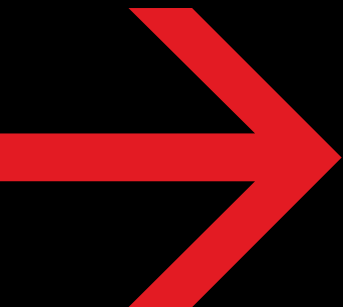
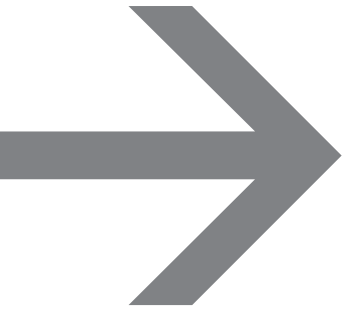




Vers un service d'injection supervisée

Rapport de l'étude de faisabilité sur l'implantation
d'une offre régionale de services d'injection supervisée
à Montréal





Vers un service d'injection supervisée

Rapport de l'étude de faisabilité sur l'implantation
d'une offre régionale de services d'injection supervisée
à Montréal

Richard Lessard, Carole Morissette

2011



Une réalisation du secteur Vigie et protection

Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Sous la direction de

Richard Lessard

Soutien à la direction

Jo Anne Simard
Terry-Nan Tannenbaum
Louise Valiquette

Comité de rédaction et coordination des travaux

Richard Lessard
Carole Morissette
Natalia Gutierrez
Annie Larouche

Contribution au contenu

Isabelle Billette, SPVM
François Gagnon
Marie-Ève Goyer
Daniel Labesse
Pascale Leclerc
Isabelle Mondou

Validation des sections les concernant

Cabinet Meloche, Larivière et associés
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Partenaires du RSSS et du réseau communautaire
Urgences-santé

Comité de lecture

Dominique Archambault, Arrondissement Ville-Marie
Natalie Bibeau, Agence de Montréal
Suzanne Brissette, CHUM
Marcel Cajelait, Ville de Montréal
Agnès Connat, Table de concertation du Faubourg St-Laurent
Gilles Cuillerier, Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances
Jenny Ingrid Lebouna Vouma
Jean-François Mary, CACTUS Montréal
Nathalie Paquette
Marianne Tonnelier, CACTUS Montréal
Nicole Turcotte, CSSS de la Montagne
Sandhia Vadlamudy, Plein Milieu
Francine Vincelette, CSSS Jeanne-Mance

Soutien aux communications

Maryse Beaumier-Robert
Lise Chabot
Manon Hudson

Secrétariat

Émilie Gaumond
Sylvie Morand

Conception graphique

Paul Cloutier

Traduction

Sylvie Gauthier

© Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011)

Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-128-2 (version imprimée)

ISBN 978-2-89673-129-9 (version PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2011

Prix : 20\$

Remerciements

Le directeur de santé publique tient à remercier chaleureusement toutes les personnes ayant participé de près ou de loin à l'étude de faisabilité sur l'implantation de services d'injection supervisée à Montréal...

... les 81 membres du comité de pilotage et des groupes de travail;

... les participants à la journée d'étude;

... l'Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec et les personnes utilisatrices de drogues par injection consultées;

... les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et des groupes communautaires, ainsi que les représentants du Service de police de la Ville de Montréal qui ont pris part aux groupes de discussion;

... Urgences-santé, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, le Collège des médecins du Québec ainsi que les contentieux de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, du Service de police et de la Ville de Montréal qui ont contribué en fonction de leurs expertises respectives;

... les élus, décideurs, associations de citoyens et de commerçants qui ont accepté d'échanger leurs points de vue avec le directeur de santé publique;

... toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de l'étude de faisabilité ou à la production de ce rapport.

Note

Les personnes et organisations consultées ou qui ont pris part à la démarche de travail dans le cadre de cette étude partagent certains des points de vue exprimés, mais n'endossent pas nécessairement tous les propos ni même, pour certains, les conclusions du rapport. La Direction de santé publique respecte ces opinions et tient à remercier ces personnes pour leur contribution et le temps accordé à cette démarche.

MOT DU DIRECTEUR

Les infections causées par le virus de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) font des ravages sur toute l'île de Montréal. Leurs conséquences et les complications qu'elles entraînent sont très graves. Ces infections touchent particulièrement les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI), un groupe parmi les plus vulnérables de notre société. De plus, depuis 2005, les décès par surdose de drogues pouvant s'injecter sont en progression.

L'évolution de la situation depuis les 20 dernières années et l'arrivée de nouveaux phénomènes, comme les substances utilisées pour l'injection qui se sont considérablement diversifiées et modifiées, nous obligent à revoir nos pratiques et à définir des stratégies adaptées aux besoins des personnes UDI aussi bien qu'au nouveau contexte. Parmi celles-ci, l'implantation de services d'injection supervisée (SIS) est reconnue efficace dans une optique de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et de réduction des méfaits.

En décembre 2010, dans la foulée de la sortie d'un rapport sur l'augmentation des ITSS à Montréal, notamment chez les personnes UDI, un comité de pilotage a été mis sur pied afin d'identifier les conditions qui permettraient la mise en place d'une offre régionale de SIS à Montréal. Au cours des derniers mois, plusieurs acteurs régionaux et locaux ont été mis à contribution dans des groupes de travail ou lors de consultations afin d'identifier un ou des modèles d'organisation régionale de services ainsi que des mesures favorisant l'acceptabilité sociale de l'implantation de SIS. Quant à la faisabilité légale, la décision de la Cour suprême du Canada rendue le 30 septembre 2011 à l'égard du SIS Insite à Vancouver ouvre la voie à l'ajout de ces derniers aux programmes offerts aux personnes UDI comme une réponse médicale et de santé publique à la maladie qu'est la toxicomanie et ses risques sur la santé.

Ce rapport présente l'ensemble des travaux réalisés dans le cadre de l'étude de faisabilité, notamment au sein des différents comités, ainsi que sur les enjeux et les conditions liées à l'implantation de SIS, tels que définis par les principaux acteurs montréalais. Il propose au président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence de Montréal) plusieurs recommandations, notamment celle d'aller de l'avant avec l'implantation d'une offre régionale de SIS. Une des premières étapes serait d'ailleurs de doter la région d'une structure de coordination dont le mandat comprendra de soumettre une demande d'exemption conformément aux critères énoncés dans le jugement de la Cour suprême du Canada.

La démarche de l'étude de faisabilité a suscité une mobilisation importante du réseau de la santé et des services sociaux et de multiples partenaires et, de ce fait, constitue une condition incontournable pour la suite.

En inscrivant la mise en place de SIS dans une perspective de réduction des inégalités de santé, d'intégration sociale, et ce, de manière complémentaire à l'éventail des services déjà inscrits dans les continuums des programmes services de l'Agence de Montréal, nous souhaitons améliorer la santé des personnes UDI et la qualité de vie des quartiers où ils seront implantés.

Le directeur de santé publique,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Lessard', written in a cursive style.

Richard Lessard, M.D.

Table des matières

Liste des tableaux et des figures	iii
Acronymes et abréviations	v
SOMMAIRE.....	1
VERS UN SERVICE D’INJECTION SUPERVISÉE À MONTRÉAL	13
PARTIE 1 : POURQUOI IMPLANTER UN SERVICE D’INJECTION SUPERVISÉE À MONTRÉAL?	15
1. Bref historique	15
2. L’état de santé des personnes utilisatrices de drogues par injection.....	16
3. L’offre actuelle de service au niveau régional	19
4. La criminalité et les nuisances liées à l’injection de drogues	26
5. L’étude de faisabilité : objectifs et démarche.....	27
PARTIE 2 : QU’EN EST-IL DES POLITIQUES EN MATIÈRE DE DROGUES ET DES QUESTIONS JURIDIQUES? .	29
1. Les politiques publiques et les approches concernant la toxicomanie	29
2. Le contexte juridique canadien.....	31
PARTIE 3 : LES SERVICES D’INJECTION SUPERVISÉE AU CANADA ET DANS LE MONDE.....	35
1. Les objectifs poursuivis et les retombées concrètes	36
2. Les paramètres organisationnels et les pratiques professionnelles.....	41
3. L’utilisation des SIS par les personnes UDI	46
4. Les enjeux de la localisation.....	47
PARTIE 4 : LES ENJEUX ET LES CONDITIONS DE L’AJOUT DU SIS VUS PAR LES PRINCIPAUX ACTEURS MONTRÉALAIS.....	49
1. L’intention des personnes UDI d’utiliser le SIS et l’acceptabilité de son fonctionnement.....	49
2. L’organisation et les pratiques professionnelles des intervenants	52
3. La légalité des services et le rôle primordial des infirmières.....	54

4. L'acceptabilité du SIS selon des élus, des décideurs et d'autres acteurs	55
5. Les conditions liées à la collaboration du SPVM.....	57
6. La position de la Ville de Montréal	59
PARTIE 5 : CADRE DE L'OFFRE DE SERVICE RÉGIONALE ET RECOMMANDATIONS.....	61
1. Considérations générales.....	61
2. Les recommandations.....	70
CONCLUSION.....	81
Bibliographie	83
Annexe 1. Le communiqué du Ministre de la Santé et des Services sociaux	91
Annexe 2. L'intensité de l'activité UDI par territoire de CSSS.....	93
Annexe 3. Les emplacements des boîtes de récupération extérieures.....	95
Annexe 4. Le guide pour le ramassage et la récupération des seringues à la traîne à Montréal.....	97
Annexe 5. L'étude de faisabilité : la démarche et la méthodologie	99
Annexe 6. Le communiqué de l'Association canadienne de santé publique.....	125
Annexe 7. Les objectifs d'un service d'injection supervisée, les moyens mis en oeuvre pour les atteindre et les indicateurs permettant d'évaluer leur atteinte	127
Annexe 8. Les recommandations du groupe de travail sur l'organisation des services.....	129
Annexe 9. Les recommandations du groupe de travail sur l'acceptabilité sociale.....	135
Annexe 10. Les dimensions à inclure dans la surveillance et le monitoring des SIS.....	139

Liste des tableaux et des figures

Figure 1 : Répartition des seringues distribuées à Montréal entre avril 2010 et mars 2011 selon les modalités de distribution.....	22
Figure 2 : Interventions effectuées lors de 336 surdoses dans les locaux d’Insite sur une période de 18 mois (du 1 ^{er} mars 2004 au 30 août 2005)	38
Figure 3 : Nombre moyen quotidien de personnes UDI s’injectant en public et de seringues à la traîne comptabilisé pendant 6 semaines avant et 12 semaines après l’ouverture d’Insite	40
Tableau 1 : Objectifs des SIS et effets	41
Figure 4 : Répartition des répondants selon leur intention d’utiliser un SIS s’il était disponible à Montréal	50
Figure 5 : Cadre logique	63
Figure 6 : Itinéraire type de l’usager d’un SIS	68
Tableau 2 : Indicateurs de besoins et de capacité clinique pour les territoires de CSSS ciblés en 2010-2011	75
Figure 7 : La chaîne d’intervention préhospitalière	113

Acronymes et abréviations

ADDICQ	Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec
AQPSUD	Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues
Agence de Montréal	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
CAMSI	Centre d'accès au matériel stérile d'injection
CDC-IUD	Centre Dollard-Cormier–Institut universitaire sur les dépendances
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Cran	Centre de recherche et d'aide pour narcomanes
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PRSP	Plan régional de santé publique
PLAISIIRS	Projet de lieu d'accueil et d'implication sociale pour les personnes qui consomment par injection et inhalation responsables et solidaires
PNSP	Programme national de santé publique du Québec
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SIS	Service d'injection supervisée
SPVM	Service de police de la Ville de Montréal
UDI	Utilisateur/trice de drogues par injection
U-S	Urgences-santé
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
VHC	Virus de l'hépatite C

SOMMAIRE

Introduction

Un service d'injection supervisée (SIS) est un service à caractère médical et infirmier en réponse à la maladie qu'est la toxicomanie. Dans les pays où la loi le permet, il est offert dans des endroits où des personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) peuvent s'injecter des drogues qu'elles apportent elles-mêmes, dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité, sous la supervision d'un personnel médical, infirmier et psychosocial qualifié. Il s'agit d'un service complémentaire aux autres services déjà offerts.

Le double objectif

Le SIS poursuit un double objectif : contribuer à prévenir les maladies et les décès qui surviennent parmi les personnes UDI et à réduire les inégalités sociales de santé qui frappent l'un des groupes les plus vulnérables de la société. C'est ce qui explique que l'étude de faisabilité était prévue dans le Plan régional de santé publique, plus précisément dans la stratégie de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

L'étude de faisabilité

En attendant le jugement de la Cour suprême du Canada et dans la foulée du rapport du directeur de santé publique de 2010, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence de Montréal) a entrepris en 2011 une étude de faisabilité, dont le mandat lui avait été confié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) en 2003. Cette étude avait pour objectif de déterminer et d'évaluer les conditions qui permettraient l'ajout de SIS aux services existants dans la région.

Un comité de pilotage, composé de représentants de directions d'établissements de la santé, d'organismes communautaires, de la sécurité publique, des autorités municipales, d'un regroupement de personnes UDI et de tables locales de développement social, s'est vu confier la tâche de mener cette étude. Deux groupes de travail chargés d'examiner les questions organisationnelles et les conditions d'acceptabilité sociale ont entrepris une démarche qui a abouti à la rédaction du présent rapport.

La décision de la Cour suprême du Canada

Le jugement rendu par la Cour suprême du Canada le 30 septembre 2011 a confirmé le caractère légal de l'organisme Insite, de Vancouver. Ce site d'injection supervisée a démontré que le service pouvait sauver des vies, améliorer l'état de santé des usagers, et ce, sans entraîner d'effets négatifs sur le quartier. Au Québec, le ministre de la Santé et des Services

sociaux a reconnu que cette décision ouvre la voie à un service semblable sous certaines conditions.

Les avantages documentés du service

Outre Insite, dont les résultats ont servi d'assise à la décision de la Cour suprême, on trouve plus de 90 sites d'injection supervisée dans le monde répartis dans plusieurs pays d'Europe, au Canada et en Australie. Bien qu'il existe une variété importante de modèles, on reconnaît généralement que le service offre les avantages suivants :

- Il réussit à joindre les personnes UDI les plus marginalisées dites « à risque élevé ».
- Il contribue à prévenir les surdoses et les décès qui y sont liés.
- Il agit comme facteur de protection en offrant du matériel stérile d'injection, un lieu sécuritaire et en enseignant les pratiques d'injection à risque réduit et contribue ainsi à diminuer les épidémies dues aux virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite C (VHC) ; il ne favorise pas l'initiation à l'injection.
- Il contribue à stabiliser l'état de santé des usagers en offrant d'autres services, tels le dépistage du VIH et du VHC, la vaccination, les soins primaires et l'orientation vers les programmes de désintoxication ou de traitement de la dépendance ou de substitution.
- Il réduit la pression exercée sur les services d'urgence (transport ambulancier, hôpital) en favorisant une prise en charge des surdoses sur les lieux.
- Il atténue les impacts négatifs sur l'ordre public en réduisant la consommation dans les lieux publics ainsi que les nuisances qui y sont associées (les seringues à la traîne, par exemple). Il n'augmente pas le nombre de délits liés à la consommation de drogue.

Pourquoi un SIS à Montréal ?

Les raisons qui justifient l'implantation d'un SIS à Montréal tiennent en peu de mots : épidémie des infections causées par le VIH et le VHC et surmortalité chez les personnes UDI.

Le VIH touche un nombre important de Montréalais UDI et son taux de transmission est très élevé. La consommation de cocaïne, la drogue la plus souvent injectée à Montréal, est un déterminant majeur de la transmission du VIH, comme l'est aussi le partage de seringues usagées. L'infection causée par le VHC fait également des ravages : sept personnes UDI sur dix ont été exposées à ce virus dont la transmission ne semble pas diminuer. Peu d'entre elles sont traitées malgré la disponibilité d'un traitement efficace. Les conséquences du VHC et du VIH sur la santé sont extrêmement graves, voire fatales.

Quant à la surmortalité chez les personnes UDI, il s'agit d'un phénomène qui doit être mieux documenté. Toutefois, les données disponibles montrent que le problème est alarmant à Montréal. Ainsi, selon une analyse préliminaire des données du coroner, le nombre annuel moyen de décès par intoxication de drogues qui peuvent s'injecter a augmenté de manière significative, passant de 51 pour les années 2000 à 2005 à 72 pour les années 2006 à 2009. Bien que la cocaïne soit au premier rang des drogues détectées, ce sont les opioïdes médicamenteux qui semblent contribuer le plus à cette hausse. De plus, une étude canadienne réalisée auprès de 253 personnes co-infectées par le VIH et le VHC et majoritairement UDI a démontré que le taux de mortalité de ces personnes, âgées en moyenne de 45 ans, est 18 fois supérieur à celui de la population en général; les principales causes de décès sont les surdoses et les maladies chroniques du foie. Le taux de mortalité chez les jeunes de la rue de Montréal âgés entre 14 et 25 ans est également plus élevé que chez les autres jeunes du même âge; le suicide et les surdoses en sont les deux principales causes.

L'offre de service actuelle

Cette situation, aggravée par la concomitance de troubles de santé physique et mentale et de problèmes sociaux, telles l'itinérance, la précarité socio-économique et l'exclusion sociale, nécessite le recours à diverses stratégies. Le Plan régional de santé publique 2010-2015 les inscrit dans un continuum qui couvre différents aspects : promotion de la santé, prévention, protection et traitement des maladies chroniques (VIH, VHC), de la dépendance aux drogues comme de la santé mentale. Ces interventions sont axées sur l'autonomisation (empowerment) des personnes UDI, le développement de la capacité de les joindre davantage et d'adapter les services à leurs besoins, la distribution de matériel stérile d'injection et la réduction des seringues à la traîne.

L'accès au matériel stérile d'injection constitue un élément central de la prévention de la transmission du VIH et du VHC et d'autres problèmes de santé tels que les abcès, les cellulites et les endocardites. L'accès à ce matériel est surtout rendu possible grâce à plus d'une quarantaine d'organismes communautaires et de sites du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) appelés les centres d'accès au matériel stérile d'injection (CAMSI). À l'heure actuelle, 28 de ces CAMSI répartis dans 10 territoires de centres de santé et de services sociaux (CSSS) participent au système régional de monitoring; ces centres ont reçu près de 67 000 visites en 2010-2011. De ce nombre, seulement 5,1 % étaient des visites de personnes venues de l'extérieur de Montréal (autres villes, provinces ou pays). En 2010-2011, malgré que des visites de résidents de tous les territoires de CSSS aient été enregistrées dans les CAMSI, la majorité des visites provenaient de résidents des CSSS Jeanne-Mance (56%), Lucille-Teasdale (22%) et du Sud-Ouest-Verdun (7%).

En 2010-2011, 973 000 seringues ont été distribuées à Montréal, dont près des trois-quarts dans les sites fixes des CAMSI communautaires. Cependant, il faudrait en distribuer 15 millions chaque année afin de couvrir l'ensemble des besoins.

Les services offerts dans les établissements du RSSS et les organismes communautaires forment une base solide sur laquelle bâtir une offre de service régionale complète. Les organismes communautaires, en particulier, constituent des partenaires de premier plan, non seulement en raison de leur expertise dans plusieurs domaines, mais aussi parce qu'ils sont souvent les mieux placés pour entrer en contact avec la clientèle UDI. Misant sur des stratégies qui ont fait leurs preuves, par exemple la mobilisation et la participation des personnes UDI, ils déploient beaucoup d'efforts pour joindre les plus marginalisées d'entre elles, souvent dans la rue et dans leur milieu de vie. La distribution de matériel stérile et de protection, l'éducation à la santé (sur des sujets tels que la réduction des risques et la santé mentale), l'orientation vers d'autres services, les activités de réinsertion sociale et la défense des droits constituent leurs champs d'action. Toutefois, malgré la pertinence des services existants, l'ajout d'un SIS est devenu une nécessité pour atteindre les objectifs de santé publique.

Les politiques publiques en matière de drogues et l'approche de réduction des méfaits

Malgré les données probantes sur lesquelles s'appuie le jugement de la Cour suprême, le SIS comme d'autres interventions de réduction des méfaits (le traitement de substitution, la prescription d'héroïne, la mise à disposition de matériel stérile) ne font pas l'unanimité au sein de la société. Selon la Commission mondiale pour la politique des drogues, la répression à l'égard des consommateurs contrecarre les mesures de santé publique visant à prévenir la transmission du VIH, les décès par surdose et la morbidité liée à l'usage des drogues. Aussi, il conviendrait en l'occurrence de traiter ces personnes comme des patients, non pas comme des criminels.

La réduction des méfaits est une approche pragmatique qui reconnaît le caractère inévitable de la consommation de substances psychoactives au sein de la société et les limites de l'approche prohibitive. Elle s'appuie sur des valeurs humanistes de tolérance et de respect des droits de la personne. En pratique, les interventions et les services qui en découlent remettent en question les valeurs individuelles et sociales qui opposent la tolérance zéro à la réduction des risques associés à la consommation. Ces valeurs sont à l'origine de plusieurs tensions et soulèvent différents enjeux.

Les enjeux de l'implantation d'un SIS à Montréal

L'offre de service régionale proposée prévoit l'ajout du SIS aux services existants. Elle garantit une qualité élevée de services professionnels et communautaires. Elle réunit les conditions qui permettent une gestion acceptable de l'espace public. Pour l'essentiel, l'offre de service régionale reflète la recherche d'un juste équilibre entre la réponse aux besoins d'une population des plus vulnérables, souvent marginalisée, et l'acceptabilité de cette réponse par l'ensemble de la société.

En d'autres mots, les questions suivantes se posent : 1. Le service proposé est-il acceptable pour la population visée, ou les personnes UDI ont-elles l'intention d'utiliser le service tel qu'il est défini? 2. Le service est-il acceptable pour la société, ou la cohabitation du service et de la communauté est-elle possible?

1. Le service proposé est-il acceptable pour la population visée, ou les personnes UDI ont-elles l'intention d'utiliser le service tel qu'il est défini?

La majorité des personnes UDI interviewées lors de la consultation utiliseraient un SIS s'il était disponible à Montréal. Leur intention varie significativement en fonction du lieu où elles habitent le plus souvent et du lieu où elles s'injectent le plus souvent. La proportion des personnes UDI qui utiliseraient le service est plus élevée parmi celles qui habitent et s'injectent ailleurs que dans un appartement ou une maison. En général, les règles de fonctionnement ne représentent pas un obstacle à la fréquentation du service.

L'accessibilité à bas seuil d'exigences est l'un des trois grands principes reconnus, avec l'intégration dans un continuum de services et l'implication des personnes UDI, qui guident l'offre régionale de service. Elle suppose que les obstacles à l'utilisation du service par les personnes les plus marginalisées sont réduits au minimum. En favorisant une fréquentation optimale du service, le bas seuil contribue notamment à entrer en contact avec les personnes les plus difficiles à joindre, y compris celles qui s'injectent dans les lieux publics. Le principe implique de respecter les choix et le rythme de chaque personne; d'accueillir les personnes telles qu'elles sont, sans porter de jugement de valeur; de prévoir un système d'inscription anonyme; offrir l'encadrement médical et des soins infirmiers de l'injection au plus grand nombre de personnes UDI; de respecter la vie privée et de protéger les renseignements confidentiels en tout temps.

Par ailleurs, de nombreuses mesures sont prévues pour favoriser l'acceptabilité du fonctionnement du service, sans faire de compromis quant à la sécurité des usagers, des intervenants et des autres citoyens. Elles comportent : les protocoles de prise en charge, y compris pour les personnes présentant des troubles de santé mentale, incluant des ordonnances collectives et des corridors de services avec les soins d'urgence, l'accès à d'autres ressources (en désintoxication et en traitement de la dépendance, par exemple), l'implication des pairs, l'aménagement sécuritaire des lieux, un cadre réglementaire et une bonne gestion de l'achalandage.

2. Le service est-il acceptable pour la société, ou la cohabitation du service et de la communauté est-elle possible ?

Les nombreuses consultations ont permis de déterminer deux conditions incontournables de l'implantation du SIS à Montréal : le caractère médical et infirmier du service et l'adoption du modèle multisites (par opposition au site unique). Des deux conditions, l'emplacement des sites est sans contredit la plus importante. En effet, plusieurs craignent un effet d'attraction du

service (ou effet « pot de miel ») pour les toxicomanes et les trafiquants. Par ailleurs, la situation qui prévaut au centre-ville de Montréal fait particulièrement problème : la pauvreté et l'itinérance nuiraient aux grands projets de revitalisation ainsi qu'à l'image qu'on cherche à redorer. Certains commerçants et dirigeants de grands établissements se disent aux prises avec des problèmes de sécurité à l'intérieur de leur commerce et de leurs installations ou à proximité. Les incivilités et les débordements causés par les problèmes de santé mentale leur sont devenus intolérables. Enfin, l'injection et le rejet de seringues dans les espaces publics font partie des nuisances que tous souhaiteraient voir disparaître ; on s'inquiète particulièrement de l'exposition des enfants à de telles pratiques.

Les enjeux soulevés par le SIS relativement à l'espace public ne sont pas tellement différents de ceux que suscitent les programmes destinés aux personnes UDI en général. S'il est vrai que le SIS ne permet pas d'éliminer la criminalité, l'itinérance ou les problèmes de santé mentale, il a le potentiel réel d'en réduire certaines manifestations. En proposant un service médical et infirmier, multisites, le SIS s'inscrit dans des continuums de services diversifiés, par exemple : traitement des infections causées par le VIH et le VHC, de la dépendance, en santé mentale. Ces services s'appuient sur les acquis des organismes communautaires travaillant auprès des personnes UDI et la solide expertise du RSSS avec les personnes toxicomanes et les clientèles marginalisées. La Direction de santé publique de l'Agence de Montréal (DSP) évalue que l'offre de SIS proposée, si elle ne peut tout régler, n'aura pas d'effets négatifs sur la qualité de vie des arrondissements et de la communauté tel que documenté dans plusieurs études.

On compte également sur la collaboration d'Urgences-santé et du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM). Le refus de transport et l'aptitude à y consentir de façon éclairée constituent des problèmes fréquemment rencontrés par les techniciens ambulanciers paramédics dans leurs interventions auprès des toxicomanes. Ils estiment que la présence dans le SIS d'une infirmière en mesure d'assurer le suivi de l'utilisateur qui refuse le transport rendrait ce refus moins problématique et moins dangereux sur le plan médical. L'organisation se montre disposée à prioriser la formation de ses membres sur des points précis et à formaliser des ententes concernant, par exemple, la marche à suivre en cas de complications.

Le SPVM, quant à lui, définit certaines conditions liées à sa collaboration. En bref, il prône une approche concertée entre les partenaires qui favorise la coexistence des approches, c'est-à-dire l'équilibre entre la prévention, le traitement et les soins, l'application de la loi et la réduction de certains méfaits. Ainsi, même dans un contexte de légalité du SIS, le SPVM entend continuer à jouer son rôle dans la lutte aux drogues et auprès des personnes associées aux groupes criminalisés partout sur son territoire, y compris aux alentours des services éventuels. Le SPVM rejette l'idée des zones de tolérance policière à proximité des locaux ; d'ailleurs, il se doit de répondre aux appels de la population, que ces appels soient en lien directement ou pas avec les usagers du service. Il souhaite un engagement et une participation active de la part des intervenants pour éviter ou régler les situations problématiques en rapport avec la cohabitation. Il se montre disposé à encourager les usagers à utiliser le SIS pour éviter qu'ils ne consomment dans la rue. La formation des intervenants, l'amélioration des relations entre les intervenants de tous les secteurs, le suivi de l'implantation du service, le partage de l'information (y compris avec les citoyens), l'amélioration du dialogue entre les organismes et la

police figurent au nombre des conditions facilitantes. Les réserves exprimées à l'égard du SIS par le SPVM ne remettent pas en question l'accès des personnes UDI aux services susceptibles de leur venir en aide.

Par ailleurs, les mécanismes reconnus comme efficaces pour favoriser la cohabitation et prévus dans les programmes communautaires doivent être maintenus et renforcés, par exemple :

- Le code de vie (ou l'ensemble des règles interdisant toute forme de trafic, de sollicitation et de violence sur les lieux ou aux abords du SIS) auquel les usagers doivent être sensibilisés afin de maintenir de bonnes relations avec le voisinage.
- La désignation d'une personne-ressource responsable des communications et des rondes régulières de ramassage des seringues usagées afin de minimiser les nuisances publiques.
- L'implication des personnes UDI, à favoriser sous toutes ses formes.
- La collaboration entre les organismes communautaires, les établissements du RSSS et les forces policières.
- La médiation sociale axée sur le dialogue entre les parties (résidants, commerçants, établissements et personnes UDI) afin de régler les litiges et favoriser la cohabitation dans le respect de différents modes de vie. Les comités « bon voisinage », un mécanisme reconnu comme efficace en médiation sociale, représentent une solution de rechange à l'appel des forces de l'ordre.

D'autres mesures de coordination et de suivi de l'implantation du SIS à Montréal sont également proposées par le directeur de santé publique.

Les recommandations

Compte tenu des nombreuses études menées depuis 10 ans qui recommandent de considérer l'implantation de SIS à Montréal, de l'impact positif anticipé sur les épidémies de VIH et de VHC ainsi que sur les décès par surdose qui menacent les personnes UDI, de l'incitation à une meilleure utilisation des services de traitement, du potentiel réel de réduire les nuisances dans la communauté et de l'absence d'effet négatif attendu sur l'ordre public.

Compte tenu également que la présente démarche démontre la faisabilité légale, la capacité des partenaires communautaires et du RSSS d'organiser les services dans les territoires les plus touchés, le réalisme des conditions d'acceptabilité sociale et de collaboration identifiées par les acteurs consultés, en plus de l'importante mobilisation de l'ensemble des partenaires montréalais et de l'appui des ordres professionnels concernés.

Le directeur de santé publique recommande au président-directeur général de l'Agence de Montréal de donner suite à l'étude de faisabilité et de voir à l'implantation de SIS à Montréal, et ce, dans les meilleurs délais.

Les recommandations permettent de formuler une offre de service régionale qui répond à des objectifs de santé publique et qui remplit les critères de qualité et d'acceptabilité :

- Elle réduit la transmission des ITSS et contribue à mieux protéger la santé de la population.
- Elle prévient les décès par surdose.
- Elle garantit une qualité élevée de services professionnels et communautaires.
- Elle réunit les conditions qui permettraient une gestion de l'espace public acceptable pour les acteurs sociaux concernés.

Recommandation 1

Mettre en place un réseau de SIS intégrés

Le directeur de santé publique recommande d'ajouter le service d'injection supervisée aux services existants en créant un réseau de SIS qui intègre les services offerts par les établissements du RSSS et par les organismes communautaires qui œuvrent déjà auprès des personnes UDI. La complémentarité des mandats et des rôles, la valorisation des expertises respectives et la collaboration constituent des conditions essentielles à l'implantation d'un tel réseau.

→Ce qui est proposé

Il est proposé que le SIS, un service médical et infirmier qui s'ajouterait aux services existants, repose sur la collaboration étroite entre le RSSS et le réseau communautaire afin d'améliorer de façon significative la cohérence et la continuité des interventions préventives. À ce titre, la contribution des professionnels de la santé, notamment des médecins et des infirmières, est indispensable. Le service s'appuierait, d'une part, sur la présence obligatoire d'infirmières dans les lieux de services (groupes communautaires compris) et, d'autre part, sur l'élaboration de protocoles d'entente entre le RSSS et le réseau communautaire et sur l'harmonisation de leurs approches.

Sa mise sur pied mettrait au premier plan les acteurs qui possèdent à la fois le mandat et l'expertise qui leur permettraient d'offrir un service qui répond aux normes de qualité professionnelle ainsi qu'aux critères d'accessibilité au plus grand nombre de personnes qui le requièrent. Ces acteurs pourraient être les suivants : les CSSS, l'organisme Médecins du monde (MDM), le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC – IUD), le Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (Cran), le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et les organismes communautaires œuvrant en prévention des ITSS auprès des personnes UDI. Ces établissements et organismes devront non seulement obtenir le soutien

de leur direction générale et de leur conseil d'administration, mais aussi celui de leurs directions cliniques, tels le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et les directions des services professionnels et infirmiers.

Recommandation 2

Adapter le service grâce aux sites fixes et à l'unité mobile

Compte tenu de l'évolution des besoins, de la mobilité de la clientèle, des particularités des territoires ciblés, de la capacité clinique des équipes et de l'acceptabilité sociale, le directeur de santé publique recommande deux modèles d'interventions, soit des sites fixes et une unité mobile. Le service devrait être offert et adapté aux besoins des personnes UDI les plus marginalisées et avoir la souplesse nécessaire pour les joindre.

→Ce qui est proposé

Il est proposé que les sites fixes soient localisés dans des établissements du RSSS et des organismes communautaires qui, par entente avec un établissement du RSSS, intègreraient dans leurs services l'encadrement médical et des soins infirmiers de l'injection. La plupart de ces sites accueilleraient surtout les personnes qui font déjà usage de leurs services. L'unité mobile serait plus appropriée dans les secteurs prioritaires où le service fixe ne pourrait être offert dans un premier temps, faute d'une capacité adéquate sur le plan clinique ou d'un faible niveau d'acceptabilité sociale. L'unité mobile serait complémentaire aux sites fixes. Sa flexibilité lui donnerait de nombreux avantages : suivre le déplacement des clientèles, compléter l'offre là où la demande est importante, choisir des zones névralgiques ou des secteurs où aucun service de nuit n'existe.

Les territoires où l'ajout du SIS est jugé prioritaire sont évalués selon les besoins de santé et la fréquentation des services existants, les projections relatives à l'achalandage, les mécanismes de gestion des espaces publics à privilégier et les ressources déjà disponibles. Selon les données actuelles, les territoires des CSSS Jeanne-Mance, Lucille-Teasdale, du Sud-Ouest-Verdun et de la Montagne seraient susceptibles d'être les premiers territoires ciblés.

Recommandation 3

Doter la région d'une équipe de médecins et d'infirmières

Le directeur de santé publique recommande de réunir, au sein d'une même équipe régionale, médecins et infirmières reconnus pour leur expertise auprès des personnes toxicomanes. L'objectif consiste à créer synergie et émulation dans le développement de cette pratique qui devra être soutenue par des outils et des protocoles afin d'assurer une qualité optimale des services

→*Ce qui est proposé*

La création d'une équipe entièrement vouée au SIS pourrait servir de soutien au travail des professionnels et des intervenants des différents sites et à encadrer les soins infirmiers offerts dans ce service. En outre, elle pourrait contribuer à combattre l'isolement et à favoriser le transfert des connaissances. Une infirmière serait présente en tout temps dans les établissements ou les organismes communautaires qui accueilleraient un SIS. Elle serait appelée à jouer un rôle crucial au sein de l'équipe multidisciplinaire locale.

Le CSSS Jeanne-Mance pourrait se voir confier le mandat de l'organisation clinique au niveau régional en partenariat étroit avec des médecins et des infirmières détenant une solide expérience de travail de proximité auprès des populations marginalisées tels que ceux de l'équipe de Médecins du monde. Leur expertise respective dans le domaine de la toxicomanie est particulièrement reconnue. La nouvelle équipe pourrait soutenir d'autres territoires dont les besoins sont moins grands. Ce mandat impliquerait l'ajout de nouvelles ressources.

Recommandation 4

Renforcer les capacités des organismes communautaires

Le directeur de santé publique recommande que les organismes communautaires dédiés aux personnes UDI soient des partenaires de premier plan dans la mise en place du SIS.

→*Ce qui est proposé*

Dans la perspective d'ajouter ce nouveau service, les organismes dédiés aux personnes UDI devront aménager les lieux conformément aux critères de sécurité, accueillir les usagers, les soutenir dans la trajectoire de services et assurer la surveillance durant la période de répit. Que ce soit dans la structure d'accueil ou dans l'implication des pairs, cela supposerait des ressources additionnelles, humaines et matérielles, qui renforceraient leur capacité de répondre aux attentes et de jouer adéquatement leur rôle.

Recommandation 5

Coordonner l'implantation du réseau de SIS intégrés

En tenant compte des résultats de l'étude de faisabilité et de l'importante mobilisation des divers partenaires, le directeur de santé publique recommande au président-directeur général de l'Agence de Montréal d'aller de l'avant dans les travaux devant mener à l'implantation du réseau de SIS intégrés et de doter la région d'une structure de coordination.

→*Ce qui est proposé*

La coordination de l'implantation du réseau de SIS à Montréal devrait assurer la cohésion sur le plan régional et local et l'harmonisation des actions prévues relativement à sa mise en œuvre.

Le directeur de santé publique recommande à l'Agence de Montréal de mettre sur pied un **comité de coordination régionale** de l'implantation du réseau de SIS intégrés. Ce comité, sous la responsabilité de l'Agence de Montréal, aurait comme tâches prioritaires d'établir le budget sur le plan des immobilisations et du fonctionnement et de soumettre une demande d'exemption à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* conformément aux critères énoncés dans le jugement de la Cour suprême. Le financement et l'exemption sont bien entendu des conditions essentielles à l'implantation effective du réseau de SIS intégrés. De plus, le comité devrait veiller au bon fonctionnement du réseau grâce à des ententes à conclure avec les différents partenaires et une collaboration fructueuse avec la Ville de Montréal et le SPVM, notamment. Pour le soutenir dans ses tâches, le comité pourrait s'adjoindre d'autres **groupes de travail** afin d'assurer la gestion de la mise en œuvre et des **comités locaux** pour le suivi de l'implantation dans chacun des territoires ciblés.

Il est également recommandé de créer un **comité avisier** formé de représentants de divers secteurs. Ce comité aurait le mandat de suivre l'évolution de l'implantation et de conseiller les autres comités sur toute question jugée pertinente à son bon déroulement.

Enfin, le développement d'un mécanisme permanent de collaboration entre le SPVM, les postes de quartier, la Ville, les arrondissements et les organismes et établissements concernés par le réseau de SIS intégrés est hautement recommandé.

Recommandation 6

Assurer le suivi du processus et des impacts de l'implantation du réseau de SIS intégrés

Le directeur de santé publique recommande qu'un cadre de surveillance et de monitoring soit mis en place afin d'assurer le suivi de l'implantation. Il devrait répondre aux trois objectifs suivants :

- Suivre le processus de l'implantation du SIS.
- Connaître l'utilisation du SIS et la satisfaction des usagers.
- Évaluer l'impact du SIS, en termes de santé publique et d'ordre public, et déterminer si le service remplit les objectifs fixés.

→Ce qui est proposé

Une première phase dite « d'implantation », d'une durée de deux ans, est proposée pour les sites fixes et l'unité mobile. L'objectif : évaluer l'achalandage et la satisfaction des utilisateurs de chacun des lieux où le SIS sera implanté et adapter l'offre et l'organisation des services en fonction de leur fréquentation.

Au cours de la phase d'implantation, le partenariat entre les établissements du RSSS et les autres acteurs concernés ferait également l'objet d'une attention particulière puisque c'est sur

l'optimisation des collaborations actuelles que reposera la réussite de l'implantation du SIS. À cet égard, les processus d'orientation vers les services de traitement de la dépendance et de santé mentale feraient l'objet d'un suivi particulier, tout comme la gestion des impacts sur la communauté.

Des méthodes quantitatives et qualitatives seraient utilisées afin de suivre le processus d'implantation, évaluer la satisfaction des usagers, documenter les ententes de partenariat, répertorier les obstacles et les plaintes de la communauté, ainsi que les solutions envisagées. Le cadre de surveillance et de monitoring serait élaboré de concert avec plusieurs partenaires et les résultats, partagés aux différents comités en place, soutiendraient en premier lieu le comité de coordination dans son mandat d'implantation.

VERS UN SERVICE D'INJECTION SUPERVISÉE À MONTRÉAL

Les infections causées par le virus de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) font des ravages sur toute l'île de Montréal. Ces infections touchent particulièrement les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI). Leurs conséquences et les complications qu'elles entraînent sont très graves. Par ailleurs, depuis 2005, les décès par surdose de drogues pouvant s'injecter sont en progression.

Le directeur de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a consacré aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) son rapport 2010 intitulé « Joindre plus, dépister plus, traiter plus ». Il proposait alors certaines stratégies prioritaires : 1. joindre les personnes qui consultent peu et qui ne savent pas qu'elles sont infectées ; 2. augmenter l'accès au matériel de protection ; 3. dépister tôt et traiter tôt ; et 4. offrir des services adaptés.

Au chapitre des services adaptés, le service d'injection supervisée (SIS) représente une avenue prometteuse. D'ailleurs, l'expérience qu'en ont faite certains pays et, notamment, les retombées du site Insite, à Vancouver, en sont la preuve. Le SIS contribue à atteindre les objectifs de santé publique – prévenir les maladies et les décès et réduire les inégalités sociales – en rendant disponible aux personnes UDI un lieu où elles peuvent s'injecter des substances qu'elles apportent avec elles, dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité, et sous la supervision de personnel médical, infirmier et psychosocial qualifié. En joignant les personnes UDI les plus marginalisées, il facilite leur accès aux services de santé et sociaux et contribue à réduire l'injection dans les lieux publics.

Avant même le jugement de la Cour suprême du Canada concernant la légalité du service d'Insite, le directeur de santé publique, suite à une demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), avait décidé de faire une étude de faisabilité afin de déterminer les conditions permettant l'ajout d'un SIS à l'éventail des services à bas seuil offerts à Montréal. À cette fin, un comité de pilotage mis en place en avril 2011 par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence de Montréal) s'est vu confier le mandat de formuler une offre de service régionale. La démarche a abouti à la rédaction du présent rapport qui comprend cinq parties.

La première partie expose les raisons qui justifient l'implantation d'un service d'injection supervisée à Montréal. On y passe notamment en revue les problèmes de santé les plus criants des personnes UDI et on y décrit l'offre actuelle de service au niveau régional.

La deuxième partie aborde le contexte politique et juridique canadien. Elle s'attarde à la décision récente de la Cour suprême du Canada concernant la légalité du service Insite de Vancouver. Il y est question des politiques en matière de drogues et, plus particulièrement, de l'approche de réduction des méfaits.

La troisième partie est essentiellement une revue de la documentation scientifique. Les expériences de SIS d'ici et d'ailleurs retiennent l'attention, surtout pour en dégager les

retombées concrètes et en tirer des enseignements par rapport aux paramètres organisationnels et aux pratiques professionnelles.

Les enjeux et les conditions liés à l'implantation du SIS constituent le cœur de la quatrième partie. On y aborde des points aussi importants que l'utilisation éventuelle du service par les personnes UDI et leur acceptation de son fonctionnement, l'acceptabilité sociale selon différents acteurs, les pratiques professionnelles, le rôle des infirmières et la collaboration d'Urgences-santé, de la Ville de Montréal et de son service de police.

Finalement, la cinquième et dernière partie contient la proposition d'offre de service régionale. On y énonce d'abord les considérations générales qui définissent le cadre de l'offre de service, puis les six recommandations du directeur de santé publique qui déterminent les paramètres organisationnels du SIS et la coordination de l'implantation.

PARTIE 1 : POURQUOI IMPLANTER UN SERVICE D'INJECTION SUPERVISÉE À MONTRÉAL?

La décision récente de la Cour suprême du Canada ouvre finalement la voie à l'ajout du SIS à la gamme des services offerts aux personnes UDI. Ce faisant, elle permet de compléter l'offre de service actuelle. C'est donc dire que cet ajout de service s'inscrit tout à fait dans la continuité des actions entreprises par la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP) auprès de l'une des clientèles les plus vulnérables de son territoire. Et c'est cette vulnérabilité, aussi bien physique, psychologique que sociale, qui motive la démarche depuis le début.

1. Bref historique

En 2000, à la demande du MSSS, un comité d'intervention auprès des cocaïnomanes a vu le jour. Son mandat : proposer des stratégies d'intervention afin d'améliorer la qualité de vie des cocaïnomanes les plus marginalisés du centre-ville de Montréal. Un an plus tard, le comité a recommandé la mise sur pied d'un projet pilote visant la création, d'une part, d'un lieu d'insertion sociale et d'entraide pour les cocaïnomanes du centre-ville et, d'autre part, d'un réseau d'activités intégrées. Il a également suggéré une étude de faisabilité ayant pour objet l'ouverture d'un site d'injection sécuritaire au centre-ville de Montréal¹.

En 2003, le MSSS a donc mandaté l'Agence de Montréal pour mener une étude de faisabilité relative à la création d'un lieu d'insertion et d'un SIS pour les personnes UDI. Un comité consultatif a formulé alors une proposition en deux volets : 1. un projet pilote visant la création d'un service d'accueil et d'insertion sociale des personnes UDI; et 2. l'évaluation de l'ajout d'un SIS aux services existants². La mise en place du premier volet, une condition préalable à l'implantation d'un SIS, a fait l'objet d'un fort consensus et, en 2004, le conseil d'administration de l'Agence de Montréal en a fait la recommandation. Après plusieurs démarches, le Projet de lieu d'accueil et d'implication sociale pour les personnes qui consomment par injection et inhalation responsables et solidaires (PLAISIRS) a ouvert ses portes deux ans plus tard. Depuis, ce projet a fait l'objet d'une évaluation et d'un suivi qui démontrent clairement sa pertinence et son impact. En effet, PLAISIRS a atteint les objectifs que visait sa mise sur pied en améliorant l'état de santé physique et mental des personnes UDI les plus marginalisées³. Bien que le financement pour la réalisation du deuxième volet ait été consenti depuis 2003, les efforts se sont d'abord concentrés sur la consolidation de PLAISIRS. De plus, le refus du ministre fédéral de la Santé de renouveler, en 2008, l'exemption à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* permettant la continuité des services d'injection supervisée d'Insite, à Vancouver, a rendu difficile l'implantation de tels services au Québec⁴.

¹ À la suite du non-renouvellement de l'exemption à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, de nombreux acteurs se sont prononcés en faveur d'un SIS, tels l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'Association médicale canadienne, l'Association des médecins spécialistes en santé communautaire, l'Association

Le SIS est formellement inscrit au Programme national de santé publique du Québec (PNSP) depuis 2008⁴. La même année, une mission exploratoire effectuée à Barcelone, à laquelle ont participé des directeurs d'organismes communautaires et des professionnels de santé publique de Montréal, a donné lieu à différentes recommandations, dont celle d'élargir la palette des services proposés en y intégrant des services d'injection supervisée⁵. En 2009, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a recommandé l'accès à de tels services dans les organismes communautaires voués à la prévention des ITSS chez les personnes UDI ou dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)⁶.

En avril 2010, la Coalition réduction des méfaits (formée de 32 organismes communautaires) pressait le directeur de la santé publique de Montréal de réaliser l'étude de faisabilité sur l'implantation de SIS dans les plus brefs délais. En décembre de la même année, alors qu'il publiait son rapport annuel qui fait état notamment des épidémies des infections causées par le VIH et le VHC à Montréal, le directeur a annoncé publiquement son intention de procéder à cette étude afin de définir les conditions qui permettraient l'ajout d'un SIS à l'éventail des services à bas seuil déjà offerts à Montréal. C'est dans l'attente des résultats de l'appel présenté en Cour suprême du Canada que les travaux ont commencé. Le 30 septembre 2011, le jugement rendu par la Cour confirmait la pertinence des services d'Insite (voir la partie 2). Quelques jours plus tard, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, a reconnu que cette décision ouvre la voie à un service semblable sous certaines conditions (voir le communiqué à l'annexe 1).

2. L'état de santé des personnes utilisatrices de drogues par injection

Dans le cadre de la surveillance de l'état de santé des Montréalais, la DSP participe depuis 1995 au réseau SurvUDI, un réseau provincial de surveillance épidémiologique des infections causées par le VIH et le VHC et des comportements associés chez les personnes UDI^{ii, 7, 8}. Les trois quarts des participants à SurvUDI recrutés à Montréal sont des hommes ; leur âge moyen est de 33,5 ans, alors que celui des femmes est de 26,9 ans. L'âge moyen lors de la première injection se situe autour du début de la vingtaine.

pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec (ADDICQ) et le Réseau juridique canadien VIH/sida.

ⁱⁱ Pour être admissibles, les participants montréalais, recrutés dans les trois principaux Centre d'accès au matériel stérile d'injection (CAMSI), doivent être âgés d'au moins 14 ans et s'être injecté des drogues dans les six mois précédant leur entrevue. Celle-ci comprend l'administration d'un questionnaire par un intervieweur et le prélèvement d'un échantillon de salive afin de détecter des anticorps contre le VIH et le VHC. Les données présentées dans ce rapport-ci ont été recueillies auprès de 4 956 personnes différentes ayant rempli 8 907 questionnaires entre 1995 et juin 2007.

L'infection par le VIH

L'infection par le VIH touche une proportion importante des personnes UDI de Montréal. Selon SurvUDI, près d'un participant sur cinq (18 %) en est atteint. Et, parmi celles non infectées, trois sur 100 le deviennent chaque année. Les études de SurvUDI et du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)⁹ désignent l'injection de cocaïne comme un déterminant majeur de la transmission du VIH. La consommation de cette drogue peut nécessiter de multiples injections dans un délai rapproché et l'urgence d'en consommer mène parfois à des pratiques d'injection à risque.

En effet, le partage de seringues usagées serait un facteur fortement associé à l'incidence du VIH. En 2007, 26 % des participants à l'étude de SurvUDI avaient utilisé au moins une seringue empruntée au cours des six mois précédant l'enquête, ce qui représente une nette diminution par rapport à 1995 (alors que la proportion était de 45 %). La transmission du VIH a aussi diminué depuis le milieu des années 1990. Ces baisses ont coïncidé avec l'augmentation de la distribution de seringues stériles à Montréal. Cependant, le partage de seringues et les nouveaux cas d'infection au VIH demeurent trop élevés.

L'infection par le VHC

L'infection par le VHC fait également des ravages importants chez les personnes UDI de Montréal. Selon SurvUDI, sept personnes UDI sur dix (68 %) ont été en contact avec ce virus. La transmission se poursuit activement et 27 % des personnes qui n'avaient pas été exposées à ce virus auparavant développent des anticorps chaque année. Étant donné que le VHC se transmet beaucoup plus facilement que le VIH, la santé publique a consenti beaucoup d'efforts pour maîtriser la situation. À la distribution de seringues stériles s'est ajoutée la distribution des articles nécessaires à la préparation de l'injection (eau, contenant, filtre). Ainsi, depuis 2003, des Stéricups®ⁱⁱⁱ et des ampoules d'eau sont distribués dans les centres d'accès au matériel stérile d'injection (CAMSI) et les messages de prévention ont été révisés afin d'en promouvoir l'usage. Les données montrent d'ailleurs une diminution importante de l'utilisation de ce matériel usagé depuis 2003 (d'environ 45 % en 2003 à 25 % en 2007). La situation demeure toutefois alarmante puisque l'incidence du VHC ne semble pas diminuer. De plus, peu de personnes UDI infectées par le VHC sont traitées malgré la disponibilité d'un traitement efficace, car les critères d'accès au traitement et les exigences de suivi ne sont pas suffisamment adaptés à leurs besoins¹⁰. Les conséquences de l'infection par le VHC sont considérables tant pour les individus que pour la société : une infection chronique peut causer une cirrhose du foie qui peut évoluer vers un cancer du foie, deux maladies qui exigent des traitements et des hospitalisations qui coûtent cher au système de santé.

ⁱⁱⁱ Stéricup® : contenant muni d'un filtre qui sert à chauffer ou dissoudre la préparation injectable.

Des risques multiples

Une grande proportion des participants à SurvUDI s'injecte plus d'une journée par semaine (72 %), plus précisément 36 % tous les jours et 21 %, de trois à six jours par semaine. Ils le font souvent dans des conditions difficiles. Même si la majorité (81 %) des personnes recrutées indique avoir dormi dans une résidence privée au cours des six derniers mois avant l'entrevue, près de la moitié (47 %) a dormi au moins une nuit dans la rue, dans un refuge ou dans un squat, et 60 % se sont injectés à l'extérieur au moins une fois.

L'injection en public est associée à une multitude de risques : les problèmes liés à l'injection elle-même (abcès, injection dans une artère, etc.)¹¹, les infections causées par le VHC¹², le partage de matériel d'injection¹³, les surdoses^{11, 14} et certaines nuisances dont les seringues à la traîne^{11, 15, 16}. De plus, les personnes qui s'injectent en public s'exposent à des mesures répressives.

La prédominance de l'injection de cocaïne caractérise le contexte québécois, celui de Montréal en particulier. La polytoxicomanie est y également importante. Ainsi, 67 % des participants signalent s'être injecté le plus souvent de la cocaïne au cours des six derniers mois même si les opioïdes médicamenteux sont de plus en plus populaires. Par exemple, la proportion des répondants s'étant injecté du Dilaudid® au cours des six mois précédents a doublé de 2003 à 2008, passant de 27 à 54 %. De plus, nombreux sont ceux qui s'injectent plus d'un type de drogue : au cours des six mois précédents, 87 % des participants se sont injecté de la cocaïne et 61 % des opioïdes médicamenteux ou de l'héroïne. Notons que la majorité des personnes UDI consomment également des drogues par d'autres modes. L'émergence de l'injection des opioïdes médicamenteux fait craindre une augmentation des infections au VIH et au VHC en raison des nouvelles pratiques d'injection, ainsi que l'accroissement du nombre de surdoses mortelles ou non^{iv}. Ces craintes semblent être corroborées par les analyses préliminaires des données du coroner.

La mortalité par surdose

Il est difficile d'estimer le nombre de décès causés par les surdoses chez les personnes UDI, car les données colligées par les centres hospitaliers et les services ambulanciers ne permettent pas de dresser un portrait exact de la situation. Toutefois, les données disponibles montrent que le problème est alarmant à Montréal. Ainsi, selon une analyse préliminaire des données du coroner, le nombre annuel moyen de décès par intoxication de drogues qui peuvent s'injecter a augmenté de manière significative, passant de 51 pour les années 2000 à 2005 à 72 pour les années 2006 à 2009¹⁷. Bien que la cocaïne soit au premier rang des drogues détectées, ce sont les opioïdes médicamenteux qui semblent contribuer le plus à cette hausse. Par ailleurs, les données d'Urgences-santé fournissent également un estimé des décès par surdose^{18, 19}. En effet, les médecins d'Urgences-santé ont constaté 55 décès par intoxication survenus dans la

^{iv} Les nouvelles pratiques d'injection propres aux opioïdes médicamenteux, telles les multiples injections, peuvent accroître le risque d'infections aux ITSS et de surdoses dues aux propriétés de la substance consommée.

communauté en 2009 à Montréal. De plus, une étude canadienne réalisée auprès de 253 personnes co-infectées par le VIH et le VHC et majoritairement UDI a démontré que le taux de mortalité de ces personnes, âgées en moyenne de 45 ans, est 18 fois supérieur à celui de la population en général; les principales causes de décès sont les surdoses et les maladies chroniques du foie²⁰. Toutes ces données indiquent qu'un nombre important de décès par surdose survient chaque année à Montréal. L'effet de l'implantation des SIS sur la réduction des surdoses et l'impact éventuel sur les personnes comme sur le système de santé devront être mieux documentés.

La surmortalité chez les jeunes de la rue

En 1998, le directeur de santé publique de l'Agence de Montréal sonnait l'alarme. Une étude menée auprès de plus de 1 000 jeunes de la rue âgés entre 14 et 25 ans indiquait un taux de mortalité 11 fois plus élevé que chez les autres jeunes du même âge²¹. Les deux principales causes de décès étaient le suicide et les surdoses. Dix ans plus tard, on a noté une diminution significative du taux de mortalité chez les jeunes de la rue possiblement liée à une offre de service adaptée, notamment l'ouverture d'une clinique consacrée à cette population²².

Par ailleurs, les résultats de ces études ont alimenté plusieurs campagnes visant à réduire le passage à l'injection chez ces jeunes particulièrement vulnérables. Bien que des liens de cause à effet ne puissent être établis, une troisième étude réalisée auprès des jeunes de la rue, entre 2006 et 2009, a montré une légère baisse de la proportion des répondants qui signalaient des antécédents d'injection. Cette proportion était de 40 % dans l'étude de 2006-2009, comparativement à 50 % dans la cohorte 2001-2005 pour le même groupe d'âge. Il reste toutefois beaucoup de travail à faire au niveau de la prévention du passage à l'injection, particulièrement auprès des filles. En effet, plus de la moitié des filles (53,5 %) et plus du tiers des garçons (36,4 %) ayant participé à l'étude de 2006-2009 mentionnent s'être injecté des drogues²³.

3. L'offre actuelle de service au niveau régional

La concomitance de problèmes de santé physique et mentale (polytoxicomanie, dépression, schizophrénie, etc.) et de problèmes sociaux (itinérance, précarité socioéconomique et exclusion sociale) chez un nombre important de personnes vulnérables complexifie les efforts de prévention des ITSS, de même que leur prise en charge par le RSSS. D'où l'importance de concevoir des stratégies multiples.

Les ITSS constituent l'une des priorités du Plan régional de santé publique (PRSP) 2010-2015, car la situation de Montréal est alarmante à cet égard et touche des groupes parmi les plus vulnérables, dont les personnes UDI²⁴. Les infections causées par le VIH et le VHC ont pris des proportions épidémiques au sein de ce groupe. C'est pourquoi le PRSP met de l'avant diverses stratégies qui s'inscrivent dans un continuum d'interventions couvrant différents aspects : promotion de la santé, prévention, protection et traitement.

Ce continuum d'interventions vise à préserver ou consolider la santé des personnes UDI et, par ailleurs, à réduire les complications liées à la maladie. Les actions entreprises vont de l'autonomisation (*empowerment*) des personnes et des groupes au traitement des infections causées par le VIH et le VHC, en passant par la création d'environnements favorables (promotion de la santé), l'accès au matériel stérile d'injection, l'éducation à la santé et le dépistage (prévention et protection). Dans le cadre de sa programmation concernant les dépendances, l'Agence de Montréal a d'ailleurs retenu un ensemble de mesures pour mieux intégrer la prévention de la toxicomanie aux services consacrés à la dépendance²⁵. Pour tenir compte des besoins particuliers de Montréal, les personnes UDI devront être considérées comme une clientèle prioritaire au même titre que les femmes enceintes, les jeunes et les autres clientèles prioritaires désignées par le MSSS.

Promouvoir la mobilisation des personnes UDI et créer des environnements favorables à la santé

Favoriser l'autonomisation renvoie à la mobilisation des personnes UDI aussi bien qu'à leur participation active aux associations, programmes et interventions qui les concernent. Il importe en effet de soutenir les associations regroupant les personnes UDI afin de faire valoir leurs droits, de combattre la discrimination, d'améliorer leurs conditions de vie sur tous les plans. L'Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD) est le premier regroupement de pairs issu du milieu de la consommation de drogues au Québec. Mis sur pied récemment, il chapeaute deux projets d'autonomisation : *L'Injecteur*, le journal « par et pour » les personnes UDI du Québec et l'Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec (ADDICQ). Ces projets permettent de développer des habiletés et des compétences diverses, notamment sur le plan de la connaissance des pratiques sécuritaires d'injection et de l'animation d'activités auprès des pairs.

De plus, avec les années, les organismes communautaires œuvrant auprès des personnes UDI ont bonifié leurs activités et fait participer des pairs, par exemple, à la distribution de matériel de protection dans les milieux difficiles à joindre par les services (les Messagers de rue) et à des actions de réinsertion sociale (notamment par des projets de travail journalier comme Toxiconet et TAPAJ – Travail alternatif payé à la journée).

L'itinérance et la pauvreté que vivent de nombreuses personnes UDI favorisent l'exclusion sociale et la discrimination aussi bien que la propagation des ITSS. Aussi, une meilleure concertation entre les acteurs de la santé, de la sécurité publique, des municipalités et de la société civile s'impose. Elle doit s'inscrire dans la perspective de réduire les inégalités sociales de santé et d'améliorer les conditions de vie et l'environnement social des personnes UDI. Le manque de logements sociaux est un bon exemple de problème qui nécessite cette concertation. Surtout que l'accès à l'hébergement, même temporaire, constitue souvent une condition pour amorcer un traitement contre l'hépatite C¹⁰.

Joindre davantage les plus vulnérables et adapter les services

Joindre davantage les personnes les plus vulnérables constitue l'une des stratégies prioritaires. C'est pourquoi les travailleurs de proximité et les pairs UDI déploient beaucoup d'efforts pour joindre les personnes dans la rue et dans leurs milieux de consommation et de vie. Malgré le travail accompli, il faut intensifier les efforts, car certains facteurs font en sorte que les personnes UDI les plus vulnérables sont plus difficiles à joindre que les autres : certains groupes du centre-ville se déplacent vers les arrondissements voisins, la rupture de contact qui s'ensuit accentue le problème et ils fréquentent moins que les autres les organismes communautaires.

Accroître l'utilisation du matériel stérile d'injection et réduire les seringues à la traîne

L'accès au matériel stérile d'injection est un élément central de la prévention de la transmission du VIH et du VHC, et de problèmes de santé tels les abcès, les cellulites et les endocardites. À Montréal, plus d'une quarantaine d'organismes communautaires et de sites du RSSS, appelés CAMSI, distribuent gratuitement du matériel d'injection et de protection (des condoms, par exemple). Des trousses de prévention sont également disponibles à peu de frais dans une centaine de pharmacies qui participent au projet Stop sida/UDI-Pharmacies.

Outre la distribution de matériel, les CAMSI récupèrent les seringues usagées, font de l'éducation à la santé, donnent de l'information diversifiée (sur la réduction des risques et la santé mentale, par exemple) et orientent les personnes UDI vers d'autres services, au besoin.

Depuis la fin des années 1990, un système régional de monitoring permet de suivre l'évolution du travail effectué dans les CAMSI les plus importants de Montréal. À l'heure actuelle, on en compte 28 répartis dans 10 territoires de Centre de santé et de services sociaux (CSSS) : 13 CAMSI communautaires (sites fixes et unités mobiles) et 15 sites du RSSS.

Bien que les sites du RSSS contribuent de manière significative à l'offre de service destinée aux personnes UDI, la majorité des visites (92 %) ont lieu dans les CAMSI communautaires.

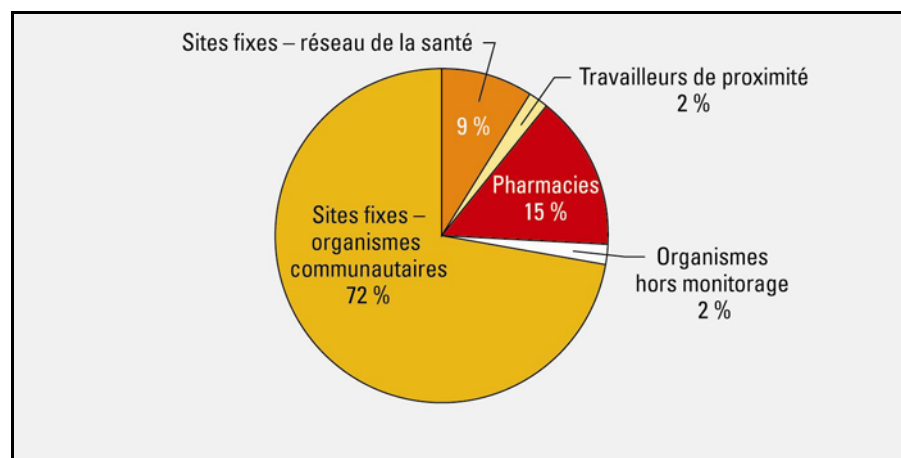
Depuis 1996, le nombre de visites est passé à près de 67 000 par année. De ce nombre, 5,1 % étaient des visites de personnes venues de l'extérieur de Montréal (autres villes, provinces ou pays). Cette proportion semble avoir légèrement diminué depuis 10 ans. En 2010-2011, malgré que des visites de résidents de tous les territoires de CSSS aient été enregistrées dans les CAMSI, la majorité des visites provenaient de résidents des CSSS Jeanne-Mance (56 %), Lucille-Teasdale (22 %) et du Sud-Ouest-Verdun (7 %). La fréquentation des services est l'un des indicateurs qui sert à établir la répartition géographique des personnes UDI sur l'île de Montréal (voir l'annexe 2).

– Distribution des seringues

De 1996-1997 à 1998-1999, le nombre de seringues distribuées par les CAMSI participant au monitoring est passé de 350 000 à 950 000. Depuis 2002-2003, il se maintient autour de 850 000 ; les CAMSI communautaires en distribuent la majorité. En 2010-2011, 783 050 seringues ont été distribuées par l'ensemble des CAMSI participant au monitoring. De plus, 24 100 seringues ont été distribuées par des travailleurs de proximité de ces organismes. À cela il faut ajouter le matériel distribué par les CAMSI qui ne participent pas au monitoring; ces 12 organismes, communautaires et du RSSS, ont commandé 15 600 seringues en 2010-2011. Quant aux pharmacies, elles en ont commandé un peu plus de 150 000 au cours de la même année, la plus forte demande provenant des pharmacies situées sur les territoires des CSSS de Jeanne-Mance (34 %), Lucille-Teasdale (27 %), du Cœur-de-l'Île (11 %) et du Sud-Ouest-Verdun (8 %).

La figure 1 illustre la répartition, selon la modalité de distribution, des 973 000 seringues distribuées en 2010-2011 (pour lesquelles les données étaient disponibles). Près des trois quarts de ces seringues ont été distribuées dans les sites fixes des CAMSI communautaires participant au monitoring.

Figure 1 : Répartition des seringues distribuées à Montréal entre avril 2010 et mars 2011 selon les modalités de distribution



Source : (Leclerc, 2012)²⁶

Environ 15 millions d'injections de drogues seraient pratiquées chaque année à Montréal. Il faudrait donc 15 millions de seringues neuves chaque année²⁷. Étant donné les taux élevés d'incidence du VIH et du VHC observés chez les personnes UDI, il est nécessaire d'améliorer encore davantage l'accessibilité au matériel stérile afin d'avoir un impact réel sur la transmission de ces deux virus.

– *Récupération des seringues*

La récupération des seringues est un autre des objectifs visés. À cet égard, les données de monitoring indiquent que les CAMSI récupèrent l'équivalent de 60 % des seringues qu'ils distribuent. On ne connaît pas le nombre de celles qui sont rapportées dans les pharmacies et les centres locaux de services communautaires (CLSC) ou déposées dans des boîtes de récupération. Néanmoins, la quantité de seringues ramassées annuellement lors des rondes et des blitz incite à croire que les mesures prises pour réduire les seringues à la traîne sont efficaces.

En 2009-2010, les CAMSI participants ont distribué 7 582 boîtes pour récupérer les seringues de façon sécuritaire²⁶. Le taux de récupération augmente en fonction du nombre de seringues distribuées par visite. Pour les visites au cours desquelles une à quatre seringues ont été distribuées, le taux de récupération se situe à 20 %, alors qu'il atteint près de 90 % pour les visites au cours desquelles 500 seringues et plus ont été distribuées²⁶.

En juin 2006, l'implantation du SIRSAU (système intégré de récupération des seringues et aiguilles usagées) a débuté dans toutes les régions du Québec²⁸. À Montréal, les sites de CLSC ainsi que la majorité des pharmacies communautaires distribuent gratuitement des contenants sécuritaires fournis par le MSSS ; ces contenants sont destinés aux personnes utilisant des seringues et des aiguilles à des fins d'autosoins^v autant qu'à celles qui s'injectent des drogues.

Des seringues sont également récupérées dans le cadre de différentes initiatives développées par des organismes communautaires, des CLSC et certains arrondissements.

Depuis le début des années 2000, plusieurs boîtes de récupération extérieures ont été installées dans des lieux publics (parcs, ruelles, stationnements, maisons d'enseignement) où la problématique des seringues à la traîne est documentée, ainsi que sur des murs extérieurs d'organismes communautaires et de CLSC. Une analyse des données recueillies de 2001 à 2006, période au cours de laquelle 12 boîtes ont été installées, a montré une réduction significative du nombre de seringues à la traîne dans un rayon de 200 m de ces boîtes²⁹. De plus, la crainte de voir augmenter l'usage de drogues autour de ces boîtes ne s'est pas avérée. En février 2011, 41 de ces boîtes étaient placées à différents endroits, dans quatre territoires de CSSS (Jeanne-Mance, Lucille-Teasdale, du Sud-Ouest-Verdun et d'Achilles et Montréal-Nord) (voir la carte de l'annexe 3). Dans certaines zones de l'espace public considérées problématiques, le nombre de boîtes de récupération extérieures et la fréquence de leur entretien demeurent insuffisants.

Aux boîtes extérieures s'ajoutent les contenants installés par des CSSS et d'autres établissements à l'intérieur de leurs installations (par exemple, dans des toilettes accessibles à tous).

^v Il s'agit de personnes diabétiques, atteintes de sclérose en plaques, d'insuffisance rénale ou d'une autre maladie nécessitant des injections régulières.

Plusieurs organismes communautaires effectuent, par le biais d'intervenants de site fixe, de travailleurs de rue ou de pairs, des rondes journalières de ramassage. Il s'agit de ratisser certains endroits fréquentés par les personnes UDI. De plus, les organismes communautaires organisent des corvées saisonnières de ramassage. Outre le personnel des organismes, ces blitz de récupération font participer des intervenants et des professionnels du RSSS, des utilisateurs des services, des résidents des quartiers, des commerçants et des bénévoles. En 2010-2011, les blitz organisés par quatre organismes communautaires ont permis de récupérer 500 seringues à la traîne^{30, 31, 32, 33}. Les rondes de ramassage et les blitz de récupération donnent l'occasion de repérer les nouveaux lieux de consommation et les endroits où des boîtes de récupération pourraient être ajoutées, et de suivre la mobilité des clientèles.

Par ailleurs, plusieurs organismes communautaires offrent un service de médiation sociale axée sur le dialogue entre les parties (les résidents, les commerçants, les différents établissements, les jeunes, les personnes UDI) afin de régler les litiges et de favoriser un voisinage respectueux du mode de vie de tous les acteurs appelés à se côtoyer quotidiennement. Par exemple, à la suite de l'appel d'un résident ou d'un commerçant, les intervenants de l'organisme peuvent se rendre sur place pour ramasser des seringues à la traîne, proposer des solutions pour la récupération ou offrir leur aide en cas de problèmes impliquant des personnes UDI. Il s'agit d'une solution de rechange par rapport à l'appel des policiers. Ces derniers, avec Info-santé et le système d'urgence 9-1-1, reçoivent de nombreux appels et plaintes (seringues à la traîne, injection dans les toilettes d'établissements publics et privés) qui nécessitent parfois des interventions urgentes et soulèvent des enjeux de sécurité et de salubrité.

Confrontée au problème des seringues à la traîne, la DSP a mis sur pied conjointement avec la Ville de Montréal un comité régional intersectoriel visant la réduction du phénomène. Elle a également conçu un guide qui définit les rôles de chacun ainsi qu'une marche à suivre en cas de plainte (voir l'annexe 4). Ce comité régional est composé d'acteurs issus de différents milieux : Service de police de la Ville de Montréal (SPVM), Ville de Montréal, DSP, CSSS et organismes communautaires offrant la distribution de matériel de protection.

Dans certains arrondissements, dont Ville-Marie, un comité local a été formé pour assurer des actions concertées afin de réduire le nombre de seringues à la traîne dans les espaces publics, les établissements publics et commerciaux et diminuer les tensions. Plusieurs mesures ont été mises en place; une initiative qui passe par une meilleure coordination des efforts et la reconnaissance des responsabilités de chacun.

Dépister plus, traiter plus

La problématique des ITSS chez les personnes UDI concerne l'ensemble des territoires de la région de Montréal²⁴, l'offre de service de prévention et de dépistage des ITSS demeure limitée. Ainsi, les services infirmiers et psychosociaux de proximité sont disponibles dans un peu plus de la moitié des 12 territoires de CSSS qui disposent de ressources consacrées au dépistage et à la prévention (par exemple, pour l'immunisation contre les hépatites A et B). Les collaborations

entre les CSSS et les organismes communautaires se structurent de plus en plus autour de la promotion du dépistage, cependant il faut accroître l'offre de service si l'on veut réduire la proportion (30 %) des personnes UDI infectées qui ignorent qu'elles sont atteintes du VIH ou du VHC.

Bien que les deux tiers des personnes UDI aient déjà été infectées par le VHC, le recours au dépistage et au traitement demeure peu fréquent. Moins de 10 % des personnes UDI touchées par le VHC auraient amorcé un traitement. Pourtant, même s'il est exigeant, le traitement est efficace dans 50 à 80 % des cas. Dans un avenir proche, de nouveaux médicaments pourraient le rendre encore plus efficace. Pour ce qui est du VIH, seulement la moitié des personnes UDI infectées rapportent se soigner avec des médicaments. Alors que le suivi professionnel pour le traitement du VIH est relativement bien organisé, celui de l'infection par le VHC commence à peine à se structurer. Sur le plan psychosocial, l'accompagnement des personnes et de leur entourage s'avère essentiel : il vise la préparation, le soutien pendant et même après le traitement, notamment pour éviter la réinfection.

Traiter la dépendance

La demande d'aide pour diminuer ou cesser la consommation, qu'elle s'inscrive dans un contexte de crise ou qu'elle reflète une volonté de changement, donne lieu à un contact privilégié du réseau avec les personnes UDI. Ces dernières entreprennent le plus souvent une telle démarche à l'hôpital ou dans un centre de réadaptation en toxicomanie. Malgré les efforts, des délais de plusieurs semaines avant d'accéder à des services de traitement en toxicomanie sont encore fréquents, sans parler des modalités d'accès souvent complexes et exigeantes pour les personnes dont la situation est précaire¹⁰. Aussi, il n'est pas surprenant que les personnes les plus marginalisées, qui sont aussi les plus difficiles à joindre, se voient exclues de ces services, comme elles le sont d'ailleurs des services sociaux et de santé du réseau en général. Entre 2005 et 2007, 610 personnes UDI consommatrices de cocaïne ont eu recours aux services du Centre Dollard-Cormier–Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD), soit un taux de desserte estimé à moins de 3 % par an³⁴. Par contre, certains programmes réussissent mieux que d'autres à entrer en contact avec ces personnes. C'est le cas du programme Itinérance du CDC-IUD, dont une proportion significative de la clientèle serait UDI, et du Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (Cran). En matière de traitements de substitution, le service de Relais-méthadone du Cran vise une clientèle plus désorganisée, qui vit en marge du RSSS. Les modalités de traitement y sont plus flexibles que celles des traitements traditionnels. En général, les délais d'admission sont encore longs, notamment en raison de la pénurie d'effectifs médicaux et des contraintes techniques liées à la prescription de traitements de substitution. En 2010-2011, à Montréal, on dénombrait 2 154 personnes engagées dans un traitement de la dépendance aux opioïdes ; selon l'estimation du nombre de personnes dépendantes aux opioïdes ayant besoin d'un traitement de substitution dans la région de Montréal, ce nombre indiquerait que seulement 29 % d'entre elles auraient accès à un traitement³⁵. Il est donc justifié d'affirmer qu'en général, les personnes UDI montréalaises ont peu accès aux services d'évaluation, de traitement et de réadaptation de leur dépendance.

Bien qu'aucune étude de prévalence des troubles de santé mentale n'ait été effectuée au Québec au sein de cette population, les renseignements obtenus des milieux clinique et communautaire, ainsi que les résultats de différentes études internationales portent à croire que la comorbidité toxicomanie/trouble mental est bien présente parmi cette population¹⁰. Il est donc primordial d'assurer l'accès au traitement de la dépendance (incluant les traitements de substitution), d'en faire le suivi et de faciliter l'accès aux soins et aux services en santé mentale pour les personnes qui en ont besoin.

4. La criminalité et les nuisances liées à l'injection de drogues

Au cours des dernières décennies, l'ouverture des frontières, la croissance importante des pays producteurs et des réseaux organisés de trafiquants, ainsi que l'augmentation du nombre de consommateurs ont fait en sorte que, malgré les interdictions juridiques, la drogue est de plus en plus répandue dans la société^{36, 37, 38, 39}. La popularité du cannabis serait l'une des causes premières de cette situation⁴⁰. Aujourd'hui, la drogue est le marché criminel le plus important du point de vue de l'étendue, de la portée et de l'implication du crime organisé. En outre, Montréal est l'un des centres canadiens où se trouve la plus grande concentration de groupes du crime organisé⁴¹.

La criminalité réfère également aux infractions commises dans le but de se procurer de la drogue, aux infractions que constituent le trafic, la production et la possession de drogues^{41, 42, 43}, ainsi qu'à toutes les autres infractions commises sous l'effet de la drogue. À celles-ci, il faut ajouter des infractions commises par certains consommateurs sans qu'il y ait un lien direct de causalité entre leur consommation et leur comportement délinquant ou criminel. À cet égard, non seulement le Québec a un taux d'infractions relatives aux drogues plus faible que celui de l'ensemble du Canada⁴⁴, mais Montréal avait en 2009 l'un des taux les plus bas parmi les six régions métropolitaines de recensement du Québec⁴³. Par ailleurs, la criminalité en général a chuté de 24,8 % à Montréal au cours des 10 dernières années, dont une diminution de 30,7 % des crimes contre la propriété depuis 2000 et de 7,8 % de tous les crimes de violence depuis 2005⁴⁵.

Le marché de la drogue soulève plusieurs enjeux liés à la sécurité et l'ordre publics. C'est pourquoi les services policiers sont souvent appelés à agir tant de manière proactive que réactive. Même si leurs interventions ciblent particulièrement le marché de la drogue plutôt que les consommateurs, ces derniers peuvent faire l'objet d'une intervention, soit parce qu'ils sont impliqués dans une infraction quelconque, soit parce qu'ils sont dans un état de vulnérabilité (désorientation, crise, victime d'un accident ou d'un crime, etc.). Les données actuelles ne permettent pas de dénombrer les incidents causés par l'injection de drogues par rapport aux autres. Par contre, on sait que certaines situations qui concernent particulièrement les personnes UDI obligent les policiers du SPVM à intervenir régulièrement, notamment pour les seringues à la traîne, l'injection récente ou en cours, l'intoxication dans un espace public et le trafic de stupéfiants.

Depuis plus d'une décennie, le SPVM participe à de nombreuses initiatives afin de contribuer à coordonner les interventions des partenaires concernés. Son objectif : améliorer la situation du point de vue des usagers de drogues dans les espaces publics comme du point de vue des nuisances physiques et sociales qu'on leur attribue.

De fait, la coordination des efforts a eu des impacts positifs. Ainsi, on note une amélioration des rapports entre les partenaires des différents secteurs, une réduction des tensions, un meilleur partage des responsabilités, la création de réseaux formels et informels d'échange, ainsi qu'une meilleure compréhension de la complexité des enjeux. Néanmoins, plusieurs tensions persistent surtout lorsque des problèmes liés à la consommation de drogues se manifestent dans les espaces publics.

5. L'étude de faisabilité : objectifs et démarche

Afin d'identifier les conditions qui permettraient l'ajout d'un SIS à Montréal, l'Agence de Montréal a procédé à une étude de faisabilité (pour connaître le détail de l'étude, consulter l'annexe 5). Un comité de pilotage a donc été mis sur pied en avril 2011 pour soutenir l'étude, formé de représentants des directions de diverses organisations régionales et locales (établissements de santé et organismes communautaires, sécurité publique, autorités municipales, regroupement de personnes UDI et tables de développement social) concernées par le déploiement de services sociosanitaires adaptés aux personnes UDI.

Les objectifs généraux de l'étude de faisabilité ont été définis comme suit :

1. En tenant compte des facteurs contextuels (cadre légal, services existants, structures, acteurs, etc.), déterminer les conditions qui permettraient la mise en place d'une offre régionale de SIS acceptable socialement à Montréal.
2. Conceptualiser une offre régionale de SIS accompagnée d'indicateurs de performance mesurables et d'une estimation budgétaire.
3. Développer les modalités de monitoring et d'évaluation de l'offre régionale.

Pour répondre aux objectifs de l'étude de faisabilité, le comité de pilotage a formé deux groupes de travail : un premier sur l'organisation des services et un second sur l'acceptabilité sociale et le partage des espaces publics. Outre la revue de littérature sur les services d'injection supervisée au Canada et dans le monde, les deux groupes de travail ont mené de nombreuses consultations d'acteurs provenant de divers secteurs : personnes UDI, intervenants des réseaux de la santé et communautaire, SPVM, contentieux de l'Agence de Montréal et ordres professionnels. Une tournée de consultation du directeur de santé publique auprès d'élus, de décideurs et d'autres acteurs et une journée d'étude ont clôturé des mois de travail. Dans l'ensemble, les données recueillies concernent les grands enjeux soulevés par l'implantation des SIS, à savoir : l'organisation des services, leur acceptabilité sociale et les aspects juridiques qui s'y rattachent.

PARTIE 2 : QU'EN EST-IL DES POLITIQUES EN MATIÈRE DE DROGUES ET DES QUESTIONS JURIDIQUES?

S'il est vrai que les approches concernant la toxicomanie soulèvent bien des questions, les enjeux éthiques demeurent les mêmes. Ils nous rappellent que l'implantation d'un SIS vise notamment à offrir des soins adaptés à une population vulnérable et marginalisée, les personnes UDI, et à réduire les inégalités sociales de santé.

1. Les politiques publiques et les approches concernant la toxicomanie

Semblable à l'approche de la Suisse⁴⁶, la stratégie antidrogue canadienne reposait jusqu'en 2008 sur la prévention, le traitement, l'application de la loi et la réduction des méfaits, dans le but d'améliorer la santé et la sécurité au Canada⁴⁷. En 2008, la réduction des méfaits a été éliminée; depuis la stratégie canadienne mise surtout sur la répression et le traitement pour réduire l'offre et la demande⁴⁸.

Or, la Commission mondiale pour la politique des drogues a publié en 2011⁴⁹ un rapport qui constate l'échec mondial de la guerre à la drogue et soutient que la répression à l'égard des consommateurs contrecarre les mesures de santé publique visant à prévenir la transmission du VIH, les décès par surdose et la morbidité liée à l'usage des drogues. La Commission défend l'idée d'une réforme des politiques antidrogue à l'échelle nationale et internationale qui soit conforme aux principes suivants (cités p. 5-9) :

- Les politiques relatives aux drogues doivent être fondées sur des preuves empiriques et scientifiques incontestables quant à leur impact sur la réduction des risques pour la santé, la sécurité, le bien-être des personnes et de la société.
- Elles doivent être basées sur les droits de l'homme et la santé publique. Aussi, il convient de mettre fin à la stigmatisation et la marginalisation des personnes qui consomment des drogues et de celles impliquées aux niveaux inférieurs de la production et de la distribution. Il faut traiter les personnes dépendantes comme des patients, non pas comme des criminels.
- Le développement et la mise en œuvre de politiques de lutte antidrogue doivent être une responsabilité partagée à l'échelle mondiale et prendre en considération diverses réalités politiques, sociales et culturelles.
- Les politiques relatives aux drogues doivent s'appliquer dans tous les secteurs de la société et impliquer les familles, les écoles, les spécialistes de santé publique, les professionnels du développement, ainsi que des personnalités de la société civile, en partenariat avec les forces de l'ordre et les autres instances gouvernementales concernées.

Ainsi, l'approche de réduction des méfaits est pragmatique. Elle reconnaît que la consommation de substances psychoactives au sein de la société est inévitable et que l'approche prohibitive comporte des limites. Elle s'appuie sur des valeurs humanistes de tolérance et de respect de la dignité et des droits de la personne. En pratique, elle se traduit par des interventions et des services de toutes sortes, notamment les traitements de substitution, la prescription d'héroïne et la mise à disposition de matériel stérile. Compte tenu de l'impact bien documenté des services d'injection supervisée, on peut affirmer qu'ils s'inscrivent clairement dans une optique d'égalité par rapport au droit à des services de santé pour tous. D'ailleurs, l'Association canadienne de santé publique rappelait récemment l'importance de la réduction des méfaits sur la santé comme l'un des piliers fondamentaux d'une stratégie antidrogue globale (voir l'annexe 6).

Cependant, l'approche de réduction des méfaits ne fait pas l'unanimité au sein de la société. Les interventions et les services qui en découlent remettent en question certaines valeurs individuelles et sociales, lesquelles opposent la tolérance zéro à la réduction des risques associés à la consommation de drogues. L'abstinence représente un idéal qui définit en très grande partie la norme que reflètent les politiques et les pratiques en matière de drogues au Québec comme ailleurs dans le monde. Certains considèrent que les interventions publiques doivent être conséquentes et qu'aucun compromis n'est possible en regard de cet idéal. D'autres estiment plutôt qu'il faut relativiser cet idéal en considérant différents types d'objectifs tels qu'enrayer les épidémies de VIH et de VHC qui sévissent au sein des populations UDI. Le cas échéant, les actions visent plutôt la réduction de la transmission de ces virus que l'abstinence. L'idéal d'abstinence est au cœur de la plupart des débats dont le SIS fait l'objet. Il se trouve aussi à l'origine des trois principaux points de tension suivants^{6, 50}.

Premier point : La présence d'un SIS faciliterait la consommation de drogues en offrant un refuge aux usagers. Les services nuiraient à l'adoption d'un parcours de vie orienté vers l'abstinence.

Ce qui est documenté : Les usagers des SIS sont des consommateurs de longue date qui ont déjà eu plusieurs démêlés avec la justice en raison de leur consommation de drogues ou qui ont tenté plusieurs traitements ou cures de désintoxication sans jamais parvenir à être abstinents. Les SIS permettent d'entrer en contact avec des personnes qui ne demanderaient pas d'elles-mêmes d'avoir accès à ces programmes alors qu'elles seraient prêtes à le faire. De plus, ces services servent de passerelle vers des services de désintoxication et de traitement.

Deuxième point : Dans un contexte de rareté des ressources, l'allocation de ressources financières aux SIS, par rapport à des services de prévention et de traitement de la toxicomanie, serait mal avisée.

Ce qui est documenté : Ces services sont destinés à des personnes qui, pour une période temporaire, ne sont pas en mesure d'entreprendre des programmes de traitement ou de désintoxication. De plus, ils contribuent à réduire les coûts du système de santé, et ce, de diverses façons: 1) en diminuant le nombre d'hospitalisations rendues nécessaires à la suite d'infections bactériennes liées à l'injection; 2) en prenant en charge, sur place, une large part

des surdoses qui nécessiteraient autrement de se rendre aux urgences; et 3) en développant leur potentiel de prévention des infections causées par le VIH ou le VHC alors que le traitement de ces infections et leurs conséquences sont très coûteux⁵¹.

Troisième point : En raison du caractère criminel de la possession et du trafic de drogues, ces activités seraient tout simplement inacceptables et ne sauraient être cautionnées par la population.

Ce qui est documenté : Avec ou sans les SIS, ces activités continueront d'exister.

Même si les avantages de l'approche de réduction des méfaits sont reconnus par plusieurs, certains de ses défenseurs lui reprochent de ne pas prendre suffisamment en considération les causes profondes des méfaits associés aux drogues que sont, par exemple, l'itinérance et la pauvreté⁵². À cet égard, l'International Harm Reduction Association a clairement intégré à ses principes directeurs la nécessité de remettre en question les politiques et les pratiques qui contribuent à la criminalisation, à la discrimination et aux injustices sociales liées à l'usage de drogues⁵³. Voilà une autre façon de concevoir l'approche, c'est-à-dire la considérer comme un moyen additionnel de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé, en général, et les injustices commises envers les personnes marginalisées à cause de l'usage de drogues, en particulier⁵². Ce qui est bien documenté, toutefois, c'est que la supervision de l'injection, pour ne mentionner que cet exemple, ne mettra jamais fin à l'itinérance qui contribue aux méfaits causés par l'usage de drogues.

Malgré l'exclusion de la réduction des méfaits de la stratégie antidrogue canadienne depuis 2008, la plupart des provinces offrent toujours des programmes inspirés de cette approche; les programmes de distribution de matériel stérile d'injection en sont un exemple. Au Québec en particulier, la réduction des méfaits, l'application des lois, la désintoxication, le traitement et la prévention coexistent sans grande controverse publique ou professionnelle par rapport à leur pertinence respective, bien que moins de ressources soient consacrées à la réduction des méfaits qu'à d'autres programmes.

2. Le contexte juridique canadien

L'implantation de SIS pose aussi la question de la conformité aux conventions internationales dont le Canada est signataire. En effet, ces conventions stipulent que les états signataires s'engagent à ne pas appliquer de mesures qui faciliteraient le trafic ou la consommation de certaines substances psychoactives. Or, la plupart des pays où existent de tels services considèrent que les SIS ne violent pas les conventions internationales⁶.

Au Canada, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (ci-après dénommée «Loi») est l'une des lois qui réglementent la possession et le commerce des substances psychoactives. L'article 56 de la *Loi* prévoit que des exemptions à son application peuvent être accordées pour des raisons scientifiques, médicales ou d'intérêt public. C'est ainsi qu'Insite, un service d'injection supervisée situé à Vancouver conçu comme un projet de recherche, a pu ouvrir ses portes en 2003 grâce à une exemption accordée par Santé Canada, alors responsable

de la stratégie nationale antidrogue. Les efforts concertés des instances locales, provinciales et fédérales ont aidé le projet à démontrer qu'un tel service pouvait sauver des vies, améliorer l'état de santé des usagers, et ce, sans entraîner d'effets négatifs dans son environnement immédiat. Ce projet avait reçu (et reçoit d'ailleurs toujours) l'appui de la Ville de Vancouver, de son service de police et du gouvernement provincial.

La question de la légalité du SIS, restée en suspens depuis quelques années, a été en partie réglée par la décision récente de la Cour Suprême du Canada concernant *Insite*.

En 2008, à la suite du refus du ministre fédéral de la Santé de renouveler l'exemption, les demandeurs – l'organisme à but non lucratif qui gère le service (la PHS Community Services Society), un groupe de défense des droits des consommateurs de drogues (le Vancouver Area Network of Drug Users) et certains usagers d'*Insite* – ont entrepris des démarches juridiques qui ont abouti à la Cour suprême du Canada. L'audition s'est déroulée le 12 mai 2011.

L'affaire a soulevé principalement trois questions :

1. Les services offerts par *Insite* sont-ils assujettis à la loi fédérale ou relèvent-ils de la compétence de la province^{vi}?
2. Les dispositions de la *Loi* contreviennent-elles à l'article 7 de la *Charte des droits et libertés*^{vii}?
3. La décision du ministre de refuser de renouveler l'exemption d'*Insite* contrevient-elle à l'article 7 de la *Charte*?

Les jugements de la Cour suprême de Colombie-Britannique et de la Cour d'appel provinciale avaient conclu qu'appliquer les dispositions de la *Loi* aux activités d'*Insite* mettait en jeu les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, garantis par l'article 7 de la *Charte* et que ces dispositions n'étaient pas conformes aux principes de justice fondamentale. Les dispositions en question violaient donc l'article 7, car elles permettaient au gouvernement fédéral de refuser l'accès à des services de santé qui pouvaient prévenir des décès et diverses maladies.

Le jugement de la Cour suprême du Canada (ci-après dénommée « Cour », favorable à *Insite*, a été rendu le 30 septembre 2011⁵⁴. Il s'agit d'un jugement unanime et sans équivoque.

Concernant la première question, la Cour a rejeté l'argumentation des demandeurs fondée sur le partage des compétences et a jugé que la *Loi* relevait du parlement du Canada.

^{vi} Les services et les soins de santé sont généralement de compétence provinciale alors que la législation criminelle en matière de drogues est une compétence exclusive du parlement fédéral.

^{vii} Selon l'article 7 de la *Charte*, « chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne ; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale ».

Quant à la deuxième question, la Cour reconnaît que le paragraphe 4(1) de la *Loi* interdisant la possession de drogues illégales met en jeu les droits des usagers et du personnel d'Insite prévus à l'article 7 de la *Charte*. De fait, le paragraphe 4(1) remet en question les droits suivants :

- « le droit à la liberté des professionnels de la santé qui offrent les services de supervision aux clients d'Insite compte tenu des peines d'emprisonnement prévues » par la *Loi* ;
- « les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne [puisque] pour pouvoir bénéficier des services offerts par Insite, qui protègent leur vie et leur santé, les clients doivent être autorisés à posséder des drogues sur place » ;
- les droits à la vie et à la sécurité de la personne, car « les professionnels de la santé d'Insite ne pourraient offrir les services de supervision médicale et de counseling aux clients, ce qui les priverait de soins médicaux susceptibles de leur sauver la vie ».

La Cour conclut toutefois que le paragraphe 4(1) de la *Loi* est conforme aux principes de justice fondamentale puisque le ministre a le pouvoir d'accorder des exemptions à son application en vertu de l'article 56 « s'il estime que des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public le justifient ». La Cour a donc conclu que la *Loi* s'applique dans le cas d'Insite et que sa portée est conforme à la *Charte*.

Quant à la troisième question, la Cour arrive à la conclusion que le refus du ministre de la Santé du Canada de reconduire l'exemption constitue une décision arbitraire qui contrevient aux droits garantis aux demandeurs par l'article 7 de la *Charte*. La Cour juge au surplus que cette décision « va à l'encontre des objectifs mêmes de la *Loi*, soit la protection de la santé et de la sécurité publiques ». Les conséquences négatives pour les demandeurs d'une fermeture du service auraient été de loin disproportionnées par rapport aux avantages de l'interdiction absolue de posséder des drogues illégales dans les locaux d'Insite. Pour ces raisons, la Cour a ordonné au ministre de reconduire l'exemption sur-le-champ.

Deux autres points du jugement méritent d'être soulignés. Le premier concerne l'argument du ministre de la Santé suivant lequel la décision des toxicomanes de consommer des drogues illégales constitue un choix personnel. La Cour est plutôt d'avis que la dépendance aux drogues est une maladie et qu'un des aspects de la maladie est ce besoin continu et insatiable d'en consommer. Le deuxième point concerne la nature du service Insite, qui a été reconnu par la Cour comme un établissement de santé soumis à des règles strictes ainsi qu'à des politiques et des procédures rigoureuses. Insite supervise sa clientèle de près, avant, pendant et après l'injection, et offre des soins de santé, de counseling et d'orientation vers d'autres services.

Bref, le jugement de la Cour suprême du Canada trace les balises et encadre les pouvoirs du gouvernement fédéral en matière d'exemptions suivant l'article 56 de la *Loi*. La mise sur pied de services d'injection supervisée à Montréal pourrait donc voir le jour grâce à une telle exemption.

Le ministre conserve évidemment son pouvoir discrétionnaire. Toutefois, il ne peut l'exercer que dans les limites imposées par la *Loi* et par la *Charte* : selon la Cour, le ministre doit se demander si le refus d'une exemption porterait atteinte au droit à la vie et à la sécurité des personnes autrement qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

Dans le cas où la preuve révèle que l'existence d'un service d'injection supervisée diminuera le risque de décès et de maladie et où il n'existe guère, pour ne pas dire aucune preuve que ce service aura une incidence négative sur la sécurité publique, le ministre devrait, selon la Cour, en règle générale accorder une exemption. Les autres facteurs qui peuvent être pris en considération par le ministre comprennent, entre autres, la preuve de l'incidence de tels services sur le taux de criminalité, les conditions locales indiquant qu'un tel service répond à un besoin, le cadre réglementaire régissant le centre et les ressources disponibles pour voir à l'entretien du site. Il devra également tenir compte de l'opinion de la communauté.

En regard notamment du droit à la santé pour tous, le jugement de la Cour suprême du Canada réaffirme que les droits de la personne sont garantis à tous les Canadiens, même les plus marginalisés.

PARTIE 3 : LES SERVICES D'INJECTION SUPERVISÉE AU CANADA ET DANS LE MONDE

Les services d'injection supervisée font partie de l'histoire des soins médicaux offerts aux personnes UDI depuis 25 ans. La recension des expériences menées à ce jour au Canada et ailleurs dans le monde peut alimenter la réflexion et l'orientation sur différents aspects des services.

Partout où ils existent, ces services se définissent de la même façon : une structure localisée dans un endroit où les personnes UDI peuvent s'injecter des drogues, qu'elles apportent elles-mêmes, dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité, sous la supervision d'un personnel qualifié, sans craindre de se faire arrêter par la police.

Avant d'être sanctionnés par les autorités publiques, les SIS existaient informellement au Royaume-Uni et aux Pays-Bas. Ce n'est qu'en 1986, à Berne (Suisse), que le premier service officiel a ouvert ses portes. Aujourd'hui, on en trouve plus de 90 qui sont reconnus officiellement dans le monde et répartis dans plusieurs pays d'Europe (Suisse, Pays-Bas, Allemagne, Espagne, Luxembourg, Norvège), en Australie et au Canada. Les deux services offerts au Canada sont situés à Vancouver (C.-B.). Le premier a été ouvert en 2002 dans les locaux du Dr Peter Centre^{viii}, un centre de santé du secteur ouest du centre-ville destiné aux personnes vivant avec le VIH/sida. Le second, Insite, a ouvert ses portes en 2003 dans le secteur est du centre-ville (*Downtown Eastside*).

Bien qu'il existe une variété importante de modèles (voir plus loin les paramètres organisationnels), la plupart des structures qui accueillent des SIS offrent d'autres services, tels des soins de santé primaires, des services d'orientation et la distribution de matériel d'injection. Certains incluent même l'hébergement ou des traitements de désintoxication ou de substitution.

Leur financement dépend principalement du soutien social et politique ainsi que du contexte légal. Il provient habituellement de plusieurs sources : différents paliers de gouvernement, organismes non gouvernementaux, fonds privés. Le centre de Sydney (Australie) est même entièrement financé à partir des produits de la criminalité confisqués⁵⁶. La situation financière précaire de certains SIS a évidemment un impact sur leur viabilité⁵⁷. Quant à leur gestion, c'est une responsabilité qui revient aux autorités régionales de santé, à des cliniques médicales, à des organisations caritatives, à des organismes communautaires ou à des organisations sans but lucratif (la Croix-Rouge et Médecins du monde, par exemple).

^{viii} Ce centre de santé gère un SIS sans autorisation légale. La direction estime que les infirmières ne contreviennent pas à l'article 56 de la *Loi* et que le service fait partie d'une vaste gamme de soins de santé offerts par le centre. Malgré l'absence d'exemption, les activités s'y poursuivent sans que les autorités ne cherchent à les entraver d'aucune façon⁵⁵.

1. Les objectifs poursuivis et les retombées concrètes

Dans tous les pays, la mise sur pied des SIS répond aux objectifs suivants : améliorer la santé et le bien-être des personnes UDI et réduire les impacts négatifs sur l'ordre public. L'importance accordée à chacun des objectifs peut varier d'un pays à un autre. Le tableau de l'annexe 7 résume bien les objectifs généraux et particuliers des SIS, les moyens pris pour les atteindre et les indicateurs utilisés pour les mesurer.

Dans l'ensemble, les recherches publiées au sujet des différentes expériences d'ici et d'ailleurs^{ix} cherchent à évaluer l'atteinte d'objectifs plus précis, dont les suivants :

1. joindre les personnes UDI les plus vulnérables ;
2. réduire les risques de surdose et leurs conséquences ;
3. réduire d'autres risques à la santé liés à l'injection de drogues ;
4. stabiliser l'état de santé des personnes UDI;
5. réduire les impacts négatifs sur l'ordre public.

Joindre les personnes UDI les plus vulnérables

Les SIS cherchent généralement à joindre les personnes UDI qui vivent dans les conditions les plus précaires – itinérance, dépendance, problèmes de santé mentale, prostitution de rue –, et ce, pour des raisons bien simples. Ce sont elles qui s'injectent le plus fréquemment en public, qui sont les plus susceptibles d'être à l'origine des tensions liées à l'occupation des espaces publics et qui sont exclues des soins de santé couramment offerts en raison des exigences (plus ou moins explicites) fixées pour les obtenir^x. Joindre ces personnes constitue aussi un préalable pour atteindre tous les autres objectifs. Car ce sont elles qui présentent le plus de risques de succomber à une surdose (ou de vivre avec des conséquences morbides importantes), de contracter et de transmettre des ITSS (VIH et hépatites B et C en particulier), de rejeter du matériel d'injection en public, d'être en état d'intoxication dans les espaces publics et ainsi de suite.

^{ix} La plupart des résultats présentés dans cette section sont tirés de l'analyse de l'Institut national de santé publique (INSPQ), *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée au Québec* (2009)⁶, basée exclusivement sur des recherches publiées dans des revues scientifiques faisant appel à des comités de lecture. Lorsque les résultats proviennent d'autres sources, celles-ci sont indiquées. (Pour plus de détails sur la méthodologie et ses limites, voir l'annexe 5- section 5.8.)

^x À titre d'exemple, de nombreux services de santé ne sont offerts qu'aux personnes en état de « sobriété », ce qui est relativement peu fréquent chez des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance. De plus, les horaires très stricts des organisations de soins de santé sont déphasés par rapport à l'organisation souvent très particulière de la vie quotidienne des personnes dont la situation est précaire (déplacements à pied, transport des effets personnels, horaires et lieux des refuges et des repas offerts aux itinérants, rythme de travail des prostituées de rue, etc.).

Dans l'ensemble, les SIS réussissent effectivement à joindre ces personnes qui répondent généralement aux critères suivants :

- Elles s'injectent depuis plusieurs années.
- Elles ont tenté plusieurs traitements, sans succès.
- Elles sont fréquemment sans domicile fixe (entre 20 % et 60 % selon les évaluations).
- Elles ont déjà été incarcérées (50 % à 75 %).
- Elles s'injectaient fréquemment en public avant l'ouverture d'un SIS.
- Elles rejetaient fréquemment du matériel d'injection dans les espaces publics avant l'ouverture d'un SIS.

Réduire les risques de surdose et leurs conséquences

L'injection est un mode de consommation qui présente un risque élevé de surdose en raison de la rapidité et de l'intensité de l'intoxication qui en résulte. De surcroît, les espaces publics constituent des environnements à risque particulièrement élevé quant aux surdoses et à la gravité de leurs conséquences. La présence d'autres personnes dans les endroits publics (policiers, résidents, commerçants, autres consommateurs, etc.) fait en sorte que l'injection est souvent précipitée et moins bien contrôlée (en quantité et en qualité) qu'elle ne le serait en privé. Le fait de se cacher du regard des autres fait en sorte que ces personnes sont moins susceptibles d'avoir de l'aide en cas d'urgence, ce qui augmente le risque de décès et de complications morbides ainsi que la gravité des conséquences de surdose.

La possibilité de s'injecter dans un SIS devrait donc contribuer à réduire les risques de surdose et les conséquences qui y sont liées, entre autres grâce à la présence de personnel en mesure de fournir une assistance rapide lors de complications. D'ailleurs, aucun décès ou conséquence morbide permanente survenu à l'intérieur d'un SIS n'est rapporté dans la littérature. Les SIS ont même contribué à la baisse du nombre d'incidents dans les villes où ils sont situés, bien que cette diminution puisse être aussi attribuable à d'autres facteurs (une baisse de l'approvisionnement en héroïne, par exemple). Ainsi, quatre villes allemandes ont connu une diminution importante de surdoses à la suite de la mise en opération de SIS ; à Vancouver, on a noté une baisse de 35 % de la mortalité par surdose dans un rayon de 500 mètres du local d'Insite à la suite de son ouverture⁵⁸. À Sydney, on estime que le SIS a permis d'éviter 27 surdoses fatales sur une période d'un an et demi⁵⁹.

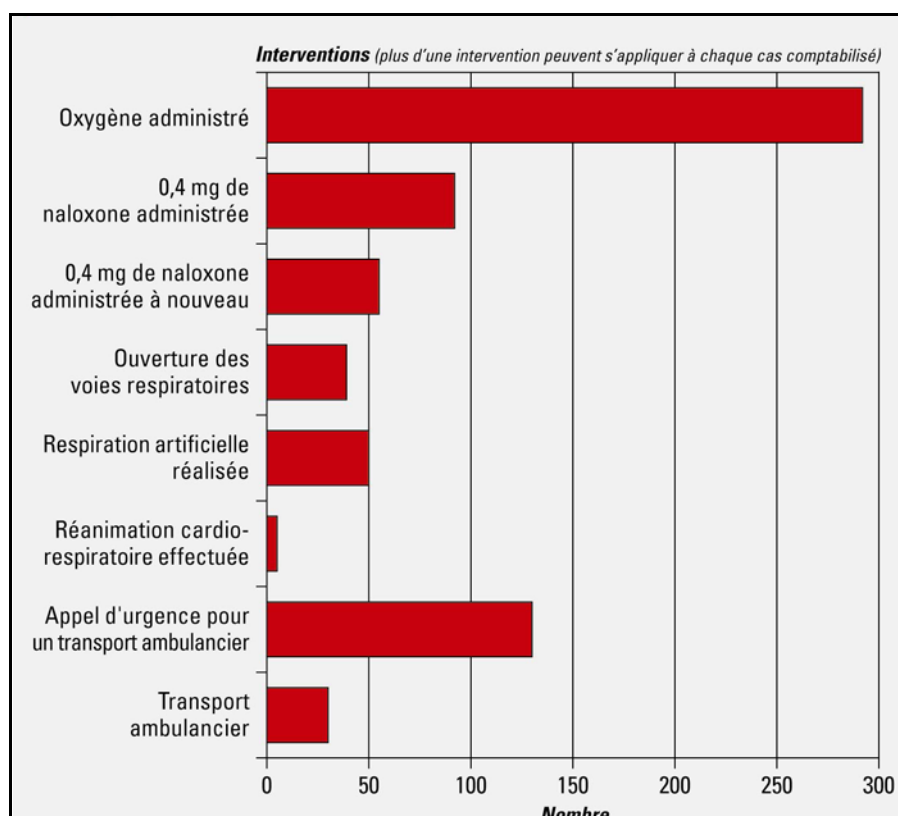
De manière générale, les SIS réduisent la pression exercée sur les services d'urgence (ambulances, hôpitaux) en favorisant une prise en charge des surdoses sur les lieux (entre 50 % et 98 %, selon l'INSPQ). La présence de médecins et d'infirmières ou la possibilité pour d'autres professionnels habilités par la loi à administrer de la naloxone permettent une prise en charge accrue. Aussi, depuis une dizaine d'années, il existe des programmes de distribution de naloxone par des pairs UDI dans plusieurs grandes villes (New York, San Francisco et Sydney,

par exemple)^{60, 61}, y compris Toronto où l'expérience est plus récente. Une revue de six programmes américains signale que des milliers de personnes UDI ont eu accès à une formation et à des doses de naloxone qui leur ont permis de renverser les effets de plusieurs centaines de surdoses d'opioïdes survenues dans la communauté⁶¹.

La figure 2, tirée de l'étude de Kerr et ses collaborateurs⁶², indique que les 336 surdoses survenues à Insite au cours d'une période de 18 mois ont donné lieu notamment aux interventions suivantes :

- administration d'oxygène sur place dans 87 % des cas ;
- administration de naloxone dans 27 % des cas ;
- appels d'ambulance dans 39 % des cas ;
- transferts à l'hôpital dans 28 % des cas.

Figure 2 : Interventions effectuées lors de 336 surdoses dans les locaux d'Insite sur une période de 18 mois (du 1^{er} mars 2004 au 30 août 2005)



Source : (Kerr et al., 2006)⁶²

Réduire d'autres risques à la santé liés à l'injection de drogues

Outre les surdoses, l'injection accroît les risques de connaître d'autres problèmes de santé, notamment des infections bactériennes et des ITSS. Les risques sont encore plus grands lorsque l'injection est pratiquée dans les espaces publics. Le matériel y est souvent souillé et les agressions (vols, violences sexuelles et physiques), courantes. Au contraire, le SIS offre du matériel stérile et un lieu sécuritaire.

Les pratiques d'injection apprises des pairs peuvent être plus ou moins sécuritaires. Le SIS offre une éducation aux pratiques à risque réduit au moment même de l'injection. Pour les personnes qui s'injectent depuis peu, un contact peut les inciter à adopter un mode de consommation alternatif moins risqué. À ce sujet, l'éducation aux pratiques d'injection à risque réduit offerte à Insite a entraîné une baisse des comportements d'injection à risque des usagers, et ce, à l'intérieur et à l'extérieur du SIS⁶³. De plus, il faut noter les points suivants :

- Les SIS semblent agir comme facteur de protection contre le partage de seringues: ils favorisent une diminution de l'emprunt de seringues par les personnes séronégatives et le prêt par les personnes séropositives.
- Des femmes indiquent être moins exposées à la violence lorsqu'elles s'injectent dans les locaux d'un SIS.
- Les SIS ne contribuent pas à l'initiation à l'injection⁶⁴.

Stabiliser l'état de santé des personnes UDI

Les SIS se veulent des portes d'entrée pour une gamme de services sociaux et de santé qui visent la stabilisation de l'état de santé des usagers.

En créant des passerelles avec les programmes consacrés à la toxicomanie, les SIS facilitent l'accès à la désintoxication et contribuent à l'augmentation de la demande et de l'engagement dans un traitement (de la dépendance ou de substitution). Par exemple, la proportion des utilisateurs d'Insite qui ont entrepris un traitement a augmenté de 33 % entre l'année précédant le début de leur fréquentation du site et l'année suivante⁶⁵. De plus, ceux qui se sont engagés dans un programme de désintoxication ont eu par la suite davantage tendance à entreprendre un programme de traitement de la dépendance (3,7 fois plus que les autres) ou de substitution (1,6 fois plus) et à diminuer leur fréquentation du SIS que les autres utilisateurs du SIS.

Par ailleurs, les usagers des SIS ont ainsi accès à des services de vaccination, de dépistage, de soins primaires et d'orientation vers d'autres services. À ce chapitre, Insite a plusieurs acquis à son actif. Par exemple, entre le 1^{er} avril 2004 et le 31 mars 2007, ont été recensés :

- 10 089 soins primaires, dont 3 130 pour des cas d'abcès;

- 6 354 orientations vers d'autres services, dont 40 % en toxicomanie (désintoxication, traitement de substitution ou de la dépendance)⁶⁶.

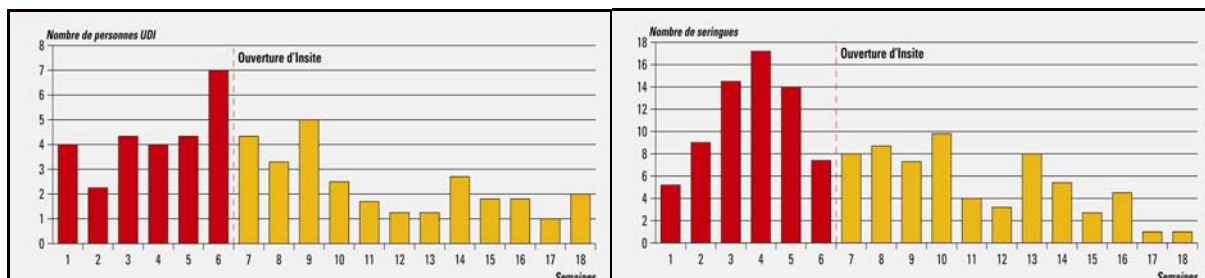
Réduire les impacts négatifs sur l'ordre public

L'injection en public et l'intoxication qui en résulte, le rejet dans l'environnement du matériel d'injection et le trafic de drogues engendrent des tensions souvent importantes dans les collectivités. En offrant un lieu pour que la consommation et la disposition du matériel se déroulent à l'abri du regard public, les SIS ont eu principalement des effets positifs ou neutres à l'égard de la réduction de ces nuisances. Par exemple, dans certains cas, leur implantation a été associée à une réduction du nombre d'injections en public et de seringues à la traîne (voir la figure 3). Par ailleurs, les SIS peuvent représenter une ressource additionnelle pour les services policiers qui ont la possibilité d'y adresser les personnes qu'ils voient s'injecter dans la rue, comme le font les policiers de Vancouver⁶⁷.

Par contre, rien ne prouve que leur présence ait permis de diminuer sensiblement le nombre de délits et de crimes liés à la drogue aux abords des SIS, notamment parce que les usagers continuent de commettre des délits afin de payer leur consommation et de s'approvisionner auprès de trafiquants. Dans certains cas, cela a même eu l'effet contraire lorsque trois conditions étaient présentes : 1) une zone ouverte de tolérance autour du SIS; 2) l'absence de services de réduction des méfaits dans les autres secteurs de la ville; et 3) des activités de répression plus soutenues dans ces mêmes secteurs⁶. Mais dans l'ensemble, les SIS ne semblent pas donner lieu à une hausse de la criminalité dans les villes où ils sont localisés ni au déplacement géographique de la criminalité⁶⁸.

En fait, selon les expériences menées dans différents pays, l'impact de la présence d'un SIS au sein d'un environnement est la plupart du temps signalé comme étant peu importante, tant en ce qui a trait aux impacts positifs que négatifs. La coordination entre les services de police et les services sociaux et de santé préconisée par l'INSPQ⁶ vise notamment à éviter que l'implantation des SIS ait des impacts négatifs sur les milieux de vie. Lorsque cette coordination existe, comme à Francfort, Sydney, Genève et Vancouver, les effets des SIS ont plutôt été neutres, sinon positifs.

Figure 3 : Nombre moyen quotidien de personnes UDI s'injectant en public et de seringues à la traîne comptabilisé pendant 6 semaines avant et 12 semaines après l'ouverture d'Insite



Source : (Wood *et al.*, 2004, p.2.)⁶⁹

En bref, il est difficile d'isoler l'effet des SIS de celui des autres services destinés aux personnes UDI, d'une part, et de l'effet de certains autres phénomènes (par exemple, les variations dans la qualité et la pureté de l'héroïne), d'autre part. Malgré cela, il est permis de conclure que les SIS ont plusieurs effets bénéfiques sur la santé publique comme sur l'ordre public, et qu'ils n'ont aucun effet négatif.

Le tableau suivant récapitule les effets des SIS évalués.

Tableau 1 : Objectifs des SIS et effets

Assurer une couverture et un fonctionnement adéquats • Atteindre les usagers à haut risque (++) • Assurer une injection plus sécuritaire (++) Améliorer l'état de santé des usagers • Diminuer les comportements à risque (+) • Réduire la morbidité : VIH/VHC (?), abcès (+) • Réduire la mortalité (indirect, via les overdoses mortelles évitées) (+) • Améliorer l'accès aux soins (de base, généraux ou spécifiques) (++) Réduire les impacts négatifs sur l'ordre public • Réduire la consommation dans les lieux publics et les nuisances associées (+) • Améliorer les perceptions de la population (+/-) • Ne pas augmenter les délits liés à la consommation (+) + / ++ : <i>Preuves existantes</i> ? : <i>Preuves (encore) insuffisantes</i> +/- : <i>Effets variables (selon la période et le lieu de l'étude)</i>

Source : (Hedrich *et al.*, 2010)⁷⁰

2. Les paramètres organisationnels et les pratiques professionnelles

La supervision de l'injection s'exerce en trois temps : 1. la pré-injection (accueil de la personne et appréciation de son état physique et mental) ; 2. l'injection elle-même (conseils sur les techniques et les sites corporels d'injection à moindre risque ainsi que sur l'utilisation appropriée du matériel d'injection) ; et 3. la post-injection (appréciation de l'état d'intoxication et de ses conséquences possibles, y compris la surdose). C'est pourquoi les lieux dans lesquels sont offerts ces services comprennent tous une aire d'accueil, une aire de consommation et une aire de répit.

L'organisation des SIS dans le monde diffère grandement selon le contexte politique et juridique du pays où ils se trouvent, la situation socio-sanitaire et la répartition des personnes

UDI sur le territoire. Les services d'Insite à Vancouver⁷¹, de Quai 9 à Genève^{72, 73} et du Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària^{xi} (SAPS) de la Croix-Rouge à Barcelone⁷⁴ permettent d'illustrer la diversité des paramètres organisationnels des SIS (voir annexe 5-section 5.9).

Les avantages et les inconvénients de chacun des modèles organisationnels

– *Le site unique et fixe*

Le site unique comme celui d'Insite présente des avantages lorsque la population UDI est concentrée sur un territoire précis, comme c'est le cas dans le secteur *Downtown Eastside* de Vancouver. Le SIS, dont les horaires et les services sont stables et connus de la clientèle, a la possibilité de développer une connaissance de ses usagers, qui deviennent des « habitués », et de joindre une grande proportion de la population UDI du territoire. Grâce à son caractère fixe, le service est davantage en mesure d'entretenir des relations suivies et ciblées avec le voisinage, les postes de police du quartier, etc. Le SIS peut rapidement devenir un endroit reconnu auquel on adresse facilement les personnes UDI. Son désavantage par rapport à un SIS mobile : ne pas pouvoir s'adapter rapidement au déplacement de la clientèle.

– *Le site faisant partie d'une offre multiple de SIS dans une ville*

Les avantages premiers d'une offre multiple telle que celle implantée à Barcelone sont la multiplicité et la complémentarité des services offerts lorsque plusieurs SIS sont présents dans une même ville. Le cas échéant, il est possible non seulement de joindre des clientèles dispersées dans toute la ville, mais aussi d'adapter les services en fonction de leurs particularités et leurs besoins. Dans le cas des cocaïnomanes, par exemple, l'offre multiple permet de réduire la concentration des usagers dans un même lieu⁷⁵. Les divers SIS d'une même ville peuvent aussi tenter de coordonner leurs horaires afin d'offrir un accès 24 heures sur 24 sans que tous les coûts ne soient assumés par une même organisation. De plus, au même titre que le SIS mobile, le fait de ne pas avoir un SIS unique localisé dans un seul quartier rend souvent les services plus acceptables socialement.

– *Le service mobile*

L'avantage premier d'un service mobile comme celui de Berlin est certainement la souplesse qui offre la possibilité de changer d'endroit en fonction des besoins et des déplacements de la population UDI. En étant mobile, le SIS n'est pas associé à un quartier ou un endroit particulier, ce qui peut le rendre plus acceptable socialement. Le SIS mobile permet de couvrir plusieurs lieux et de joindre plusieurs personnes dispersées au cours d'une même journée. Les

^{xi} Service d'Attention et de Prévention Socio-Sanitaire.

désavantages : un espace physique restreint qui peut soulever des enjeux de sécurité et rendre la gestion de l'achalandage et de la période post-injection plus difficile. La mobilité du service pose aussi des problèmes techniques tels que trouver des endroits appropriés pour garer le véhicule mobile sans que le voisinage ne soit incommodé par le bruit du moteur ou celui des usagers^{76, 77}.

Adopter des règles et adapter la pratique professionnelle

Les services consultés (Insite, Quai 9 et le SAPS) se sont dotés de règles et de protocoles précis pour encadrer les différents aspects de leurs pratiques. Bien que les règles et les critères d'admissibilité diffèrent dans chacun d'entre eux, la violence, le trafic de drogues et la consommation en dehors de la salle d'injection sont interdits dans les trois SIS. Par ailleurs, la gestion quotidienne des services dépasse les protocoles et une prise en charge individualisée de chaque usager est nécessaire. De fait, le succès des trois SIS repose sur le sens donné aux interventions et sur l'équilibre entre l'accessibilité pour la clientèle UDI et la sécurité du personnel et des usagers. Au fil des ans, les trois SIS ont dû modifier leurs pratiques afin de s'adapter aux besoins et aux limites de leur clientèle, mais aussi à ceux de leurs équipes de travail. Cela souligne l'importance de concevoir les SIS comme des services flexibles et capables de s'adapter à différentes réalités, celle des comportements psychotiques, par exemple, qui nécessite une gestion particulière que la présence de pairs UDI au sein de l'équipe peut faciliter⁷⁵.

Les SIS ont été amenés à se poser des questions quant à leurs interventions, leurs règles et les conséquences de celles-ci sur les usagers et les employés⁷⁸. Certains ont dû choisir entre un bas seuil absolu d'accessibilité (qui sous-tend le moins de règles et de limitations possibles) et l'application de règles strictes qui peuvent limiter l'accès à certaines personnes UDI tout en garantissant le respect d'un certain cadre. Le dilemme auquel ils ont été confrontés est le suivant : faut-il éviter à tout prix les injections dans les espaces publics en accueillant le plus de personnes UDI possible dans les SIS, quels que soient leurs comportements, ou faut-il mettre en place un cadre et des règles qui seront forcément plus limitatifs pour la clientèle, mais qui respecteront davantage la sécurité et le degré de confort des intervenants et des usagers des SIS ?

Certaines situations semblent avoir systématiquement provoqué des malaises au sein des équipes. C'est le cas, par exemple, de l'utilisation de sites corporels d'injection à risque, de l'injection assistée par un tiers, du partage de drogues, de la conservation du matériel usagé pour le réutiliser (en particulier le *wash*^{xii} ou le contenu d'une seringue pas complètement consommé). Par ailleurs, il arrive que certains groupes d'usagers posent un dilemme éthique ou professionnel, par exemple : les mineurs, les femmes enceintes, les usagers inexpérimentés ou s'injectant pour la première fois, ceux accompagnés d'un enfant, ceux déjà très intoxiqués ou dont l'état de santé est très dégradé et qui refusent de se faire soigner.

^{xii} Préparation d'injection faite à partir de résidus de drogues restés dans le contenant (Stéricup®) et le filtre lors d'une préparation précédente.

Ces contextes forcent le personnel des SIS à faire des choix. L'utilisateur incapable de s'injecter^{xiii} et la limite de temps allouée à l'injection, pour ne prendre que ces deux exemples, renvoient à des situations pour lesquelles une prise en charge particulière est nécessaire ; les trois SIS sont unanimes à ce sujet. Cependant, le choix d'offrir l'accès à une pièce fermée ou en retrait pour permettre à des usagers trop anxieux ou agités d'avoir un endroit plus calme, où ils peuvent prendre le temps de pratiquer l'injection correctement, est à la fois un choix éthique et un choix d'ordre organisationnel.

La limite de temps fixée à l'utilisation de la salle d'injection, comme à Quai 9, le seul des trois SIS qui demande à l'utilisateur de quitter s'il n'a pas « réussi » à s'injecter dans un délai de 30 minutes, peut être considérée comme une règle limitative qui stresse l'utilisateur qui a déjà de la difficulté à s'injecter et qui sait, de plus, que le temps pour le faire est limité. Cependant, l'expérience de Quai 9 démontre non seulement que moins de 3 % des individus prennent plus de 30 minutes à s'injecter⁷⁹, mais aussi que cette limite de temps peut être un outil fort utile pour encadrer certains individus qui s'injectent de façon compulsive ou s'automutilent.

L'organisation des services

– *La présence de l'infirmière*

Les trois SIS étudiés ont recours aux services d'une infirmière sur place, à plein temps ou à temps partiel. Ce choix répond à diverses considérations. Pour Insite, par exemple, un projet de recherche orienté vers la démonstration du bien-fondé des SIS au Canada, ce choix s'est imposé dans la perspective d'éviter le plus de complications médicales et de surdoses possible. Pour le SAPS de la Croix-Rouge, ce choix répond également à des enjeux d'acceptabilité politique et sociale.

En revanche, certains services considèrent que la présence d'une infirmière n'est pas nécessaire pour superviser l'injection faite par l'utilisateur. De fait, la formation dispensée par des professionnels habilités, telles les infirmières, aux autres intervenants du SIS leur permet de la remplacer dans certaines fonctions, y compris la supervision de l'injection. Par ailleurs, il importe de souligner qu'en ce qui concerne les activités de soins infirmiers, l'infirmière du SIS assure le suivi professionnel et devient l'intervenante de référence pour les usagers et les autres intervenants du service⁸⁰. Elle est un atout indispensable pour gérer des complications graves liées à l'injection, administrer des soins complexes et introduire une canule pour les usagers incapables de s'injecter eux-mêmes (dans les SIS où elle est autorisée à le faire, comme

^{xiii} L'incapacité à s'injecter englobe plus d'une situation qui implique différents types d'utilisateurs : l'utilisateur dont les veines sont fortement abîmées par des injections multiples ou des années de consommation ; l'utilisateur qui n'arrive pas à s'injecter par manque d'expérience ; l'utilisateur trop agité pour réussir à trouver une veine ; celui qui est intoxiqué par la cocaïne ou les amphétamines et qui passe plusieurs minutes à se piquer à divers endroits, dans une suite de gestes plus proches de l'automutilation ou de l'acte compulsif que de l'injection.

c'est le cas au SAPS⁸¹). Rappelons que dans le cadre de ses activités professionnelles, l'infirmière doit notamment évaluer la condition de santé physique et mentale d'une personne symptomatique et exercer une surveillance clinique des personnes présentant des risques (par exemple, intoxication, ITSS, etc.). Les pairs et les intervenants sociaux interviennent quant à eux à divers moments avant, pendant et après l'injection en fonction de l'organisation⁷¹.

– Le système d'inscription

La grande majorité des SIS utilise un système d'inscription de la clientèle qui préserve l'anonymat des usagers grâce à des pseudonymes et permet de recueillir des données relatives au profil démographique, aux drogues consommées et aux antécédents de surdose. Plusieurs font aussi signer un formulaire de consentement ou un code de vie aux usagers lorsqu'ils se présentent pour la première fois. Dans bon nombre d'endroits, l'usager doit mentionner la drogue qu'il va consommer, le site corporel où il souhaite s'injecter ainsi que les drogues qu'il a utilisées dans les dernières heures. L'objectif : être en mesure de prévenir ou d'intervenir adéquatement en cas de surdose ou d'utilisation d'un site d'injection non recommandé.

– L'achalandage

L'achalandage varie grandement d'un SIS à un autre. Insite peut superviser jusqu'à 1 110 injections par jour⁸², tandis que Quai 9 en supervise en moyenne 80⁷³ et le SAPS, moins de 30 par jour⁷⁴. Mais, peu importe le nombre d'injections supervisées quotidiennement, la régulation de l'achalandage semble un élément clé du bon fonctionnement d'un SIS et de la satisfaction des usagers, voire de la qualité des interventions. Par exemple, plusieurs usagers n'acceptent pas d'attendre avant d'avoir accès à la salle d'injection. Afin de bien gérer l'achalandage, les personnes UDI ont proposé différentes solutions : augmenter la capacité d'accueil lors des périodes prévues de fort achalandage (les jours de réception des chèques d'aide sociale, par exemple); ouvrir plusieurs services dans le but de réduire la concentration des usagers dans un site unique ; adapter les horaires aux besoins de diverses clientèles telles que les travailleuses du sexe qui s'injectent tôt le matin après leurs heures de travail ou les utilisateurs d'opioïdes qui s'injectent au réveil afin d'éviter les symptômes de sevrage⁷¹.

– Le continuum de services

L'ensemble des SIS étudiés ont inscrit le service de supervision de l'injection dans un continuum de soins au profit de leurs usagers. Tous ont cherché à faire venir sur place des professionnels (médecin, psychiatre, avocat) en mesure d'offrir des soins et des services qui débordent du contexte immédiat de l'injection, mais aussi à créer des corridors de services pour acheminer leur clientèle vers les autres services, tels les centres de traitement de la toxicomanie, du VIH ou de l'hépatite C, pour n'en nommer que quelques-uns. Finalement, chaque SIS a conclu des ententes avec les policiers et les ambulanciers qui ont été revues et bonifiées au fil des ans, en phase avec l'évolution d'une expertise commune.

3. L'utilisation des SIS par les personnes UDI

Joindre les personnes UDI les plus vulnérables constitue une condition indispensable pour atteindre les grands objectifs que sont l'amélioration de leur santé et de leur bien-être, ainsi que le maintien de l'ordre public. Plusieurs études, dont deux réalisées à Montréal^{83, 84, 85}, ont examiné l'acceptabilité de tels services et les facteurs associés à l'intention des personnes UDI d'y recourir^{xiv}. Elles ont conclu que la grande majorité des personnes UDI interviewées utiliseraient un SIS^{84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91}. Les facteurs associés à leur intention d'utiliser un tel service étaient les suivants : l'injection dans les lieux publics^{87, 88, 89, 90}, l'absence de domicile fixe⁹¹, la prise de risque élevée⁹¹, les antécédents de surdose^{84, 86}, le travail du sexe⁸⁸, la fréquence d'injection et la drogue injectée^{84, 86, 90}. Quant aux barrières à leur utilisation éventuelle, il faut retenir les suivantes : la localisation éloignée des lieux de vente⁸⁴, la présence policière autour du SIS^{85, 86, 88}, le temps d'attente⁸⁴, l'inscription obligatoire⁸⁸ ou l'obligation de présenter une pièce d'identité⁹⁰, l'interdiction de partager des drogues^{88, 92}, l'interdiction d'injection assistée (par un pair ou par un professionnel)^{85, 88, 92}, le manque d'intimité^{85, 86} et l'attitude du personnel⁸⁴, le service ouvert seulement aux résidents⁹⁰ et la surveillance vidéo sur place⁹⁰.

Par ailleurs, l'étude de Kerr et ses collaborateurs⁸⁸ souligne que la facilité d'accès des SIS (proximité des lieux de vente de drogues, attente minimale pour l'utilisation de la salle d'injection) et la possibilité de s'injecter plus d'une fois lors d'une même visite –aussi ressortie comme un facteur incitatif lors de la consultation de personnes UDI de Montréal en 2002⁸⁴ – peuvent contribuer à l'utilisation des SIS par les consommateurs de cocaïne.

Il est à noter que l'information sur l'utilisation éventuelle de SIS non existants pourrait ne pas refléter l'utilisation réelle des SIS. C'est du moins ce que deux études^{71, 93} qui ont exploré les points de vue des personnes UDI quant au fonctionnement d'Insite quelques années après son implantation permettent de croire. Alors que l'inscription obligatoire posait problème pour un certain nombre de personnes UDI avant l'ouverture du service, ce règlement ne semble plus représenter un obstacle à sa fréquentation⁹³. Ainsi, on apprend que les règlements du service étaient largement acceptés par les répondants qui, par ailleurs, se sentaient acceptés et respectés par le personnel et les pairs aidants, un point crucial lorsqu'on intervient auprès d'une population aussi marginalisée. Quant aux limites de l'utilisation du service d'Insite, les personnes UDI ont mentionné les points suivants : les heures d'ouverture limitées, le temps d'attente et la présence policière à proximité^{71, 93}. Par ailleurs, une étude de Small et ses collaborateurs⁷¹ a indiqué que les polyconsommateurs avaient tendance à utiliser le SIS pour leur consommation d'opiacés, mais non pour leur consommation de cocaïne en raison de l'attente.

L'examen de l'évolution de certains SIS européens et des problèmes rencontrés (ayant conduit à la fermeture de certains d'entre eux, principalement en Hollande avant 1986 alors que ces SIS étaient informels) indique que ces difficultés auraient pu être évitées si certaines conditions

^{xiv} Les études citées ont été menées auprès de personnes UDI au sujet d'un SIS hypothétique.

préliminaires avaient été mises en place, par exemple : la connaissance des besoins des personnes UDI et des dynamiques sociales du milieu de la drogue, la capacité de gérer les incidents sur les lieux et le soutien des services au sein de la communauté⁹⁴.

4. Les enjeux de la localisation

Les SIS sont généralement situés dans des secteurs où existent déjà des tensions relatives à la cohabitation des personnes UDI, des citoyens, des commerçants et de ceux qui interviennent dans les espaces publics. Aussi, la mise en place des SIS peut être perçue soit comme une solution, soit comme un facteur susceptible d'exacerber les tensions. Ces dernières sont généralement liées à l'injection de drogues en public et aux seringues à la traîne et sont souvent alimentées par d'autres phénomènes plus ou moins directement associés, par exemple : le trafic de drogues pratiqué au grand jour, les vols à l'étalage, l'itinérance, la prostitution de rue et les problèmes de santé mentale.

D'aucuns craignent l'effet « pot de miel » des SIS. D'une part, l'ouverture d'un SIS inciterait les personnes UDI qui souhaitent l'utiliser à quitter leur secteur pour s'installer dans les environs immédiats du service, ce qui aurait une influence négative sur la qualité du milieu de vie, l'environnement commercial, etc. D'autre part, l'ouverture d'un SIS modifierait les schémas de déplacements locaux des personnes UDI, ce qui pourrait les amener à côtoyer dans les espaces publics des écoliers ou des enfants fréquentant une garderie, par exemple. Dans les deux cas, on craint que les SIS entraînent une augmentation de l'itinérance, de l'injection et du matériel d'injection rejeté en public, du trafic de drogues ainsi que des activités associées à tort ou à raison avec l'injection de drogues.

À l'opposé, plusieurs défenseurs voient les SIS comme une solution et considèrent qu'ils peuvent contribuer à réduire et à soustraire, particulièrement à la vue des enfants, les pratiques d'injection, le matériel à la traîne et l'intoxication. Quant aux autres dimensions (itinérance, vols, prostitution de rue, etc.), considérant que les SIS n'ont pas d'effets significatifs sur la consommation globale des drogues illégales, ils estiment que les craintes sont injustifiées et que, par exemple, l'ouverture de SIS ne modifiera pas les schémas de criminalité⁶⁷.

L'expérience des services d'injection supervisée qui existent dans plusieurs pays, y compris (et surtout) au Canada, est suffisamment riche pour en dégager de nombreux enseignements. De l'acceptabilité sociale aux paramètres organisationnels, en passant par les pratiques professionnelles et les enjeux éthiques, il faut au moins retenir ceci : les SIS répondent à un besoin réel des personnes UDI les plus vulnérables et réduisent les risques de surdose et leurs conséquences. En créant des passerelles vers d'autres services de santé, ils contribuent à l'amélioration de la santé de ces personnes et à la réduction des impacts sur l'ordre public.

PARTIE 4 : LES ENJEUX ET LES CONDITIONS DE L'AJOUT DU SIS VUS PAR LES PRINCIPAUX ACTEURS MONTRÉALAIS

Dans le cadre de l'étude de faisabilité, les groupes de travail ont mené de nombreuses consultations auprès d'acteurs provenant de divers secteurs: intervenants des réseaux de la santé et communautaire, personnes UDI, SPVM, contentieux de l'Agence de Montréal et ordres professionnels (voir l'annexe 5, sections 5.10 à 5.15). Une tournée de consultation et une journée d'étude ont clôturé des mois de travail. Dans l'ensemble, les données recueillies concernent les grands enjeux soulevés par l'implantation du SIS : l'intention des personnes UDI d'utiliser le service, l'organisation et les pratiques professionnelles des intervenants, la légalité du service et le rôle primordial des infirmières, leur acceptabilité sociale, les conditions liées à la collaboration du SPVM et la position de la Ville de Montréal.

1. L'intention des personnes UDI d'utiliser le SIS et l'acceptabilité de son fonctionnement

En 2001^{83, 84} et 2003⁹¹, des personnes UDI de Montréal ont été consultées au sujet de l'utilisation de services d'injection supervisée. Mais, compte tenu de l'évolution des dynamiques locales de consommation (les lieux, les pratiques de consommation et le profil des consommateurs) depuis 2003, une nouvelle consultation s'est imposée en 2011. Il s'agissait notamment de vérifier auprès d'elles l'acceptabilité des règles de fonctionnement proposées.

En août 2011, 115 entrevues ont été réalisées auprès de personnes qui s'étaient injecté des drogues au cours du mois précédent. Près de la moitié d'entre elles ont été rencontrées dans des centres d'accès au matériel stérile d'injection (CAMSI), et, les autres, dans la rue ou des parcs.

Le profil des répondants

Les trois quarts (77 %) des répondants sont des hommes et près de la moitié ont entre 30 et 44 ans. Ils proviennent des quartiers Centre-ville et Centre-sud (39 %), de Hochelaga-Maisonneuve (19 %), du Plateau-Mont-Royal (12 %) et du Sud-Ouest (8 %). Au cours du mois précédant la consultation, soit en juillet-août 2011, 60 % ont habité un appartement ou une maison, mais plusieurs ont aussi vécu dans la rue (44 %). Durant la même période, 57 % ont pratiqué l'injection chez eux, 50 % dans la rue, des ruelles ou des stationnements extérieurs, 43 % dans des bois ou des parcs et 30 % dans des toilettes publiques ou semi-publiques. La situation résidentielle des répondants et leurs lieux d'injection sont différents en hiver. Ainsi, au cours de l'hiver précédent, un plus grand nombre d'entre eux ont habité un appartement ou une maison (71 %) et un plus petit nombre ont vécu dans la rue (33 %), alors qu'ils étaient plus nombreux à pratiquer l'injection chez eux (68 %) et dans des toilettes publiques ou semi-publiques (43 %). Au cours du mois précédent, les drogues injectées par les plus grandes proportions de répondants étaient les suivantes : la cocaïne (86 %), le Dilaudid® (51 %), l'Hydromorph-Contin®

(43 %) et l'héroïne (36 %). Les répondants s'injectent des drogues fréquemment (39 % tous les jours, 25 % de trois à six jours par semaine). Un sur deux (53 %) s'injecte depuis plus de 14 ans.

Les surdoses vécues ou rapportées

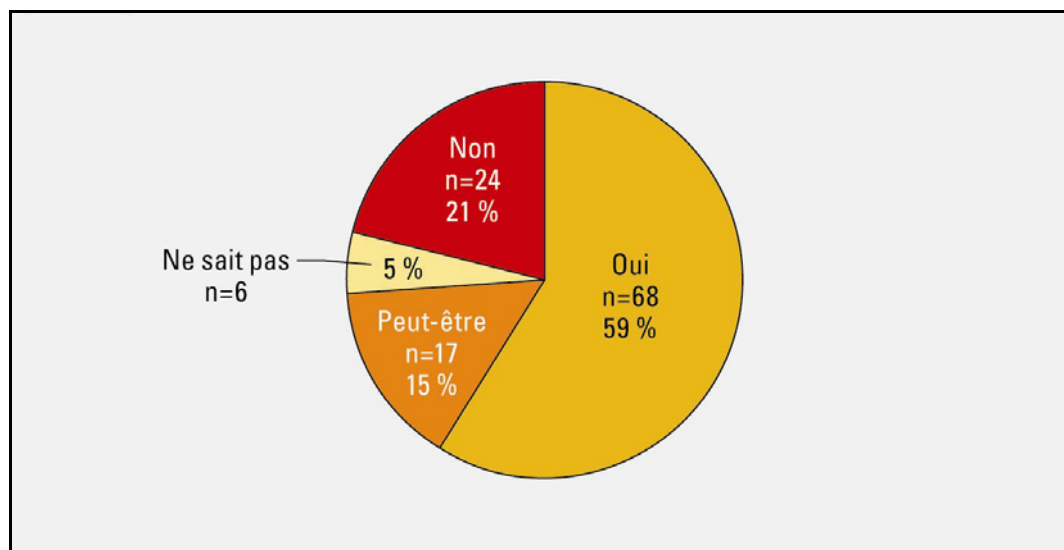
Les surdoses sont très présentes dans la vie des personnes UDI. En effet, six répondants sur dix rapportent au moins une surdose de drogues depuis qu'ils s'injectent. Parmi ceux-ci, 24 % en mentionnent cinq ou plus.

Les surdoses poussent souvent les personnes à utiliser les services de santé. Ainsi, lors de leur dernière surdose, 40 % des répondants ont indiqué un recours au service 9-1-1, 42 % qu'ils ont été transportés en ambulance et 43 %, qu'ils ont été admis aux urgences.

L'intention d'utiliser un SIS

D'après les réponses obtenues au début de l'entrevue, 59 % des répondants utiliseraient un SIS s'il était disponible à Montréal. De plus, 15 % ont indiqué qu'ils les utiliseraient peut-être, selon les conditions de fonctionnement, alors que 21 % ont répondu qu'ils ne les utiliseraient pas. Quelques répondants (5 %) ne savaient pas s'ils les utiliseraient ou non.

Figure 4 : Répartition des répondants selon leur intention d'utiliser un SIS s'il était disponible à Montréal



L'intention d'utiliser un SIS ne varie pas selon le sexe ni selon le groupe d'âge, le secteur de résidence, la drogue la plus souvent injectée, la durée d'injection, l'historique de surdose et l'injection par d'autres. En revanche, l'intention varie significativement en fonction du lieu où la personne habite le plus souvent et en fonction du lieu où elle s'injecte le plus souvent. Ainsi, la

proportion de ceux qui utiliseraient un SIS est plus élevée chez ceux qui habitent le plus souvent ailleurs que dans un appartement ou une maison que chez ceux qui habitent l'un ou l'autre (81 % contre 44 % en hiver, et 73 % contre 47 % en été). De même, l'intention d'utiliser un SIS est plus élevée chez ceux qui s'injectent le plus souvent ailleurs que dans leur appartement ou leur maison que chez ceux qui s'injectent le plus souvent dans ces lieux (75 % contre 42 % en hiver, et 74 % contre 43 % en été).

Le lieu de résidence est également la raison évoquée par le plus grand nombre de répondants pour justifier l'absence d'intention d'utiliser un SIS. En effet, parmi ceux qui ne l'utiliseraient pas, un sur deux a indiqué qu'il n'aurait pas besoin d'un SIS car il s'injecte le plus souvent chez lui. Les autres raisons mentionnées, chacune par un répondant sur cinq, sont une préférence pour s'injecter seul (21 %), le fait de devenir trop paranoïaque (21 %) et ne pas vouloir être identifié comme un injecteur (17 %).

Au début de l'entrevue, 47 répondants avaient l'intention d'utiliser peut-être un SIS, n'avaient pas l'intention de le faire ou ne le savaient pas. Parmi eux, la moitié avait une intention favorable à la fin de l'entrevue. Globalement, ce sont donc 70 % des répondants qui étaient, à la fin de l'entrevue, en faveur de l'utilisation éventuelle d'un tel service.

– *L'utilisation potentielle selon les caractéristiques du SIS et l'acceptabilité des règles de fonctionnement selon ceux qui les utiliseraient*

Fréquence d'utilisation : La fréquence anticipée d'utilisation varie en fonction de la fréquence signalée d'injection. Plus on s'injecte, plus souvent on utiliserait le SIS. Parmi ceux qui s'injectent chaque jour, près de la moitié (45 %) l'utiliserait quotidiennement, le tiers (26 %), de trois à six jours par semaine.

Emplacement : Presque tous les répondants (96 %) utiliseraient le SIS s'il était situé dans un site fixe (CAMSI communautaire) et 82 % l'utiliseraient si c'était un service mobile. Environ un répondant sur deux l'utiliserait s'il était situé dans un CLSC (51 %) ou dans un centre de traitement de la toxicomanie (47 %). S'il était situé dans un hôpital, plus d'un répondant sur trois (37 %) l'utiliserait.

Horaire : La grande majorité des répondants (90 %) utiliserait le SIS pendant la soirée (entre 18 h et 24 h), alors que 80 % l'utiliseraient de jour (12 h à 18 h) et 80 %, de nuit (24 h à 6 h). Une proportion un peu plus faible, soit 65 %, les fréquenterait en avant-midi.

Supervision : Environ huit répondants sur dix seraient à l'aise de s'injecter devant un pair aidant (78 %) ou devant une infirmière (76 %), alors que 66 % seraient à l'aise de le faire devant un intervenant.

Règles de fonctionnement : Des 18 règles de fonctionnement présentées, 13 ont été jugées acceptables par plus de 70 % des répondants. Cinq règles ont été considérées acceptables par 50 % à 69 % des personnes ; celles jugées les moins acceptables étaient l'obligation de s'inscrire à chaque visite en donnant son nom et sa date de naissance (53 %) et la limite d'une injection

par visite (50 %). Dans l'ensemble, les règles soumises à la consultation ne représentent donc pas un obstacle à l'utilisation du SIS.

L'acceptabilité des règles de fonctionnement (16 sur 18) est très similaire pour ceux qui utiliseraient le SIS et ceux qui l'utiliseraient «peut-être». Seules deux règles sont jugées moins acceptables par ceux qui l'utiliseraient peut-être : l'interdiction de sortir du matériel usagé (acceptable pour 59 % d'entre eux) et l'interdiction de faire des *wash* (acceptable pour 47 % d'entre eux).

2. L'organisation et les pratiques professionnelles des intervenants

Une vingtaine d'intervenants clés rattachés à des organisations expérimentées dans l'offre de service aux personnes UDI et de responsables de services préhospitaliers ont pris part à une consultation qui visait un double objectif : 1. répertorier les pratiques passées et actuelles liées à la supervision et à la tolérance de l'injection; et 2. mieux comprendre les problématiques organisationnelles, éthiques et professionnelles rencontrées par les intervenants. La consultation a permis de mettre en lumière certains constats et de recueillir des suggestions concernant l'organisation du SIS éventuel.

D'après les propos recueillis, des pratiques formelles et informelles de supervision et de tolérance de l'injection existent dans plusieurs organisations et dans divers lieux. Les règles, les protocoles et les limites qui encadrent ces pratiques sont plus ou moins bien définis selon les organisations. Il ressort clairement que plus les pratiques de supervision et de tolérance de l'injection sont officialisées et reconnues par une organisation, plus les règles pour les encadrer sont susceptibles d'être claires et plus le personnel se sent confortable et bien outillé pour intervenir.

D'ailleurs, l'expérience de travail auprès des personnes toxicomanes, la formation et le jugement clinique constituent, aux yeux des intervenants, des atouts indispensables. Ils ont rappelé l'importance de la supervision clinique régulière, de la formation continue, de l'existence d'un espace de discussion, de protocoles clairs et d'une équipe multidisciplinaire composée d'infirmières, de médecins, d'intervenants communautaires ou psychosociaux et de pairs UDI.

Les intervenants ont souligné l'importance de prévoir une prise en charge particulière des groupes suivants : 1. les jeunes UDI, qui constituent une population à risque très élevé eu égard aux surdoses et aux ITSS; et 2. les personnes UDI qui présentent une comorbidité liée à un trouble mental. Ces dernières constituent une part importante de la clientèle fréquentant les organismes.

Par ailleurs, la majorité des intervenants a fait ressortir la nécessité d'adapter le service au rythme des personnes UDI qui l'utilisent, d'où l'importance de les consulter et d'adopter une structure simple et accueillante qui offre un accès rapide aux plus désorganisées d'entre elles.

D'autre part, les intervenants voient le SIS comme un ajout cohérent par rapport aux services existants qui permettra d'offrir l'ensemble du continuum de soins dans lequel s'inscrit l'injection de drogues. Une condition, toutefois : la mise en place de corridors de services qui permettront d'orienter les usagers vers les services de désintoxication, de substitution aux opiacés, de psychiatrie, etc.

Enfin, les intervenants ont insisté sur la nécessité de la rétroaction constante des policiers et des techniciens ambulanciers paramédics.

Pour sa part, la rencontre avec Urgences-santé (U-S) a permis de clarifier la chaîne d'interventions préhospitalières aussi bien que les actes que les techniciens ambulanciers paramédics sont autorisés à poser actuellement, à l'occasion d'un appel d'urgence (numéro 9-1-1) pour cause d'intoxication. Lorsqu'un appel 9-1-1 concernant un problème médical est jugé prioritaire sur l'île de Montréal, les pompiers sont les premiers répondants et, par conséquent, ils sont affectés par U-S en même temps que les techniciens ambulanciers paramédics. Si on soupçonne un danger ou un risque d'agression, les policiers sont aussi envoyés sur les lieux. Leur présence est également requise dès qu'un appel concerne l'adresse connue d'un lieu de consommation. Au cours de l'année 2009, les techniciens ambulanciers paramédics sont intervenus dans 5 994 situations d'intoxication^{xv, 19}. Les médecins d'U-S ont constaté 55 décès par intoxication survenus dans la communauté, dont certains ont été causés par des surdoses¹⁸.

Les techniciens ambulanciers paramédics rencontrent fréquemment dans leurs interventions auprès des toxicomanes des refus de transport ambulancier (souvent lié aux frais qu'il occasionne) et l'inaptitude à y consentir de façon éclairée. Selon eux, la présence dans le SIS d'une infirmière en mesure d'assurer le suivi professionnel de l'utilisateur qui refuse le transport rendrait ce refus moins problématique et moins dangereux sur le plan médical et pourrait faciliter leurs interventions.

En bref, U-S se montre disposée à prioriser la formation, déjà autorisée par le Collège des médecins du Québec, relative à l'administration de la naloxone par les techniciens ambulanciers paramédics en soins primaires d'ici l'hiver 2013, advenant la mise sur pied du SIS. À l'heure actuelle, il n'existe que 12 techniciens ambulanciers paramédics en soins avancés qui possèdent la formation nécessaire pour administrer ce médicament. Cependant, leur nombre pourrait augmenter au cours des prochaines années.

D'autres rencontres sont à prévoir afin de formaliser des ententes concernant les points suivants : la marche à suivre advenant une complication nécessitant un transport vers un centre hospitalier ou un refus de transport ambulancier, l'arrimage des rôles professionnels, le recours aux premiers répondants ou aux services policiers et les ententes interétablissements pour acheminer les usagers vers des services d'urgence prédéterminés.

^{xv} Les données colligées par Urgences-santé concernant les surdoses, l'ingestion de drogues et les intoxications à Montréal doivent être interprétées avec prudence, car elles concernent la consommation de drogues en général (y compris les surdoses de médicaments, par exemple) et pas seulement l'injection de drogues.

3. La légalité des services et le rôle primordial des infirmières

Une consultation a été menée auprès du contentieux de l'Agence de Montréal sur les conditions juridiques de la mise en place du SIS. Elle a permis de clarifier certaines questions de juridiction provinciale laissées sans réponse par le récent jugement de la Cour suprême, notamment : indépendamment de la responsabilité civile du personnel, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* permet-elle d'inclure la supervision de l'injection dans l'éventail des services offerts par les établissements ou les organismes concernés ? La discussion a confirmé qu'aucun obstacle juridique n'empêche un établissement du RSSS ou un organisme communautaire (qui a conclu une entente administrative avec l'Agence de Montréal) d'inclure la supervision de l'injection dans son éventail de services.

Par ailleurs, certains paramètres favorisent la viabilité juridique de ce service : son encadrement par le RSSS et la présence d'une infirmière. Plusieurs des actes prévus dans le SIS sont réservés aux infirmières et, par conséquent, encadrés par la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* et le *Code des professions*^{xvi}. La présence d'une infirmière est d'autant plus justifiée que l'un des objectifs du SIS consiste à réduire la morbidité et la mortalité associées aux complications immédiates de l'injection de drogues et à alléger le fardeau des services d'urgence.

En 2008, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a appuyé les infirmières qui demandaient l'implantation d'un SIS qu'elles concevaient comme un outil additionnel dans leur travail auprès des clientèles toxicomanes. L'OIIQ considérait déjà que la supervision de l'injection était compatible avec l'exercice professionnel infirmier (dans un souci de rejoindre la clientèle et de lui donner accès à des soins de santé).

Aujourd'hui, la position de l'OIIQ quant à l'encadrement de la pratique infirmière dans le SIS est claire : des infirmières pourront travailler au sein d'organismes communautaires. Ainsi, l'infirmière peut être une employée du CSSS de la région géographique ciblée et faire l'objet d'un prêt de services à un organisme communautaire. L'infirmière peut aussi être à l'emploi de l'organisme communautaire; dans ce cas, des ententes doivent être établies avec le CSSS en matière d'encadrement professionnel. Dans les deux situations, l'encadrement professionnel doit être assuré par la directrice des soins infirmiers du CSSS. Cette dernière encadre la pratique des soins infirmiers via des règles de soins infirmiers applicables au SIS. Par ailleurs, il appartient au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du même CSSS d'élaborer et d'approuver les ordonnances collectives; celles-ci permettront aux infirmières d'intervenir en situation d'urgence. De plus, des corridors de services doivent être établis entre le SIS et les établissements de santé (soins d'urgence) pour répondre aux situations nécessitant une intervention rapide.

^{xvi} Il faudra évaluer comment le projet de loi 21 (*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*) modifiera la pratique des professions concernées.

Quant aux actes effectués avant et pendant l'injection de drogues, l'OIIQ est d'avis qu'il faudra les préciser davantage en déterminant les conditions d'encadrement via les règles de soins infirmiers. À première vue, la présence d'une infirmière ne serait pas indispensable pour superviser l'injection en tant que telle. D'autres personnes que des infirmières peuvent le faire, tout comme l'accueil des personnes UDI et donner de l'information. Toutefois, l'évaluation de la condition physique et mentale des personnes ne peut être réalisée par une personne autre qu'une infirmière en raison du risque de préjudices. Ainsi, il est possible qu'à la suite de son évaluation, l'infirmière juge que la personne n'est pas en condition de s'injecter. Enfin, la présence ou la disponibilité d'une infirmière s'avère essentielle pour la gestion des complications immédiates liées à l'injection puisqu'elle implique en grande partie des actes réservés aux infirmières ou nécessitant une ordonnance collective (par exemple, administrer de l'oxygène ou des médicaments, ouvrir une voie veineuse). À cet égard, des données cliniques seront nécessaires à l'infirmière qui aura à intervenir en situation d'urgence.

Pour sa part, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada considère que l'éducation à la santé qui concerne les pratiques d'injection sous surveillance fait partie du champ d'exercice des soins infirmiers et qu'il s'agit d'une pratique cohérente au Code de déontologie.

Quant aux critères d'accès liés à l'âge, bien qu'en principe les services de santé doivent être accessibles aux jeunes de 14 ans et plus, il faut poursuivre la réflexion concernant l'obligation, en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, de signaler l'utilisation du service par des mineurs⁵⁰.

Enfin, l'avis préliminaire concernant l'inscription obligatoire des usagers préconise que les modalités soient les plus simples et anonymes possible, sans nécessité d'ouvrir un dossier. Cet aspect de la question devra être approfondi en rapport avec l'utilisation des services d'urgence.

4. L'acceptabilité du SIS selon des élus, des décideurs et d'autres acteurs

Parallèlement à la démarche décrite précédemment, plusieurs échanges (rencontres, appels téléphoniques, lettres) ont eu lieu entre le directeur de la santé publique de Montréal et des élus municipaux, provinciaux et fédéraux de la scène montréalaise ; des décideurs de certains grands établissements ; d'un représentant de l'Association des Sociétés de développement commercial (SDC) de Montréal ; des associations de citoyens ; et d'une commissaire scolaire. Ces rencontres visaient trois objectifs : 1. mettre en lumière les problèmes de santé publique auxquels fait face la population montréalaise, plus particulièrement celle de certains territoires en rapport avec l'injection de drogues ; 2. présenter la démarche de l'étude de faisabilité ; et 3. discuter des enjeux et des conditions d'acceptabilité de l'implantation du service.

Globalement, la plupart des personnes rencontrées reconnaissent l'importance du problème sur le plan sanitaire et la pertinence d'une mesure qui a fait ses preuves, tels les SIS. Quelques-unes ont cependant émis certaines réserves quant à leur mise en place. Les élus se disent concernés par les préoccupations des citoyens liées principalement à la crainte d'attraction du

SIS, tant pour les toxicomanes que pour les revendeurs de drogues, et rejettent tous l'idée d'un site unique comme Insite, à Vancouver. Même si le modèle d'Insite n'a jamais été envisagé pour Montréal, la proposition d'une offre régionale multisites (c'est-à-dire dans plusieurs quartiers) reçoit un appui unanime, mais pour des raisons différentes. Pour les acteurs des quartiers périphériques, le problème de l'injection de drogues s'amplifie avec le déplacement dans leurs secteurs des personnes UDI en provenance du centre-ville ; ils craignent que les ressources ne suffisent pas à combler les besoins émergents. L'ajout de service permettant de consolider l'offre pourrait donc représenter une plus-value, selon leurs propres termes. Pour les acteurs des quartiers centraux, une répartition du service dans plusieurs secteurs constitue un facteur majeur d'acceptabilité sociale. Aussi, la principale réticence des acteurs rencontrés ne concerne pas tant la nature du service que son emplacement. Pour cette raison, ils insistent sur l'importance pour la santé publique d'informer la population quant aux besoins des personnes UDI et de faire valoir les avantages éventuels du SIS par rapport à la qualité de vie dans les quartiers où il serait situé.

La situation qui prévaut actuellement au centre-ville de Montréal est pour le moins délicate. Plusieurs acteurs, dont des commerçants et des associations de citoyens, réclament des actions pour réduire – sinon éliminer – les problèmes de pauvreté et d'itinérance et les irritants qui leur sont associés. Le centre-ville est le théâtre de grands projets de revitalisation immobilière et culturelle, notamment, et ils évaluent que la présence de personnes itinérantes et d'organismes qui leur viennent en aide nuit au développement souhaité. Les incivilités et les débordements causés par les comportements associés aux problèmes de santé mentale leur sont devenus intolérables. Ils perçoivent tout ajout de service, même s'il ne s'agit pas de nouvelles infrastructures (le SIS s'ajouterait aux organisations et établissements déjà en place) comme un problème plutôt qu'une solution. En plus des craintes exprimées relativement à l'effet d'attraction possible de personnes en état d'intoxication et de trafiquants, plusieurs acteurs sentent que leurs préoccupations quant à l'itinérance ne sont pas reçues. Malgré les efforts actuels pour améliorer la situation, la coordination entre les instances concernées demeure insuffisante. Par ailleurs, bien que la lutte contre la drogue doive se poursuivre, la plupart de ces personnes reconnaissent que la répression n'est pas l'unique solution. Il reste que les commerçants et les dirigeants des grands établissements se disent aux prises avec des problèmes de sécurité, dans et à proximité de leurs installations, et affirment subir les effets économiques de l'image parfois peu reluisante des quartiers centraux qu'ils souhaitent redorer.

Cependant, le jugement récent de la Cour suprême du Canada incite certains à croire que le SIS peut représenter une solution, non pas à l'itinérance et aux problèmes de santé mentale, mais au moins à l'injection dans les lieux publics, aux seringues à la traîne et aux incivilités liées au manque flagrant de toilettes publiques, à la condition que les lieux de service en favorisent l'accès.

Quoi qu'il en soit, les acteurs rencontrés préconisent que le SIS soit d'abord et avant tout un service médical et que ce soit le RSSS qui en assume la responsabilité. Certains soulignent à quel point la contribution et le mandat des groupes communautaires œuvrant auprès des personnes UDI demeurent mal compris et que leur attitude parfois défensive ne favorise pas le dialogue et nuit à leur reconnaissance. Leur rôle et ses limites dans la réduction des irritants liés

à l'itinérance méritent d'être clarifiés. Par exemple, selon certaines personnes, la localisation de CACTUS Montréal au centre-ville dérange, alors que d'autres affirment que sa fermeture ou son déménagement pourrait plutôt amplifier les problèmes. Plusieurs soutiennent que la DSP devra consacrer plus d'efforts sur le plan des communications afin de démontrer la nécessité médicale du SIS et faire valoir les retombées de la collaboration essentielle entre le secteur communautaire et le réseau de la santé.

Dans ce contexte, le défi de la cohabitation demeure entier. Certains élus se soucient de l'image que pourrait projeter la présence du service auprès des jeunes en général. L'ajout de ce service dans les locaux des organismes communautaires de leur quartier, surtout s'ils se situent à proximité d'écoles ou de garderies, constituerait pour les familles une préoccupation de premier ordre. Cela dit, ils reconnaissent que les « comités bon voisinage » sont des exemples d'expériences positives.

En conclusion, les acteurs consultés ne remettent pas en question le bienfondé du SIS. Toutefois, ils insistent sur deux conditions incontournables de son implantation : le caractère médical des services et l'adoption du modèle multisites. La plupart d'entre eux ont exprimé leur satisfaction par rapport à la démarche de la DSP et apprécient la rigueur avec laquelle elle a été menée.

5. Les conditions liées à la collaboration du SPVM

Une quinzaine de policiers du Service de police de la Ville de Montréal ont participé aux discussions qui avaient pour objectif de documenter, d'une part, les réalités actuelles de terrain des policiers en contact avec les usagers de drogues par injection et les organismes qui leur viennent en aide (dont les CAMSI) et, d'autre part, les préoccupations que l'implantation d'un SIS soulèvent en matière d'interventions policières. La consultation et d'autres démarches parallèles du SPVM^{xvii} ont permis à ses membres de définir certaines conditions liées à leur collaboration et de formuler certaines suggestions qui tiennent compte de la crainte des impacts négatifs qui pourraient résulter de l'implantation du SIS et de l'alourdissement du travail policier.

La coexistence des approches

En matière d'intervention, le SPVM se rallie à la politique sur les drogues de l'Association canadienne des chefs de police. Cette politique prône une approche concertée entre les partenaires qui favorise la coexistence ou l'équilibre entre la prévention, le traitement et les soins, l'application de la loi et la réduction de certains méfaits. Ainsi, même dans un contexte de légalité du SIS, le SPVM entend continuer à jouer son rôle dans la lutte aux drogues et

^{xvii} Il s'agit principalement d'une revue de la littérature et de contacts avec d'autres services de police de villes où existent des SIS.

auprès des personnes liées aux groupes criminalisés partout sur son territoire, y compris aux alentours des sites éventuels, au besoin.

Dans cet esprit, le SPVM ne reconnaît pas la légitimité d'autres espaces de consommation de drogues par injection qui ne seraient pas touchés par une exemption à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, et ce, même si ces endroits étaient connus ou tolérés par des intervenants sociaux ou de la santé (les piqueries, par exemple).

Le contrôle des effets sur la communauté

Selon le SPVM, le fait de ne pas intervenir relativement aux infractions commises à l'intérieur comme aux abords des sites peut rendre ces endroits moins sécuritaires. C'est ce qui explique que le trafic de drogues tout comme les autres infractions aux lois et aux règlements ne peuvent y être tolérés. En ce sens, la création de zones de tolérance policière à proximité des sites n'est pas à privilégier compte tenu des conséquences possibles sur l'ensemble de la population. Par ailleurs, le SPVM entend répondre aux appels de service de la population qui pourraient concerner directement ou indirectement les usagers du SIS.

La concentration d'usagers intoxiqués dont les comportements seraient inquiétants constitue une autre préoccupation. Le SPVM souhaite un engagement et une participation active de la part des intervenants des sites de SIS pour régler ou éviter les situations problématiques sur le plan de la cohabitation (par exemple, contribuer à la gestion des incivilités dans les environs des organismes et dans les parcs).

De plus, bien que l'existence du SIS ne devrait pas influencer les interventions policières actuelles par rapport à l'injection en public, il est envisageable, lorsque les situations d'intervention le permettent, que les policiers puissent encourager les personnes à utiliser le SIS pour éviter qu'elles ne consomment dans la rue.

La sécurité des lieux et des alentours

Compte tenu du risque de situations de crise et de comportements violents dans les locaux de SIS, le SPVM considère que certaines conditions doivent être réunies : 1. l'ensemble du personnel du SIS doit avoir une formation avancée pour intervenir en situation de crise ; 2. le cas échéant, les intervenants doivent faire le maximum pour assurer que la personne bénéficie des services adéquats (en lien avec un trouble mental, par exemple) ; 3. prévoir des ententes entre le SPVM et les organismes ou établissements qui offrent un SIS pour les situations qui nécessitent l'intervention du SPVM dans leurs murs afin de faciliter leur travail (par exemple, faire connaître l'historique et l'aménagement des lieux, désigner les personnes à contacter).

L'amélioration des capacités de collaboration

Il existe actuellement plusieurs écueils quant à la continuité des services des différents secteurs lorsqu'il est question des populations marginalisées aux prises avec de multiples

problématiques. En vue d'améliorer cette réalité, il est essentiel de mieux arrimer le travail des uns et des autres, dans le respect des missions et des expertises de chacun.

L'expérience des policiers avec les CAMSI communautaires à Montréal, notamment, tend à démontrer que des ententes entre partenaires sont possibles et que malgré des cultures très différentes et la présence de tensions, tout n'est pas noir pour autant. Le SPVM estime que l'amélioration des relations entre les intervenants de l'ensemble des secteurs d'intervention pourrait bénéficier à tous.

Le suivi de l'implantation

En ce qui concerne l'implantation du SIS, un mécanisme de suivi semble essentiel afin de permettre, entre autres, d'apporter les correctifs nécessaires dans l'éventualité de conséquences inattendues ou indésirables, notamment en ce qui a trait à l'impact sur les quartiers. De plus, le SPVM considère que la mise en place de mécanismes de communication est primordiale afin d'atteindre les objectifs suivants :

- tenir les citoyens informés ;
- améliorer le dialogue entre les organismes et la police ;
- partager l'évolution de la situation entre les partenaires concernés.

En résumé, le SPVM considère important la prise en compte des conditions susmentionnées. Bien qu'il soit capital que tous puissent accomplir leur mission respective, il est tout à fait possible pour le SPVM et les intervenants sociaux et de la santé de travailler sur un point commun de leur mandat respectif : venir en aide à la population. Dans ce cadre, les réserves exprimées à l'égard du SIS ne remettent nullement en question l'importance accordée à l'accès des personnes UDI à des services qui pourraient leur venir en aide.

6. La position de la Ville de Montréal

L'implantation de SIS à Montréal soulève de nombreuses inquiétudes. En effet, des citoyens, des commerçants et des institutions comme des institutions d'enseignement expriment de plus en plus leur exaspération par rapport à la concentration d'organismes venant en aide aux personnes marginalisées dans leur environnement.

La position générale

La Ville est d'accord avec le principe de la disponibilité du SIS. Toutefois, elle a identifié certaines conditions favorables à sa collaboration et a formulé des propositions qui tiennent compte de la crainte des impacts négatifs qui pourraient résulter de l'implantation du SIS.

- Afin d'éviter la concentration des utilisateurs dans un seul secteur, il est nécessaire de procéder au déploiement d'une offre régionale multisites et multisecteurs, et ce, en simultané.
- Le SIS devrait être dispensé dans des établissements du RSSS tels que les CLSC, les hôpitaux et d'autres établissements.
- La problématique n'est pas en lien uniquement avec l'itinérance, mais surtout avec les nombreuses sollicitations et les méfaits liés aux revendeurs, aux mendiants, aux personnes en détresse et aux prises avec de graves problèmes de santé mentale et/ou de toxicomanie, et à des organisations criminelles qui tentent de prendre le contrôle du secteur. Par conséquent, chaque site doit être évalué au cas par cas, selon les enjeux et les conditions de collaboration en regard de la sécurité ainsi que des attentes de la population avoisinante.
- Des actions doivent être immédiatement mises en œuvre et maintenues pour aider les personnes qui, par leur comportement, sont susceptibles de porter atteinte à leur propre sécurité ou à celle des autres.
- Il devient donc important que les gouvernements et leurs administrations régionales ou locales donnent suite rapidement aux diverses demandes de la Ville et des organismes du milieu visant les services aux personnes itinérantes et aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

La position en regard de la sécurité

La Ville insiste sur le respect des éléments importants à considérer dans l'éventuelle collaboration de son Service de police (SPVM) à l'implantation de SIS, tels que présentés précédemment.

PARTIE 5 : CADRE DE L'OFFRE DE SERVICE RÉGIONALE ET RECOMMANDATIONS

À la suite du processus de consultation et de réflexion, le directeur de santé publique a pris en considération tous les points de vue exprimés par les différents acteurs. Les recommandations des deux groupes de travail et les services existants lui ont servi de point de départ pour élaborer une offre de service régionale qui tienne compte de tous les facteurs susceptibles d'en favoriser la matérialisation.

Dans cette partie, sont présentées, dans un premier temps, quelques considérations générales découlant des recommandations du comité de pilotage. Celles-ci définissent le cadre de l'offre de SIS : la nature du service et ses objectifs, les principes qui la sous-tendent et les conditions organisationnelles à mettre en place, ainsi que les mécanismes de gestion de l'espace public.

Dans un deuxième temps, les six recommandations du directeur de santé publique précisent les paramètres organisationnels à considérer pour l'implantation éventuelle du service à Montréal : la création d'un réseau intégrant les services des établissements du RSSS et des organismes communautaires, le déploiement du service à l'intérieur de sites fixes et d'une unité mobile, la mise sur pied d'une équipe régionale de médecins et d'infirmières, le renforcement des organismes communautaires, la coordination de l'implantation et, finalement, le suivi de l'implantation et de ses impacts.

1. Considérations générales

La nature d'un service d'injection supervisée

Un SIS est un service à caractère médical et infirmier en réponse à la maladie qu'est la toxicomanie, ce que la Cour suprême du Canada a d'ailleurs reconnu dans son jugement concernant la légalité des services d'Insite, à Vancouver.

Le SIS constitue un ajout à l'offre de service régionale actuelle destinée aux personnes UDI. Son implantation à Montréal est nécessaire pour atteindre les objectifs de santé publique. Elle est aussi réalisable compte tenu des dispositifs déjà en place.

Le service vise à rendre disponible un lieu où les personnes UDI peuvent venir s'injecter des drogues, qu'elles apportent avec elles, dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité, et sous la supervision d'un personnel médical, infirmier et psychosocial qualifié. En joignant les personnes UDI les plus marginalisées, le SIS leur facilite l'accès au RSSS ainsi qu'à l'ensemble des services en désintoxication et en traitement de la dépendance et de substitution.

L'encadrement médical et des soins infirmiers permet l'apprentissage des habiletés aux intervenants qui offrent la supervision de l'injection aux personnes UDI et contribue à la diminution du nombre de surdoses et de décès tout en donnant accès à des services de santé difficilement accessibles autrement pour cette clientèle. Non seulement le SIS sauve des vies,

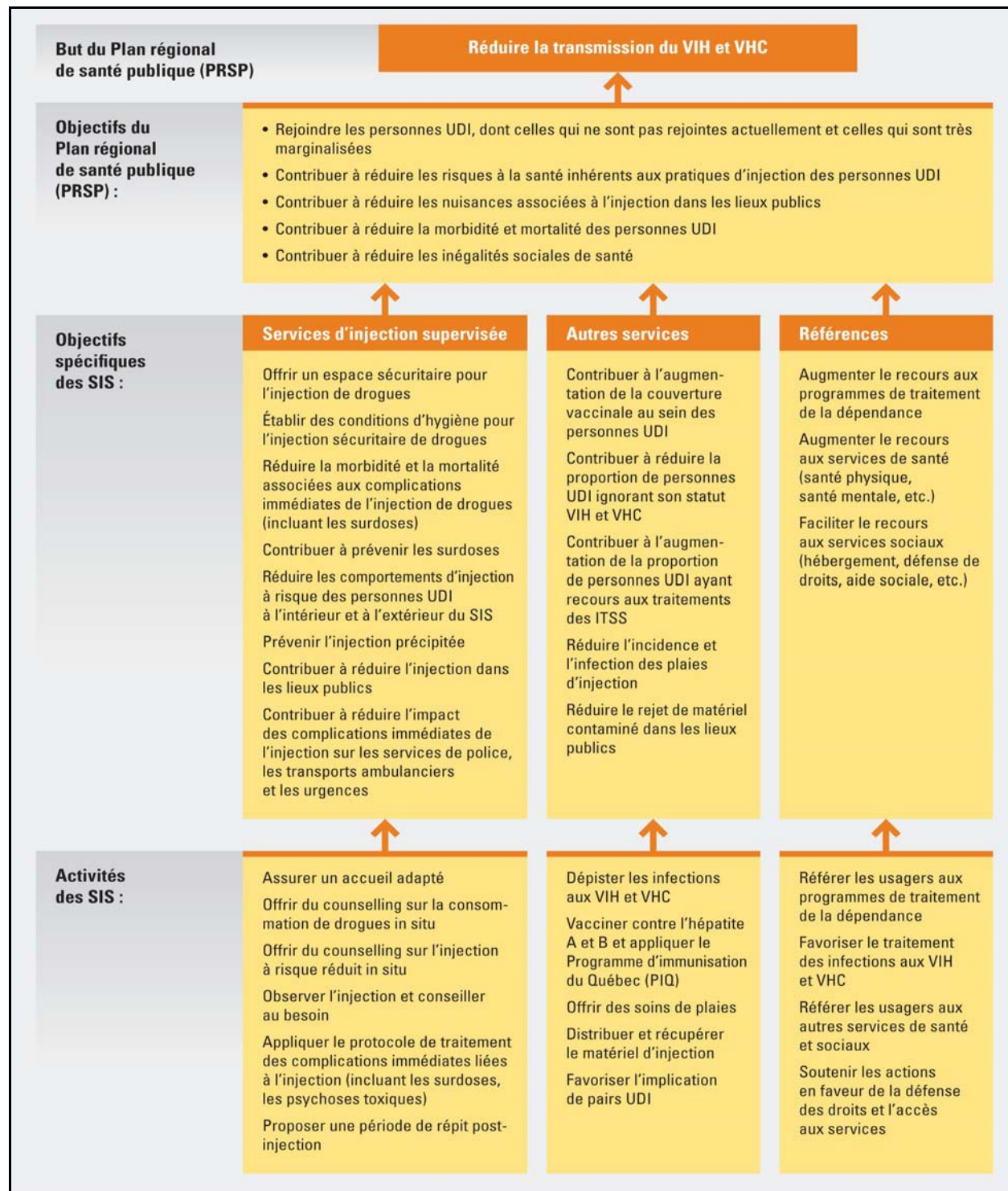
mais il allège la pression exercée sur le système de santé en minimisant le transport par ambulance et les admissions aux urgences, sans oublier les coûts que cela représente.

Le potentiel d'impact positif du SIS sur l'ordre public est réel en raison de sa contribution particulière pour réduire l'injection dans les lieux publics de même que les seringues à la traîne dans l'environnement. De plus, il n'existe aucune preuve à l'effet que le service pourrait avoir des conséquences négatives sur la sécurité publique.

Les objectifs du service

L'objectif fondamental du SIS est double : contribuer à prévenir les maladies et les décès qui surviennent parmi les personnes UDI et à réduire les inégalités sociales de santé qui frappent l'un des groupes les plus vulnérables de la société en donnant accès à des services de santé. Pour cette raison, les recommandations qui découlent de l'étude de faisabilité sur l'implantation de SIS sont cohérentes avec les orientations du Plan régional de santé publique et, plus précisément, dans la stratégie de lutte contre les ITSS. Le cadre logique est présenté à la page suivante.

Figure 5 : Cadre logique



Les principes fondamentaux

Trois grands principes guident l'offre de service pour la région de Montréal.

– *L'intégration dans un continuum de services*

Conformément aux objectifs, le SIS n'est pas conçu comme une mesure isolée, mais plutôt comme la composante d'une stratégie plus complète, comme un service en interaction avec de nombreux autres. Le SIS devra être entièrement intégré à l'ensemble des dispositifs de prévention, de soin, de traitement de la toxicomanie et d'insertion existants. Le cas échéant, il donnera l'occasion au RSSS d'entrer en contact avec une clientèle difficile à joindre et de renforcer la collaboration entre les partenaires pour développer et maintenir les corridors de services.

Le SIS devra donc être ajouté à un établissement du RSSS ou à un organisme communautaire offrant déjà des services aux personnes UDI, et ce, toujours en lien avec le RSSS. Bénéficiant de liens solides avec les personnes UDI et de leur confiance, ces organismes et établissements pourront miser sur leur expertise en prévention comme dans la prise en charge et le traitement de cette population.

– *L'accessibilité à bas seuil*

L'accessibilité à bas seuil d'exigences suppose que les obstacles à l'utilisation du service par les personnes les plus marginalisées sont réduits au minimum. En favorisant une fréquentation optimale du service, le bas seuil contribue notamment à entrer en contact avec les personnes les plus difficiles à joindre, y compris celles qui s'injectent dans les lieux publics. Le principe implique notamment les actions suivantes:

- Accueillir les personnes telle qu'elles sont, quel que soit leur style de vie, en omettant tout jugement de valeur.
- Minimiser les critères d'admission et prévoir des protocoles de prise en charge des cas particuliers (par exemple, femmes enceintes, mineurs de plus de 14 ans, personnes intoxiquées).
- Prévoir un système d'inscription anonyme.
- Offrir l'accès à l'encadrement médical et des soins infirmiers de l'injection à toute personne de plus de 14 ans qui fait usage de drogues par injection, indépendamment de la drogue consommée.
- Respecter le choix et le rythme de chaque personne. Bien qu'une gamme de services de santé et de services sociaux leur soit offerte, la décision ultime de les utiliser ou

pas appartient aux usagers. À moins d'une situation de santé extrêmement détériorée, le refus de soins doit être respecté.

– L'implication des personnes UDI

La participation des personnes UDI à l'élaboration de l'offre de service, à son implantation et à son fonctionnement quotidien est un élément clé. Elle favorise des services adaptés aux besoins ainsi que leur accessibilité par les usagers afin que l'utilisation des services soit maximale.

L'implication des personnes UDI dans la communauté stimule la cohabitation sociale et encourage leur participation aux projets de revitalisation et aux autres activités économiques du quartier. Les programmes de réinsertion des personnes marginalisées tels Toxiconet (CACTUS Montréal), TAPAJ (Spectre de rue) et les fêtes de quartier constituent de bons exemples. C'est pourquoi il faudra en créer ou renforcer ceux qui existent afin de favoriser le bon fonctionnement du SIS et la cohabitation harmonieuse à l'extérieur du service.

Les conditions organisationnelles

Sur le plan organisationnel, un certain nombre de conditions se révèlent essentielles pour atteindre les objectifs de santé publique visés.

– Une offre de service décentralisée et multisites

Le modèle décentralisé et multisites, tel que mis en place dans certains pays européens, correspond au contexte montréalais : il maximise l'accessibilité au service pour les personnes présentes en nombre significatif dans plusieurs territoires et il répond aux préoccupations exprimées dans les consultations concernant la concentration des services et des populations marginalisées. Dans un premier temps, l'ajout du SIS devra viser prioritairement les territoires où la problématique est bien documentée et l'offre de service aux personnes UDI déjà disponible, par exemple les territoires de CSSS Lucille-Teasdale, Jeanne-Mance, du Sud-Ouest-Verdun et de la Montagne. L'implantation, dès la première année, de l'ensemble des services prévus est fortement souhaitée.

– Une offre de service optimale et flexible

L'offre de service devra s'adapter aux besoins émergents et à la fluctuation de la demande, que ce soit au niveau régional ou local, tout en respectant les exigences minimales de l'organisation d'un SIS. Le cadre de surveillance et de monitoring permettra de suivre l'évolution de la situation.

Par ailleurs, afin d'assurer une couverture optimale, il faudrait prévoir un accès en tout temps au service dans le centre-ville (24 heures par jour, 7 jours par semaine, 365 jours par année).

– Une équipe multidisciplinaire

Une équipe multidisciplinaire, formée et expérimentée, devrait assurer le service. C'est pourquoi les pratiques devraient être soutenues par une formation de base composée d'un tronc commun d'activités à l'intention du nouveau personnel ainsi qu'une formation et une supervision continues destinées à l'ensemble des employés. Ces mécanismes de soutien et de supervision des équipes devront viser les buts suivants :

- Adapter les protocoles répertoriés de gestion des complications post-injection (par exemple, arrêt cardiorespiratoire, dépression respiratoire), incluant des ordonnances collectives et des corridors de services avec les soins d'urgence.
- Définir des protocoles d'intervention lors de situations de crise (violence, agitation, paranoïa, etc.), incluant des ententes de services intersectorielles, notamment avec le SPVM.
- Assurer une réponse immédiate en cas d'urgence.
- Permettre le développement de l'expertise.
- Favoriser la stabilité du personnel et contrer l'épuisement professionnel.

Puisqu'il s'agit d'un service médical, la présence de personnel infirmier formé et autorisé à intervenir en cas de complications liées à l'injection de drogues est essentielle, et ce, en tout temps. Ceci implique que l'aménagement des lieux et la disponibilité du matériel médical de base soient conformes aux protocoles en vigueur.

Outre la supervision de l'injection, l'infirmière pourra offrir des soins primaires, tels les soins de plaies et d'autres lésions dues à l'injection, le dépistage des ITSS et la vaccination. Au besoin, l'infirmière pourra également apporter du soutien et orienter les personnes vers d'autres services de santé appropriés.

Le counseling et l'orientation vers les services sociaux seront assurés par les intervenants communautaires ou psychosociaux. Actuellement, les intervenants communautaires sont parmi ceux qui connaissent le mieux la clientèle UDI et qui possèdent une large expérience dans le domaine de l'accompagnement et de l'orientation.

L'implication des pairs est une composante incontournable de l'offre de service. Ils pourront, par exemple, travailler à l'accueil ou au répit post-injection, offrir du soutien aux usagers et participer au respect du code de vie ainsi qu'aux activités liées à l'acceptabilité sociale.

L'ajout d'un SIS donnera naissance à un réseau montréalais d'experts composé de différents professionnels et intervenants (médecins, infirmières, intervenants psychosociaux et communautaires) ainsi qu'à la création d'une communauté de pratique.

– *Une capacité d'accueil conforme aux besoins*

Les établissements et les organismes qui souhaitent ajouter un SIS à leurs services actuels doivent avoir une capacité d'accueil qui correspond aux besoins locaux, particulièrement en ce qui concerne le nombre de places d'injection, les plages horaires, l'aménagement des lieux et la disponibilité du personnel. Ces divers éléments doivent être déterminés en fonction de l'achalandage prévu et des habitudes de consommation des usagers.

– *Un cadre réglementaire*

Règles et marches à suivre sont indispensables à des services accueillants, harmonieux et sécuritaires pour tous. Toutes les organisations montréalaises qui accueillent les personnes UDI en possèdent déjà. Néanmoins, l'ajout d'un SIS impliquera de revoir les façons de faire pour tenir compte de l'encadrement clinique de l'équipe médicale et des soins infirmiers notamment en ce qui concerne l'injection. Les règles devront s'appuyer sur le principe de l'accessibilité à bas seuil tout en assurant la sécurité des usagers et du personnel et être conformes à la loi (*Code civil* et lois professionnelles), aux objectifs et aux messages de prévention. Certaines pourraient être communes à l'ensemble des SIS, alors que d'autres pourraient varier notamment en fonction de l'achalandage et des usagers. Rappelons que la plupart des règles retenues dans les recommandations du groupe de travail sur l'organisation des SIS étaient acceptables pour la majorité des personnes UDI consultées qui avaient l'intention d'utiliser le service (par exemple, l'interdiction de s'injecter dans les parties génitales, l'obligation de s'injecter soi-même ou l'interdiction de sortir le matériel usagé de la salle).

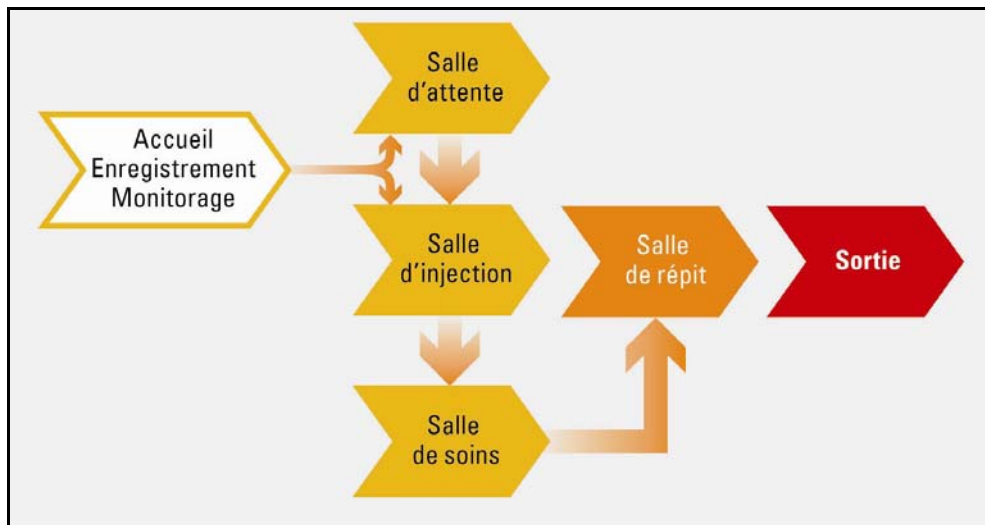
– *Un itinéraire défini à l'avance*

À titre indicatif, voici les grandes étapes de l'itinéraire des usagers dans le service :

1. Lors de sa première visite, l'utilisateur rencontre un membre de l'équipe qui lui explique le fonctionnement du SIS, les services qui lui sont offerts, le comportement qu'on attend de lui et les conséquences auxquelles il s'expose en cas de non-respect du code de vie. Il doit possiblement fournir les renseignements personnels nécessaires et signer un formulaire de consentement relatif aux soins et au transport par ambulance en cas de complications médicales. Le service s'engage à respecter la confidentialité et à protéger les renseignements personnels en tout temps.
2. Par la suite, et lors des visites subséquentes, l'utilisateur se présente au comptoir d'accueil où il fournit son code d'utilisateur et informe le personnel des drogues consommées dans les 12 dernières heures et celles qu'il compte s'injecter sur place.

3. Si tous les espaces d'injection sont occupés, l'utilisateur doit attendre que l'un d'eux se libère. Dans la salle d'injection, on lui remet le matériel stérile dont il a besoin et on l'oriente vers un cubicule. Si le personnel sur place observe des techniques d'injection inadéquates, il peut en parler avec l'utilisateur une fois l'injection terminée. Avant de quitter la salle d'injection, l'utilisateur doit déposer le matériel souillé dans le bac prévu à cet effet.
4. Un usager qui a de la difficulté à s'injecter peut être dirigé vers la salle de soins pour se calmer et recevoir les conseils de l'infirmière ou d'un membre du personnel, en conformité avec les règles de soins infirmiers. Cette salle peut aussi servir aux usagers trop agités pour rejoindre les autres dans la salle de répit ou encore pour donner des soins curatifs.
5. Après l'injection, l'utilisateur est dirigé vers la salle de répit (qui peut être la même que la salle d'attente). Le personnel présent est à l'affût des signes de complications post-injection. Il est disponible pour fournir de l'information sur la prévention, la santé, les ressources disponibles, etc. Après une quinzaine de minutes, l'utilisateur peut quitter le SIS, à moins qu'il y ait des risques de complications telles que surdose, intoxication grave, agitation, état de crise.
6. Si une complication survient, l'infirmière évalue la condition clinique de la personne et intervient selon les protocoles établis et les ordonnances collectives. Elle a aussi la possibilité d'appeler le service d'urgence 9-1-1. Des modalités doivent être prévues en cas de refus d'être traité ou transporté par ambulance.

Figure 6 : Itinéraire type de l'utilisateur d'un SIS



La gestion de l'espace public

S'il est vrai que le service ne permettra pas d'éliminer l'itinérance ou les problèmes de santé mentale, il aura le potentiel réel d'en réduire certaines manifestations dans la communauté.

Les enjeux soulevés par le SIS relativement à l'espace public ne sont pas tellement différents de ceux que suscitent les programmes destinés aux personnes UDI en général, notamment les CAMSI communautaires. C'est pourquoi les mécanismes reconnus comme efficaces pour favoriser la cohabitation et prévus dans ces programmes doivent être maintenus et renforcés.

En voici quelques exemples qui ont fait leurs preuves et répondent à la volonté des organismes communautaires de maintenir des environnements sécuritaires pour tous, y compris les personnes marginalisées :

- Le code de vie (ou l'ensemble des règles interdisant toute forme de trafic de drogues, de sollicitation et de violence sur les lieux ou aux abords du SIS) auquel les usagers et les intervenants doivent être sensibilisés afin de maintenir de bonnes relations avec le voisinage.
- La désignation d'une personne-ressource responsable des communications et des rondes régulières de ramassage des seringues à la traîne afin de minimiser les nuisances publiques (attroupements, incivilités).
- L'implication des personnes UDI, à favoriser sous toutes ses formes. Plusieurs initiatives témoignent des bienfaits du rapprochement de divers groupes de citoyens, malgré ce qui les sépare. Toutes les mesures qui visent ce rapprochement doivent continuer d'être appliquées là où elles existent ou être implantées là où elles n'existent pas, en tenant compte de la dynamique locale.
- La collaboration entre les organismes communautaires, les établissements du RSSS et les forces policières. Elle se concrétise actuellement par l'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII^{95, 97}) et UPS-Justice^{xviii}, deux équipes qui pourraient être mises à profit dans le contexte d'un SIS.
- La médiation sociale axée sur le dialogue entre les parties (résidants, commerçants, établissements et personnes UDI) afin de régler les litiges et favoriser la cohabitation dans le respect de différents modes de vie. Elle représente une solution de rechange à l'appel des forces de l'ordre. Les retombées sont nombreuses : développement de liens privilégiés avec les voisins, participation active à la vie de quartier, sensibilisation à la réduction des méfaits et à une plus grande tolérance envers les personnes UDI, sensibilisation des usagers par rapport aux bonnes relations avec le voisinage, sensibilisation des intervenants à l'importance de l'environnement extérieur, amélioration des services de l'organisme et développement de nouveaux projets d'insertion sociale.

^{xviii} UPS-Justice intervient sur l'ensemble de l'île de Montréal pour évaluer l'état mental des personnes qui présentent un danger pour elles-mêmes ou pour les autres. Selon des ententes conclues avec sept postes de police de quartier, l'équipe a aussi le mandat d'éviter la judiciarisation de personnes avec des problèmes de santé mentale graves.

- Les comités « bon voisinage », une forme particulière de médiation sociale, composés des acteurs concernés, de représentants de l'organisme et d'un médiateur neutre. Ils fonctionnent selon un schéma préétabli et dans un cadre accepté par tous et leur mandat est d'identifier les problèmes, de rechercher des solutions et d'en évaluer l'impact.

En outre, certaines mesures prévues par la coordination de l'implantation du SIS devraient favoriser la cohésion sur le plan régional et local et l'harmonisation des actions dans la communauté.

2. Les recommandations

À l'issue de l'étude de faisabilité, le directeur de santé publique adresse des recommandations au président-directeur général de l'Agence de Montréal au sujet de l'éventuelle implantation de SIS à Montréal.

Compte tenu des nombreuses études menées depuis 10 ans qui recommandent de considérer l'implantation de SIS à Montréal, de l'impact positif anticipé sur les épidémies de VIH et de VHC ainsi que sur les décès par surdose qui menacent les personnes UDI, du potentiel réel de réduire les nuisances dans la communauté et de l'absence d'effet négatif attendu sur l'ordre public.

Compte tenu également de la démarche effectuée en 2011 qui démontre la faisabilité légale d'implanter un SIS à Montréal, la capacité des partenaires communautaires et du RSSS d'organiser les services dans les territoires les plus touchés, du réalisme des conditions d'acceptabilité sociale et de collaboration identifiées par les acteurs consultés, en plus de l'importante mobilisation de l'ensemble des partenaires montréalais et de l'appui des ordres professionnels concernés.

➔ Le directeur de santé publique recommande au président-directeur général de l'Agence de Montréal de donner suite à l'étude de faisabilité et de voir à l'implantation de SIS à Montréal, et ce, dans les meilleurs délais.

Les six recommandations du directeur se divisent en deux catégories : l'organisation de service et la coordination de l'implantation. Ces recommandations définissent une offre de service régionale qui répond à des objectifs de santé publique et qui remplit les critères de qualité et d'acceptabilité.

- Elle réduit la transmission des ITSS et contribue à mieux protéger la santé de la population.
- Elle contribue à prévenir les décès par surdose.
- Elle garantit une qualité élevée de services professionnels et communautaires.

- Elle réunit les conditions qui permettraient une gestion de l'espace public acceptable pour les acteurs sociaux concernés.

Recommandation 1

Mettre en place un réseau de SIS intégrés

Le directeur de santé publique recommande d'ajouter le service d'injection supervisée aux services existants en créant un réseau de SIS qui intègre les services offerts par les établissements du RSSS et par les organismes communautaires qui œuvrent déjà auprès des personnes UDI. La complémentarité des mandats et des rôles, la valorisation des expertises respectives et la collaboration constituent des conditions essentielles à l'implantation d'un tel réseau.

→Ce qui est proposé

Il est proposé que le SIS, un service médical et infirmier qui s'ajouterait aux services existants, repose sur la collaboration étroite entre le RSSS et le réseau communautaire afin d'améliorer de façon significative la cohérence et la continuité des interventions préventives. À ce titre, la contribution des professionnels de la santé, notamment des médecins et des infirmières, est indispensable. Le service s'appuierait, d'une part, sur la présence obligatoire d'infirmières dans les lieux de services (groupes communautaires compris) et, d'autre part, sur l'élaboration de protocoles d'entente entre le RSSS et le réseau communautaire et sur l'harmonisation de leurs approches.

Sa mise sur pied mettrait au premier plan les acteurs qui possèdent à la fois le mandat et l'expertise qui leur permettraient d'offrir un service qui répond aux normes de qualité professionnelle ainsi qu'aux critères d'accessibilité au plus grand nombre de personnes qui le requièrent. Ces acteurs pourraient être notamment les suivants : les centres de santé et de services sociaux (CSSS), l'organisme Médecins du monde (MDM), le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD), le Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (Cran), le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et les organismes communautaires œuvrant en prévention des ITSS auprès des personnes UDI. Ces établissements et organismes devront non seulement obtenir le soutien de leur direction générale et de leur conseil d'administration, mais aussi celui de leurs directions cliniques, telles le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et les directions des services professionnels et infirmiers.

Voici comment le directeur de santé publique envisage les rôles et responsabilités de ces acteurs en rapport avec la création du SIS.

– *Les CSSS*

Conformément à l'approche populationnelle, les CSSS ont pour mission première de connaître et d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population de leur territoire ainsi que de s'assurer que cette population ait accès à des soins et des services de santé et sociaux adaptés à ses besoins dans les meilleurs délais possibles. La perspective organisationnelle du SIS pourrait inclure la contribution des infirmières de CSSS en intégrant dans leurs activités l'encadrement des soins liés à l'injection. L'infirmière pourrait exercer cette activité soit dans le cadre des services courants à l'intérieur du CSSS (accès au matériel d'injection), soit dans le cadre des services infirmiers de proximité (dépistage des ITSS, vaccination).

– *Médecins du monde*

Médecins du monde Canada (MDM) bénéficie de l'expérience de son réseau international dont plusieurs groupes gèrent des SIS depuis des années. L'organisme est prêt à jouer un rôle de chef de file en offrant son soutien médical dans des sites fixes ou dans une unité mobile.

MDM est présent sur la scène montréalaise depuis plus de dix ans. Son expertise repose sur une équipe de médecins et d'infirmières qui se consacre aux soins de proximité destinés à une clientèle marginalisée n'ayant pas accès aux services de santé en général. Au fil des ans, l'équipe réussit à offrir des services adaptés et flexibles, deux points positifs que la clientèle apprécie. Cet organisme a conclu des partenariats fructueux avec plusieurs organismes communautaires et le RSSS. MDM prévoit ajouter le SIS à son offre de service et travailler conjointement avec les CSSS des territoires ciblés. Par ailleurs, outre le besoin de consolider les effectifs infirmiers et médicaux (des médecins bénévoles jusqu'à ce jour), MDM considère que l'ajout du service soulève des enjeux de taille : l'arrimage avec les partenaires et les divers professionnels impliqués, la responsabilité de la gestion considérant sa vocation humanitaire et la pérennité du soutien accordé au SIS par le RSSS.

– *Le Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances*

Dans le cadre de sa mission d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale, le CDC-IUD rejoint les personnes UDI, surtout au moyen de son Programme itinérance et sans domicile fixe et de son Service urgence-triage toxicomanie ouvert 24 heures par jour, 7 jours par semaine. D'une part, les bénéficiaires du Programme itinérance sont des personnes UDI dans une proportion significative, ce qui justifierait l'ajout d'un SIS à son offre actuelle. D'autre part, un projet pilote de SIS, qui s'étendrait sur une période de six mois à un an, pourrait voir le jour à son Service urgence-triage toxicomanie afin de documenter les besoins et déterminer les paramètres organisationnels en fonction de l'utilisation réelle. Ce projet impliquerait des réaménagements dans la prestation des services.

– *Les services de traitement de substitution du Cran et l'équipe de médecine des toxicomanies du CHUM*

Les équipes spécialisées dans la prise en charge et le traitement médical des toxicomanies seraient appelées à jouer un rôle essentiel dans la mise en œuvre du SIS, en particulier en raison de leur expertise développée ces dernières années dans le cadre du projet NAOMI^{xix}, une étude canadienne de prescription médicale d'héroïne injectée. L'expérience professionnelle et les protocoles d'intervention pourraient être mis à profit.

Le plan de mise en œuvre du SIS devrait explorer la possibilité d'utiliser l'ancien local de NAOMI, situé dans les locaux du Cran, aux heures d'ouverture de celui-ci, tout en tenant compte des ressources à investir en fonction de la fréquentation attendue.

Les équipes du CHUM et du Cran pourraient offrir aux usagers du SIS des corridors privilégiés vers le service à bas seuil Relais-Méthadone du Cran et la clinique des toxicomanies du CHUM. Par conséquent, il serait indiqué pour l'Agence de Montréal de suivre l'évolution de la demande pour ces services, car elle pourrait augmenter dès l'implantation du SIS. Par ailleurs, les équipes du CHUM, notamment l'équipe de VIH-toxico de l'UHRESS, ont aussi développé une expertise en traitement des infections par le VIH et le VHC, ouvrant la voie à d'autres types de corridors de services.

– *Les organismes communautaires en prévention des ITSS auprès des UDI*

Depuis plus de 20 ans, plusieurs organismes communautaires ont acquis auprès des personnes UDI la reconnaissance essentielle qui en fait des acteurs incontournables. Grâce à leurs services à bas seuil, ils joignent un bassin important de personnes UDI (plus de 60 000 visites annuelles) et constituent la porte d'entrée des personnes les plus en marge du RSSS. Par conséquent, ces organismes sont des partenaires de premier plan pour la DSP dans le cadre du Programme de prévention du VIH/sida, des hépatites et des autres ITS. Six de ces organismes (CACTUS Montréal, Spectre de rue, Dopamine, L'Anonyme, Plein Milieu, TRAC) offrent déjà un ensemble de services dans les territoires ciblés et souhaitent participer à la mise en place du SIS.

Ces organismes sont dotés d'une infrastructure d'accueil et d'intervention conçue pour répondre aux besoins, tant à l'intérieur de leurs locaux que dans le milieu de vie des personnes UDI. Outre la distribution et la récupération du matériel d'injection, ils offrent une large gamme de services (éducation, counseling, accompagnement et orientation). Les organismes de prévention des ITSS ont mis sur pied divers programmes visant la participation des pairs UDI à la prévention et d'autres activités d'insertion sociale bien connues de la communauté.

Par leur travail de proximité, leurs activités de médiation sociale et celles visant la réduction des seringues à la traîne dans l'environnement, ces organismes seraient les mieux placés pour veiller à la promotion des services ainsi qu'au bon déroulement des activités à l'intérieur du SIS

^{xix} North American Opiate Medication Initiative.

comme à l'extérieur. Leurs intervenants seraient appelés à intégrer dans leur mandat actuel un rôle de soutien dans l'offre de SIS, et ce, dans la perspective d'instaurer la polyvalence de tâches au sein des équipes en place.

– Les pairs UDI

L'Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD) est un regroupement de personnes qui consomment des drogues. Dans une optique d'empowerment, cette association travaille à la promotion de la santé de ses membres tant au niveau de l'accessibilité aux services de santé, de la prévention des ITSS que de l'amélioration de leurs conditions de vie.

L'AQPSUD chapeaute deux projets : *L'Injecteur*, journal «par et pour» les personnes utilisatrices de drogues par injection et inhalation (UDII) et l'ADDICQ, une association pour la défense des droits des personnes qui consomment des drogues. Ce regroupement revendique l'implantation de SIS à laquelle il souhaite participer étroitement. Le journal *L'Injecteur* constitue un outil privilégié d'information et de promotion. Quant à l'ADDICQ, elle espère jouer un rôle important sur le plan de l'organisation et de l'évaluation du service, sans parler des comités « bon voisinage » au sein desquels elle pourrait influencer la perception du service et lutter contre les mythes et les préjugés.

Recommandation 2

Adapter le service grâce aux sites fixes et à l'unité mobile

Compte tenu de l'évolution des besoins, de la mobilité de la clientèle, des particularités des territoires ciblés, de la capacité clinique des équipes et de l'acceptabilité sociale, le directeur de santé publique recommande que le service soit organisé selon deux modèles d'intervention, soit des sites fixes et une unité mobile. Le service devrait être adapté aux besoins des personnes UDI les plus marginalisées et avoir la souplesse nécessaire pour les joindre.

→Ce qui est proposé

Il est proposé que les sites fixes soient localisés dans des établissements du RSSS et des organismes communautaires qui, par entente avec un établissement du RSSS, intègreraient dans leurs services l'encadrement médical et des soins infirmiers de l'injection. La plupart de ces sites accueilleraient surtout les personnes qui font déjà usage de leurs services. L'unité mobile serait plus appropriée dans les secteurs prioritaires où le service fixe ne pourrait être offert dans un premier temps, faute d'une capacité adéquate sur le plan clinique ou d'un faible niveau d'acceptabilité sociale. Le concept fait déjà ses preuves ailleurs dans le monde et même dans plusieurs quartiers centraux et périphériques de Montréal dans le cadre de la distribution de matériel stérile d'injection; il s'agit d'une avenue prometteuse. L'unité mobile serait complémentaire aux sites fixes. Sa flexibilité lui donnerait de nombreux avantages : suivre le déplacement des clientèles, compléter l'offre là où la demande est importante, choisir des

zones névralgiques ou des secteurs où aucun service de nuit n'existera. Par contre, l'unité mobile ne pourrait assumer à elle seule une couverture suffisante par rapport aux objectifs. Elle devrait être mise à l'essai dans un certain nombre d'endroits prédéterminés. En outre, son implantation soulèverait des enjeux particuliers, tels la sécurité et l'aménagement du véhicule.

Tableau 2 : Indicateurs de besoins et de capacité clinique pour les territoires de CSSS ciblés en 2010-2011

INDICATEURS		TERRITOIRE DE CSSS			
		Jeanne-Mance	Lucille-Teasdale	Sud-Ouest-Verdun	De la Montagne
BESOINS	Selon le territoire de résidence de l'utilisateur				
	Taux d'incidence du VHC lié à l'injection récente (par 100 000 de population) ¹	58,8	23,5	16,7	4,6
	Nombre de visites UDI en CAMSI ²	16 038	3 942	974	606
	Nombre total de seringues distribuées en CAMSI	324 001	176 311	23 216	9 836
	Selon le territoire de localisation de l'organisme				
	Nombre total de seringues commandées par les pharmacies	51 200	40 800	11 280	8 960
	Nombre total de seringues commandées par les organismes ne participant pas au monitoring	5 200	0	0	5 800
CAPACITÉ CLINIQUE	Selon le territoire de localisation de l'organisme				
	Nombre de CAMSI communautaires (participant au monitoring)	9	2	2	2
	Nombre de CAMSI du RSSS (participant au monitoring)	3	2	4	2
	Nombre de pharmacies ayant commandé des trousses MIP (matériel d'injection personnel)	14	18	7	4
	Nombre de centres de traitement de la dépendance aux drogues et de substitution	4	0	0	3

¹ Cet indicateur est pour la période 2006 à 2009.

² Visites avec distribution/récupération de matériel d'injection.

Les territoires où l'ajout du SIS est jugé prioritaire sont évalués selon les besoins de santé et la fréquentation des services existants, les projections relatives à l'achalandage, les mécanismes de gestion des espaces publics à privilégier et les ressources disponibles. Selon les données actuelles, les territoires des CSSS Jeanne-Mance, Lucille-Teasdale, du Sud-Ouest–Verdun et de la Montagne seraient susceptibles d'être les premiers ciblés.

Recommandation 3

Doter la région d'une équipe de médecins et d'infirmières dédiée

Le directeur de santé publique recommande de réunir, au sein d'une même équipe régionale, médecins et infirmières reconnus pour leur expertise auprès des personnes toxicomanes. L'objectif consiste à créer synergie et émulation dans le développement de cette pratique qui devra être soutenue par des outils et des protocoles afin d'assurer une qualité optimale des services.

→Ce qui est proposé

La création d'une équipe entièrement vouée au SIS pourrait servir de soutien au travail des professionnels et des intervenants des différents sites et à encadrer les soins infirmiers offerts dans ce service. En outre, elle pourrait contribuer à combattre l'isolement et à favoriser le transfert des connaissances. Une infirmière serait présente en tout temps dans les établissements ou les organismes communautaires qui accueilleraient un SIS. Elle serait appelée à y jouer un rôle crucial au sein de l'équipe multidisciplinaire locale.

Le CSSS Jeanne-Mance pourrait se voir confier le mandat de l'organisation clinique au niveau régional en partenariat étroit avec des médecins et des infirmières détenant une solide expérience de travail de proximité auprès des populations marginalisées tels que ceux de l'équipe de Médecins du monde. Leur expertise respective dans le domaine de la toxicomanie est particulièrement reconnue. La nouvelle équipe pourrait soutenir d'autres territoires dont les besoins sont moins grands et ne justifient pas de ressources importantes. Ce mandat impliquerait l'ajout de nouvelles ressources. Aussi, en plus de soutenir et collaborer avec les équipes des sites fixes, ces deux organisations pourraient s'impliquer dans un éventuel projet d'unité mobile de SIS en collaboration avec d'autres organismes communautaires et CSSS.

Recommandation 4

Renforcer les capacités des organismes communautaires

Le directeur de santé publique recommande que les organismes communautaires dédiés aux personnes UDI soient des partenaires de premier plan dans la mise en place du SIS, et ce, pour les raisons expliquées précédemment.

→Ce qui est proposé

Dans la perspective d'ajouter ce nouveau service, les organismes dédiés aux personnes UDI devront aménager les lieux conformément aux critères de sécurité, accueillir les usagers, les soutenir dans la trajectoire de services et assurer la surveillance durant la période de répit. Que ce soit dans la structure d'accueil ou dans l'implication des pairs, cela supposerait du soutien qui renforcerait leur capacité de répondre aux attentes et de jouer adéquatement leur rôle.

Recommandation 5

Coordonner l'implantation du réseau de SIS intégrés

D'une part, l'étude de faisabilité démontre que toutes les conditions organisationnelles sont réalisables et que les conditions d'acceptabilité sociale et de collaboration, notamment avec la Ville et le SPVM, sont identifiées. D'autre part, la démarche de l'étude de faisabilité a suscité une mobilisation importante du RSSS, du réseau communautaire et de multiples partenaires ainsi que l'appui des ordres professionnels concernés, ce qui constitue une condition essentielle pour procéder à l'implantation du réseau de SIS intégrés. Le directeur de santé publique recommande donc au président-directeur général de l'Agence de Montréal d'aller de l'avant dans les travaux devant mener à l'implantation du SIS et de doter la région d'une structure de coordination.

→Ce qui est proposé

La coordination de l'implantation du réseau de SIS intégrés à Montréal devrait assurer la cohésion et l'harmonisation des actions prévues relativement à sa mise en œuvre, et ce, sur le plan régional et local.

Le directeur de santé publique recommande à l'Agence de Montréal de mettre sur pied un **comité de coordination régionale de l'implantation** du réseau de SIS intégrés. Ce comité, sous la responsabilité de l'Agence de Montréal, aurait comme tâches prioritaires d'établir le budget sur le plan des immobilisations et du fonctionnement, et de soumettre une demande d'exemption à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* conformément aux critères énoncés dans le jugement de la Cour suprême du Canada. Le financement et l'exemption sont bien entendu des conditions essentielles à l'implantation effective du réseau de SIS intégrés. De plus, le comité devrait veiller au bon fonctionnement du réseau grâce à des ententes à conclure avec les différents partenaires et à une collaboration fructueuse avec la Ville de Montréal et le SPVM, notamment. Pour le soutenir dans ses tâches, le comité pourrait s'adjoindre d'autres **groupes de travail** afin d'assurer la gestion de la mise en œuvre et des **comités locaux** pour le suivi de l'implantation dans chacun des territoires ciblés.

Il est également recommandé de créer un **comité avisé** formé de représentants de divers secteurs. Ce comité aurait le mandat de suivre l'évolution de l'implantation du service, de conseiller les autres comités sur le processus d'implantation et sur les stratégies de

communication, et de rendre compte de l'impact dans les communautés de l'implantation du réseau de SIS.

Enfin, le développement d'un mécanisme permanent de collaboration entre le SPVM, les postes de quartiers, la Ville, les arrondissements et les organismes et établissements concernés par le réseau de SIS intégrés est hautement recommandé.

Recommandation 6

Assurer le suivi du processus et des impacts de l'implantation du réseau de SIS intégrés

Le directeur de santé publique recommande qu'un cadre de surveillance et de monitoring soit mis en place afin d'assurer le suivi de l'implantation. Il devrait répondre aux trois objectifs suivants :

- suivre le processus de l'implantation du SIS;
- connaître l'utilisation du SIS et la satisfaction des usagers;
- évaluer l'impact du SIS, en termes de santé publique et d'ordre public, et déterminer si le service remplit les objectifs fixés du cadre logique (voir p. 63).

→Ce qui est proposé

Une première phase dite « d'implantation », d'une durée de deux ans, est proposée pour les deux modalités de services, soit les sites fixes et l'unité mobile. L'objectif : évaluer l'achalandage et la satisfaction des utilisateurs de chacun des lieux où le SIS serait implanté, adapter l'offre et l'organisation des services en fonction de leur fréquentation et évaluer les impacts dans la communauté. Les suites à donner seraient déterminées en fonction des résultats du suivi de l'implantation.

Au cours de la phase d'implantation, le partenariat entre les établissements du RSSS et les autres acteurs concernés ferait également l'objet d'une attention particulière puisque c'est sur l'optimisation des collaborations actuelles que reposerait la réussite de l'implantation du SIS. À cet égard, les processus d'orientation vers les services de traitement de la dépendance et de santé mentale feraient l'objet d'un suivi particulier afin de leur apporter des améliorations, au besoin.

Enfin, il faudrait suivre de près la gestion des impacts sur la communauté afin que les situations problématiques soient répertoriées et documentées et que des solutions adéquates soient apportées.

Le tableau présenté à l'annexe 10 propose un certain nombre de dimensions à surveiller ainsi qu'une liste d'indicateurs éventuels auxquels d'autres pourraient s'ajouter au fur et à mesure de l'application du cadre de surveillance.

Des données sanitaires sont déjà recueillies et analysées de façon continue, telles la prévalence et l'incidence du VIH et du VHC. Cependant, d'autres données possiblement pertinentes ne sont pas encore disponibles ou le sont dans les banques de données colligées par d'autres partenaires. C'est le cas, par exemple, des appels 9-1-1, des interventions d'Urgences-santé ou des données du coroner. Il faudrait donc examiner la possibilité de générer ces données pour appliquer le cadre de surveillance et de monitoring du SIS.

La DSP a mis en place, depuis 1998, un système régional de monitoring des activités de prévention des ITSS. Dans ce système, les partenaires intervenant auprès des personnes UDI recueillent des informations afin de décrire le profil des usagers et leurs activités à l'aide d'un outil commun de collecte de données. Cet outil devrait être adapté en fonction de l'ajout de SIS tout en demeurant uniforme, clair et simple ; il ne devra pas alourdir le travail des équipes d'intervention ni nuire à la fréquentation du service.

D'autres méthodes quantitatives et qualitatives pourraient être utilisées afin de suivre le processus d'implantation, évaluer la satisfaction des usagers, documenter les ententes de partenariat, répertorier les obstacles et les plaintes de la communauté ainsi que les solutions envisagées.

Le cadre de surveillance et de monitoring pourrait être élaboré de concert avec plusieurs acteurs (y compris Urgences-santé, le SPVM, le coroner, les établissements et organismes de services et l'Institut national de santé publique). Ce travail de partenariat nécessiterait de clarifier les objectifs, de juger de la pertinence des indicateurs à retenir, d'explorer la faisabilité de les obtenir, d'en faire l'analyse régulière et d'en partager les résultats avec les divers comités en place et, en premier lieu, de soutenir le comité de coordination dans son mandat.

CONCLUSION

La démarche entreprise en avril 2011 permet de conclure à la faisabilité et à l'acceptabilité sociale de l'implantation d'un service d'injection supervisée à Montréal. En recommandant l'ajout de ce service à la gamme de ceux déjà destinés aux personnes UDI du territoire montréalais, le directeur de santé publique répond à la situation qui touche l'un des groupes les plus vulnérables de la société aux prises avec des problèmes de santé graves. Les infections causées par le VIH et le VHC ont pris des proportions épidémiques au sein de cette population. De plus, les décès par intoxication de drogues pouvant s'injecter sont en hausse à Montréal depuis 2005, le nombre annuel moyen de décès atteignant 72 en 2009. L'étude de faisabilité porte à croire que le nouveau service médical et infirmier pourrait contribuer significativement à réduire la transmission de ces infections et de leurs complications, et à prévenir des décès.

Selon le directeur de santé publique, non seulement l'implantation d'un SIS est essentielle si l'on veut atteindre les objectifs de santé publique, mais elle s'avère faisable sur le plan de l'organisation clinique et acceptable aux conditions émises par nos partenaires et les acteurs consultés. En effet, la majorité des personnes UDI utiliseraient le SIS et en accepteraient les règles de fonctionnement. Par ailleurs, les différents groupes d'acteurs consultés mesurent bien les enjeux et les avantages d'un tel service sur le plan de la santé publique. Malgré des réticences et des conditions posées pour d'éventuelles collaborations, la grande majorité des participants à l'étude de faisabilité ont manifesté un intérêt certain à travailler ensemble à sa réalisation.

L'ajout de SIS a l'appui des ordres professionnels concernés, des organismes communautaires, des établissements du RSSS et d'autres organisations qui œuvrent déjà auprès des personnes UDI. L'offre de service régionale proposée est conforme aux exigences de la loi et des codes professionnels visés par les nouvelles pratiques qu'elle suppose. La démarche de l'étude de faisabilité a suscité une mobilisation importante du réseau et de multiples partenaires et, de ce fait, constitue une condition essentielle qui met la table à l'éventuelle implantation du SIS.

Le directeur de santé publique recommande au président-directeur général de l'Agence de Montréal d'aller de l'avant et, en premier lieu, de doter la région d'une structure de coordination en vue d'implanter un réseau de SIS intégrés. Bien entendu, deux conditions essentielles, le cadre budgétaire et la demande d'exemption à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, devront faire partie des premiers gestes à poser pour sa mise en œuvre effective.

La création du SIS constitue une solution au contrôle des épidémies et à la réduction de la mortalité. De plus, en inscrivant sa mise en place dans une perspective d'intégration sociale, en complémentarité à l'éventail des services existants, nous souhaitons améliorer la santé des personnes UDI et protéger la population montréalaise.

Bibliographie

1. Aubut, J., Brissette, S., Bruneau, J., Chauvette, A., Lauzon, P., Tonnelier, M., Roy, M. et M. Vincent (2001). *Lieu d'insertion sociale pour les cocaïnomanes du centre-ville de Montréal. Projet pilote déposé par le comité d'intervention auprès des cocaïnomanes*, Montréal.
2. Boivin, D., Gagné, L. et C. Morissette (2004). *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 la santé et des services sociaux de Montréal.
3. Bellot, C., Chesnay, C., Rivard, J. et I. Raffestin (2008). *Rapport final d'évaluation du projet PLAISIIRS*, Montréal.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 : mise à jour 2008*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
5. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2008). *Rapport de mission à Barcelone : Projet de collaboration et d'échange entre le Québec et la Catalogne en matière de prévention de la transmission du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection et des personnes inhalatrices de crack*, Montréal.
6. Noël, L., Gagnon, F., Bédard, A. et E. Dubé (2009). *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée – Analyse critique de la littérature*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.
7. Leclerc, P., Morissette, C. et E. Roy (2010). *Le volet montréalais du Réseau SurvUDI. Volume 2 - Données au 30 juin 2008*, Montréal, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
8. Parent, R., Alary, M., Morissette, C., Roy, E., Leclerc, P. et K. Blouin (2011). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2009 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2009*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.
9. Bruneau, J., Daniel, M., Abrahamowicz, M., Zang, G., Lamothe, F. et J. Vincelette (2011). «Trends in human immunodeficiency virus incidence and risk behavior among injection drug users in Montréal, Canada: a 16-year longitudinal study», *Am. J. Epidemiol*, vol.173, no 9, 1049-1058.
10. Lahaie, C., Morissette, C., Leclerc, P., Gutierrez, N. et M. Perreault (2007). *Implanter un réseau de santé montréalais pour les personnes utilisatrices de drogues par injection*, Montréal, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
11. Darke, S., Kaye, S. et J. Ross (2001). « Geographical injecting locations among injecting drug users in Sydney, Australia », *Addiction*, vol. 96, no 2, 241-246.
12. Bruneau, J., Brogly, S., Lamothe, F., et J. Vincelette (2001). « What can we learn from chronic, non-infected IDUs: sociodemographic characteristics and factors associated with long-term HIV and HCV seronegativity », *Can J Infect Dis*, vol. 13, no 44A.

13. Latkin, C., Mandell, W., Vlahov, D., Oziemkowska, M., Knowlton, A., et D. Celentano (1994). « My place, your place, and no place: Behavior settings as a risk factor for HIV-related injection practices of drug users in Baltimore, Maryland », *Am J Community Psychol*, vol. 22, no 3, 415-430.
14. Broadhead, R. S., Kerr, T. H., Grund, J. R., et F.L. Altice (2002). « Safer injection facilities in North America: Their place in public policy and health initiatives », *J Drug Issues*, vol. 32, no 1, 329-355.
15. Wood, E., Tyndall, M. W., Spittal, P. M., Li, K., Kerr, T., Hogg, R. S., Montaner, J. S., O'Shaughnessy, M.V., et M.T. Schechter (2001). « Unsafe injection practices in a cohort of injection drug users in Vancouver: Could safer injecting rooms help? », *Can Med Assoc J*, vol. 165, no 4, 405-410.
16. Broadhead, R. S., van Hulst, Y., et D. D. Heckathorn (1999). « The impact of a needle exchange's closure », *Public Health Rep*, vol. 114, no 5, 439-447.
17. Institut national de santé publique du Québec (2010). *Analyses préliminaires réalisées par l'unité de Surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants à l'aide de la Banque de données du bureau du coroner, années 2000 à 2009*. Données extraites le 27 octobre 2011.
18. Direction de la qualité des soins préhospitaliers et de l'enseignement (2011). *Statistiques reliées au formulaire d'Observation médicale- Attestation de décès : décès par intoxication (Janvier 2009-mars 2011)*, Urgences-santé Québec. Données extraites le 18 novembre 2011.
19. Direction des affaires médicales et de l'encadrement clinique (2011). *Statistiques reliées au formulaire de l'AS803 (Janvier 2009- février 2011) : Overdose, ingestion, intoxication*, Urgences-santé Québec. Données extraites le 18 novembre 2011.
20. Klein, M. B., Saeed, S., Yang, H., Cohen, J., Conway, B., Cooper, C., Côté, P., Cox, J., Gill, J., Haase, D., Haider, S., Montaner, J., Pick, N., Rachlis, A., Rouleau, D., Sandre, R., Tyndall, M. et S. Walmsley (2010). « Cohort profile: The Canadian HIV-Hepatitis C co-infection cohort study », *Int J Epidemiol*, vol. 39, no 5, 1162-1169.
21. Roy, E., Haley, N., Leclerc, P., Sochanski, B., Boudreau, JF. et JF. Boivin (2004). « Mortality in a cohort of street youth in Montreal », *JAMA*, vol. 292, no 5, 569-574.
22. Roy, E., Haley, N., Boudreau, JF., Leclerc, P. et JF. Boivin (2010). « The challenge of understanding mortality changes among street youth », *J Urban Health*, vol. 87, no 1, 95-101.
23. Roy, E., Boivin, JF., et P. Leclerc (2011). « Initiation to drug injection among street youth: a gender-based analysis », *Drug Alcohol Depend*, vol. 114, no 1, 49-54.
24. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010). *Rapport du directeur de santé publique- Les infections transmissibles sexuellement et par le sang : Joindre plus, dépister plus, traiter plus*, Montréal.
25. Marquis, A., Morissette, C., Poulin, M. et A. Gobeil (2010). *Modalités régionales de la poursuite de la mise en œuvre de l'offre de service 2007-2012*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, (Document de consultation).
26. Leclerc, P. (2012). *Monitoring des centres d'accès au matériel stérile d'injection: Rapport régional avril 2009-mars 2010*, Montréal, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, (Parution prévue pour 2012).

27. Leclerc, P., Morissette, C. et C. Tremblay (2006). *Le matériel stérile d'injection: combien faut-il en distribuer pour répondre aux besoins des UDI de Montréal?*, Montréal, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
28. Gilbert, H. (2007). «Deuxième rapport d'étape de l'implantation du système intégré de récupération de seringues et des aiguilles usagées» dans *Bulletin Sentinelle*.
29. De Montigny, L., Vernez Moudon, A., Leigh, B., Sun Young, K. et K. Young (2010). « Assessing a drop box programme: a spatial analysis of discarded needles », *Int J Drug Policy*, vol. 21, no 3, 208-214.
30. Dopamine (2011). *Rapport d'activités 2010-2011*, Montréal.
31. CACTUS Montréal (2011). *Rapport annuel 2010-2011*, Montréal.
32. Plein Milieu (2011). *Rapport d'activités 2010-2011*, Montréal.
33. Spectre de rue (2011). *Rapport d'activités 2010-2011*, Montréal.
34. Acier, D. et K. Bertrand (2009). *Pistes de réflexion sur l'amélioration des services du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances pour les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) consommatrices de stimulants*, Montréal, (Rapport interne du CDC-IUD).
35. Savard, P. (2011). *La dépendance aux opioïdes au Québec : portrait des traitements de substitution au Québec*, Montréal, Cran.
36. Kokoreff, M. (2004). « Trafics de drogues et criminalité organisée : une relation complexe », *Criminologie*, vol. 37, no 2, 9-32.
37. Koutouzis, M. (2002). *L'argent du djihad*, France, Mille et une nuits.
38. Gendarmerie royale du Canada (2002). « Situation au Canada drogues illicites–2001 : Rapport préparé par la Section de l'analyse antidrogue », en ligne, http://www.rcmp-grc.gc.ca/crimint/drugs_2001_f.htm, consulté le 1^{er} octobre 2011.
39. Castells, M. (1999). *Fin de millénaire*, Paris, Éditions Fayard.
40. UNODC, World Drug Report 2011 (United Nations Publication, Sales No. E.11.XI.10).
41. Service canadien de renseignements criminels (2008). « Rapport sur le crime organisé 2008 », en ligne, http://www.cisc.gc.ca/annual_reports/annual_report_2008/document/report_oc_2008_f.pdf, consulté le 1^{er} novembre 2011.
42. Pernanen, K., Cousineau, MT., Brochu, S. et F. Sun (2002). *Proportions des crimes associés à l'alcool et aux autres drogues aux Canada*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
43. Ministère de la sécurité publique (2011). « Statistiques 2009 sur la criminalité au Québec », en ligne, <http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/police/publications-statistiques-police/statistiques-crimes/criminalite-2009/criminalite-20090.html#c24220>, consulté le 1^{er} novembre 2011.

44. Dauvergne, M. (2009). « Tendances des infractions relatives aux drogues déclarées par la police au Canada : Juristat », en ligne, <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2009002/article/10847-fra.htm#a10>, consulté le 15 novembre 2011.
45. Service de police de la Ville de Montréal (2010). *Du présent au futur. Rapport annuel 2010*, Montréal, SPVM.
46. Ledermann, S. et F. Sager (2006). *La politique suisse en matière de drogue -Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III) 2006-2011*, Berne, Office fédéral de la santé publique (OFSP).
47. Réseau juridique canadien VIH/sida (2006). « La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003 – Examen basé sur les données », *Revue VIH/SIDA, droit et politiques*, vol. 11, nos 2-3, 1-14.
48. Gouvernement du Canada (2010). « La stratégie nationale antidrogue », en ligne, <http://www.strategienationaleantidrogue.gc.ca/sna-nads.html>, consulté le 18 novembre 2011.
49. Commission mondiale pour la politique des drogues (2011). « La guerre aux drogues : Rapport de la commission mondiale pour la politique des drogues », en ligne, <http://www.globalcommissionondrugs.org/Report>, consulté le 9 novembre 2011.
50. Elliott, R., Malkin, I. et J. Gold (2002). « Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques », en ligne, <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=777>, consulté le 1^{er} novembre 2011, Réseau juridique canadien VIH/sida.
51. Kuyper, L.M., Hogg, R.S., Montaner, J.S., Schechter, M.T. et E. Wood (2004). « The cost of inaction on HIV transmission among injection drug users and the potential for effective interventions », *J Urban Health*, vol. 81, no 4, 655–660.
52. Canadian Nurses Association (2011). *Harm reduction and currently illegal drugs: Implications for nursing policy, practice, education and research*, Ottawa, Canadian Nurses Association.
53. Harm Reduction Association (2010). What is Harm Reduction? [Position statement]. London, UK: IRHA.
54. Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society (2011). « Jugements de la Cour Suprême du Canada », en ligne, <http://scc.lexum.org/fr/2011/2011csc44/2011csc44.html>, consulté le 15 novembre 2011.
55. Wong, J. (2008). « Dr. Peter Centre hopes to serve as model for safe-injection », Black Press.
56. MSIC (2011). « Sydney medically supervised injection centre: Fact Sheet », en ligne, <http://www.sydneymsic.com/images/resources/images/factsheetoct2011.pdf>, consulté le 23 novembre 2011.
57. Fischer, B. et C. Allard (2007). *Feasibility study on 'supervised drug consumption' options in the city of Victoria*, Victoria, Centre for Addictions Research of British Columbia (CARBC), University of Victoria.

58. Marshall, BD., Milloy, MJ., Wood, E., Montaner, JS. et T. Kerr (2011). «Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study», *Lancet*, vol. 377, no 9775, 1429-1437.
59. MSIC Evaluation Committee (2003). *Final report of the evaluation of the Sydney medically supervised injecting centre*. Sydney: MSIC.
60. Maxwell, S., Bigg, D., Stanczykiewicz, K. et S. Carlberg-Racich (2006). « Prescribing Naloxone to actively injecting heroin users: a program to reduce heroin overdose deaths », *J Addict Dis*, vol 25, no 3, 89-96.
61. Green, TC., Heimer, R. et LE. Grau (2008). « Distinguishing signs of opioid overdose and indication for Naloxone: an evaluation of six overdose training and Naloxone distribution programs in the United States », *Addiction*, vol. 103, no 6, 979–989.
62. Kerr, T., Tyndall, MW., Lai, C., Montaner, JSG. et E. Wood (2006). « Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility », *Int J Drug Policy*, vol. 17, no 5, 436-441.
63. Fast, D., Small, W., Wood, E. et T. Kerr (2008). « The perspectives of injection drug users regarding safer injecting education delivered through a supervised injecting facility », *Harm Reduct J*, vol. 5, no 1, 32.
64. Kerr T., Tyndall, MW., Zhang, R., Lai, C., Montaner, JSG., et E. Wood (2007). «Circumstances of first injection among illicit drug users accessing a medically supervised safer injection facility» *Am J Public Health*, vol. 97, no. 7, 1228-1230.
65. Wood, E., Tyndall, MW., Zhang, R., Montaner, JS. et T. Kerr (2007). «Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users », *Addiction*, vol. 102, no 6, 916–919.
66. Vancouver coastal Health (s.d.). «From the ground up. Vancouver's supervised injection site's role in accessing treatment and care», en ligne, <http://www.vch.ca>, consulté le 28 novembre 2011.
67. DeBeck, K., Wood, E., Zhang, R., Tyndall, M., Montaner, J. et T. Kerr (2008). «Police and public health partnerships: Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised Injection facility», *Subst Abuse Treat Prev Policy*, vol. 7, no 3, 11.
68. Comité consultatif d'experts sur la recherche sur les sites d'injection supervisés commandé par Santé Canada (2008). « *Insite de Vancouver et autres sites d'injection supervisés : Observations tirées de la recherche. Rapport final* », en ligne, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/sites-lieux/insite/index-fra.php#ref_5, consulté le 5 octobre 2011.
69. Wood, E., Kerr, T., Lloyd-Smith, E., Buchner, C., Marsh, DC., Montaner, JSG et MW. Tyndall (2004). «Methodology for evaluating Insite: Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users», *Harm Reduct J*, vol.1, no 1, 9.
70. Hedrich, D., Kerr, T. et F. Dubois-Arber (2010). « Drug consumption facilities in Europe and beyond», dans T. Rhodes et D., *Harm reduction: evidence, impacts and challenges, European monitoring centre for drugs and drug addiction*, Espagne, 305-331.

71. Small, W., Ainsworth, L., Wood, E. et T. Kerr (2011). «IDU perspectives on the design and operation of North America's first medically supervised injection facility», *Subst Use Misuse*, vol. 46, no 5, 561-568.
72. François, A., Baudin, M., Mani, C. et B. Broers (2003). «Quai 9, espace d'accueil et d'injections pour usagers de drogues à Genève : bilan et réflexions après 18 mois de fonctionnement » *Médecine & Hygiène*, vol. 61, no 2451, 1799-1802.
73. Première ligne : Association genevoise de réduction des risques liés aux drogues (2011). « Rapport d'activités 2010 », en ligne, http://www.premiereligne.ch/elements/textes/rapport_activites_2010.pdf, consulté le 22 novembre 2011.
74. Diaz Grau, O., Adan, E., Andreo, L., Bolinaga, AM., Brandt, J. et al. (2010). *Informe SAPS 2009*, Barcelone, Creu Roja a Barcelona: Servei d'Atencio i Prevencio Sociosanitaria (SAPS), (document interne envoyé sur demande).
75. Kerr, T., Wood, E., Palepu, A., Wilson, D., Schechter, MT. et MW. Tyndall (2003). «Responding to an explosive HIV epidemic driven by frequent cocaine injection: Is there a role for safe injecting facilities? » *J Drug Issues*, vol. 33, no 3, 579-608.
76. Dettmer, K. (2011). «Entretien téléphonique avec Kerstin Dettmer sur l'unité mobile d'injection supervisée à Berlin, Allemagne», 10 novembre 2011.
77. Anoro, M., Ilundain E. et O. Santisteban (2003). « Barcelona's safer injection facility-EVA: a harm reduction program lacking official support » *J Drug Issues*, vol. 33, 689-710.
78. Solai, S. et F. Dubois-Arber (2006). «Ethical reflections emerging during the activity of a low threshold facility with supervised drug consumption room in Geneva, Switzerland», *Int J Drug Policy*, vol. 17, no 1, 17-22.
79. Solai, S., Benninghoff, B., Meystre-Agustoni, G., Jeanni, A. et F. Dubois-Arber (2004). *Évaluation de l'espace d'accueil et d'injection « Quai 9 » à Genève – Deuxième phase 2003*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
80. Normand, J. et H. D'Anjou (2011). *Contribution des aides-soignants et des proches aidants aux soins infirmiers : Cadre de référence à l'intention des directrices, directeurs et des responsables des soins infirmiers*, Québec, OIIQ.
81. Creu roja a Barcelona : Servei d'Atencio i Prevencio Sociosanitaria (SAPS) (2011). *Normas y recomendaciones en una sala de consume inyectado*, Barcelone, Croix Rouge Barcelone (document interne envoyé sur demande).
82. Vancouver Coastal Health (2011). « Supervised Injection Site: 2010 Users Statistics », en ligne, http://supervisedinjection.vch.ca/research/supporting_research/user_statistics, consulté le 15 novembre 2011.
83. Green, T.C.; Hankins, C. et D. Palmer (2003). *Acceptabilité des lieux d'injection supervisés: l'opinion des personnes qui s'injectent des drogues dans les lieux publics ou semi-publics à Montréal*, Montréal.

84. Green, T., Hankins, C., Palmer, D., Boivin, JF. et R. Platt (2004). « My place, your place, or a safer place: The intention among Montreal injecting drug users to use supervised injecting facilities », *Can J Public health*, vol. 95, no 2, 110-114.
85. Carrier, N. et P. Lauzon (2003). « Se shooter en présence d'intervenants!? Les points de vue des consommateurs sur la mise en place éventuelle de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal », *Drogues, santé et société*, vol. 2, no 1, 1-26.
86. Fry, C., Fox, S. et G. Rumbold (1999). « Establishing safe injecting rooms in Australia: attitudes of injecting drug users », *Aust N Z J Public Health*, vol. 23, no 5, 501-504.
87. van Beek, I., et S. Gilmour (2000). « Preference to have used a medically supervised injecting centre among injecting drug users in King Cross, Sydney ». *Aust N Z J Public Health*, vol. 24, no 5, 540-542.
88. Kerr, T., Wood, E., Small, D., Palepu, A. et MW. Tyndall (2003). « Potential use of safer injecting facilities among injection drug users in Vancouver's downtown eastside », *Can Med Assoc J*, vol. 169, no. 8, 759-763.
89. Hunt, N., Lloyd, C., Kimber, J., et C. Tompkins (2007). « Public injecting and willingness to use a drug consumption room among needle exchange programme attendees in the UK », *Int J Drug Policy*, vol. 18, no 1, 62-65.
90. Kral, AH., Wenger, L., Carpenter, L., Wood, E., Kerr, T. et P. Bourgois (2010). « Acceptability of a safer injection facility among injection drug users in San Francisco » *Drug Alcohol Depend*, vol. 110, nos 1-2, 160-163.
91. Broadhead, RS., Borch, CA., van Hulst, Y., Farrell, J., Villemmez, WJ. et FL. Altice (2003). « Safer injections sites in New York city: A utilization survey of injection drug users ». *J Drug Issues*, vol. 33, no 3, 733-750.
92. Fry, CL. (2002). « Injecting drug user attitudes towards rules for supervised injecting rooms: implications for uptake », *Int J Drug Policy*, vol. 13, no 6, 471-476.
93. Petrar, S., Kerr, T., Tyndall, M.W., Zhang, R., Montaner, J.S.G. et E. Wood (2007). « Injection Drug Users' Perceptions Regarding Use of a Medically Supervised Safer Injecting Facility », *Addictive Behaviors*, vol. 32, no 5, 1088-1093.
94. De Jong, W. et U. Weber (1999) « The professional acceptance of drug use: a closer look at drug consumption rooms in the Netherlands, Germany and Switzerland », *Int J Drug Policy*, vol. 10, 99-108.
95. Billette, I. et A. Gravel (2011). « L'équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance du SPVM », dans *Intersection : Bulletin d'information et de liaison sur la police de type communautaire*, Montréal, no 32, 18-19.
96. The NAOMI study Team (2008). *Reaching the hardest to reach- Treating the hardest to treat. Summary of the primary outcomes of the North American Opiate Medication Initiative (NAOMI)*.
97. Maari, F. (2011). « Possibilités inédites », *Revue du CREMIS*, vol. 4, no 2, 30-37.

Bibliographie

98. Mangham, C. (2007). «Critique d'INSITE, centre canadien d'injection, et de sa philosophie centrale : répercussions et recommandations en vue de la planification de politiques», en ligne, http://www.ville.quebec.qc.ca/apropos/vie.../SDC_traduction_rapport.pdf, consulté le 26 mai 2011.
99. Drug Free Australia (2010). *A critical response to the Kings Cross injecting room 2003 report*, Australia, Drug Free Australia.
100. Dicaire, A. (2000). *Urgences préhospitalières : un système à mettre en place. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.

Annexe 1. Le communiqué du Ministre de la Santé et des Services sociaux

Québec, le 11 octobre 2011 à 14 h 57

Services d'injection supervisée - Le ministre Yves Bolduc rencontre les OC Cactus Montréal et Point de repère

Dans la foulée de la décision favorable prononcée par la Cour suprême du Canada concernant les services offerts par le centre d'injection supervisée de drogue Insite, à Vancouver, le ministre de la Santé et des Services sociaux, le docteur Yves Bolduc, a rencontré les OC *Cactus Montréal* et *Point de repère* pour échanger sur les implications et impacts au Québec du jugement rendu le 30 septembre dernier.

Ce jugement démontre notamment que la toxicomanie est une maladie et que les centres d'injection supervisée peuvent sauver des vies. Il établit aussi que la présence de ce type d'installation dans un quartier n'entraîne pas davantage de méfaits. De plus, il fournit des précisions sur le contexte dans lequel ce type de projet pourrait éventuellement voir le jour.

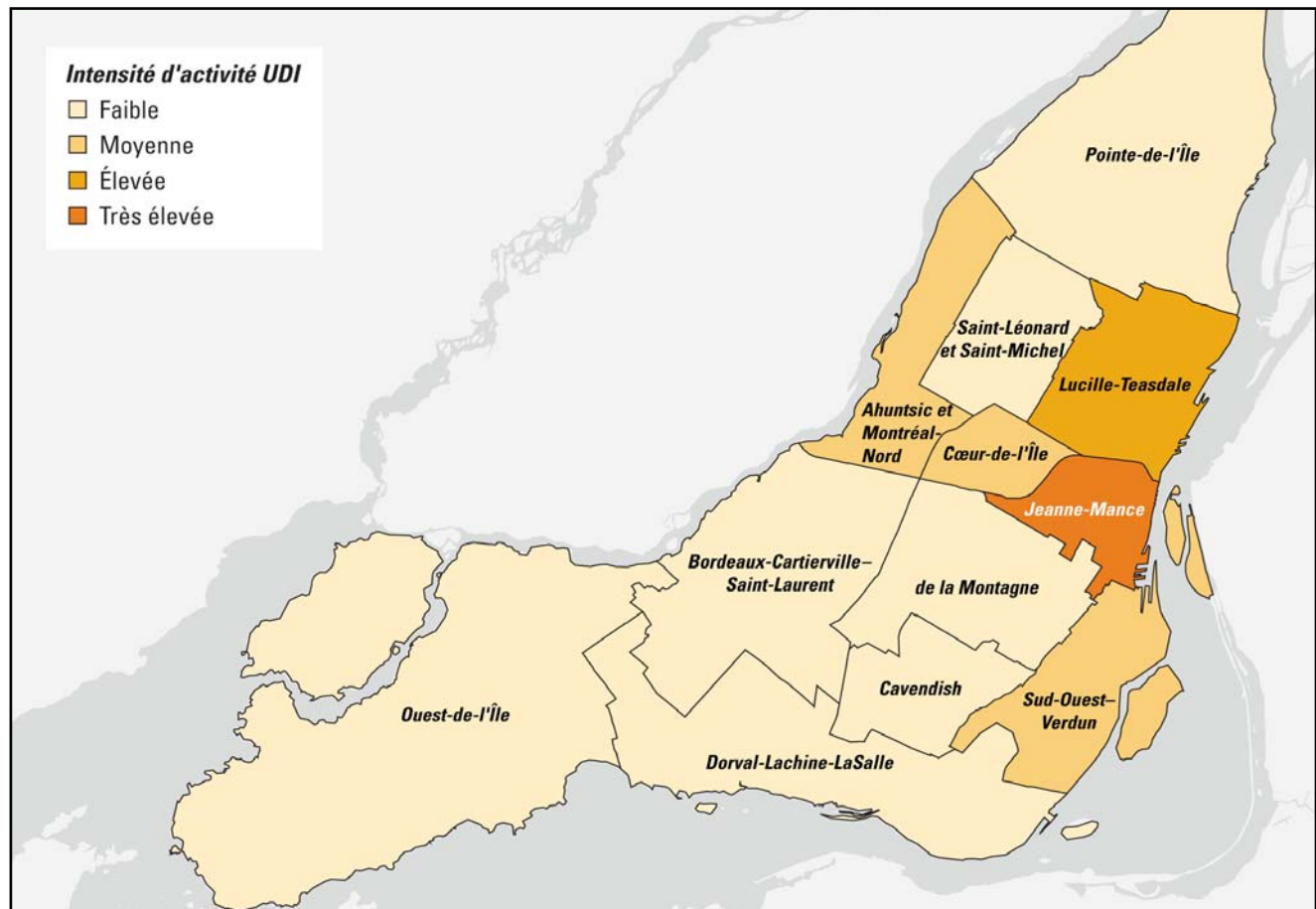
« J'ai discuté avec *Cactus Montréal* et *Point de repère* des conditions nécessaires vers l'implantation de services d'injection supervisée au Québec, notamment la nécessité d'avoir un véritable consensus autour d'un tel projet. La population, de même que les différents partenaires, notamment les centres de santé et de services sociaux, les municipalités et les services de police, doivent être consultés et impliqués », a déclaré le docteur Bolduc.

Mentionnons également que bien que le jugement de la Cour suprême du Canada soit nettement favorable à l'ouverture de centres d'injection supervisée sur le territoire canadien, une exemption du gouvernement fédéral demeure nécessaire à cet effet.

Par ailleurs, le ministre a tenu à rappeler que le système québécois de santé et de services sociaux prend déjà en charge les personnes ayant une dépendance à la drogue. En effet, plus de 80 millions de dollars sont investis chaque année pour offrir des services de qualité à la clientèle toxicomane et pour développer des programmes d'intervention et d'aide à leur intention.

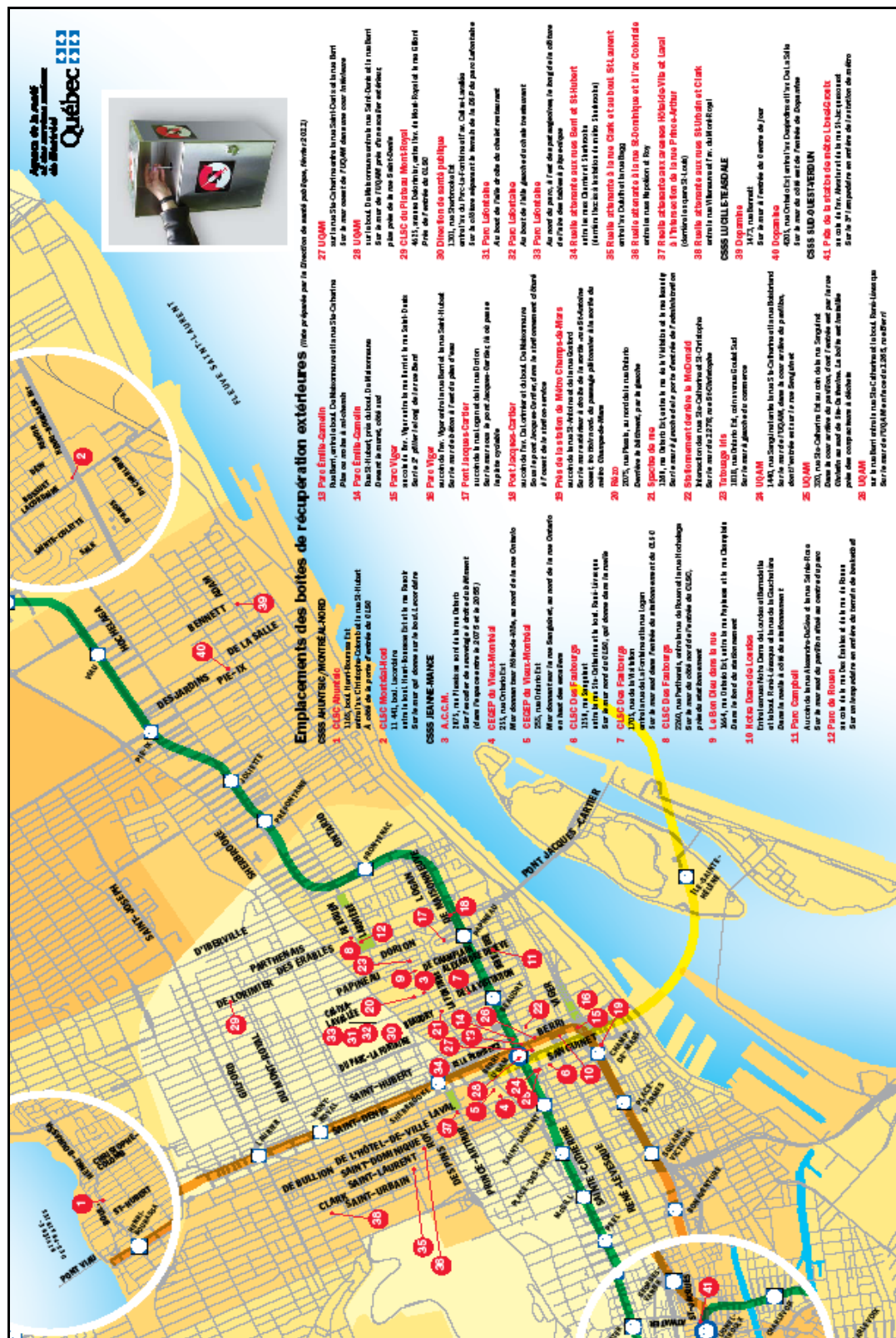
« Puisque les services d'injection supervisée peuvent représenter un outil supplémentaire pour lutter contre la transmission des infections transmissibles par le sang, pour réduire les méfaits reliés à l'usage inapproprié de drogues par injection, en plus de comporter plusieurs bénéfices pour la santé des personnes aux prises avec une dépendance à la drogue, je vais suivre avec grande attention le cheminement des projets de *Cactus Montréal* et *Point de repère* », a conclu le ministre.

Annexe 2. L'intensité de l'activité UDI par territoire de CSSS



Source : (Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010)²⁴.

Annexe 3. Les emplacements des boîtes de récupération extérieures



Annexe 4. Le guide pour le ramassage et la récupération des seringues à la traîne à Montréal

OBJECTIF :

Assurer le ramassage et la récupération sécuritaires des seringues à la traîne dans les lieux publics, les lieux privés accessibles au public et les lieux privés sur le territoire de la Ville de Montréal.

PROCÉDURE :

- ◆ Seringues à la traîne sur la voie publique (trottoirs, rues, ruelles), dans les parcs, jardins, espaces verts ou sur un terrain vacant :
 - ◆ L'infirmière d'Info-santé demande à l'appelant s'il consent à ramasser lui-même les seringues et à les acheminer à un site de récupération de seringues usagées.
 - ◆ Si l'appelant consent, elle lui explique les consignes de ramassage sécuritaire et l'oriente vers un site de récupération de seringues usagées.
 - ◆ Si l'appelant refuse ou ne dispose pas de moyens adéquats, elle l'oriente au 514-872-3434, 24h/24. La Ville de Montréal procédera alors de façon prioritaire au ramassage ou avisera le propriétaire s'il s'agit d'un terrain vacant.
- ◆ Seringues à la traîne dans des lieux privés accessibles au public (cour de garderies, écoles, toilettes de restaurant ou café, etc.) :
 - ◆ L'exploitant du lieu est responsable de procéder au ramassage des seringues.
 - ◆ L'infirmière d'Info-santé lui explique les consignes de ramassage sécuritaire et l'oriente vers un site de récupération de seringues usagées.
 - ◆ Advenant un problème récurrent, c'est-à-dire la présence régulière de seringues à un même endroit, un soutien peut être obtenu de la part de l'équipe de Santé au travail du CLSC désigné pour ce secteur.
- ◆ Seringues à la traîne à la résidence privée d'un citoyen :
 - ◆ L'infirmière d'Info-santé lui explique les consignes de ramassage sécuritaire et l'oriente vers un site de récupération de seringues usagées.
 - ◆ Advenant un problème récurrent, c'est-à-dire la présence régulière de seringues à un même endroit, un soutien peut être obtenu de la part des organismes communautaires du secteur.

CONSIGNES POUR LE RAMASSAGE SÉCURITAIRE :

1. Déposer sur une surface plane près de la seringue, un contenant en métal ou en plastique résistant à la perforation et doté d'un couvercle (comme un pot de beurre d'arachide).
2. Porter des gants ou utiliser des pinces.
3. Ramasser la seringue en tenant le bout piquant loin de soi. Ne pas replacer le capuchon sur l'aiguille.

4. Placer la seringue dans le contenant et le fermer avec un couvercle solide. Bien se laver les mains.
5. Ne pas déposer dans un bac de recyclage ou dans une poubelle.
6. Apporter le contenant à un site de récupération de seringues usagées.

SITES POUR LA RÉCUPÉRATION DE SERINGUES USAGÉES

(durant les heures normales d'ouverture de ces ressources) :

CACTUS Montréal*, Spectre de rue*, Pact de rue*, L'Unité d'intervention mobile l'Anonyme*, Pré-Fix*, CLSC Hochelaga-Maisonneuve, CLSC du Plateau Mont-Royal, CLSC Villeray, CLSC de Rosemont, CLSC Métro, CLSC La Petite Patrie, CLSC des Faubourgs.

(*organismes communautaires pouvant offrir un soutien en cas de problème récurrent à la résidence privée d'un citoyen).

EN CAS D'EXPOSITION :

- ◆ L'infirmière d'Info-santé évalue le risque conformément au protocole infirmier sur l'EXPOSITION ACCIDENTELLE AU SANG OU AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES (rechercher avec le mot d'index « piqure ») et suggère les interventions appropriées selon ce protocole.
- ◆ Elle oriente les clients nécessitant une consultation professionnelle urgente vers :
 - ◆ L'urgence du CHU Ste-Justine, pour les enfants.
 - ◆ L'urgence de l'Hôpital St-Luc, pour les adultes.

CLSC DÉSIGNÉS EN SANTÉ AU TRAVAIL :

CLSC Montréal-Nord, CLSC Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est, CLSC des Faubourgs, CLSC Côte-des-Neiges, CLSC Lac-Saint-Louis.

NB : Toutes les ressources mentionnées ci haut sont inscrites au Répertoire des ressources.

Annexe 5. L'étude de faisabilité : la démarche et la méthodologie

5.1 Le comité de pilotage

Un comité de pilotage a été mis en place en avril 2011 pour soutenir l'étude de faisabilité, formé de représentants des acteurs régionaux et locaux interpellés par le déploiement de services sociosanitaires adaptés aux personnes UDI, soit :

- la Direction de santé publique et la Direction générale adjointe de l'Agence de Montréal
- l'Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec (ADDICQ)
- les autorités municipales (Ville de Montréal, arrondissements Mercier–Hochelaga-Maisonneuve, Plateau Mont-Royal, Sud-Ouest et Ville-Marie)
- le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran)
- le Centre Dollard-Cormier–Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD)
- les CSSS de la Montagne, Jeanne-Mance, Lucille-Teasdale et du Sud-Ouest–Verdun
- Médecins du monde (MDM)
- les organismes communautaires en prévention des ITSS (CACTUS Montréal, Dopamine, Plein Milieu, Spectre de rue, le TRAC, Unité mobile l'Anonyme)
- le Service de médecine des toxicomanies du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
- le Service de police de la Ville de Montréal (SPVM)
- les tables de quartier de Ville-Marie (Table de concertation du Faubourg St-Laurent), d'Hochelaga-Maisonneuve (Conseil pour le développement local et communautaire d'Hochelaga-Maisonneuve), du Centre-Sud (Corporation de développement communautaire du Centre-Sud) et du Sud-Ouest (Solidarité St-Henri)

Les objectifs généraux de l'étude de faisabilité étaient les suivants :

1. En tenant compte des facteurs contextuels (cadre légal, services existants, structures, acteurs, etc.), identifier les conditions qui permettraient la mise en place d'une offre régionale de SIS acceptable socialement à Montréal.
2. Conceptualiser une offre régionale de SIS accompagnée d'indicateurs de performance mesurables et d'une estimation budgétaire.
3. Développer les modalités de monitoring et d'évaluation de l'offre régionale de SIS.

Le comité de pilotage s'est réuni en avril 2011 afin de prendre connaissance de la démarche de travail proposée par le directeur de santé publique de l'Agence de Montréal et de compléter la représentation des groupes d'acteurs. Dès cette rencontre, les contributions spécifiques des SIS, tirées essentiellement de l'Avis de pertinence de l'INSPQ⁶, ont été présentées. Cette présentation a, par la suite, été reprise dans chacun des groupes de travail. La méthodologie et les limites des évaluations présentées sont précisées à la section 5.8 de cette annexe.

Pour répondre aux objectifs énumérés ci-haut, deux groupes de travail ont été formés, un premier sur l'organisation des services et un second sur l'acceptabilité sociale et le partage des

espaces publics. Afin de compléter la démarche et la cueillette d'information au sein des groupes de travail, plusieurs consultations ont été menées et une tournée auprès de divers acteurs politiques et institutionnels a été effectuée par le directeur de santé publique. À la fin des travaux, le comité de pilotage s'est réuni à nouveau en octobre 2011 pour discuter des suites de l'étude de faisabilité, des implications du jugement de la Cour suprême du Canada pour l'implantation de SIS à Montréal et des projets de SIS potentiels. Des rencontres entre les divers promoteurs de projet ont eu lieu afin de faire avancer les propositions et de dégager une proposition d'offre régionale de SIS qui tienne compte à la fois des besoins du milieu et des ressources disponibles. À la dernière rencontre du comité de pilotage, en novembre 2011, le cadre de l'offre régionale de SIS et les recommandations du directeur de santé publique ont été présentés.

5.2 Le groupe de travail sur l'organisation des SIS

Ce groupe de travail était formé de représentants de chacun des partenaires du comité de pilotage, à l'exception des tables de quartier. Il avait le mandat de proposer un ou des modèles d'organisation régionale de SIS viables et respectant les paramètres de meilleures pratiques. Pour y arriver, il s'est donné les objectifs spécifiques suivants :

1. Définir les objectifs spécifiques et proposer une organisation régionale de SIS en fonction des réalités locales.
2. Évaluer les enjeux professionnels.

Le groupe s'est rencontré sept fois entre les mois de mai et septembre 2011. Des présentations sur les SIS dans le monde et sur les pratiques relatives à l'injection de drogues à Montréal, aussi bien que des discussions sur les divers paramètres organisationnels des SIS ont animé ces rencontres. Par ailleurs, plusieurs activités ont été menées afin de répondre aux objectifs du groupe de travail, soit :

1. une revue de la littérature et des consultations auprès de professionnels œuvrant dans des SIS au Canada et ailleurs dans le monde (section 5.9 de cette annexe);
2. une consultation auprès de personnes UDI afin d'obtenir leur avis sur le fonctionnement possible des futurs SIS et de connaître leur intention d'utiliser un tel service (section 5.10 de cette annexe);
3. une consultation auprès d'intervenants qui travaillent avec une clientèle UDI portant sur leurs pratiques entourant l'injection de drogues et leurs recommandations en vue de l'implantation de SIS, surtout sur le plan des pratiques professionnelles et des paramètres organisationnels (section 5.11 de cette annexe);

4. une présentation du projet NAOMI^{xx, 96} et une visite des anciens locaux qui ont permis de rendre plus concret ce à quoi pourrait ressembler un SIS et d'identifier les difficultés qui peuvent survenir dans la gestion et le fonctionnement d'un tel service;
5. une rencontre avec Urgences-santé pour clarifier la chaîne d'interventions préhospitalières ainsi que les actes pouvant actuellement être accomplis par les techniciens ambulanciers paramédics dans le contexte d'un appel au numéro 9-1-1 concernant une intoxication et explorer les collaborations possibles (section 5.12 de cette annexe);
6. une rencontre avec l'OIIQ pour examiner les actes professionnels en SIS et le rôle potentiel des infirmières (section 5.13 de cette annexe).

La démarche a permis de formuler une série de recommandations destinées au comité de pilotage portant sur : 1) les buts et objectifs spécifiques des SIS à Montréal; 2) les caractéristiques de l'offre régionale de SIS; 3) les paramètres minimaux pour les SIS montréalais; et 4) la surveillance, le monitoring et le suivi des SIS. Voir l'annexe 8 pour les recommandations complètes.

5.3 Le groupe de travail sur l'acceptabilité sociale des SIS

Ce groupe de travail était formé de représentants de chacun des partenaires du comité de pilotage, à l'exception des organisations œuvrant dans le traitement de la dépendance et de substitution. Il avait le mandat de proposer, au comité de pilotage, des mesures favorisant l'acceptabilité sociale de l'ajout de SIS. Pour y arriver, il s'est donné les objectifs spécifiques suivants :

1. Identifier les enjeux d'acceptabilité sociale de l'implantation de SIS à Montréal.
2. Définir des conditions d'implantation des SIS qui favorisent leur acceptabilité sociale.

Le groupe s'est rencontré six fois entre les mois de mai et septembre 2011. Lors de ces rencontres, diverses présentations et échanges ont eu lieu portant sur les enjeux d'acceptabilité sociale et politique des SIS, les préoccupations des divers groupes d'acteurs quant à leur implantation et sur les solutions prometteuses à mettre de l'avant pour prévenir et faire face aux irritants qui pourraient survenir. Dans l'ensemble, il a été retenu que les préoccupations entourant l'implantation de SIS sont les mêmes que celles qui concernent les CAMSI communautaires et, plus généralement, les services destinés aux personnes marginalisées. En ce sens, il s'agira de s'inspirer de et de renforcer les mécanismes et mesures d'amélioration des tensions déjà en place, tels que les comités bon voisinage. Voici un aperçu des diverses activités qui ont été faites afin de répondre aux objectifs du groupe de travail :

^{xx} Naomi (North American Opiate Medication Initiative) est un essai clinique sur la prescription médicale d'héroïne pour le traitement de la dépendance aux opiacés qui a eu lieu à Montréal et Vancouver auprès de 251 participants (59 à Montréal).

1. une présentation des enjeux et des positions d'acteurs documentés concernant d'autres SIS au Canada et dans le monde, suivi d'un échange au sujet des préoccupations des acteurs montréalais (section 5.14 de cette annexe);
2. une présentation sur les évaluations des SIS au Canada et ailleurs dans le monde à partir de l'Avis de pertinence de l'INSPQ (section 5.8 de cette annexe);
3. un échange autour de projets controversés et de pratiques existantes dans le but de dégager des pistes de travail pour minimiser les impacts potentiels de l'implantation des SIS. Cet échange a inclus les présentations suivantes :
 - une présentation sur les dispositifs entourant le déménagement de CACTUS Montréal;
 - une présentation entourant la relocalisation d'un organisme dédié aux jeunes de la rue;
 - une présentation d'un projet visant le partage de l'espace public;
 - une présentation du projet EMRII^{95, 97}, pratique de collaboration entre le SPVM et le RSSS;
4. une présentation du projet NAOMI et une visite des anciens locaux, avec une emphase mise sur l'acceptabilité sociale et le plan de communication qui avait été développé;
5. une consultation, en collaboration avec le SPVM, auprès de leurs membres (section 5.15 de cette annexe).

La démarche a permis de formuler une série de recommandations destinées au comité de pilotage portant sur : 1) les caractéristiques de l'offre régionale de SIS sous l'angle de l'acceptabilité sociale; et 2) les conditions gagnantes pour l'implantation de SIS. Voir l'annexe 9 pour les recommandations complètes.

5.4 La journée d'étude

Une journée d'étude a eu lieu le 22 septembre 2011 dont les objectifs étaient de :

- mettre en commun les travaux des différents groupes ;
- travailler, entre partenaires locaux, sur une proposition d'ajout de SIS dans des quartiers ciblés ;
- définir, sur le plan local et régional, les paramètres de l'organisation de services ainsi que les éléments qui favoriseront l'acceptabilité sociale.

Les membres du comité de pilotage ainsi que ceux des deux groupes de travail étaient invités à cette journée. Pour compléter la représentation par territoire, la participation de policiers des postes de quartier concernés, de membres de l'ADDICQ ainsi que de personnes travaillant dans les CSSS ciblés par l'offre de service a été sollicitée. Dans l'ensemble, 81 personnes ont participé à la journée.

Celle-ci était divisée en deux parties. D'abord, il y a eu des présentations sur les résultats des diverses consultations menées dans le cadre de la démarche, soit celle auprès des personnes UDI, celle auprès des intervenants et celle auprès du service de police. S'ajoutent à cela quelques mots de la Ville pour exposer son point de vue et la présentation des recommandations des deux groupes de travail. En deuxième partie, les participants étaient regroupés selon les secteurs ciblés dans les scénarios d'offre régionale de SIS^{xxi} et d'un projet mobile régional. L'objectif était de travailler entre partenaires pour faire avancer une proposition de SIS qui soit acceptable socialement. Une septième table, composée de représentants d'acteurs régionaux, avait pour mandat d'identifier, sur le plan régional et à partir des recommandations des deux groupes de travail, les éléments qui favoriseraient l'implantation de SIS et leur acceptabilité sociale. Tous les groupes d'acteurs étaient représentés à chacune des tables; celles-ci étaient animées par une personne qui n'avait pas participé à la démarche. Un certain nombre d'outils étaient proposés pour soutenir l'animation et les discussions^{xxii}.

Les ateliers se sont conclus par une plénière lors de laquelle un porte-parole de chaque table était invité à présenter les conclusions des discussions de la journée en précisant les points suivants :

- deux éléments principaux à explorer en lien avec l'organisation de services sur le territoire;
- deux recommandations pour rendre l'ajout de SIS dans le secteur acceptable;
- une suite à donner pour faire avancer l'implantation locale de SIS.

Un scénario d'offre régionale de SIS a découlé de cette journée, à partir duquel le travail s'est poursuivi, tant au niveau local que régional.

5.5 La consultation juridique

L'objectif de la consultation juridique était d'obtenir un avis sur les enjeux légaux liés aux SIS et les conditions qui permettraient leur mise en place à Montréal. Il y a donc eu, d'une part, des échanges avec le conseiller juridique de l'Agence de Montréal, axés principalement sur les enjeux professionnels liés aux lois en vigueur. D'autre part, une rencontre avec les contentieux de l'Agence de Montréal, de la Ville de Montréal et du SPVM a eu lieu afin de discuter des enjeux entourant l'application de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*

^{xxi} Les cinq secteurs ciblés étaient le Centre-ville, le Centre-Sud, le Plateau Mont-Royal, Hochelaga-Maisonneuve et le Sud-Ouest.

^{xxii} Il s'agissait d'un portrait sanitaire et de l'offre de service aux personnes UDI par territoire de CSSS; d'une cartographie « acceptabilité sociale » décrivant les tensions possibles en lien avec les SIS, les pratiques ou mécanismes qui peuvent aider à gérer ou diminuer ces tensions et les acteurs impliqués ; de présentations des scénarios possibles d'ajout de SIS sur le territoire; et d'un guide de discussion.

par le SPVM dans le cadre de l'implantation de SIS à Montréal. Essentiellement, au terme de cette rencontre, il a été décidé d'attendre et de s'appuyer sur le jugement de la Cour suprême du Canada concernant le SIS Insite à Vancouver.

5.6 La tournée du directeur de santé publique

Une tournée de consultation a été menée au cours de l'automne 2011 par le directeur de santé publique de l'Agence de Montréal auprès d'élus municipaux, provinciaux et fédéraux de la scène montréalaise, de décideurs de certains grands établissements ainsi que de représentants d'associations de citoyens et de commerçants. Selon le cas, ces contacts ont pris la forme de rencontres formelles, de conférences téléphoniques ou d'échanges de lettres et de courriels.

Cette tournée avait pour objectifs :

- de faire le point sur les problèmes de santé publique vécus dans certains territoires en lien avec l'injection de drogues et sur les programmes de prévention des ITSS chez les personnes UDI;
- de discuter de l'implantation d'une offre régionale de SIS;
- d'échanger sur les enjeux et les conditions d'acceptabilité de la mise sur pied de tels services.

5.7 Le travail avec les promoteurs de SIS

Afin d'élaborer l'offre régionale de SIS, diverses rencontres ont eu lieu entre la direction de santé publique et les directions de CSSS concernés, d'une part, et, d'autre part, les promoteurs de projet. Les objectifs de ces rencontres étaient de préciser la contribution, les rôles et la complémentarité de chacun des partenaires, d'évaluer les besoins en termes de ressources humaines et financières, d'identifier les enjeux organisationnels et professionnels et de caractériser plus concrètement le portrait de l'offre de service à mettre en place. Pour cela, des outils ont été proposés tels qu'une grille budgétaire et un scénario de proposition de SIS contenant les éléments à préciser.

5.8 Les évaluations des SIS: méthodologie et limites

Méthodologie

Il existe plusieurs dizaines d'évaluations primaires de l'impact des SIS, c'est-à-dire des études qui ont produit des données inédites sur des dimensions spécifiques de l'apport des SIS (les taux de surdoses dans les environs d'Insite avant et après sa mise en opération, par exemple). S'ajoute à cela un certain nombre d'évaluations dites secondaires : il s'agit d'analyses critiques

d'un ensemble plus ou moins important de recherches primaires réalisées, telles que celle effectuée par l'INSPQ⁶. La plupart de ces analyses portent sur des évaluations primaires concernant un SIS particulier, mais celle produite par l'INSPQ s'appuie sur la littérature publiée en anglais entre 2003 et 2008 concernant plusieurs SIS. En examinant la validité et la fiabilité des recherches, les évaluations secondaires fournissent une appréciation plus générale des connaissances et de leurs limites concernant l'impact des SIS. Enfin, il existe deux analyses critiques qui réfutent les résultats des évaluations sur le centre Insite de Vancouver⁹⁸ et le MSIC de Sydney⁹⁹, la première financée par la Gendarmerie royale du Canada et la deuxième par un lobby pro-prohibition australien. Ces analyses n'ont pas été prises en compte dans la partie 3 de ce rapport puisqu'elles ne sont ni fiables ni valides sur le plan scientifique, à tel point que même les procureurs du gouvernement canadien n'ont pas osé s'en servir en Cour Suprême du Canada lorsqu'on leur a demandé s'il y avait des évidences qui pointaient vers des effets négatifs du centre Insite.

Les résultats présentés dans ce rapport sont tirés principalement de l'analyse extensive de l'INSPQ, basée exclusivement sur les recherches publiées dans des revues scientifiques avec comités de lecture. C'est-à-dire que les articles recensés ont tous été évalués préalablement par des pairs sur leur qualité scientifique, incluant les questions de recherche, les cadres conceptuels et les méthodologies employées. Depuis la parution de l'Avis de l'INSPQ, d'autres résultats d'études ont été publiés; ils ont été pris en compte dans ce rapport. Dans ces cas, les sources sont indiquées.

Apports et limites des évaluations

Comme toute recherche, celles identifiées dans l'Avis de l'INSPQ comportent certaines limites. Les deux premières résident dans la difficulté à isoler l'effet des SIS : 1) de celui des autres services destinés aux personnes UDI; et 2) de d'autres phénomènes ou processus (par exemple les variations dans la qualité/pureté de l'héroïne ou des interventions répressives à l'égard des personnes s'injectant en public – phénomènes qui peuvent aussi influencer l'incidence de surdoses). Une troisième consiste en la difficulté, étant donné l'ampleur limitée des services évalués, à repérer des effets sur le plan populationnel (par exemple, leurs effets sur l'incidence du VIH ou des hépatites dans la population d'une ville). Enfin, les effets documentés jusqu'à maintenant sont des effets à court terme et, comme il est impossible de postuler que ceux-ci se maintiendront dans le temps, les effets à moyen et long termes ne pourront être connus qu'en poursuivant les efforts de recherche au cours des années prochaines. L'on peut ajouter que les évaluations concernent des services qui présentent des variations dans leur organisation et leur fonctionnement et que les résultats des évaluations en sont probablement au moins en partie tributaires. Par exemple, l'on peut penser qu'un service qui n'offre pas de soins de santé primaires pourrait moins bien réussir à stabiliser l'état de santé des usagers du service qu'un autre où de multiples services sont offerts. Ces limites n'empêchent toutefois pas de conclure que la prépondérance des évidences montre que les SIS ont plusieurs effets bénéfiques et aucun effet négatif. En somme, rappelons que :

- aucune évaluation primaire n'a mis en évidence d'effet négatif attribuable aux SIS;
- certaines évaluations primaires n'ont pas montré d'effet (négatif ou positif);
- une large majorité des évaluations primaires a mis en évidence des effets positifs attribuables aux SIS, tant sur le plan de la santé publique que celui de l'ordre public.

5.9 Les aspects organisationnels et la pratique professionnelle en SIS

Méthodologie

Trois SIS ont été étudiés plus en profondeur puisqu'ils permettent à eux trois d'avoir une représentation assez exhaustive de la diversité des paramètres organisationnels des SIS dans le monde. Il s'agit de : 1) Insite à Vancouver, projet de recherche canadien ouvert en 2003, recevant un fort volume d'injections par jour; 2) Quai 9 à Genève, site à volume moyen d'injections ouvert en 2001 et disposant d'une riche documentation sur les enjeux éthiques et organisationnels rencontrés à travers le temps; et 3) SAPS de la Croix-Rouge à Barcelone, premier SIS à voir le jour à Barcelone en 2003, site à faible débit faisant partie d'une offre de services multiples à travers la ville.

Pour recueillir l'information, les responsables des services ont été directement consultés, par communication téléphonique et par courriel et diverses sources documentaires ont été examinées, telles que rapports de recherche, articles publiés, protocoles et autres documents internes. Plus précisément, les documents internes et protocoles consultés sont les suivants :

Quai 9 :

- Règlement
- Les 4 postes de travail au Quai 9. Tâches et compétences - attitudes requises
- Protocole d'accès pour injection
- Points d'injection
- Les soins de base
- Techniques d'injection

Insite et Dr. Peter Center:

- Operational protocols

SAPS de la Croix-Rouge :

- Protocole de surdose à l'héroïne
- Protocole en cas de réaction aigue à la cocaïne
- Protocole de piqûre accidentelle
- Protocole de l'espace d'injection veineuse hygiénique assistée
- Consentement éclairé pour usage au sein des salles de consommation

- Normes et recommandations de sécurité professionnelles dans un espace d'injection veineuse assistée
- Services et heures de soins

Situations limites et défis rencontrés par le personnel de SIS

Voici d'autres situations problématiques détaillées afin d'illustrer les réflexions et les compromis qu'elles peuvent engendrer.

- L'injection et la préparation assistée

L'injection assistée par un tiers comporte des enjeux de supervision de l'injection, de responsabilité légale et de dépendance de l'utilisateur face à cette assistance. C'est pourquoi les trois SIS étudiés ont dû se pencher sur la question et en sont arrivés à différentes façons de la traiter.

D'abord, Insite et Quai 9 ne permettent pas à leurs employés d'injecter un usager, mais Insite les autorise toutefois à préparer l'injection d'un individu qui, pour des raisons d'incapacité physique (excluant un trop grand état d'intoxication), ne serait pas en mesure de le faire lui-même.

Le SAPS a, quant à lui, obtenu l'avis juridique du Collège des avocats de Barcelone et un cautionnement du Collège des infirmières qui autorise ses infirmières de canuler la veine (c'est-à-dire d'introduire l'aiguille dans la veine sans y injecter la drogue) d'utilisateurs dont le réseau veineux est trop abîmé, mais non pour ceux qui manquent d'expérience ou dont l'état de santé physique est incapacitant. Cela leur permet d'avoir accès à des utilisateurs qui sont de grands consommateurs et dont l'état de santé est souvent fortement dégradé.

Enfin, aucun des trois SIS étudiés ne permet l'injection assistée par un pair, et ce, pour diverses raisons. D'abord, pour des raisons légales, entre autres celle de la responsabilité légale, et de sécurité. Ensuite, parce que cela complexifie la supervision de l'injection. Enfin, parce que les SIS ne souhaitent pas encourager les situations d'extrême dépendance de l'utilisateur envers son «injecteur».

- Le partage de drogues

Aucun des trois SIS consultés, tout comme la majorité des SIS dans le monde, n'autorise le partage de drogues sur place. Toutefois, le responsable d'Insite reconnaît que cette règle entraîne des situations parfois complexes, puisque plusieurs utilisateurs partagent effectivement

leur drogue. Les intervenants ont dû trouver une alternative afin de contourner cette problématique, ce qui n'a toutefois pas simplifié les choses^{xxiii}.

De son côté, Quai 9 permettait le partage de drogues dans les premières années du service, mais a finalement interdit cette pratique puisqu'elle entraînait des problèmes de gestion des groupes de consommation et de trafic de drogues à l'intérieur du SIS.

Cette situation démontre bien que le choix des règles entraîne des conséquences et la nécessité de développer des compromis ou des ajustements parfois complexes.

– *Des usagers qui souhaitent s'injecter ensemble*

Dans les trois SIS étudiés, il n'est pas permis à deux usagers de s'injecter en même temps dans un même cubicule. Exceptionnellement, cette pratique est autorisée au MSIC de Sydney^{xxiv} où deux usagers arrivés ensemble peuvent s'installer dans un cubicule double et ainsi se prodiguer des conseils et s'injecter en même temps. Ils ne peuvent toutefois pas partager leur drogue ou s'injecter mutuellement.

– *Un usager qui souhaite quitter avec du matériel souillé*

Les trois SIS consultés ne permettent pas de quitter avec des seringues souillées et tentent autant que possible de limiter la sortie de matériel usagé. Cependant, la problématique des usagers qui n'utilisent pas la totalité de la drogue préparée ou qui souhaitent quitter avec leur *wash* demeure.

Pour Quai 9, la règle veut que si la drogue a déjà été préparée, mais non entièrement utilisée, elle est habituellement jetée. Par contre, la directrice reconnaît que «parfois, mieux vaut laisser l'usager partir avec son produit que de se retrouver dans une bagarre». À Insite, les usagers peuvent quitter avec de la drogue non utilisée ou leur *wash*, en autant qu'ils soient transférés dans du matériel stérile et qu'aucune seringue souillée ne sorte du SIS. De cette façon, les usagers ne ressentent pas l'obligation d'utiliser complètement la drogue préparée en une seule fois par peur de la perdre, ce qui pourrait engendrer plus de surdoses. On peut aussi penser que les usagers qui souhaitent quitter avec leur *wash* en vue de le réutiliser sont les plus défavorisés et parmi ceux que l'on souhaite retenir dans les SIS.

^{xxiii} On permet à certains usagers de venir préparer seul la drogue achetée à plusieurs, de la diviser dans le SIS, pour ensuite ressortir en la laissant sur place. Ils doivent ensuite repasser par l'accueil et l'admission en salle d'injection avec la ou les personnes avec lesquelles la drogue sera partagée. Chacun s'injecte seule dans son propre cubicule.

^{xxiv} Le MSIC (Medically Supervised Injecting Centre) de Sydney est le seul SIS en Australie. Ouvert en 2001 à titre de projet de recherche, le MSIC œuvre désormais, et ce, depuis 2010, à titre de service de santé.

5.10 La consultation auprès des personnes UDI

Méthodologie

La consultation a été menée en collaboration par la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal et l'Association pour la Défense des Droits et l'Inclusion des personnes qui Consomment des drogues du Québec (ADDICQ). Pour participer à la consultation, une personne devait s'être injecté des drogues au cours du mois précédent et être en mesure de fournir un consentement éclairé. La collecte de données s'est faite à l'aide d'un questionnaire à questions fermées, disponible en français et en anglais. Chaque répondant donnait son consentement écrit au début de l'entrevue et recevait une somme de 15\$. Les entrevues, qui duraient environ une heure, ont été effectuées par des membres de l'ADDICQ et par des intervenants de différents organismes, communautaires et du RSSS, offrant des services aux personnes UDI. Le recrutement a été fait par ces pairs et ces intervenants dans les CAMSI, au Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD), dans la rue et dans les parcs.

Questionnaire

Le questionnaire^{xxv} de 46 questions est divisé en quatre sections :

- 1) des questions portant sur les données sociodémographiques (sexe, âge, quartier de résidence et lieux de résidence en été et en hiver), sur les pratiques d'injection de drogues (lieux d'injection en été et en hiver, drogues injectées, fréquence d'injection, âge du début d'injection, l'injection par d'autres) et sur les surdoses (drogues consommées, consommation d'alcool, interventions requises);
- 2) une question sur l'utilisation potentielle de SIS par le répondant; selon la réponse donnée, le questionnaire se poursuivait à la section 3 ou à la section 4;
- 3) des questions destinées aux personnes ayant répondu qu'elles utiliseraient les SIS, les utiliseraient peut-être ou ne savaient pas si elles les utiliseraient. Elles concernent différents aspects de l'utilisation projetée des SIS par ces personnes (fréquence, localisation, horaire privilégié) et de l'acceptabilité, pour elles, de diverses propositions de fonctionnement (supervision, temps d'attente, règlements, personnel, aménagement de la salle d'injection, autres services offerts) ;
- 4) des questions destinées aux personnes ayant répondu qu'elles n'utiliseraient pas les SIS. Cette section comportait presque toutes les questions de la section 3, mais formulées de manière à couvrir l'utilisation et l'acceptabilité pour les personnes UDI en général. Cette section contenait également une question sur la raison pour la non utilisation potentielle des SIS.

^{xxv} Le questionnaire a 27 pages; il n'est donc pas reproduit ici.

Détails complémentaires sur l'utilisation potentielle des SIS par ceux qui les utiliseraient

– Aménagement de la salle d'injection

Six aménagements possibles étaient présentés aux répondants à l'aide de photos. Les aménagements considérés les meilleurs par les plus grandes proportions de répondants sont : cubicules, sans miroir, dos au mur (25%), cubicules avec petit miroir dans chacun qui permet de voir les bras (24%) et cubicules avec grand miroir dans chacun (19%).

– Règles de fonctionnement

Dix-huit règles possibles ont été présentées aux répondants. Pour chacune, le répondant devait indiquer s'il la trouvait acceptable, si elle représenterait un obstacle à l'utilisation d'un SIS ou si elle était inacceptable.

Les règles jugées acceptables par 80% et plus des répondants :

- Sanction si non respect du code de vie (97%)
- Obligation d'utiliser le matériel fourni par le SIS (94%)
- Obligation de s'inscrire à chaque visite de façon anonyme via un code (91%)
- Interdiction de s'injecter dans les parties génitales (91%)
- Obligation de s'injecter soi-même (88%)
- Interdiction de sortir le matériel usagé de la salle, incluant le stéricup® (wash) (81%)

Les règles jugées acceptables par 60 à 79% des répondants :

- Limite d'une personne par cubicule (79%)
- Interdiction de s'injecter dans le cou (79%)
- Interdiction de partager la drogue (78%)
- Limite de 30 minutes par visite (76%)
- Obligation de signer un contrat lors de la première visite (75%)
- Limite de trois injections par visite (75%)
- Obligation de dire ce qui sera consommé et l'a été durant les 12 dernières heures (71%)
- Interdiction de faire des wash (69%)
- Obligation d'attendre 10-15 minutes dans la salle de répit avant de quitter le SIS (66%)

Les règles jugées acceptables par moins de 60% des répondants :

- Observation de toutes les injections par le personnel (59%)
- Obligation de s'inscrire à chaque visite avec nom et date de naissance (53%)
- Limite d'une injection par visite (50%)

– *Autres services nécessaires sur place*

Les répondants devaient indiquer, pour une douzaine de services, s'ils jugeaient «nécessaire», «intéressant mais non nécessaire» ou «non intéressant» qu'ils soient offerts sur place dans un SIS. Au moins deux répondants sur trois ont jugé les services suivants nécessaires : premiers soins liés à l'injection (90%), référence en désintoxication et traitement de la toxicomanie (74%), dépistage des ITSS avec counseling pré et post-test (71%), accès à une douche (69%) et vaccination contre les hépatites A et B (68%).

5.11 La consultation auprès des intervenants

Méthodologie

Quatre groupes de discussion ainsi qu'un entretien téléphonique ont été effectués auprès d'intervenants clés œuvrant au sein d'organisations offrant des services aux personnes UDI. Au total, 25 personnes ont été consultées comprenant des infirmières, des médecins, des intervenants communautaires et psychosociaux, des pairs aidant, des travailleurs de rue, des coordonnateurs de l'intervention et des directeurs. Elles provenaient de CSSS, d'organismes communautaires et d'OSBL, de services de traitement en toxicomanie (substitution et dépendance), de l'ancien projet Naomi et d'hôpitaux.

L'objectif de cette consultation était de répertorier les pratiques actuelles et passées liées à la supervision et à la tolérance de l'injection de drogues et de mieux comprendre les problématiques organisationnelles, éthiques et professionnelles rencontrées par les intervenants. À la fin, il s'agissait de recueillir leurs recommandations concernant l'organisation des futurs SIS.

Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été conçu à partir de la revue de littérature, de la consultation de divers responsables de SIS et des échanges au sein du groupe de travail sur l'organisation des services. Ceci a permis d'élaborer un entretien en distinguant la séquence de la pratique avant, pendant et après l'injection.

1. Mise en contexte

Présentation des participants et du contexte dans lequel se situe leur expérience en lien avec la supervision de l'injection de drogues (organisation, rôle professionnel, situation...).

2. Pratiques professionnelles

Échange sur les services offerts par les organisations des participants en lien avec la supervision de l'injection (avant, pendant ou après) :

Avant l'injection :

- le counseling sur l'injection à moindre risque (zones corporelles privilégiées, utilisation du matériel et préparation de l'injection)
- la gestion de la consommation et de la surconsommation
- l'aide à trouver une veine

Pendant l'injection

- la tolérance de l'injection (circonstances, lieux, temps alloué, fréquence, etc.)
- la supervision de l'injection (pratiques, assistance à l'injection, etc.)

Après l'injection

- le répit post-injection récente
- la gestion des surdoses et des autres complications

3. Contexte organisationnel favorisant la pratique

- difficultés rencontrées liées à la supervision de l'injection sur le plan organisationnel, médical ou éthique
- éléments facilitants sur le plan organisationnel, médical ou éthique pour la supervision de l'injection

4. Recommandations pour le développement de services d'injection supervisée

5.12 La consultation auprès d'Urgences-santé

Guide d'entretien

1. Administration de la naloxone par les techniciens ambulanciers paramédics
2. Partenariats déjà en cours avec des institutions de santé
3. Exemples de protocoles d'intervention quand d'autres professionnels de la santé sont déjà sur place
4. Protocoles et partenariats à mettre en place advenant l'ouverture de SIS :
 - a. critères pour appeler l'ambulance
 - b. rapport d'intervention effectuée dans le SIS avant l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics
 - c. éléments à divulguer aux techniciens ambulanciers paramédics à leur arrivée
 - d. mode de fonctionnement entre les intervenants du SIS et les techniciens ambulanciers paramédics
 - e. refus de transport avec un consentement libre et éclairé
 - f. collaborations interinstitutionnelles (par exemple, avec le 9-1-1; affiliation d'un SIS à une urgence hospitalière précise)

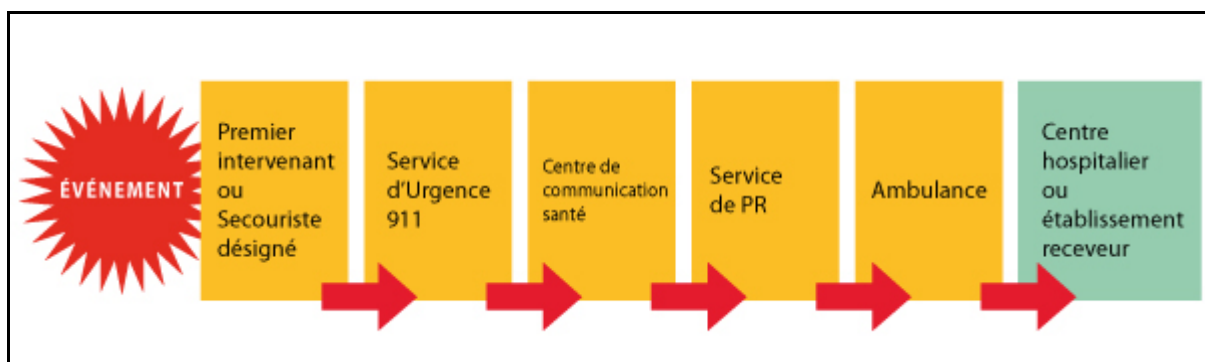
Résultats complémentaires

- Urgences-santé (U-S) est une entité publique régie par la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, sous la gouverne directe du MSSS. U-S a également un rôle d'agence pour le

préhospitalier et réalise donc la planification et l'organisation de l'ensemble des services préhospitaliers pour Montréal et Laval.

- Au Canada, le terme « paramédic » fait référence à la profession qu'exerce le professionnel en service préhospitalier. Au 31 mars 2010, U-S comptait 838 techniciens ambulanciers paramédics.
- Les activités professionnelles des techniciens ambulanciers paramédics sont inscrites dans le *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence* et correspondent à deux niveaux de soins (primaires et avancés) pouvant être administrés selon le degré de formation.
- Il y a actuellement 12 techniciens ambulanciers paramédics de soins avancés actifs à Montréal qui sont affectés à certains appels de priorité 1, c'est-à-dire laissant suspecter les urgences médicales les plus sévères. Il s'agit donc d'une seule équipe disponible par jour, ce qui ne permet pas une couverture à 100% des besoins de la région. Ce sont actuellement les seuls techniciens ambulanciers paramédics pouvant administrer de la naloxone. Toutefois, les paramédics de soins primaires pourront administrer ce traitement lorsque la formation sera disponible d'ici quelques années. Cette formation pourrait être priorisée advenant l'implantation de SIS.
- Les diverses composantes de la chaîne d'intervention préhospitalière sont :
 - le premier intervenant ou le secouriste désigné (s'il y a lieu)
 - le service d'urgence 9-1-1
 - le centre de communication santé (CCS)
 - les services de premiers répondants (PR)
 - les services ambulanciers (U-S)

Figure 7 : La chaîne d'intervention préhospitalière



Source : (Dicaire, 2000, p. 121)¹⁰⁰

- À Montréal, c'est le Service d'incendies qui est le premier répondant. Il pourrait être convenu à l'avance de ne pas l'envoyer lorsqu'un appel est placé à partir d'un SIS et de privilégier les techniciens ambulanciers paramédics en première instance.
- Dans les cas d'intoxication, même si les protocoles autorisés pour les paramédics de soins primaires prévoient l'administration de la naloxone et de midazolam lors de convulsions, seuls les paramédics en soins avancés détiennent la formation requise pour les appliquer.
- Afin d'établir une entente particulière entre U-S et les divers SIS, certains éléments devront être déterminés à l'avance, par exemple, la procédure d'appel au 9-1-1, les informations à fournir, la nécessité d'envoyer ou non les premiers répondants, le service d'urgence associé à chacun des SIS advenant des ententes interétablissements, la procédure lors de refus de transport, etc.
- Le refus de transport peut être problématique pour U-S. Le protocole « transport sans consentement » prévoit l'appel des policiers, advenant un comportement dangereux réel ou immédiat. Cependant, en l'absence de comportement dangereux, le paramédic doit s'assurer que l'utilisateur est apte à prendre une décision libre et éclairée et faire valider cette aptitude du patient par le paramédic-instructeur. Les paramédics ne sont pas autorisés à effectuer un transport forcé. S'ils jugent le transport nécessaire, ils doivent alors faire intervenir les policiers. La présence dans le SIS d'une infirmière pouvant assurer le suivi médical immédiat d'un patient refusant un transport rendrait ce refus moins problématique et dangereux.
- Outre certaines situations précises ou des profils de personnes particuliers, lorsque U-S effectue un transport ambulancier, le coût de base est établi à 125 \$. Étant donné le grand nombre d'utilisateurs des SIS qui ne posséderont pas d'assurances et de carte de la RAMQ, ainsi que leur faible capacité attendue à payer d'éventuels frais de transport, des modalités devraient être prévues afin de prévenir les diverses problématiques.

5.13 La consultation auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Guide d'entretien

1. La pratique professionnelle des infirmières

- a. les divers types d'infirmières, leur formation, leurs champs d'exercice et actes réservés
- b. la différence entre profession d'exercice exclusif (infirmière) et profession à titre réservé (infirmière auxiliaire)
- c. les actes réservés et les exceptions possibles
- d. l'impact des réformes législatives de 2002 (*Loi 90*) et 2009 (*Loi 21*)
- e. l'embauche d'une infirmière

2. Les actes professionnels dans le cadre d'un SIS

La liste ici-bas précisant les actes possibles en SIS a été utilisée pour les fins de l'entretien.

- a. les actes pouvant être endossés par une infirmière sans ordonnance individuelle ou collective
- b. les rôles joués par d'autres professionnels
- c. l'ajout de la supervision de l'injection de drogues dans un continuum de soins déjà en place pour les populations toxicomanes

EXEMPLES D'ACTES QUI POURRAIENT ÊTRE EXÉCUTÉS EN SIS
– Évaluer l'état général du patient – Évaluer l'état d'intoxication – Évaluer l'interaction entre les diverses drogues et les risques de la consommation à venir – Juger de la nécessité d'interdire ou de retarder l'accès à la salle de consommation – Observer l'injection – Aider à trouver une veine – Reconnaître la présence d'une intoxication sévère et/ou d'une complication nécessitant une intervention – Reconnaître l'indication d'appeler les services ambulanciers – Reconnaître la présence de problèmes de santé mentale et référer au besoin

5.14 L'analyse des enjeux d'acceptabilité sociale et politique des SIS

Le groupe de travail a discuté des enjeux d'acceptabilité sociale pour les acteurs suivants : personnes UDI, travailleurs du milieu communautaire, professionnels de la santé, élus et professionnels municipaux, policiers, résidents et commerçants. Le processus consistait à ce que chacun des membres du groupe de travail tente d'identifier les conditions d'acceptabilité des SIS pour chacun de ces acteurs. Dans de nombreux cas, les acteurs concernés étaient représentés dans le groupe, mais certains qui ont fait l'objet de discussions n'y étaient pas – comme les associations de résidents et de commerçants ainsi que les élus.

Voici une synthèse des discussions qui ont eu lieu. Les propos sont ceux des représentants d'acteurs concernés autant que ceux des autres participants qui envisageaient comment la question des SIS pouvait être perçue par différents groupes d'acteurs montréalais.

Les personnes UDI

- Les SIS doivent être adaptés aux conditions de vie des personnes que l'on souhaite joindre (localisation des services à proximité de leur milieu de vie, horaires, accueil, aménagement des lieux, règles et fonctionnement).
- Le processus d'inscription au SIS doit protéger l'anonymat.
- Les intervenants des SIS doivent respecter le désir de non intervention des usagers malgré l'inscription des SIS dans des continuums de services.
- La surveillance policière de l'environnement des SIS doit être effectuée de manière à ne pas empêcher les personnes UDI de les fréquenter.
- L'implication des pairs dans l'organisation des SIS est souhaitée.

Les travailleurs du milieu communautaire

- Certains organismes pourraient craindre de recevoir un fardeau de responsabilité plus grand en hébergeant un SIS.

Les professionnels de la santé

- Le contexte budgétaire et organisationnel difficile du RSSS pourrait générer des tensions au sujet des arbitrages d'allocation des ressources.
- Les positions peuvent varier de façon importante selon la profession et le milieu de travail, les critères normatifs qui y sont associés et le type de clientèle desservie (par exemple, une infirmière de proximité qui travaille auprès d'une clientèle UDI peut être plus favorable aux SIS que celle qui travaille en traitement de la dépendance dans une visée d'abstinence).
- Les professionnels non impliqués dans l'offre de service aux personnes UDI doivent être bien informés sur l'apport des SIS afin d'y référer dans les situations appropriées.
- Les professionnels des autres services pourraient craindre une hausse de la demande pour leurs services, notamment en traitement de la dépendance et en substitution.
- Des corridors de services mal définis pourraient compliquer l'accueil des populations vulnérables.

Les élus et les professionnels municipaux

- Ils supporteraient les SIS dans la mesure où ils ne créent pas de déséquilibre entre la santé publique et la sécurité publique.
- Ils supporteraient les SIS dans la mesure où ce sont des lieux à bas seuil d'accessibilité et sécuritaires.
- Les élus souhaiteraient probablement être outillés afin de répondre aux préoccupations des citoyens.

Les policiers

- L'illégalité des substances consommées dans les SIS pose problème pour le SPVM : les SIS requièrent la tolérance des policiers à l'égard d'un comportement qui est passible de sanctions criminelles (la possession de substances contrôlées par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*). (*Le jugement de la Cour Suprême a cependant clarifié le positionnement du SPVM à ce sujet.*)
- Le SPVM pourrait redouter que les SIS provoquent une hausse du nombre d'appels de résidents.
- Il est souhaité que le SPVM joue un rôle actif dans le maintien de l'ordre public autour des SIS en incitant les personnes UDI s'injectant en public à les utiliser.

Les résidents (autres que personnes UDI) et leurs associations

- Ils peuvent être préoccupés par un effet potentiel de concentration de personnes UDI en situation de grande précarité dans leur milieu de vie : attroupements dans les environs des SIS ; peur de se faire attaquer ; mauvais exemple pour les enfants ; seringues à la traîne ; trafic de drogues en public ; prostitution de rue ; incivilités et délits ; intoxication dans l'espace public.
- Selon les représentants des tables de quartier, les résidents et leurs associations souhaitent :
 - un numéro de téléphone (autre que celui du SPVM) en cas de problème ;
 - l'implication directe du RSSS dans les SIS ;
 - être consultés avant la mise en opération des SIS.

Les commerçants et leurs associations

- La présence de personnes itinérantes, de toxicomanes et de travailleuses du sexe est déjà un irritant pour les commerçants. Certains souhaitent probablement une meilleure gestion de ces phénomènes, alors que d'autres pourraient voir les SIS comme des pistes de solution.
- Comme les résidents, ils peuvent être préoccupés par un effet potentiel de concentration de personnes UDI en situation de grande précarité dans leur environnement commercial et les irritants qui y sont liés.
- Ils peuvent être préoccupés par la stigmatisation du quartier qui peut avoir un effet sur leur commerce et leurs bénéfices.

Dans l'ensemble, une attente démesurée par rapport aux SIS pourrait provoquer des réactions négatives quand les bénéfices ne se feront pas sentir.

5.15 La consultation auprès du Service de police de la Ville de Montréal

Une quinzaine de policiers ont participé à un groupe de discussion animé par deux représentants du SPVM qui ont participé à l'ensemble de la démarche et par la responsable médicale de l'équipe ITSS de la DSP. Ils étaient commandants, lieutenants, superviseurs, agents sociocommunautaires ou membres de l'équipe EMRII et provenaient des postes de quartier où des projets de SIS sont envisagés. Tout au long de la rencontre, les policiers ont pu obtenir des réponses à leurs questions de la part de l'un ou l'autre des animateurs.

Guide d'entretien

1. Mot de bienvenue.
2. Présentation du projet d'implantation de services d'injection supervisée (SIS) à Montréal en tant qu'une stratégie parmi d'autres de prévention-promotion des ITSS auprès des personnes qui s'injectent des drogues.
3. Participation du SPVM dans le cadre de la démarche.
4. Échanges sur les enjeux que présentent les SIS pour les services policiers (autres que celui de la légalité de ce service).
 - a. Contexte et dénouement des interventions policières auprès des usagers de drogue par injection et des nuisances (ex. : personnes intoxiquées, conflits, situations de détresse, surdoses, trafic de drogues, seringues à la traîne, etc.).
 - b. Dynamique actuelle de collaboration entre les policiers et les différents services offerts aux usagers de drogue par injection, dont les programmes d'échange de seringues.
 - c. Perception des défis que peuvent représenter pour l'intervention policière l'implantation de SIS sur le territoire.
 - d. À partir des échanges et des expériences positives de collaboration à divers projets (ex. entente avec le Refuge des jeunes, projet EMRII), les propositions pour :
 - améliorer la collaboration avec les programmes d'échange de seringues;
 - répondre aux défis que représente l'implantation de SIS;
 - faciliter l'implantation de SIS.
5. Les prochaines étapes.

Synthèse des échanges

Les principaux éléments qui sont ressortis des discussions avec les policiers rejoignent ceux identifiés dans la littérature et par les représentants du SPVM aux différentes rencontres interdisciplinaires qui ont eu lieu dans le cadre de l'étude de faisabilité (c'est-à-dire au comité de pilotage et dans les groupes de travail sur l'organisation des services et sur l'acceptabilité sociale des SIS).

Les policiers présents ont émis plusieurs réserves quant à l'implantation des SIS, mais ils ont surtout discuté d'un certain nombre d'enjeux qui peuvent se traduire en autant de conditions

de collaboration pour le SPVM à ces services. Il s'agit des enjeux entourant la légalité du service, de son acceptabilité par la population, du type de services offerts, du rôle des intervenants, des moyens mis en œuvre pour rejoindre la clientèle ciblée, de la sécurité des lieux et des alentours, des ententes de collaboration à prévoir en vue d'assurer le bon fonctionnement, des mécanismes de communication à déployer et du suivi du projet.

Les réserves générales des policiers à l'égard de l'implantation des SIS

Les réserves habituelles des personnes à l'égard des SIS ont été exprimées par les policiers. Par exemple, ils ont évoqué l'impact négatif potentiel de ce type de service sur la qualité de vie d'un quartier (trafic de drogues, attroupement, etc.) et craignent que cela ne banalise la consommation de drogues, augmente le nombre de consommateurs ou incite à ne pas abandonner la consommation. Aussi, à plusieurs reprises, on a pu dénoter dans leur discours un scepticisme quant à l'impact potentiel des SIS sur la réduction des nuisances liées à la consommation et sur les consommateurs eux-mêmes et, face aux impacts non attendus des services, ils redoutaient que cela alourdisse leur travail. Plusieurs allégations s'appuyaient sur leurs propres expériences ou celles de d'autres. Par exemple, il a été question de l'expérience des policiers de Vancouver en lien avec le centre Insite et celle des policiers de Montréal avec les centres Compassion (surtout celui situé à Lachine) et des problèmes de nature policière que ces centres ont entraînés (nuisances, problèmes de cohabitation, trafic de drogues à proximité ou sur les lieux, etc.).

Les réserves à l'égard des SIS ne se limitaient toutefois pas à ces aspects. Plusieurs interventions ont porté sur la valeur ajoutée potentielle de ces services. Ils remettaient en question notamment le fait qu'on ajoute un service de santé, destiné à un petit groupe de la population, sans qu'on n'ait tout essayé avec les services déjà en place. Plusieurs de ces services sont perçus comme étant fermés sur eux-mêmes (et centrés sur leurs propres usagers), d'où l'impression d'un manque de cohérence et de communication entre eux. C'est comme s'ils ne partageaient pas la responsabilité d'offrir des services aux mêmes individus. Selon certains policiers, il serait possible de faire davantage et mieux à partir des services existants. Dans le même ordre d'idée, on critiquait les obstacles d'accès aux services par la population UDI que l'on ne règle pas.

Par ailleurs, les policiers ont souligné à plusieurs reprises le point commun de leur mandat avec celui des intervenants sociaux et de santé, soit de venir en aide aux personnes et à la population. Dans ce cadre, les réserves exprimées par les policiers à l'égard des SIS ne remettaient nullement en question le fait qu'ils considèrent comme très important l'accès des personnes UDI à des services qui pourraient les aider.

La légalité des SIS

Des discussions ont aussi porté sur la légalité des SIS qui préoccupait beaucoup les policiers présents. Le sujet a toutefois été clos rapidement puisque la position du SPVM à ce sujet leur a été partagée. En effet, il a été dit que si la légalité des SIS n'était pas reconnue, le SPVM allait se retirer de la démarche et qu'il ne pouvait approuver leur implantation à Montréal, d'autant plus qu'il pourrait lui revenir de les fermer.

Cela dit, les policiers ont aussi été informés que la consultation n'était pas faite en vain, puisqu'elle permettait de sensibiliser la DSP aux réalités policières en lien avec les personnes UDI et leurs relations avec les services qui leur sont offerts (par exemple, les programmes de distribution de seringues).

L'acceptabilité des SIS par la population

Les policiers présents étaient sceptiques quant à l'acceptabilité des SIS par les citoyens et les élus. Plusieurs avaient la certitude qu'il y aura une levée de boucliers. Cette impression s'appuyait sur ce qu'ils connaissent de l'opinion publique à l'égard des problèmes de cohabitation dans l'espace public avec les populations marginales. À cet égard, ils ont reconnu que parmi ceux qui dénoncent les problèmes de cohabitation, certains considèrent qu'il faut plus d'aide pour les populations vulnérables, alors que d'autres veulent simplement éliminer le problème.

Dans le même ordre d'idée, les policiers ont mentionné que le choix du lieu où allait s'établir un SIS ne pouvait se faire au hasard et que des citoyens pourraient le contester: c'est le «pas dans ma cour!»

Les types de services offerts sur place

Quelques interrogations ont été énoncées au sujet du type de services offerts sur place : quelles seront les compétences des organismes pour gérer les problématiques? Est-ce qu'il y aura des formations spécifiques pour les personnes qui interviendront? Quel sera le contrôle exercé sur les problématiques? Actuellement, les policiers ont connaissance qu'il y a dans les organismes communautaires de Montréal plusieurs situations problématiques (personnes en crise, aux prises avec des problèmes de santé mentale, violence, personnes abusées, etc.) qui sont laissées sans suivi. Pour les policiers, ce problème est lié notamment à l'absence ou à la rareté de personnel de santé et d'intervenants spécialisés sur place. Différents organismes seraient dans cette situation. Afin d'éviter que des personnes se retrouvent sans suivi, les policiers considéraient essentiel que du personnel médical et/ou spécialisé soit présent à l'intérieur des éventuels SIS.

Le rôle des intervenants auprès des usagers des SIS

Concernant leur expérience avec les programmes de distribution de seringues, plusieurs interventions des policiers ont porté sur le manque de contrôle du comportement des usagers par les intervenants, surtout aux abords des organismes. Des policiers auraient notamment été témoins de situations qui auraient pu, selon eux, être tempérées par des intervenants : des usagers qui boivent de l'alcool sur la voie publique, des conflits (par exemple, batailles, cris, menaces), des comportements provocateurs (par exemple, se lancer un frisbee d'un bord à l'autre de la rue), etc.

Pour plusieurs policiers présents, les intervenants des organismes ne s'attardent pas au portrait global de la situation et à l'impact que leurs usagers peuvent avoir sur leur environnement et qui peut nuire aux services qui leur sont offerts ainsi qu'à la tolérance de la population à leur égard.

Dans ce contexte, les policiers souhaitaient que les intervenants des programmes de distribution de seringues interviennent et sensibilisent davantage leurs usagers et qu'ils exercent un meilleur contrôle sur ces derniers autour de l'organisme et ailleurs (tel que dans les parcs). Ils ont cité l'exemple du Carré Viger qui, chaque été, est occupé par des personnes marginalisées, ce dont se plaignent les voisins. Malgré les diverses tentatives de concerter les efforts (incluant le plan d'action concerté et multidisciplinaire de l'été 2011), la situation se dégrade à un point tel au cours de l'été que les policiers doivent expulser les personnes du parc. Selon eux, des moyens auraient pu être pris pour éviter qu'une intervention policière soit requise.

C'est dans ce contexte que les policiers rencontrés ont recommandé que les intervenants s'impliquent davantage dans la régulation des situations problématiques autour des organismes et dans les parcs et que diverses initiatives soient prises pour favoriser une meilleure cohabitation. Par exemple, les tournées régulières de ramassage de seringues à la traîne sur la voie publique.

Les moyens mis en œuvre pour joindre la clientèle ciblée

Des policiers s'interrogeaient sur la façon dont les personnes UDI les plus marginalisées seront jointes, clientèle avec laquelle les policiers sont le plus souvent en contact. Certains considéraient qu'il n'y a pas assez de travailleurs de proximité et que ces derniers semblent parfois dépassés par les événements. Autrement dit, vers quoi ou qui les policiers pourront-ils se tourner pour que les personnes UDI les plus marginalisées accèdent à des services qui leur sont adaptés?

La sécurité des lieux et des alentours

Même s'il a été dit qu'il n'y aurait pas de zone de tolérance policière, c'est-à-dire un secteur où les policiers n'interviennent pas, plusieurs doutes ont été exprimés quant au fait que les SIS n'entraîneront pas une augmentation des problèmes de cohabitation liés à des incivilités. Selon les policiers rencontrés, certains intervenants considèrent que la police ne devrait pas intervenir aux abords de leur organisme (trottoirs, ruelles, etc.), que ce soit auprès d'un usager de l'organisme ou non, et critiquent le fait de garer une voiture de patrouille à proximité, même si la raison est légitime.

Bref, les policiers sentent leur façon de faire fortement critiquée, tout en considérant que le motif et le résultat de leurs interventions leurs appartiennent et qu'ils sont encadrés par des balises bien établies. Dans ce contexte, comment bien arrimer le travail des uns et des autres?

Les ententes de collaboration à prévoir

Si les policiers rencontrés étaient d'avis qu'il doit y avoir des ententes de collaboration, un certain scepticisme a été exprimé quant à celles qui pourraient être envisagées : déjà avec les techniciens ambulanciers d'Urgences-santé et d'autres travailleurs de la santé, les collaborations sont parfois difficiles à cause des mandats différents. Il y a des problèmes, notamment sur le plan du partage des informations de base ainsi qu'à l'égard des manières d'intervenir dans les établissements. Tous ont leur mission et tendent à s'ancrer dans celle-ci.

Autrement dit, les policiers s'interrogeaient sur les façons de collaborer sans se nuire et nuire aux missions respectives? L'expérience avec les programmes de distribution de seringues tend à démontrer qu'il y a plusieurs écueils à ce niveau. Bien que des ententes soient prises et que certaines choses se déroulent bien, il y a parfois des tensions. Par exemple, les policiers se sentent souvent perçus comme des personnes à qui les intervenants ne peuvent pas parler.

Malgré tout, plusieurs initiatives étaient soutenues par les policiers pour améliorer la situation de vie des personnes UDI et les relations avec ces partenaires, malgré des cultures très différentes. À ce sujet, un policier a fait référence au journal *L'Injecteur* pour illustrer comment ils sont parfois loin les uns des autres. Un malaise existe aussi avec le fait que certains intervenants ne remettent jamais en question ce que des usagers leur rapportent de leur expérience avec la police. Cela mène souvent à des situations conflictuelles inutiles. Et, si les policiers comprennent bien le lien de confiance qui doit exister entre les intervenants et les usagers, ils jugent que les intervenants devraient également pouvoir établir de bons liens avec les intervenants d'autres secteurs d'intervention, comme les policiers, et ce, dans le meilleur intérêt de tous, incluant des usagers et de leur sécurité.

Les mécanismes de communication à déployer

À la lumière des enjeux qui précèdent, qui doivent être travaillés et discutés en vue d'une collaboration éventuelle, il a été fortement suggéré de prévoir le déploiement de bons mécanismes de communication. Plus précisément, trois niveaux de communication ont été identifiés comme étant primordiaux :

- 1) pour tenir les citoyens informés;
- 2) pour améliorer le dialogue entre les organismes et la police;
- 3) pour que l'évolution de la situation soit partagée au fur et à mesure entre les partenaires impliqués.

Le suivi du projet

Un dernier élément a été discuté lors de la rencontre. Il s'agit de l'importance d'avoir un mécanisme de suivi et de vigie bien établi sur l'occupation de l'espace public aux abords d'éventuels SIS. Dans ce cadre, différents indicateurs devraient être utilisés de manière à bien évaluer l'impact qu'un SIS pourrait avoir sur son environnement. De plus, l'objectivité de ce suivi doit être assurée, c'est-à-dire qu'il doit permettre de répondre aux préoccupations des différents secteurs impliqués.

Annexe 6. Le communiqué de l'Association canadienne de santé publique

La santé publique salue la décision de la Cour suprême au sujet du site d'injection supervisé de Vancouver

Vendredi 30 septembre 2011

OTTAWA – Par décision unanime, la Cour suprême du Canada a aujourd'hui ordonné à la ministre fédérale de la Santé d'accorder une exemption au site d'injection supervisé de Vancouver (Insite) conformément à l'art. 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS).

L'Association canadienne de santé publique (ACSP) salue la décision et prend note du fait que le site d'injection supervisé de Vancouver (Insite) et ses programmes essentiels constituent une approche intégrée face aux besoins de santé des personnes qui utilisent des drogues injectables.

« La toxicomanie est un problème de santé et non de justice pénale, a affirmé la chef de direction de l'ACSP, Debra Lynkowski. Cette décision est un pas important vers la promotion et la protection à la fois du droit individuel de la personne toxicomane à la vie, à la liberté et à la sécurité, et du droit du public à la santé et à la sécurité. »

Les résultats de plus de 50 articles scientifiques évalués par des pairs prouvent irréfutablement qu'Insite a un impact positif sur la santé des utilisateurs de ses services, ainsi que sur la collectivité environnante.

« Selon le principe d'intendance appliqué en santé publique, les gouvernements ont le devoir d'agir de manière à améliorer la santé individuelle et collective, a indiqué M^{me} Lynkowski. Collectivement, nous avons la responsabilité de protéger la santé de tous les Canadiens, peu importe leurs circonstances. »

De nombreux Canadiens qui utilisent des drogues injectables vivent en marge de la société et ont de grandes difficultés à obtenir des services sociaux. Pour beaucoup de ces gens, l'idée d'arrêter de consommer de la drogue ou de chercher de l'aide pour se libérer de leur dépendance peut sembler impossible.

« La réduction des méfaits est l'un des quatre piliers d'une stratégie globale contre la drogue, et Insite représente un outil d'une importance capitale pour la santé publique, a ajouté M^{me} Lynkowski. Devant l'examen réfléchi de la Cour, nous avons bon espoir que la ministre prendra les dispositions nécessaires. »

* Les trois autres piliers sont la prévention, le traitement et l'application de la loi.

Annexe 7. Les objectifs d'un service d'injection supervisée, les moyens mis en oeuvre pour les atteindre et les indicateurs permettant d'évaluer leur atteinte

Objectifs généraux des SIS et moyens employés	Objectifs spécifiques	Indicateurs
1. Rejoindre des populations qui n'accèdent pas aux services de santé existants (services traditionnels et autres services de réduction des méfaits) Moyens : localisation dans les secteurs où se concentrent les injecteurs; heures d'ouverture étendues; offre de services à bas seuil	• Rejoindre une population très marginalisée • Fidéliser les usagers aux services de soins de santé (soins primaires, prévention)	• Profits des usagers des SIS • Patrons d'utilisation des SIS • Fréquentation des SIS • Satisfaction des usagers à l'égard des services • Environnement-actions de la police et des autres acteurs à proximité des SIS • Satisfaction des usagers des SIS
2. Diminuer la mortalité et la morbidité liées aux surdoses Moyens : supervision médicale de l'injection permettant d'intervenir en cas de surdose; création d'un environnement où l'injection n'est pas susceptible d'être précipitée	• Réduire les surdoses • Réduire la morbidité associée aux surdoses	• Décès par surdose • Morbidité à la suite de surdoses • Patrons d'utilisation de drogues, degré d'intoxication et fréquence de la consommation • Modification des conditions environnementales des surdoses • Injections au SIS / Injection en public
3. Réduire les risques à la santé inhérents aux pratiques d'injection des personnes UDI Moyens : activités éducatives sur place et lors de l'injection aux techniques d'injection sécuritaires; fourniture de matériel d'injection stérile; création d'un environnement salubre et sécuritaire	• Prévenir le partage du matériel d'injection • Prévenir l'injection précipitée • Réduire les comportements à risque au-delà du SIS	• Efficacité de l'éducation à l'injection sécuritaire • Statistiques sur les seringues et autre matériel mis à la disposition des personnes UDI • Pratiques d'injection des personnes UDI (injections au SIS/Injections en public, réutilisation de matériel; partage de seringues; positionnement de seringues...) • Taux de VHC et de VIH chez les personnes UDI et dans la population plus largement
4. Minimiser les nuisances associées à l'injection de drogues dans les lieux publics Moyens : récupération de seringues; coordination avec les activités policières	• Réduire l'injection dans les lieux publics • Réduire les inconvénients liés aux rassemblements d'injecteurs dans les lieux publics • Réduire le rejet de matériel contaminé dans les lieux publics	• Nombre d'injections en public/au SIS • Lieux d'injection autres que le SIS • Statistiques sur les seringues rejetées dans les lieux publics • Statistiques policières sur la criminalité
5. Stabiliser l'état de santé générale des personnes UDI Moyens : donner accès à des services de santé primaires; offrir un accès à des services pouvant mener à la réinsertion sociale (désintoxication, traitement)	• Favoriser le dépistage des infections au VIH et VHC • Favoriser la vaccination contre l'hépatite A et B • Favoriser le traitement des infections au VIH et VHC • Réduire l'incidence et l'infection des plaies d'injection • Favoriser l'inscription des usagers dans des programmes de traitement de la dépendance • Stabiliser puis réduire (à terme) les taux de VIH et de VHC chez les personnes UDI et dans la population plus largement	• Statistiques sur le dépistage du VIH et du VHC et la vaccination des hépatites A et B • Statistiques sur le nombre de personnes traitées pour le VIH, le VHC, les endocardites, les infections cutanées, le SARM communautaire, etc. • Fréquence des références vers d'autres services • Admissions en traitement ou en réadaptation • Reprise de la consommation de l'injection • Fréquence et volume de la consommation de drogues

Source : (INSPQ, 2009, p.8)⁶

Annexe 8. Les recommandations du groupe de travail sur l'organisation des services

1. Buts et objectifs spécifiques des SIS à Montréal

En joignant les personnes UDI, dont celles qui ne sont pas jointes actuellement et celles très marginalisées, les SIS contribueront à réduire les risques à la santé inhérents aux pratiques d'injection, les nuisances associées à l'injection dans les lieux publics, la morbidité et la mortalité des personnes UDI ainsi que les inégalités sociales de santé. Les objectifs spécifiques des SIS sont détaillés sous le format d'un cadre logique (reproduit à la section 5 du rapport).

2. Caractéristiques de l'offre régionale de SIS

2.1 Offre régionale de service prioritairement dans les territoires de CSSS les plus touchés

Que l'offre régionale de SIS soit multisites et implantée dans les territoires de CSSS où la problématique est bien documentée et l'offre de service aux personnes UDI déjà disponible, par exemple dans le territoire du CSSS Jeanne-Mance et dans deux territoires de CSSS périphériques tels Lucille-Teasdale et du Sud-Ouest-Verdun. Il est recommandé de privilégier le modèle décentralisé pour maximiser l'accessibilité aux SIS pour les personnes UDI puisqu'elles sont présentes dans plusieurs territoires. Si pour des impératifs financiers, l'ajout d'un seul SIS est possible, ce service devrait être situé prioritairement dans le territoire du CSSS Jeanne-Mance avec une composante mobile pour desservir les territoires périphériques.

2.2 Ajout de service dans un établissement ou organisme offrant déjà des services aux personnes UDI – bonification de l'offre actuelle

Que les SIS soient offerts *en collaboration* par des organismes (communautaires, OSBL, etc.) reconnus par l'Agence de Montréal et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Possédant un grand lien de confiance avec les personnes UDI, ces organismes et établissements pourront miser sur leur expertise auprès de cette population. Par exemple, les établissements ou organismes du RSSS qui offrent déjà l'accès au matériel stérile d'injection pourraient bonifier leur offre par l'ajout d'une activité de supervision d'injection.

Par ailleurs, compte tenu de la situation actuelle, que les pratiques de tolérance de l'injection existantes soient bonifiées rapidement pour soutenir les intervenants et les organisations concernés de manière à assurer une offre de service de supervision d'injection qui rencontre les standards de qualité et de sécurité.

2.3 Offre régionale de service optimale et flexible

Que les heures d'ouverture soient suffisantes et correspondent aux réalités des personnes UDI ciblées. Notamment, que soit visée une complémentarité des services au centre-ville afin

d'avoir idéalement une couverture 24h/24h, 7/7 et 365 jours/an. Peu importe l'offre de service offerte dans un premier temps, celle-ci devrait s'adapter aux usages qui en sont faits que ce soit sur le plan régional (ex. capacité, localisation) ou sur le plan local (ex. horaire).

2.4 Disponibilité accrue des services de substitution, de traitement de la dépendance et de santé mentale

Que l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence de Montréal) inscrive les personnes UDI comme clientèle prioritaire dans le cadre du programme-services Dépendance.

Que l'Agence de Montréal assure le suivi de la disponibilité des services de traitement de la dépendance (incluant ceux de substitution) et de comorbidité toxicomanie/santé mentale et améliore les guichets d'accès en santé mentale pour les personnes UDI.

À l'heure actuelle, à Montréal, les personnes UDI connaissent des délais de plusieurs semaines avant d'accéder à des services de traitement en toxicomanie. En matière de traitements de substitution, les délais d'admission sont encore plus importants notamment en raison de la pénurie d'effectifs médicaux et des contraintes techniques liées à la prescription des traitements (ex. demande d'exemption pour prescrire la méthadone ou la suboxone comme médicament d'exception). Puisque les SIS seront une porte d'entrée supplémentaire pour accéder aux services sociaux et de santé offerts dans le réseau au sein d'une population marginalisée, une augmentation de la demande de service en dépendance et santé mentale est à prévoir. Dans le contexte actuel, la possibilité pour les SIS de produire des effets tangibles à ce niveau (tels que l'augmentation des entrées en programme de désintoxication) sera grandement limitée si l'offre de service n'est pas modulée en fonction des besoins.

2.5 Soutien régional des équipes d'intervention dans les SIS

Qu'une formation de base avec un tronc commun d'activités pour le nouveau personnel de SIS soit développée avant l'ouverture des SIS.

Que des mécanismes de soutien et de supervision soient établis afin :

- ♦ d'assurer la stabilité du personnel et de contrer l'épuisement professionnel chez les intervenants œuvrant auprès de clientèles UDI fortement marginalisées ;
- ♦ d'adapter les protocoles pour la gestion de complications post-injection (ex. arrêt cardiorespiratoire, dépression respiratoire) et des situations de crise (ex. violence, agitation, paranoïa) au contexte québécois;
- ♦ de permettre le développement de l'expertise;
- ♦ d'assurer une réponse immédiate en cas de situations d'urgence.

Qu'un réseau d'expertise montréalais interdisciplinaire soit implanté et que l'émergence de communautés de pratique soit favorisée.

3. Paramètres minimaux/communs pour les SIS montréalais

3.1 Capacité d'accueil et organisation du SIS en fonction du débit prévu

Que l'on s'assure que la capacité d'accueil des services (nombre de places, horaire, aménagement, etc.) puisse répondre aux besoins. Que les espaces, l'aménagement des locaux ainsi que le nombre d'intervenants sur place soient déterminés en fonction du débit attendu :

- ♦ Faible débit (soit < 30 injections attendues/jour) prévoir 1 à 2 cubicules, minimalement 2 pièces séparées (une salle pour l'accueil, l'injection et le repos post-injection ainsi qu'une salle de soins/isolément) et minimalement 2 intervenants avec 1 intervenant de surplus pour les pauses, complications, etc.
- ♦ Moyen débit (soit 30 à 80 injections attendues/jour) prévoir 2 à 4 cubicules, minimalement 2 pièces séparées (une salle pour l'accueil, l'injection et repos post-injection ainsi qu'une salle de soins/isolément) et minimalement 2 intervenants avec 1 intervenant de surplus pour les pauses, complications, etc.
- ♦ Fort débit (soit 80-100 injections attendues/jour) prévoir 4 à 6 cubicules, minimalement 3 pièces séparées (une salle d'accueil, attente et repos post-injection, une salle d'injection séparée et une salle de soins\isolément) et minimalement 3 intervenants avec 1 intervenant de surplus pour les pauses, complications, etc.

3.2 Service à bas seuil d'accessibilité

Modalité reconnue efficace dans la prise en charge des personnes UDI, les SIS devraient être organisés sous le modèle de service à bas seuil d'exigences en minimisant les obstacles à leur utilisation par les personnes UDI les plus marginalisées, tout en répondant aux normes de meilleures pratiques.

- Que l'accueil soit chaleureux et respectueux du rythme des usagers.
- Qu'une procédure d'inscription des usagers des services soit développée dans le respect de la confidentialité et de la protection des renseignements personnels en tout temps.
- Que de l'enseignement sur l'injection à risque réduit soit dispensé dans ces services afin de favoriser l'adoption de comportements sécuritaires sur place et encourager leur maintien à l'extérieur du SIS.
- Que les usagers aient accès à du matériel stérile d'injection dans ces services.
- Que ne soient refusés aux services que les personnes UDI accompagnées d'enfants et les mineurs de moins de 14 ans. Que soient développés des protocoles de prise en charge particulière pour les femmes enceintes, les premières injections ou les injecteurs inexpérimentés, les personnes sévèrement intoxiquées et les mineurs de plus de 14 ans.
- Que le nombre de visites par jour autorisé pour chaque usager soit illimité.
- Qu'aucune zone corporelle ne soit interdite comme site d'injection. Cependant, que des protocoles soient développés pour les zones à risque. Il faudra prévoir la possibilité d'isolement si l'utilisateur souhaite s'injecter dans les seins ou les organes génitaux.

Des règles et des façons de fonctionner sont nécessaires pour que les SIS soient des services accueillants, harmonieux et sécuritaires pour tous. À cet effet, que soit établi un « code de vie » pour les usagers comportant les règles suivantes :

- Les comportements de violence, agression, vandalisme, vol, ou échange de drogues à l'intérieur du SIS sont strictement interdits.
- L'usager doit indiquer les drogues qu'il a consommées antérieurement (12 dernières heures) et celles qu'il compte s'injecter sur place.
- L'usager doit s'injecter lui-même.
- L'usager doit utiliser le matériel fourni au SIS.
- Toutes les injections sont observées par le personnel sur place.
- Il est interdit de faire des *wash*.
- Il est interdit de sortir le matériel usagé de la salle, incluant le stéricup (*wash*). S'il reste de la drogue préparée, celle-ci devra être transférée dans une seringue stérile si l'usager veut la conserver pour un usage futur.
- Si une personne ne se conforme pas au code de vie, des avertissements sont donnés et peuvent mener à une expulsion, une exclusion temporaire ou une exclusion permanente du SIS.

En tenant compte du contexte montréalais, que soient définis localement avec les usagers et les intervenants des SIS les règlements concernant le partage de drogues, le nombre d'injection/visite, la limite de temps pour l'injection, la durée du répit post-injection à respecter. Ces règlements pourront varier en fonction du SIS.

3.3. Équipe multidisciplinaire formée, expérimentée et soutenue

L'équipe d'intervention dans les SIS devrait être composée d'intervenants communautaires et/ou psychosociaux, d'infirmières, de pairs et, si possible, de médecins. Que les intervenants formés à la gestion des intoxications soient responsables de la supervision des espaces d'injection. Que la disponibilité de personnel infirmier soit considérée essentielle notamment pour assurer une gestion efficace des complications immédiates liées à l'injection de drogues.

3.4 Disponibilité d'équipement médical minimal

Que du matériel médical de base soit disponible sur les lieux des SIS et corresponde aux protocoles en vigueur et aux soins curatifs dispensés sur place.

3.5 Services inscrits dans le continuum de l'offre de service destinée aux personnes UDI

L'ajout de SIS représente une opportunité pour le RSSS de renforcer les collaborations entre partenaires et améliorer les corridors de services (soit les renforcer, soit les développer). Les SIS ne sont pas conçus pour être une mesure isolée, mais plutôt pour s'intégrer à une stratégie plus complète, en interaction avec un large éventail de services. Que les SIS soient étroitement intégrés à l'ensemble des dispositifs de prévention, de soin, de traitement et d'insertion existants, plus spécifiquement que les usagers aient accès à:

- des services de prévention et dépistage des ITSS, de vaccination contre les hépatites A et B et à des soins de plaies sur place;

- des services de traitements pour le VIH et les hépatites virales ou tout autre service de première ligne jugé pertinent;
- des services d'évaluation en dépendance et de la référence vers des services de traitement de la dépendance;
- des programmes de traitement de substitution sur place ou en référence;
- des services en santé mentale sur place ou en référence;
- des services d'aide à l'hébergement, à l'emploi et à l'insertion sociale sur place ou en référence.

Que l'offre de service et les accompagnements offerts respectent le rythme des usagers des SIS.

3.6 Ententes et protocoles à définir

Que des ententes soient établies entre les organismes ou établissements offrant un SIS et les partenaires qui auront à intervenir sur les lieux ou auprès des personnes qui en feront usage (les services ambulanciers, les premiers répondants, le service de police et les urgences des centres hospitaliers).

3.7. Comité d'implantation local

Que les paramètres spécifiques des SIS soient conçus et établis dès le départ en collaboration entre les différents acteurs concernés, notamment les personnes UDI et le personnel des SIS.

Qu'un comité local, associant des représentants d'usagers et d'intervenants du SIS, de l'arrondissement, des acteurs sociaux, sanitaires, policiers et des résidents soit mis sur pied pour soutenir l'implantation de chaque projet de SIS.

3.8 Communications justes, pertinentes et transparentes

Que les attentes sur ce que peuvent (ou pas) accomplir les SIS soient réalistes et que les objectifs des services et leurs limites soient clairement transmis à l'ensemble des acteurs concernés.

Que soient développés des activités et/ou outils de communication pour informer la population ciblée par les SIS, soit les personnes UDI, particulièrement les plus marginalisées.

Que soient développés des activités et/ou outils de communication pour promouvoir les SIS auprès des organismes communautaires et du RSSS pour que tous les acteurs du réseau sanitaire et social (de la 1^{re} à la 3^e ligne) puissent inciter les usagers à y recourir en cas de besoin.

Que soient développés des activités et/ou outils de communication pour promouvoir les SIS auprès du SPVM pour que les policiers puissent inciter les personnes UDI qui sont vues s'injectant en public à utiliser le SIS.

Que l'identification visuelle et plus généralement la publicité autour des organismes et établissements offrant un SIS soient effectuées de manière discrète.

4. Surveillance, monitoring et suivi des SIS

Que soit développé un cadre de surveillance, de monitoring et de suivi des SIS, et ce, à partir des données disponibles. Celui-ci devrait fournir les informations suivantes sur l'évolution de la situation :

- a) Surveillance de l'état de santé des personnes UDI (surdoses, ampleur de la morbidité et la mortalité liées à l'injection de drogues, prévalence et incidence du VIH et du VHC, comportements à risque liés à l'injection de drogues).
- b) Portrait des usagers des SIS et profil d'utilisation des services, notamment les références aux services de traitement de dépendance, de substitution, de VIH et VHC et de santé mentale.
- c) Impact sur le système de santé (appels au 9-1-1, interventions par Urgences-santé et admission aux urgences des centres hospitaliers, etc.).
- d) Impact sur la sécurité publique (données sur la criminalité, les nuisances publiques, etc.).
- e) Suivi de l'implantation.

Que les outils de monitoring soient standardisés, clairs et simples afin de ne pas alourdir le travail des équipes d'intervention.

Annexe 9. Les recommandations du groupe de travail sur l'acceptabilité sociale

1. Caractéristiques de l'offre régionale de SIS sous l'angle de l'acceptabilité sociale

1.1 Offre de service décentralisée

Que l'offre régionale de SIS soit multisites, implantée dans la même année et prioritairement dans les arrondissements les plus touchés. Il est recommandé de privilégier le modèle décentralisé pour, d'une part, maximiser l'accessibilité aux SIS pour les personnes UDI puisqu'elles sont présentes dans plusieurs arrondissements et, d'autre part, répondre aux préoccupations de concentration des services et des populations marginalisées.

1.2 Services accueillant les personnes UDI les plus marginalisées qui peuvent être sources de tensions dans l'espace public

Que tous les efforts soient déployés pour que les services tendent vers le plus bas seuil d'exigences possible en minimisant les obstacles à leur utilisation par les personnes UDI les plus précaires.

1.3 Ajout de service dans un établissement ou organisme offrant déjà des services aux personnes UDI

Que les SIS soient offerts en collaboration par des organismes (communautaires, OSBL, etc.) reconnus par l'Agence de Montréal et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Possédant un grand lien de confiance avec les personnes UDI, ces organismes et établissements pourront miser sur leur expertise auprès de cette population.

1.4 Services inscrits dans le continuum de l'offre de service destinée aux personnes UDI

Que les SIS soient étroitement intégrés à l'ensemble des dispositifs de prévention, de soin, de traitement et d'insertion existants.

1.5 Offre de service flexible

Peu importe l'offre de service offerte dans un premier temps, celle-ci devrait pouvoir s'adapter aux usages qui en sont faits, que ce soit sur le plan régional (ex. capacité, localisation) ou sur le plan local (ex. horaire), tout en respectant les exigences minimales de l'organisation d'un SIS. Le système de surveillance, de monitoring et de suivi pourra aider à suivre l'évolution de la situation.

1.6 Capacité d'accueil optimale

Que l'on s'assure que la capacité d'accueil des services (nombre de places, aménagement des lieux, horaire, temps de répit post-injection, etc.) puisse répondre à la demande, de manière à ne pas provoquer d'attroupements autour des SIS.

2. Conditions gagnantes pour l'implantation de SIS

2.1 Implantation régionale et locale des SIS coordonnée

Qu'un comité de pilotage régional et multipartenarial (associant des représentants des personnes UDI, de la Ville et des arrondissements ciblés, des acteurs sociaux et sanitaires, des policiers et des résidents et commerçants), régulier et transparent, soit mis en place afin de favoriser un dialogue permanent et des mécanismes de collaboration.

Qu'un comité local, associant des représentants d'usagers et d'intervenant du SIS, de l'arrondissement, des acteurs sociaux et sanitaires, des policiers et des résidents soit mis sur pied pour soutenir l'implantation de chaque projet de SIS.

2.2 Maintien d'environnements sécuritaires pour tous

Que soit défini un nécessaire équilibre entre les impératifs de santé publique et de sécurité publique à l'intérieur comme à l'extérieur des organismes ou établissements offrant un SIS. À cet effet, il est primordial d'établir un « code de vie » pour les usagers (ex. règlements interdisant toute forme de trafic de drogues et de violence sur les lieux ou dans les environs immédiats) et que les mesures existantes autour des programmes de distribution de matériel stérile d'injection soient renforcées afin de minimiser les possibles nuisances publiques autour des SIS. Ces mesures incluent :

- ♦ l'identification claire d'une personne-ressource dans l'organisme ou l'établissement offrant les services;
- ♦ les rondes régulières de ramassage de seringues à la traîne;
- ♦ les comités de bon voisinage;
- ♦ les équipes de médiation sociale pour régler les litiges (alternative à l'appel des autorités policières).

Que soit défini le rôle des autorités policières dans la promotion de l'accessibilité aux SIS, l'ordre et la sécurité à l'extérieur des SIS tant pour les usagers et les intervenants que pour la communauté.

Que des ententes soient établies entre les organismes ou établissements offrant un SIS et les postes de quartier concernés du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) en ce qui a trait aux interventions sur les lieux des services ou auprès des personnes UDI qui en feront usage. Que les préoccupations évoquées par divers partenaires au sujet d'une possible augmentation des interventions auprès des personnes qui s'injectent en public soient prises en compte par le SPVM.

2.3 Implication des personnes UDI

Que les différentes formes d'implication des personnes UDI soient développées et/ou renforcées tant au sein de l'organisation des SIS que dans la communauté (fêtes de quartier, revitalisation du quartier et autres activités économiques du quartier via les programmes de réinsertion pour personnes marginalisées tels que Toxiconet, TAPAJ, etc.).

2.4 Soutien et leadership des élus

Que les élus municipaux et directeurs d'arrondissement soient sensibilisés à l'ajout de tels services et outillés à répondre aux préoccupations des acteurs sociaux tels que résidants, commerçants, institutions, etc.

2.5 Communications justes, pertinentes et transparentes durant l'implantation

Qu'un plan stratégique de communication soit développé en collaboration avec les organismes et établissements qui ajouteront un SIS, entre autres pour :

- 1) Que les attentes sur ce que peuvent (ou pas) accomplir les SIS soient réalistes et que les objectifs des services et leurs limites soient clairement transmis à l'ensemble des acteurs concernés (régional et local).
- 2) Que des porte-paroles et messages clés à diffuser soient identifiés.
- 3) Que soient développés des activités et/ou outils de communication pour informer les publics cibles tels que les résidants et commerçants riverains (dépliants avec numéro de téléphone à contacter lors de problème, rencontres d'information, porte-à-porte, visites de locaux des SIS, etc.).

Que l'identification visuelle et plus généralement la publicité autour des organismes et établissements offrant les services soient effectuées de manière discrète.

Annexe 10. Les dimensions à inclure dans la surveillance et le monitoring des SIS

Dimensions	Indicateurs
Surveillance de l'état de santé des personnes UDI	– Surdoses, décès par surdoses – Ampleur de la morbidité liée à l'injection de drogues (ex. abcès et autres infections liées à l'injection) – Prévalence et incidence du VIH et du VHC – Comportements à risque liés à l'injection de drogues (ex. réutilisation/partage de matériel d'injection)
Portrait des usagers des SIS et profil d'utilisation des services	– Profil des usagers des SIS – Patrons et fréquence d'utilisation des SIS – Dépistage et vaccination faits dans les SIS – Admission aux services de traitement de la dépendance et de substitution – Références aux services de VIH et VHC et de santé mentale – Satisfaction des usagers des SIS
Impact sur le système de santé	– Appels au 9-1-1 destinés à Urgences-santé en lien avec l'injection de drogues – Interventions par Urgences-santé – Admissions aux urgences des centres hospitaliers
Impact sur la sécurité publique	– Appels au 9-1-1 destinés au SPVM en lien avec l'injection de drogues – Données sur la criminalité et les incivilités autour des SIS – Matériel d'injection à la traîne – Injections dans les lieux publics
Suivi de l'implantation	– Obstacles rencontrés – Développement de collaborations et élaboration d'ententes entre les partenaires – Veille médiatique – Réactions des acteurs de la communauté – Mise en place et utilisation des mesures de gestion des irritants (comités bon voisinage, médiation, etc.)

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Vers un service d'injection supervisée. Rapport de l'étude de faisabilité sur l'implantation d'une offre régionale de services d'injection supervisée à Montréal.	20\$	
	NUMÉRO D'ISBN (version imprimée)		
	978-2-89673-128-2		

Nom

Adresse

No	Rue	App.
Ville	Province	Code postal

Téléphone

Télécopieur

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de santé publique de Montréal.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

