

*FACTEURS DE RÉUSSITE DE L'IMPLANTATION
D'UN PROGRAMME DE SERVICES À BAS SEUIL
REVUE DE LITTÉRATURE*

PIERRE RACINE
AVEC LA COLLABORATION DE
LOUISE GRÉGOIRE

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE

DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE

DÉCEMBRE 2005

Personne à contacter pour obtenir un exemplaire du rapport :

Sylvie Bélanger
Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale
Centre de documentation
2400, avenue D'Estimauville
Beauport (Québec) G1E 7G9
Téléphone : (418) 666-7000, poste 217
Télécopieur : (418) 666-2776
Courriel : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Coût du rapport : 7,00 \$

plus TPS (0,49 \$) : 7,49 \$

payable à l'avance par chèque à l'ordre de l'ASSS de la Capitale-Nationale - DRSP

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

Dépôt légal : Bibliothèque du Canada, 2005

Dépôt légal : Bibliothèque du Québec, 2005

ISBN : 2-89496-300-2

Citation proposée : RACINE, P. et L. GRÉGOIRE (collaboration). *Facteurs de réussite de l'implantation d'un programme de services à bas seuil – Revue de littérature*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique, 2005, 26 p.

Accessible en ligne à l'adresse suivante : www.dspq.qc.ca/documentation

REMERCIEMENTS

Des remerciements particuliers sont adressés à madame Sylvie Bélanger, technicienne en documentation, pour le soutien apporté en ce qui a trait à la recherche et à l'utilisation des banques de données. De plus, nous désirons souligner l'appui de monsieur Mohamed Toussirt, chargé de cours au département des sciences de l'Éducation à l'université de Paris 8 (France), qui a fourni une information des plus pertinentes et la collaboration de madame Claire Marmen pour l'édition finale de ce document.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles et des acronymes.....	5
Introduction	6
1. Méthodologie.....	7
2. Constats de la littérature	8
2.1 Facteurs de réussite de l'implantation d'un programme de services à bas seuil.....	8
2.2 Lieu d'injection supervisé	16
2.3 Conditions favorisant le changement organisationnel.....	17
2.4 Instruments de collecte de données.....	18
Conclusion	19
Bibliographie	21

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CLSC :	Centre local de services communautaires
DRSP :	Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale
FASS :	Fonds pour l'adaptation des services de santé
LIS :	Lieu d'injection supervisé
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
SABS :	Services à bas seuil
UDI :	Utilisateurs de drogues injectables
UQAM :	Université du Québec à Montréal
VHC :	Hépatite C
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationaleⁱ, sous la responsabilité de la Direction régionale de la santé mentale, de l'intégration et de l'adaptation sociales, désire mettre en place un *Programme régional de services à bas seuil* ayant la réduction des méfaits comme philosophie d'intervention. La clientèle visée sont les toxicomanes désaffiliés, notamment les utilisateurs de drogues injectables (UDI) désaffiliés, les plus à risque pour la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites. À cette fin, l'Agence crée un tandem avec l'équipe des maladies infectieuses de la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale (DRSP).

Pour réaliser ce projet, un comité de travail a été mis sur pied le 19 décembre 2003 ayant pour mandats de « faire une réflexion sur la pertinence de la mise en place d'un *Programme régional de services à bas seuil* pour la région de Québec » et de « proposer un modèle d'organisation et une programmation ». Il est composé de représentants du milieu communautaire, du milieu sociosanitaire et de l'Agence, auxquels des partenaires intersectoriels peuvent se greffer, au besoin.

Afin de soutenir les travaux du comité de travail sur un *Programme régional de services à bas seuil* et d'augmenter les chances de réussite de ce projet, il a été proposé d'effectuer une *revue de littérature* sur les facteurs de réussite de l'implantation d'un tel programme. Cette dernière n'avait pas pour objet de définir des concepts ou des approches (« services à bas seuil », « réduction des méfaits »), une clientèle, des effets de l'application de ces concepts sur la clientèle ou de comparer divers modèles mis en place. Elle visait à répondre à la question suivante : quels sont les facteurs de réussite de l'implantation d'un programme de services à bas seuil, dans une perspective de réduction des méfaits?

Des lectures complémentaires ont été faites concernant le *lieu d'injection supervisé* (LIS), service prévu dans le *Programme régional de services à bas seuil*, ainsi que sur les *conditions favorisant le changement organisationnel*, compte tenu du caractère novateur de ce programme. Enfin, tout instrument de collecte de données répertorié était retenu pour analyse future.

ⁱ Dorénavant le terme « Agence » sera utilisé afin d'alléger le texte.

1 MÉTHODOLOGIE

La recherche bibliographique sur les facteurs de réussite de l'implantation d'un *programme de services à bas seuil* a été effectuée à partir de diverses banques de données ou de sites informatisés : Med Line, Sciences sociales, PsyInfo, Francis, Social Work Abstracts, Social Sciences, Cochrane Library, Toxibase.org, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ/CIRASST), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCSA-CCLAT), Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM), Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (MILDT), Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Bureau suisse pour la réduction des risques liés aux drogues (BRR), Association française pour la réduction des risques (AFRR). La sélection des articles a été faite à partir des mots clés suivants : *services à bas seuil/low threshold, réduction des méfaits/harm reduction, utilisateurs de drogues injectables-UDI/IDUs, implantation/implementation, résultats/outcomes et outil/tool*. Les études retenues devaient avoir été publiées à partir de 1993. En tout, 64 textes ont été répertoriés; plus de la moitié (56,1 %) provient du Canada, le tiers de l'Europe (36,8 %), principalement de la France, de la Suisse, de l'Angleterre, de l'Espagne, de l'Allemagne et de la Belgique et le reste (7,1 %), des États-Unis. Ces articles peuvent se regrouper autour des *types d'études* suivants : recension d'écrits/revue de littérature, évaluation de programme, enquête, étude comparative.

La sélection des articles sur les *lieux d'injection supervisés* est plus aléatoire et s'est faite à l'occasion de la lecture des articles sur les services à bas seuil.

Cette revue de littérature a été complétée par des articles traitant des facteurs ou des conditions qui influencent la réussite de projets novateurs pour lesquels des **changements organisationnels** sont prévisibles. Trois sources furent exploitées : Desbiens et Dagenais²⁴, Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez¹⁰, et Pineault, Tousignant, Roberge *et al.*⁸. Desbiens et Dagenais ont évalué quarante projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS). Cette évaluation pilotée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de Québec avait pour but de tirer profit des connaissances produites par ces projets. L'article de Contandriopoulos *et al.* porte sur l'intégration des soins, notamment sur ses dimensions et sa mise en œuvre. Pineault *et al.* ont produit un rapport sur l'intégration des services de première ligne, présentant l'analyse d'un collectif de recherche qui a dégagé les leçons à retenir de trente projets d'intégration de services réalisés au Québec, en cours ou récemment terminés au moment de la recherche.

Enfin, la recherche bibliographique a permis de recenser des *instruments de collecte de données* lors de la revue de littérature en y intégrant les mots clés *instrument/tool*.

2 CONSTATS DE LA LITTÉRATURE

Cette revue de littérature a permis de constater que de nombreux pays sont préoccupés par la clientèle des toxicomanes (dont les UDI) et par la mise en place de « services à bas seuil » (SABS), basés sur la « réduction des méfaits » : l'Europe (Allemagne, Angleterre, Autriche, France, Hollande, Suède, Suisse, etc.), l'Amérique du Nord (Canada, États-Unis), l'Australie, etc. Cependant, les articles portant sur la réduction des méfaits sont beaucoup plus nombreux que ceux portant sur les SABS. En outre, la majorité des articles portent sur la définition des concepts, la description de la clientèle utilisatrice, l'efficacité et l'efficience, les coûts et les bénéfices et les politiques. Peu de textes portent sur la recherche ou l'évaluation de l'implantation de projets en termes de processus, d'enjeux, d'obstacles ou de facteurs de réussite, préoccupation première de cette revue de littérature.

2.1 Facteurs de réussite de l'implantation d'un programme de services à bas seuil

Quoique tous les auteurs n'indiquent pas que le premier facteur de réussite est de mettre le client au centre des services^{6,29}, cette préoccupation est sous-jacente dans la majorité des textes lus.

Plusieurs facteurs de réussite ont été relevés par les auteurs, les principaux étant : acceptabilité et partenariat, continuité, accessibilité et intégration des services, adaptabilité des services, complémentarité des approches, circulation de l'information et confidentialité, et formation.

Acceptabilité et partenariat

Deux facteurs de réussite sont régulièrement mentionnés par les auteurs^{4,6,8,13,20,25,26,27,30,31,32,33,34,36,39,40,47,48} : l'**acceptabilité** et le **partenariat**. L'**acceptabilité** comporte l'idée de l'importance à accorder aux acteurs qui seront sollicités ou associés, de près ou de loin, à des services touchant les toxicomanes, dont la clientèle UDI. Les principaux acteurs identifiés sont : la population locale; les associations ou organismes; les partenaires sociosanitaires et les partenaires intersectoriels (police, services juridiques, etc.). Les diverses expériences réalisées, qu'elles soient européennes, canadiennes ou autres, ont démontré qu'il était essentiel de sensibiliser et d'informer ces acteurs lors de la mise en place de tout nouveau service, afin de s'en faire des alliés et ainsi assurer ou améliorer la coopération de tous. Benech-Le Roux³⁹ constate à ce propos :

L'implantation des programmes d'échanges de seringue participe de deux processus concomitants, mais difficile à concilier : l'acceptabilité de l'implantation par l'environnement local (riverains, élus, associations, partenaires sociosanitaires, police) [...] (Benech-Le Roux, p. 5)

Quant au **partenariat**, il découle directement de ce premier facteur de réussite, concrétisé par l'association de certains partenaires privilégiés, particulièrement ceux du secteur sociosanitaire. Klingemann²⁰ en parle ainsi:

[...] the successful introduction of harm-reduction measures of low-threshold programs depends largely on favourable public opinion and the cooperation of local communes and concerned neighbourhoods. (Klingemann, p. 731)

Un dernier élément, dont il faut tenir compte et qui n'est pas discuté dans l'ensemble des documents, est le soutien nécessaire et important assuré par les politiques et les lois^{34,36,39}. Cet aspect peut contribuer à augmenter l'acceptabilité et le partenariat.

Continuité, accessibilité et intégration des services

Deux autres facteurs de réussite sont également relevés par plusieurs auteurs^{2,4,6,25,28,30,31,32,39,42,46}: la **continuité** et l'**accessibilité des services**. Selon eux, il est difficile pour la clientèle toxicomane, dont les UDI, de recevoir des services au même titre que d'autres clientèles, en raison de leurs caractéristiques. Benech-Le Roux³⁹ présente ainsi l'**accessibilité** :

[...] accessibilité aux toxicomanes (géographique, temporelle), mais aussi capacité des intervenants à entrer en relation avec des consommateurs exclus des services sanitaires et sociaux traditionnels et à maintenir cette relation. (Benech-Le Roux, p. 5)

D'autre part, des difficultés ou l'absence de liens, de continuité, d'**accessibilité [...] des services au niveau des réseaux établis, des organisations et/ou des usagers** ont été relevés, particulièrement par un organisme communautaire (Point de Repères³²). Ces diverses difficultés seraient causées par :

- **les critères** :
 - ex. : que le toxicomane soit en démarche (réinsertion, etc.) pour avoir accès aux services de certaines organisations; que le toxicomane soit abstinent;
- **les limites** :
 - ex. : liste d'attente pour la méthadone; obligation d'avoir sa carte d'assurance-maladie, d'avoir un hébergement stable, etc.;
- **les lieux physiques** :
 - ex. : majorité des maisons de thérapie à l'extérieur du centre-ville; salle d'attente à travers la population générale, etc.;

- *les protocoles :*
 - ex. : accès aux services des CLSC par le triage général; accès aux activités du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve en passant par le CLSC, non-reconnaissance de l'évaluation de l'intervenant qui n'est pas rattaché à l'organisme de référence, etc.;
- *les heures d'ouverture :*
 - ex. : pas d'organismes ouverts après 21 h; fermeture pendant la période des fêtes alors que c'est une période difficile, etc.;
- *la méfiance et les préjugés envers les organisations :*
 - ex. : peur des organismes en lien avec le Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, des services qui ont recours aux policiers, etc.;
- *les mauvaises expériences de part et d'autre :*
 - ex. : discours moralisateurs, confrontation, incompréhension de la dépendance; confusion entre agressivité et violence; refus aux services de dégrisement aux consommateurs d'opiacés;
- *les caractéristiques reliées à la toxicomanie :*
 - ex. : consommation, instabilité, marginalisation, isolement, désaffiliation, criminalisation, problématiques associées, etc.;
- *les trous de service :*
 - ex. : pas de lieux de répit pour les toxicomanes qui ne sont pas en démarche; absence de suivi immédiat à la sortie d'un centre de détention; aucun lieu ou alternative pour l'injection sécuritaire, etc. (Point de Repères, p. 10).

Un des moyens relevés pour faciliter ou assurer la continuité et l'accessibilité des services aux UDI est l'**intégration des services**. C'est ce que préconisent Reist *et al.*⁶:

The prevalence of multiple health problems and concurrent disorders requires an integrated approach to treatment that involves close collaborating among health care providers and with others community partners. (Reist et al., p. 20)

Le terme intégration est compris ici dans le sens donné par la définition du MSSS⁵ :

[...] regroupement d'organisations qui sont indépendantes administrativement, mais qui doivent fournir un ensemble de services à une même population visée dans un territoire donné. Cette intégration, du type virtuel, permet à chacun des partenaires de participer au processus d'intégration en tenant compte de sa réalité, en apportant sa vision particulière de la situation et des solutions à envisager et, enfin, en respectant son rythme propre. (MSSS, p. 13 et 14)

Contandriopoulos *et al.*¹⁰ vont dans le même sens et définissent ainsi l'intégration:

*[...] l'intégration est le processus qui permet de resserrer les liens entre les acteurs d'un système organisé qui coopèrent à un projet collectif. L'intégration des soins et services transpose au domaine de la santé un concept central à la physiologie selon laquelle l'intégration consiste dans la coordination des activités de plusieurs organismes nécessaires à un fonctionnement harmonieux (Le Robert, 1998). (Contandriopoulos *et al.*, p. 41)*

Ces deux définitions rejoignent, du moins dans leur esprit, la définition donnée par le comité de travail sur un *Programme régional de services à bas seuil*.

Adaptabilité des services

Plusieurs auteurs^{26,27,35,38,42,46} soulignent l'importance d'**adapter** les services en tenant compte du problème de drogue particulier à chaque collectivité, de même que des caractéristiques ethniques, sociodémographiques et légales du milieu, sans quoi les résultats pourraient être mitigés. Il demeure important que les services s'adaptent aux formes de consommation, aux substances utilisées, aux comportements, et évoluent au rythme de la clientèle. Jacob⁴⁶ rend bien cette idée dans son texte :

L'un des objectifs de ces dispositifs est de permettre aux usagers de drogues de raccrocher avec le système sanitaire et social classique, de retrouver, au travers du travail des intervenants, le chemin des circuits de prise en charge. La difficulté tient au fait que le système sanitaire et social obéit à des règles standardisées auxquelles sont censées adhérer et se conformer les personnes. En ce sens, il relève d'une logique d'uniformisation qui ne souffre pas la prise en compte de la diversité, l'existence de formes de rationalité décalées par rapport au modèle dominant. (Jacob, p. 111)

La clientèle alcoolique/toxicomane est une clientèle dont la problématique est fort complexe, ce qui incite à penser différemment le développement des services qui leur sont destinés. Cette clientèle est souvent associée à des comorbidités diverses, en lien notamment avec les maladies infectieuses (VIH, VHC, etc.) ou avec la santé mentale, et plusieurs sont aux prises avec la justice.

En 2005, l'Agence de santé publique du Canada dans le cadre de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, en partenariat avec le Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU), CACTUS Montréal et le British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, a réalisé une revue de littérature portant sur l'importance de l'implication des personnes qui utilisent des drogues dans la réponse au VIH/sida et à l'hépatite C (VHC). Cette revue de littérature a été faite à partir de rapports, articles de périodique, exposés et publications gouvernementales, complétée par des consultations auprès de personnes qui

utilisent des drogues (n = 100) et des consultations ou entrevues téléphoniques auprès d'organismes (n = 61).

Ce document fait ressortir, chez la population des UDI, que les personnes qui s'injectent des drogues continuent d'être surreprésentées parmi les individus qui contractent le VIH et le VHC au Canada, et dans plusieurs autres pays. (Réseau juridique canadien VIH/sida⁶⁴, p. 5). Il fait également ressortir des difficultés rencontrées pour l'accès aux services, les principales étant :

- le manque de respect :
 - *Les utilisateurs de drogue, comme tous les hommes et les femmes, ont le droit à la dignité humaine.* (Un utilisateur – Réseau juridique canadien VIH/sida, p. 55);
- la non-prise en compte de leurs réalités dans la manière de concevoir les services :
 - *Ce ne sont pas les personnes qui utilisent des drogues qui sont brisées, mais plutôt le système qui échoue à répondre à leurs besoins.* (Un utilisateur – Réseau juridique canadien VIH/sida, p. 9);
- la non-souplesse dans l'organisation des services :
 - ex. : adaptation des heures de travail;
- la non-connaissance ou la méconnaissance des tendances changeantes quant à l'usage de nouvelles drogues illégales et au besoin de nouvelles interventions liées à ces changements;
- la crainte des clients que les fournisseurs de services avisent la police de leurs activités;
- la difficulté de joindre les personnes qui utilisent des drogues dans leur milieu.

Un texte central, écrit en 2002 par un groupe d'experts du Canada sous l'égide du Centre de toxicomanie et de santé mentale¹⁵ (CTSM), porte spécifiquement sur la prestation d'un service de bonne qualité aux personnes présentant des troubles concomitants d'alcoolisme/toxicomanie et de santé mentale. La recherche faite par ce centre relève, en effet, un fort taux de prévalence de cette comorbidité chez la clientèle toxicomane. Dans cette optique, plusieurs principes ont été répertoriés et peuvent être appliqués afin d'améliorer la coordination des services visant l'alcoolisme et la toxicomanie et la santé mentale, tels que :

1. la notion de temps (processus évolutif lent);
2. la présence de leadership et de personnes responsables;
3. la perception par les dispensateurs que les avantages de la coordination sont essentiels;
4. le partage de l'information;
5. une stratégie gouvernementale commune;
6. les accords officiels entre les organismes;

7. la responsabilité d'une autorité prioritaire commune;
8. les efforts pour établir le partage de l'idéologie;
9. la formation et l'éducation permanente pour le personnel et les superviseurs. (CTMS, p. 94)

L'information rend compte essentiellement des facteurs de réussite liés aux aspects organisationnels. La perception de l'utilisateur, lorsque questionné sur ce thème, diffère quelque peu des facteurs relevés. Clément *et al.*⁶³ mentionnent que *la perspective de l'utilisateur puise à même son vécu et se ramène à des préoccupations circonscrites : la réponse à certaines attentes [ex. : délai], la présence d'une interaction et surtout la qualité relationnelle dont l'appréciation repose d'abord sur le côté humain de l'intervenant [respect, compréhension, acceptabilité]. Son point de vue sur les aspects organisationnels est peu développé.* (Clément *et al.*, p. 23)

Désirant connaître le point de vue des UDI sur la dispensation des services, le comité de travail sur un *Programme régional de services à bas seuil* a mandaté le *Comité des soins de santé à bas seuil d'accessibilité* pour documenter cet élément. Une revue de littérature a donc été effectuée en 2005 (Mercure *et al.*⁶²), laquelle a été jumelée à une consultation auprès de professionnels de la santé (n = 10) et de personnes utilisant des drogues injectables (n = 18). Les barrières à l'utilisation des services de santé pour les UDI relevées dans la littérature se résument ainsi :

- contraintes structurelles :
 - ex. : [...] *distances, heures de rendez-vous, méconnaissance des services;* (Mercure *et al.*, p. 4)
- contraintes personnelles :
 - ex. : [...] *services imprégnés de jugement, condescendants, dispensés sans respect et ne répondant pas aux besoins.* (Mercure *et al.*, p. 4)

Quoique préoccupés par les contraintes structurelles, la liste des barrières relevées par les UDI fait davantage ressortir les contraintes personnelles. Celle-ci se détaille comme suit :

- accès – *heures d'ouverture, temps d'attente;*
- *traitement inadéquat par rapport à leurs besoins;*
- *non-continuité des suivis;*
- *personnel – jugement, perception de dégoût, médecins détachés;*
- *incompétence du personnel médical;*
- *non-respect de l'intimité (consultation avec la porte ouverte);*
- *manque de crédibilité des personnes qui utilisent des drogues;*
- *sentiment d'injustice;*
- *stigmatisation (être reconnu comme UDI plutôt qu'une personne ayant un problème de santé).* (Mercure *et al.*, annexe 5, p. 15)

Les facteurs facilitant l'utilisation des services de santé par les UDI peuvent se résumer ainsi :

- proximité géographique des services;
- gratuité des services;
- minimum de critères pour accéder aux programmes;
- principe de respect impliquant une attitude de soutien dénuée de jugement;
- accès à des services de santé mentale;
- accompagnement;
- service mobile;
- horaire flexible;
- continuité de services;
- présence de plusieurs types de professionnels. (Mercure *et al.*, p. 6-8)

Ces éléments ont également été corroborés, en mai dernier, à l'occasion de deux rencontres auprès de 25 UDI de la région de Québec. En effet, ces derniers ont fait ressortir des points similaires à ceux mentionnés ci-dessus, notamment l'importance de l'accès aux services (heures de disponibilité) et certaines qualités attendues des intervenants telles que : attitude d'ouverture, de respect, de compréhension, et absence de jugement de valeurs. (Compte rendu des *focus groups*)

Enfin, Lindenmeyer³⁷ relève la tendance de plusieurs expériences à « formaliser », à « institutionnaliser » les structures à bas seuil. Un défi réside donc dans le maintien de services adaptés à la clientèle UDI.

Complémentarité des approches

Divers auteurs^{29,32,35,36,42} mentionnent l'importance de s'assurer, sinon d'approches communes, du moins d'**approches complémentaires**. De fait, il ressort de l'analyse des services offerts aux toxicomanes, dont les UDI, qu'une étanchéité certaine existe entre les divers services et que celle-ci cause des difficultés en ce qui a trait à la continuité et à l'accessibilité des services. Un des gestes à poser est de prendre connaissance des diverses approches de chacun des partenaires privilégiés et de voir en quoi ces approches peuvent être complémentaires, ou du moins faire en sorte qu'elles ne soient pas en contradiction. *Le but n'est pas d'arriver à une uniformité, mais bien de mettre à plat les différences.* (Dupertuis *et al.*⁴², p. 55)

Circulation de l'information et confidentialité

Plusieurs auteurs^{8,13,31,36,42,48} soulignent l'importance de la **circulation de l'information** afin d'assurer un minimum de continuité dans les services. Cependant, ils mentionnent également qu'un des éléments qui entravent cette circulation est lié à la notion de **confidentialité**, dans sa dimension éthique et déontologique, qui demeure une

préoccupation constante chez les intervenants. Dans un cadre de partenariat et d'échanges de l'information, des interrogations sont régulièrement soulevées par les intervenants et des pistes de solution doivent leur être offertes. Lachance¹³, entre autres, positionne très bien cette préoccupation des intervenants en soulevant trois questions et en proposant un certain nombre de solutions à différents niveaux.

Questions soulevées :

- *Comment assurer une circulation efficace de l'information entre partenaires tout en respectant la confidentialité ?*
- *Comment développer des outils qui favorisent une meilleure circulation des informations tout en préservant les droits des personnes ?*
- *Comment gérer la « pression » parfois mise par des collaborateurs qui ont des règles différentes des nôtres ?*

Solutions proposées :

- *au niveau moral : règles et balises diverses; apprivoisement des partenaires – partage des valeurs (en arriver à un système de valeurs convenu et partagé par tous);*
- *au niveau clinique : partenariat = fluidité; ce qui nous est demandé et ce qui est pertinent de livrer; avoir le consentement éclairé; identifier avec le client et les partenaires le tronc commun où il est possible d'échanger des informations;*
- *au niveau institutionnel : élaborer un cadre clair; s'assurer que les clients connaissent les règles; convenir des règles de transmission avec nos partenaires, élaborer un guide concernant un Plan de services individualisé (PSI); règles et outils; former; mettre en place un mécanisme d'encadrement, de soutien; identifier une personne-ressource pour les cas complexes et litigieux;*
- *au niveau légal (influences du projet de Loi 83) : qui se veut une combinaison équilibrée entre : respect du droit à la vie privée; protection des renseignements personnels; circulation des renseignements nécessaires. (Lachance, p. 7-10)*

Dupertuis *et al.*⁴² complètent bien l'information présentée par Lachance ainsi :

*Tout le travail social est traversé par la question du respect de la personne et le respect de la confidentialité. Cette question intervient à plusieurs niveaux. Premièrement, à **l'interne des structures**, lorsqu'il y a échange des informations entre les personnes de l'équipe au nom d'une cohérence et d'un souci d'adéquation aux situations. Deuxièmement, le respect de la confidentialité intervient **entre structures différentes**. C'est à ce niveau que la question de la confidentialité devient souvent problématique et c'est pour y remédier que les structures ont développé des règles de conduite, des pratiques institutionnelles. (Dupertuis *et al.*, p. 45)*

Enfin, un dernier document, s'inspirant des travaux de Gosselinⁱⁱ, de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et de Fontaine et Duvalⁱⁱⁱ (UQAM), a été déposé à la Table de concertation Gangs de rue⁶¹. Le document, extrait adapté des auteurs cités ci-dessus, fait ressortir comme un enjeu important le fait d'échanger de l'information sur une situation précise. Il y est mentionné qu'*un processus de questionnement en trois étapes doit être fait avant de décider de partager ou non de l'information provenant d'autres intervenants.* (Drapeau, p. 1). Ces trois étapes se résument ainsi : *préciser le contexte d'intervention; vérifier la nature de l'information en cause et considérer le dilemme éthique.* (Drapeau, p. 1). Enfin, le document donne une liste des facteurs de tension à considérer :

1. *méfiance des « jeunes » en rupture et des milieux marginaux envers les intervenants;*
2. *conception opposée des rôles et mandats de chacun;*
3. *difficulté de communication;*
4. *décalage entre la lecture de la situation entre les intervenants;*
5. *pression légale obligeant à agir dans l'urgence;*
6. *pression bureaucratique et/ou politique de « régler des dossiers »;*
7. *surcharger des intervenants et parachutage des situations et « cas » difficiles;*
8. *carence dans la distribution des services;*
9. *rapport inégalitaire entre statuts professionnels différents.* (Drapeau, p. 2)

Formation

La **formation** est jugée un facteur de réussite par un certain nombre d'auteurs^{31,32,35,36}. Elle doit être offerte à divers groupes d'acteurs, tant à ceux liés au programme lui-même qu'aux partenaires (médecins de première ligne, centres hospitaliers, etc.). Cette formation doit être adaptée à chacun des groupes d'acteurs impliqués et en lien avec leur vocation. Il peut s'agir uniquement de faire connaître la clientèle toxicomane, de former sur les soins à donner à cette clientèle, d'informer sur la nature et les effets des politiques; etc.

2.2 Lieu d'injection supervisé

La sélection des articles sur les *lieux d'injection supervisés* (LIS) est plus aléatoire et s'est faite à l'occasion de la lecture des textes sur les services à bas seuil. L'objectif était de rechercher des similitudes entre les facteurs de réussite de l'implantation de ce service et ceux liés aux services à bas seuil. Deux éléments reviennent presque constamment : la coopération et l'appui de la loi. Le thème de la coopération est central; plusieurs

ii. Gosselin, J. « Le respect du secret : esquisse d'une grille d'analyse », *Service social*, vol. 40, n° 1, 1991, p. 53-70.

iii. Fontaine, A. et M. Duval, *Le travail de rue... dans un entre-deux : trousse à l'intention des travailleurs de rue avec les autres intervenants : projet de formation UQUAM - ATTRueQ*, Université du Québec à Montréal, Montréal, 2003, 101 p.

auteurs^{47,49,50,51,56} soulignent l'importance d'aller chercher la coopération des résidants, des commerçants, de la police, des organismes et des établissements de santé. Cela afin de diminuer les résistances. L'autre point fondamental est l'existence d'un cadre légal pour ce service, qui peut venir à sa rescousse s'il y a des problèmes^{47, 49, 50}.

2.3 Conditions favorisant le changement organisationnel

Le *Programme régional de services à bas seuil* est un projet qui sollicite la participation de plusieurs partenaires, provenant de divers milieux et avec lesquels des ententes devront être prises afin de rendre accessibles leurs services à la clientèle ciblée. Dès lors, on peut penser que des modifications de divers ordres devront être apportées et influenceront les façons de faire des intervenants oeuvrant dans les milieux concernés. En ce sens, un effort a été fait afin de recenser des auteurs ayant réfléchi aux conditions ou aux facteurs à considérer pouvant influencer la réussite de projets novateurs ou pour le moins susceptibles de changer les règles du jeu. Voici en résumé ce que certains auteurs ont retenu, information qui renforce ou complète celle présentée précédemment.

Desbiens et Dagenais²⁴ mentionnent que tout changement organisationnel a un impact sur la « vie » d'une organisation et exige au préalable certaines conditions. Celles-ci sont regroupées sous quatre thèmes : 1) le capital humain, 2) les dimensions structurelles, 3) les rôles des instances impliquées et 4) le temps pour soutenir le changement.

Le **capital humain** réfère aux éléments suivants : l'engagement formel des décideurs, le leadership, l'alliance des acteurs vers le changement, le soutien médical, la collaboration interprofessionnelle, la formation et l'information. Les **dimensions structurelles** englobent les éléments suivants : le milieu d'accueil, les habitudes de gestion et le contexte de pratique. Les **rôles des instances impliquées** sont au nombre de trois : appui à l'innovation émergente et à son intégration dans le système, mise en place d'incitatifs pour soutenir l'innovation et utilisation de l'information dans l'élaboration des politiques et des programmes d'intervention. Le **temps pour soutenir le changement** présuppose : l'acceptation d'un temps de « latence » et de « transition » pour produire le changement et l'acceptation d'une période d'apprentissage quant aux changements liés aux comportements et aux attitudes des intervenants.

Contandriopoulos *et al.*¹⁰ abondent dans le même sens et précisent que pour que le changement apparaisse, il est important : 1) *qu'il y ait un espace où il puisse se développer*, 2) *qu'il soit encouragé par des modalités organisationnelles favorables*, 3) *qu'il soit perçu par une large coalition d'acteurs comme le moyen de réaliser un projet collectif excitant et pas seulement imposé de l'extérieur* et 4) *qu'il y ait du leadership*. (Contandriopoulos *et al.*, p. 47)

Pineault *et al.*⁸ font ressortir plusieurs conditions du succès de l'implantation et de l'intégration des services de première ligne : *l'intégration des services et la collaboration interprofessionnelle, qui en est un élément essentiel, semblent être associées à des effets positifs sur l'accessibilité, la continuité et la globalité^{iv}, particulièrement pour les clientèles plus vulnérables, aux prises avec des problèmes multiples et complexes.* (Pineault *et al.*, p. 4). Les principales conditions se résument ainsi :

1. *les expériences les mieux réussies sont celles où une place importante est accordée aux pratiques professionnelles plutôt qu'aux structures;*
2. *chacun des projets doit se mouler aux caractéristiques propres du milieu dans lequel il s'inscrit;*
3. *la mise en place d'un processus participatif qui assurera la mobilisation des acteurs concernés (la démarche est faite d'étapes itératives et le processus n'est pas linéaire);*
4. *une vision commune du changement à introduire, des finalités à poursuivre et des valeurs;*
5. *des ressources suffisantes pour permettre l'introduction du changement;*
6. *des organisations qui favorisent le changement désiré et qui soutiennent les professionnels responsables de sa réalisation;*
7. *le développement d'une relation de confiance entre les professionnels impliqués et les gestionnaires.* (Pineault *et al.*, p. 5 et 6)

2.4 Instruments de collecte de données

Tout au long des lectures, un souci particulier a été porté à la recension d'*instruments de collecte de données*. En effet, dans le cadre de l'évaluation d'implantation du futur *Programme régional de services à bas seuil*, des instruments de collecte de données devront être utilisés afin de colliger l'information pertinente. Deux catégories d'instruments ressortent de façon plus importante, soit ceux permettant de documenter les *caractéristiques de la clientèle*^{11,14,17,19,42,43,44,47} et ceux permettant de recenser les *services offerts*^{11,14,17,18,42,43,44,47}. Quatre autres objets d'évaluation ont été soulevés : la *satisfaction des usagers*^{14,41,45}, la *qualité des services*⁹, les *contextes organisationnels*⁵ et la *perception des intervenants*⁹.

Ces instruments de collecte de données seront analysés et comparés à ceux provenant des organismes promoteurs du projet. Par la suite, une décision sera prise concernant le choix des instruments (contenu et forme) nécessaires pour soutenir la mise en œuvre et l'atteinte des objectifs du *Programme régional de services à bas seuil* ainsi que son évaluation.

iv. Continuité : succession cohérente de services en relation avec les besoins et le contexte de vie des personnes. Elle comporte trois dimensions : la continuité informationnelle, la continuité relationnelle et la continuité de coordination (gestion clinique).

Accessibilité : facilité ou difficulté d'entrer en contact avec les services de première ligne. Elle comporte les dimensions géographique, organisationnelle, économique, sociale et culturelle.

Globalité : exprime la sensibilité des services à répondre à l'ensemble des besoins diversifiés des personnes.

CONCLUSION

Afin de soutenir les travaux du comité de travail sur un *Programme régional de services à bas seuil*, une revue de littérature portant sur les facteurs de réussite d'un tel programme a été effectuée. La recension des écrits portait sur trois aspects : la *réduction des méfaits*, les *services à bas seuil* et les *changements organisationnels* dus à l'aspect novateur du programme et à la diversité des partenaires impliqués. Une analyse transversale a permis de relever une convergence très importante entre les facteurs relevés pour la réduction des méfaits et les services à bas seuil et ceux liés au changement organisationnel. Cette convergence appuie l'importance de prendre en compte ces facteurs dans la mise en œuvre du *Programme régional de services à bas seuil*.

Contandriopoulos et Denis⁶⁰ mentionnent que, pour qu'une *mise en réseau des services soit efficace et harmonieuse, elle doit toucher aux trois systèmes suivants* (les divers facteurs de réussite relevés dans la revue de littérature sont intégrés entre parenthèses) :

- le **système collectif de représentation et de valeurs**, qui permet la mise en place et le développement d'une culture d'équipe commune à l'ensemble des membres (**facteurs de réussite** : engagement formel des décideurs, accords officiels entre les organismes);
- le **système de gouverne**, qui définit un modèle organisationnel, qui précise le leadership et qui détermine les mandats des membres et les interrelations entre chacun (**facteurs de réussite** : leadership, acceptabilité, continuité, accessibilité, adaptabilité, coordination des services/intégration, circulation de l'information, temps pour soutenir le changement, alliances avec les acteurs vers le changement, ressources suffisantes);
- le **système clinique**, où l'on définit l'intégration des différents services et des soins dans l'espace, dans le temps et entre les intervenants (**facteurs de réussite** : formation, confidentialité, complémentarité des approches, vision commune/partage des valeurs, soutien médical).
(Contandriopoulos et Denis, p. 14)

Une comparaison entre les facteurs de réussite relevés dans la revue de littérature et les éléments discutés par les membres du comité de travail sur un *Programme régional de services à bas seuil* a été réalisée. Cet exercice a fait ressortir que la majorité des facteurs recensés ont été retenus par le comité comme des éléments importants à considérer afin d'assurer l'atteinte des objectifs du projet. Il a également permis de relever quatre facteurs de réussite pas ou peu discutés : circulation de l'information, confidentialité et éthique; formation; importance des politiques et des lois; importance du leadership. En fait, le travail qu'il reste à faire est de se demander pour chacun des facteurs retenus : qu'est-ce qui a été fait, est-ce que tous les éléments contributifs à l'opérationnalisation de ce facteur ont été identifiés, mis en place, est-ce suffisant, etc.?

Un défi important du projet de mise en œuvre du *Programme régional de services à bas seuil* est de réussir l'intégration des services de diverses organisations au bénéfice des toxicomanes désaffiliés, notamment les UDI, laissés pour compte bien souvent. Dans la poursuite de ses travaux, le comité de travail sur un *Programme régional de services à bas seuil* pourra s'inspirer des sept conditions émises par Pineault *et al.*, présentées dans la section sur le changement organisationnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. COMITÉ DU PROGRAMME CADRE SUR LA RÉINSERTION SOCIALE EN TOXICOMANIE. *Programme cadre de réinsertion sociale en toxicomanie*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, mai 1998, 92 p.
2. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE QUÉBEC *et al.* *Projet SABS*, Québec, Direction de santé publique de Québec, Centre de réadaptation Ubaldo-Villeneuve, CLSC-CHSLD Basse-Ville–Limoilou–Vanier, Service de toxicomanie CHUQ-HSFA, CLSC-CHSLD Haute-Ville–Des-Rivières, Point de Repères, juin 2000, 34 p.
3. INSPQ. *Ce que nous apprend l'évaluation de projets novateurs sur les conditions favorisant le changement : l'expérience du programme du FASS au Québec*, Québec, Direction de la planification de la recherche et de l'innovation, octobre 2003, Présentation à la Direction régionale de santé publique de Québec, 15 p.
4. MSSS. *Ensemble dans l'action. Plan d'action national de lutte contre les toxicomanies 2005-2010*, Document de travail, Québec, février 2005, 59 p.
5. MSSS. *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale*, Québec, Direction générale des services à la population, avril 2002, 33 p.
6. REIST, D., *et al.* *Every Door is the Right Door. A British Columbia Planning Framework to Address Problematic Substance Use and Addiction*, Colombie-Britannique, Ministry of Health Services, mai 2004, 106 p.
7. SPRINGER, D.W., C.A MCNEECE *et* A.E. MAYFIELD. *Substance Abuse Treatment for Criminal Offenders : an Evidence-Based Guide for Practitioners*, Washington (D.C.), American Psychological Association, 2003, p. 175-183.
8. PINEAULT, R., *et al.* *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport synthèse*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005, 29 p.
9. RISQ, *Guide pour le développement d'un système d'amélioration continue de la qualité des services de réadaptation en toxicomanie*, Montréal, mai 1997, 40 p.
10. CONTANDRIOPOULOS, J.L., J.L. DENIS, N. TOUATI *et* R. RODRIGUEZ. « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », *Ruptures*, vol. 8, n° 2, 2001, p. 38-53.

11. CENTRE DE SANTÉ PUBLIQUE DE QUÉBEC. *Rapport d'évaluation de Point de Repères. Monitoring de la clientèle des services, avril 1993 à mars 1995*, Québec, décembre 1995, 69 p.
12. MALATESTA, D., D. JOYE, D. KÜBLER et D. HAUSSER. « Échange de seringues ou apprentissage ? Les bus de Bienne et Genève », *Soz Präventivmed*, n° 41, suppl. 1, 1996, p. S15-S21.
13. LACHANCE, N. *Confidentialité et continuité des services... Dilemme insoluble ?*, Rond-Point 2005, 11 p.
14. INSUA, P., et S. MONCADA, « Cognición, actitud y conducta : cambio en UDIs hacia la reducción de los riesgos asociados al uso de drogas », *Adicciones*, vol. 14, n° 2, 2002, p. 161-176.
15. CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE, *Meilleures pratiques. Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme toxicomanie*, Ottawa, Santé Canada, 2002, 155 p.
16. OGBORNE, A.C., et C.A. BIRCHMORE-TIMNEY. « Framework for the Evaluation of Activities and Programs with Harm-Reduction Objectives », *Substance Use and Misuse*, vol. 34, n° 1, 1999, p. 69-82.
17. PERREAULT, M., et al. « Évaluation du programme Relais Méthadone », dans *Les Dix-septièmes Entretiens du Centre Jacques Cartier – Colloque Alcool, drogues et conduites à risque*, Montréal, 7 et 8 octobre 2004.
18. CHRISTO, G., S. SPURRELL et R. ALCORN. Validation of the Christo Inventory for Substance-misuse Services (CISS) : a simple outcome evaluation tool », *Drug and Alcohol Dependence*, n° 59, 2000, p. 189-207.
19. RUEFLI, T., et S.J. ROGERS. « How do drug users define their progress in harm reduction programs ? Qualitative research to develop user-generated outcomes », *HARM Reduction Journal*, vol. I, 2004, p. 8.
20. KLINGEMANN, H.K.H. « Drug treatment in Switzerland : harm reduction, centralization and community response », *Addiction*, vol. 91, n° 5, 1996, p. 723-736.
21. FLEURY, M.J., et Y. OUADAHI. « Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement », *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, n° 2, 2002, p. 16-36.
22. DESLANDES, R., et R. BERTRAND. « Une meilleure harmonisation des services offerts aux jeunes à risque et à leurs familles », *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, n° 2, 2002, p. 136-153.

23. CLÉMENT, M., et D. AUBÉ. « La continuité des soins : une solution ? Perspective des personnes avec comorbidité », *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, n° 2, 2002, p. 180-197.
24. DESBIENS, F., et C. DAGENAIS. *De l'innovation au changement. Les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)*, Québec, Gouvernement du Québec, 2002, 207 p.
25. MORISSETTE, C. « L'accessibilité au matériel stérile d'injection pour les usagers de drogues par injection de Montréal : où en sommes-nous ? », (ADRLSSS de Montréal), dans *Les Dix-septièmes Entretiens du Centre Jacques Cartier – Colloque Alcool, drogues et conduites à risque*, Montréal, 7 et 8 octobre 2004.
26. TOUSSIRT, M. « Boutique 18 : un lieu d'accueil de proximité pour les consommateurs de crack », (Association Charonne « Boutique 18 », France), dans *Les Dix-septièmes Entretiens du Centre Jacques Cartier – Colloque Alcool, drogues et conduites à risque*, Montréal, 7 et 8 octobre 2004.
27. HERVÉ, F. « Alcool, drogues et réduction des méfaits », (ANIT, France), dans *Les Dix-septièmes Entretiens du Centre Jacques Cartier – Colloque Alcool, drogues et conduites à risque*, Montréal, 7 et 8 octobre 2004.
28. ODDOU, A. « Articulations bas seuil d'exigence et soins spécialisés », (Hôpital Herriot, France), dans *Les Dix-septièmes Entretiens du Centre Jacques Cartier – Colloque Alcool, drogues et conduites à risque*, Montréal, 7 et 8 octobre 2004.
29. BERNIER, D. « Articulations bas seuil d'exigence et soins spécialisés », (Le Triangle, France), dans *Les Dix-septièmes Entretiens du Centre Jacques Cartier – Colloque Alcool, drogues et conduites à risque*, Montréal, 7 et 8 octobre 2004.
30. MACPHERSON, D.A. *Framework for Action. A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver*, Vancouver, Drug Policy Coordinator, 24 avril 2001, 85 p.
31. CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES. *Réduction des méfaits et utilisation des drogues injectables : étude comparative internationale des facteurs contextuels influençant l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes adaptés*, Ottawa, septembre 2001, 136 p.
32. POINT DE REPÈRES. *Quand l'approche de réduction des méfaits est à la base du traitement et des partenariats*, présentation dans le cadre du congrès national en toxicomanie Rond-Point 2005, Montréal, 11, 12, 13 avril 2005, 21 p.
33. HEATHER, N., A. WODAK, E. NADELMAN et P. O'HARE. « Drug Use and Harm Reduction », dans *Psychoactive Drugs and Harm-reduction from Faith to Science*, Londres, WHURR Publisher, 1993, p. 3-20.

34. INTERNATIONAL FEDERATION OF RED CROSS AND RED CRESCENT SOCIETIES. *Spreading the Light of Science – Guidelines on Harm Reduction Related to Injecting Drug Use*, Suisse, 2003, 60 p., ann., ill.
35. RILEY, D. « La réduction des méfaits liés aux drogues : politique et pratiques », dans *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. II, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 1994, p. 130-150.
36. OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. *Médiation et réduction des risques. Évaluation du programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18^e arrondissement de Paris*, Paris, septembre 2003, 104 p.
37. LINDENMEYER, H. *La situation des structures « seuil bas » pour les consommateurs/consommatrices de drogues en Suisse*, Présentation des résultats de l'enquête du BRR sur les structures d'accueil « seuil bas » destinées aux consommateurs/consommatrices de drogues en Suisse du printemps 2002, Conférence du 4 décembre 2002, Fribourg, 13 p.
38. LINDENMEYER, H. *Rapport de situation sur les structures d'accueil à seuil bas destinées aux consommateurs de drogue en Suisse*, Zurich, Bureau suisse pour la réduction des risques, mai 2003, 32 p.
39. BENECH-LE ROUX, P. *L'implantation des programmes d'échanges de seringues : entre acceptabilité et accessibilité*, Guyancourt (France), Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales, 2001, 169 p.
40. TOUSSIRT, M. Notes transmises à la suite d'un courriel, juillet 2005.
41. MERCIER, C., M. LANDRY ET M. PERREAULT. « Measuring Client's Perception as Outcome Measurement », dans Albert R. Roberts et Kenneth R. Yeager (dir.), *Evidence-Based Practice Manual. Research and Outcome Measures in Health and Human Services*, Oxford (USA), 2004, p. 904-909.
42. DUPERTUIS, V., A. DENTAN et G. ZIEGLER. *Étude pour la mise en place d'une coordination du dispositif seuil bas destiné aux personnes toxicodépendantes à Lausanne. État de la question, propositions, perspectives et calendrier*, Suisse, février 2000, 70 p. + annexes.
43. EMCDDA. *Treatment Demand Indicator Standard Protocol 2.0*, Council of Europe, 2000, p. 25-35.
44. COMITÉ DE SUIVI. *Définition de la clientèle utilisatrice de drogue par injection de la région de Québec*, Québec, 2003, 20 p.

45. BERGERON, J., M. LANDRY, S. BROCHU et L.G. COURNOYER. « Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie : une approche multidimensionnelle », *Recherche et intervention sur les substances psychoactives* - Québec, 1997, 108 p.
46. JACOB, E. « Les structures à “bas seuil” : nouvelle appréhension des phénomènes de toxicomanie ou gestion a minima des “populations à risques” ? », *Prévenir*, n° 32, 1^{er} semestre 1997, p. 103-113.
47. BERTRAND, B. *Le « tourisme d'assistance » des usagers de drogues. Vers l'ouverture d'une salle d'injection à moindre risque*, Paris, L'Harmattan, 2003, 185 p.
48. EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). *Reviewing Current Practice in Drug-substitution Treatment in the European Union*, Belgique, novembre 2000, p. 1-50.
49. ELLIOTT, R., I. MALKIN et J. GOLD. *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002, 65 p.
50. COMITÉ D'INTERVENTION AUPRÈS DES COCAÏNOMANES. *Des lieux d'injection de drogues illicites à Montréal*, Montréal, octobre 2001, 36 p.
51. BEAUREGARD, L. *Étude de faisabilité au sujet de la création de lieux d'insertion sociale et de sites d'injection pour les utilisateurs de drogues par injection (UDI)*, Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, mai 2004, 26 p.
52. BRITISH COLUMBIA CENTRE FOR EXCELLENCE IN HIV/AIDS. *Evaluation of the Supervised Injection Site. Year One Summary*, Colombie-Britannique, septembre 2004, 8 p.
53. WOOD, E., *et al.* « Rationale for evaluating North America's first medically supervised safer-injecting facility », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 4, mai 2004, p. 301-306.
54. WOOD, E., *et al.* « Methodology for evaluating Insite Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users », *Harm Reduction Journal*, vol. I, n° 9, 2004, p. 1-5.
55. ROBERTS, M., A. KLEIN et M. TRACE. *Drug Consumption Rooms*, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, n° 3, 2004, 8 p.

56. BROADHEAD, R., T.H. KERR, J.-P.C. GRUND et F.L. ALTICE. « Safer Injection Facilities in North America : Their Place in Public Policy and Health Initiaves », *The Journal of Drug Issues*, vol. 32, n° 1, 2002, p. 329-356.
57. ZURHOLD, H., P. DEGKWITZ, U. VERTHEIN et C. HAASEN. « Drug Consumption Rooms in Hamburg, Germany : Evaluation of the Effects on Harm Reduction and the Reduction of Public Nuisance », *The Journal of Drug Issues*, vol. 33, n° 3, 2003, p. 663-688.
58. MALKIN, I., R. ELLIOTT et R. MCRAE. « Supervised Injection Facilities and International Law », *The Journal of Drug Issues*, vol. 33, n° 3, 2003, p. 539-578.
59. KERR, T. *Safe Injection Facilities (SIFs) in Canada*, Présentation, 33 p.
60. CONTANDRIOPOULOS, A.D., et J.L. DENIS. *La mise en réseau et l'intégration des soins et des services dans le domaine de la santé*, Notes de cours, Département d'administration de la santé et GRIS, Université de Montréal, 2001.
61. DRAPEAU, M. Document éthique sur l'échange d'information pour la Table de concertation Gangs de rue; Extrait adapté d'un document de A. Fontaine et de M. Duval, *Le travail de rue... dans un entre-deux : trousse à l'intention des travailleurs de rue avec les autres intervenants : projet de formation UQAM-ATTRueQ*, Université du Québec à Montréal (UQAM) en collaboration avec l'ATTRueQ, 2001-2003, 101 pages.
62. MERCURE, S.A., I. TÊTU, M. BÉDARD et F. CÔTÉ. *Réflexions et pistes d'action sur les services de santé à bas seuil d'accessibilité dans la région de Québec. Revue de littérature et consultation de personnes qui utilisent des drogues injectables*, Comité des soins de santé à bas seuil d'accessibilité, Québec, 2005, 15 p. + annexes, document de travail.
63. CLÉMENT, M., et al. *La continuité des soins auprès des personnes présentant un trouble concomitant de maladie mentale et de toxicomanie : responsabilité des usagers et perspective organisationnelle*, Québec, CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières, juillet 2003, 28 p.
64. Réseau juridique canadien VIH/sida, « Rien à notre sujet sans nous. » *L'implication accrue et significative des personnes qui utilisent des drogues illégales : un impératif sanitaire, éthique et des droits humains*, Toronto, 2005, 60 p.