

Accès universel au traitement pour les personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances

Facteurs limitant l'accès à un traitement dans les Centres de traitement des dépendances du Québec et solutions possibles

Document soumis au Cabinet du Ministre responsable des Services sociaux

Le 9 octobre 2024

Mise en contexte

Regroupant 63 des 76 centres de traitement des dépendances répertoriés par le MSSS¹, l'AQCID offre son expertise pour mettre en évidence les éléments fondamentaux nécessaires à l'implantation d'un modèle de succès dans la collaboration entre les acteurs des réseaux public et communautaire pour un accès universel au traitement des dépendances.

Les inégalités sociales se manifestent quotidiennement dans les demandes d'aide reçues par nos organisations, touchant particulièrement les personnes les plus vulnérables de notre société. Guidé par les valeurs d'équité, d'inclusion, de respect et de collaboration, notre réseau s'engage à offrir des services de qualité dans des environnements sécurisés, en collaboration avec le réseau public de santé et de services sociaux. C'est dans ce contexte que nous présentons un sommaire des facteurs limitant l'accès au traitement dans les Centres de traitement des dépendances du Québec ainsi que des pistes de solutions prometteuses identifiées et validées par nos membres.

En offrant de façon simultanée un toit, en développant le sentiment d'appartenance à une communauté, en permettant de remplir certains rôles au sein d'un milieu de vie ainsi qu'en offrant un soutien et un suivi psychosocial, les centres de traitement des dépendances représentent, dans le parcours des personnes en situation d'itinérance, un facteur de protection afin de prévenir la désaffiliation. Ce même réseau joue, depuis plusieurs décennies, un rôle important dans l'accueil des personnes présentant de multiples facteurs de risque à la désaffiliation et souhaitant entamer un processus de rétablissement. Les pistes de solution afin de prévenir l'itinérance doivent considérer les étapes tampons permettant de prévenir à la source cette réalité, en accueillant les personnes avant qu'elles en soient à un niveau de désaffiliation rendant difficile le contact avec elles, et par conséquent le parcours de rétablissement. Le nombre de personnes accueillies est actuellement limité par le cadre amené par le *Règlement* sur la

certification, laissant supposer que moins de personnes désaffiliées (notamment les personnes en situation d'itinérance et présentant un TUS) ont accès à un soutien et donc à processus de rétablissement. La révision du *Règlement* pour l'adapter aux réalités en mouvance et à l'expérience des centres de traitement dans son application constitue donc une étape incontournable à la réoxygénation du réseau des centres de traitement pour rétablir leur capacité à contribuer pleinement à l'accueil des personnes dans le besoin.

L'AQCID et ses membres, exclusivement des OSBL ancrés dans leurs communautés, sommes déterminés à déployer des programmes accessibles aux personnes les plus vulnérables, notamment les personnes en situation d'itinérance présentant un trouble d'usage de substance. Les conditions à cet accueil sont toutefois déterminées en partie par l'environnement réglementaire et la qualité du partenariat avec les services nécessaires à ces personnes, outre l'offre de traitement en dépendance.

Note sur la modification réglementaire :

Plusieurs éléments évoqués dans ce document font référence au *Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance*, qui encadre le fonctionnement des centres et donc nous reconnaissons l'importance et plaçons pour son amélioration continue. Pourtant, une **modification réglementaire adoptée en juillet 2024** ne visait qu'un seul article alors que plusieurs d'entre eux méritent une révision car ils constituent des **facteurs limitant** l'accès au traitement. Certaines des barrières énoncées ci-dessous entraînent des conséquences directes sur l'offre de services : elles réduisent le nombre de personnes employées, entraînent la fermeture temporaire ou définitive de lits, et empêchent certains demandeurs d'aide de débiter un programme en Centre de traitement.

Facteurs limitant l'accès au traitement dans les Centres de traitement des dépendances

1. Démarches administratives contre-productives pour les personnes présentant un TUS

Les personnes en situation d'itinérance présentant un TUS utilisent en grande majorité la combinaison de financement du programme AFRHD, en complément du perdiem de l'aide financière de dernier recours (MESS). Ce modèle, en plus de générer une série d'exclusions pour les prestataires, amène son lot d'auto-exclusion chez les personnes en situation d'itinérance en raison des démarches administratives nécessaires et de la réduction du revenu qui contrevient

¹ [Liste des ressources certifiées en dépendances - Répertoire des ressources du domaine de la santé et des services sociaux - Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec \(gouv.qc.ca\).](#)

Il est à noter que les centres certifiés offrent par ailleurs 87% des lits disponibles en traitement à l'interne des dépendances (2334 des 2671 lits disponibles).

éventuellement à leurs besoins financiers en cours de traitement. Plus largement, les mesures de financement actuelles ne favorisent pas l'accès pour les personnes ayant des besoins complexes et contreviennent à la notion même d'accès universel, puisqu'elles excluent et appauvrissent les personnes non-prestataires, qu'elles soient salariées, bénéficiaires de l'assurance-emploi, immigrantes, ou encore des personnes hautement désaffiliées.

2. Absence de mécanismes explicites d'arrimage entre les réseaux public et communautaire

Articles 16, 20, 22, 24, 28, 33, 46

Les personnes en situation d'itinérance présentant un TUS ont des besoins complexes, à la fois en santé mentale et physique, et le manque d'arrimage entre les réseaux public et communautaire (via des mécanismes d'accès ou corridors de services) entraîne des coupures dans le continuum de soins. Il en va de même pour les personnes ayant besoin d'un sevrage avec supervision médicale. Les dispositions du *Règlement sur la certification*, combinées à un manque de continuité prévus dans des processus explicites avec les services du réseau public (sevrage médical, suivi en santé mentale, entre autres) obligent les gestionnaires à une prudence renforcée dans l'accueil des personnes ayant des profils plus complexes, entraînant de fait un déplacement de la priorité d'accès.

3. Liste restrictive de diplômes reconnus par le Règlement sur la certification

Articles 43, 45, Annexes II et III

La liste de diplômes reconnus par le *Règlement sur la certification* est plus restrictive que les normes qui s'appliquent aux centres de réadaptation en dépendance (CRD) et ne reflète pas l'ensemble des diplômes pertinents, entraînant des pénuries de personnel et des coupures de services.

4. Processus d'admission uniformisé, laborieux et évaluations obligatoires

Articles 16, 19, 20, 24

Le *Règlement sur la certification* prescrit l'administration d'un protocole d'évaluation prédéterminé dans un temps prescrit limité. Cette modalité contrevient au principe d'accueil personnalisé, primordial pour les personnes présentant des problématiques concomitantes de santé mentale et dépendance. Le processus d'accueil devrait permettre un juste équilibre entre la réalisation d'une évaluation complète et cohérente avec celles menées en CRD et la création d'un lien de confiance, déterminant pour la suite du parcours.

5. Difficultés d'accès au Programme national de formation en dépendance pour les équipes

Article 19 et 20

Les formations préalables à la passation des outils d'évaluation prescrits par le *Règlement* ne sont pas rendues assez accessibles par les CI(U)SSS, qui en ont la responsabilité.

L'accès universel au traitement des dépendances : le modèle du CISSSMO

Depuis plus de 15 ans, le CISSSMO a mis en place une relation contractuelle avec des centres de traitement des dépendances ayant pour objet de reconnaître la contribution importante des centres et de traduire « la volonté du CISSSMO, [qui est] de soutenir le partenariat entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance ». Cette entente, à l'origine limitée aux centres présents en Montérégie, a été étendue aux territoires limitrophes en mars 2023 afin de desservir la population anglophone sous la responsabilité du CISSSMO.

Un des fondements du contrat est la reconnaissance et l'acceptation de ses propres compétences et responsabilités ainsi que du rôle spécifique attendu de la part des centres de

traitement. Le contrat vise « à ce que les services dispensés le soient en continuité avec ceux de l'autre partie, le CISSSMO ayant notamment la responsabilité d'**instaurer un mécanisme d'accès aux services, adapté aux besoins de la clientèle.** » Cette mise à profit des expertises des parties « dans le respect de leurs responsabilités mutuelles » augmente la compétence des intervenants qui, sachant qu'on n'attend pas l'impossible de leur part, s'attellent plutôt à organiser le suivi *ad hoc* personnalisé aux besoins singuliers de chaque personne. Notons de plus **que le CRD maintient le contact avec la personne tout au long du programme**, permettant une réactivation des suivis au terme du programme ou en cas d'interruption non programmée.

Tableau comparatif : Accès aux Centres de traitement des dépendances du Québec selon le profil socio-économique

Programme gouvernemental ou modèle de collaboration			
Profil	MESS ²	MASDA - CIUSSS MCQ ³	Mécanisme d'accès contractuel CISSSMO
Profil des personnes	Prestataire de l'aide financière de dernier recours (AFDR)	✓	✓
	Prestataire de l'AFDR ayant un loyer inférieur à 416\$/mois	✓	✓
	Prestataire de l'AFDR ayant un loyer supérieur à 416\$	✗	✓
	Personne incarcérée (autre que Services correctionnels Canada)	✗	✓
	Migrant-e non-prestataire de l'AFDR	✗	✓
	Prestataire de la régie des rentes (revenu > 333\$/mois)	✗	✓
	Prestataire de l'assurance-emploi	✗	✓
	Personne salariée	✗	✓
	Étudiant-e	✗	✓
	Personne hautement désaffiliée ⁴ (non inscrite ou non admissibles à l'AFDR)	✗	✓
	Paie privé	✓	✓

Financement du modèle

Le perdiem 2024-2025 du contrat CISSSMO est de 126,41\$, ce qui est proche des représentations habituellement portées par l'AQCID (130\$ en 2022) et donc plus réaliste quant à la capacité, pour les organismes concernés, de présenter une offre de rémunération propre à favoriser une dotation constante des postes exigés par le *Règlement sur la certification* afin de maintenir l'ensemble des lits actifs. D'après le répertoire du MSSS détaillant le nombre de lits par centre par, il est estimé que le nombre total de lits disponibles au 1er octobre 2024 est de 2334 lits dans 76 centres, soit une moyenne de 31 lits par centre. Le perdiem étant garanti par le modèle d'entente, si une personne est prestataire, le CISSSMO défraie la différence entre le perdiem du MESS et celui du CISSSMO. Si une personne est non-prestataire le CISSSMO applique le perdiem au complet. **La garantie de revenu combinée à la garantie de suivi est un incitatif puissant pour favoriser l'accueil des personnes référées, notamment les personnes les plus marginalisées parmi lesquelles on trouve**

les personnes en situation d'itinérance présentant un TUS.

Le déploiement du modèle CISSSMO sur l'ensemble du territoire (centres de traitement communautaires et privés) est donc estimé à 107 millions de dollars pour la totalité des lits payés, qu'ils soient occupés ou vides, **desquels il faut déduire l'ensemble de la rémunération actuelle payée par le MESS aux Centres de traitement ainsi que le montant total alloué au programme AFRHD ainsi que ses coûts de système.** Une pondération du prix pour le lit vide à 40% du lit occupé selon une hypothèse de 20% de lits inoccupés ramène le coût de l'ensemble du déploiement à 95 millions de dollars. Cette hypothèse ainsi que les variables restent à valider auprès des membres de l'AQCID dans une éventuelle étape de pré-implantation.

Calcul annuel détaillé⁵

² Remboursement des frais de séjour (à la nuitée) pour les personnes prestataires de l'aide financière de dernier recours

³ Mécanisme d'accès aux services dépendance adulte

⁴ Il est important de reconnaître que les personnes hautement désaffiliées sont une cible ultime du déploiement d'un modèle d'accès universel, en prenant soin d'établir les bases solides en desservant prioritairement les personnes démontrant un intérêt explicite pour le traitement. En parallèle, des collaborations doivent être mises en place avec les partenaires en réduction des méfaits et en prévention de l'itinérance afin d'établir des ponts avec ces populations vers un accès éventuel au traitement.

⁵ Ce calcul est basé sur des estimations de 2334 lits occupés à 80% et pourrait être modulée en fonction des objectifs du projet

95 000 000 \$ - 10M\$ - 40 655 605\$

[Montant estimé] - [Montant déjà versé par l'AFRHD] – [Estimation du montant déjà versé par le MESS]

Ce calcul est basé sur une estimation au meilleur des connaissances de l'AQCID et ne prend pas en compte les coûts de systèmes actuels qui pourraient être déduits dans un modèle uniforme à guichet unique.

Coût annuel estimé de l'accès universel:

44 344 395 \$

Conclusion

Les centres de traitement membres de l'AQCID s'engagent quotidiennement à faciliter l'accès à des services de qualité et continus pour les personnes en situation d'itinérance présentant un TUS. Cette proposition vise à rendre disponibles des programmes de traitement des dépendances, en les intégrant de manière cohérente à ce qui est offert par le réseau public de santé et de services sociaux. L'objectif est d'assurer un accès universel pour les personnes, peu importe leurs moyens financiers ou leur situation personnelle.

Cette proposition, en complément à d'autres démarches visant à favoriser l'accès aux soins de santé et de services sociaux, vise à offrir un soutien financier efficient pour garantir un accès équitable à un programme de traitement des dépendances, facteur sous-jacent à une multitude de problématiques concomitantes. Les organismes

communautaires œuvrant en réduction des méfaits constituent également des acteurs incontournables dans le soutien des personnes en situation d'itinérance présentant un TUS.

Enfin, il est crucial d'envisager, à même cette démarche, des mécanismes de collaboration et de partenariat entre les acteurs régionaux et nationaux afin de mettre en place un modèle fonctionnel dans l'ensemble du Québec. L'AQCID se positionne comme facilitateur dans l'établissement de ces ponts entre les différentes organisations impliquées auprès des personnes en situation d'itinérance, notamment entre les organismes en réduction des méfaits ou les acteurs du réseau public, par exemple. Cette proposition s'inscrit enfin en cohérence avec le principe du *No wrong door*⁶, contribuant ainsi à un système de traitement des dépendances accessible, équitable et adapté aux besoins.

⁶ Alunni-Menichini, K., Bertrand, K., Roy, L., & Brousselle, A. (2020). Current emergency response in Montreal: How does it fit in the services offered to homeless people who use substances?. *International Journal of Drug Policy*, 82, 102758.

CONTACT

Valérie Hourdeaux,

Présidente du conseil d'administration et
Directrice générale, Centre de traitement des
dépendances Le Rucher

vhourdeaux@centrelerucher.ca

Bruno Ferrari

Président du Comité permanent en traitement
et Directeur général, Vilavi

bruno@vilavi.ca

Rédigé par : Christina Blier, coordonnatrice clinique (AQCID), Bruno Ferrai, directeur général (Vilavi), Valérie Hourdeaux, directrice générale (CTD Le Rucher) et les membres du comité permanent en traitement de l'AQCID