



Centre canadien sur  
les dépendances et  
l'usage de substances



Données. Engagement. Résultats.

[www.ccdus.ca](http://www.ccdus.ca) • [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca)

# La responsabilisation pour des services sûrs et de qualité en traitement de la dépendance avec hébergement

Avril 2023

# La responsabilisation pour des services sûrs et de qualité en traitement de la dépendance avec hébergement

Ce document est publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS).

Citation proposée : Craig, M. et R. Notarandrea. *La responsabilisation pour des services sûrs et de qualité en traitement de la dépendance avec hébergement*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023.

CCDUS, 75 rue Albert, bureau 500  
Ottawa (Ont.) K1P 5E7  
613 235-4048  
info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

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

This document is also available in English under the title:

*Accountability for safe, quality care in bed-based addiction treatment*

ISBN 978-1-77871-067-4



# Table des matières

Remerciements .....	3
Synthèse générale .....	1
Objet .....	1
Résumé .....	1
Recommandations.....	2
Introduction.....	3
Contexte .....	4
Contexte politique au Canada.....	6
Approches de responsabilisation au Canada : état des lieux.....	8
Cadre conceptuel d'une approche de responsabilisation .....	10
Améliorer la sûreté et la qualité des services de traitement de la dépendance avec hébergement.....	14
Analyse des approches de responsabilisation au Canada .....	14
Objectif stratégique.....	14
Instruments de politique.....	15
Cible .....	15
Conséquences et force.....	15
Approches de responsabilisation dans d'autres pays.....	17
Élaboration d'une approche de responsabilisation .....	19
Considérations relatives aux stratégies réglementaires et volontaires .....	19
Facteurs à considérer pour les stratégies réglementaires .....	19
Facteurs à considérer pour les stratégies volontaires .....	21
En résumé .....	22
Facteurs à considérer pour l'efficacité des approches de responsabilisation.....	22
Recommandations .....	24
Recommandations pour les administrations .....	24



Recommandations pour une collaboration pancanadienne avec le CCDUS (confirmées par les administrations) .....	24
Bibliographie .....	26
Annexe A : invitation – discussion individuelle et de groupe et questions pour les provinces et territoires .....	29
Questions d’entrevue – encadrement du traitement communautaire de la dépendance avec hébergement .....	30
Annexe B : version accessible du tableau 1 .....	31
Annexe C : étapes de la mise en œuvre et conseils .....	33
Étapes de la mise en œuvre et conseils .....	35
Mise en œuvre d’une approche de responsabilisation en traitement de la dépendance avec hébergement pour promouvoir des services sûrs et de qualité .....	35
Annexe D : outil d’évaluation de la responsabilisation.....	37



## Remerciements

Nous remercions Raisa B. Deber, Ph.D., pour sa révision du rapport et ses précieux commentaires, qui s'inspirent du travail qu'elle et ses collègues ont publié dans le [numéro spécial de septembre 2014 de la revue \*Politiques de santé\*](#). En tant qu'éminente experte canadienne en politiques de santé et en responsabilisation, sa révision et ses commentaires sur une version préliminaire du rapport ont contribué à sa qualité et à son application au contexte canadien.

Nous tenons aussi à remercier Denna Berg, qui a réalisé la revue approfondie de la littérature présentée dans ce rapport.

Enfin, nous tenons à exprimer notre gratitude aux représentants provinciaux et territoriaux qui nous ont fait bénéficier de leur temps et de leur expertise à différentes étapes du projet (entrevues, validation des résultats, révision du rapport et commentaires).



# Synthèse générale

## Objet

Ce rapport vise à offrir aux responsables des politiques une plus grande variété d'approches réglementaires et volontaires pour favoriser un continuum responsable, accessible et inclusif de services et soutiens en usage de substances et en dépendance au Canada.

## Résumé

- La **dépendance**, ou trouble lié à l'usage de substances, est un « problème médical qui doit être traité par des professionnels de la santé » (Santé Canada, 2021). Le traitement communautaire de la dépendance consiste en un mélange de fournisseurs publics et privés offrant leurs services dans des milieux extrahospitaliers dits « en établissement » ou « avec hébergement », c'est-à-dire où l'on peut passer la nuit pendant le traitement.
- On définit globalement la **responsabilisation** comme de devoir rendre des comptes à quelqu'un pour l'atteinte d'un objectif précis. Elle établit **qui** doit être tenu responsable, **à qui** l'on doit rendre les comptes, quelles sont les **exigences** et, si lesdites exigences ne sont pas respectées, quelles sont les **conséquences** et la **force** employée.
- Les personnes cherchant à traiter leurs dépendances sont vulnérables aux pratiques cliniques dangereuses ou de mauvaise qualité; qui plus est, lorsqu'un patient subit des méfaits, la responsabilité imputable aux fournisseurs de services est souvent limitée ou nulle. Les utilisateurs de services et les responsables des politiques **s'inquiètent de la sûreté et de la qualité des soins ainsi que du peu de responsabilité endossée** en traitement de la dépendance avec hébergement.
- Si les responsables des politiques reconnaissent l'importance d'améliorer la sûreté et la qualité des services de traitement des dépendances en établissement avec hébergement, ils n'ont pas les stratégies de responsabilisation appropriées et en nombre suffisant pour encadrer le mélange de fournisseurs publics et privés du Canada ainsi que leur personnel clinique, largement non réglementé.
- Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) a répondu aux préoccupations exprimées par les responsables des politiques en concevant des ressources et des outils fondés sur des données probantes. Le gouvernement du Canada a lui aussi lancé un chantier de normes nationales sur les services liés à l'usage de substances et à la santé mentale (Santé Canada, 2022). Des approches rigoureuses de responsabilisation permettraient toutefois d'améliorer l'efficacité de ceux-ci, ainsi que celle des autres outils et normes.
- Les responsables des politiques ont besoin de diversifier leurs stratégies de responsabilisation pour favoriser l'amélioration des services de rétablissement et d'hébergement en dépendance.

Une analyse par territoire des approches de responsabilisation dans le traitement de la dépendance avec hébergement au Canada et dans d'autres pays a révélé qu'il s'utilise une gamme assez limitée de stratégies de responsabilisation pour assurer la sûreté et la qualité des services. L'objectif stratégique principal est donc de définir la responsabilité clinique en matière de qualité et de sûreté des traitements. Pour y parvenir, on ciblera les fournisseurs de services et les professionnels de la santé, en particulier avec des instruments de politique favorisant la bonne gestion professionnelle (p. ex. des normes cliniques) et la sensibilisation des clients. Pour déterminer les conséquences et la



force employée, les États-Unis et le Canada utilisent une combinaison de stratégies volontaires, réglementaires ou autres, alors que l'Europe et la Nouvelle-Zélande n'utilisent que des stratégies réglementaires. Ces constats, tout comme le petit bassin de littérature que l'on a concernant la responsabilisation dans le traitement des dépendances, font ressortir le manque de données et de ressources en ce qui concerne les mécanismes de responsabilisation robustes.

Ce rapport propose donc un cadre conceptuel de responsabilisation, élaboré à partir d'une revue de la littérature sur les pratiques exemplaires, qui servira à l'élaboration d'approches de responsabilisation rigoureuses pour atteindre les objectifs stratégiques. Par « approche », on entend ici un ensemble de stratégies complémentaires (volontaires et réglementaires) adapté à une administration provinciale ou territoriale donnée; on l'obtient en combinant les cibles, les forces, les conséquences et les instruments de politique. On doit cependant équilibrer certains facteurs, soit les risques, la conformité, l'idéologie du gouvernement et les stratégies d'évaluation, de façon à en favoriser le respect tout en minimisant les répercussions négatives sur le marché. Ce rapport offre aussi des outils pour appuyer la mise en œuvre du cadre.

## Recommandations

- Ce rapport recommande des mesures que peuvent adopter les administrations provinciales et territoriales pour évaluer le risque et la gravité des préjudices potentiels que posent les services de traitement de la dépendance avec hébergement, et pour imputer une plus grande responsabilité aux fournisseurs à l'égard de la qualité et de la sûreté de leurs services.
- Il fournit aussi des recommandations sur la collaboration pancanadienne entre le CCDUS et les provinces et territoires aux fins de la mise à l'essai et de l'évaluation du cadre conceptuel de responsabilisation; de l'élaboration d'outils et de ressources pour améliorer la responsabilisation en traitement de la dépendance avec hébergement; et de la promotion d'un continuum responsable, accessible et inclusif de services et soutiens en usage de substances et en dépendance au Canada.



## Introduction

Ce rapport offre aux responsables des politiques une palette élargie de stratégies de responsabilisation réglementaires et volontaires en traitement de la dépendance avec hébergement. Ces stratégies visent à améliorer la sûreté et la qualité des services ainsi qu'à favoriser un continuum responsable, accessible et inclusif de services et soutiens en usage de substances et en dépendance au Canada.

Les personnes qui cherchent des services avec hébergement pour le traitement d'une dépendance s'inquiètent de la sûreté et de la qualité des soins – que rien ne garantit vu l'absence de normes cliniques uniformes et le peu de qualifications exigées du personnel soignant dans le domaine. Elles remarquent aussi de très grandes variations dans l'accessibilité et le coût des traitements, la disponibilité étant souvent proportionnelle au prix, et inversement proportionnelle à la responsabilité qu'endossent les fournisseurs. Le laxisme des systèmes de responsabilisation signifie que la clientèle dispose de peu de recours si elle remet en question la sûreté ou la qualité des services ou si elle subit des méfaits, et qu'il y a peu de conséquences pour les fournisseurs de services ou les professionnels de la santé responsables.

Les responsables des politiques ont aussi fait part de préoccupations concernant le manque d'uniformité dans la sûreté et la qualité des services de traitement de la dépendance avec hébergement. Bien qu'ils reconnaissent l'importance d'améliorer ces aspects, il y a peu de documentation sur le sujet tout comme sur les stratégies de responsabilisation, qu'ils jugent souvent inappropriées ou insuffisantes.

Les préoccupations entourant le manque de responsabilisation à l'égard de la sûreté et de la qualité des soins se sont accrues pendant la pandémie, où les taux élevés d'infection et de décès dans les établissements de soins continus et de longue durée ont illustré de façon frappante les conséquences tragiques de la mauvaise qualité des services prodigués aux populations vulnérables par ces institutions qui n'endossaient qu'une responsabilité limitée en la matière. Ce manque de responsabilisation quant à la dangerosité ou la mauvaise qualité des soins est tout aussi risqué pour la clientèle des services de traitement de la dépendance avec hébergement.





## Contexte

La dépendance, ou trouble lié à l'usage de substances, est un « problème médical qui doit être traité par des professionnels de la santé » (Santé Canada, 2021). Les gouvernements des provinces et territoires financent chacun à différente échelle le traitement des dépendances (traitement qui, contrairement à bien d'autres services de santé, ne jouit pas d'une contribution assurée sous le régime de la *Loi canadienne sur la santé*). Ce financement public alimente le système actuel, qui consiste en un mélange de fournisseurs publics et privés offrant leurs services dans des milieux extrahospitaliers dits « en établissement » ou « avec hébergement », c'est-à-dire où l'on peut passer la nuit pendant les 30 à 90 jours de traitement.

Le traitement avec hébergement (en établissement) est un type de programme où l'hébergement pour la nuit est fourni dans le cadre d'un traitement pour des troubles d'usage de substances ou de jeux de hasard et d'argent. Ne sont pas inclus les programmes offerts dans des lieux comme les centres d'hébergement pour jeunes, les refuges pour personnes en situation d'itinérance, les établissements correctionnels ou les établissements psychiatriques, où le rôle premier de l'établissement est de répondre à des besoins comme le logement, la sécurité publique ou la santé mentale (McQuaid et coll., 2017).

On définit globalement la responsabilisation comme de devoir rendre des comptes à quelqu'un pour l'atteinte d'un objectif précis. Elle établit qui doit être tenu responsable, à qui l'on doit rendre les comptes, quelles sont les exigences et, si lesdites exigences ne sont pas respectées, quelles sont les conséquences et la force employée (Deber, 2014a).

Au Canada, il n'existe aucune norme clinique uniformément appliquée et peu d'exigences de qualification professionnelle spécifiques à la prestation de services en traitement des dépendances. De plus, la plupart des fournisseurs de services en traitement de la dépendance avec hébergement n'ont pas vraiment à répondre de la sûreté et de la qualité des soins prodigués (McQuaid et coll., 2017). Or, une faible responsabilisation limite la mise en œuvre des pratiques exemplaires – comme traiter la dépendance aux opioïdes par la pharmacothérapie, plutôt que par l'abstinence, méthode qui augmente le risque de décès par intoxication pendant le rétablissement (Frank et Shim, 2022). Elle aggrave aussi le manque d'uniformité dans la sûreté et la qualité, et ne laisse que peu de recours aux utilisateurs de services qui subissent un préjudice.

L'établissement de mécanismes de responsabilisation robustes est de plus compliqué par le mélange des types de fournisseurs de services; ceux-ci ne seront pas tous touchés de la même façon par les stratégies de responsabilisation et y répondront donc différemment. Certains fournisseurs sont exploités et financés par le public, d'autres sont exploités par le privé (avec ou sans but lucratif), mais financés en tout ou en partie par le public (par des contrats ou des subventions), et d'autres encore sont exploités (avec ou sans but lucratif) et financés par le privé (frais payés par le client, dons).

Des exigences légales imputent généralement aux fournisseurs de services exploités par le public une certaine responsabilité quant à la sûreté et à la qualité des soins offerts. Par exemple, les programmes de traitements couverts par une loi sur les autorités sanitaires seront réglementés, à un certain degré, par celle-ci. Si les programmes du public sont les moins coûteux, les temps d'attente pour y accéder limitent toutefois de manière importante leur accessibilité.

Certains fournisseurs de services exploités par le privé (avec ou sans but lucratif) touchent un financement public qui vient réduire le coût des traitements – quoique des frais supplémentaires puissent être facturés –, par l'entremise de contrats gouvernementaux. Ces contrats peuvent contenir des clauses imputant aux fournisseurs une certaine responsabilité relative à la sûreté et à la qualité



des soins; toutefois, les responsables des politiques interrogés ont rapporté qu'il s'agit dans la majorité des cas d'une responsabilité financière uniquement. Enfin, l'accès à ce type de services à tarif modique est souvent restreint à des populations particulières ou limité par le financement disponible, et l'attente tend à se faire longue.

Enfin, il existe un grand groupe de fournisseurs de services de traitement de la dépendance avec hébergement exploités et financés par le privé (avec ou sans but lucratif). Bien qu'il n'existe aucun chiffre officiel à leur sujet, des données anecdotiques suggèrent qu'il s'agirait du plus vaste groupe au pays. Leur responsabilité d'offrir des soins sûrs et de qualité est le plus souvent volontaire, la conformité aux exigences du gouvernement ou des organismes d'agrément étant facultative dans la plupart des provinces et territoires. Leurs programmes de traitement sont publicisés et, avec leurs temps d'attente courts ou inexistantes, ils sont souvent les plus accessibles. Ils coûtent aussi des milliers – voire des dizaines de milliers – de dollars aux utilisateurs et peuvent n'être que partiellement, ou pas du tout, remboursés par les régimes d'assurance privés ou offerts par l'employeur.

Dans ce contexte, les personnes au Canada à la recherche de traitement n'ont souvent aucune garantie ou indication de la sûreté et de la qualité des services. De plus, les particuliers et familles désespérés tendent à se tourner vers le traitement le plus accessible, donc souvent le plus onéreux et le moins bien encadré. Résultat : si un fournisseur de services ou un professionnel de la santé non réglementé porte atteinte à un client, celui-ci ne dispose que de peu de recours, et il n'y aura que peu de conséquences pour ledit fournisseur ou professionnel de la santé.



## Contexte politique au Canada

Les responsables des politiques ont dit se préoccuper de la sûreté et de la qualité variables des traitements de la dépendance avec hébergement. Ils s'inquiètent notamment des traitements perçus comme étant inefficaces et de piètre qualité, des pratiques dangereuses (p. ex. l'entreposage non sécuritaire des médicaments et produits intoxicants; le traitement par l'abstinence des problèmes d'opioïdes), et du manque de protection des clients (p. ex. aucun remboursement pour un traitement insatisfaisant ou incomplet).

Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) a fait suite à leurs préoccupations en concevant des ressources et des outils fondés sur des données probantes pour améliorer la sûreté et la qualité des traitements de la dépendance avec hébergement au Canada, comme le document *Trouver des traitements de qualité pour les dépendances au Canada : guide sur le traitement de la consommation d'alcool et de drogue* (2017; en cours de révision). Le gouvernement du Canada a lui aussi répondu en collaborant avec le Conseil canadien des normes et d'autres partenaires afin d'élaborer des normes nationales sur les services liés à l'usage de substances et à la santé mentale qui garantiront que « les Canadiens aient accès à des soins de haute qualité et adaptés, quel que soit leur lieu de résidence » (Santé Canada, 2022).

Même si les responsables des politiques travaillent actuellement à établir des normes cliniques pancanadiennes, il a été très peu discuté de la responsabilité pour leur application, un facteur pourtant vital à l'amélioration de la sûreté et de la qualité des soins chez les fournisseurs de services.

Ceux qui s'intéressent à la responsabilité entourant le respect des normes de sûreté et de qualité des services envisagent souvent des instruments de politique réglementaires (Hepburn, 2005; Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, 2007), mais ces derniers peuvent ne pas convenir aux décideurs gouvernementaux favorisant la réduction du fardeau réglementaire. Ils pourraient se rabattre sur un régime de conformité volontaire, mais courent alors le risque que la conformité soit minime et l'amélioration des soins, inégale. À cela s'ajoute le manque de littérature concernant les approches de responsabilisation (Deber, 2014a; Mark et coll., 2020; Byrkjeflot et Vrangbaek, 2016; British Columbia Centre on Substance Use, 2020), qui illustre et amplifie les limites des outils dont disposent les responsables des politiques pour se pencher sur la responsabilisation. Par conséquent, bien que ceux-ci reconnaissent l'importance d'améliorer la sûreté et la qualité des soins dans les traitements de la dépendance avec hébergement, ils ne disposent que de peu de stratégies de responsabilisation, qu'ils jugent souvent inappropriées ou insuffisantes pour atteindre cet objectif.

Les préoccupations entourant le manque de responsabilisation à l'égard de la sécurité et de la qualité des soins se sont accrues pendant la pandémie, où les taux élevés d'infection et de décès dans les établissements de soins continus et de longue durée ont illustré de façon frappante les conséquences tragiques de la mauvaise qualité des services prodigués aux populations vulnérables par ces institutions qui n'endossaient qu'une responsabilité limitée en la matière. Comme pour les soins de longue durée, les traitements de la dépendance avec hébergement sont offerts à une population vulnérable par un mélange de fournisseurs publics et privés qui sont largement dégagés de la responsabilité des préjudices que subissent les utilisateurs de services. On comprend donc que les services avec hébergement dans le domaine des dépendances posent, pour leur clientèle, des risques semblables à ceux posés aux résidents en soins de longue durée.

Ce rapport présente un examen et une analyse par territoire des administrations canadiennes et étrangères ainsi qu'une revue de la littérature recensant les résultats et les pratiques exemplaires. Il propose aussi un cadre conceptuel de responsabilisation, des outils et des facteurs à garder en tête



pour en appuyer la mise en œuvre ainsi que des recommandations aux provinces et territoires pour favoriser des soins sûrs et de qualité en traitement de la dépendance avec hébergement.

L'analyse par territoire des approches de responsabilisation au Canada a été effectuée au moyen d'entrevues avec des responsables des politiques de l'ensemble des provinces et territoires (à l'exception du Québec, car aucun représentant n'a pu être identifié pour les entrevues). On a demandé à ces responsables quels types de fournisseurs de services faisaient affaire dans leur province ou territoire; quel était leur niveau de préoccupation concernant la sûreté et la qualité des services de traitement de la dépendance avec hébergement; et quelles approches de responsabilisation ils utilisaient pour améliorer ces aspects (consulter l'annexe A pour l'invitation et les questions). Les responsables ont ensuite confirmé les constats de l'entrevue par courriel et lors d'une rencontre en ligne. À l'échelle mondiale, l'analyse par territoire s'est intéressée à des articles américains, européens et néo-zélandais ainsi qu'à l'approche adoptée par deux municipalités canadiennes. La revue de la littérature des pratiques exemplaires de responsabilisation à l'égard de la sûreté et de la qualité des soins en traitement des dépendances a été étendue aux soins continus et de longue durée en raison du manque de données spécifiques à la dépendance. Ces données ont été utilisées pour élaborer le cadre conceptuel que nous présentons ici et pour examiner les résultats des analyses par territoire. Les conclusions du rapport, les recommandations et le cadre conceptuel ont aussi été présentés aux responsables des politiques et validés par courriel et lors d'une rencontre en ligne.

Les données sur les approches de responsabilisation en traitement de la dépendance avec hébergement sont extrêmement limitées (Mark et coll., 2020; Byrkjeflot et Vrangbaek, 2016; British Columbia Centre on Substance Use, 2020). Le présent rapport s'appuie donc largement sur le numéro spécial de la revue *Politiques de santé* de septembre 2014 (Deber, 2014a), qui portait sur la responsabilisation dans les services sociaux et de santé du Canada. En raison du peu d'articles et de pratiques établies dans le domaine, le cadre conceptuel et les résultats présentés dans ce rapport devront faire l'objet d'analyses et de recherches supplémentaires.



## Approches de responsabilisation au Canada : état des lieux

Les entrevues avec les responsables des politiques ont permis d'établir et de valider la liste des divers types de fournisseurs de services et des approches de responsabilisation en traitement de la dépendance avec hébergement utilisés dans leur province ou territoire. On peut consulter l'annexe A pour l'invitation à l'entrevue et les questions.

Les résultats des entrevues sont résumés dans le tableau 1. Il présente les types de fournisseurs de services (qui correspondent à ceux décrits précédemment à la section Contexte) et les stratégies de responsabilisation par province ou territoire. L'étiquette « hors frontières », ajoutée avec les types de fournisseurs de services, indique les administrations qui couvrent les frais des clients pour qu'ils se fassent traiter hors de la province ou du territoire. La couleur des cases, elle, renvoie à la stratégie de responsabilisation que privilégie chaque province ou territoire pour chaque type de fournisseurs de services.

En résumé, la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Québec ont certaines exigences légales relatives à la sûreté et à la qualité des services de traitement de la dépendance avec hébergement. La Colombie-Britannique régleme certains fournisseurs de services avec hébergement par l'entremise de la *Community Care and Assisted Living Act*; les responsables des politiques britanno-colombiennes ont toutefois relevé des failles dans la législation actuelle. L'Alberta et le Québec sont les seules provinces ayant une réglementation exhaustive sur le traitement des dépendances qui s'applique à tous les types de fournisseurs de services. Plusieurs provinces et territoires imposent l'obtention de l'agrément ou le respect de normes ou d'exigences d'évaluation ou contractuelles aux fournisseurs exploités et financés par le public. La plupart ont rapporté ne pas appliquer de stratégies de responsabilisation auprès des fournisseurs exploités (avec ou sans but lucratif) et financés par le privé.

Les responsables des politiques canadiens ont besoin d'une approche de responsabilisation clairement définie pour améliorer la sûreté et la qualité des services de traitement des dépendances en hébergement, comme le démontre le nombre limité de stratégies de responsabilisation résumées au tableau 1.



Tableau 1. Types de fournisseurs de services et stratégies primaires de responsabilisation, selon la province ou le territoire

Province ou territoire	Exploité par le public	Contrat avec le public	Privé Sans but lucratif	Privé Avec ut lucratif	Hors frontières	Notes
Colombie-Britannique	✓	✓	✓	✓		Une loi ( <i>Community Care and Assisted Living Act</i> ) réglemente le travail de certains fournisseurs de services
	✓	✓ <i>Community Care and Assisted Living Act</i>		✓		
Alberta	✓	✓	✓	✓		<i>Mental Health Services Protection Act</i>
Saskatchewan	✓	✓	✓	✓		Mise en place d'un système de données, revue des normes applicables aux établissements
Manitoba	✓	✓	✓	✓		Nouvelles normes, adoption d'une loi envisagée
Ontario		✓	✓	✓		Le Centre d'excellence est à élaborer des normes; certains contrats publics nécessitent un agrément
Québec	✓	✓	✓	✓		Information tirée d'une revue de la littérature
Nouvelle-Écosse	✓	✓	✓	✓		Déterminer les résultats à obtenir avec les contrats
Nouveau-Brunswick	✓	✓	✓	✓	✓	
Île-du-Prince-Édouard	✓	✓	✓		✓	Mise au point de normes
Terre-Neuve-et-Labrador	✓		✓		✓	Préparation de normes envisagée
Yukon	✓					
Territoires du Nord-Ouest					✓	Déterminer les résultats à obtenir/évaluations à faire pour les services hors frontières
Nunavut	2025	✓			✓	Révision des services hors frontières

Légende

- Type de fournisseur de services = ✓
- Stratégie primaire de responsabilisation =

Réglementation	Agrément	Normes	Évaluation	Exigences contractuelles	Aucun
----------------	----------	--------	------------	--------------------------	-------

À noter que les renseignements concernant le Québec sont tirés d'un rapport préliminaire non publié du Centre sur l'usage de substances de la Colombie-Britannique, car aucun représentant du Québec n'a pu être identifié pour les entrevues.

Voir l'[annexe B](#) pour une version accessible de ce tableau.



## Cadre conceptuel d'une approche de responsabilisation

Une approche de responsabilisation rigoureuse, c'est un ensemble de cibles, de forces, de conséquences et d'instruments de politique complémentaires adapté à la province ou au territoire et qui est obtenu en combinant les éléments adéquats pour atteindre l'objectif stratégique.

On définit globalement la responsabilisation comme de devoir rendre des comptes à quelqu'un pour l'atteinte d'un objectif précis. L'élaboration d'une approche de responsabilisation nécessite d'établir **qui** est tenu responsable (p. ex. les professionnels de la santé ou les fournisseurs), **à qui** l'on doit rendre les comptes (p. ex. le gouvernement, les clients), quelles sont les **exigences** (p. ex. les normes cliniques) et, si lesdites exigences ne sont pas respectées, quelles sont les **conséquences** et la **force** employée (Deber, 2014a). On y parvient à l'aide d'instruments de politique, qui sont des « moyens pour réaliser des objectifs en matière de politiques » (Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, 2007).

Dans un contexte de politiques, l'approche de responsabilisation est conçue pour atteindre un ou plusieurs objectifs stratégiques (exigences) en précisant la ou les cibles de la responsabilisation (c.-à-d. qui est tenu responsable, comme les fournisseurs ou les professionnels de la santé), les instruments de politique (exigences, comme la rémunération au rendement ou les normes cliniques), les conséquences si les exigences ne sont pas respectées (p. ex. absence de conséquence, pénalité financière, perte du permis d'exploitation) et la force employée (p. ex. la formation, les incitatifs, la réglementation).

Le cadre conceptuel de responsabilisation (figure 1) vise à offrir aux responsables des politiques une plus grande variété d'approches de responsabilisation à envisager dans leurs travaux d'amélioration de la sûreté et la qualité des services de traitement de la dépendance avec hébergement. Il s'appuie largement sur les études publiées dans le numéro spécial de la revue *Politiques de santé* de septembre 2014.

Le cadre trace les grandes lignes des objectifs stratégiques (p. ex. améliorer la qualité par la responsabilisation quant à la démarche thérapeutique) que devraient permettre d'atteindre les approches de responsabilisation. Celles-ci se composeront d'un ensemble de stratégies réglementaires et volontaires comportant des instruments de politique (Santé Canada, 2022; Deber, 2014a; Pals, 2022) et une combinaison de cibles, de conséquences et de forces sélectionnées.

Les stratégies de responsabilisation peuvent être volontaires, réglementaires ou mercantiles (Deber, 2014b).

- Les approches **volontaires** n'imposent aucune obligation, mais peuvent récompenser la participation et la conformité.
- Les approches **réglementaires** enchâssent des instruments de politique dans la législation en vue d'atteindre l'objectif stratégique. Cette réglementation oblige les cibles (p. ex. tous les types de fournisseurs de services) à s'y conformer.
- Les approches **mercantiles** appliquent des mécanismes économiques à caractère incitatif ou dissuasif (subventions, taxes, etc.) qui agissent sur le marché pour atteindre l'objectif stratégique (Hepburn, 2005). Elles peuvent être réglementaires ou non réglementaires. Dans le second cas, même si les approches viennent exercer des pressions économiques sur la cible (p. ex. les fournisseurs de services), il n'est pas obligatoire de s'y conformer. Par conséquent, elles sont considérées comme des stratégies volontaires aux fins du présent rapport.



Le cadre conceptuel de responsabilisation comprend des instruments de politique et des stratégies volontaires (non réglementaires) et réglementaires (législation). Les stratégies volontaires deviennent obligatoires lorsqu'elles prennent force de loi. C'est le cas quand elles sont inscrites dans la législation et prévoient une délégation législative à un tiers (p. ex. on délègue l'autorité d'exiger le respect de normes professionnelles à des ordres professionnels).

Les **instruments de politique** sont des programmes et des initiatives utilisés pour poursuivre des objectifs stratégiques visant à modifier des comportements individuels, des normes ou des processus sociaux (Pal, 2022). À moins d'être inscrits dans la législation (ce qui leur confère force de loi), ils sont volontaires. Il existe plusieurs schémas de catégorisation des instruments de politique (Pal, 2022). Le cadre conceptuel de responsabilisation comprend les catégories suivantes d'instruments de politique, couramment citées dans les schémas présentés par Pal (2022) et Deber (2014a) :

- **financière** (p. ex. subventions pour encourager l'agrément chez les fournisseurs);
- **gérance professionnelle** (p. ex. normes cliniques);
- **information** (p. ex. renseignements destinés aux clients sur le choix de services de qualité);
- **structure organisationnelle** (p. ex. services exploités par le gouvernement).

Bien que la catégorie de la gérance professionnelle soit celle dont le lien avec l'objectif stratégique de responsabilisation dans la démarche thérapeutique (comme améliorer la sûreté et la qualité des soins) est le plus flagrant, n'importe quel instrument de politique peut être utilisé pour l'atteindre.

Les instruments de politique peuvent viser une ou plusieurs **cibles** de responsabilisation (fournisseurs de services, professionnels de la santé, utilisateurs de services). Ils sont plus efficaces lorsque ces cibles sont tenues responsables de facteurs sur lesquels elles exercent un contrôle. Par exemple, les professionnels de la santé devraient effectivement avoir à répondre de leur pratique clinique (aspect qu'ils contrôlent) par l'entremise d'outils de politiques comme l'autoréglementation professionnelle. Toutefois, ce sont les fournisseurs de services, et non leur personnel clinique, qui devraient être tenus responsables des pratiques de gestion financière de l'organisme.

Les instruments de politique peuvent être assortis de **conséquences** variées si les exigences ne sont pas respectées. Par exemple, les fournisseurs de services pourraient faire l'objet de pénalités financières ou perdre des incitatifs ou leur permis d'exploitation s'ils ne se conforment pas aux exigences. Les instruments peuvent également être appliqués avec une **force** variable. Par exemple, des programmes de formation sur une base volontaire pour améliorer la pratique clinique peuvent être mis en place, les fournisseurs peuvent perdre l'agrément conféré par un organisme-cadre ou l'on peut légiférer sur la conformité pour qu'elle ait force de loi.

L'annexe C (Étapes de la mise en œuvre et conseils) offre des conseils sur la mise en œuvre du cadre. L'annexe D (Outil d'évaluation de la responsabilisation) dresse la liste des possibilités d'amélioration des approches de responsabilisation en facilitant l'évaluation des préjudices et en déterminant si des recherches ou des données supplémentaires sont nécessaires.





Figure 1. Cadre conceptuel de la responsabilisation : améliorer la sûreté et la qualité des services par la responsabilisation  
OBJECTIFS STRATÉGIQUES

Objectif	Exemples d'objectifs stratégiques
Responsabilité financière	Contrôle des coûts, conformité aux procédures financières
Responsabilité sur le plan thérapeutique, notamment pour les résultats cliniques	Sûreté, qualité, exécution
Responsabilité envers le public	Confiance du public, satisfaction du client, accessibilité, justice

APPROCHE DE RESPONSABILISATION

Instruments de politique (choix de combinaison)

Type	Exemples d'options non réglementaires
Financière	Rémunération au rendement, subventions, incitatifs, contrats, financement en fonction des activités
Gérance professionnelle	Agrément, directives ou normes cliniques, codes de déontologie (Kirsch, 2014), certification, autoréglementation (effectuée volontairement par les associations professionnelles), formation (Kirsch, 2014), indicateurs de rendement, résultats pour les patients et pour la direction (Steele Gray et coll., 2017)
Information	Sensibilisation des clients (guides sur le choix des « meilleurs services »), diffusion publique des indicateurs de rendement ou de qualité, fiches de rendement
Structure organisationnelle	Privatisation des services (Pal, 2022), exploitation des services par le gouvernement, désignation d'un fournisseur tiers, restructuration gouvernementale (p. ex. création d'un ministère de la Santé mentale et des Dépendances; transfert du portefeuille des Dépendances depuis les Services sociaux vers la Santé) (Pal, 2022)
Réglementation	<b>Il est possible de donner force juridique à toutes les stratégies non réglementaires ci-dessus (faire l'objet d'une réglementation).</b>

Cibles, conséquences et force (choix de combinaison)

Élément de responsabilisation	Exemples d'options non réglementaires
Cible (qui)	Fournisseurs de services (propriétaire ayant un but lucratif, fournisseur de services sans but lucratif, fournisseur de services publics) Fournisseurs de soins (conseillers en dépendance, personnel infirmier, travailleurs sociaux, médecins) Public, utilisateurs de services (personnes à la recherche de traitement et leur famille)
Conséquence	Aucune Information ou formation (formation sur la déclaration obligatoire pour fournisseur de services qui ne se conforme pas aux exigences) Pénalités financières (amendes, taxes) Sanctions (investigation, réaction de l'ordre professionnel, processus de traitement des plaintes des clients)
Force (faible à forte)	Aucune action Action symbolique (inscription sur un site Web gouvernemental) Information ou formation Mesures incitatives (allègement fiscal, recommandation, accès privilégié au financement, contrats, subventions) Mesures dissuasives (pertes d'incitatifs, amendes, surveillance de la conformité)
Réglementation	<b>Exemples</b> • Cibles de la réglementation : permis d'exercer, certification, enregistrement, autoréglementation professionnelle



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conséquences de la réglementation : investigation, ombudsman</li><li>• Force de la réglementation : pénalités financières, sanctions légales</li></ul> <p>Il est possible de donner force juridique à toutes les options non réglementaires ci-dessus (faire l'objet d'une réglementation).</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



# Améliorer la sûreté et la qualité des services de traitement de la dépendance avec hébergement

## Analyse des approches de responsabilisation au Canada

Les entrevues avec les responsables des politiques provinciaux et territoriaux ont permis de dresser et de valider la liste des types de fournisseurs de services et des approches de responsabilisation en traitement de la dépendance avec hébergement des provinces et territoires. Comme le résume le tableau 1, seuls l'Alberta et le Québec se sont dotés d'une législation **exhaustive** sur le traitement des dépendances s'appliquant à tous les types de fournisseurs de services (il a été noté précédemment que la Colombie-Britannique possède aussi une réglementation, mais moins exhaustive). Plusieurs provinces et territoires imposent aussi l'agrément, des normes et exigences d'évaluation, ou des exigences contractuelles aux fournisseurs de services financés et exploités par le public en échange des fonds publics. Les administrations qui offrent un financement public à des fournisseurs privés exigent généralement une responsabilité financière, même si certaines formulent aussi des exigences relatives à la sûreté et à la qualité des soins (p. ex. le fournisseur doit obtenir un agrément pour recevoir des fonds). Enfin, la plupart d'entre elles ont rapporté utiliser un ensemble de stratégies de responsabilisation plutôt limité et que les fournisseurs de services exploités (avec ou sans but lucratif) et financés par le privé ne leur rendent aucun compte.

Les responsables des politiques des provinces et territoires les moins peuplés et comptant le moins de fournisseurs de services ont rapporté que les approches de responsabilisation existantes leur permettent largement d'atteindre leurs objectifs stratégiques liés à la sûreté et à la qualité des soins. Ils se sont toutefois dits préoccupés par le fait que l'on ne peut systématiquement garantir cette sûreté et qualité aux utilisateurs de services à qui ils remboursent des traitements hors de leur province ou territoire. Ces inquiétudes découlent du manque d'uniformité dans les exigences en matière de responsabilité pour l'ensemble des administrations. À l'inverse, les provinces et territoires les plus peuplés ont indiqué s'inquiéter davantage de la sûreté et de la qualité des soins ainsi que de la responsabilisation à l'intérieur de leurs frontières, et ont plus souvent exprimé un intérêt envers les approches de responsabilisation réglementaires.

Le cadre conceptuel a été utilisé pour analyser les données fournies par les responsables des politiques interrogés (voir l'annexe A pour consulter l'invitation et les questions). Les objectifs stratégiques, instruments de politique, cibles, conséquences et forces sont décrits aux sections subséquentes.

### Objectif stratégique

L'objectif stratégique principal pour l'ensemble des provinces et territoires du pays est la responsabilisation clinique pour améliorer la sûreté et la qualité des soins à l'échelle du système. Les responsables des politiques ont soulevé divers enjeux à ce chapitre :

- L'accès rapide au traitement approprié pour le patient (tolérant de l'identité sexuelle; culturellement adapté; avec services spécialisés; adapté aux approches de réduction des méfaits; fondé sur des données probantes) à l'intérieur comme à l'extérieur des frontières, sans égard au type de fournisseur de services;
- La continuité des soins (transmission des renseignements, transition des clients entre les gouvernements et les fournisseurs, contractuels et hors frontières);



- L'évaluation et le suivi de la qualité des services et de la conformité aux normes des fournisseurs de services externes (les exigences pouvant grandement varier entre les provinces et territoires);
- La variation entre agences contractuelles et fournisseurs privés dans les exigences en matière de qualification du personnel et de ratios personnel-client (qui pourraient ne pas cadrer avec les services prodigués);
- L'accès à un personnel représentatif et compétent sur le plan culturel, et la nécessité de trouver un équilibre entre les exigences en matière de qualification et ces considérations culturelles.

### ***Instruments de politique***

Pour atteindre l'objectif stratégique, les provinces et territoires recourent souvent à la gérance professionnelle comme instrument de politique et appliquent différentes stratégies comme des normes ou l'agrément.

Quelques provinces et territoires utilisent aussi des instruments de politique financiers, le plus souvent en sous-traitant des services à des fournisseurs de services privés. La plupart du temps cependant, ces fournisseurs doivent respecter des exigences de responsabilité financière, plutôt que sur le plan de la sûreté et de la qualité.

- Quelques administrations utilisent ou prévoient utiliser des instruments d'information des clients. L'Alberta et Colombie-Britannique, par exemple, diffusent publiquement le statut d'autorisation d'exercer des fournisseurs de services.

### ***Cible***

- Les provinces et territoires ciblent généralement les fournisseurs de services. La réglementation de l'Alberta comprend aussi une disposition ciblant les professionnels de la santé par l'autoréglementation; elle n'est cependant pas encore entrée en vigueur.

### ***Conséquences et force***

Dans la plupart des provinces et territoires, la force des instruments de politique varie selon le type de fournisseur de services.

- Les services exploités par le public sont généralement soumis à une réglementation (p. ex. la loi qui encadre les autorités sanitaires, lorsque les services sont exploités par le ministère de la Santé provincial ou territorial).
- L'Alberta et le Québec ont une réglementation sur les services de traitement des dépendances s'appliquant à tous les types de fournisseurs de services. Celle de l'Alberta impose des exigences cliniques et administratives pour obtenir un permis d'exploitation; celle du Québec impose l'agrément pour accéder à des fonds provinciaux.
- Les fournisseurs de services financés (par contrat) par le public peuvent perdre ce financement s'ils ne respectent pas les conditions financières, les normes cliniques ou les exigences d'agrément stipulées dans les contrats, les subventions ou les autres ententes de financement.
- Dans la plupart des provinces et territoires, les fournisseurs de services privés (avec ou sans but lucratif) ne subissent aucune conséquence réglementaire relativement à la sûreté et à la qualité de leurs soins, quoiqu'ils puissent ressentir des répercussions dans le marché. Par exemple, un



fournisseur pourrait perdre des clients si ceux-ci remettent en question sa tarification ou craignent d'être insatisfaits de son service.

Les entrevues avec les responsables des politiques provinciaux et territoriaux ont aussi permis de relever les enjeux suivants dans la promotion d'approches de responsabilisation :

- La compréhension de l'ampleur du problème et des risques entraînés par le manque de données sur les services privés (avec ou sans but lucratif) et sous contrat (voir la section Recommandations);
- La prise en compte des tensions, telles que la lourdeur de la réglementation des entreprises privées liées à la santé (voir les considérations dans la section Élaboration d'une approche de responsabilisation);
- Divers défis sur le plan de la mise en œuvre (voir la section Recommandations) :
  - Gestion du changement, conception adaptable aux contextes locaux (réglementation en place, participation intersectorielle), résolution des questions liées aux ressources (financement, personnel) et atteinte de la conformité par des mesures incitatives et d'application.
  - Établissement d'une gouvernance uniforme favorisant l'intégration des services sociaux et de soins de santé.
  - Prise en compte des tensions idéologiques (appui à une réglementation; philosophies sur la réduction des méfaits, le rétablissement et l'abstinence; approches des services sociaux et des soins de santé).

Les responsables des politiques ont aussi exprimé un intérêt à aider les fournisseurs au service des Autochtones à améliorer la sûreté et la qualité des soins. Les discussions n'ont cependant pas été poussées plus loin, le sujet débordant du cadre du présent rapport.



## Approches de responsabilisation dans d'autres pays ou villes

Les approches de responsabilisation adoptées par les États-Unis, l'Europe et la Nouvelle-Zélande ont été examinées dans le cadre d'une revue de la littérature pour en dégager les pratiques exemplaires ou novatrices. Les résultats sont résumés au tableau 2 et ont aussi été analysés à l'aide du cadre conceptuel de responsabilisation.

En 2021 aux **États-Unis**, 39 États avaient une réglementation sur le traitement de la dépendance avec hébergement, mais on notait des différences importantes entre eux, et il n'y avait aucune réglementation fédérale (O'Brien et coll., 2021). La National Alliance of Recovery Residences [Alliance nationale des centres de rétablissement] (NAAR) favorise la sûreté et la qualité des soins dans l'ensemble des États-Unis par l'entremise d'une approche de responsabilisation volontaire. Elle travaille avec des organismes affiliés qui inspectent, évaluent et offrent l'agrément à des établissements dans plus de 30 États (NARR, 2022). Bien qu'il s'agisse d'un programme à participation volontaire, certaines administrations, comme celle de la Floride, de l'Ohio et du Connecticut, encouragent cette participation par un appui et un accès préférentiel au marché (p. ex. ils n'autorisent les demandes de consultations médicales que vers les établissements homologués par la NAAR).

Quant aux **pays européens**, la plupart des administrations remboursent le traitement de la dépendance avec hébergement, et presque toutes réglementent d'une façon ou d'une autre ces services. L'objectif stratégique principal est la responsabilisation clinique, qui s'appuiera souvent sur des directives cliniques fondées sur des données probantes, des normes de service et des stratégies d'agrément visant les fournisseurs de services et les professionnels de la santé (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2014).

Il existe en **Nouvelle-Zélande** une réglementation qui permet, en dernier recours, de traiter contre leur gré des personnes atteintes de troubles graves de dépendance. Les fournisseurs de services, leur personnel clinique et les normes de service font donc l'objet d'une législation nationale pour assurer des soins sûrs et de qualité, même si la surveillance s'effectue à l'échelle des comtés. En outre, le pays travaille actuellement à établir une gouvernance et une représentation autochtone dans les services de santé mentale et d'aide à la dépendance. Des travaux sont en cours et n'étaient pas suffisamment avancés pour être évalués dans le présent rapport; ils pourraient toutefois offrir un modèle à examiner ultérieurement.

En résumé, l'analyse a révélé que l'objectif stratégique principal est d'améliorer la sûreté et la qualité des soins à l'échelle du système par la responsabilisation clinique. De plus, les instruments de politique des gouvernements appuient largement la gérance professionnelle et la sensibilisation des clients, et visent les professionnels de la santé comme les fournisseurs de services. Enfin, les conséquences et la force employées sont principalement de nature réglementaire en Europe et en Nouvelle-Zélande, tandis que le portrait est assez contrasté aux États-Unis.

Deux **villes canadiennes** réglementant les fournisseurs de services en traitement des dépendances ont aussi été évaluées et incluses dans le tableau 2. Si leurs propres responsabilités varient selon les pouvoirs que leur délègue l'administration provinciale ou territoriale, les municipalités s'occupent généralement des problèmes locaux de gouvernance n'étant pas de ressort fédéral ou provincial. Les règlements municipaux peuvent encadrer des questions telles que le lieu d'exploitation d'un organisme, le stationnement (nombre de places et emplacement) dont l'organisme peut disposer ou la



densité de trafic raisonnable dans un quartier. C'est ainsi que les villes de Surrey (Colombie-Britannique) et de London (Ontario) ont mis en place des approches de responsabilisation visant les services de traitement de la dépendance avec hébergement. Dans les limites de leur mandat de sécurité publique (un objectif stratégique de responsabilité envers le public), elles ont instauré des instruments de gérance professionnelle (permis) qui viennent encadrer les fournisseurs de services à ce chapitre.

Tableau 2. Sommaire des approches de responsabilisation dans d'autres pays ou villes

Pays ou ville	Force	Surveillance et contrôle	Conséquences
Floride, Ohio et Connecticut (O'Brien et coll., 2021)	Incitatifs volontaires (appuis, statut préférentiel pour les demandes de consultation médicale) offerts par le gouvernement  Les États formellement affiliés à la NAAR inscrivent et certifient les fournisseurs se conformant aux normes	Les États affiliés à la NAAR effectuent les évaluations pour le maintien de la certification; le processus de réponse aux plaintes des clients n'est pas clairement défini	Perte de la certification et des incitatifs étatiques (comme le statut préférentiel pour les demandes de consultation médicale)
Angleterre (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2014)	Réglementaire : inscription des fournisseurs de services auprès d'une agence indépendante du gouvernement, la Care Quality Commission [Commission de la qualité des soins] (exigence légale); incitatifs et sensibilisation des clients par la publication des évaluations de la qualité.  Les professionnels de la santé sont réglementés par l'entremise du <i>National Counsellor Accreditation Certificate scheme</i> [Programme national d'agrément des conseillers].	La Commission de la qualité des soins effectue des inspections, des évaluations de la qualité et des investigations des plaintes	Avertissements, amendes, annulation de l'inscription
Nouvelle-Zélande (ministère de la Santé Manatū Hauora [Nouvelle-Zélande], 2022)	Réglementaire : Réglementation des fournisseurs de services (accréditation, certification), des professionnels de la santé et des normes de service	Les comtés surveillent et appliquent la réglementation	Inspections, audits, perte de l'accréditation ou de la certification
Surrey, Colombie-Britannique (Ville de Surrey, 2022)	Réglementaire : Règlements municipaux pour chaque établissement; délivrance de permis; exigences délimitant les attentes en matière d'espace occupé, de restriction sur les locataires et des données réclamées sur ceux-ci.	Inspection, traitement des plaintes, données sur les locataires	Inspection, perte du permis, amendes
London, Ontario (Ville de London, 2021)	Réglementaire : Réglementation municipale; délivrance de permis; exigences délimitant les attentes en matière d'espace occupé et d'administration des affaires	Inspection, traitement des plaintes, données sur les locataires	Inspection, perte du permis, amendes



# Élaboration d'une approche de responsabilisation

## Considérations relatives aux stratégies réglementaires et volontaires

Savoir dans quelles circonstances recommander des stratégies réglementaires ou volontaires, et selon quels facteurs, était la principale question stratégique des responsables des politiques souhaitant mettre en œuvre des approches de responsabilisation pour améliorer la sûreté et la qualité des soins.

L'amélioration de la responsabilisation à l'égard des services de traitement de la dépendance avec hébergement est une question complexe. Le moyen le plus efficace d'y parvenir serait une approche combinant des stratégies réglementaires et volontaires (Pals, 2022; Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, 2007).

Des problèmes distincts en appellent aussi à des instruments de politique distincts. Par exemple, lorsque le risque de préjudices augmente, il faut envisager plus sérieusement une réglementation (Lewis, 2013). Ainsi, une province ou un territoire pourrait souhaiter réglementer l'entreposage des médicaments, mais employer des stratégies volontaires pour encourager les fournisseurs de services à améliorer la consignation de l'information clinique.

Pour certains aspects précis de l'amélioration de la sûreté et de la qualité des soins (qualification du personnel, normes de pratique clinique, tenue des dossiers médicaux, etc.), une méthode pouvant faciliter le choix entre stratégies volontaires ou réglementaires est de réaliser une analyse coûts-avantages afin d'évaluer les coûts et les retombées sociales d'une réglementation (Beales et coll., 2017).

Les responsables des politiques doivent aussi tenir compte de l'idéologie des décideurs gouvernementaux, qui pourraient être plus ou moins favorables à la réglementation (Walker, 2002). Les élus qui prônent l'allègement du fardeau réglementaire préféreront potentiellement les stratégies volontaires.

Mais quelle que soit l'idéologie du gouvernement au pouvoir, la porte est ouverte pour que les provinces et territoires diversifient leurs stratégies de nature volontaire. Celles-ci, mises en œuvre seules ou de concert avec des stratégies de réglementation, peuvent alléger le fardeau réglementaire et favoriser la conformité tout en réduisant les répercussions négatives sur le marché. Vous trouverez ci-dessous les facteurs à garder en tête dans le choix des stratégies réglementaires et volontaires à proposer dans le cadre d'une approche exhaustive de responsabilisation.

## Facteurs à considérer pour les stratégies réglementaires

- La réglementation doit être envisagée lorsque les pratiques présentent un risque de dangerosité élevé et que les clients ne peuvent pas évaluer la qualité des services avec une certitude raisonnable (Lewis, 2013).
- La réglementation (législation) est exhaustive, obligatoire (sauf dispositions à l'effet contraire) et s'applique également à tous les types de fournisseurs de services. La protection offerte est donc égale pour tous les clients, sans égard à l'établissement et au type de fournisseurs.
- Une amélioration de la qualité des soins, des résultats et de l'efficacité des ressources a été notée pour les organismes non gouvernementaux soumis à une réglementation (Kirsch, 2014).





Cependant, selon l'expérience québécoise avec les établissements de soins de longue durée, la réglementation a entraîné une fermeture des plus petits fournisseurs de services et le transfert vers le système public des clients complexes ayant des symptômes graves. Elle n'a apporté que peu d'amélioration à la qualité des soins, voire aucune (Bravo et coll., 2014).

- La réglementation rend possible la collecte de données auprès de tous les fournisseurs de services, permettant ainsi à la province ou au territoire d'améliorer l'analyse des données et de mieux orienter les politiques.
- La réglementation peut entraîner des frais de surveillance et de mise à exécution pour les gouvernements. On peut cependant réduire ces coûts en allégeant les exigences réglementaires ou en déléguant la responsabilité à un tiers (organismes d'agrément, ordre professionnel).
- L'obligation d'agrément peut limiter les coûts liés à la surveillance et à la mise à exécution de la réglementation, puisque ces services sont fournis par l'organisme d'agrément et que leur coût peut être perçu auprès des fournisseurs de services. On doit aussi tenir compte de certains autres points liés à l'agrément et aux normes :
  - À moins que la chose soit réglementée (comme au Québec), l'obtention de l'agrément et l'application des normes se font sur une base volontaire, ce qui ne mène donc pas forcément à une responsabilisation exhaustive.
  - Le fait de fixer les normes et le processus d'agrément hors de la réglementation elle-même (p. ex. dans des politiques ou procédures) accélère grandement la mise à jour des exigences par rapport à la modification des règlements. Sans compter que les normes émanant d'organismes d'agrément ou de normalisation réputés sont régulièrement actualisées pour y intégrer des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes, ce qui encourage l'amélioration continue chez les fournisseurs de services inscrits.
  - Selon la littérature, l'efficacité de l'agrément pour améliorer la sûreté et la qualité des soins serait mitigée (Mark et coll., 2020; Groupe de travail sur l'agrément, 2015). Elle rapporte aussi que lorsque l'agrément est volontaire, peu de fournisseurs l'obtiennent, jugeant qu'il ne vaut pas l'investissement en temps et en argent (Groupe de travail sur l'agrément, 2015).
- Les responsables des politiques interrogés pour l'Alberta et la Colombie-Britannique ont rapporté que selon leur expérience, la réglementation a permis aux fournisseurs de collaborer et de se coordonner dans un cadre de communication et de rencontre pansectoriel qui n'aurait jamais vu le jour autrement. Cette collaboration a multiplié les occasions d'apprentissage et d'amélioration tout en assurant une meilleure coordination dans l'ensemble du système, accentuant potentiellement la pression sur les administrations pour qu'elles consentent un meilleur financement ou d'autres mesures.
- Les responsables chargés d'élaborer une approche de réglementation devraient réfléchir à ce qui gagne à être enchâssé dans une loi (l'instrument le plus difficile à ajuster, les modifications se faisant généralement aux cinq à dix ans) et ce qui est mieux de coucher dans un règlement (propre à changer aux trois à cinq ans) ou dans une norme (l'instrument le plus facile à modifier).
- La réglementation peut être allégée si elle est coordonnée avec des approches rigoureuses de responsabilisation. Par exemple, la gestion de la pharmacothérapie (l'entreposage sécuritaire des médicaments) peut être réglementée, mais le respect des directives d'administration et de gestion (p. ex. politiques et procédures opérationnelles; pratiques de ressources humaines) peut faire l'objet d'incitatifs et d'un train de stratégies volontaires énergiques comme la formation des



fournisseurs, des subventions pour améliorer les activités et l’affichage public des cotes d’efficacité administrative.

- L’Organisation de coopération et de développement économiques (Hepburn, 2005) propose que le choix d’instruments de politique de nature réglementaire repose sur les facteurs suivants :
  - Répondent à des objectifs stratégiques précis.
  - Ne s’opposent pas aux règlements existants.
  - Comprennent des mécanismes efficaces de surveillance et de promotion de la conformité (force et conséquences).
  - Maximisent les avantages.
  - Minimisent les coûts de mise en conformité pour les cibles (p. ex. en laissant une marge de manœuvre dans la manière d’atteindre la conformité).
  - Minimisent les coûts de mise en œuvre pour le gouvernement.
  - Sont transparents quant à leur fonctionnement et à leur incidence.
  - S’assortissent de mécanismes d’appel.

## **Facteurs à considérer pour les stratégies volontaires**

- Les stratégies volontaires peuvent diminuer les coûts pour les administrations par l’élimination des obligations réglementaires de suivi et d’application des exigences. D’autres coûts peuvent toutefois découler de la mise en œuvre de la stratégie et de l’évaluation de son incidence (Neyland et coll., 2019).
- Certaines stratégies volontaires améliorent la transparence pour le public des exigences imposées aux fournisseurs de services et à leurs activités (p. ex. affichage public des évaluations de la qualité). Comme elles ne sont pas obligatoires, une partie du secteur pourrait cependant refuser de participer et rester ainsi invisible (Steele Gray et coll., 2017).
- Les stratégies volontaires permettent au marché de poursuivre ses activités sans entrave et sans favoriser des fournisseurs en particulier, ce qui pourrait autrement réduire l’innovation, la croissance du secteur ou la création d’emploi (Beales et coll., 2017). Elles allègent aussi les formalités administratives pour les fournisseurs (Neyland et coll., 2019). Par conséquent, elles pourraient mieux convenir aux provinces et territoires favorisant une réglementation moindre des marchés.



## En résumé

Le tableau 3 résume les facteurs à considérer lors du choix de stratégies de responsabilisation pour améliorer la sûreté et la qualité des soins.

Tableau 3. Résumé des facteurs à considérer lors du choix de stratégies de responsabilisation

Facteur	Stratégies volontaires	Stratégies de réglementation
Protection contre les risques de préjudices	Moindre	Élevée
Taux de conformité	Moindre (utiliser d'autres stratégies pour l'améliorer)	Élevé
Facilité de la collecte de données	Moindre	Élevée
Coûts pour l'administration	Moindres	Plus élevés (si une surveillance gouvernementale est nécessaire)
Transparence envers le public	Varie selon la stratégie	Meilleure
Incidence sur le marché	Moindre	Plus grande

## Facteurs à considérer pour l'efficacité des approches de responsabilisation

Il existe peu de données et d'études sur la responsabilisation en soins de santé et l'efficacité des approches en la matière (Mark et coll., 2020; Byrkjeflot et Vrangbaek, 2016; British Columbia Centre on Substance Use, 2020). Toutefois, à la lumière de la littérature sur le secteur des soins de longue durée et du numéro spécial de la revue *Politiques de santé* publié en septembre 2014 (voir Deber, 2014a, 2014b et les autres articles de ce numéro), on peut dégager certains éléments dont il faut tenir compte pour améliorer l'efficacité des approches de responsabilisation :

- Les objectifs stratégiques devraient être bien définis et appuyés par des instruments de politique assortis.
- Les objectifs stratégiques devraient être choisis avec le souci d'éviter de créer un conflit dans les buts des fournisseurs de services.
  - Les approches de responsabilisation devraient être mises au diapason pour favoriser la continuité des soins (p. ex. veiller à ce que les normes de sûreté et qualité soient uniformes entre les fournisseurs de services publics et privés).
  - Il faut réfléchir à l'incidence du chevauchement entre les approches de responsabilisation et d'autres lois et règlements (p. ex. la législation sur la protection de la vie privée dans le domaine de la santé).
- La cible de l'approche de responsabilisation doit exercer un certain contrôle sur l'objectif stratégique qu'on la tient responsable d'atteindre. Par exemple, les professionnels de la santé ont le contrôle sur leur application des pratiques exemplaires, mais non sur la gestion financière de leur organisme. Il serait par conséquent plus efficace que les objectifs stratégiques de responsabilisation sur le plan thérapeutique visent le personnel clinique, et que ceux en matière financière visent les fournisseurs de services.



- Pour les approches de responsabilisation réglementaires, la législation devrait :
  - définir clairement les « services de traitement de la dépendance avec hébergement » (3Sixty Public Affairs, 2017);
  - se conformer aux indicateurs de qualité pour garantir l'effet escompté sur la sûreté et la qualité des soins (Bureau du Conseil privé, 2017; Deber, 2014b).
- Mesurer l'efficacité des approches de responsabilisation est une démarche essentielle, bien que difficile (Deber, 2014b). On peut toutefois s'aider par :
  - l'établissement d'approches d'évaluations et d'objectifs stratégiques clairs et mesurables; (Bureau du Conseil privé, 2017);
  - l'utilisation d'approches conçues pour l'évaluation de processus complexes et dynamiques et de résultats conjecturaux, telle que la méthode *Principles-Focused Evaluation* [évaluation axée sur des principes] de Michael Quinn Patton.
- L'emploi d'instruments de politique qui prévoient une gestion professionnelle (l'autoréglementation professionnelle, par exemple) serait une stratégie particulièrement efficace auprès des organismes non gouvernementaux (Kirsch, 2014). Elle pourrait bien se prêter au cas des fournisseurs de services de traitement de la dépendance avec hébergement privés sans but lucratif et financés par le public.
- Steele Gray et ses collègues (2017) ont étudié la conformité aux exigences contractuelles en matière de responsabilité des organismes du secteur des soins de longue durée de l'Ontario pour obtenir du financement public. Voici quelques-unes de leurs conclusions :
  - Plus de la moitié des fournisseurs de services (particulièrement ceux de petite ou de moyenne taille) n'ont pas conclu de contrats de financement public. Ils sont ainsi demeurés invisibles et n'ont pas participé aux stratégies de responsabilisation non réglementaires. On s'attend donc à des résultats similaires dans le secteur du traitement de la dépendance avec hébergement.
  - On peut améliorer la conformité aux approches de responsabilisation volontaires :
    - en adaptant les exigences aux besoins des fournisseurs de services;
    - en offrant du financement et d'autres formes de soutien pour inciter les fournisseurs à effectuer des changements internes (p. ex. aux pratiques cliniques ou administratives) et leur en donner les moyens; en adoptant des pratiques novatrices (partenariats ou sous-traitance); et en favorisant la conformité aux exigences de responsabilisation;
    - en mettant en œuvre un train de stratégies volontaires exhaustif et cohérent (financement, mesures de soutien, transparence envers le public, accès préférentiel au marché, etc.) pour inciter les fournisseurs à se conformer aux exigences de responsabilisation.



## Recommandations

Les recommandations suivantes visent à accroître les retombées des efforts déployés pour améliorer la sûreté et la qualité (normes, agrément) en renforçant la responsabilisation dans ces domaines.

Ces recommandations, qui se veulent aussi une réponse aux questions et aux demandes des provinces et des territoires, s'appuient sur une analyse par territoire des approches de responsabilisation et développent davantage le cadre conceptuel de responsabilisation proposé.

### Recommandations pour les administrations

1. Déterminer l'ampleur du problème en établissant le nombre et la distribution des personnes touchées (p. ex. le volume de clients et la zone desservie par les services) pour les fournisseurs de services, sans égard à leur nature (exploités ou financés par le public ou le privé; avec ou sans but lucratif).
2. Déterminer le risque de méfaits (gravité et fréquence) en évaluant la qualité des services prodigués par les fournisseurs de services sans égard à leur nature (exploités ou financés par le public ou le privé; avec ou sans but lucratif). En plus des risques pour les utilisateurs de services comme pour le public ou pour toute autre personne, il faut aussi tenir compte des risques pour l'administration gouvernementale, dont la responsabilité peut par exemple être engagée en cas de préjudice causé par des services qu'elle finance (p. ex. traitement fondé sur l'abstinence se soldant par la surdose aux opioïdes d'un client) ou par le manque d'accès aux services (p. ex. besoins non comblés).
3. Élaborer une approche de responsabilisation qui répond aux questions principales : qui est tenu responsable (professionnels de la santé, fournisseurs de services), à qui doit-on rendre des comptes (les utilisateurs de services, le public ou l'administration), quelles sont les exigences (normes de qualité et de sûreté des soins) et quelles sont les conséquences et la force. Consulter les annexes A et B à ce sujet.

### Recommandations pour une collaboration pancanadienne avec le CCDUS (confirmées par les administrations)

4. Mettre à l'essai et évaluer un cadre conceptuel de responsabilisation. Aider les administrations à établir des approches de responsabilisation exhaustives combinant des stratégies volontaires et réglementaires lors de la mise en œuvre de nouveaux programmes de normes ou d'agrément afin d'optimiser la conformité au programme et l'efficacité de celui-ci.
5. Publier une définition commune des services de traitement de la dépendance avec hébergement qui servira dans l'élaboration des normes et de la réglementation provinciale et territoriale. La définition aidera aussi à définir les exigences à respecter dans le cadre des approches de responsabilisation.
6. Faciliter l'évaluation des approches de responsabilisation et enrichir la base de connaissances par l'élaboration et la publication de principes directeurs pancanadiens associés aux résultats des établissements ainsi que des normes de service conformes aux pratiques cliniques exemplaires.
7. Continuer à soutenir les provinces et territoires à l'aide d'outils et de ressources pour améliorer la qualité des services et la responsabilisation, notamment par l'entremise de principes directeurs et de pratiques exemplaires pancanadiens sur la continuité intra- et intersectorielle des soins dans le



traitement des dépendances. Ces ressources offriront aux responsables des politiques une plus grande palette d'instruments de politique en matière de responsabilisation.

8. Appuyer la mise en place d'une association pancanadienne de fournisseurs de services (publics et privés) en traitement de la dépendance avec hébergement. L'association viendra décupler les données concernant la qualité et l'abondance des services ainsi que multiplier les occasions de promouvoir la sûreté et la qualité des soins auprès du marché privé. Elle favorisera aussi l'évaluation de l'ampleur des enjeux entourant la responsabilité et la mise en place de stratégies de responsabilisation volontaires pour les professionnels travaillant pour des fournisseurs privés.
9. Offrir régulièrement aux représentants des provinces et des territoires des occasions (p. ex. lors du congrès Questions de substance du CCDUS) de participer à des discussions structurées sur les approches de responsabilisation et leurs enjeux afin de poursuivre la collaboration et l'apprentissage.
10. Renforcer cette collaboration en aidant les provinces et territoires à résoudre les problèmes qu'ils relèvent, notamment en ce qui concerne les points suivants :
  - gestion du changement, conception pour adaptation aux contextes locaux (réglementation en place, participation intersectorielle), prise en compte des questions liées aux ressources (financement, personnel) et atteinte de la conformité par la mise en application de lois et d'incitatifs;
  - mise en place d'une gouvernance uniforme favorisant une meilleure collaboration et intégration entre les fournisseurs de services sociaux et de santé;
  - prise en compte des tensions (philosophies sur la réduction des méfaits, le rétablissement et l'abstinence; approches du milieu de la santé vs celui des services sociaux).



## Bibliographie

- Beales, H., J. Brito, J.K. Davis Jr., C. DeMuth, D. Devine, S. Dudley, et J.O. McGinnis. *Government regulation: The good, the bad, & the ugly*, Washington (DC), Regulatory Transparency Project, 2017. <https://rtp.fedsoc.org/wp-content/uploads/RTP-Regulatory-Process-Working-Group-Paper.pdf>
- Bravo, G., M.-F. Dubois, L. Demers, N. Dubuc, D. Blanchette, K. Painter, ... et C. Corbin. « Does regulating private long-term care facilities lead to better care? A study from Quebec, Canada », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 26, n° 3, 2014, p. 330–336. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu032>
- British Columbia Centre on Substance Use. *Oversight and enforcement mechanisms used for regulated bed-based substance use services* [manuscrit non publié], 2020.
- Bureau du Conseil privé. *Lois et règlements : l'essentiel (2<sup>e</sup> édition)*, Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 2017. <https://www.canada.ca/fr/conseil-prive/services/publications/lois-reglements-essentiel.html>
- Byrkjeflot, H. et K. Vrangbaek. « Accountability in health care ». Dans E. Ferlie, K. Montgomery et A.R. Pederson (éd.), *Oxford handbook of health care management*, Oxford (Angleterre), Oxford University Press, 2016, p. 483-490. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198705109.013.23>
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *L'agrément de centres de traitement de la toxicomanie en établissement : point de départ*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2015. <https://ccsa.ca/fr/lagrement-de-centres-de-traitement-de-la-toxicomanie-en-etablissement-point-de-depart>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Trouver des traitements de qualité pour les dépendances au Canada : guide sur le traitement de la consommation d'alcool et de drogue*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017. <https://www.ccsa.ca/fr/trouver-des-traitements-de-qualite-pour-les-dependances-au-canada-guide-sur-le-traitement-de-la>
- City of London. *Informal residential care facility by-law CP-21*, London (Ont.), chez l'auteur, 2021. <https://london.ca/by-laws/informal-residential-care-facility-law-cp-21>
- City of Surrey. *Bylaws*, Surrey (C.-B.), chez l'auteur, 2022. <https://www.surrey.ca/city-government/bylaws>
- Deber, R. « Thinking about accountability », *Politiques de santé*, vol. 10, suppl., 2014a, p. 12–24. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2014.23932>
- Deber, R. « What have we learned from the substudies? », *Politiques de santé*, vol. 10, suppl., 2014b, p. 163–164. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2014.23915>
- Frank, R.G. et R.S. Shim. « Toward greater accountability in mental health care », *Psychiatric Services*, vol. 74, n° 2, 2022, p. 182–187. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220097>
- Groupe de travail sur l'agrément. *L'agrément de centres de traitement de la toxicomanie en établissement : point de départ*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2015. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/CCSA-Accreditation-Treatment-Centres-Guide-2015-fr.pdf>



- Hepburn, G. *Alternatives to traditional regulation*, Paris (France), Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2005. <https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/42245468.pdf>
- Kirsch, D. « How do the approaches to accountability compare for charities working in international development? », *Politiques de santé*, vol. 10, suppl., 2014, p. 145–149. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2014.23912>
- Lewis, S. *Accreditation in health care and education: The promise, the performance, and lessons learned*, Toronto (Ont.), Social Housing Services Corporation, 2013. [https://www.researchgate.net/profile/steven-lewis-12/publication/237481993\\_accreditation\\_in\\_health\\_care\\_and\\_education\\_the\\_promise\\_the\\_peformance\\_and\\_lessons\\_learned/links/02e7e52aa67fc9d70a000000/accreditation-in-health-care-and-education-the-promise-the-peformance-and-lessons-learned.pdf](https://www.researchgate.net/profile/steven-lewis-12/publication/237481993_accreditation_in_health_care_and_education_the_promise_the_performance_and_lessons_learned/links/02e7e52aa67fc9d70a000000/accreditation-in-health-care-and-education-the-promise-the-peformance-and-lessons-learned.pdf)
- Manatū Hauora Ministry of Health (New Zealand). *Substance Addiction (Compulsory Assessment and Treatment) Act 2017 resources*, 2022. <http://www.health.govt.nz/our-work/mental-health-and-addiction/mental-health-legislation/substance-addiction-compulsory-assessment-and-treatment-act-2017/substance-addiction-compulsory-assessment-and-treatment-act-2017-resources>
- Mark, T., W. Dowd et C.L. Council. *Tracking the quality of addiction treatment over time and across states: Using the federal government's "signs" of higher quality*, Research Triangle Park (NC), RTI Press, 2020. <https://doi.org/10.3768/rtipress.2020.rr.0040.2007>
- McQuaid, R.J., A. Malik, K. Moussouni, N. Baydack, M. Stargardter et M. Morrissey. *La vie en rétablissement de la toxicomanie au Canada*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017. <https://ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Life-in-Recovery-from-Addiction-Report-2017-fr.pdf>
- Neyland, D., V. Ehrenstein et S. Milyaeva. « On the difficulties of addressing collective concerns through markets: From market devices to accountability devices », *Economy and Society*, vol. 48, n° 2, 2019, p. 243–267. <https://doi.org/10.1080/03085147.2019.1576432>
- O'Brien, P.L., M.T. Stewart, M.C. White, M.C. Shields et N. Mulvaney-Day. *State residential treatment for behavioral health conditions: Regulation and policy*, Washington (DC), U.S. Department of Health and Human Services, 2021. <https://aspe.hhs.gov/reports/state-residential-treatment-behavioral-health-conditions>
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Residential treatment for drug use in Europe*, Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2014. [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/813/TDAU14005ENN\\_475698.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/813/TDAU14005ENN_475698.pdf)
- Pal, L. « Il faudrait qu'il y ait une loi ! » – *Un aperçu des questions concernant la sélection des instruments de politique*, Ottawa (Ont.), ministère de la Justice Canada, 2022. [https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/sjc-csj/sjp-jsp/dr02\\_10-rp02\\_10/index.html](https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/sjc-csj/sjp-jsp/dr02_10-rp02_10/index.html)
- Santé Canada. *Le gouvernement du Canada commence à travailler avec des partenaires à l'élaboration de normes nationales pour les services en matière de santé mentale et de consommation de substances*, 14 mars 2022. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2022/03/le-gouvernement-du-canada-commence-a-travailler-avec-des-partenaires-a-lelaboration-de-normes-nationales-pour-les-services-en-matiere-de-sante-ment.html>
- Santé Canada. *Opioides et crise des opioïdes – obtenez les faits*, 2021. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/obtenez-les-faits.html>





Steele Gray, C.S., W. Berta, R. Deber et J. Lum. « Organizational responses to accountability requirements: Do we get what we expect? », *Health Care Management Review*, vol. 42, n° 1, 2017, p. 65–75. <https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000089>

3Sixty Public Affairs. *Approaches to regulating private care facilities in British Columbia, Alberta and Ontario* [rapport non publié], Ottawa (Ont.), Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies et Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2017.

Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. *Évaluation, choix et mise en œuvre d'instruments d'action gouvernementale*, Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 2007. [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2013/sct-tbs/BT58-2-2007-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2013/sct-tbs/BT58-2-2007-fra.pdf)

Walker, P. « Understanding accountability: Theoretical models and their implications for social service organizations », *Social Policy and Administration*, vol. 36, n° 1, 2002, p. 62–75. <https://doi.org/10.1111/1467-9515.00270>



## Annexe A : invitation – discussion individuelle et de groupe et questions pour les provinces et territoires

Madame, Monsieur,

Au cours de notre collaboration des dernières années, plusieurs d'entre vous ont dit se préoccuper de la situation avec les ressources communautaires d'hébergement en dépendance, que ce soit de l'importance de recueillir des données ou de l'incohérence dans la sécurité et la qualité des services et de la protection des consommateurs, et ce, tant au privé qu'au public. Certains d'entre vous ont aussi mentionné que la pandémie, la crise des opioïdes et le nombre croissant de personnes à la recherche de services ont braqué les projecteurs sur ce dossier.

Afin de promouvoir des solutions fondées sur des données probantes qui favorisent un continuum accessible et inclusif de services et soutiens de qualité en usage de substances et en dépendance au pays, je vous invite à participer à **deux** discussions en ligne pour aider le CCDUS à préparer un document d'orientation sur le type d'encadrement des ressources communautaires d'hébergement en dépendance que les provinces et territoires pourraient utiliser pour assurer la qualité et la sécurité.

Comme l'ont montré quelques provinces et territoires, améliorer la sécurité et la qualité des ressources communautaires d'hébergement en dépendance et la protection des consommateurs peut se faire par des mesures législatives et réglementaires, l'agrément, des normes de service ou des incitatifs financiers. Chaque province ou territoire doit trouver une solution qui lui convient. Notre but, c'est de préparer un document d'orientation que vous pourrez utiliser pour aborder cette question dans votre province. Le document comptera une revue de la littérature, une synthèse des commentaires reçus de partout au pays et un résumé des « pratiques judicieuses ». Il décrira en outre quelques approches et modèles de réglementation possibles.

Pour ce travail, nous avons fait appel à une collègue de certains d'entre vous, Michelle Craig, anciennement directrice générale, Dépendance et santé mentale, au gouvernement de l'Alberta. Michelle a entre autres dirigé l'élaboration et la mise en œuvre de la loi albertaine encadrant le traitement communautaire de la dépendance avec hébergement. Ses connaissances et son expérience uniques nous seront donc utiles. Elle a récemment pris sa retraite d'un poste de sous-ministre adjointe au gouvernement de l'Alberta, et je suis heureuse qu'elle travaille avec nous à ce projet. Michelle communiquera bientôt avec vous pour vous inviter à participer à **deux rencontres** :

- Une rencontre *individuelle* de **45 minutes** par Zoom, entre le **28 février et le 11 mars 2022**, pour mieux cerner la réglementation en place dans votre province concernant les ressources d'hébergement en dépendance et leur qualité (je vous téléphonerai pour organiser ces rencontres avec vous);
- Une rencontre de **deux heures** par Zoom le **29 mars 2022, de 12 h à 14 h** (heure de l'Est), pour une *discussion de groupe* sur des thèmes soulevés pendant les entretiens et par la revue de la littérature, et sur de possibles recommandations. Vous recevrez d'ici quelques jours une demande de réunion pour cette date et cette heure.

Vous trouverez ci-joint une liste de questions qui seront posées pendant les entretiens pour orienter la discussion.

Merci



## Questions d'entrevue – encadrement du traitement communautaire de la dépendance avec hébergement

Améliorer la sécurité et la qualité des ressources communautaires d'hébergement en dépendance et la protection des consommateurs peut se faire de plusieurs façons, notamment par des mesures législatives et réglementaires, des normes de service ou des incitatifs financiers. Fort de vos commentaires, le CCDUS préparera un document d'orientation pour amener les décideurs à considérer diverses approches, dont des mesures législatives et réglementaires, pour protéger les consommateurs, ainsi que pour protéger la santé et la sécurité des personnes à la recherche de ressources d'hébergement et offrir des soins de qualité.

1. Comment le CCDUS et le document d'orientation peuvent-ils vous aider à promouvoir l'adoption de mesures réglementaires ou autres visant à améliorer la sécurité et la qualité des services, ainsi que la protection des consommateurs ayant recours à des ressources communautaires d'hébergement en dépendance, tant au public qu'au privé?
2. Votre province envisage-t-elle ou a-t-elle envisagé d'encadrer les services ou établissements communautaires d'hébergement en dépendance?
  - a. Si oui, quels sont ou quels étaient les objectifs à court et à long terme (p. ex. protection des consommateurs ou qualité des services, collecte de données, clarté des divers types d'établissements d'hébergement et de fournisseurs de traitement)?
  - b. Quelles approches réglementaires sont ou ont été envisagées (c.-à-d. service social ou de santé, projet de loi distinct ou relevant d'une loi existante)?
3. Votre province envisage-t-elle d'autres approches pour les services communautaires d'hébergement financé par le public et le privé afin d'améliorer la sécurité et la qualité des services et la protection des consommateurs (p. ex. réglementation, agrément, normes de service et surveillance de la conformité)?
4. Quand vous pensez au financement du public et du privé, quels défis devront être relevés, selon vous, pour élaborer et mettre en œuvre des règlements ou d'autres mesures qui amélioreront la sécurité et la qualité des services et la protection des consommateurs?
5. Quelles mesures sont actuellement en place pour favoriser la sécurité et la qualité des services et la protection des consommateurs et assurer la conformité? Quelles autres mesures, le cas échéant, sont prévues?
6. Le gouvernement et les fournisseurs de services sont-ils prêts à adopter une réglementation ou d'autres mesures d'amélioration de la qualité, telles que l'agrément ou des normes de service, afin d'améliorer la sécurité et la qualité des services et la protection des consommateurs?



## Annexe B : version accessible du tableau 1

Province ou territoire	Fournisseurs exploités et financés par le public	Contrats avec le public, exploités par le privé	Fournisseurs financés par le privé et exploités sans but lucratif	Fournisseurs financés par le privé et exploités avec but lucratif	Hors frontières	Notes
Colombie-Britannique	Oui Certaine forme d'agrément Certains sont réglementés	Oui Certaines exigences contractuelles Certains sont réglementés	Oui Certains sont réglementés	Oui Certains sont réglementés	Aucun —	La réglementation établie dans la <i>Community Care and Assisted Living Act</i> s'applique seulement à certains fournisseurs de services; d'autres approches envisagées.
Alberta	Oui Réglementés	Oui Réglementés	Oui Réglementés	Oui Réglementés	Aucun —	<i>Mental Health Services Protection Act</i> .
Saskatchewan	Oui Normes	Oui Exigences contractuelles	Oui Aucun	Oui Aucun	Aucun —	Mise en place d'un système de données, d'autres approches envisagées.
Manitoba	Oui Agrément	Oui Agrément	Oui Aucun	Oui Aucun	Aucun —	Nouvelles normes, d'autres approches envisagées.
Ontario	Aucun —	Oui Exigences contractuelles	Oui Aucun	Oui Aucun	Aucun —	Certains contrats requièrent un agrément. Le Centre d'excellence est à élaborer des normes, d'autres approches envisagées.
Québec	Oui Réglementés	Oui Réglementés	Oui Réglementés	Oui Réglementés	Aucun —	Information tirée d'une revue de la littérature
Nouveau-Brunswick	Oui Agrément	Oui Agrément	Oui Aucun	Oui Aucun	Oui Aucun	Aucun renseignement supplémentaire fourni.
Nouvelle-Écosse	Oui Agrément	Oui Agrément	Oui Aucun	Oui Aucun	Aucun —	Mise au point d'indicateurs de rendement et de mesures d'évaluation pour les contrats.
Île-du-Prince-Édouard	Oui Agrément	Oui Exigences contractuelles	Oui Aucun	Aucun —	Oui Aucun	Mise au point de normes.
Terre-Neuve-et-Labrador	Oui Agrément	Aucun —	Oui Aucun	Aucun —	Oui Exigences contractuelles	Normes envisagées.
Yukon	Oui Évaluation	Aucun —	Aucun —	Aucun —	Aucun —	Aucun renseignement supplémentaire fourni.
Territoires du Nord-Ouest	Aucun —	Aucun —	Aucun —	Aucun —	Oui Agrément	Autres approches envisagées.



Nunavut	2025 À déterminer	Oui Exigences contrac- tuelles	Aucun —	Aucun —	Oui Agrément	Évaluation des fournisseurs hors frontières.
---------	----------------------	-----------------------------------------	------------	------------	-----------------	----------------------------------------------------

À noter que les renseignements concernant le Québec sont tirés d'un rapport préliminaire non publié du Centre sur l'usage de substances de la Colombie-Britannique, car aucun représentant du Québec n'a pu être identifié pour les entrevues.

**Légende :** — = sans objet

[Retour au tableau 1](#)



## Annexe C : étapes de la mise en œuvre et conseils

Cadre conceptuel de la responsabilisation : améliorer la sûreté et la qualité des services par la responsabilisation

### OBJECTIFS STRATÉGIQUES

Objectif	Exemples d'objectifs stratégiques
Responsabilité financière	Contrôle des coûts, conformité aux procédures financières
Responsabilité sur le plan thérapeutique, notamment pour les résultats cliniques	Sûreté, qualité, exécution
Responsabilité envers le public	Confiance du public, satisfaction du client, accessibilité, justice

### APPROCHE DE RESPONSABILISATION

#### Instruments de politique (choix de combinaison)

Type	Exemples d'options non réglementaires
Financière	Rémunération au rendement, subventions, incitatifs, contrats, financement en fonction des activités
Gérance professionnelle	Agrément, directives ou normes cliniques, codes de déontologie (Kirsch, 2014), certification, autoréglementation (effectuée volontairement par les associations professionnelles), formation (Kirsch, 2014), indicateurs de rendement, résultats pour les patients et pour la direction (Steele Gray et coll., 2017)
Information	Sensibilisation des clients (guides sur le choix des « meilleurs services »), diffusion publique des indicateurs de rendement ou de qualité, fiches de rendement
Structure organisationnelle	Privatisation des services (Pal, 2022), exploitation des services par le gouvernement, désignation d'un fournisseur tiers, restructuration gouvernementale (p. ex. création d'un ministère de la Santé mentale et des Dépendances; transfert du portefeuille des Dépendances depuis les Services sociaux vers la Santé) (Pal, 2022)
Réglementation	<b>Il est possible de donner force juridique à toutes les stratégies non réglementaires ci-dessus (en faire l'objet d'une réglementation).</b>

#### Cibles, conséquences et force (choix de combinaison)

Élément de responsabilisation	Exemples d'options non réglementaires
Cible (qui)	Fournisseurs de services (propriétaire ayant un but lucratif, fournisseur de services sans but lucratif, fournisseur de services publics) Fournisseurs de soins (conseillers en dépendance, personnel infirmier, travailleurs sociaux, médecins) Public, utilisateurs de services (personnes à la recherche de traitement et leur famille)
Conséquence	Aucune Information ou formation (formation sur la déclaration obligatoire pour fournisseur de services qui ne se conforme pas aux exigences) Pénalités financières (amendes, taxes) Sanctions (investigation, réaction de l'ordre professionnel, processus de traitement des plaintes des clients)
Force (faible à forte)	Aucune action Action symbolique (inscription sur un site Web gouvernemental) Information ou formation Mesures incitatives (allègement fiscal, recommandation, accès privilégié au financement, contrats, subventions) Mesures dissuasives (pertes d'incitatifs, amendes, surveillance de la conformité)



Réglementation	<p>Exemples</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cibles de la réglementation : permis d'exercer, certification, enregistrement, autoréglementation professionnelle</li><li>• Conséquences de la réglementation : investigation, ombudsman</li><li>• Force de la réglementation : pénalités financières, sanctions légales</li></ul> <p>Il est possible de donner force juridique à toutes les options non réglementaires ci-dessus (en faire l'objet d'une réglementation).</p>
----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## Étapes de la mise en œuvre et conseils

### *Mise en œuvre d'une approche de responsabilisation en traitement de la dépendance avec hébergement pour promouvoir des services sûrs et de qualité*

Une **approche de responsabilisation** définit **qui** est tenu responsable, **à qui** l'on rend des comptes, **quelles** sont les **exigences** et **quelles** sont les **conséquences** si celles-ci ne sont pas respectées.

1. **Évaluer le risque de préjudices.** Cette étape détermine si des mesures sont nécessaires et quelle force leur donner pour améliorer la sûreté et la qualité des soins en établissement. Elle permet aussi d'orienter l'objectif stratégique. À titre d'exemple, si l'on note un risque important de préjudices physiques ou mentaux, il est indiqué d'établir un objectif stratégique de responsabilisation sur le plan thérapeutique. On définira cet objectif plus en profondeur à l'étape 2.
  - a. Utiliser l'outil d'évaluation pour déterminer l'exhaustivité de l'approche de responsabilisation, établir le taux de conformité et détecter les lacunes dans cette responsabilisation.
  - b. Envisager d'étudier l'étendue des préjudices potentiels en évaluant le nombre de clients potentiellement touchés ainsi que la gravité du préjudice (allant du simple désagrément au méfait causant des séquelles physiques ou psychologiques, voire la mort) et sa durée (inconvenients ou séquelles à court terme, à long terme ou permanentes).
  - c. Envisager de réglementer lorsque le risque (ou le coût) des pratiques dangereuses est élevé (comme on l'aura établi à l'étape 1b) et que les clients ne peuvent pas évaluer la qualité des services avec une certitude raisonnable (p. ex. il n'existe aucun rapport public ou normalisé sur la qualité).
  - d. Réaliser une analyse coûts-bénéfice évaluant les coûts et les retombées sociales de la réglementation pour mieux éclairer la prise de décisions.
2. **Définir les grands objectifs stratégiques et indicateurs de succès.** Pour améliorer la sûreté et la qualité des soins, l'objectif stratégique principal est la responsabilisation clinique. D'autres objectifs supplémentaires ou secondaires peuvent aussi venir s'articuler autour des orientations stratégiques gouvernementales. Les objectifs stratégiques et les indicateurs de succès principaux orientent l'instrument de politique, sa cible et son évaluation.
  - a. Tenir compte de l'idéologie des décideurs gouvernementaux et de leurs préférences concernant les approches volontaires et réglementaires.
  - b. Favoriser la conformité aux approches volontaires (généralement inférieure à celle des approches de réglementation, qui ont force de loi et entraînent des conséquences) par la mise en œuvre d'un train de stratégies donnant aux fournisseurs visés le choix de l'approche à adopter, selon ce qui leur convient le mieux. Consulter et collaborer avec ces fournisseurs dans le choix des approches volontaires à proposer.
  - c. Définir et mettre en œuvre des objectifs stratégiques clairs pour orienter un choix d'instruments de politique appropriés et aider à l'évaluation de l'efficacité des approches de responsabilisation. Pour une évaluation efficace de cette question complexe, envisager d'adopter une approche d'évaluation et de mesure axée sur des principes.





- d. Établir les indicateurs de succès principaux. Le taux de conformité, par exemple, est un indicateur clé pour déterminer l'efficacité des approches volontaires. On peut aussi utiliser des évaluations de la sûreté et de la qualité des soins avant et après la mise en œuvre (comme la conformité aux normes ou l'agrément) comme autres indicateurs clés.

### 3. Choisir le type d'instrument de politique et sa cible.

- a. Analyser les options d'instrument de politique et faire un choix.
- b. Envisager de mettre en œuvre un train d'instruments volontaires, seul ou en association avec une réglementation, pour accroître le taux de conformité.
- c. Viser les fournisseurs de soins par l'entremise d'instruments de politique concernant la gérance professionnelle (voir le cadre conceptuel de responsabilisation pour des exemples), une approche qui s'est révélée efficace dans certains contextes.
- d. Garder à l'esprit que les approches volontaires peuvent être plus économiques, comme il n'y aura pas forcément de surveillance de la conformité.

### 4. Déterminer les conséquences et la force des instruments de politique choisis.

- a. Établir des conséquences qui correspondent à l'objectif stratégique, à l'instrument et à la force sélectionnés.
- b. Déterminer la force appropriée pour les instruments de politique choisis (volontaire, réglementaire, combinaison des deux). La conformité sera la plus élevée dans le cas d'une approche réglementaire, qui sera obligatoire pour tous les fournisseurs. Toutefois, une combinaison de stratégies volontaires et réglementaires peut simplifier le cadre réglementaire et favoriser une conformité généralisée. Par exemple, imposer le suivi des cas de dépendance aux opioïdes (pour prévenir les décès par surdose) par la réglementation (p. ex. dans les normes afférentes), mais encourager l'offre de repas présentant une bonne valeur nutritionnelle par l'entremise d'une formation facultative (volontaire).
- c. Tenir compte des résultats de l'évaluation des risques, de l'étendue des préjudices potentiels et de l'analyse coûts-bénéfice (déterminés à l'étape 1) dans le choix des conséquences et de la force appropriées.

### 5. Évaluer l'exhaustivité de l'approche de responsabilisation et, si possible, son efficacité. Les résultats indiqueront quels ajustements à l'approche s'imposent pour atteindre l'objectif stratégique et réduire les risques de méfaits.

- a. Utiliser l'outil d'évaluation de la responsabilisation (annexe D) pour évaluer l'exhaustivité de l'approche et en faire ressortir les lacunes.
- b. Envisager d'évaluer l'incidence de l'approche de responsabilisation sur la sûreté et la qualité des soins (p. ex. les changements dans les soins avant et après la mise en œuvre de l'approche). Pour une évaluation efficace de cette question complexe, envisager d'adopter une approche d'évaluation et de mesure axée sur des principes.



## Annexe D : outil d'évaluation de la responsabilisation

Cet outil d'évaluation permet de repérer les possibilités de perfectionnement de l'approche de responsabilisation. Indiquez la cible, les exigences, l'agent, les conséquences et la force applicable pour chaque type de fournisseur de services. Plus grande est la proportion d'« inconnus », plus grand est le risque potentiel de préjudices et le besoin en renseignements complémentaires.

### 1. Qui est tenu responsable de la sûreté et de la qualité des services?

Cible	Fournisseur exploité et financé par le public	Fournisseur exploité par le privé (avec ou sans but lucratif) et financé par le public	Fournisseur exploité par le privé (avec ou sans but lucratif) et financé par le privé
Fournisseur de services			
Soignant			
Autre			
Inconnu			

### 2. De quelles exigences de sûreté et de qualité la cible est-elle responsable?

Exigences de sûreté et de qualité	Fournisseur exploité et financé par le public	Fournisseur exploité par le privé (avec ou sans but lucratif) et financé par le public	Fournisseur exploité par le privé (avec ou sans but lucratif) et financé par le privé
Normes gouvernementales (réglementé ou non réglementé)			
Exigences pour les tiers (agrément, ordre professionnel, etc.)			
Politiques ou normes des fournisseurs de services			
Autre			
Inconnu			

### 3. À qui la cible (étape 1) doit-elle rendre des comptes?

Agent	Fournisseur exploité et financé par le public	Fournisseur exploité par le privé (avec ou sans but lucratif) et financé par le public	Fournisseur exploité par le privé (avec ou sans but lucratif) et financé par le privé
Gouvernement			
Tiers (agrément, ordre professionnel, etc.)			



Clients ou utilisateurs de services			
Autre			
Inconnu			

4. Quelles sont les **conséquences** et la **force** employée si la cible ne respecte pas les exigences?

Conséquences et force	Fournisseur exploité et financé par le public	Fournisseur exploité par le privé (avec ou sans but lucratif) et financé par le public	Fournisseur exploité par le privé (avec ou sans but lucratif) et financé par le privé
Réglementation (mesures législatives comme des amendes, la perte du permis, des infractions pénales, etc.)			
Volontaires (sensibilisation, incitatifs, mesures dissuasives, etc.)			
Aucune ou action symbolique			
Inconnu			