



**PLAN D'ACTION INTERMINISTÉRIEL EN  
DÉPENDANCE  
2017-2027**

**Avis de l'Association des intervenants en  
dépendance du Québec**

**Juin 2017**

---

## **INTRODUCTION**

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ) a été invitée le 26 mai dernier, à commenter le Plan d'action interministériel en Dépendance 2017-2027. Les délais pour commenter le Plan d'action étant relativement courts, l'AIDQ a choisi de consulter certains représentants de ses instances de participation, soit des représentants du conseil d'administration, du comité permanent sur la réduction des méfaits, du comité permanent sur la prévention et l'intervention précoce et du comité permanent sur le traitement. La liste des membres de l'Association ayant été consultés se trouve à l'annexe 1.

L'AIDQ regroupe plus de 250 membres qui œuvrent dans le champ de la prévention, de la réduction des méfaits, du traitement et de la réinsertion sociale. Ces membres sont issus du réseau public, des milieux communautaire ou privé. L'AIDQ est le résultat du regroupement consensuel entre l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec et de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec, deux associations qui, durant 25 ans, ont soutenu le réseau public et communautaire dans le développement de bonnes pratiques d'intervention. L'AIDQ a pour mission principale de soutenir l'intervention par le développement des compétences, la concertation et la mise en commun des expertises.

## **COMMENTAIRE GÉNÉRAL**

Ce Plan d'action interministériel est une occasion unique pour mobiliser un ensemble d'acteurs, provenant de différents secteurs d'activités et d'intervention, autour d'objectifs visant à prévenir et à réduire les risques associés à la consommation. Un plan d'action est une opportunité de donner un sens, de définir une vision qui rallie et insuffle un dynamisme, de donner une direction en établissant des priorités d'action.

Un grand nombre d'organismes et d'associations dans la société québécoise contribuent largement et parfois depuis de nombreuses années à la prévention et à la réduction des risques associés à la consommation. Le défi consiste d'abord à reconnaître cette contribution et ensuite, à mobiliser et à concerter les efforts autour d'une vision commune. Au-delà de l'impulsion que peut donner le ministère de la Santé et des Services sociaux dans ce domaine, l'adhésion des différents partenaires et leur engagement à faire siennes les orientations et les priorités d'action, constituent une condition essentielle à l'atteinte de résultats.

Ainsi, plus le Plan d'action visera l'inclusion et la participation de tous, plus grandes seront les chances de mobiliser positivement les différents acteurs associés à la prévention et à la réduction des risques liés à la consommation.

De façon générale, nous avons relevé plusieurs éléments positifs dans ce Plan d'action interministériel, notamment :

- une ouverture plus grande à l'importance d'investir dans des programmes d'information, d'éducation et de prévention;
- la nécessité d'intégrer l'approche de réduction des méfaits de façon transversale dans toutes les composantes de l'offre de service;
- le constat qu'il faut joindre les personnes là où elles se trouvent;
- la reconnaissance de la contribution du réseau des ressources d'hébergement en dépendance;
- les spécificités des clientèles et des substances;
- le nécessaire travail de collaboration entre le milieu médical et psychosocial pour mieux venir en aide aux personnes aux prises avec une dépendance.

Tout cela constitue pour nous des avancées importantes qui, ultimement, devraient bénéficier aux personnes aux prises avec une dépendance et celles à risque de le devenir.

Beaucoup de bonnes choses donc, mais peut-être aussi une certaine forme d'abondance qui a pour effet de brouiller le message. Difficile d'y trouver une

vision claire pour l'action. Quelle direction, quelles priorités, quels progrès, quels gains le gouvernement souhaite-t-il atteindre d'ici 2027? Certains membres de l'AIDQ ont questionné l'échéance du Plan d'action, la trouvant trop longue pour s'adapter aux nouveaux phénomènes ou pour mobiliser durablement les différents acteurs dans sa mise en œuvre.

Dans le présent avis, l'AIDQ a choisi de s'attarder sur certains éléments du Plan d'action, soit pour les renforcer, soit pour jeter un éclairage différent qui, nous l'espérons, pourra être utile.

### **LE TITRE DU PLAN D'ACTION INTERMINISTÉRIEL**

Nous avons été étonnés que le titre du Plan d'action mette l'accent sur la pathologie plutôt que sur l'importance de privilégier une approche globale qui vise à minimiser les risques associés à la consommation. La très grande majorité des Québécois et des Québécoises consomme des substances psychoactives ou s'adonne à des jeux de façon récréative et sans méfaits pour eux-mêmes ou pour leur entourage. Une minorité d'individus vont abuser ou développer une dépendance aux substances ou à la pratique du jeu. Un axe important du Plan d'action devrait proposer des actions ou mesures préventives visant à développer la capacité des personnes à faire des choix éclairés en matière de consommation ou de jeu. Cela est encore plus important à l'aube de la légalisation du cannabis, du mésusage croissant des opioïdes sur ordonnance ou de la présence de plus en plus grande des jeux en ligne. Or, en axant le titre sur la pathologie plutôt que sur l'adoption de saines habitudes de consommation ou de jeu, on risque d'orienter encore une fois le financement principalement vers le traitement, alors que c'est le mouvement inverse qu'il faut plutôt viser.

Ainsi, de notre point de vue et de manière à favoriser une approche globale fondée sur la santé et les droits des personnes, nous proposons le titre suivant : « Pour une approche globale de l'usage de substance ou de la pratique du jeu au Québec : prévenir et réduire les conséquences négatives pour les personnes et la communauté ».

## **QUELLES PRIORITÉS POUR LE PLAN D'ACTION?**

Nous l'avons déjà dit, le Plan d'action interministériel identifie plusieurs objectifs et principes qui serviront de guide pour l'action. Nous voulons insister sur certains de ces principes qui nous paraissent essentiels pour donner une vision claire de la direction que doivent prendre les différents partenaires qui y sont associés.

### **1. Intervenir le plus tôt possible dans la vie des personnes**

Ce premier principe implique que des efforts plus importants devront être consentis au Québec au développement de programmes d'information, de sensibilisation, d'éducation et de prévention primaire pour implanter, valoriser ou renforcer certains comportements ou pour mieux outiller les personnes, qu'elles soient jeunes ou adultes, à faire des choix éclairés face à la consommation ou à la pratique du jeu.

Certains organismes ont développé des expertises spécifiques et utiles dans ce domaine qui ont influencé grandement le comportement des Québécois. Mentionnons à ce titre, le travail remarquable réalisé par Éduc'alcool en matière d'éducation et de prévention primaire et les gains faits autour de la consommation d'alcool à faible risque.

Qu'en est-il de l'information, de l'éducation ou des programmes de prévention primaire en matière de consommation de substances psychoactives ou de pratique de JHA? Ici, le Québec fait trop peu. La légalisation du cannabis, les décès par surdoses, les opioïdes sur ordonnance, la consommation excessive d'alcool, l'avènement du jeu en ligne, tous ces phénomènes commandent des investissements plus importants dans des mesures ou programmes d'information, d'éducation et de prévention qui doivent absolument diffuser des messages d'usage sécuritaire et à faible risque. Une approche éducative globale sur l'alcool, les drogues et le jeu est nécessaire.

Le MSSS et Loto Québec ne peuvent pas, à eux seuls, assumer cette responsabilité. D'abord, parce que ce n'est pas leur mission et parce qu'il faut

absolument à la fois, développer une expertise spécifique dans ce domaine, comme le font Éduc'alcool et d'autres acteurs du milieu, et concentrer des efforts importants et systématiques si l'on veut réellement prévenir et réduire les méfaits liés à la consommation et à la pratique du jeu. Ce mandat devrait, selon nous, être confié à des organismes indépendants dont l'expertise est reconnue en la matière.

## **2. Chaque porte est la bonne pour avoir accès aux services (No wrong door)**

L'accessibilité aux services en dépendance pose des défis : une faible proportion des personnes qui éprouvent des problèmes d'alcool, de drogues ou de jeu demandent de l'aide. Lorsqu'elles le font, c'est souvent tardivement, plusieurs années après le début de l'émergence des problèmes. Le principe du « No wrong door » (NWD) est une solution au faible taux de détection des problèmes d'abus ou de dépendance. Ce principe repose sur une vision systémique du repérage, de l'intervention brève et du traitement. L'approche n'est pas incompatible avec les principes de hiérarchisation des services, bien au contraire.

Les portes d'entrées aux services en dépendance, selon la perspective systémique du NWD, sont diversifiées : soins primaires, incluant CLSC et médecins de famille, internet, services entourant l'alcool au volant, les différents acteurs actifs dans les milieux de travail (PAE, syndicats, réseau d'entraide en entreprise), les organismes communautaires en réduction des méfaits, les groupes d'entraide, les urgences hospitalières, les services en santé mentale, les acteurs œuvrant de façon intersectorielle avec les équipes d'intervention en dépendance, comme les écoles, le système de justice, l'aide à l'emploi et à la réinsertion.

Ainsi, lors de son contact avec l'un ou l'autre de ces points d'entrée, une personne devrait être orientée et mise en lien avec les soins adaptés à ses besoins ou à sa situation. La coordination entre les soins est la responsabilité du système et non de l'individu.

Certaines portes d'entrées ont été mieux investies que d'autres au Québec. C'est le cas notamment des urgences hospitalières qui, grâce aux travaux de l'ACRDQ et la contribution de certains de ses membres, ont permis de mettre en place une trentaine d'équipes de liaison hospitalières, une mesure qui a permis non seulement de désengorger les urgences, mais surtout de mieux répondre aux besoins des clientèles aux prises avec une dépendance.

D'autres portes d'entrées pour les clientèles doivent faire l'objet d'une meilleure coordination de services. De façon prioritaire, le plan d'action devrait viser le **milieu de l'éducation**, en passant par les commissions scolaires, le **milieu carcéral** et le **marché du travail**. On l'oublie peut-être mais plus de 60 % de la population est active au Québec et l'abus d'alcool coûte 4 milliards par an aux entreprises québécoises (Éduc'alcool, 2017). Des programmes de prévention, de formation pour gestionnaires et d'accompagnement doivent être offerts aux entreprises afin de réduire les risques pour les travailleurs et pour l'économie québécoise.

L'AIDQ a publié récemment un *Cadre de référence en matière de gestion des employés aux prises avec un trouble d'utilisation de substance*. Elle travaille actuellement à l'élaboration d'une trousse d'information destinée aux entreprises, comprenant des outils de détection, des politiques et des fiches d'information utiles. Toutes ces initiatives doivent être soutenues car elles répondent à des besoins urgents et réels dans les milieux de travail.

En ce sens, le Plan d'action interministériel devrait être plus précis dans l'identification des milieux d'intervention qui devraient faire l'objet de priorités dans l'intervention au cours des dix prochaines années.

### **3. Intégrer l'approche de réduction des méfaits dans toutes les composantes de l'offre de service**

La réduction des méfaits est une approche éprouvée qui bénéficie, tant aux personnes qui consomment des substances qu'à leurs familles et à leur communauté. Approche globale, fondée sur la santé et les droits de la personne,

elle reconnaît que l'utilisation de substances nuisibles est affaire de santé et non criminelle, d'où l'importance d'en réduire les méfaits. Au Québec, les services de réduction des méfaits sont insuffisamment déployés et leur portée devrait être élargie à d'autres milieux d'intervention (milieux festifs, prisons et centres de réadaptation et de traitement) et à d'autres formes de consommation (opioïdes sur ordonnance, cannabis, etc.).

Avec le soutien du MSSS, l'AIDQ a tenu deux événements d'envergure en mai 2017 sur la réduction des méfaits, lesquels ont contribué largement à reconnaître le caractère essentiel de cette approche dans toute stratégie visant les risques de l'utilisation de substance. Le premier Sommet francophone et la Conférence internationale HR17 ont permis de comparer les développements faits au Québec avec les avancées réalisées dans la francophonie et dans le monde. Ils ont permis de confirmer le déploiement de trois sites fixes d'injection supervisée à Montréal, ainsi que d'un site mobile.

À cet effet, nous sommes particulièrement satisfaits du tableau présentant le continuum de services associés à la consommation de SPA et la pratique de JHA (p. 27) et d'y retrouver, de façon transversale, cet enjeu de prévention et de réduction des risques associés à la consommation. Or, dans le Plan d'action interministériel, il est difficile de retrouver les objectifs associés à cette orientation générale.

Peut-être faudrait-il en faire une orientation spécifique qui viserait, de façon transversale, toutes les composantes de l'offre de service et pas seulement le secteur de la prévention.

#### **4. L'intégration des services de santé mentale et des services d'utilisation de substances**

Les troubles concomitants, soit la présence simultanée de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, représentent un grave problème de santé au Québec. Ils sont la norme plutôt que l'exception chez la clientèle des centres de réadaptation et des centres de traitement (plus de 50 % de la clientèle). La



plupart des provinces canadiennes ont émis des énoncés de politiques qui appuient l'idée d'une meilleure intégration des services de santé mentale et des services en dépendance. Au Québec, les services de santé mentale et de dépendance ont été intégrés dans une seule et même direction au sein des CISSS et des CIUSSS, mais les services eux, sont demeurés cloisonnés. Le MSSS n'est toujours pas en mesure d'estimer le nombre de personnes aux prises avec un trouble concomitant qui fréquentent les CRD ou les RHD.

On sait aussi que la concomitance des problèmes de santé mentale et d'utilisation de substances est plus élevée dans certains sous-groupes de la population, dont les personnes incarcérées, les personnes en situation d'itinérance et les personnes utilisatrices de drogues injectables. L'accès aux services pour ces populations demeure encore un réel casse-tête.

Du point de vue de l'AIDQ, le Plan d'action interministériel n'accorde pas suffisamment d'attention à cette problématique qui affecte un nombre important de personnes aux prises avec une dépendance et qui constituent des clientèles extrêmement vulnérables. À cet effet, l'AIDQ a publié en 2015, un *Guide d'intervention – Dépendance et problème mental concomitant* qui constitue aujourd'hui la référence dans les milieux d'intervention. L'Association suggérait du même souffle le développement, dans les CRD et les RHD, d'experts en troubles concomitants capables de soutenir les collègues dans l'élaboration de leur plan d'intervention et agissant comme intervenants pivots auprès des partenaires de la communauté ou du réseau local.

## **5. Reconnaître la spécificité des clientèles et des substances**

Le Plan d'action interministériel fait le portrait de la spécificité de certaines substances ou pratique de JHA et accorde une attention à certains groupes de la population qui, en raison de leurs caractéristiques propres ou de leur type de comportement, sont plus à risque. L'AIDQ appuie cette approche et reconnaît l'importance de la spécificité des clientèles et des substances dans l'intervention.

De façon plus précise, plus d'une dizaine de groupes à risque ont été répertoriés dans le Plan d'action interministériel, sans aucune priorisation ou orientations

spécifiques nous indiquant la manière d'accomplir certains progrès auprès de chacun d'eux.

Du point de vue de l'AIDQ, il serait plus utile de réduire le nombre de cibles et de prioriser l'action autour d'un certain nombre de substances (ou pratiques) et de groupes de population jugés prioritaires. Nous proposons de cibler les substances ou pratiques suivantes : l'alcool, le cannabis, les opioïdes sur ordonnance, le jeu en ligne, ainsi que de cibler les clientèles suivantes : les jeunes de moins de 18 ans, les jeunes adultes (18-30 ans), les personnes UDI, les personnes aux prises avec un trouble concomitant, les adultes actifs sur le marché du travail.

## **6. L'action concertée**

Nous l'avons dit, de nombreux organismes et groupes contribuent dans la société québécoise à prévenir et à réduire les risques associés à la consommation. Il importe de reconnaître leur contribution et de les soutenir dans les efforts qu'ils déploient pour le bénéfice des personnes aux prises avec un problème d'utilisation de substances ou de pratique de JHA.

Le Plan d'action interministériel accorde tout un chapitre au Programme-services-dépendances du ministère de la Santé et des Services sociaux, lequel décrit essentiellement les rôles et responsabilités des CISSS et des CIUSSS au regard de l'offre de service Dépendances. Ce n'est pas que l'exercice soit inintéressant, mais est-il pertinent de le faire à l'intérieur du Plan d'action interministériel? Quel type de message veut-on ici transmettre? On réaffirme l'importance de la complémentarité des services publics et des services offerts dans les milieux communautaires et privés (p. 46), mais on ne définit jamais ce rôle complémentaire et on insiste plutôt sur la responsabilité première des CISSS et des CIUSSS dans chacun des volets de l'offre de service. Est-il mobilisant ou rassembleur de ne décrire que le rôle attendu du réseau public, alors qu'il est prétendument question d'action interministérielle et intersectorielle dans ce plan d'action?

De notre avis, il serait plus utile de sortir ce chapitre du Plan d'action interministériel et de le remplacer par un autre qui décrit l'organisation attendue des services à l'intérieur d'un réseau local. Par exemple, dans un réseau intégré de services privilégiant l'approche du « *No wrong door* », il n'y a pas que l'établissement public qui soit responsable de la détection et de l'orientation des personnes.

Tous les partenaires locaux et intersectoriels doivent porter cette responsabilité, utiliser les bons outils de détection, compter sur du personnel qualifié pour intervenir adéquatement auprès des personnes, connaître et comprendre la trajectoire de services pour mieux coordonner l'intervention et orienter les individus vers le service adapté à sa situation. Dans cette logique d'organisation, tous les partenaires sont responsabilisés mais ils sont aussi soutenus pour assumer leurs responsabilités. L'établissement public assume ici un rôle de soutien.

Dans un document tel que le Plan d'action interministériel, il nous apparaît donc plus utile de reconnaître l'apport des différents acteurs du réseau local, de définir clairement les rôles et les responsabilités de chacun des partenaires intersectoriels et leur contribution dans le déploiement de l'offre de service, tout en précisant le rôle attendu de l'établissement public en soutien au réseau local.

## **7. De la cohérence dans l'intervention**

Le Plan d'action interministériel est une belle occasion pour le gouvernement d'assurer une cohérence entre les messages éducatifs, la réglementation et les valeurs prônées par la société québécoise.

On ne peut pas d'un côté, préconiser la consommation à faible risque, la santé globale et les comportements responsables et de l'autre, ne pas appliquer les contrôles nécessaires en matière d'encadrement de l'accessibilité économique et légale aux produits, aux substances psychoactives ou aux pratiques des JHA.

Pour être efficace, les stratégies de prévention doivent être soutenues par des lois et des règlements conséquents qui doivent être appliqués rigoureusement par l'État et les organismes de contrôle. Or, nous n'avons pas relevé dans ce Plan d'action interministériel ce souci de cohérence entre les différents ministères et cet engagement à respecter et à appliquer les lois et règlements qui assurent la protection de la santé et de la sécurité de la population.

## **8. Des pratiques d'évaluation harmonisée**

Le MSSS fait le constat de la nécessité d'harmoniser les pratiques d'évaluation spécialisée en dépendance. De notre point de vue, cette harmonisation devrait viser tout le continuum de services associés à la consommation de SPA et à la pratique de JHA. Cela est d'autant plus important dans un réseau intégré de services privilégiant l'approche du « *No wrong door* ». Ainsi, il nous apparaît important que la même famille d'outils d'évaluation soit déployée en première et en deuxième ligne, minimalement pour la détection ou l'évaluation en vue d'une orientation, de manière à assurer un meilleur accès aux services et une meilleure cohérence dans l'intervention. Tous les acteurs soucieux de prévenir et de réduire les méfaits associés à la consommation ou à la pratique du jeu devraient connaître et appliquer un processus adapté d'évaluation permettant l'orientation vers les ressources appropriées. Ce processus doit être cohérent et les résultats doivent être utilisables, peu importe le lieu d'intervention.

Certains outils existent déjà et sont largement utilisés pour la référence vers les services de santé mentale ou de santé physique, les CLSC, les CRD, les cliniques médicales. L'idée est de favoriser l'utilisation des mêmes outils, de manière à viser un système de référence harmonisé.

Les outils d'évaluation devraient être valides, fiables et informatifs sur tous les aspects permettant de comprendre et d'améliorer la situation d'une personne aux prises avec un TUS ou à risque de le devenir. Enfin, l'outil d'évaluation devrait permettre d'orienter la personne dans le continuum de services en fonction de sa situation et de ses besoins.

Par ailleurs, des outils de repérage et de détection systématique devraient être implantés dans les milieux où les populations à risque sont présentes: écoles, cabinets de médecin, milieu de travail, groupes d'entraide, services liés à l'alcool et autres substances au volant.

Avec le soutien du MSSS, l'ACRDQ a entrepris en 2009 d'importants travaux visant à déployer une nouvelle batterie d'outils d'évaluation spécialisée dans les centres de réadaptation en dépendance, le GAIN. Des efforts importants ont été consentis par l'Association et les centres de réadaptation pour traduire, informatiser et former le personnel à l'utilisation de ces outils d'évaluation. Parmi les avantages de la batterie d'outils GAIN, il y a le fait qu'elle comprend des outils de détection, d'évaluation sommaire et d'évaluation spécialisée capables de s'adapter à toutes les clientèles et à tous les milieux d'intervention. Il semble que le PL 10 ait ralenti, voire stoppé, l'implantation de la batterie d'outils d'évaluation GAIN.

Le Plan d'action interministériel ne semble pas non plus confirmer la poursuite du déploiement de la batterie GAIN dans le réseau des centres de réadaptation en dépendance au Québec. L'AIDQ continue de penser qu'il s'agit pourtant là du meilleur outil d'évaluation spécialisée disponible et que la batterie GAIN pourrait avantageusement répondre aux besoins des autres acteurs présents dans le continuum de services.

## **9. À quand un observatoire sur les drogues et les habitudes de consommation au Québec?**

En pleine crise des opioïdes, le Québec est la seule province du pays à ignorer le nombre de personnes décédées à la suite d'une surdose en 2016. Cette absence de données est réelle et concerne tous les types de consommation ou de comportements liés à la consommation. Cette situation accentue les lacunes importantes dans le contrôle et la prévention des risques liés à la consommation.

À l'aube de la légalisation du cannabis, des surdoses liées au fentanyl, de la crise des opioïdes sur ordonnance, il apparaît de plus en plus important de dresser des portraits de situation pour mieux agir. De l'avis de l'AIDQ, il serait facile de mettre en place un observatoire sur les drogues et d'en confier la responsabilité à l'INSPQ. Il est temps de chiffrer les impacts de la consommation, de voir à leur évolution chez certains groupes de la population et de dresser des portraits de situation permettant de mieux prévenir et réduire les risques et d'améliorer les pratiques. Voilà un objectif concret et utile qui pourrait constituer un net progrès au cours de la prochaine décennie.

\*\*\*

## **CONCLUSION**

Pour qu'un plan d'action soit inspirant et mobilisant, il faut que la direction soit claire, surtout si le plan de match s'échelonne sur une période de dix ans. Le projet actuel contient plusieurs pistes intéressantes mais elles mériteraient d'être priorisées et d'être traduites en objectifs plus précis indiquant les progrès ou les gains que le gouvernement souhaite atteindre au cours des dix prochaines années en matière de prévention et de réduction des risques associés à la consommation ou à la pratique du jeu.

L'AIDQ - et l'AITQ et l'ACRDQ avant elle - a toujours constitué un fidèle partenaire du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le soutien à l'intervention et le développement des compétences et des bonnes pratiques. Elle profite de l'occasion pour réitérer son engagement à offrir toute sa collaboration à l'atteinte des objectifs du Plan d'action interministériel en Dépendance 2017-2027.

## **Annexe 1**

Membres de l'Association des intervenants en dépendance du Québec ayant été invités à réagir dans le cadre de cette consultation ciblée.

Anne-Élisabeth Lapointe, CQLD  
Sandhia Vadlamudy, Cactus Montréal  
Marie-Ève Goyer, CRAN  
Guy-Pierre Lévesque, Méta d'Âme  
Martin Pagé, Dopamine  
Anne Gauvin, Les Maisons Péladeau  
Jean-Marc Ménard, RISQ  
Miguel Thériault, Le Grand Chemin  
Mario Gagnon, Point de Repère  
Jacques Vézina, CASA  
Gilles Cuillerier, Portage  
Shannie Beaudoin, CSDM  
Steeve Poulin, FTQ  
Jacques Cossette, CSDM  
Marianne St-Jacques, Université de Sherbrooke  
Sandra Wesley, Stella  
Hubert Sacy, Éduc'alcool  
Candide Beaumont, AIDQ  
Anik Tremblay, AIDQ  
Lisa Massicotte, AIDQ



1001, boulevard De Maisonneuve Ouest, bureau 420  
Montréal (Québec) H3A 3C8  
Téléphone : 514 287-9625  
Télécopieur : 514 287-9649  
Courriel : [info@aidq.org](mailto:info@aidq.org)  
Site web : <https://aidq.org>

---