

Plan d'implantation de services de consommation d'alcool supervisée à Montréal

Production de l'Institut universitaire sur les dépendances du
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

PLAN D'IMPLANTATION DE SERVICES DE CONSOMMATION D'ALCOOL SUPERVISÉE À MONTRÉAL

est une production de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

950 rue de Louvain est
Montréal (Québec) H2M 2E8
514 385-1232
ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca

Crédits auteurs et collaborateurs**Recherche et rédaction**

Robitaille, Michel-Philippe, APPR, IUD

Toussaint, Pierre, APPR, IUD

Sous la direction de

Flores-Aranda, Jorge, Professeur, École de travail social, UQAM et Chercheur régulier, IUD

Dépôt légal : 978-2-550-86422-6

© Institut universitaire sur les dépendances, 2020

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document

Plan d'implantation de services de consommation d'alcool supervisée à Montréal. Rapport rédigé par Michel-Philippe Robitaille et Pierre Toussaint sous la direction de Jorge Flores-Aranda. Montréal, Qc : IUD; 2020. 47 p.

Note

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Table des matières

GLOSSAIRE	v
1. LA DÉMARCHE EN VUE DE L'IMPLANTATION DES SERVICES DE CONSOMMATION D'ALCOOL SUPERVISÉE À MONTRÉAL ET SES OBJECTIFS	1
1.1 MÉTHODOLOGIE.....	3
2. LES SERVICES DE CONSOMMATION D'ALCOOL SUPERVISÉE ET LEURS EFFETS	4
2.1 Origine et historique des services de consommation d'alcool supervisée	4
2.2 Les programmes de gestion de l'alcool, une approche propre au canada	5
2.3 Revue systématique de littérature.....	6
3. RÉSULTATS DE LA DÉMARCHE ET MODÈLES DE SERVICES PROPOSÉS	9
3.1 Objectifs et philosophie d'un service de consommation d'alcool supervisée	9
3.2 Population cible.....	9
3.3 Types de services souhaités	10
3.4 Modalités de distribution de l'alcool.....	11
3.5 Services complémentaires.....	12
3.6 Coûts, besoins et personnel des services de consommation d'alcool supervisée	12
3.7 Organismes qui devraient opérer le service et enjeux de localisation	15
3.8 Cadre réglementaire et pratique des professionnels de la santé	16
3.9 Modèles proposés	17
3.9.1 Étapes d'implantation	17
Première étape : deux façons de répondre aux besoins immédiats.....	17
Deuxième étape : vers une assistance plus soutenue	21

Troisième étape : adopter le réflexe <i>services de consommation d'alcool supervisée</i>	21
3.10 Rôle des acteurs	21
3.11 Budget, financement et ressources humaines.....	22
3.12 Évaluation des résultats	23
3.12.1 Indicateurs de succès	24
4. ENJEUX ET DÉFIS LIÉS À L'IMPLANTATION	25
4.1 Enjeux d'organisation des services.....	25
4.2 Enjeux de sélection des usagers.....	28
4.3 Enjeux d'intervention	29
4.4 Enjeux d'intégration communautaire et d'acceptabilité sociale	34
4.5 Enjeux d'intégration dans le réseau de la santé et de continuité des soins	35
5. CONCLUSION	37

GLOSSAIRE

Alcool impropre à la consommation : Rince-bouche, désinfectant pour les mains, fixatif à cheveux, etc.

Centre de jour : Ressource sans service d'hébergement.

Damp shelter : Service d'hébergement qui accepte les personnes intoxiquées à l'admission.

Dry shelter : Service d'hébergement où la sobriété est exigée à l'admission.

Hébergement temporaire : Service d'hébergement limité dans le temps.

Managed Alcohol Program (MAP) ou programme de gestion de la consommation d'alcool (PGCA) : Programme souvent disponible dans des services *wet* qui consiste à offrir des doses d'alcool fixes à des moments prédéterminés de la journée.

Programme de gestion de la consommation d'alcool (PGCA) : Voir *Managed Alcohol Program*.

Services de type *wet* ou service de consommation d'alcool supervisée: Tout type de service qui permet la consommation sur place.

Soins palliatifs : Service d'accompagnement en fin de vie visant à l'amélioration de la qualité de vie notamment en soulageant la souffrance physique et psychologique.

Wet shelter : Service d'hébergement qui accepte les personnes intoxiquées à l'admission et qui permet la consommation sur place. La consommation est habituellement permise à certains endroits seulement.

1. LA DÉMARCHE EN VUE DE L'IMPLANTATION DES SERVICES DE CONSOMMATION D'ALCOOL SUPERVISÉE À MONTRÉAL ET SES OBJECTIFS

Les personnes en situation d'itinérance ont grandement besoin de services sociaux et de santé, mais n'y accèdent pas toujours, notamment en raison des problèmes de consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives (SPA) qui touchent nombre d'entre elles. Certaines règles encadrant l'accès aux services constituent d'importants obstacles pour les personnes en situation d'itinérance qui consomment des SPA. En exigeant que les utilisateurs de services soient sobres ou qu'ils ne montrent pas de signes d'intoxication le temps de recevoir l'aide dont ils ont besoin, les établissements de santé et de services sociaux, les refuges et les centres de jour rendent difficile l'accès au soutien qu'ils offrent. Ainsi, une personne aux prises avec un problème de consommation est souvent forcée de choisir entre éviter les symptômes de sevrage que l'accès aux services impose et recevoir l'assistance que requiert sa situation (Flores-Aranda & Toussaint, 2018).

Or, les personnes en situation d'itinérance ont des besoins importants tant sur le plan des services sociaux que des soins de santé. L'itinérance est très souvent accompagnée de multiples problèmes, dont ceux de santé mentale et de dépendance (Aubry *et al.*, 2012; Latimer *et al.*, 2015). Comparativement à l'ensemble de la population, les personnes en situation d'itinérance présentent des taux plus élevés de problèmes de santé mentale, de santé physique et de consommation de substances. De ce groupe, les personnes qui ont des problèmes de dépendance sont celles qui rencontrent le plus de difficultés à accéder à une relative stabilité résidentielle (Aubry *et al.*, 2012).

Au Québec, c'est à Montréal que l'on retrouve le plus de personnes en situation d'itinérance (Santé Québec, 2017; MSSS 2014). Un dénombrement, effectué en 2018, permettait de chiffrer à 3149 les personnes en situation d'itinérance visible à Montréal et à 5789 dans 11 régions du Québec. De ce nombre, 678 auraient passé la nuit à l'extérieur (Latimer & Bordeleau 2019). Le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM 2019) juge que le portrait que ce dénombrement dépeint est incomplet, car celui-ci ne prend en compte que les personnes rencontrées dans la rue et dans les ressources venant en aide aux personnes itinérantes le soir du dénombrement. Cette méthode utilisée pour effectuer le dénombrement omet donc les personnes qui, bien qu'elles vivent en situation d'itinérance, ont pu compter sur un hébergement hors des ressources ce soir-là (itinérance situationnelle). Si ces dénombremens dépeignent un portrait limité de l'itinérance à Montréal, ils permettent néanmoins de constater la rareté relative des places disponibles dans les services d'hébergement et ainsi comprendre l'incertitude qu'éprouvent les personnes en situation d'itinérance qui cherchent à y avoir accès. La Ville de Montréal comptait, à l'hiver 2017, 700 places d'hébergement d'urgence pour les hommes adultes, une centaine pour les femmes adultes et une soixantaine pour les jeunes en situation d'itinérance (Santé Montréal, 2016). Avec l'ajout de places à divers endroits, dont une unité de débordement

située à l'hôpital Royal-Victoria ouverte en saison hivernale, il y avait 1053 places en hébergement d'urgence à Montréal, à l'hiver 2019 (Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, 2019). Si l'offre des services d'hébergement s'est développée récemment, elle reste nettement insuffisante pour venir en aide à l'ensemble de la population qui en a besoin. Il est donc inévitable, dans les circonstances, que des personnes soient laissées pour compte par les services d'hébergement et doivent passer la nuit à l'extérieur.

Les personnes en situation d'itinérance ayant des problèmes de consommation d'alcool sont souvent privées d'accès aux refuges et aux centres d'hébergement en raison des critères exigeant la sobriété. Ces règles engendrent l'exclusion d'une population démunie dans des services qui ont pour but de répondre à ses besoins les plus élémentaires. Lorsque ces personnes accèdent aux services, elles souffrent parfois de symptômes causés par le sevrage qui leur est imposé. De plus, des personnes itinérantes peuvent également refuser ou renoncer à demander de l'aide en raison d'interactions antérieures négatives lors d'une demande d'assistance (McAll *et al.*, 2012).

Des services destinés spécifiquement aux personnes en situation d'itinérance exclues des ressources habituelles en raison de leur consommation d'alcool existent à divers endroits dans le monde, incluant cinq provinces canadiennes. Ceux-ci n'existent toutefois pas à Montréal. En raison de cette situation, un comité formé de représentants de la Ville de Montréal, le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal, le CCSMTL, le Service de police de la Ville de Montréal et la Société Makivik, a sollicité un avis sur la mise en œuvre de centres de consommation d'alcool supervisée avec ou sans programme de gestion de la consommation d'alcool (PGCA) à Montréal. L'Institut universitaire sur les dépendances, financé à cette fin par le Programme sur l'usage et la dépendance aux substances (PUDS), s'est vu confier la mission d'étudier la faisabilité de ce projet.

Le présent plan d'implantation est le fruit d'une démarche rigoureuse visant à documenter les effets des centres de consommation supervisée qui existent ailleurs sur les usagers et sur les milieux dans lesquels ils sont implantés, en plus d'identifier les besoins spécifiques des utilisateurs éventuels de ces services à Montréal. L'IUD a d'abord eu le mandat de rédiger une revue systématique des écrits sur ce type de service, avant d'entreprendre des démarches qui constituent dans leur ensemble une étude de faisabilité en vue de l'implantation d'un projet à Montréal. Ce sont ces recherches qui informent le plan d'implantation, lequel se veut un outil destiné aux organisations qui mettront en place les centres de consommation d'alcool supervisée à Montréal.

L'étude de faisabilité comporte quatre objectifs :

1. Définir l'offre de services de consommation d'alcool supervisée et le plan d'implantation avec des indicateurs de succès et des estimations budgétaires.
2. Identifier les conditions qui favoriseraient l'implantation harmonieuse de services de

consommation d'alcool supervisée à Montréal.

3. Identifier le contexte juridique et réglementaire propre au Québec qui permettrait la mise en place de services de consommation d'alcool supervisée.
4. Développer les modalités de suivi et d'évaluation de l'offre de services de consommation d'alcool supervisée.

1.1 MÉTHODOLOGIE

Ce plan est le résultat d'une démarche scientifique rigoureuse qui prend en considération les préoccupations pratiques des personnes affectées par l'implantation de centres de consommation d'alcool supervisée à Montréal. Il s'appuie sur trois sources des données : une revue systématique de la littérature portant sur les modalités de services de consommation d'alcool supervisée et leurs effets; des entrevues téléphoniques individuelles avec neuf gestionnaires et employés seniors de centres de consommation d'alcool supervisée existants, situés au Canada et au Royaume-Uni; quatre groupes de discussion avec 18 gestionnaires et intervenants qui œuvrent auprès des personnes en situation d'itinérance à Montréal; ainsi que des entrevues avec 46 usagers potentiels de centres de consommation d'alcool supervisée. L'ensemble de la démarche a été mené de façon participative. En effet, le comité de pilotage du projet, en collaboration avec l'équipe de recherche, ont mis sur pied deux groupes de travail, un était chargé de se pencher sur l'organisation de centres de consommation supervisée à Montréal et, l'autre, de l'intégration communautaire de ceux-ci. Les résultats de la démarche ont été présentés lors d'une journée d'étude le 4 avril 2019, à laquelle 86 participants provenant de différents milieux (itinérance, services publics, corps policiers, etc.) étaient présents. Six ateliers thématiques ont permis de discuter des résultats et d'identifier les priorités quant à l'implantation d'un service de consommation d'alcool supervisée. Les données recueillies par le biais des entrevues ont fait l'objet d'une analyse thématique et ont été triangulées avec les résultats issus de la revue systématique de la littérature et de la journée d'étude (Paillé et Mucchielli 2009).

2. LES SERVICES DE CONSOMMATION D'ALCOOL SUPERVISÉE ET LEURS EFFETS

2.1 Origine et historique des services de consommation d'alcool supervisée

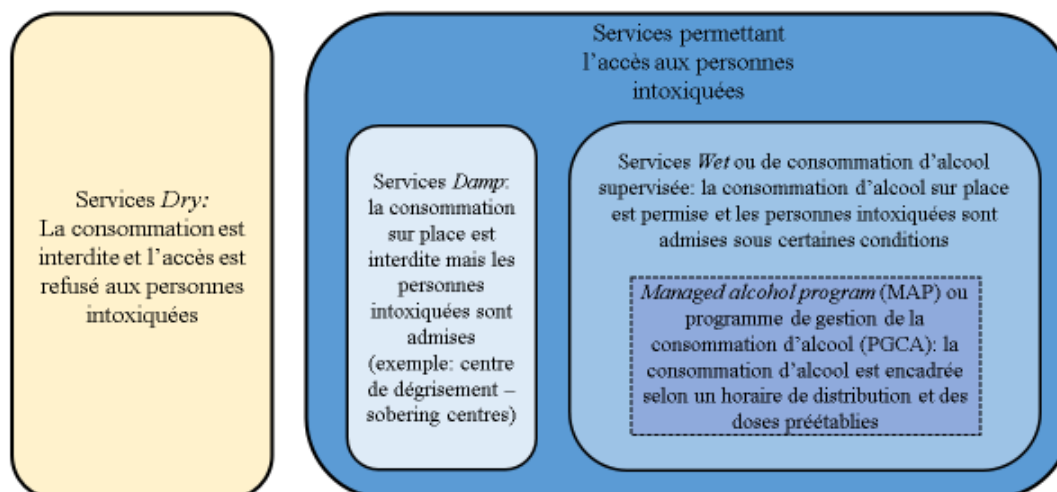
Pour pallier à l'incapacité de plusieurs personnes en situation d'itinérance d'obtenir de l'assistance en raison de leurs problèmes de consommation, certains organismes ont mis sur pied des services que la littérature scientifique qualifie de *damp* (qui admettent les personnes intoxiquées par l'alcool) et *wet* (qui permettent la consommation d'alcool sur place) dans différentes régions du monde (Flores-Aranda & Toussaint 2018; Reed 2008). Ces ressources se distinguent des services traditionnels, qualifiés de *dry*, lesquels ne tolèrent généralement ni la consommation ni l'intoxication des usagers. Les premiers services *damp* et *wet* ont vu le jour en Angleterre à la fin des années 1970 avec l'objectif de diminuer les arrestations de personnes en situation d'itinérance pour des raisons liées à leur consommation d'alcool dans l'espace public et d'offrir des services à une population souvent exclues des ressources existantes (Flores-Aranda 2018; Herring 1997; Reed 2008). Les lois et règlements concernant l'ivresse publique ont motivé la création d'espaces sécuritaires pour les personnes en situation d'itinérance consommant de l'alcool afin d'éviter qu'elles soient arrêtées et détenues par la police (Crane et Warnes, 2003; Evans, 2012; Hammond *et al.*, 2016; Pauly *et al.*, 2016; Vallance *et al.*, 2016). Ces ressources répondent aussi à des préoccupations concernant la santé des personnes consommant de l'alcool dans l'espace public (Brady *et al.*, 2006; Hammond *et al.*, 2016; Pauly *et al.*, 2013, 2016; Reed, 2008; Vallance *et al.*, 2016). En offrant un lieu sécuritaire pour consommer, les centres de consommation supervisée d'alcool aident les usagers à changer leurs habitudes de consommation en éliminant l'urgence d'ingérer leur alcool rapidement pour éviter les vols et les problèmes avec la police. De plus, la supervision permet d'écartier les produits impropres à la consommation qui posent un risque accru pour la santé des consommateurs. Les services *damp* et *wet* s'appuient sur la philosophie de la réduction des méfaits (Evans, 2012; Lee et Petersen, 2009; Majoor et Rivera, 2003; Stockwell, 1999). En plus d'offrir des interventions brèves, ils réfèrent certains usagers vers d'autres ressources, telles que des soins psychiatriques, des références vers le réseau public de santé ou des services d'accompagnement dans les démarches permettant d'obtenir un soutien financier de l'État (Brady *et al.*, 2006; Slesnick et Erdem, 2012). Ils sont offerts dans divers types de ressources tels que des refuges, des centres de jour ou des centres de soins communautaires (Podymow *et al.*, 2006; Slesnick et Erdem, 2012). Ces services s'avèrent pertinents pour contrer les difficultés et les barrières auxquelles font face les personnes en situation d'itinérance pour accéder à diverses formes de soutien (Lincoln *et al.*, 2009b; Reed, 2008). En permettant aux personnes itinérantes en état d'ébriété d'avoir accès à un hébergement et à celles désirant consommer de l'alcool d'avoir un endroit sûr pour le faire, ces ressources permettent à des individus en situation particulièrement précaire d'éviter d'être l'objet

d'interventions policières et d'adopter des habitudes de consommation moins dommageables pour leur santé.

2.2 Les programmes de gestion de l'alcool, une approche propre au canada

Les services *wet*, que nous traduisons par *services de consommation d'alcool supervisée*, sont un type d'aide qui vise principalement les personnes en situation d'itinérance. La particularité de cette approche est de permettre la consommation d'alcool sur les lieux en assurant un cadre sécuritaire. Ils existent dans plusieurs pays tels que l'Australie, la Suisse, le Royaume-Uni et les États-Unis. Leur apparition au Canada dans les années 1990 a amené une nouvelle approche à la supervision de la consommation : les programmes de gestion de la consommation d'alcool (PGCA, *Managed Alcohol Programs*, ou MAP). Ces derniers se distinguent des autres centres de consommation d'alcool supervisée par le fait que la distribution de l'alcool est contrôlée par le personnel qui suit des règles pour administrer des doses précises aux usagers à des intervalles de temps réguliers. Ces règles varient d'un centre à l'autre. La plupart des programmes de gestion de la consommation d'alcool fournissent les produits consommés. Dans les PGCA, les usagers sont généralement soumis un examen médical pour établir leurs besoins en fonction de leur niveau de dépendance et afin d'éviter qu'ils ne tombent en sevrage. Au Canada, le plus ancien centre de consommation d'alcool supervisée recensé par le *Canadian Managed Alcohol Program Study* (CMAPS) aurait ouvert en 1985 à Edmonton. Le premier programme de gestion de la consommation d'alcool a été mis sur pied à Toronto (Seaton House) en 1997. Il fait suite à l'enquête sur la mort tragique de trois personnes mortes de froid après avoir été refusées dans les refuges en raison de leur ébriété (Pauly et al 2016; Pauly et al 2013). Depuis, plusieurs programmes de gestion de la consommation d'alcool se sont ajoutés. Le CMAPS en recense 23 à ce jour, situés dans cinq provinces (CMAPS 2019). Les formes d'assistance offertes aux usagers diffèrent d'un endroit à l'autre, mais l'hébergement, la préparation de repas, l'accès à des douches et à des lieux de repos et de divertissement sont communs dans les centres de consommation d'alcool supervisée. Plusieurs centres de consommation supervisée offrent aussi un programme d'échange pour remplacer l'alcool impropre à la consommation des usagers par des produits sécuritaires.

Les services destinés aux personnes en situation d'itinérance en fonction des règles qu'ils imposent concernant l'intoxication et la consommation d'alcool



2.3 Revue systématique de littérature

L'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) a produit une revue systématique de la littérature portant sur les services de consommation d'alcool supervisée (Flores-Aranda & Toussaint, 2018). Cette revue a porté sur les modèles de services existants, les effets cliniques, les rapports avec les ressources existantes, l'implantation des services et la façon dont les différents modèles de services de consommation d'alcool supervisée s'inscrivent dans la trajectoire de vie d'usagers aux besoins et aux réalités différentes¹. Les services de consommation d'alcool supervisée engendrent des effets sur les personnes qui les fréquentent. Parmi ceux-ci, la littérature met en lumière la diminution des contacts avec la police et des arrestations (Pauly et al. 2013, 2016; Reed 2008; Vallance et al. 2016); la diminution du recours aux urgences et du temps d'hospitalisation (Pauly et al. 2013; Vallance et al. 2016; Sadowski et al. 2009; Reed 2008); la diminution des conséquences liées à la consommation d'alcool et de l'utilisation d'alcool impropre à la consommation (Pauly et al. 2013, 2016); un meilleur accès à des services sociaux et de santé (Crane & Warnes 2003; Reed 2008); une meilleure intégration sociale, une amélioration du bien-être psychologique (Pauly et al. 2016; Reed 2008; Slesnick & Erdem 2012; Stockwell et al. 2013) et un accroissement de la stabilité résidentielle (Slesnick & Erdem 2012).

¹ L'équipe de recherche, sous la supervision d'un comité scientifique, a suivi les règles en vigueur pour la production des revues systématiques. La méthodologie utilisée est explicitée dans le rapport (Flores-Aranda & Toussaint, 2018).

Bien que ce ne soit pas l'objectif visé par les services de supervision de la consommation d'alcool, la revue systématique note des variations dans les quantités consommées par les usagers. Les effets recensés des services de consommation d'alcool supervisée sur la consommation des usagers sont contradictoires. Crane & Warnes (2003); Reed (2008) et Slesnick & Erdem (2012) observent une diminution ou un meilleur contrôle de la consommation des usagers dans les centres où ils ont mené leurs études. Stockwell et al. (2013) rapportent un retour aux quantités consommées précédemment après une diminution temporaire, alors que Pauly et al. (2013) mettent en lumière une augmentation de la consommation des usagers. Ces variations peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs, tels que la substitution de la pratique du « binge drinking » par une consommation plus importante mais étalée dans le temps; l'augmentation des quantités consommées liée à la substitution de produits impropres à la consommation par de l'alcool destiné à cette fin; la substitution d'autres substances psychoactives par un accroissement de la consommation d'alcool; et les variations saisonnières de la consommation habituelles chez les usagers concernés, qui consomment souvent davantage en saison estivale. Ces résultats contradictoires ne devraient pas remettre en cause les objectifs poursuivis par la consommation d'alcool supervisée, mais ils mettent en évidence la nécessité de poursuivre la recherche sur les effets de ce type de service sur les habitudes de consommation des usagers.

Effets des services de consommation d'alcool supervisée

<p>Effets sur le système policier et judiciaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contacts avec la police menant à une arrestation - Perception du risque d'être interpellé ou arrêté par la police - Arrestations rapportées par les usagers - Transport par la police des gens qui consomment dans l'espace public vers un PGCA plutôt qu'une arrestation 	<p>→diminution</p> <p>→diminution</p> <p>→diminution</p> <p>→amélioration</p>
<p>Utilisation du système de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recours aux urgences - Hospitalisations - Jours d'hospitalisation 	<p>→diminution</p> <p>→diminution</p> <p>→diminution</p>
<p>Utilisation d'alcool impropre à la consommation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de ces produits - Jours d'utilisation de ces produits 	<p>→diminution</p> <p>→diminution</p>

<p>Conséquences de la consommation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accidents - Pertes de conscience - Épisodes de sevrage - Convulsions 	<p>→diminution</p> <p>→diminution</p> <p>→diminution</p> <p>→diminution</p>
<p>Bien-être psychologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualité de vie - Bien-être perçu - Création de liens sociaux 	<p>→amélioration</p> <p>→amélioration</p> <p>→augmentation</p>
<p>Stabilité résidentielle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilité résidentielle 	<p>→augmentation</p>
<p>Accès aux services</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accès à des professionnels de santé, dont un médecin de famille - Obtention de documents nécessaires à la réinsertion sociale 	<p>→facilité</p> <p>→facilité</p>
<p>Consommation d'alcool</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consommation d'alcool 	<p>→diminution, maintien ou augmentation en fonction des personnes et variations dans le temps</p>
<p>Finances publiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coûts sociaux de l'itinérance - Retour sur investissement 	<p>→diminution</p> <p>→Économies pour les finances publiques</p>

3. RÉSULTATS DE LA DÉMARCHE ET MODÈLES DE SERVICES PROPOSÉS

La démarche faite par l'IUD a permis de connaître l'expérience des centres de supervision de la consommation d'alcool là où ils existent et les leçons qu'en tirent les chercheurs et les intervenants qui dispensent ces services. Elle a aussi relevé les besoins exprimés par les personnes en situation d'itinérance à Montréal ainsi que par les intervenants et gestionnaires qui œuvrent auprès d'elles. Nous présentons ici les résultats de l'ensemble de la démarche de collecte des données menée par l'IUD et la proposition de modèles de services qui en découle.

3.1 Objectifs et philosophie d'un service de consommation d'alcool supervisée

LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

La plupart des personnes consultées reconnaissent l'existence d'un besoin. Elles s'accordent sur l'utilité de centres de consommation d'alcool supervisée et s'entendent sur les besoins qu'ils pourraient combler et les principes d'intervention qui doivent les inspirer. Les participants aux consultations ont convenu que le principe de « ne pas nuire » doit guider la réflexion sur la supervision de la consommation d'alcool. De plus, ils reconnaissent l'importance d'impliquer différents professionnels dès la planification de l'implantation d'un tel service afin d'organiser les pratiques en conformité avec les règles dictées par les ordres professionnels. Dans la mesure du possible, il faut aussi impliquer les usagers dans la construction du modèle de service. Ils insistent sur la nécessité de développer une sensibilité aux aspects culturels et de genre, en plus d'ancrer les pratiques dans les milieux de vie. En ce qui a trait à l'acceptabilité sociale, ils désirent informer le public sur la philosophie de la réduction des méfaits qui inspire ce type de service, tout en invitant au réalisme sur les attentes envers celui-ci. Les centres de consommation d'alcool supervisée ne vont pas résoudre tous les enjeux des personnes en situation d'itinérance, mais ils peuvent avoir des effets positifs sur le quotidien et le niveau de vie de certaines d'entre elles, notamment les plus désaffiliées.

3.2 Population cible

LES PERSONNES DONT LA CONSOMMATION D'ALCOOL EST LA PROBLÉMATIQUE PRINCIPALE, QUI N'ACCÈDENT PAS AUX RESSOURCES D'HÉBERGEMENT EN RAISON DE LEUR CONSOMMATION, QUI N'ONT PU CESSER DE BOIRE MALGRÉ DES DÉMARCHES EN CE SENS ET QUI DÉSIRENT ENTREPRENDRE UNE DÉMARCHE DE CONSOMMATION SUPERVISÉE

Cibler la population pouvant bénéficier des services et prendre en compte ses besoins est une étape importante en vue de la réussite du projet. Les personnes consultées jugent que le public

cible d'un centre de consommation d'alcool supervisée devrait être constitué des personnes désaffiliées et exclues, qui font l'objet d'interventions policières fréquentes ou qui sont victimes de violences, dont la consommation d'alcool est la problématique principale, qui n'accèdent pas aux ressources d'hébergement en raison de leur consommation, qui n'ont pu cesser de boire malgré le contact avec différents services et qui désirent entreprendre une démarche de consommation supervisée. Celle-ci contribuerait à redonner une dignité et une qualité de vie à ces personnes. Les usagers potentiels jugent que la consommation d'alcool supervisée permettrait aux gens aux prises avec des problèmes d'alcool de consommer en sécurité et d'avoir accès à des ressources qui leurs sont souvent refusées actuellement. Les diverses catégories de répondants estiment, pour la plupart, que le fait d'avoir des problèmes de santé physique ou mentale ne devrait pas être un obstacle ou une condition à l'accès aux services de supervision de la consommation. Il existe un consensus chez les personnes consultées concernant l'importance de la mixité des ressources, bien que plusieurs aient aussi demandé l'aménagement d'un espace séparé où les femmes qui le désirent puissent se retrouver en l'absence de la clientèle masculine. Bien que certaines personnes vivant avec la dépendance soient réticentes quant aux effets de la consommation d'alcool supervisée sur la consommation des usagers et sur les comportements violents qui pourraient en résulter, la plupart considèrent qu'il s'agirait d'une ressource utile dont pourraient bénéficier de nombreuses personnes. Plusieurs l'utiliseraient eux-mêmes, en particulier les personnes vivant actuellement dans la rue – et non en hébergement transitoire. S'ils souhaitent une assistance spécifique adaptée aux besoins de populations particulières, notamment les Autochtones, les femmes et les couples, ils réclament une ressource inclusive et mixte.

3.3 Types de services souhaités

- HÉBERGEMENT AVEC SUPERVISION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL
- SERVICES 24/7

Les acteurs consultés s'entendent sur la diversité des besoins des personnes en situation d'itinérance qui consomment de l'alcool de manière problématique. Parmi cette diversité de besoins, il y en a un qui semble plus important que les autres. Tous s'entendent sur la nécessité d'offrir de l'hébergement dans le cadre de la supervision de la consommation d'alcool. Ainsi, un centre qui n'offrirait pas d'hébergement ne s'attaquerait pas à la problématique principale de l'itinérance. De plus, le centre laisserait à eux-mêmes les usagers une fois l'heure de la fermeture arrivée, ce qui les ramènerait au point de départ, alors qu'ils ne seraient pas nécessairement en mesure d'accéder aux refuges existants. Plusieurs jugent tout de même qu'il est souhaitable d'encourager certains centres de jour existants à offrir un service de consommation d'alcool supervisée. La plupart insiste sur l'importance d'une prise en charge 24/7, qui pourrait se faire en combinant plusieurs types de ressources (centres de jour, de soir, refuges d'urgence et hébergement transitoire) adaptées aux besoins multiples des usagers. Certains répondants anticipent des difficultés à attirer la clientèle visée si l'aide offerte est limitée à des heures

spécifiques de la journée. Les répondants considèrent qu'une offre diversifiée est essentielle pour rejoindre les populations les plus désaffiliées, parmi lesquelles les personnes autochtones, les femmes, les jeunes, les personnes âgées et les personnes ayant des animaux sont particulièrement difficiles à rejoindre. Ils réclament à la fois des ressources plus souples de style *drop in* et de l'hébergement transitoire pour un engagement plus soutenu. La littérature scientifique sur la consommation d'alcool supervisée ne permet cependant pas d'établir quelque bénéfice que ce soit à un éventuel centre n'offrant pas d'hébergement en raison de l'absence d'études évaluatives sur le sujet.

Le groupe de travail sur l'organisation des services s'est penché sur les installations souhaitables dans un centre de consommation d'alcool supervisée. Dans un centre de jour, les participants jugent nécessaire d'aménager un bureau fermé pour procéder à des interventions et à l'évaluation des usagers. Ils souhaitent aussi une salle commune et une salle de consommation. Les lieux pourraient inclure une infirmerie, des douches, une cour, une salle pour des activités, un bureau pour le travail de gestion, une cuisine, une salle à manger et un comptoir de service pour distribuer l'alcool. Un centre offrant l'hébergement d'urgence devrait aménager, en plus de ce qui a été mentionné, des chambres individuelles et pourrait inclure une buanderie et un fumoir.

3.4 Modalités de distribution de l'alcool

GRANDES DIVERGENCES D'OPINIONS, PAS DE CONSENSUS

Les avis de l'ensemble des participants à notre démarche sont partagés sur les modalités de distribution de l'alcool dans les centres de consommation supervisée. Les points de vue se situent à divers points d'un continuum allant d'un contrôle minimal à l'encadrement fourni par un PGCA. Certains répondants privilégient un service où l'alcool serait fourni par les usagers, qui le consommeraient de façon plus ou moins libre, alors que d'autres tendent à prioriser un PGCA où les doses seraient fournies à des intervalles prédéterminés par l'organisme. Les gestionnaires de centres existants préconisent des règles simples mais strictes et appliquées de façon constante, tout en invitant à prendre en compte les besoins des usagers. Ils jugent nécessaire de procéder à une évaluation médicale préalable et continue des utilisateurs. Certains intervenants et gestionnaires montréalais se montrent réticents à contrôler la consommation des usagers, ce qui est perçu comme une approche trop médicale. La gestion de la consommation est souvent conçue comme une deuxième étape de l'intervention. Quant aux usagers, certains acceptent sans problème l'encadrement de la consommation, alors que d'autres n'envisagent pas de se plier à un cadre strict. Certains intervenants montréalais jugent problématique la gratuité de l'alcool. Si demander une contribution financière pour l'alcool peut être un frein à l'utilisation des services, la gratuité risque de rendre plus difficile l'acceptabilité sociale des services de consommation d'alcool supervisée. De plus, les centres de consommation d'alcool supervisée existants utilisent souvent la contribution financière (soit pour l'alcool spécifiquement ou pour le service en entier) comme facteur de responsabilisation des usagers qui doivent ainsi apprendre à gérer un budget.

3.5 Services complémentaires

PORTE D'ENTRÉE VERS DES SERVICES COMPLÉMENTAIRES

Les personnes consultées s'entendent sur l'importance d'offrir des services complémentaires à la consommation d'alcool en lieux sûrs. Certains intervenants craignent qu'il n'y ait pas d'autre objectif d'intervention que d'offrir un environnement plus sécuritaire pour la consommation. En plus de l'hébergement, considéré essentiel par plusieurs, ils voient la consommation d'alcool supervisée comme une porte d'entrée vers un continuum de services et une forme de réaffiliation sociale pour des personnes particulièrement exclues. Les intervenants et gestionnaires montréalais insistent sur l'importance de la continuité des services, notamment en réclamant une offre de transport entre les divers lieux qui offriraient la consommation d'alcool supervisée. Plusieurs usagers potentiels ont aussi exprimé le souhait de pouvoir consulter un médecin ou une infirmière sur place. Ils considèrent de plus qu'un accès à du soutien psychosocial, à de l'aide administrative et à d'autres ressources actuellement rares ou inexistantes constituerait un incitatif à utiliser le soutien offert par le centre. Plusieurs ont aussi exprimé le souhait de pouvoir se laver sur place, d'avoir accès à des casiers pour ranger leurs effets personnels en sécurité et à des repas en tout temps. Ils souhaitent aussi des lieux de détente, des loisirs et divertissements (jeux, salle avec télévision et ordinateurs, bricolage, œuvres artistiques, salle d'entraînement, etc.) et des aménagements pour animaux de compagnie. Certaines personnes consultées ont mis de l'avant l'idée de contribuer au fonctionnement du centre en produisant du vin, de la bière ou du pain. Enfin, pour eux, la présence de pairs aidants et de personnes qui «sont passées par là» est très importante.

Les répondants affirment qu'il est peu probable que l'entièreté des services complémentaires souhaités soit rendue disponible sur place dès l'ouverture des centres de consommation d'alcool supervisée. Il est donc important qu'une collaboration étroite s'instaure entre ces centres et les ressources existantes où ces services sont disponibles. Les centres de consommation d'alcool supervisée doivent être une plateforme à partir de laquelle les usagers peuvent prendre connaissance des ressources disponibles autant sur place que dans d'autres organismes. Les usagers doivent y trouver l'aide nécessaire pour s'orienter et être accompagnés vers les ressources.

3.6 Coûts, besoins et personnel des services de consommation d'alcool supervisée

LA PRESENCE DE PERSONNEL INFIRMIER EST IMPORTANTE

Il est important de noter les défis que comporte l'implantation de centres de consommation d'alcool supervisée sur le plan des ressources humaines et des infrastructures. Quelques études ont documenté le fonctionnement des centres de consommation d'alcool supervisée, notamment

en ce qui concerne le personnel devant être embauché pour en assurer le fonctionnement, l'infrastructure nécessaire en fonction de l'aide offerte, de même que les relations avec le voisinage. Une étude portant sur le centre JTH, en Australie, rapporte que celui-ci fonctionne avec six à huit employés à tout moment pour une trentaine de résidents, comprenant un chef de l'administration, des chefs d'équipe et le personnel de soutien (Memmott et Nash, 2012). Un centre communautaire de soins palliatifs situé à Ottawa embauche quant à lui une infirmière à temps plein sept jours par semaine, une infirmière auxiliaire dans la soirée et la nuit cinq jours par semaine, et un intervenant 24 heures par jour, sept jours par semaine pour superviser les patients et pour aider les activités de la vie quotidienne (Podymow *et al.*, 2006).

Certains centres de consommation d'alcool supervisée au Canada nous ont aussi fourni des informations concernant leur budget et les ressources humaines qu'ils emploient. Pour les ressources humaines, les besoins sont généralement assez similaires dans les différents services et sont directement liés avec le nombre d'usagers. En général, il semble nécessaire d'avoir au moins un intervenant par 20 usagers et au moins une autre ressource de type administrative. Un gestionnaire mentionne un ratio intervenant-usager d'un pour 20 le jour et le soir, et d'un pour 40 la nuit. À cela, il faut ajouter une ressource de santé, généralement une infirmière. Les services d'hébergement privilégient une présence constante (sur appel la nuit) tandis que les centres de jours privilégient une présence hebdomadaire. Les besoins sont toutefois relatifs au nombre d'usagers. Par exemple, un centre de jour à 100 usagers aurait intérêt à offrir la présence constante d'une infirmière.

Des gestionnaires que nous avons consultés ont remarqué qu'avec le temps, les besoins en présence infirmière diminuaient grâce aux gains en efficacité engendrés par l'expérience acquise. Il faut donc prévoir davantage de ressources infirmières lors de l'implantation, tout en sachant que les besoins ne se maintiendront pas nécessairement à un niveau aussi élevé. Étant donné les besoins importants en soins de santé, les gestionnaires recommandent d'avoir recours à certains services externes afin de réduire les coûts, notamment en ce qui a trait aux services en santé mentale.

Ces ressources humaines supposent des coûts importants pour les organismes qui les embauchent. Il peut aussi être difficile de trouver du personnel compétent et de le garder à l'embauche du centre. La rétention du personnel dans un milieu qui le confronte à des problèmes sociaux et de santé importants peut constituer un enjeu difficile à gérer pour les centres de consommation d'alcool supervisée (Reed, 2008). Il est par ailleurs important de prévoir qu'une part du travail effectué par le personnel sera dédié aux relations avec la communauté. Ainsi, des chercheurs estiment nécessaire de consacrer des ressources à la sensibilisation de la population afin de permettre une meilleure compréhension des besoins et d'éviter les erreurs d'interprétation dans la communauté où le centre est implanté (Stockwell *et al.*, 2013).

L'infrastructure est un autre enjeu à considérer dans l'implantation de centres de consommation d'alcool supervisée, notamment lorsqu'il y a un PGCA et un service d'hébergement. En effet, ces

programmes impliquent des coûts plus importants et des besoins particuliers en termes d'infrastructure et d'espace physique. Des espaces désignés doivent permettre l'entreposage sécuritaire et la distribution de l'alcool, des tâches qui demandent par ailleurs plus de temps aux intervenants. Un centre offrant de 10 à 15 lits rapporte des coûts fixes de 500 000\$ pour les rénovations et l'aménagement d'un espace existant, l'ameublement et l'installation d'équipement informatique et téléphonique. Un gestionnaire de centre de consommation supervisée, situé dans une grande ressource destinée aux personnes en situation d'itinérance, juge que les coûts engendrés par son service sont faibles grâce au fait que l'organisme est propriétaire des locaux. Il estime que les coûts relatifs seront plus élevés dans le cas d'un service plus petit, destiné à moins de 20 usagers.

D'après certains gestionnaires que nous avons consultés, les coûts d'opération d'un service de consommation d'alcool supervisée résidentiel accueillant de 10 à 15 usagers seraient d'environ 1 100 000\$ par année. Ce montant inclut 16 employés cliniques à temps plein, deux employés administratifs, un employé de maintenance et diverses autres dépenses en lien avec l'administration. Il est par ailleurs important de prévoir des coûts importants pour les fournitures médicales ainsi que le transport vers les services de santé.

Certains centres n'ont pas fourni d'information concernant leur budget global, mais plutôt des estimations des coûts quotidiens par usager. Les coûts par usager, lorsqu'ils sont estimés par les gestionnaires auxquels nous avons parlé, varient grandement d'un endroit à l'autre. Un centre de supervision de la consommation d'alcool ontarien estime à 43\$ par jour, par usager, les frais de fonctionnement du service, ce à quoi il faut ajouter les 40\$ quotidiens qu'il en coûte à l'organisme pour héberger un usager. Un service albertain disposant d'un PGCA estime ses coûts d'opération à 260\$ par jour, par usager, en excluant les coûts administratifs (c'est-à-dire sans lien direct avec les services de santé offert à l'usager). Un centre ontarien évoque même des coûts de 350\$ à 400\$ par jour, par usager.

Les services de consommation d'alcool supervisée amortissent souvent une part des coûts qu'ils engendrent en demandant une contribution aux usagers. Les modalités de cette contribution varient d'un endroit à l'autre. Un service résidentiel offrant de 10 à 15 lits en Ontario perçoit en moyenne 500\$ par mois par usager pour l'accès aux services. Dans le cas d'un service en Alberta, l'usager doit déboursier 2 000\$ par mois pour l'hébergement, la nourriture, les services de santé, les services de télécommunication et les sorties, en plus de fournir son propre alcool s'il souhaite bénéficier du programme de gestion de la consommation. Un centre de jour ontarien offre un programme de gestion de la consommation d'alcool à 10 usagers pour 200\$ chacun par mois, un forfait incluant divers services, l'alcool et la nourriture, en plus d'un hébergement en ressource externe. Les usagers qui le souhaitent peuvent aussi payer 75\$ par mois pour une ration quotidienne de 10 grammes de tabac. Un programme résidentiel de gestion de la consommation d'alcool en Ontario ajuste la contribution demandée des usagers en fonction de leurs moyens financiers. Ainsi, les personnes en question doivent payer 90% de leurs revenus pour obtenir des services, ce qui inclut l'hébergement, la nourriture, l'alcool et les cigarettes. Un service de

consommation d'alcool supervisée en Ontario opte quant à lui pour un tarif par consommation, faisant payer 0,60\$ aux usagers pour chaque consommation (ce qui représente les 2/3 du coût d'achat).

3.7 Organismes qui devraient opérer le service et enjeux de localisation

OPÉRER PAR LE MILIEU COMMUNAUTAIRE AVEC LE SOUTIEN DU RÉSEAU DE LA SANTÉ

Les consultations mettent en lumière la volonté partagée par l'ensemble des acteurs d'une collaboration entre le milieu communautaire et le réseau de la santé dans l'implantation du projet. Si certaines personnes consultées croient souhaitable la consommation d'alcool supervisée en milieu hospitalier afin de faciliter l'accès aux soins médicaux pour les personnes vivant avec une dépendance à l'alcool, plusieurs souhaitent que ces services soient offerts hors du réseau de la santé. Une avenue intéressante est celle empruntée par un service en milieu hospitalier à Vancouver, qui poursuit la gestion de la consommation d'alcool des personnes hospitalisées lorsque celles-ci participent préalablement à un tel programme. Il faut toutefois éviter d'emmener les gens en milieu hospitalier spécifiquement pour les services de supervision de la consommation d'alcool lorsqu'ils ne nécessitent pas les soins qui y sont dispensés. Les intervenants et les gestionnaires des organismes montréalais estiment que le leadership doit être assumé par le communautaire et que le réseau de la santé doit agir en soutien aux organismes impliqués, bien que certains appréhendent une certaine rigidité et la création d'un milieu trop institutionnalisé comme résultat de la collaboration avec le réseau de la santé. Ce point de vue concorde avec celui de plusieurs usagers potentiels qui souhaitent davantage un lieu agréable et chaleureux où ils se sentiraient à la maison qu'un espace institutionnel donnant l'impression d'être contrôlés. Le personnel des organismes montréalais souhaite une pluralité de points de service et craint qu'une seule grande ressource ne freine l'ouverture d'autres centres plus petits. Les participants au groupe de travail sur l'organisation des services considèrent que l'offre d'un service de consommation d'alcool supervisée dans une ressource existante permettrait d'accélérer l'implantation du projet.

Quant à la localisation des centres de supervision de la consommation d'alcool, les personnes consultées offrent des points de vue divergents mettant en lumière la diversité des besoins. Si plusieurs insistent sur l'importance d'offrir des services dans un lieu central et facilement accessible, d'autres jugent qu'il est important de faire face à la demande là où elle se trouve et mettent en garde face à une éventuelle centralisation des ressources. En ouvrant un seul centre dans le centre-ville ou le quartier Centre-sud, le projet ne réussirait pas nécessairement à rejoindre les personnes ciblées dont les milieux de vie se situent dans d'autres secteurs. De plus, alors que plusieurs priorisent l'accessibilité des lieux sur le plan du transport, d'autres jugent qu'une trop grande proximité par rapport au centre-ville pourrait constituer une source de tentation pour des gens ayant des problèmes de dépendance.

3.8 Cadre réglementaire et pratique des professionnels de la santé

LA CERTIFICATION N'EST PAS OBLIGATOIRE

Le troisième objectif de l'étude de faisabilité était d'identifier le contexte juridique et réglementaire propre au Québec qui permettrait la mise en place de services de consommation d'alcool supervisée. À cette fin, le CCSMTL a demandé un avis à son service du contentieux ainsi qu'à un comité inter-ordre composé du Collège des médecins du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Selon le service du contentieux du CCSMTL², les organismes qui offriront des services de consommation d'alcool supervisée ne sont pas dans l'obligation d'obtenir une certification comme ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance. Étant donné que le modèle proposé n'inclut pas de services de soutien, au sens du règlement, l'article 1 du Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance ne s'applique pas aux centres de consommation d'alcool supervisée. Toujours selon le contentieux, le ministère de la Santé et des Services Sociaux considère les refuges destinés aux personnes en situation d'itinérance comme le domicile des usagers. Par conséquent, les services de santé offerts par le CCSMTL ne requièrent pas que le centre soit une installation de l'établissement. Aucun permis n'est donc nécessaire à l'opération des services de consommation d'alcool supervisée.

Le comité inter-ordre³ juge aussi qu'un refuge constitue un milieu de vie. Il considère que les intervenants d'un centre de consommation d'alcool supervisée pourraient être formés par les professionnels de la santé comme ce serait le cas pour une famille devant gérer à domicile certaines problématiques de santé. Il n'est toutefois pas obligatoire qu'un professionnel de la santé soit sur place à tout moment.

Une question importante concerne le statut de l'alcool, en tant que substance, et la réglementation qui le concerne dans un centre de consommation d'alcool supervisée. Le comité juge que l'alcool n'est pas un médicament et qu'il ne fait donc pas l'objet de réglementation par les ordres. Aucune ordonnance n'est donc nécessaire à son administration, mais celle-ci peut être encadrée par des protocoles et formulaires. La gestion, la surveillance et l'administration de l'alcool ne sont pas des activités réservées aux professionnels de la santé. Les intervenants de l'organisme opérant le service pourront donc accomplir ces tâches sans avoir recours à la

² Me Audrey Lemieux et Me Maryse Nadeau-Poissant, du service du contentieux, ont répondu aux interrogations du CCSMTL et de l'IUD par courriel le 21 juin 2019 et le 20 février 2020 respectivement.

³ Le comité est arrivé aux conclusions présentées ici lors d'une rencontre téléphonique tenue le 6 février 2020, à laquelle ont participé Carole Roy et Joël Brodeur, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Jean-Bernard Trudeau, du Collège des médecins du Québec, Pratick Boudreault et Michel Caron, de l'Ordre des pharmaciens du Québec, et Marie-Eve Goyer et Elaine Polflit du CCSMTL.

supervision des professionnels de la santé.

Enfin, selon le comité inter-ordre, l'évaluation de la condition physique et mentale des usagers est un acte réservé aux professionnels de la santé. Les intervenants pourraient observer des signes et des symptômes préalablement identifiés dans une grille d'observation afin de référer les usagers aux professionnels de la santé lorsque nécessaire. Ils ne pourraient toutefois pas procéder à l'évaluation en tant que telle.

3.9 Modèles proposés

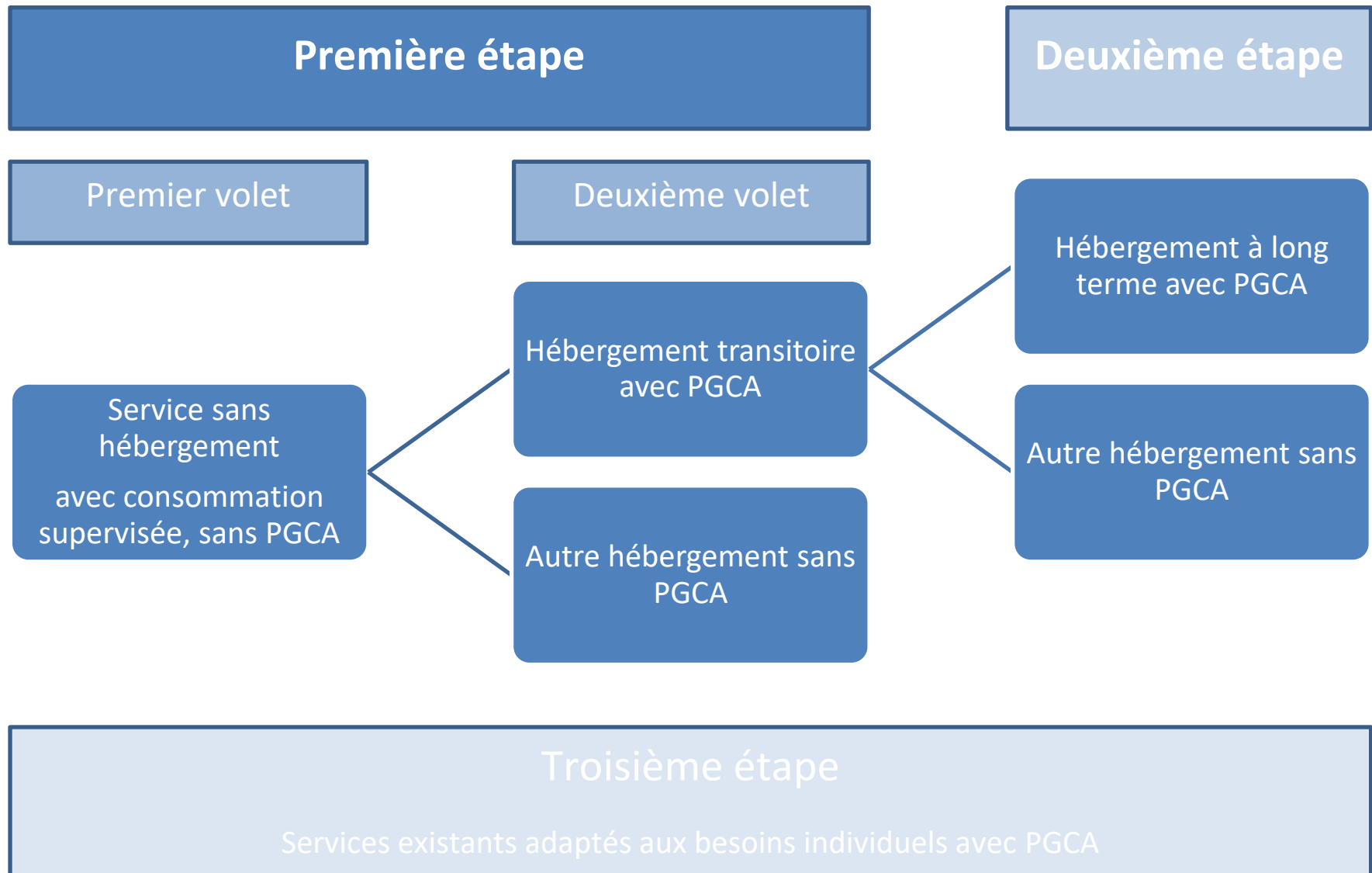
Nos recherches ont mené au développement de la proposition suivante. Elle s'articule en trois étapes permettant d'envisager l'implantation des centres de consommation d'alcool supervisée à court, moyen et long terme.

3.9.1 Étapes d'implantation

Première étape : deux façons de répondre aux besoins immédiats

À court terme, les recherches et les consultations laissent croire que l'idéal serait un modèle incluant deux volets : un service sans hébergement avec consommation d'alcool supervisée et un service avec hébergement fonctionnant avec un programme de gestion de la consommation d'alcool.

La clientèle visée est celle qui n'accède pas actuellement aux ressources en raison de sa consommation d'alcool ou qui accède à une aide qui ne répond pas adéquatement à ses besoins. L'objectif d'offrir deux services distincts est de répondre à différents besoins. Bien qu'il soit impossible de satisfaire tout le monde avec des centres de consommation d'alcool supervisée, l'existence de deux types de ressources permettra à un plus grand nombre d'usagers d'en bénéficier. À terme, il faut toutefois prévoir le développement d'une offre adaptée aux préoccupations des diverses populations. Par exemple, il faut voir au-delà de l'hébergement transitoire et prévoir un modèle d'hébergement à long terme dans les ressources disponibles à Montréal ou dans une ressource dédiée. Le volet sans hébergement comporte plusieurs avantages. Il assure notamment une consommation d'alcool sécurisée durant les heures d'ouverture du centre tout en incluant la possibilité de prendre un repas et de se laver, de participer à des activités sociales et de créer un lieu d'appartenance. Il favorise aussi le contact avec diverses ressources (santé, logement, travail, etc.). Il est relativement peu coûteux en infrastructures et en ressources humaines et permet une réduction de la consommation dans l'espace public, ce qui a pour effet de réduire le nombre d'interventions policières, de contraventions émises et d'arrestations. Il permet de rejoindre beaucoup de personnes, dont celles plus éloignées des ressources actuelles.



Cependant, ce volet comporte aussi des désavantages. Il offre moins de supervision de la consommation et a moins d'effets positifs sur la sécurité et la qualité de vie qu'une offre incluant l'hébergement. Ses effets sur la santé, le bien-être et l'utilisation des services d'urgence ne sont pas documentés dans la littérature scientifique et de multiples expériences au Royaume-Uni – où ces ressources ont presque toutes fermé après quelques années – montrent plusieurs inconvénients d'un tel modèle lorsqu'il n'est pas accompagné d'un volet avec hébergement. Il rend la participation du personnel infirmier et médical pour les suivis de santé plus ardue. Plus difficile à gérer, ce modèle pourrait créer des complications en termes d'acceptabilité sociale. Il est donc important qu'un service sans hébergement soit jumelé avec un service d'hébergement. L'accueil en service sans hébergement doit par ailleurs comprendre une évaluation de l'état de santé du participant. De plus, il est nécessaire de prévoir des corridors de services afin que les usagers soient dirigés vers les ressources dont ils ont besoin et qu'ils y aient accès rapidement.

En bref, dans un centre sans hébergement, il semble important de suivre les balises suivantes :

- Consommation sur place permise, mais inscription obligatoire
- Réglementation minimale, incluant tolérance zéro pour la violence et obligation de limiter l'ébriété à un niveau acceptable pour les intervenants ou dans les limites des règles de fonctionnement de l'organisme
- Salles réservées pour clientèles spécifiques (femmes, personnes trans, personnes autochtones, etc.)
- Offre de repas, collations, douches, buanderie, téléphones, ordinateurs, etc.

Le personnel de soins (infirmières, auxiliaires, etc.) devrait être présent ou être disponible sur appel. L'alcool doit être fourni par les usagers et vérifié par le personnel pour écarter les produits impropres à la consommation. L'objectif est avant tout de permettre la consommation d'alcool dans un lieu sécuritaire. Il conviendrait aussi d'encourager l'utilisation d'autres ressources et de référer à celles-ci les personnes qui le désirent. Enfin, s'il y a une entente avec une ressource d'hébergement, un accompagnement entre les locaux des deux organismes devrait être assurée.

Enfin, il pourrait aussi y avoir un centre de jour sans supervision de la consommation d'alcool et sans inscription. Ce service semble être notamment souhaité par certaines communautés autochtones. Cependant, il faut s'assurer de la présence de personnel apte à reconnaître un état de santé qui nécessite des soins médicaux et à juger l'innocuité de l'alcool. Une personne formée à la pratique de la RCR doit être présente sur les lieux en tout temps. Une telle ressource permettrait aux personnes réticentes à s'inscrire dans une démarche administrative de bénéficier des services et d'expérimenter l'approche avant d'opter pour un centre plus complet. Néanmoins, si la ressource n'est pas ouverte la nuit, il pourrait y avoir des débordements à la fermeture, notamment en période hivernale. Il est donc important de prévoir un corridor de services pour assurer la prise en charge des utilisateurs une fois l'heure de fermeture arrivée.

Le volet avec hébergement comporte aussi ses côtés positifs et négatifs. Pour l'aspect positif, il permet de rejoindre des personnes très marginalisées et procure un chez-soi à des personnes en situation d'itinérance. Il présente un lieu sûr pour consommer de l'alcool tout en permettant le contrôle des quantités consommées. Il offre une possibilité de « *case management* » et permet des activités sociales et le développement d'un sentiment d'appartenance et de communauté. Il met les usagers en contact avec diverses ressources (santé, logement, travail, etc.) et a des effets positifs sur la vie des usagers en général, notamment sur leur santé et leurs habitudes de consommation.

En ce qui a trait aux désavantages, la littérature scientifique souligne qu'il est difficile de trouver des ressources humaines formées et ouvertes à l'approche de consommation d'alcool supervisée 24/7. Les gestionnaires de quatre centres de supervision de la consommation d'alcool canadiens que nous avons interviewés ne semblent toutefois pas faire face à des problèmes de recrutement.

Si la supervision de la consommation permet de stabiliser la personne, cette dernière ne peut rester en hébergement temporaire indéfiniment. La vie en communauté obligatoire et un espace réglementé peuvent engendrer un sentiment d'être institutionnalisé. Finalement, cette forme d'aide ne permet de rejoindre qu'un nombre limité de personnes et peut entraîner des coûts importants en infrastructure. Il est donc important de communiquer adéquatement la mission d'un centre avec hébergement au personnel qui y travaillera et d'offrir les formations nécessaires afin qu'il se sente outillé pour la remplir. Il faut mettre en place des corridors de services afin que les utilisateurs puissent cheminer vers une solution permanente après leur séjour en hébergement temporaire. De plus, les centres de consommation d'alcool supervisée doivent s'apparenter le plus possible à un milieu de vie résidentiel pour éviter de donner le sentiment d'être institutionnalisé.

En bref, dans un centre avec hébergement, il semble important de suivre les balises suivantes :

- Programme de gestion de la consommation d'alcool
- Court et moyen terme (deux ans maximum)
- Espaces séparés/réservés pour femmes / sensibles aux réalités des personnes trans
- Sensibilité aux réalités autochtones
- En milieu communautaire avec une collaboration du réseau

La présence de personnel médical (infirmières, auxiliaires, etc.) est préférable et la disponibilité du personnel de soin sur appel en cas d'ouverture de nuit est nécessaire. L'alcool doit être fourni par l'organisme lui-même suite à une évaluation médicale qui peut être modifiée (ex. en raison de l'apparition de symptômes de sevrage). Les usagers peuvent refuser de consommer selon l'horaire habituel mais ne doivent jamais montrer de signes de sevrage. L'alcool pourrait être fourni selon différentes modalités : il pourrait soit être acheté en grande quantité auprès de la SAQ ou de commerces de détail, soit être fabriqué sur place – le vin blanc, notamment, est relativement facile à préparer, selon les experts consultés. L'alcool doit être conservé dans un lieu sûr et l'approvisionnement doit être suffisant. Les

utilisateurs devraient être encouragés à utiliser des services de santé complémentaires et d'autres ressources qui ne sont pas offertes sur place. L'accompagnement vers ces services devrait être fourni.

Deuxième étape : vers une assistance plus soutenue

La deuxième étape constituerait une bonification des services une fois leur pérennité ou une stabilité relative atteinte et après une évaluation de l'implantation et des effets de la première étape. Ainsi, l'ajout d'une ressource d'hébergement à moyen et/ou long terme serait envisageable à cette étape. Les importants besoins en infrastructures permanentes que ce modèle entraînerait représentent toutefois une étape trop ambitieuse pour un nouveau projet et retarderaient l'implantation d'un centre avec consommation d'alcool supervisée.

Troisième étape : adopter le réflexe services de consommation d'alcool supervisée

Enfin, une fois la deuxième étape complétée, il y aurait lieu d'envisager un ensemble de centres adoptant une diversité de modes de fonctionnement adaptés aux besoins de populations spécifiques à travers de multiples collaborations avec d'autres ressources. Il faudrait offrir des formations sur les méthodes de supervision de la consommation d'alcool afin que les différents partenaires puissent bonifier leur offre d'assistance. Par exemple, ils pourraient offrir des transitions individualisées à l'aide d'une évaluation continue vers un logement indépendant, en parallèle ou non avec la poursuite d'une démarche dans un centre de jour avec consommation d'alcool supervisée. Pour certains, un CHSLD ou un autre type d'hébergement pourraient être plus appropriés et pourraient poursuivre la supervision de la consommation d'alcool.

3.10 Rôle des acteurs

L'implantation de la consommation d'alcool supervisée requiert la collaboration de plusieurs acteurs du réseau de la santé et du milieu communautaire. Les personnes consultées trouvent important que le milieu communautaire joue un rôle central, mais aussi que le réseau de la santé intervienne en soutien à celui-ci. Les organismes impliqués ont le devoir de fournir le personnel d'intervention qualifié en nombre suffisant pour assurer que l'aide soit dispensée adéquatement. Ils ont la responsabilité d'offrir des services d'hébergement ou un centre de jour pour les usagers du projet. Ils doivent permettre aux participants la consommation supervisée d'alcool uniquement dans leur établissement en fonction d'une entente entre les deux parties. Ils ont l'obligation d'assurer la surveillance des personnes, l'accompagnement et le respect des règlements de l'organisme. Ils doivent distribuer l'alcool aux participants selon la politique établie. C'est à eux qu'incombe la tâche de recruter les usagers et de les référer au personnel médical pour une évaluation de leur état de santé et de leur admissibilité aux services. Leur rôle consiste aussi à faire participer les usagers et des pairs aidants à diverses étapes du projet, notamment au développement et à l'adaptation des services et lors du recrutement des usagers.

Le personnel du milieu communautaire doit adopter une approche personnalisée faisant preuve d'attention et de respect avec les usagers. Cela implique de prendre connaissance des défis auxquels font face les usagers et de proposer des pistes de solution concrètes pour les aider à les relever. Les

intervenants ont la responsabilité de référer les utilisateurs aux services les mieux adaptés aux démarches qu'ils désirent entreprendre et de les informer des possibilités qui s'offrent à eux, sans toutefois tenter de les pousser vers des avenues avec lesquelles ils ne sont pas à l'aise. C'est à eux d'assurer l'offre de service communautaire en hébergement et accueil. Ils doivent établir des liens entre la personne et le personnel du CCSMTL affecté au projet. Leurs tâches incluent la distribution d'alcool selon la politique établie. Il est de leur responsabilité de faire le suivi auprès des responsables du projet si la personne participante éprouve des problèmes de santé. Ils s'engagent à appeler le 911 dans les cas où la personne serait en situation d'urgence et ils doivent indiquer aux responsables du projet si un usager ne respecte pas les règles de l'organisme et les conséquences qui en découlent (pouvant aller jusqu'à l'interruption de la participation au programme).

Le réseau de la santé doit jouer un rôle d'appui au projet, notamment à travers le CCSMTL. Son rôle consiste à assurer le fonctionnement général des services et à établir des partenariats avec les organismes communautaires qui accueilleront ces services dans leurs locaux. Il a la responsabilité de fournir le personnel de soin permettant l'évaluation et la prise en charge des problèmes de santé des usagers dans le respect de leur autonomie et de leur dignité. Le réseau doit informer les professionnels affectés aux centres de consommation d'alcool supervisée de la philosophie dans laquelle ceux-ci s'inscrivent et fournir les formations nécessaires au personnel soignant et au personnel d'intervention des organismes communautaires sur les principaux enjeux de santé qui touchent spécifiquement la clientèle visée. . Il s'engage à diffuser auprès des organismes la documentation existante sur les centres de consommation d'alcool supervisée. Le personnel du réseau a la responsabilité de mettre les préoccupations des usagers au cœur de ses interventions. Il doit leur offrir une information factuelle sur les possibilités qui s'offrent à eux et sur les risques associés à ces choix. Il est toutefois important que le personnel respecte les choix des usagers, les soutienne dans les démarches qu'ils choisissent d'entreprendre et leur offre une aide visant leur bien-être indépendamment de ces choix. Finalement, le CCSMTL doit mettre en place un corridor de services pour les participants au projet afin de leur fournir l'assistance dont ils ont besoin.

3.11 Budget, financement et ressources humaines

Le plus grand défi auquel a fait face ce projet de recherche est sans doute celui d'obtenir des informations complètes sur les budgets de fonctionnement des différents services. Il est donc impossible de fournir des détails exacts en lien avec les dépenses à prévoir lors de l'implantation d'un service. De plus, il va sans dire que le modèle et le nombre d'usagers est ce qui influence le plus les coûts. Nos suggestions constituent en quelque sorte un aide-mémoire des éléments importants à ne pas oublier lors de la préparation d'un plan budgétaire. Pour implanter un service de consommation d'alcool supervisée, il est nécessaire de prévoir :

- Un local ou une installation pour distribuer l'alcool
- Un local ou une installation pour entreposer l'alcool
- Un local pour l'évaluation et les services médicaux
- Un local pour les services administratifs

- Un espace de vie commune / avec des espaces séparés et sécurisés pour les personnes qui le souhaitent (ex. espaces pour femmes ou personnes trans)
- Un espace cuisine
- Un espace de repos ou, pour un service résidentiel, des chambres
- Une réception afin de s'assurer que seules les personnes autorisées peuvent être présente

Enfin, en ce qui concerne les ressources humaines, selon les informations recueillies, ces services fonctionneraient difficilement sans une infirmière, un intervenant psychosocial, un gestionnaire de projet et une personne pour faire la maintenance des locaux. Même s'il est difficile de proposer un ratio idéal (le modèle choisi ou la clientèle visée peut influencer fortement sur ce ratio), les informations semblent suggérer qu'il faut un minimum d'un intervenant psychosocial par 15 usagers. Une fois le service mis en place, en tenant compte de l'expérience du personnel, ce ratio peut changer au cours des années subséquentes.

3.12 Évaluation des résultats

Les gestionnaires et employés de centres de consommation d'alcool supervisée consultés par l'IUD jugent important de procéder à une évaluation des résultats obtenus dans le cadre de l'implantation des centres de consommation d'alcool supervisée. L'évaluation est une composante essentielle du développement de l'acceptabilité sociale. Elle contribue aussi à justifier le financement des services en démontrant leur efficacité.

Le *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion* conçoit la qualité des services en termes d'efficacité, de sécurité, de réactivité et de continuité. L'efficacité correspond à « la capacité d'améliorer la santé et le bien-être ». La sécurité constitue « la capacité de minimiser les risques associés aux interventions et aux milieux de soins et de services eux-mêmes pour les usagers, le personnel et la population ». La réactivité est « la capacité de s'adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers ». La continuité, quant à elle, consiste en « la capacité de fournir les soins et les services requis, de façon intégrée et coordonnée » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2012, p.5). L'accessibilité, l'optimisation des ressources et la qualité des services constituent ensemble le cœur de l'évaluation de la performance du réseau public de santé. Évaluer les services dispensés par un centre de consommation d'alcool supervisée implique de mesurer l'utilisation des services, l'amélioration de la santé et du bien-être des usagers, les risques associés à l'utilisation des services, la satisfaction des besoins des utilisateurs et la coordination des différents services dans la trajectoire de soins des usagers.

Plusieurs aspects de l'implantation du projet méritent d'être évalués à la lumière de l'accessibilité et de la qualité des services. Dans un premier temps, il faut évaluer dans quelle mesure les centres de consommation supervisée implantés correspondront au modèle proposé et identifier les causes de l'écart observé entre les deux (Chen, 1990). Ainsi, les organisations chargées d'implanter ce type de service à l'avenir seront mieux informées sur l'impact de considérations d'ordre pratique qui pourraient avoir échappé à leurs prédécesseurs. Un deuxième aspect à évaluer est l'expérience vécue par le personnel et

les populations voisines des centres. En étudiant la perspective de ces personnes, il sera possible de mieux connaître l'impact des mesures prises au cours de l'implantation pour favoriser la satisfaction de ces groupes concernés afin d'assurer la pérennité du projet et sa capacité à rejoindre la population ciblée pour son bénéfice. Finalement, les centres de consommation d'alcool supervisée doivent faire l'objet d'une évaluation sur la base de l'atteinte de leurs objectifs mêmes : les effets qu'ils auront sur les usagers. Étant donné le peu d'études réalisées sur la consommation d'alcool supervisée et le peu de données disponibles, il est essentiel de procéder à un examen scientifique des effets de ces centres afin de documenter leurs succès et leurs échecs dans la poursuite des divers objectifs visés. L'évaluation des effets de ce service se fera avec une approche participative de type *empowerment* (Fetterman, 2014). Les utilisateurs du service seront impliqués durant tout le processus d'évaluation.

3.12.1 Indicateurs de succès

Procéder à l'évaluation des résultats de l'implantation de services de consommation d'alcool supervisée implique d'identifier des indicateurs de « performance » ou de succès permettant de juger de l'atteinte des objectifs. En élaborant ces indicateurs, il importe d'éviter les écueils d'une logique managériale dont les objectifs sont plus axés sur l'efficacité économique que sur les facteurs humains. Il est important de garder en tête que l'objectif des services de consommation d'alcool supervisée correspond à des préoccupations humanitaires : il est urgent de mettre en place des services qui permettent d'améliorer les conditions et la qualité de vie de personnes confrontées à des souffrances inhumaines. Bien qu'il soit nécessaire de distinguer les approches qui donnent des bons résultats de celles dont le succès est plus discutable, il faut tenir compte de ce qu'est un succès pour les utilisateurs et construire des indicateurs avec eux. La littérature scientifique montre qu'il n'est pas réaliste d'espérer régler ou amoindrir les problèmes de consommation des usagers, notamment à court et moyen terme, bien que cela puisse survenir pour certains d'entre eux (Slesnick & Erdem, 2012; Stockwell et al., 2013; Pauly et al., 2013). Les principaux indicateurs de succès du projet demeurent toutefois la participation des usagers et l'adhésion au service (ou la réintégration dans les services sociaux et de santé). Une forte participation signifierait que le service comble des besoins réels. L'accessibilité aux soins de santé pour les usagers qui n'en bénéficiaient pas ou trop peu constituerait un autre indicateur de succès. Le suivi des usagers par un médecin de famille et la prise en charge de ses problèmes de santé spécifiques est important pour mesurer les effets de la consommation supervisée. La réduction des interactions avec la police et la diminution de la fréquentation des services d'urgence par les usagers mettraient aussi en évidence la réussite du projet. Les indicateurs les plus importants du succès du projet sont toutefois ceux qui concernent l'amélioration des conditions de vie, du bien-être psychologique, de la qualité de vie perçue et de la santé globale des utilisateurs de leur point de vue.

L'évaluation du projet en fonction de ces indicateurs implique la collecte de données dès la mise en place des services. Ces données sont de natures diverses et doivent être récoltées selon plusieurs méthodes. Le personnel des centres de consommation supervisée a un rôle à jouer, notamment avec l'observation directe, la tenue d'un journal détaillé des pratiques d'interventions et la réalisation de sondages auprès des usagers. Une équipe de recherche devrait aussi prévoir d'effectuer des entrevues semi-dirigées auprès

des usagers et du personnel (intervenants, gestionnaires, personnel clinique) afin de connaître leurs perspectives sur les services et sur leur impact dans leur vie. De plus, un accès aux dossiers cliniques des usagers permettant d'évaluer l'évolution de l'état de santé des utilisateurs est nécessaire.

4. ENJEUX ET DÉFIS LIÉS À L'IMPLANTATION

L'implantation de services de consommation d'alcool supervisée à Montréal doit tenir compte de plusieurs enjeux. Il est important de prévoir les défis qui accompagneront l'installation de ces ressources et de mettre en place les solutions permettant d'en assurer le succès et la pérennité. Cette section présente ces enjeux, défis et solutions. Ceux-ci s'appuient sur les résultats de la démarche de recherche de l'IUD.

4.1 Enjeux d'organisation des services

Enjeux et défis	Solutions
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financement ➤ Assurer un financement suffisant et récurrent pour répondre aux besoins 	<p>→ Procéder dès l'implantation à l'évaluation des effets des services afin d'être en mesure de justifier leur financement par la démonstration de leur efficacité</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnel ➤ Assurer l'embauche et la rétention de personnel compétent 	<p>→ Ne pas chercher le profil parfait, mais miser sur la formation et la supervision du personnel</p> <p>→ Informer adéquatement les candidats à l'embauche quant à l'approche préconisée et les objectifs visés par le centre</p> <p>→ Prévoir des processus assurant un soutien constant au personnel pour gérer les défis liés à l'intervention auprès de personnes en difficulté</p> <p>→ Donner des conditions de travail favorables au personnel œuvrant dans les services de consommation supervisée</p> <p>→ Adopter une perspective multidisciplinaire et valoriser les</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gérer la division du travail et les conflits qui peuvent en résulter 	<p>contributions des différentes disciplines de professionnels impliqués</p> <ul style="list-style-type: none"> →Créer des espaces d'échange, de partage, de communauté visant à travailler ensemble vers un but commun →Gérer les questions déontologiques et les intérêts spécifiques des professionnels
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sécurité et cohabitation des usagers ➤ Éviter les vols ➤ Éviter les conflits 	<ul style="list-style-type: none"> →Prévoir des chambres verrouillées et des casiers pour ranger les effets personnels des usagers →Présence d'intervenants 24/7 →Séparer le projet en deux étapes : nouveaux usagers et usagers stabilisés →Surveiller les entrées et sorties des usagers et des visiteurs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestion de l'alcool ➤ Entreposer l'alcool de façon sécurisée 	<ul style="list-style-type: none"> →Aménager un espace verrouillé pour entreposer l'alcool et ne donner accès qu'au personnel assurant la distribution
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaboration entre les divers points de service et entre les centres de consommation d'alcool supervisée et les autres ressources ➤ Assurer une prise en charge 24/7 ➤ Surmonter les réticences des ressources existantes à accueillir les usagers des services de consommation d'alcool supervisée 	<ul style="list-style-type: none"> →Conclure des ententes entre les points de services et les autres ressources existantes pour que toutes s'engagent à faire leur part dans la prise en charge 24/7 →Maintenir des canaux de communication constants avec les ressources existantes afin de discuter des enjeux et préoccupations auxquels elles font face

	→Présenter les objectifs, la philosophie et les données scientifiques concernant la consommation d'alcool supervisée aux gestionnaires et au personnel des ressources existantes afin de leur démontrer l'efficacité des services et la contribution qu'ils peuvent y faire
--	---

L'implantation de services de consommation d'alcool supervisée comporte plusieurs défis importants, notamment sur le plan de l'organisation des services. Les organismes impliqués doivent obtenir le financement, engager le personnel et mettre en place les conditions de sa rétention, et fournir la formation adéquate pour les tâches qui lui incombent. Il est important pour tous les acteurs impliqués de gérer adéquatement la division du travail dans un esprit de collaboration et avec la réussite du projet comme objectif premier. Finalement, les organismes doivent assurer la sécurité des usagers et du personnel en favorisant une cohabitation harmonieuse des personnes présentes.

Les personnes consultées insistent sur l'importance d'assurer un financement suffisant, stable et récurrent à l'organisme qui prendra en charge le projet afin d'assurer une implantation réussie. Les experts œuvrant dans le domaine de la supervision de la consommation d'alcool insistent sur l'importance d'assurer la récurrence du financement dès l'implantation du projet. Pour justifier auprès des contribuables l'utilisation des fonds et pour convaincre les décideurs de sa pertinence, les gens œuvrant dans les centres de supervision de la consommation existants recommandent d'évaluer les effets des services qui seront implantés afin de démontrer scientifiquement leur efficacité.

Plusieurs enjeux importants concernent le personnel des centres de consommation d'alcool supervisée. Un défi important consiste à trouver du personnel compétent, informé et adhérant à l'approche mise de l'avant par l'établissement. La rétention du personnel est aussi un enjeu d'importance selon la littérature et selon les entretiens avec le personnel des centres implantés à l'extérieur du Québec. Certaines rencontres avec des intervenants et gestionnaires, notamment à Ottawa et Toronto, tendent à nuancer ce point de vue. Ces personnes jugent que la mobilisation des employés est suffisamment aisée. Le défi est de trouver des employés qui adhèrent aux principes généraux des services. Pour assurer l'embauche et le maintien du personnel en question, il est important de procéder à une transmission adéquate des connaissances tirées de la littérature scientifique, de l'expérience des centres de supervision de la consommation existants, du point de vue des usagers potentiels et des intervenants consultés et des objectifs visés par le projet. Il est crucial que le personnel impliqué connaisse et souscrive à la mission du centre et aux raisons qui ont présidé à son adoption. Il faut aussi que le personnel soit sensibilisé aux problématiques de santé qui affectent le plus souvent les usagers de ce type de service et qu'il soit habilité à y répondre. Pour ce faire, une formation commune à l'ensemble des intervenants devrait être mise sur pied. Elle devrait être accompagnée d'un document faisant la synthèse des enjeux centraux à la supervision de la consommation auquel le personnel pourra se référer de façon continue durant sa

pratique d'intervention. Les travaux accomplis par l'IUD dans le cadre du projet constituent le fondement de la connaissance devant être transmise au personnel.

Les personnes consultées jugent crucial d'assurer la rétention du personnel. Les intervenants montréalais craignent que les organismes communautaires soient obligés à faire beaucoup avec des ressources humaines et financières insuffisantes. Ils insistent sur l'importance que le projet soit chapeauté par un organisme solide. Pour assurer l'embauche et la rétention de personnel compétent, il est nécessaire d'offrir des conditions de travail adéquates. Il faut aussi miser sur la formation du personnel. Avant la sélection du personnel, il faut informer les candidats de l'approche préconisée et s'assurer que les personnes choisies adhèrent à la philosophie de la réduction des méfaits. Une fois à l'embauche d'un centre de consommation d'alcool supervisée, les employés doivent bénéficier du soutien nécessaire pour gérer sur le plan psychologique et humain les situations difficiles auxquelles ils peuvent être confrontés. Les acteurs impliqués doivent prévoir des processus pour offrir une aide collective et individuelle à leur personnel.

La division du travail entre des professionnels de différentes catégories peut susciter des tensions. Il faut prévoir un travail de coordination entre les acteurs concernés afin de gérer adéquatement le rôle de chacun. Il est nécessaire d'adopter une perspective multidisciplinaire dans laquelle la contribution de chacun est valorisée. Il faut aussi prévoir des espaces de discussion où chaque catégorie de professionnels pourra exprimer son point de vue et où des terrains d'entente pourront être trouvés. L'organisation du travail doit prendre en compte les questions relatives au code de déontologie de chaque catégorie de professionnels. Il est aussi important d'être à l'écoute des préférences et des préoccupations du personnel.

4.2 Enjeux de sélection des usagers

Enjeux et défis	Solutions
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Critères de sélection <ul style="list-style-type: none"> ➤ Établir des critères favorisant la participation des usagers visés 	<ul style="list-style-type: none"> → Adopter des critères peu contraignants → Inclure uniquement la consommation problématique d'alcool, l'itinérance et le manque d'accès aux services comme critères
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation de l'éligibilité des usagers potentiels <ul style="list-style-type: none"> ➤ Déterminer quels usagers potentiels répondent aux critères suggérés 	<ul style="list-style-type: none"> → Évaluer les usagers potentiels selon des indicateurs préétablis → Présélectionner les usagers potentiels par référence de la part de l'organisme administrant le centre de consommation supervisée

Deux types de défis peuvent survenir dans la sélection des usagers qui bénéficieront des services de consommation d'alcool supervisée. Le premier concerne les critères de sélection. Il est important que ces critères soient clairs afin de faciliter la tâche au moment de l'évaluation. Les personnes consultées jugent préférable de réduire les critères d'admission au minimum afin de favoriser une forte participation de la part des usagers. Parmi les critères qui seraient souhaitables, notons un historique de consommation problématique d'alcool, l'expérience et le risque d'itinérance, et le manque d'accès aux services d'hébergement et de santé. Une fois les critères de sélection choisis, il faut réfléchir aux moyens d'évaluer l'éligibilité des usagers aux services. Le processus d'évaluation ne devrait pas être trop intrusif, ce qui découragerait certains usagers à avoir recours aux services. Une présélection des usagers potentiels doit être faite par l'organisme administrant le centre de consommation supervisée, après quoi le personnel du CCSMTL procédera à l'évaluation de leur état de santé.

4.3 Enjeux d'intervention

Enjeux et défis	Solutions
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rejoindre la population ciblée ➤ Surmonter la réticence de certains à se déplacer ➤ Surmonter les réticences par rapport aux règles dans les ressources ➤ Surmonter les réticences à demander de l'aide (mauvaises expériences passées, honte, crainte de l'inconnu, etc.) ➤ Rejoindre les personnes à mobilité réduite 	<ul style="list-style-type: none"> →Offrir des services dans les milieux où la population cible a ses habitudes →Offrir des services considérés prioritaires par la population ciblée pour l'inciter à avoir recours aux services du centre →Offrir des services 24/7 → Limiter les règles et critères d'admission au minimum →Permettre les entrées et sorties pour favoriser la fréquentation de tous, notamment celles et ceux qui vivent du travail du sexe →Faire une campagne d'« outreach » pour aller chercher la population ciblée là où elle se trouve →Offrir l'accompagnement vers les ressources →Aménager les locaux de façon à être accessible aux personnes à mobilité réduite

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivre la mission et les objectifs : défendre les droits des usagers et répondre à leurs besoins ➤ Miser sur la participation active des usagers ➤ Adapter le projet aux besoins réels et au rythme des personnes ➤ Travailler selon la formule du « case management » ➤ Favoriser l'autonomie en offrant des opportunités aux personnes d'améliorer leur santé et leur bien-être sans leur imposer de démarches ➤ Favoriser l'estime de soi et l'insertion sociale 	<ul style="list-style-type: none"> →Être à l'écoute des besoins exprimés par les usagers et adapter les services en fonction de ces besoins →Favoriser des entrées progressives au sein du service →Adapter les interventions aux préférences et désirs de la personne →Adapter les services aux besoins de groupes spécifiques tels que les personnes autochtones, qui préfèrent souvent consommer en groupe →Commencer avec un projet pilote et adapter les services en fonction des résultats →Prendre le temps de consulter toutes les parties concernées afin de répondre adéquatement aux besoins des gens →Attirer l'employé le plus à même d'établir un lien de confiance avec l'utilisateur pour la prise en charge de l'ensemble de ses difficultés →Être à l'écoute des besoins exprimés par les usagers et fournir des solutions à ceux-ci →Proposer des services répondant à d'autres besoins susceptibles d'améliorer la qualité de vie des usagers →Valoriser les efforts des usagers et les résultats qui en découlent →Soutenir les usagers qui souhaitent prendre part à des initiatives concrètes
--	---

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Défendre le droit des usagers d'accéder à des soins et des services 	<p>participant d'une démarche de réinsertion sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> → Offrir des loisirs → Adopter une approche culturellement adaptée pour les personnes autochtones et inuites, notamment avec l'implication des Anciens, l'usage de la médecine et de la nourriture traditionnelle, la célébration de cérémonies pour des occasions particulières, etc. → Prioriser l'accès aux soins et services par rapport aux démarches de réhabilitation → Éviter l'exclusion des usagers des services et rendre celle-ci temporaire lorsqu'elle est inévitable → Intervenir pour contrer la stigmatisation sociale et l'accès discriminatoire aux services
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser la rétention des usagers dans les services ➤ Créer une relation de confiance avec les usagers ➤ Développer le sentiment d'être chez soi des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> → Sensibiliser le personnel à la réalité des usagers → Adopter une approche sans jugement et ouverte → Donner un rôle aux usagers dans l'organisation des services → Faire participer les usagers à la définition du succès → Créer un lieu agréable, avec du mobilier confortable, des murs aux couleurs apaisantes et un jardin gazonné ou une terrasse → Laisser les usagers prendre part aux décisions concernant la décoration des lieux

Plusieurs des personnes consultées ont souligné une crainte en lien avec la possible difficulté à rejoindre la population ciblée par le projet. En raison de sa désaffiliation marquée et de son exclusion de plusieurs des ressources existantes, cette clientèle pourrait être difficile à convaincre que la participation au programme en vaut le détour. Il faudra surmonter les réticences de certains à se déplacer, à se plier aux règles dans les ressources et à demander de l'aide en raison de mauvaises expériences passées, de la honte et de la crainte de l'inconnu. Étant donné la faible mobilité de nombreuses personnes en situation d'itinérance, il est préférable d'implanter les centres de supervision de la consommation là où les populations visées ont leurs habitudes plutôt que de compter sur le fait qu'elles se déplaceront là où le soutien leur sera offert. Il est aussi essentiel que les locaux soient accessibles aux personnes à mobilité réduite. Il semble important de limiter au minimum les critères d'admission, en plus de faire un travail d'« outreach » et d'accompagnement permettant d'entrer en contact avec les personnes visées. Les personnes ayant besoin des services ne fréquentent pas nécessairement les ressources existantes et en limitant le recrutement à un processus de référencement, les centres de consommation d'alcool supervisée risqueraient de passer à côté d'une part significative de la population ciblée. Certains répondants notent par exemple que les personnes autochtones et inuites ne fréquentent pas les grands refuges, notamment parce qu'elles ne s'y sentent pas accueillies. Il faut donc aller les chercher où elles sont et les convaincre de recourir aux services offerts en adaptant ces derniers à leurs besoins et à leurs sensibilités. Les règles des centres de supervision de la consommation ne doivent pas être trop contraignantes. Notamment, certaines personnes consultées soulignaient que les personnes qui vivent du travail du sexe ne seront pas intéressées à recourir à des services qui ne permettraient pas les entrées et sorties des usagers. Il est également essentiel de répondre à des besoins considérés comme prioritaires par les personnes visées afin de leur donner un incitatif à utiliser les services. Ces derniers doivent être situés dans leur milieu de vie actuel. De plus, les participants au groupe de travail sur l'organisation des services jugent nécessaires d'offrir des services bilingues afin de rejoindre un plus grand nombre de personnes.

Intervenir auprès des usagers une fois qu'ils accèdent aux services amène plusieurs défis. Il peut être complexe d'orienter l'intervention vers les objectifs et la mission que se donne le centre de supervision de la consommation, qui consiste à répondre aux besoins des usagers et à défendre leurs droits. Le respect de l'autonomie des utilisateurs requiert de laisser ces derniers établir leur rythme et leurs priorités. Il faut pour cela impliquer les gens dans les démarches qui les concernent. L'approche du « case management » permet à l'intervenant de brosser un portrait des enjeux auxquels fait face l'utilisateur et de lui offrir des opportunités pour améliorer sa situation, tout en le laissant faire ses choix. En donnant l'opportunité aux utilisateurs de faire des choix pour améliorer leur bien-être, les centres de consommation d'alcool supervisée favoriseront leur estime d'eux-mêmes et leur donneront la chance d'entamer un parcours de réinsertion sociale.

Le plus grand défi sur le plan de l'intervention consiste à évaluer en temps réel l'apport des services au bien-être des usagers. Les personnes consultées s'entendent sur l'importance d'éviter de nuire aux utilisateurs des centres de consommation supervisée. Étant donné que ceux-ci permettent la consommation et dans plusieurs cas fournissent l'alcool, il est parfois difficile d'évaluer si les méfaits de

la consommation sont moindres grâce aux services. Tracer la ligne entre aider et nuire peut être complexe, il est donc important d'adopter trois axes d'intervention pour éviter d'aggraver la situation. En premier lieu, il importe de procéder à une évaluation continue des effets des services sur chacun des usagers. Ensuite, il faut prévoir des contrôles sanguins réguliers permettant de rendre compte des fonctions hépatiques afin de connaître leur évolution et de montrer aux usagers les effets de leurs comportements sur leur santé. Puis, dans la mesure du possible, il faut rendre disponibles des moyens de compenser les effets de la consommation. Cela passe notamment par l'accès à une alimentation saine et des opportunités de pratiquer des activités physiques. Finalement, l'intervention doit prévoir des moyens de provoquer des changements dans la consommation des gens. Ceux-ci doivent inclure la possibilité de prendre des « pauses pour le foie » (« *liver holidays* » (Pauly et al 2013): courtes périodes d'abstinence avec encadrement thérapeutique) et d'être admis dans un centre de désintoxication. Ces moyens doivent être à leur disposition, sans qu'ils ne soient forcés de les utiliser. Il est important de garder à l'esprit que la mission des centres est de défendre leur droit d'accéder à des services. Pour ce faire, il est nécessaire d'établir un lien de confiance avec eux en respectant leur autonomie et en créant un environnement où ils se sentent à l'aise.

Intervenir auprès de personnes en situation d'itinérance aux prises avec des problèmes de consommation amène des défis au niveau de l'estime de soi. Il est important d'encourager l'amour-propre des usagers afin de leur donner confiance en leur capacité à améliorer leur qualité de vie. Pour ce faire, il est important de valoriser les efforts qu'ils accomplissent et de souligner régulièrement les résultats qui en découlent. Il importe d'encourager leurs démarches, peu importe le rythme qu'ils suivent.

Par ailleurs, il faut prendre en compte que les personnes autochtones et inuites vivent des réalités spécifiques qui ont un impact particulier sur leur estime de soi. En plus des situations difficiles qu'impliquent l'itinérance et la consommation, ces personnes ont souvent fait face à de la violence et de la discrimination. Plusieurs d'entre elles ont subi les sévices infligés par les institutions telles que les pensionnats visant à éradiquer leurs cultures. Intervenir auprès de ces personnes dans le but d'accroître leur bien-être nécessite une approche culturellement adaptée. Favoriser leur estime d'elles-mêmes implique de revaloriser les cultures qui leur ont valu d'être persécutées, stigmatisées et discriminées. La promotion d'approches culturelles pour les Autochtones et les Inuits inclut la participation des Anciens, l'usage de la médecine et de la nourriture traditionnelles, des arts ancestraux et la célébration de cérémonies pour des occasions spécifiques.

Les personnes consultées ont souvent mis de l'avant l'importance d'offrir un lieu chaleureux où les usagers se sentiraient à la maison. La mise en place d'un milieu de vie agréable et confortable pour les usagers nécessite un aménagement de l'espace qui offrirait une esthétique plus résidentielle qu'institutionnelle. Toutefois, le personnel d'intervention et le personnel soignant ont aussi un rôle crucial à jouer pour faire en sorte que les usagers se sentent chez eux. Leur approche doit être accueillante et sans jugement. L'encadrement médical ne doit surtout pas être intrusif. Les usagers ne doivent pas se sentir contraints de participer à des activités qui ne leur conviennent pas. Il est important d'offrir des services et des activités, mais de garder en tête que c'est à chacun de décider librement ce qui lui convient.

4.4 Enjeux d'intégration communautaire et d'acceptabilité sociale

Enjeux et défis	Solutions
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résistances face à l'approche de réduction des méfaits et phénomène du « pas dans ma cour » ➤ Expliciter l'approche et la philosophie d'intervention afin que la démarche s'insère dans un ensemble cohérent ➤ Démontrer l'efficacité de l'approche plutôt que chercher à convaincre ➤ Maintenir des canaux de communication continus avec la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> →Présenter l'approche et la philosophie qui l'inspire dans un document d'information sous forme de questions et réponses distribué aux populations avoisinantes →Présenter un bilan annuel des activités des centres de supervision de la consommation →Participer activement aux tables de quartier des secteurs où les centres seront implantés

Parmi les défis que pose l'implantation de services de consommation supervisée, les questions relatives à l'intégration communautaire sont cruciales. Il n'est pas possible d'implanter et de maintenir un centre de supervision de la consommation sans acceptabilité sociale au sein de la communauté d'accueil. Un projet de centre de consommation d'alcool supervisée est susceptible de soulever des controverses. Pour susciter l'appui de la communauté, il importe de mettre sur pied une campagne d'information ciblée répondant adéquatement et rapidement aux préoccupations du voisinage. Certains citoyens pourraient par exemple penser que les centres de consommation d'alcool supervisée encouragent l'itinérance et la consommation. Répondre à ce type de préoccupation nécessite des canaux de communication constants permettant aux organismes d'être à l'écoute des inquiétudes des citoyens. Après le succès d'un tel modèle de communication dans le cadre de l'ouverture de sites d'injection supervisée à Montréal, il nous semble essentiel de distribuer aux résidents des secteurs où seront implantés des centres de consommation d'alcool supervisée un document d'information sous forme de questions et réponses inspirées des préoccupations exprimées dans le cadre du groupe de travail sur l'intégration à la communauté. Le groupe de travail sur l'intégration communautaire a relevé plusieurs inquiétudes concernant l'implantation de centres de consommation d'alcool supervisée. Certains ont mis en garde contre une éventuelle saturation du centre-ville avec des ressources destinées aux personnes en situation d'itinérance. Une telle saturation pourrait amener les populations itinérantes à se centraliser dans ce secteur, faisant porter par les seuls résidents du quartier le fardeau de la cohabitation. Une solution à cet enjeu pourrait être la décentralisation des services. Ceux-ci pourraient être offerts dans divers centres situés à travers la ville et répondre aux besoins existants directement dans les quartiers concernés et ainsi éviter de déplacer la population vers un point central.

Un autre enjeu d'importance est la communication. Il peut être difficile de maintenir des canaux de communication avec les populations voisines des ressources. Une option intéressante en ce sens réside dans les tables de quartier. Elles visent à rassembler des organismes communautaires, des institutions, le milieu des affaires et des citoyens et citoyennes. L'implication des centres de consommation d'alcool supervisée dans les tables de quartier où ils seront implantés doit constituer un élément central de la stratégie de communication visant à interagir avec la communauté. À travers ce canal de communication, les centres pourront présenter un bilan biennuel de leurs activités aux personnes concernées. Ils pourront aussi être mis au fait rapidement des préoccupations des citoyens et y répondre avant que l'inquiétude ne se diffuse.

4.5 Enjeux d'intégration dans le réseau de la santé et de continuité des soins

Enjeux et défis	Solutions
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gérer un personnel multidisciplinaire travaillant dans plusieurs institutions ➤ Prévoir la continuité informationnelle ➤ Prévoir la continuité relationnelle ➤ Prévoir la continuité d'approche 	<ul style="list-style-type: none"> → Bilans de santé, suivis, plans de soins et traitements → Case management et stabilité du personnel de soins → Adoption par l'ensemble du personnel de la philosophie de la réduction des méfaits
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éviter la rupture dans la continuité des soins et services ➤ Assurer des corridors de services à travers une trajectoire simplifiée ➤ Assurer l'accompagnement des usagers vers les services adaptés à leurs besoins ➤ Prévoir des mécanismes pour les personnes qui veulent cesser de consommer 	<ul style="list-style-type: none"> → Établir des partenariats avec les établissements de santé du secteur afin d'assurer des corridors de service → Prévoir le transport et prévoir de libérer les intervenants attirés aux usagers pour l'accompagnement vers les services de santé → Rendre disponible dans un programme de gestion de l'alcool une trajectoire de diminution des doses administrées aux usagers → Établir des partenariats avec des centres de traitement des dépendances et fournir

<p>➤ Répondre à l'ensemble des besoins de la personne à travers le principe de « <i>no wrong door</i> »</p>	<p>l'accompagnement aux usagers qui le désirent vers ceux-ci</p> <p>→Faire la recherche et assurer l'accompagnement vers les services souhaités par les usagers</p>
---	---

L'implantation de services de consommation d'alcool supervisée peut soulever des enjeux d'intégration dans le réseau de la santé et de continuité des soins. La collaboration entre le réseau de la santé et les organismes communautaires constitue un défi complexe pour la prise en charge des problèmes des usagers, lesquels risquent de renoncer aux services dont ils ont besoin si un travail minutieux n'est pas fait pour articuler les contributions des divers acteurs vers un objectif commun. Étant donnée la forte désaffiliation sociale des usagers, les ruptures dans la continuité des soins engendrent des risques importants d'un renoncement aux services dont ils ont besoin. Travailler efficacement en équipes multidisciplinaires et multiréseaux suppose de prévoir en amont la continuité informationnelle, relationnelle et d'approche. Les professionnels doivent pouvoir s'appuyer sur une information commune basée sur un bilan de santé et un suivi régulier, donnant lieu à un plan de traitements et de soins adapté à chaque usager.

La prise en charge de personnes socialement désaffiliées nécessite aussi un lien de confiance fort. La continuité relationnelle entre les professionnels et les usagers favorise le développement de ce lien de confiance. L'approche du « case management », qui implique qu'un unique intervenant accompagne l'utilisateur dans l'ensemble de ses démarches, assurant la continuité des soins et fournissant les références nécessaires à sa prise en charge, est essentielle. Elle permet à chaque usager de bénéficier d'un accompagnement vers les services adaptés à ses besoins et d'éviter la rupture dans la continuité des soins et services. L'accompagnement doit être rendu disponible vers la diversité des services requis, selon le principe de « *no wrong door* ». Il doit être offert au-delà des services prévus par le centre de supervision de la consommation, notamment vers les services de traitement des dépendances pour les usagers qui le désiraient.

Finalement, la participation de plusieurs professionnels à la prise en charge des problèmes des usagers requiert une démarche cohérente afin que tous poursuivent les mêmes objectifs. Il est donc important d'avoir une continuité d'approche. Pour ce faire, la sélection du personnel, sa formation et la transmission de la connaissance doivent assurer que l'ensemble des professionnels impliqués connaissent et adhèrent à la philosophie de la réduction des méfaits qui est au cœur de la démarche des centres de consommation supervisée.

5. CONCLUSION

Les services aux personnes en situation d'itinérance qui permettent la consommation d'alcool ou admettent les usagers en état d'intoxication varient grandement. Cette diversité de modèles forme un continuum qui va des centres de dégrisement aux services de consommation d'alcool supervisée avec ou sans un PGCA. Tous ces services ont notamment pour objectif de permettre à des personnes ayant une consommation d'alcool problématique d'obtenir des soins de santé appropriés, les services actuels étant souvent difficiles d'accès pour elles en raison de leur consommation. Ils s'inscrivent dans une optique de réduction des méfaits.

La plupart des acteurs régionaux consultés sont d'avis que les besoins de services pour les personnes en situation d'itinérance ayant une consommation problématique d'alcool sont importants, bien qu'ils soient conscients que les moyens pour y répondre à court terme sont limités. En ce sens, l'IUD suggère de procéder à l'implantation des services de ce type de manière graduelle. En suivant les étapes proposées, l'implantation des services viendrait combler d'abord des besoins parmi les plus urgents, avant d'offrir des solutions plus durables et de répondre à la grande diversité des besoins identifiés.

Chaque étape de l'implantation doit permettre de répondre à des besoins spécifiques. Une vision commune doit toutefois sous-tendre l'ensemble de la démarche. En effet, presque toutes les personnes consultées souhaitent une collaboration étroite entre le milieu communautaire et le réseau de la santé et des services sociaux. Pour plusieurs, il s'agit d'une condition nécessaire à la pérennité du modèle. Tous les acteurs impliqués doivent connaître et assumer leur rôle dans les services implantés. Tous doivent travailler de concert en vue d'un objectif commun : venir en aide et améliorer la qualité de vie des usagers.

Enfin, il est non seulement souhaitable, mais nécessaire d'évaluer l'implantation des services et leurs effets sur les usagers. Le développement de la connaissance scientifique sur la consommation d'alcool supervisée est la meilleure avenue pour en assurer la pérennité. La recherche tend à montrer que la supervision de la consommation d'alcool a des effets positifs pour les usagers et pour la communauté, mais des données supplémentaires sont nécessaires pour confirmer ces résultats. Afin de procéder à l'évaluation des services qui seront implantés à Montréal, l'équipe de recherche de l'IUD a soumis une demande de financement dans le cadre du Programme sur l'usage et la dépendance aux substances (PUDS). Nous solliciterons la collaboration de l'organisme choisi pour implanter un centre de consommation d'alcool supervisée afin d'établir un partenariat entre l'équipe de recherche et le personnel impliqué. Cette collaboration entre recherche et pratique d'intervention doit se faire pour le plus grand bénéfice des usagers.

Les conditions de succès sont connues. Il est de notre responsabilité à tous – futurs usagers, milieu communautaire et réseau de la santé et des services sociaux – d'assurer la réussite des services montréalais de supervision de la consommation de l'alcool. Ce faisant, il nous sera possible de redonner espoir à des centaines de personnes aux prises avec des difficultés qui peuvent sembler aujourd'hui insurmontables.

BIBLIOGRAPHIE

Aubry, T., Klodawsky, F., & Coulombe, D. (2012). Comparing the Housing Trajectories of Different Classes Within a Diverse Homeless Population. *American Journal of Community Psychology, 49*(1-2), 142-155. doi: 10.1007/s10464-011-9444-z

Brady, M., Brady, M., Nicholls, R., Henderson, G., & Byrne, J. (2006). The role of a rural sobering-up centre in managing alcohol-related harm to Aboriginal people in South Australia. *Drug and Alcohol Review, 25*(3), 201-206.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (2019). *Unité de débordement temporaire des services d'hébergement d'urgence en itinérance. Information aux partenaires*. Repéré à http://www.rapsim.org/docs/2019-01-15_Unit%C3%A9.d%C3%A9bordement.itin%C3%A9rance_info.partenaires.pdf.

CMAPS. (2019). Overview of Managed Alcohol Program (MAP) sites in Canada. Victoria: Canadian Institute for Substance Use Research, University of Victoria.

Crane, M., & Warnes, A. M. (2003). *Wet day centres in the United Kingdom: A research report and manual*: Sheffield Institute for Studies on Ageing, University of Sheffield.

Evans, J. (2012). Supportive measures, enabling restraint: governing homeless 'street drinkers' in Hamilton, Canada. *Social & Cultural Geography, 13*(2), 185-200.

Flores-Aranda, J., & Toussaint, P. (2018). *Revue systématique sur les modalités et les effets de services de type wet*. Montréal.

Hammond, K., Gagne, L., Paulie, B., & Stockwell, T. (2016). A cost-benefit analysis of a canadian managed alcohol program. Victoria: Centre for Addictions Research of British Columbia.

Herring, R. (1997). Policy News. *Drugs: education, prevention and policy, 4*(2), 187-191.

Latimer, E., & Bordeleau, F. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec le 24 avril 2018*. (978-2-550-83710-7). Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-846-10W.pdf>.

Latimer, E., McGregor, J., Méthot, C., Smith, A., & MTL2015, p. l. é. d. J. c. (2015). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 mars 2015*. Montréal: Repéré à https://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/D_SOCIAL_FR/MEDIA/DOCUMENTS/RAPPORT_DENOMBREMENT_ITINERANCE_102015.PDF.

Lee, H. S., & Petersen, S. R. (2009). Demarginalizing the marginalized in substance abuse treatment: Stories of homeless, active substance users in an urban harm reduction based drop-in center. *Addiction Research & Theory, 17*(6), 622-636. doi: 10.3109/16066350802168613

- Lincoln, A. K., Plachta-Elliott, S., & Espejo, D. (2009). Coming in: An examination of people with co-occurring substance use and serious mental illness exiting chronic homelessness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(2), 236-243. doi: 10.1037/a0015624
- Majoor, B., & Rivera, J. (2003). SACHR: An example of an integrated, harm reduction drug treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(4), 257-262. doi: 10.1016/S0740-5472(03)00086-2
- McAll, C., Awad, J., Desgagnés, J.-Y., Gagné, J., Godrie, B., Keays, N., Plante, M.-C., Stoetzel, N. (2012). *Au-delà du préjugé : Trajectoires de vie, pauvreté et santé*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Memmott, P., & Nash, D. (2012). No wrong door? Managing Indigenous homeless clients in Mt Isa. *Institute for Social Science Research, University of Queensland, Brisbane*.
- MSSS. (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Québec.
- MSSS. (2014). *L'itinérance au Québec: Premier portrait*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-738-01W.pdf>.
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives*. Paris: Armand Colin.
- Pauly, B., Gray, E., Perkin, K., Chow, C., Vallance, K., Krysovaty, B., & Stockwell, T. (2016). Finding safety: A pilot study of managed alcohol program participants' perceptions of housing and quality of life. *Harm reduction journal*, 13. doi: 10.1186/s12954-016-0102-5
- Pauly, B., Stockwell, T., Chow, C., Gray, E., Krysovaty, B., Vallance, K., Zhao, J., Perkin, K. (2013). Towards alcohol harm reduction: preliminary results from an evaluation of a Canadian managed alcohol program. *Victoria, BC: Centre for Addictions Research of British Columbia*.
- Podymow, T., Turnbull, J., Coyle, D., Yetisir, E., & Wells, G. (2006). Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. *Canadian Medical Association Journal*, 174(1), 45-49. doi: 10.1503/cmaj.1041350
- Québec, S. (2017). Itinérance (*section Description*). from <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/itinérance>
- RAPSIM. (2019). 2ème DÉNOMBREMENT DE L'ITINÉRANCE: Un indicateur incomplet et un mauvais guide. Repéré le 23 janvier, 2020, à http://www.rapsim.org/fr/default.aspx?sortcode=1.0&id_article=940&starting=&ending=
- Reed, M. (2008). Wet shelters: The benefits and risks associated with alcohol-administering homeless shelters a scoping review (O. o. t. c. i. o. knowledge and information services branch, Trans.): Ministry of labour and citizens' services.

Sadowski, L. S., Kee, R. A., VanderWeele, T. J., & Buchanan, D. (2009). Effect of a Housing and Case Management Program on Emergency Department Visits and Hospitalizations Among Chronically Ill Homeless Adults: A Randomized Trial. *Journal of the American Medical Association*, *301*(17), 1771-1778. doi: 10.1001/jama.2009.561

Slesnick, N., & Erdem, G. (2012). Intervention for Homeless, Substance Abusing Mothers: Findings from a Non-Randomized Pilot. *Behavioral Medicine*, *38*(2), 36-48. doi: 10.1080/08964289.2012.657724

Stockwell, T. (1999). A New Agenda for Harm Minimization? *Drugs: education, prevention and policy*, *6*(2), 205-208. doi: 10.1080/09687639997160

Stockwell, T., Pauly, B., Chow, C., Vallance, K., & Perkin, K. (2013). Evaluation of a managed alcohol program in Vancouver, BC: early findings and reflections on alcohol harm reduction. Victoria. *British Columbia: University of Victoria*.

Vallance, K., Stockwell, T., Pauly, B., Chow, C., Gray, E., Krysovaty, B., Perkin, K., Zhao, J. (2016). Do managed alcohol programs change patterns of alcohol consumption and reduce related harm? A pilot study. *Harm reduction journal*, *13*. doi: 10.1186/s12954-016-0103-4

Une initiative de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD), avec la précieuse collaboration de :

Santé Canada

Ministère de la Santé et des Services Sociaux

Avec le soutien de la Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche.

Remerciements

Nous désirons avant tout remercier les personnes en situation d'itinérance qui ont bien voulu répondre à nos questions et partager leurs récits de vie. Leur collaboration aux résultats fut importante et leurs paroles s'y retrouvent partout. Merci, thank you, mikwetc, ᓇᑦᑦᑦᑦᑦ.

Nous tenons aussi à remercier toutes les personnes qui ont voulu partager leurs expériences et leurs opinions (chefs clinicien ou membres de la direction des MAP un peu partout au Canada et même ailleurs dans le monde et de nombreux acteurs qui actuellement aident les personnes en situation d'itinérance à Montréal), ainsi que les personnes ayant participé aux groupes de travail et au comité de pilotage des services *wet* à Montréal.

Enfin, un merci chaleureux à Hélène Poliquin pour le travail fait en amont de ce plan d'implantation et à Marie-Josée Dion pour son travail de révision.

Mentions spéciales

Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles du ministère de la Santé et des Services sociaux.

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'île-de-Montréal*

Québec 