité** dans l'offre publique de services.

La réforme pourra s'implanter avec succès si elle est guidée par les deux objectifs généraux qui découlent de ces constats : le **développement de l'expertise** et **l'harmonisation locale et régionale de l'offre de services**. La condition essentielle qui soutiendra l'atteinte de ces deux objectifs est le **renforcement de l'intervention de première ligne**.

Pour la population québécoise, l'opportunité que représente la réforme comme réponse adaptée à la réalité actuelle de la lutte aux dépendances se concrétisera dans la mesure où tous les intéressés prendront acte de l'urgence d'orienter les actions en fonction de ces objectifs.

### **COMPLEXIFICATION DE LA PROBLÉMATIQUE**

Les indicateurs manifestent une complexification constante de la problématique des dépendances et une augmentation notable de la gravité des méfaits qui y sont rattachés (CPLT 2004).

Cette complexification entraîne la nécessité d'un raffinement constant de l'expertise qui doit se spécialiser afin de suivre adéquatement l'évolution de la problématique.

Cette évolution du phénomène et l'importance des coûts sociaux qui lui sont rattachés ont amené le Québec, à l'instar de la plupart des sociétés occidentales, à considérer la lutte aux dépendances comme une priorité de santé publique. L'élaboration en cours d'un *Plan d'action interministériel de lutte contre les toxicomanies* est l'un des éléments qui illustrent bien la reconnaissance de la complexité spécifique du phénomène. Cependant, les conséquences réelles de ces efforts tardent à se faire sentir aux échelons régionaux et locaux. Il est à souhaiter que ce *Plan d'action national* définisse des stratégies sur lesquelles pourront s'appuyer les RLS afin de développer une concertation inter-sectorielle à la mesure de la complexité de la problématique. C'est là une condition de l'amélioration de l'offre de services sur l'ensemble du territoire.

## **L'OFFRE PUBLIQUE DE SERVICES**

Le *programme Dépendances*, même bonifié par l'ajout des budgets liés au traitement du jeu compulsif, est le moins financé parmi les sept programmes s'adressant à des clientèles particulières, représentant moins de 0,08 % des dépenses en santé et services sociaux. Il est cependant l'un des plus rentables en termes de bénéfices sociaux, puisque les plus récentes études démontrent que 1\$ investi dans la lutte à la toxicomanie entraîne des économies entre 4\$ et 10\$ sur les coûts dans les domaines sanitaires, sociaux et de justice pénale (Cartwright 2000; Gerstein et al. 2000; Godfrey et al. 2004). Malgré la valeur du programme, son sous-financement le rend vulnérable, puisque dans un contexte de ressources rares, il n'a pas toujours la capacité de faire valoir sa pertinence.

Le manque de suivi dans l'implantation du programme « alcoolisme et autres toxicomanies », aux niveaux provincial et régional, entraîne un manque de cohérence dans le développement de l'offre de services actuelle :

- Aucun programme-cadre n'a été élaboré afin d'assurer une uniformité minimale entre les services de base offerts d'une région à l'autre.
- Aucun système d'information ne permet de comparer les clientèles des différentes régions.
- L'actualisation des rôles respectifs de la première et de la deuxième lignes n'ont pas été clairement définis.
- La complémentarité des rôles entre le système public, le privé et le milieu communautaire n'a jamais été précisée.

L'implantation concrète des services aux personnes dépendantes a donc laissé trop de place aux ententes ponctuelles et aux initiatives personnelles. Par conséquent, le développement de bonnes pratiques dans une région n'a pas suffisamment pu profiter aux autres. La réforme constitue certainement une opportunité de corriger certaines de ces lacunes. Une bonification budgétaire, peu coûteuse en comparaison des autres programmes, garantirait la solidité des services de base et permettrait de compenser pour les disparités régionales les plus criantes.

### ***Les services de première ligne***

Au Québec, les services publics en toxicomanie, puis en traitement du jeu compulsif, ont traditionnellement été envisagés en fonction du modèle de réadaptation. Ils sont conçus comme des services spécialisés auxquels les personnes peuvent avoir accès, principalement sur référence par la première ligne. Autrement dit, le travail de dépistage, d'intervention précoce et de référence, entre autres, sont la responsabilité propre des intervenants de première ligne.

Ce modèle ne correspond pas à la réalité actuelle. Dans presque toutes les régions, c'est moins de 20 % de la clientèle des centres de réadaptation qui s'y rend suite à un passage par la première ligne. Le dépistage est déficient pour la plupart des clientèles présentant des problématiques multiples, et la mise en place de programmes d'intervention précoce pour les clientèles à risque est quasi inexistante.

La conséquence en est que des problèmes de dépendances souvent graves ne sont tout simplement pas détectés, particulièrement pour les personnes âgées, les personnes suicidaires ou souffrant de

troubles mentaux, et les clientèles judiciairisées. De plus, les services spécialisés doivent compenser ces lacunes en assumant une part grandissante de l'intervention de première ligne.

Dans le cadre de la réforme, les services de première ligne nécessaires à la prestation du *programme Dépendances* devront être disponibles dans chacun des RLS et être offerts par l'instance locale. Au besoin, des mécanismes de référence ou des ententes de corridors de services pourront s'établir pour la prestation des services spécialisés. Dans l'état actuel des choses, rares sont les instances locales en mesure d'offrir adéquatement des services de première ligne conformes aux orientations de la réforme.

### ***Les services publics de réadaptation***

Il existe une grande disparité dans la distribution des services publics spécialisés dans le traitement des dépendances au Québec. Cela reflète le fait que le réseau public s'est développé en fonction des initiatives plus ou moins énergiques des promoteurs d'origine, ou d'un contexte historique régional plus ou moins favorable au développement de ces services. La création des RLS a jusque maintenant accentué cette disparité puisque, dans certains cas, les établissements qui offraient les services spécialisés en toxicomanie et jeu compulsif ont été intégrés à l'instance locale, alors que dans d'autres, ils ont conservé leur statut d'établissement autonome à vocation régionale. Cela est susceptible d'entraîner des différences significatives quant à la qualité des services qui seront rendus disponibles dans chacune des régions.

Voici le portrait pour chacune des régions :

- Dans le **Bas-Saint-Laurent**, il n'existe pas de centre de réadaptation autonome au plan administratif. Le CH du Grand Portage de Rivière-du-Loup est responsable des services de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie;
- Au **Saguenay-Lac-Saint-Jean**, trois établissements de niveau local sont responsables des services en toxicomanie. Le Carrefour de santé de Jonquière et l'Hôtel-Dieu de Roberval se partagent la responsabilité des services aux adultes. Le premier a un statut de centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, et le second a développé une expertise spécifique offerte au niveau régional et suprarégional. C'est le Centre jeunesse du SLSJ qui dessert la clientèle de moins de 18 ans;
- Dans la région de **Québec**, les services spécialisés en toxicomanie sont sous la responsabilité du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve qui a conservé son statut d'établissement autonome à vocation régionale;
- En **Mauricie/Centre-du-Québec**, le Centre Domremy a conservé son statut d'établissement autonome à vocation régionale;
- En **Estrie**, le Centre Jean-Patrice Chiasson/Maison-Saint-Georges a conservé son statut d'établissement autonome à vocation régionale;
- À **Montréal**, le Centre Dollard-Cormier a conservé son statut d'établissement autonome à vocation régionale. La clientèle anglophone est desservie par le Pavillon Foster (mission suprarégionale);

- En **Outaouais**, le Centre Jellinek a conservé son statut d'établissement autonome à vocation régionale;
- En **Abitibi-Témiscamingue**, le Centre Normand a conservé son statut d'établissement autonome à vocation régionale;
- Sur la **Côte-Nord**, le Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord regroupe les services spécialisés des programmes jeunesse, déficience physique, déficience intellectuelle et dépendances;
- En **Gaspésie**, il n'existe pas de centre de réadaptation autonome au plan administratif. Le Centre de santé de la Haute-Gaspésie est responsable des services en alcoolisme et toxicomanie;
- Dans **Chaudière-Appalaches**, le Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes de Chaudières-Appalaches (CRATCA), logeant dans les locaux du CHSLD de Beauce, avait un statut d'établissement autonome jusqu'en juin 2004. L'établissement a été fusionné à l'instance locale;
- À **Laval**, c'est le Centre Jeunesse qui offre les services en toxicomanie;
- Dans **Lanaudière**, il n'existe pas de centre de réadaptation autonome au plan administratif. Le CH régional de Lanaudière est responsable des services en alcoolisme et toxicomanie;
- Dans les **Laurentides**, le Centre André-Boudreau a conservé son statut d'établissement autonome à vocation régionale;
- En **Montérégie**, il existe deux établissements autonomes. Le Centre le Virage a conservé son statut d'établissement autonome à vocation régionale. La clientèle anglophone est desservie par le Pavillon Foster (mission suprarégionale);
- Pour **l'ensemble du Québec**, le Centre le Portage possède un statut d'établissement privé conventionné.

Dans chacune de ces régions, l'ajout de services dans le traitement du jeu compulsif s'est également fait de manière inégale. On constate donc qu'il existe une disparité importante entre les régions quant aux acteurs qui seront responsables d'une partie ou de l'ensemble du *programme Dépendances*. Puisqu'il n'existe pas de définition claire des services de base qui doivent être offerts dans chacune des régions, il s'ensuit des différences importantes quant à la nature des services offerts en fonction des régions.

## **LES SERVICES COMMUNAUTAIRES ET PRIVÉS**

Il existe un grand nombre de ressources des secteurs communautaire et privé qui dispensent des services répondant aux finalités du *programme Dépendances*. La différence spécifique entre ces ressources et les centres publics de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes est qu'elles ne sont que « partiellement » ou « pas du tout » financées par des fonds publics.

Parmi ces ressources, certaines sont des établissements certifiés (selon le programme de certification du MSSS), alors que d'autres, sans être certifiées, ont conclu des ententes ponctuelles avec un ou plusieurs ministères pour les services qu'ils offrent auprès des personnes aux prises avec des dépendances. La certification est accordée sur une base volontaire, mais n'est pas une condition à la dispensation de services financés par des fonds publics.

La réforme oblige les RLS à tirer profit des ressources communautaires et privées existant sur le territoire local. Chaque RLS devra donc au préalable faire l'inventaire des ressources présentes, et en distribuer les responsabilités respectives à l'intérieur de chacun des programmes. La tâche des RLS sera rendue complexe du fait que le financement public que reçoivent ces ressources ne provient pas nécessairement du seul ministère de la Santé et des Services sociaux, même si les services dispensés sont similaires à ceux offerts dans le cadre du *programme Dépendances*.

La certification n'étant pas obligatoire, il existe possiblement de grandes disparités quant à la qualité des services offerts par les organismes communautaires et privés.

### 3. PRINCIPAUX ENJEUX TOUCHANT LA RÉORGANISATION DES SERVICES

#### ENJEU 1 : LE DÉVELOPPEMENT ET LE MAINTIEN DE L'EXPERTISE

L'expertise en toxicomanie au Québec a été développée au cours des trente dernières années dans un contexte de besoins immenses et de ressources rares. La problématique s'étant complexifiée de manière importante avec l'apparition des problèmes de polytoxicomanies et de doubles ou de triples problématiques, tant les intervenants que les chercheurs sont parvenus, malgré tout, à raffiner tout autant les outils d'évaluation que les modes d'intervention. Pour la population québécoise, cette évolution s'est traduite par des acquis qu'il faut s'assurer de préserver :

- L'existence d'une **masse critique de spécialistes** est la condition qui a rendu possible le développement de cette expertise. Cette masse critique demeure actuellement vulnérable, mais tout de même suffisamment importante pour assurer une réponse souple et adéquate à l'évolution rapide du phénomène, ainsi qu'une évaluation et un enrichissement constants des programmes.
- Malgré des lacunes importantes au niveau de la standardisation de l'offre de services, l'**accessibilité de l'expertise spécialisée** a pu être maintenue. De par la nature formalisée de leurs responsabilités envers la population, les centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes ont été les principaux porteurs et les diffuseurs de cette expertise.

La mise en place de RLS présente à la fois des **opportunités** intéressantes en termes de mise en valeur de l'expertise, mais également un certain nombre de **risques** quant à la possibilité pour la population d'en bénéficier de manière équitable.

Parmi les opportunités, on peut noter les suivantes :

- Le **rapprochement des services de la population** contribuera à une amélioration de l'expertise en toxicomanie des intervenants de première ligne, notamment en termes d'uniformisation des procédures de dépistage, d'intervention précoce et d'harmonisation des systèmes d'information clientèle, ceci de manière à améliorer l'accessibilité.
- Les **ententes de collaboration** entre la première ligne et les fournisseurs de services spécialisés permettront à la première ligne de mieux utiliser l'expertise des ressources spécialisées.
- Le **Plan d'action interministériel de lutte à la toxicomanie**, en privilégiant l'intervention de première ligne, entraînera un renforcement des objectifs de proximité de la réforme. Cela constituera un incitatif supplémentaire pour améliorer la formation en alcoolisme et toxicomanie des intervenants de première ligne.

Les intervenants de première ligne devront cependant être beaucoup mieux outillés qu'ils ne le sont maintenant pour que ces opportunités se traduisent par des bénéfices réels pour la population. L'effet combiné de la réforme et du *Plan d'action interministériel* exercera une pression accrue sur les services de première ligne. Les services spécialisés doivent également anticiper un accroissement de la demande, suite à des interventions de première ligne plus systématiques.

Parmi les risques, on peut noter les suivants :

- Dans l'éventualité de la **fusion de certains centres de réadaptation à l'instance locale**, la tendance vraisemblable sera de combler les besoins locaux plutôt que de favoriser la vocation régionale des services spécialisés. Cela est difficilement conciliable avec la nécessité d'une masse critique suffisante pour maintenir et enrichir l'expertise au plan régional. Les services de première ligne auront ainsi tendance à attirer vers eux les ressources consacrées aux services spécialisés.
- Dans l'éventualité de la **fusion de certains centres de réadaptation soit à l'instance locale, soit à un autre établissement à vocation régionale**, l'application de la *Loi 30* risque d'entraîner une mobilité accrue de la main-d'œuvre à l'intérieur des centres de santé. Cela rendra plus difficiles le maintien et l'enrichissement de l'expertise nécessaire.
- Une **trop grande déconcentration** des services au niveau local menacera le maintien de masses critiques suffisantes pour favoriser une bonne pratique professionnelle. De plus, elle favorise la subdivision en petits budgets et peut nuire à des développements d'envergure qui sont parfois nécessaires et ne peuvent se faire localement.

## **ENJEU 2 : LE RENFORCEMENT DE L'INTERVENTION DE PREMIÈRE LIGNE**

Même si le modèle de réadaptation implanté au Québec implique que les services spécialisés du *programme Dépendances* soient offerts principalement sur référence, les données réelles démontrent que les clientèles visées se rendent de manière très majoritaire directement à un point de service du centre de réadaptation. Tel que mentionné précédemment, dans presque toutes les régions, c'est moins de 20 % de la clientèle des centres qui s'y rend suite à une référence par la première ligne. Pour des raisons qui demanderaient à être étudiées, les CLSC n'ont pas développé les mécanismes qui auraient rendu possible un accompagnement plus approprié pour les personnes et une meilleure intégration des services.

C'est certainement face à cet enjeu que les opportunités offertes par la réforme sont les plus prometteuses :

- L'existence d'**outils de dépistage** et des **méthodes d'intervention brève** adaptés au contexte québécois, validés sur le plan scientifique et simples à implanter, facilitera grandement le renforcement de la première ligne.
- Certains exemples régionaux laissent entrevoir qu'une **plus grande implication des ressources spécialisées** dans la formation et le soutien offerts à la première ligne favorisera une hiérarchisation plus cohérente des services.

Les efforts afin de compenser les lacunes dans l'intervention de première ligne comportent également des risques importants :

- L'état actuel de l'**expertise disponible au niveau de la première ligne** en toxicomanie ne permettra pas de répondre à l'ensemble des besoins des RLS. Il sera difficile pour eux d'assumer pleinement leurs responsabilités envers le *programme Dépendances*.

- La logique de proximité dans un contexte de rareté des ressources est susceptible de justifier trop aisément un **déplacement des ressources** de la deuxième ligne vers la première ligne, plutôt qu'une augmentation des ressources propres à la première ligne.

### **ENJEU 3 : L'HARMONISATION RÉGIONALE ET LOCALE DE L'OFFRE DE SERVICES**

Étant une problématique éminemment complexe, la lutte contre les dépendances exige la mise en place d'un très grand nombre de volets spécifiques dans le continuum de services : sensibilisation, prévention, dépistage, dégrisement, désintoxication, traitement, programmes de substitution (méthadone), problématiques multiples, réintégration sociale, soutien aux proches, etc. Tous ces volets s'inscrivent dans un continuum de services.

Actuellement, avec la mise en place des RLS, l'instance locale devra s'assurer de l'accessibilité de l'ensemble de ce continuum de services dont chacun des volets implique la disponibilité d'une expertise spécialisée. Cette expertise est liée à l'existence d'une masse critique qui ne peut être maintenue que sur le plan régional. Présentement, cette expertise souffre d'un éparpillement dans une multiplicité d'organisations des secteurs public, privé et communautaire dont les rôles sont confus et l'encadrement réglementaire déficient. Par conséquent, l'offre de services actuelle souffre d'un manque flagrant d'intégration dans la presque totalité des régions.

Les RLS auront la tâche complexe de coordonner leurs activités au plan régional avec de multiples acteurs aux rôles souvent mal définis. Cette obligation des RLS ouvre tout de même bon nombre d'opportunités :

- La responsabilisation des RLS favorisera une meilleure prise de conscience des **lacunes dans le continuum de services**, particulièrement au niveau du dépistage, de l'intervention précoce et de la réinsertion sociale.
- Le besoin d'une **clarification de la complémentarité des rôles entre le public, le privé et le communautaire** se fera sentir avec acuité lorsque les RLS feront l'inventaire des ressources à leur disposition pour dispenser les services du *programme Dépendances*.
- Le besoin d'une **meilleure intégration des services** permettra de mettre en valeur les programmes déjà développés, mais non implantés.
- La recherche d'une uniformisation plus cohérente des offres de services régionales aidera à combler une lacune majeure, celle de l'absence d'un **système provincial d'information sur les clientèles**.

L'ampleur et la complexité des tâches qui incomberont désormais à chacun des RLS comportent aussi des risques importants :

- La tentation de **confier la programmation des services aux RLS** représentera une menace considérable pour le développement de services accessibles de qualité. Détachés de l'expertise disponible au seul niveau régional, il leur sera difficile de bénéficier du transfert des meilleures pratiques. La disparité et l'incohérence dans l'offre de services risquent d'en être grandement accentuées.

- Chaque RLS risque de consacrer, chacun à sa manière, des énergies considérables à la définition d'une offre de services alors que **des programmes de services intégrés existent déjà** et possèdent la souplesse nécessaire à une adaptation régionale ou locale.
- Les disparités régionales et locales seront accentuées s'il n'y a pas une identification claire d'une **organisation responsable de la programmation et de la coordination régionale de l'offre de services**.

## 4. RECOMMANDATIONS

### → Considérant :

- Le maintien du mandat que confie la *Loi* sur la Santé et les Services sociaux aux centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes;
- La responsabilité confiée aux établissements à vocation régionale d'intervenir en soutien aux instances locales pour la prestation de services spécialisés;
- La nécessité de maintenir sur une base régionale une masse critique de spécialistes suffisante pour assurer une pratique professionnelle de qualité;
- Les disparités régionales importantes dans l'offre de services publique;
- L'impossibilité actuelle devant laquelle se retrouvent les RLS d'assumer pleinement les responsabilités que leur confie la réforme envers les services à offrir dans le cadre du *programme Dépendances*;
- Le besoin anticipé de coordonner sur une base régionale les efforts accrus de formation nécessaires au renforcement de la première ligne;
- La pertinence de maintenir sur une base régionale la programmation des services;
- Le risque important, pour les établissements fusionnés à l'instance locale, de perdre de vue leur responsabilité régionale en regard des services en alcoolisme, toxicomanie et du jeu compulsif;
- La difficulté de développer l'expertise en traitement des dépendances dans une organisation à vocations multiples où la main-d'œuvre est mobile.

### Le CPLT recommande :

- 1. Que le ministre de la Santé et des Services sociaux reconnaisse l'importance des services liés aux dépendances en dotant chaque région administrative d'un centre de réadaptation autonome à vocation régionale.**

### → Considérant :

- Les disparités régionales importantes ainsi que les lacunes dans la continuité de l'offre de services publique;
- Le risque, spécifique au *programme Dépendances* en raison de sa taille, de créer une disparité intra-régionale dans l'offre de services si la responsabilité quant à la programmation des services glisse du niveau régional au niveau local.

**Le CPLT recommande :**

- 2. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux commande la définition d'une offre de services de base standardisée établie sur les meilleures pratiques.**
- 3. Que les réseaux locaux de services s'assurent d'identifier et de combler les lacunes dans le continuum de services offert à leur population locale et rendent uniforme l'utilisation des outils de dépistage appropriés et des méthodes d'intervention brève.**

**→ Considérant :**

- L'accroissement des besoins liés au renforcement et à la responsabilisation des services de première ligne;
- Le risque de glissement des ressources de la deuxième ligne vers la première ligne suite à la priorisation vraisemblable par les instances locales des services qu'ils ont la responsabilité d'offrir directement à leur population locale;
- La nécessité de suivre l'évolution de la problématique complexe que constituent les dépendances et d'adapter les interventions de manière correspondante.

**Le CPLT recommande :**

- 4. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux dote les RLS de ressources suffisantes pour leur permettre le développement d'une offre de services complète, particulièrement pour les services de première ligne.**
- 5. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux implante un système d'information sur la clientèle.**
- 6. Que les centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes soutiennent activement les RLS dans la formation des intervenants de première ligne.**

**→ Considérant :**

- Le manque d'intégration des services au niveau régional;
- Les dédoublements liés à la confusion des rôles spécifiques aux secteurs public, communautaire et privé;
- Les lacunes importantes dans l'encadrement réglementaire des services communautaires et privés;
- L'implantation positive du programme de certification du MSSS;

- L'importance pour les RLS de développer des partenariats basés sur la qualité des services.

**Le CPLT recommande :**

7. Que les agences régionales, en collaboration avec les RLS, clarifient la complémentarité des rôles des secteurs public, privé et communautaire.
8. Que les centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes, en soutien aux agences et aux RLS, jouent un rôle actif dans la définition et la mise en place d'un réseau intégré de services conforme aux orientations du *programme Dépendances*.
9. Que les réseaux locaux de services, dans la conclusion d'ententes de services avec les organismes communautaires ou privés dans le cadre du *programme Dépendances*, se limitent aux organisations (offrant des services internes) ayant obtenues la certification du ministère de la Santé et des Services sociaux.
10. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux évalue la pertinence d'établir un programme adapté de certification, pour les organismes communautaires ou privés offrant des services (autres que des services internes), répondant aux finalités du *programme dépendances*.

**→ Considérant :**

- Les masses critiques de spécialistes nécessaires au développement d'une expertise et d'une synergie entre les intervenants;
- Les ressources limitées dont bénéficie le *programme Dépendances* pour le maintien de l'expertise spécialisée.

**Le CPLT recommande :**

11. Que les centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes ne déconcentrent leurs services que dans la mesure où les masses critiques sont suffisantes pour favoriser une bonne pratique professionnelle et garantir de hauts standards de qualité.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, Proposition. Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches, 21 avril 2004, 122 p.

Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie, Développement des réseaux locaux. Modèle d'organisation de services en Estrie, 28 avril 2004, 132 p.

Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Le modèle régional d'organisation de services de santé et de services sociaux intégrés : « Un défi de proximité, d'accessibilité et de continuité », 30 avril 2004, 46 p.

Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Côte-Nord, Modèle régional d'organisation de services intégrés pour la Côte-Nord, 30 avril 2004, 39 p.

Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Mauricie et au Centre-du-Québec, 28 avril 2004, 89 p.

Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Sommaire du Modèle d'organisation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Proposition relative au découpage territorial et à la composition des instances locales, 5 mai 2004, 21 p.

Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal – Recommandations, 2004, 57 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Les réseaux locaux de services : un modèle d'organisation intégrée pour le Saguenay-Lac-Saint-Jean, Avril 2004, 43 p.

Assemblée nationale du Québec, Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Projet de loi n<sup>o</sup> 25, 18 décembre 2003, 16 p.

Cartwright, W.S., Cost-benefit analysis of drug treatment services: review of the literature. Journal of Mental Health Policy and Economics, 2000, 3,11-26.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie, La consommation de psychotropes – portrait et tendances au Québec, novembre 2003, 48p.

Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec, Avis sur la « Proposition de modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services en Mauricie et au Centre-du-Québec », 19 mars 2004, 12 p.

Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec, et al., Avis concernant « La proposition de modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services en Mauricie et au Centre-du-Québec », 22 mars 2004, 12 p.

Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, Les CRPAT. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu excessif (version courte), 25 mars 2004, 22 p.

**Avis sur la réforme du système de santé et des services sociaux  
et ses impacts sur l'offre de services en matière de dépendances**

---

Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, Commentaires de la FQCRPAT sur le document de consultation du MSSS « Le guide à l'implantation du projet clinique » à l'intention des nouveaux CSSS, août 2004, 5 p.

Gerstein. D.R., Johnson. R.A., Harwood, H. J., Fountain. D., Suter. N. & Malloy. K. Evaluation Recovery Services : the California Drug and Alcohol Treatment Assessment (CADALTA). Sacramento. CA: California Department of Alcohol and Drugs programmes, 1994.

Godfrey, C., Stewart, D., Gossop, M., Economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: two-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS), 2004, *Addiction*, Vol.99, Issue 6, p. 697.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Guide à l'implantation du projet clinique, juillet 2004, 60 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 3 février 2004, 19 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Les ententes de services des centres de santé et de services sociaux, 11 juin 2004, 10 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Les responsabilités des centres hospitaliers, des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse et des centres de réadaptation (projet), 7 juillet 2004, 5 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux, 16 janvier 2004, 33 p.

Pavillon Foster, Avis du Pavillon Foster présenté à l'Agence régionale de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal dans le cadre des avis écrits sur la mise en place des réseaux locaux, 8 avril 2004, 7 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Réseau de services intégrés. Ses principes, concepts et composantes, octobre 2001, 33 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Pour un réseau intégré en toxicomanie. Cadre de référence, 2003, 118 p.

Table des établissements régionaux de la Montérégie, Mémoire à l'intention de l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie dans le cadre de la consultation régionale, 29 mars 2004, 4 p.